

Učestalost somatizacija kod studenata preddiplomskog studija sestrinstva

Cvitešić, Elena

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:184:641442>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-18**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Elena Cvitešić
UČESTALOST SOMATIZACIJA KOD STUDENATA PREDDIPLOMSKOG
STUDIJA SESTRINSTVA

Završni rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY OF
NURSING

Elena Cvitešić

FREQUENCY OF SOMATIZATION IN UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS

Final thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: Filip Knezović, univ. mag. med. techn.

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

1. Marija Bukvić, prof. reh., univ. mag. med. techn.
2. Dunja Čović, univ. mag. med. techn.
3. Filip Knezović, univ. mag. med. techn.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Katedra za sestrinstvo
Studij	Prijediplomski stručni studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Elena Cvitešić
JMBAG	0351010947

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Učestalost somatizacija kod studenata preddiplomskog studija sestrinstva
Ime i prezime mentora	Filip Knezović, univ. mag. med. techn., naslovni predavač
Datum predaje rada	4. rujna 2023.
Identifikacijski br. podneska	2157010737
Datum provjere rada	3. rujna 2023.
Ime datoteke	Elena_Cvitešić_-_završni_rad
Veličina datoteke	311 kB
Broj znakova	77135
Broj riječi	10686
Broj stranica	49

Podudarnost studentskog rada:

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

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	3. rujna 2023.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

3. rujna 2023.

Potpis mentora

Filip Knezović

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Somatoformni poremećaji	2
1.1.1. Somatizacijski poremećaj	4
1.1.2. Nediferencirani somatoformni poremećaj	5
1.1.3. Hipohondrijski poremećaj	7
1.1.4. Somatoformna autonomna disfunkcija	8
1.1.5. Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj	9
1.1.6. Ostali somatoformni poremećaji	10
1.1.7. Somatoformni poremećaj, nespecificiran	10
1.2. Somatizacija	10
1.2.1. Razvoj i tijek somatizacije	12
1.2.2. Tretman somatizacije	13
1.2.3. Somatizacija kod djece i mladih	13
1.2.4. Utjecaj somatizacije na mentalno zdravlje	15
2. CILJEVI I HIPOTEZE	16
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE	17
3.1. Ispitanici/materijali	17
3.2. Postupak i instrumentarij	17
3.3. Statistička obrada podataka	18
3.4. Etički aspekti istraživanja	18
4. REZULTATI	19
5. RASPRAVA	30
6. ZAKLJUČAK	31
LITERATURA	33
PRIVITCI	38
ŽIVOTOPIS	42

POPIS KRATICA

MKB - 10 - Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija

DSM - 4 - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrto izdanje

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

PHQ - Patient Health Questionnaire

SAŽETAK

Somatizacija predstavlja ekspresiju psihičkih tegoba kroz tjelesne simptome, za koje se unatoč brojnim pretragama ne uspijeva pronaći organski uzrok, odnosno medicinsko objašnjenje prisutnih simptoma. Somatizacija je ključna karakteristika somatoformnih poremećaja kojima prema MKB-10 pripadaju: somatizacijski poremećaj, nediferencirani somatoformni poremećaj, hipohondrijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija, perzistirajući somatoformni bolni poremećaj, ostali somatoformni poremećaji te somatoformni poremećaj (nespecificiran). Kao najčešći okidači za pojavu somatskih simptoma navode se stresni životni događaji. Somatizacija nerijetko otežava psihosocijalno funkcioniranje osobe. Ukoliko ne dođe do spontanog poboljšanja, najčešće se primjenjuje kognitivno-bihevioralna terapija kojom se nastoji postići da osoba prepozna te modificira neprimjerene obrasce ponašanja.

Cilj istraživanja je istražiti učestalost somatizacija kod studenata preddiplomskog studija sestrinstva. Također, želi se doznati koji su najizraženiji somatski simptomi kod redovnih i izvanrednih studenata. Isto tako, želi se doznati postoje li razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika te obzirom na status studiranja.

Istraživanje se provelo tijekom ožujka i travnja 2023. godine na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. U istraživanju je sudjelovalo 105 studenata preddiplomskog studija sestrinstva prve, druge i treće godine. Podaci za provedeno istraživanje prikupljeni su temeljem upitnika izrađenog u Google forms-u. Pitanja su bila podijeljena u 2 dijela.

Rezultati istraživanja pokazali su kako su prva i druga hipoteza djelomice prihvaćene, dok su treća i četvrta hipoteza prihvaćene u cijelosti. Naime, i kod redovnih i izvanrednih studenata simptom manjak energije/umor je čest, no ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na druge simptome. Treća hipoteza je prihvaćena u cijelosti, obzirom da su statistički značajne razlike obzirom na spol ispitanika primijećene za svega 2 simptoma. Četvrta hipoteza također je prihvaćena u cijelosti, iako postoje razlike u odgovorima za nekolicinu simptoma, no za ostatak simptoma obzirom na status studiranja nije uočena statistički značajna razlika.

Ključne riječi: somatizacija, somatoformni poremećaji, stresni životni događaji

ABSTRACT

Somatization represents the expression of psychological problems through physical symptoms, for which, despite numerous tests, it is not possible to find an organic cause, that is, a medical explanation for the present symptoms. Somatization is a key characteristic of somatoform disorders, which according to ICD-10 belong to: somatization disorder, undifferentiated somatoform disorder, hypochondriacal disorder, somatoform autonomic dysfunction, persistent somatoform pain disorder, other somatoform disorders and somatoform disorder (unspecified). The most common triggers for the appearance of somatic symptoms are stressful life events. Somatization often complicates a person's psychosocial functioning. If there is no spontaneous improvement, cognitive-behavioral therapy is most often applied, which tries to achieve that the person recognizes and modifies inappropriate behavior patterns.

The aim of the research is to investigate the frequency of somatization in nursing undergraduate students. We also want to find out what are the most pronounced somatic symptoms in full-time and part-time students. We also want to find out if there are differences in the frequency of occurrence of somatic symptoms with regard to the sex of the subjects and with regard to the study status.

The research was conducted during March and April 2023 at the Faculty of Health Studies of the University of Rijeka. 105 first, second and third year nursing undergraduate students participated in the research. Data for the conducted research were collected based on a questionnaire created in Google forms. The questions were divided into 2 parts.

The research results showed that the first and second hypotheses were partially accepted, while the third and fourth hypotheses were accepted in their entirety. Namely, the symptom of lack of energy/fatigue is common among full-time and part-time students, but there is no statistically significant difference compared to other symptoms. The third hypothesis was accepted in its entirety, considering that statistically significant differences regarding the sex of the subjects were observed for only 2 symptoms. The fourth hypothesis was also accepted in its entirety, although there are differences in the answers for a few symptoms, but for the rest of the symptoms, no statistically significant difference was observed regarding the study status.

Key words: somatization, somatoform disorders, stressful life events

1. UVOD

Somatizacijski poremećaj (F45.0), prema MKB-10, pripada skupini somatoformnih poremećaja. Navedenu skupinu poremećaja karakterizira značajna zaokupljenost tijelom te strahom od bolesti ili posljedica bolesti, na primjer, smrti (1). Somatizacijski poremećaj razlikuje se od ostalih somatoformnih poremećaja po mnogim pritužbama koje se odnose na veći broj organskih sustava (2). Ono što se navodi kao znakovito za ovaj poremećaj jesu psihološki disbalans te narušeno funkcioniranje na socijalnim, akademskim i ostalim životnim područjima. Pri somatizacijskom poremećaju, glavni simptom je somatizacija (3). Sam izraz somatizacija odnosi se na psihološki mehanizam kojim osoba emocionalni disbalans pretvara u tjelesne tegobe (4). Tjelesne pritužbe koje osoba navodi, nisu proizvedene namjerno te se ne mogu objasniti nekim medicinskim stanjem ili izravnim učincima određenih tvari (5).

U razdoblju prelaska u odraslu dob, odvija se mnogo toga, od školskih i fakultetskih obaveza sve do privatnih eventualnih izazova. To može uzrokovati povećanu količinu stresa koja može rezultirati pojavom raznih somatskih simptoma. Prema istraživanju o somatskim simptomima u adolescenciji provedenom 2019./2020. godine, više od polovice ispitanika navelo je 6-20 od ponuđenih 35 somatskih simptoma (6). Kao najzastupljeniji simptom izdvaja se manjak energije/umor (92,5%). Što se tiče učestalosti pojavljivanja somatizacijskog poremećaja prema spolu, češći je u žena. Jedan od razloga koji se navodi za objašnjenje te činjenice, je taj da su žene sklonije verbalizaciji simptoma. Somatizacije predstavljaju svojevrsni teret za cjelokupni zdravstveni sustav, upravo iz razloga što pacijenti zahtijevaju velik broj pretraga, pa i hospitalizacija.

Obzirom da su redovni studenti i sami trenutno u razdoblju prelaska u odraslu dob, izloženi su mnogim stresogenim faktorima. Od preseljenja u drugi grad zbog studiranja, snalaženja u novonastaloj situaciji, obavljanja akademskih obaveza te skorašnjeg zaposlenja. Navedene situacije mogu potencijalno rezultirati razvitkom somatskih simptoma. Isto tako, izvanredni studenti, izloženi stresnim čimbenicima, kao što su povratak u „školske“ klupe, izazovi na radnim mjestima, usklađivanje radnih, akademskih te privatnih obaveza također mogu doprinijeti razvoju somatizacija. Stoga je cilj ovog istraživanja istražiti učestalost, odnosno pojavnost somatizacija među studentima. Na taj način, studenti će osvijestiti eventualne somatske simptome kod sebe, a i znati će više o samoj pojavi somatizacije, što će im svakako koristiti u obavljanju posla prvostupnika Sestrinstva.

1.1. Somatoformni poremećaji

Somatoformni poremećaji su skupina psiholoških poremećaja koji uključuju nekoliko klinički značajnih, tjelesnih simptoma, koji ne mogu u potpunosti biti objašnjeni općim tjelesnim ili neurološkim stanjem (8). Osobe koje pate od ove vrste poremećaja uvjerenе su da imaju tjelesnu bolest te su istinski zabrinute za svoje stanje. Unatoč liječničkom pregledu i razuvjeravanju, kod osoba se nastavlja preokupacija tjelesnim simptomima (9). Osnovu svih somatoformnih poremećaja čini somatizacija. Somatski simptomi označavaju tjelesne simptome koji nisu praćeni organskim promjenama, odnosno za njih nije moguće pronaći organski uzrok te se nazivaju somatizacijama (10). Zahvaćaju jedan ili više organskih sustava, koji su pod kontrolom autonomnog živčanog sustava (6). Najčešći somatski simptomi koji potencijalno mogu ukazivati na somatoformne poremećaje su sljedeći: manjak energije/umor, bol u pojedinim dijelovima tijela, mučnina i povraćanje, poremećaji menstrualnog ciklusa, poteškoće mokrenja, vrtoglavica, dvoslike, poteškoće gutanja i ostali. Ono što je važno naglasiti je da stvaranje simptoma nije pod utjecajem voljne kontrole te se odvija na nesvjesnoj razini (11). Za navedenu skupinu poremećaja, karakteristično je otežano funkcioniranje pojedinca u socijalnom, profesionalnom te ostalim životnim područjima (12). Pacijenti obično traže pomoć od liječnika koji nije psihijatar te prolaze razne dijagnostičke pretrage koje ne rezultiraju patološkim nalazima. Upornost smetnji ponekad vodi čak i do kirurških intervencija, koje naravno, ne eliminiraju smetnje (13).

Razvoj ovih poremećaja obično započinje između 16. i 30. godine života, a prevalencija je veća u socioekonomski ugroženim skupinama (14). Etiologija somatoformnih poremećaja nije u potpunosti razjašnjena, a kao neki potencijalni čimbenici rizika za razvoj poremećaja iz ove skupine navode se emocionalna neravnoteža, sukobi na nesvjesnoj razini, ljutnja, očaj, bijes, prijašnja traumatska iskustva te nezadovoljstvo sobom (15).

Somatoformni poremećaji često se pogrešno zamjene za psihosomatske poremećaje. Ono što je zajedničko navedenim poremećajima je prisutnost somatskih simptoma, koji se javljaju pod utjecajem psihičkih čimbenika (16). Osnovna razlika je ta što kod psihosomatskih poremećaja dolazi do oštećenja organa i tkiva, što je moguće potvrditi medicinskim nalazima. Za razliku od psihosomatskih poremećaja, somatoformni poremećaji odnose se na simptome temeljem kojih je moguće posumnjati na tjelesnu bolest, ali provedbom medicinskih nalaza, nije moguće utvrditi organsko oštećenje. (15,16). Primjerice, osoba može patiti od mučnine ili

bolova u pojedinim dijelovima tijela, no medicinskim pretragama nije moguće utvrditi razlog pojavljivanja tih smetnji (16).

Prilikom dijagnosticiranja somatoformnih poremećaja, pacijenti često moraju proći niz pretraga, kako bi se isključila mogućnost organske patologije (17). Također, obično je prisutna dobro utemeljena pretpostavka da su simptomi usko povezani sa psihološkim čimbenicima, konfliktom ili stresom. Ustaljeno je mišljenje da upravo psihološki čimbenici imaju ključnu ulogu u nastanku, intenzitetu te održavanju simptoma. Generalno, ono što obilježava somatoformne poremećaje je pacijentov dramatičan prikaz nejasno izraženih somatskih simptoma te njihov kroničan tijek (11).

Tretman pacijenata koji pate od somatoformnih poremećaja, zahtjevan je i složen proces. Poremećaji iz ovog spektra, godinama su smatrani otpornima na liječenje. Ne postoji jedinstvena terapija za svaki pojedini somatoformni poremećaj. Ključno je da pacijent i liječnik izgrade čvrst odnos, temeljen na povjerenju, obzirom da pacijenti nerijetko izgube povjerenje u liječnike upravo zbog neprihvatanja mišljenja nekolicine liječnika o nepostojanju tjelesnog objašnjenja simptoma. Multidisciplinarnim pristupom tretiraju se tjelesni simptomi, uz pojedinačno kreirane kognitivno-bihevioralne intervencije koje se smatraju izrazito uspješnim. Također se koristi obiteljska i grupna terapija, rehabilitacija, tehnike relaksacije i hipnoza (6). Glavni cilj tretmana somatoformnih poremećaja je spriječiti osobu da sebe percipira kao kronično bolesnu, odnosno pokušati spriječiti da poremećaj preuzme kontrolu u životu osobe (18). Prema MKB-10 (19), u skupinu somatoformnih poremećaja ubrajaju se:

- somatizacijski poremećaj
- nediferencirani somatoformni poremećaj
- hipohondrijski poremećaj
- somatoformna autonomna disfunkcija
- perzistirajući somatoformni bolni poremećaj
- ostali somatoformni poremećaji
- somatoformni poremećaj, nespecificiran

1.1.1. Somatizacijski poremećaj

Somatizacijski poremećaj je poremećaj u kojem se psihičke tegobe i emocionalni konflikti manifestiraju tjelesnim simptomima, a somatizacija, kao njegovo glavno obilježje, predstavlja psihološki mehanizam, odnosno tendenciju osobe da verbalizira psihološki distress somatskim simptomima (20). Ono što ovaj poremećaj razlikuje od ostalih somatoformnih poremećaja jesu somatske tegobe koje se odnose na nekoliko organskih sustava (2). Navedeni poremećaj smatra se najtežim oblikom somatoformnih poremećaja.

Životna prevalencija za ovaj poremećaj iznosi 0.1 do 0.5%. Također, 5-20 puta je češći u žena, kod kojih životna prevalencija iznosi 1-2%. Često se pojavljuje tijekom adolescencije, te u osoba sa nižim stupnjem obrazovanja (2).

Etiologija somatizacijskog poremećaja nije u potpunosti razjašnjena. Psihosocijalne teorije opisuju interpretaciju somatskih tegoba kao vrstu socijalne komunikacije, što posljedično uzrokuje izbjegavanje socijalnih aktivnosti. Interpretira se i kao oblik izražavanja emocija te simbolizacije određenih stavova ili osjećaja. Bihevioralno tumačenje temelji se na teoriji učenja, ponajprije zbog roditeljskih modela ponašanja gdje dominira sklonost somatizaciji. Tendencija razvoja somatskih smetnji povezuje se i s proživljenim traumatskim iskustvima u djetinjstvu, posebice tjelesnim zlostavljanjem. Biološke teorije upućuju na neuropsihološka oštećenja kognitivnih funkcija te nemogućnost primjerene procjene i percepcije somatosenzornih podražaja (21).

Prilikom uspostavljanja dijagnoze somatizacijskog poremećaja, moraju biti ispunjeni sljedeći kriteriji: povijest različitih somatskih tegoba koje obično započinju prije 30. godine života, javljaju se u periodu od nekoliko godina, te rezultiraju traženjem odgovarajućeg tretmana ili značajnim oštećenjem svakodnevnog funkcioniranja osobe (15). Nadalje, potrebna su barem četiri simptoma boli, kao što su glavobolja, povijest postojanja boli u ekstremitetima, rektumu, prsima, bol tijekom menstruacije, spolnog odnosa ili tijekom uriniranja. Zatim dva gastrointestinalna simptoma, kao što su mučnina, povraćanje, nadutost ili proljev. Jedan seksualni ili reproduktivni simptom koji mogu biti, primjerice erektilna disfunkcija, neredovita menstruacija, prekomjerno menstrualno krvarenje ili povraćanje uslijed trudnoće. Jedan pseudoneurološki simptom, na primjer, poteškoće sa gutanjem, privremeni gubitak vida ili sluha, afonija, dvoslike, gubitak svijesti te disocijativni simptomi

poput amnezije. Također, nakon obavljenih dijagnostičkih pretraga, simptomi na koje se pacijenti žale ne mogu biti u potpunosti obrazloženi postojanjem određenog medicinskog stanja ili djelovanjem određenih tvari poput lijekova (15). No, kada postoji opće medicinsko stanje, tjelesne pritužbe i narušeno funkcioniranje znatno su naglašeniji od očekivanog. Isto tako, simptomi koje pacijenti navode nisu namjerno proizvedeni, kao što je to slučaj pri nekim drugim poremećajima.

Što se tiče diferencijalne dijagnoze, treba uzeti u obzir ostala nepsihijatrijska stanja, koja mogu biti razlog pacijentovim simptomima. Ta stanja mogu uključivati multiplu sklerozu, sistemski eritematozni lupus, miasteniju gravis, hipertireozu te kronične sistemske infekcije. Isto tako, potrebno je isključiti psihičke poremećaje, kao što su depresivni, panični te opći anksiozni poremećaj (22).

Somatizacijski poremećaj je kroničnog i promjenjivog karaktera. U tretmanu pacijenta sa ovim poremećajem, od velike je važnosti kvalitetan odnos sa primarnim liječnikom koji vodi cjelovitu brigu za pacijenta. Na samom početku potrebno je napraviti diferencijalno dijagnostičku procjenu. Pojavu svake nove somatske tegobe potrebno je adekvatno procijeniti, odnosno podvrgnuti pacijenta određenim pretragama. U pravilu se somatske tegobe pacijenta sa somatizacijskim poremećajem promatraju kao oblik emocionalne ekspresije, no ne smije se zanemariti mogućnost da ovakvi pacijenti istovremeno mogu imati i poznate tjelesne poremećaje. Ukoliko je utvrđen visok utjecaj psiholoških čimbenika te ukoliko je prisutan psihički komorbiditet, pacijent se upućuje psihijatru (23).

Pri liječenju je indicirana individualna ili grupna psihoterapija. U procesu liječenja, pacijent osvještuje povezanost somatskih tegoba sa djelovanjem vanjskih stresogenih čimbenika te sa njim povezanog intrapsihičkog konflikta. Isto tako, pacijent kroz terapiju uči kako se nositi sa somatskim tegobama te kako izražavati emocije funkcionalnijim putem. Ukoliko je intenzitet komorbidnog depresivnog ili anksioznog poremećaja takav da zahtijeva primjenu psihofarmaka, primjenjuje se adekvatna farmakoterapija (22).

1.1.2. Nediferencirani somatoformni poremećaj

Dijagnoza nediferenciranog somatoformnog poremećaja postavlja se u slučajevima kada su somatski simptomi pacijenta brojni, uporni i promjenjivi. Sličnost između svih

tjelesnih simptoma međusobno povezanih sa navedenim poremećajem je izostanak medicinskih dokaza za iste ili za njihovu težinu. Ovaj poremećaj nalikuje somatizacijskom poremećaju, no simptomi prisutni u ovome poremećaju ne ispunjavaju zahtjev tipične kliničke slike somatizacijskog poremećaja, koji između ostalog, zahtijeva najmanje osam somatskih simptoma (24). U pravilu, ova dijagnoza daje se pacijentima sa jednim ili nekoliko medicinski nepoduprtih tjelesnih pritužbi, koji traju dulje od šest mjeseci i nisu posljedica učinaka određenih supstanci. U ovome poremećaju, pacijenti su skloni žaliti se na mnoge različite simptome tijekom određenog razdoblja. Kao najčešće navedeni simptomi izdvajaju se umor, bol te višestruki gastrointestinalni problemi. Do početka pritužbi na simptome ili njihovog pogoršanja obično dolazi kada je osoba pod utjecajem stresa (25). U usporedbi sa somatizacijskim poremećajem, nediferencirani somatoformni poremećaj značajno je manje onesposobljavajući za svakodnevni život te je varijabilnijeg tijeka.

Etiologija nediferenciranog somatoformnog poremećaja nije u potpunosti poznata. Kao mogući uzroci navode se depresija te dugotrajna izloženost stresu. Smatra se da razna neslaganja, odnosno problemi u obitelji, dok je osoba bila dijete mogu imati veze sa kasnijim razvojem ovog poremećaja. Pretežito se javljaju kod osoba koje dramatično reagiraju i na najmanje promjene na tijelu te im pridaju previše pažnje (26).

Ovaj poremećaj je relativno česta pojava. Pretpostavlja se da između 4% i 11% stanovništva iskusi ovaj poremećaj tijekom života. Žene, starije osobe te osobe slabijeg socioekonomskog statusa imaju povećan rizik za razvoj nediferenciranog somatoformnog poremećaja. Pedeset posto ljudi kojima je dijagnosticiran ovaj poremećaj imaju pridružen određeni psihološki ili psihijatrijski poremećaj, najčešće depresiju ili anksioznost. Isto kao i pri somatizacijskom poremećaju, pacijenti obilaze liječnike zahtijevajući pronalazak organskog uzroka njihovih simptoma, koji se nakon raznih pretraga ne mogu pronaći. Tada se pacijenti upućuju psihologu ili psihijatru. Također, preporuča se da liječnik koji upućuje pacijenta na daljnje pretrage ili ostalim liječnicima, obično je to primarni liječnik, nastavi i dalje pregledavati pacijenta. To će doprinijeti izgradnji odnosa temeljenog na povjerenju te će prevenirati da pacijent neprestano obilazi velik broj liječnika (25).

1.1.3. Hipohondrijski poremećaj

Hipohondrijski poremećaj vrsta je somatoformnog poremećaja, pri kojem je pacijent zaokupljen intruzivnom mišlju da ima ozbiljnu progresivnu bolest ili više bolesti. Svoje mišljenje temelji na pogrešnoj ili pretjeranoj procjeni tjelesnih simptoma. Isto kao i kod prethodnih somatoformnih poremećaja, pacijenti prijavljuju trajne somatske tegobe zbog kojih su vrlo zabrinuti. Zaokupljenost mislima o postojanju bolesti u pravilu traje najmanje šest mjeseci (27). Kao glavno obilježje hipohondrijskog poremećaja navodi se pretjeran strah od postojanja ozbiljne bolesti, za razliku od somatizacijskog poremećaja, u kojem samu bit predstavljaju somatski simptomi. Strah ne prestaje niti nakon što se medicinskim pregledom ustanovi da nema dokaza bolesti. Prevalencija za razvoj ovog poremećaja u populaciji pacijenata opće prakse iznosi 0.8% do 4.5%. Pojavljuje se u oba spola podjednako, a najčešće se javlja tijekom mlađe odrasle dobi (28).

Strahovi pacijenata sa hipohondrijskim poremećajem mogu biti usmjereni na pomisao mogućnosti postojanja jedne bolesti, no češće uključuju više njih. Usmjerenost strahova izmjenjuje se kada osoba primijeti novi simptom ili kada sazna za neku novu bolest. Strahovi se razvijaju kao reakcija na manje tjelesne smetnje poput boli u mišićima, umora i kašlja. Također, pacijenti sa hipohondrijskim poremećajem skloni su uobičajene tjelesne pojave interpretirati kao znakove bolesti. Primjerice, osjećaj vrtoglavice neposredno nakon ustajanja ili povremene promjene otkucaja srca rezultirati će strahom od moždanog udara ili srčane bolesti (28). Kako bi se oslobodili tjeskobe izazvane nametljivim mislima, pacijenti sa hipohondrijskim poremećajem obično reagiraju na dva načina. Jedni žele razgovarati o simptomima, traže što više informacija o bolestima od kojih strahuju te uporno obilaze liječnike. Drugi pak reagiraju na svoje strahove izbjegavanjem, odnosno zaobilaženjem svega što bi ih moglo podsjetiti na bolest ili smrt. Također, pacijenti sa ovim poremećajem razlikuju se i po načinu uvida u svoje stanje. Naime jedni će biti u stanju prepoznati sebe kao „hipohondre“, a drugi neće uvidjeti da su njihovi strahovi nerealni ili pretjerani (28,29).

Uzroci ovog poremećaja nisu dovoljno poznati, no njegovu nastanku mogu doprinijeti razni psihološki, socijalni te neurobiološki faktori. Kao rizičniji čimbenici navode se stresni životni događaji, zlostavljanje u djetinjstvu, kao i često obolijevanje u dječjoj dobi. Postojanje drugog psihičkog poremećaja također povećava rizik. Određene teorije opisuju hipohondriju

kao imitaciju obiteljskih obrazaca ponašanja gdje se kroz bolest ostvaruje potreba za pažnjom (29). Prema DSM-4 (15), potrebni su sljedeći kriteriji za dijagnozu ovog poremećaja:

- Zaokupljenost iracionalnim strahom od teške bolesti
- Unatoč medicinskoj obradi koja potvrđuje da nema bolesti, pacijentov strah nije eliminiran
- Uvjerenje o postojanju tjelesne bolesti nije na razini deluzije i nije suženo na zabrinutost izgledom
- Zaokupljenost strahom traje najmanje šest mjeseci
- Zaokupljenost rezultira znatnim kliničkim distresom ili narušenim funkcioniranjem
- Zaokupljenost se ne može bolje objasniti kao drugi somatoformni, anksiozni poremećaj ili poremećaj raspoloženja

Glavni postupak u liječenju je izgradnja terapijskog saveza između liječnika i pacijenta. Potrebno je podučiti pacijenta o kliničkoj manifestaciji hipohondrijskog poremećaja, pružati mu podršku te ga primjereno razuvjeravati. Značajnu učinkovitost u liječenju predstavlja kognitivno bihevioralna terapija. Svrha ove vrste terapije je dovesti pacijente do spoznaje da njihov problem leži u samom strahu od bolesti, a ne u ranjivosti za razvoj bolesti. Pacijente se traži da nadziru svoje zabrinutosti te procjenjuju koliko su razumne i realne. Terapeuti potiču pacijente da razmotre alternativne mogućnosti za tjelesne simptome koje inače vide kao znakove bolesti (28,29).

1.1.4. Somatoformna autonomna disfunkcija

Pri ovome poremećaju pacijenti svoje simptome interpretiraju kao posljedicu tjelesnog poremećaja nekog organa ili organskog sustava koji su u potpunosti ili velikim dijelom pod autonomnom kontrolom i inervacijom. Tu pripadaju respiratorni, kardiovaskularni, gastrointestinalni te urogenitalni organski sustavi. Pojavljuju se dva oblika simptoma, od kojih niti jedan ne ukazuje na tjelesni poremećaj određenog organa ili organskog sustava. Prvi oblik simptoma temelji se na objektivnim znakovima kao što su znojenje, palpitacije, crvenilo te izraz straha od potencijalnog tjelesnog poremećaja. Drugi oblik simptoma temelji se na subjektivnim pritužbama promjenjive ili nespecifične naravi, na primjer, kratkotrajni bolovi, osjećaj težine, žarenja ili nadutosti. Ono što ovaj poremećaj razlikuje od ostalih

somatoformnih poremećaja je taj što je problem ograničen na specifični organ ili dio tijela (15).

1.1.5. Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj

Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj vrsta je somatoformnog poremećaja pri kojem je dominantna pritužba perzistirajuća i snažna bol koja ne može u potpunosti biti objašnjena fiziološkim procesom ili tjelesnim poremećajem. Bol se javlja u vezi sa emocionalnim konfliktom ili psihosocijalnim problemima koji su dovoljni za zaključak kako oni vrše primarni uzročni utjecaj. Rezultat je znatno povećana pažnja ili podrška, bilo osobne ili medicinske naravi. Dvostruko više se pojavljuje kod žena, najčešće između četrdesete i pedesete godine života (30). Simptom zbog kojeg je najčešće zatražena liječnička pomoć upravo je bol, udružena sa ostalim simptomima, pojavljuje se i u mnogim psihijatrijskim stanjima, no u perzistirajućem somatoformnom bolnom poremećaju bol čini dominirajuću pritužbu. Ponekad je teško razlikovati psihogenu od tjelesne boli. Tjelesna bol varira u jačini te je osjetljivija na emocionalne, socijalne i kognitivne faktore. Bol koja ne varira i nije osjetljiva na prethodno navedene faktore, vrlo vjerojatno je psihogene prirode. Kod ovog poremećaja moguće je da postoji određeni organski poremećaj koji objašnjava bol, ali moraju biti prisutni i psihološki čimbenici koji imaju ulogu u težini, egzacerbaciji, održavanju boli ili otežanom funkcioniranju pacijenta. Što se tiče kliničke slike, njome dominira bol, koja se može javljati na jednom ili više mjesta, na primjer, na glavi, truhu, leđima, zdjelici i slično (31). Pacijenti sa ovim poremećajem potpuno su preokupirani svojom boli. Obično su posjećivali brojne liječnike, prolazili razne terapijske tretmane te zahtijevali kirurške intervencije. Psihodinamske teorije tumače nastanak ovih tegoba činjenicom da pacijenti zapravo simboličkim putem izražavaju intrapsihički konflikt vlastitim tijelom. Također, osobe sa aleksitimijom, koje nisu u stanju svoje osjećaje izraziti riječima, to čine tijelom. Bihevioralna teorija govori da se bol pojačava kada je nagrađena, a smanjuje se zanemarivanjem. Na primjer, umjerena bol može postati snažnija ukoliko je praćena pažnjom i brigom drugih ljudi (30,31).

Za dijagnozu ovog poremećaja potrebna je prisutnost boli kao ključnog dijela kliničke slike. Značajnu ulogu imaju psihološki faktori koji rezultiraju otežanim socijalnim i profesionalnim funkcioniranjem. Poremećaj može biti akutnog i kroničnog karaktera. Liječenje uključuje dobar terapijski savez liječnika i pacijenta te psihoterapiju (32).

1.1.6. Ostali somatoformni poremećaji

Obuhvaćaju sve ostale poremećaje osjeta, funkcije i ponašanja, kojima uzrok nisu tjelesni poremećaji, niti su posredovani autonomnim živčanim sustavom. Odnose se na specifične organske sustave i dijelove tijela. Obično su usko vremenski povezani sa stresnim događajima ili problemima. Može se primijeniti u slučaju psihogene dismenoreje, psihogene disfagije, psihogenog svrbeža, psihogenog bruksizma te psihogenog tortikolisa (15).

1.1.7. Somatoformni poremećaj, nespecificiran

Ovaj oblik somatoformnih poremećaja obuhvaća poremećaje sa somatskim simptomima, koji ne ispunjavaju uvjete za specifični somatoformni poremećaj (15). Jedan od takvih primjera je pseudocijeza, koja se u današnje vrijeme, ipak nešto rjeđe pojavljuje u psihijatrijskoj praksi. Naime, pri ovome stanju, prisutno je lažno uvjerenje o trudnoći. Pojavljuju se brojni znakovi i simptomi trudnoće, kao što su povećanje abdomena, amenoreja, osjećaj pokreta fetusa, mučnina i slično. Iako se pojavljuju znakovi i simptomi trudnoće, izostaje sama potvrda o prisutnosti ploda (15,33).

1.2. Somatizacija

Izraz somatizacija potječe od grčke riječi *soma*, što znači tijelo. Povijest somatizacija povezuje se sa histerijom, koja se smatra pretečom današnje somatizacije (34). Pojam histerija dolazi od grčke riječi *hystera*, a označava maternicu. Termin histerija datira još iz vremena Hipokrata, kada se vjerovalo da se maternica pomaknula iz svojeg normalnog položaja u zdjelici, te luta kroz tijelo stvarajući razne simptome. Engleski liječnik Sydenham, 1697. godine opisao je histeriju kao emocionalno stanje, a ne tjelesni poremećaj, pomičući tako izvor poremećaja iz maternice u središnji živčani sustav (35). Iako se podrijetlo današnjeg pojma somatizacije može pripisati Sydenhamu, može se reći da je njezine temelje učvrstio francuski liječnik i psiholog Paul Briquet. Histeriju je opisao kao kronični poremećaj za koji su karakteristični brojni medicinski neobjašnjivi simptomi koji zahvaćaju nekoliko organskih sustava. Briquet je također proveo ispitivanje koje je trajalo 10 godina, tijekom kojeg su opisani i kategorizirani simptomi 430 pacijenata (36). Neki od simptoma koje su pacijenti navodili jesu pritužbe na tjelesne funkcije te neurološki simptomi poput amnezije, paralize i grčeva. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća, histerija je postala poznata kao Briquetov

sindrom. Termin somatizacija prvi je upotrijebio austrijski liječnik i psiholog Wilhelm Stekel, opisujući somatizaciju kao izraz emocionalne neravnoteže u obliku tjelesnih simptoma (36,37).

Novije definicije opisuju somatizaciju kao sklonost izražavanja psihičkih poteškoća putem tjelesnih simptoma, za koje ne postoji medicinsko objašnjenje, atribuiranje simptoma tjelesnoj bolesti te traženje medicinske pomoći za liječenje istih. Simptomi mogu imati psihogeni karakter, što opisuje somatizaciju kao mehanizam iskazivanja psihosocijalne nelagode ili emocionalnih teškoća putem tjelesne simptomatologije, pri čemu je nastanak simptoma nerijetko uzrokovan stresnim životnim situacijama i događajima. U pravilu, somatizacija se smatra disfunkcionalnim odgovorom na psihosocijalni stres koji obuhvaća obrambene mehanizme poput negacije, supresije i represije, čijom uporabom osoba nenamjerno produljuje i otežava nastalu situaciju (37). Sa druge strane, u određenim kulturama somatizacija se smatra korisnom. Naime, ukoliko se somatizacija upotrebljava za preusmjeravanje psihološke nelagode u tjelesne simptome, a ne njenog potiskivanja ili negiranja, može rezultirati povoljnim učincima na zdravlje (15,37).

Somatizacije se mogu javiti u bilo kojem životnom periodu, no najčešće započinju prije tridesete godine života. Također, prevalencija somatizacija češća je kod žena nego kod muškaraca. Jedno od objašnjenja ovih razlika je to da su žene podložnije, za razliku od muškaraca tražiti pomoć liječnika zbog pojave trivijalnih simptoma i manjih disfunkcija. Muškarci, sa druge strane, obično ne iskazuju somatske tegobe sve dok im ozbiljno nije narušeno svakodnevno funkcioniranje. Isto tako, moguće je da žene pojačano iskazuju somatizacije, obzirom da češće obolijevaju od psihičkih poremećaja sa naglašenim somatskim karakteristikama, poput anksioznih poremećaja i depresije (37).

Osoba sa somatizacijom proživljava mnogostruke tjelesne simptome koji mogu obuhvatiti bilo koji dio tijela, tjelesni sustav ili tjelesnu funkciju, pri čemu mogu oponašati različite tjelesne bolesti. Kao najčešći somatski simptom ističe se bol, posebice u glavi, prsima, trbuhu, leđima i zdjelici. Isto tako, nerijetke su pritužbe na umor, nedostatak zraka, vrtoglavicu i srčane palpitacije. Od tjelesnih sustava, najčešće se navode pritužbe vezane za probavni sustav te pseudoneurološki simptomi (37,38).

1.2.1. Razvoj i tijek somatizacije

Kao pogodovni čimbenici za nastanak somatizacije navode se genetika, razvojni faktori vezani za učenje te ličnost osobe. O genetskoj predispoziciji somatizacije moguće je zaključivati temeljem podataka o većoj vjerojatnosti njezinog razvoja ako je u obitelji već prisutan somatizacijski, ali i drugi psihički poremećaji. Također, čestu pojavu tjelesnih simptoma na lijevoj strani tijela moguće je obrazložiti povećanom aktivnošću desne moždane polutke osobe sklone somatizaciji, što upućuje na determiniranost somatizacije biološkim faktorima (39). Traume i negativna iskustva iz djetinjstva poput bolesti roditelja, tjelesno i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje također imaju znatnu ulogu u nastanku somatizacije u odrasloj dobi. Izloženost traumi potencijalno može pogodovati tome da osoba na stres odgovara somatskim simptomima. Isto tako, neprimjerena roditeljska skrb u djetinjstvu može rezultirati pojavom somatskih simptoma u odrasloj dobi jer dijete nije imalo od koga naučiti adekvatne tehnike suočavanja sa stresom, što rezultira iskazivanjem psihološke nelagode somatskim simptomima, odnosno somatizacijom (40). Somatizacija može biti i naučeni obrazac ponašanja koji je osoba usvojila u djetinjstvu temeljem iskustva sa vlastitom bolešću ili bolesti bliske osobe. Naime, na taj način dijete može naučiti da će iznošenje tjelesnih tegoba doprinijeti pažnji ili izbjegavanju sukoba, pa u kasnijoj dobi pribjegava takozvanoj „ulozi bolesnika“, koju koristi kao tehniku suočavanja. Zapravo, somatizacija može osigurati osobama koje su živjele u nepredvidljivim okolnostima te koje su razvile osjećaj osobne bespomoćnosti oblik iskazivanja psihološke nelagode koji će dovesti do željene pažnje bliskih osoba i liječnika. Razvoju somatizacije također pogoduju razne osobine ličnosti. Primjerice, aleksitimične osobe, odnosno osobe koje imaju smanjenu mogućnost prepoznavanja i izražavanja emocija nisu u stanju razumjeti i regulirati vlastite emocije (41). Povezanost aleksitimije i somatizacije može se opisati modelom emocionalne svjesnosti prema kojem snižena razina emocionalne svjesnosti vodi fokusiranju na tjelesne simptome koji prate emocionalnu pobuđenost te njihovoj somatosenzornoj amplifikaciji, što rezultira pogrešnom interpretacijom tih simptoma kao pokazatelja tjelesne bolesti (42). Stresni životni događaji i situacije smatraju se okidačima za pojavu somatizacije. Najčešće su to smrt bliske osobe, tjelesna ozljeda ili bolesti, prekid veze ili svjedočenje smrti. Osobe sa somatizacijom usvajaju somatizaciju kao način suočavanja sa psihološkim konfliktima, životnim promjenama i niskim samopouzdanjem, na taj način dobivaju potrebnu pažnju ili izbjegavaju sukob. Odgovori obitelji i liječnika na somatske tegobe osobe samo pospješuju sklonost somatizacije te je na taj način održavaju (37).

1.2.2. Tretman somatizacije

Poremećaj somatizacije obično je kroničnog karaktera, no ukoliko je riječ o blažim oblicima somatizacije, kao što je pojava nekoliko medicinski neobjašnjivih simptoma, krajnji ishod je prilično povoljan. Kod većine pacijenata dolazi do poboljšanja ili potpunog oporavka (37). Utvrđeno je da anksiozni poremećaj ili poremećaj raspoloženja mogu povoljno utjecati na tijek somatizacija. Naime, pacijentima sa ovim poremećajima u komorbiditetu psihosocijalno funkcioniranje biti će uvelike otežano, zbog čega će ranije potražiti pomoć. Isto tako, pripisivanje tjelesnih simptoma psihološkoj nelagodi rezultira reduciranjem simptoma, što se može objasniti činjenicom da je tada pacijent u potrazi za prikladnim tehnikama suočavanja sa nelagodom i ne fokusira se isključivo na traženje pomoći liječnika (43).

Uzimajući u obzir da kod većine osoba sa somatizacijom dođe do spontanog oporavka, prije tretmana preporuča se pričekati određeni period kako bi se odlučilo je li osobi zaista potrebno liječenje. U slučaju da ne dođe do poboljšanja ili oporavka, obično se primjenjuje kognitivno bihevioralna terapija, kojom se nastoji postići da pacijent prepozna te modificira neprimjerene misli, osjećaje i obrasce ponašanja. Navedena metoda smatra se najučinkovitijom pri liječenju somatoformnih poremećaja (44).

1.2.3. Somatizacija kod djece i mladih

Kao rizična skupina za razvoj somatizacije ističu se djeca i mladi, posebice adolescenti koji su zbog kognitivne i emocionalne nezrelosti skloniji somatskim simptomima poslije stresnih događaja praćenih strahom i tjeskobom (6). Gledajući somatizaciju sa razvojne točke gledišta, može se reći da je tijelo prvi alat komunikacije djeteta sa roditeljima, posebice za vrijeme neverbalnog razdoblja, ali i kasnije tijekom razvoja, stoga ne čudi povećana pojavnost raznih tjelesnih simptoma kao izraza psihičke patnje kod djece. Nekoliko je rizičnih faktora koji povećavaju sklonost somatizaciji, kao što su osobnost djeteta, sposobnost prilagodbe, slabije kognitivne sposobnosti, tjelesne bolesti djeteta ili člana obitelji te anksiozni ili depresivni poremećaji djeteta (10). Učestalost somatizacije u preadolescentnom razdoblju podjednaka je u oba spola, da bi se tijekom adolescencije udvostručila, i to u korist ženskog spola. Somatski simptomi mogu biti prolazni dio u procesu odrastanja koji ne utječu na funkcioniranje osobe, te samim time nisu potrebne intervencije. Učestalost somatskih

somatskih simptoma bez kliničkog značaja je visoka i manje od 50% doseže jačinu koja zahtijeva daljnju dijagnostičku obradu (6).

Prema Nacionalnom programu za mlade Republike Hrvatske, mladima se smatraju osobe od 15. do 30. godine života (45). U posljednje vrijeme povećan je znanstveni interes za upravo ovu populacijsku skupinu. Također, razvili su se brojni koncepti o proučavanju mladih ljudi kao specifičnog dijela društva. Jedan od koncepata opisuje mlade kao socijalnu generaciju kojoj su svojstveni isti obrasci ponašanja, iskustva te želja za pripadnošću. Drugi koncept govori da su mladi ljudi zapravo u tranzicijskom periodu između djetinjstva i odrasle dobi (46). Ono što je zajedničko mladim ljudima je upravo njihova niska životna dob, pri čemu se za donju granicu obično uzima 15 godina života. Gornjom granicom smatra se 30 godina, iako se ova granica sve više povisuje, što je posljedica produljenja životnog vijeka te produženja perioda tijekom kojeg se mladi pripremaju za odlazak u svijet odraslih. Za mlade ljude karakteristično je postupno preuzimanje uloga koje bi vremenom trebale postati trajne. To, između ostalog podrazumijeva obiteljske i profesionalne obaveze, ali i prihvaćanje odgovornosti društvenog odlučivanja. Posljednjih godina, u fokus razvojne psihologije sve više dolazi mlađa odrasla dob koja obuhvaća razdoblje između kasne adolescencije i srednje odrasle dobi. Osamostaljivanje, pronalazak identiteta, brojne socijalne uloge i promjene u poslovnom planu, ovaj period čine najmanje stabilnim periodom života, što pogoduje pojavi različitih problema (47).

Smatra se kako odraslost, odnosno tranzicija iz adolescencije u odraslu dob, mlade ljude čini podložnijima stresu. Prijelaz iz srednjoškolskog na fakultetsko obrazovanje donosi nove izazove za mlade ljude, poput osamostaljivanja, izvršavanja akademskih izazova te adaptiranja na novi društveni život. Unatoč tome što su rast i promjena pozitivni i potrebni na putu od adolescenta do samostalne mlade osobe, često su praćeni stresom. Ukoliko su pritisci intenzivni, a stres stalno prisutan, nerijetko dolazi do raznih tjelesnih komplikacija, ali i psiholoških problema. Studenti su posebice izloženi stresu jer se suočavaju sa izazovima u akademskom životu. Studiranje kao izvor stresa može rezultirati raznim posljedicama na fizičkom, psihičkom i mentalnom zdravlju. Neadekvatna organizacija, puno ispita u kratkom vremenskom periodu i strah od akademskog neuspjeha navode se kao glavni uzroci stresa kod studentske populacije (48). Istraživanje koje se 2019. godine provelo u Poljskoj, pokazalo je da su studentice medicinskog fakulteta iskazivale povišenu razinu somatizacije pri izloženosti stresu (49). Generalno, somatizacija kod djece i mladih povezuje se sa većom pojavnošću emocionalnih i ponašajnih smetnji, školskim, odnosno akademskim neuspjehom te većom

učestalosti anksioznosti i depresije. Isto tako, djeca i adolescenti sa somatskim simptomima odrastaju u odrasle ljude sa identičnim smetnjama, što u odrasloj dobi predstavlja naglašen društven, zdravstveni, ali i ekonomski problem (48).

1.2.4. Utjecaj somatizacije na mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje, prema SZO, opisuje se kao stanje blagostanja u kojem je pojedinac u stanju nositi se sa svakodnevnim životnim stresom, prepoznaje vlastite sposobnosti te je u stanju produktivno doprinosti zajednici (50). Brojni faktori utječu na mentalno zdravlje. Posebice su štetna traumatična iskustva iz ranijih životnih perioda, koji zajedno sa kroničnim stresom mogu nepovoljno utjecati na tjelesno i mentalno zdravlje. Faktori koji imaju utjecaj na mentalno zdravlje te kao takvi predstavljaju rizik za razvoj mentalnih poremećaja su siromaštvo, zlostavljanje tijekom djetinjstva, ali i odrasle dobi, narušeni obiteljski odnosi, socijalno okruženje, izolacija i ostali (46,50).

Somatoformni poremećaji, odnosno somatizacija kao njihova glavna značajka uvelike utječe na funkcioniranje osobe u različitim područjima. Primjerice, osobe sa višestrukim somatizacijama, na primjer, one koje pate od somatizacijskog poremećaja nerijetko provode nekoliko dana u krevetu, značajno im je narušeno profesionalno i društveno funkcioniranje te više izostaju sa posla (51). Obzirom da su skloni tražiti medicinsku pomoć za svoje simptome, somatizacije kao takve predstavljaju izražen medicinski, ali i financijski teret. Somatizacija je također povezana sa anksioznim i depresivnim simptomima. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, somatizacija najčešće dolazi u komorbiditetu sa depresijom. Prema podacima, čak 69% osoba sa depresijom, pati od somatskih simptoma, dok je veći broj somatskih simptoma povezan sa povećanim rizikom od depresije (52). Obzirom na sve užurbaniji životni tempo te samim time veći izvor stresa, nužno je prevenirati i raditi na ranom otkrivanju somatizacije, ali i ostalih poremećaja sa ciljem očuvanja mentalnog zdravlja.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Cilj 1: Istražiti koji su najizraženiji somatski simptomi kod studenata redovnog preddiplomskog studija Sestrinstva.

Cilj 2: Istražiti koji su najizraženiji somatski simptomi kod studenata izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva.

Cilj 3: Istražiti postoje li razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika.

Cilj 4: Ispitati razlike u učestalosti somatizacija između redovnih i izvanrednih studenata Sestrinstva.

Hipoteza 1: Najizraženiji somatski simptomi kod studenata redovnog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor.

Hipoteza 2: Najizraženiji somatski simptomi kod studenata izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor.

Hipoteza 3: Ne postoje razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika.

Hipoteza 4: Ne postoji razlika u učestalosti somatizacija između redovnih i izvanrednih studenata Sestrinstva.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

3.1. Ispitanici/materijali

Istraživanje je provedeno na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, nakon odobrenja nacrtu završnog rada. Istraživanje se provodilo tijekom ožujka i travnja 2023. Uzorak istraživanja bio je prigodni te je uključivao studente redovnog i izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva prve, druge i treće godine. U uzorak su bili uzeti studenti različite dobi, oba spola, različitog prethodnog obrazovanja, različitog načina studiranja te različitih godina studija. Planirani broj ispitanika je 100 studenata. Ukoliko upitnik nije bio u potpunosti ispunjen, nije se smatrao važećim.

3.2. Postupak i instrumentarij

Podaci za ovo istraživanje prikupljeni su temeljem ispunjavanja upitnika, izrađenom na online platformi Google forms. Upitnik je bio prosljeđen predstavnicima prve, druge i treće godine redovnog i izvanrednog studija Sestrinstva putem službene e-mail adrese (Outlook) koji su je potom prosljediti ostalim kolegama na svojoj godini. Upitnik koji se koristio naziva se Hrvatska verzija PHQ-15 upitnika somatskih simptoma i dio je Zbirke psihologijskih skala i upitnika (7). Navedena Zbirka sastoji se od 9 priloga koji predstavljaju adaptaciju postojećih mjernih instrumenata koji su javno dostupni za istraživačke svrhe ili je osigurana suglasnost autora izvornih skala i upitnika. Upitnik se sastojao od dva dijela. Prvi dio je obuhvaćao 5 sociodemografskih podataka (dob, spol, srednjoškolsko obrazovanje, status studenta te godina studija). Drugi dio upitnika sastojao se od 15 pitanja za samoprocjenu somatskih simptoma. Ovom skupinom pitanja obuhvaćeni su najčešći somatski simptomi (bolovi na pojedinim dijelovima tijela, kardiopulmonalni i gastrointestinalni simptomi te simptomi povezani s umorom). Od ispitanika je zatraženo da označe koliko im je tijekom protekla 4 tjedna smetao određeni simptom. Svaki simptom procjenjivao se na skali od 0 do 2 (0 = uopće mi nije smetalo, 1 = malo mi je smetalo, 2 = jako mi je smetalo). Teorijski raspon upitnika iznosi 0-30, pri čemu su predložene granične vrijednosti: ≥ 5 , ≥ 10 i ≥ 15 za blagu, umjerenu i visoku razinu težine somatskih simptoma. Predviđeno vrijeme za ispunjavanje upitnika iznosilo je 5-10 minuta te je bio ispunjen pojedinačno od strane svakog studenta. Na početku upitnika ispitanicima je bilo predloženo objašnjenje načina odgovaranja

na pitanja, a ispunjavanjem upitnika smatrano je da su ispitanici dali dobrovoljni pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Pitanja su bila ista za svakog ispitanika.

3.3. Statistička obrada podataka

Statistička obrada dobivenih podataka provedena je u programu Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.) pomoću programa Microsoft Office Excel ili ručnim računanjem pomoću deskriptivne statistike i analitičke statističke obrade, što je ovisilo o vrsti dobivenih podataka. Podaci o sociodemografskim pitanjima prikazani su deskriptivno u tablici. Varijable dob, spol, srednjoškolsko obrazovanje i status studenta su prikazani nominalnom ljestvicom, a varijabla godina studija prikazana je ordinalnom ljestvicom. Uspoređivanje dobivenih podataka testirano je putem Hi-kvadrat testa. Rezultati istraživanja i statistički dio obrade podataka prikazani su grafovima i tablicama istim redoslijedom pojavljivanja u upitniku. Razina statističke značajnosti za sve statističke testove kojima se provode uspoređivanja u ovom istraživanju iznose $p < 0,05$. Ovisno o dobivenim rezultatima hipoteze su potvrđene ili opovrgnute.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Upitnik je u potpunosti anoniman te su njegovim ispunjavanjem ispitanici dali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Istraživanje je niskog rizika te će se svi podaci dobiveni istraživanjem koristiti isključivo u svrhu izrade završnog rada studentice Sestrinstva Elene Cvitešić te će biti prikazani na obrani završnog rada. Hrvatska PHQ-15 verzija može se slobodno upotrebljavati u akademske svrhe. Izvorni upitnik PHQ-15 javno je dostupan te nije bilo potrebno tražiti dozvolu za njegovo korištenje (7).

4. REZULTATI

U uzorku je sudjelovalo 105 ispitanika od čega je pet puta više žena (83,8%) nego muškaraca (16,2%). Ispitanici u prosjeku imaju $26,21 \pm 7,831$ godine iako su najzastupljeniji sudionici u dobi do 24 godine (61,9%). Najmanje je ispitanika upravo u starosnoj skupini od 25-30 godina (17,1%), dok je ispitanika starijih od 30 godina jedna petina. Najzastupljeniji su ispitanici sa završenom medicinskom školom (97,1%). Iako je broj ispitanika koji nisu završili medicinsku školu nego neku drugu srednju školu zanemariv, ipak je dvostruko više ispitanika sa završenom strukovnom školom od gimnazijalaca. Omjer redovnih i izvanrednih studenata je podjednak, tek je za 4,8% više izvanrednih (52,4%). Samo je jedna petina studenata sa druge godine, dok je ostatak ispitanika ravnomjerno podijeljen na prvu (40,0%) i treću godinu (41,0%).

(tablica 1).

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Karakteristika	N	%
Spol		
Ženski	88	83,8
Muški	17	16,2
Dob		
18-24	65	61,9
25-30	18	17,1
30-50	21	20,0
Više od 50	1	1,0
Završena srednja škola		
završena medicinska škola	102	97,1
završena gimnazija	1	1,0
završena neka druga srednja škola	2	1,9
Način studiranja		
Redovni	50	47,6
Izvanredni	55	52,4
Godina studiranja		

Prva	42	40,0
Druga	20	19,0
Treća	43	41,0

Napomena: N=105

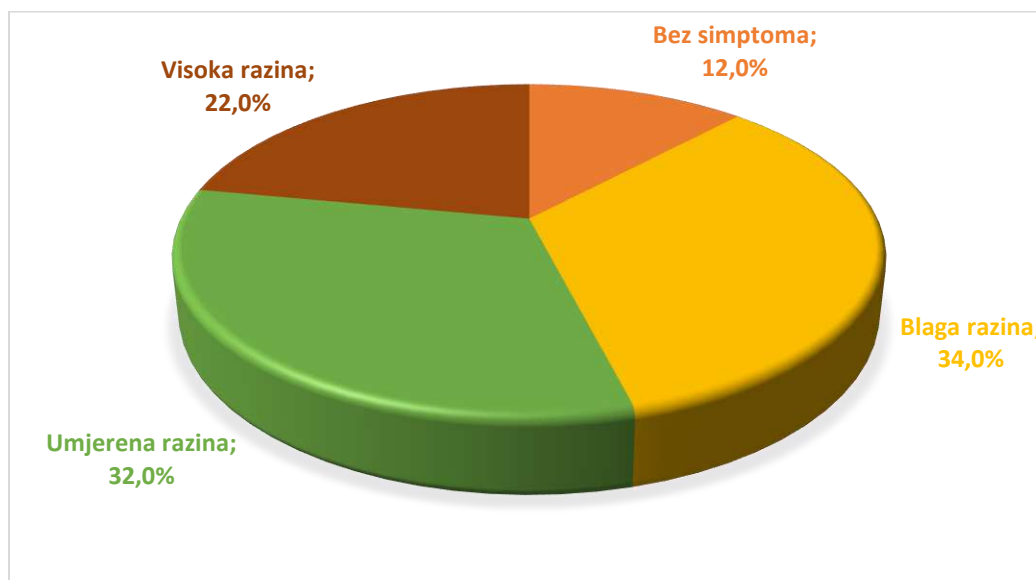
Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Hipoteza 1: Najizraženiji somatski simptomi kod studenata redovnog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor.

Prema distribuciji odgovora vezanih za postojeće somatske simptome u protekla četiri tjedna, 12% studenata redovnog studija navodi da im simptomi uopće nisu smetali, dok su svi ostali ispitanici imali problema sa somatskim tegobama.

Na pitanja vezana za razinu somatizacija koje su osjetili unazad četiri tjedna, najviše ispitanika, njih 34,0% osjeća blagu, a 32,0% umjerenu razinu, dok svaki peti ispitanik ima visoku razinu somatizacije (slika 1.)

Slika 1. Razina somatizacije koju su osjetili redovni studenti unazad četiri tjedna



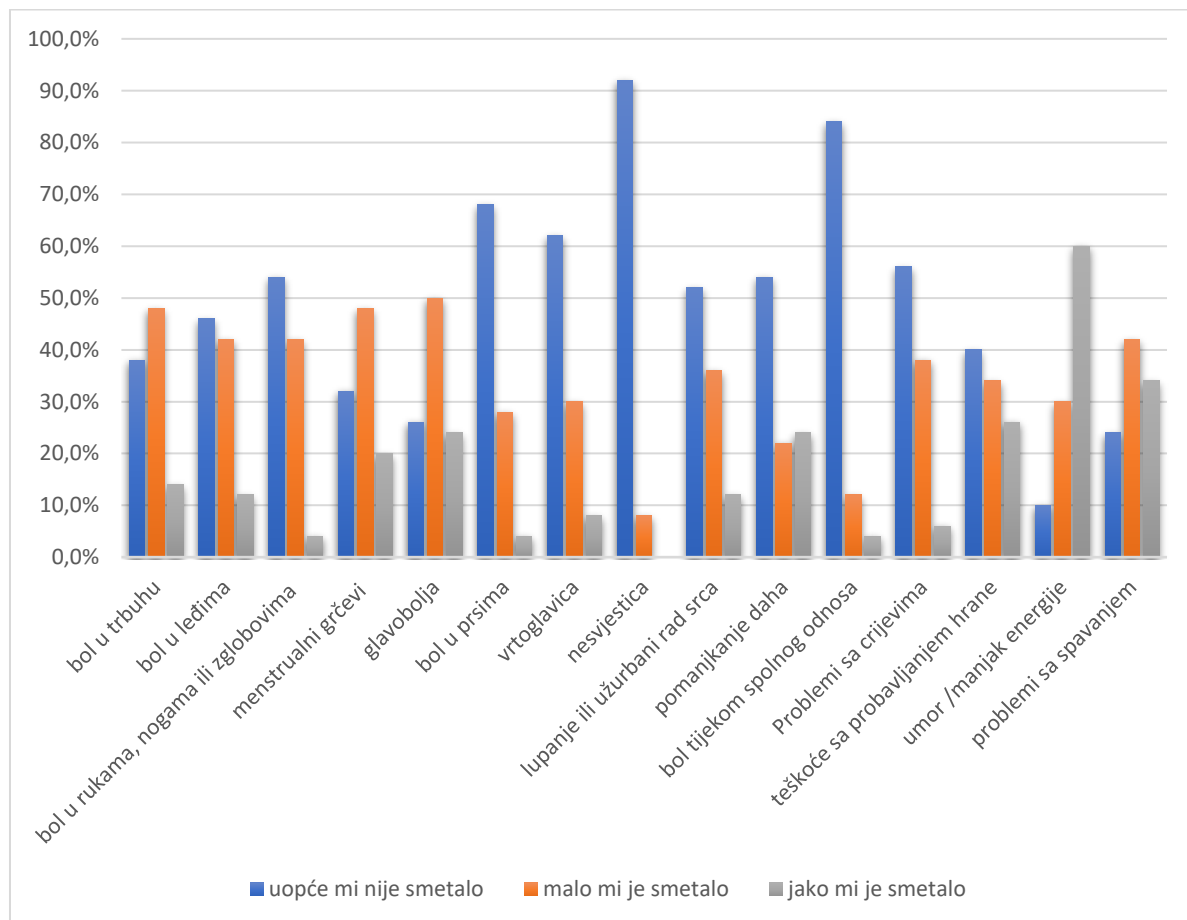
Napomena: N=50

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Među studentima kojima je jako smetao određeni simptom, manjak energije/umor prijavilo je 60,0% ispitanika i to je ujedno najčešći simptom u redovnih studenata. Probleme sa

spavanjem imao je svaki treći student. Sa mučninom, nadutošću ili teškoćama sa probavljanjem hrane mučilo se 26,0% ispitanika. Od pomanjkanja daha patio je jednak broj redovnih studenata kao i od glavobolja, 24,0% njih. Menstrualni bolovi odnose se na ženski dio ispitanika, a navodi ih petina ispitanika. Nadalje, 14,0% ispitanika navodi bol u trbuhu, a 12,0% lupanje ili užurbani rad srca i bol u leđima. U nešto manjoj mjeri ispitanici su patili od vrtoglavice (8%), 6,0% ispitanika osjećalo je zatvor, proljev ili drugi problem sa crijevima, dok je isti broj ispitanika (4,0%) osjećalo bol ili probleme tijekom spolnog odnosa, bol u prsima, bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima, itd.). Nesvjesticu nije osjećao niti jedan redovni student. Iako je najveći broj ispitanika osjećao manjak energije/umor, ta razlika nije statistički signifikantna ($\chi^2=3,333$, $P=0,972$) (slika 2.), pa je sukladno dobivenim rezultatima, hipoteza H1 da je najizraženiji somatski simptom kod studenata redovnog preddiplomskog studija Sestrinstva manjak energije/umor djelomično prihvaćena.

Slika 2. Procjena somatskih simptoma redovnih studenata unazad četiri tjedna



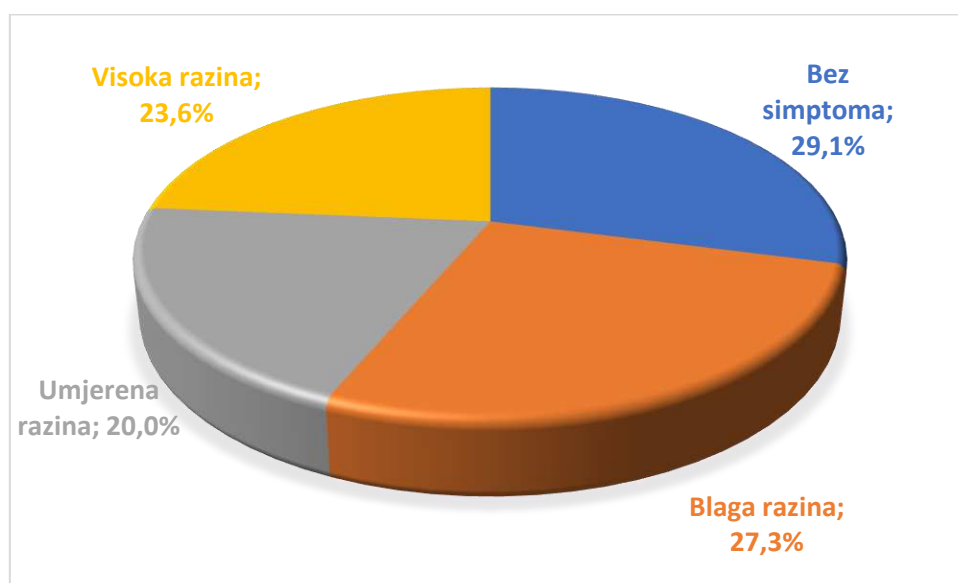
Napomena: N=50

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Hipoteza 2: Najizraženiji somatski simptomi kod studenata izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor.

Izvanredni studenti imaju manje učestale simptome somatizacije od redovnih. Svaki peti izvanredni student ima umjerenu razinu somatizacije, dok gotovo četvrtina izvanrednih studenata ima visoku razinu somatizacije (23,6%). Nešto više od polovine izvanrednih studenata (56,4%) je sa blagim ili bez simptoma somatizacije (slika 3.)

Slika 3. Razina somatizacije koju su osjetili izvanredni studenti unazad četiri tjedna



Napomena: N=55

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Na pitanja vezana za razinu somatizacija koje su osjetili unatrag četiri tjedna, najintenzivnije su doživljavali manjak energije/umor koje je jako smetalo u obavljanju svakodnevnih aktivnosti gotovo polovicu (49,1%) izvanrednih studenata.

Ostali simptomi drugačije su disperzirani u odnosu na redovne studente. Izvanredni studenti u većoj mjeri pate od bolova u leđima (29,1%). Dvostruko manje osjeća jaku bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima, itd.). Petina ispitanica pati od menstrualnih grčeva te jednako toliko ispitanika ima problema sa spavanjem. Mučninu, nadutost ili teškoće sa probavljanjem hrane ima 18,2% izvanrednih studenata. Najmanje ispitanika je prijavilo ometajuće bolove tijekom spolnog odnosa (3,6%), dok dvostruko više izvanrednih studenata pati od vrtoglavica, koje u manjoj mjeri završavaju nesvjesticom, jer je 5,5% ispitanika

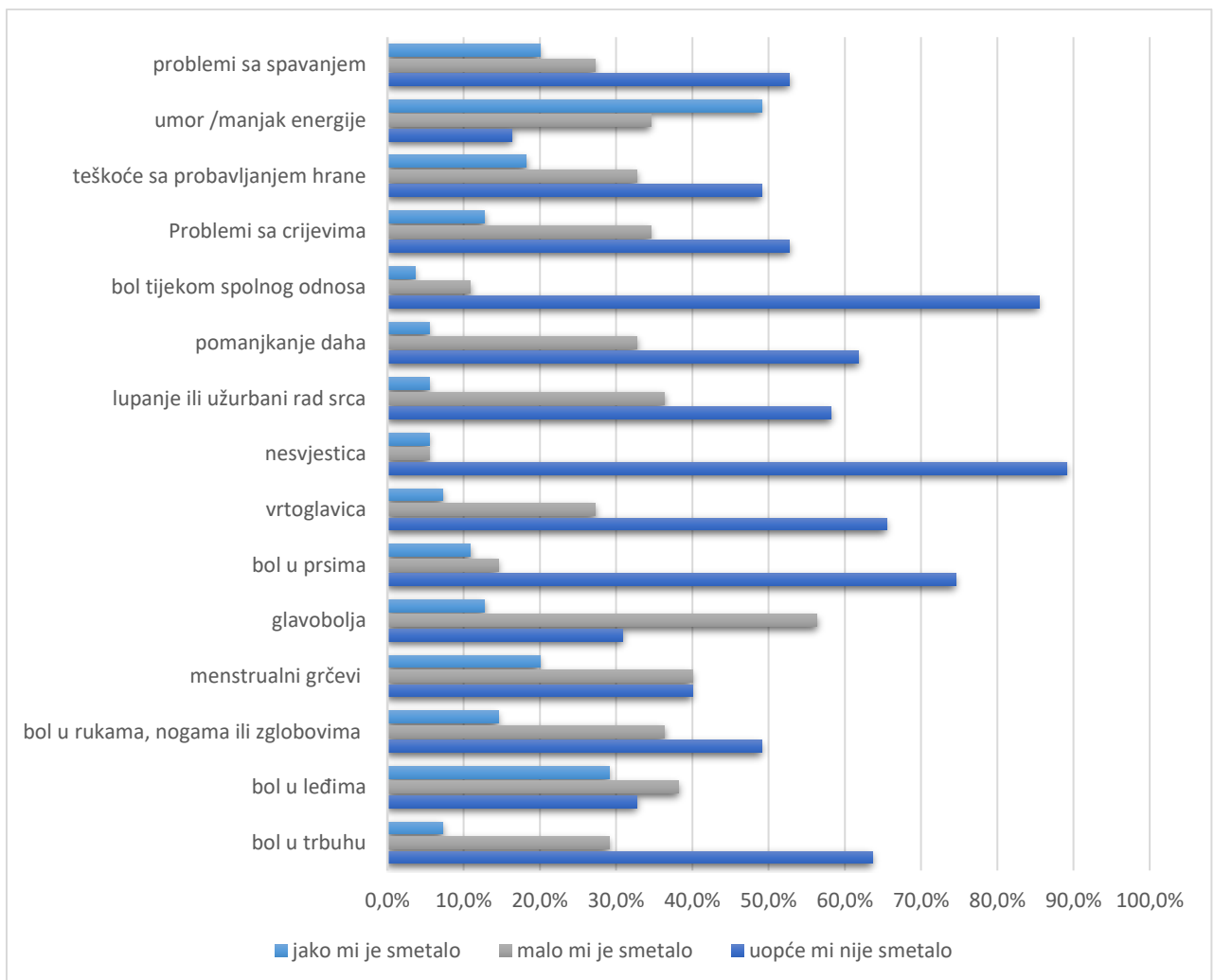
prijavilo da ima problema sa istima. Jednaki broj ispitanika pati od lupanja ili užurbanog rada srca i pomanjkanja daha, a konzistentnost u odgovorima upućuje na probleme kardiovaskularnog sustava, pa tako svaki deseti ispitanik osjeća i bol u prsima.

Simptome glavobolje ima dvostruko manji broj izvanrednih studenata (12,7%) od redovnih. Isto toliko ispitanika pati od zatvora, proljeva ili drugog problema sa crijevima.

Razlika u frekvenciji međutim nije statistički značajna ($\chi^2=3,000$, $P=0,964$) pa se zbog toga hipoteza H2 da je najizraženiji somatski simptom kod studenata izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva manjak energije/umor djelomično prihvaća.

Procjena somatskih simptoma izvanrednih studenata unazad četiri tjedna prikazana je na slici 4.

Slika 4. Procjena somatskih simptoma izvanrednih studenata unazad četiri tjedna



Napomena: N=55

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Hipoteza 3: Ne postoje razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika.

Statistički značajna razlika postignuta je za svega dva simptoma: glavobolju ($\chi^2=6,450$, $P=0,040$) i manjak energije/umor ($\chi^2=11,597$, $P=0,003$). Naime, ženama je jako smetao manjak energije/umor u 61,4% slučajeva. Gotovo dvostruko više muškaraca (52,9%) nego žena (28,4%) taj simptom je u nešto manjoj mjeri remetio svakodnevni ritam života, dok simptomi manjka energije/umora nisu smetali 10,2% žena i 29,4% muškaraca.

Simptomi glavobolje su također snažnije osjećale žene. Petini žena simptomi glavobolje su jako smetali, dok je to prijavilo četiri puta manje muškaraca (5,9%). Blaže smetnje osjećali su i muškarci i žene, iako su nešto jače ipak pogađali žene (55,7%) u odnosu na muškarce (41,2%), dok glavobolja uopće nije smetala nešto više od polovine muških ispitanika (52,9%) i duplo manje ženskih (23,9%).

Tablica 2. Procjena somatskih simptoma s obzirom na spol-1.dio

Vrsta somatizacije	Razina smetnje	ženski	muški	χ^2	P
Bol u trbuhu	uopće mi nije smetalo	51,1%	52,9%	0,468	0,791
	malo mi je smetalo	37,5%	41,2%		
	jako mi je smetalo	11,4%	5,9%		
Bol u leđima	uopće mi nije smetalo	39,8%	35,3%	1,740	0,419
	malo mi je smetalo	37,5%	52,9%		
	jako mi je smetalo	22,7%	11,8%		
Bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima, itd.)	uopće mi nije smetalo	52,3%	47,1%	0,206	0,902
	malo mi je smetalo	38,6%	41,2%		
	jako mi je smetalo	9,1%	11,8%		
Glavobolja	uopće mi nije smetalo	23,9%	52,9%	6,450	0,040
	malo mi je smetalo	55,7%	41,2%		
	jako mi je smetalo	20,5%	5,9%		

Bol u prsima	uopće mi nije smetalo	71,6%	70,6%	0,147	0,929
	malo mi je smetalo	20,5%	23,5%		
	jako mi je smetalo	8,0%	5,9%		
Vrtoglavica	uopće mi nije smetalo	62,5%	70,6%	0,407	0,816
	malo mi je smetalo	29,5%	23,5%		
	jako mi je smetalo	8,0%	5,9%		

Napomena: N=105

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Kod ostalih simptoma nisu uočene statistički značajne razlike s obzirom na spol ispitanika (tablice 2. i 3.) pa se može prihvatiti hipoteza 3 da ne postoje razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika.

Tablica 3. Procjena somatskih simptoma s obzirom na spol-2.dio

Vrsta somatizacije	Razina smetnje	ženski	muški	χ^2	P
Nesvjestica	uopće mi nije smetalo	93,2%	76,5%	7,758	0,093
	malo mi je smetalo	4,5%	17,6%		
	jako mi je smetalo	2,3%	5,9%		
Lupanje ili užurbani rad srca	uopće mi nije smetalo	51,1%	76,5%	5,241	0,073
	malo mi je smetalo	40,9%	11,8%		
	jako mi je smetalo	8,0%	11,8%		
Pomanjkanje daha	uopće mi nije smetalo	59,1%	52,9%	2,445	0,294
	malo mi je smetalo	25,0%	41,2%		
	jako mi je smetalo	15,9%	5,9%		
Bol ili problemi tijekom spolnog	uopće mi nije smetalo	87,5%	70,6%	4,537	0,103
	malo mi je smetalo	10,2%	17,6%		

odnosa	jako mi je smetalo	2,3%	11,8%		
Zatvor, proljev ili drugi problemi sa crijevima	uopće mi nije smetalo	53,4%	58,8%	2,148	0,342
	malo mi je smetalo	35,2%	41,2%		
	jako mi je smetalo	11,4%	0,0%		
Mučnina, nadutost ili teškoće sa probavljanjem hrane	uopće mi nije smetalo	42,0%	58,8%	3,297	0,192
	malo mi je smetalo	33,0%	35,3%		
	jako mi je smetalo	25,0%	5,9%		
Umor /manjak energije	uopće mi nije smetalo	10,2%	29,4%	11,597	0,003
	malo mi je smetalo	28,4%	52,9%		
	jako mi je smetalo	61,4%	17,6%		
Problemi sa spavanjem	uopće mi nije smetalo	36,4%	52,9%	2,698	0,260
	malo mi je smetalo	34,1%	35,3%		
	jako mi je smetalo	29,5%	11,8%		

Napomena: N=105

Izvor: podaci dobiveni istraživanje

Hipoteza 4: Ne postoji razlika u učestalosti somatizacija između redovnih i izvanrednih studenata Sestrinstva.

Tablica 4. Procjena somatskih simptoma s obzirom na status studenta-1.dio

Vrsta somatizacije	Razina smetnje	redovni	izvanredni	χ^2	P
Bol u trbuhu	uopće mi nije smetalo	38,0%	63,6%	6,937	0,031
	malo mi je smetalo	48,0%	29,1%		
	jako mi je smetalo	14,0%	7,3%		

Bol u leđima	uopće mi nije smetalo	46,0%	32,7%	4,928	0,085
	malo mi je smetalo	42,0%	38,2%		
	jako mi je smetalo	12,0%	29,1%		
Bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima, itd.)	uopće mi nije smetalo	54,0%	49,1%	3,394	0,183
	malo mi je smetalo	42,0%	36,4%		
	jako mi je smetalo	4,0%	14,5%		
Menstrualni grčevi ili ostali problemi sa mjesečnicom	uopće mi nije smetalo	32,0%	40,0%	0,846	0,655
	malo mi je smetalo	48,0%	40,0%		
	jako mi je smetalo	20,0%	20,0%		
Glavobolja	uopće mi nije smetalo	26,0%	30,9%	2,259	0,232
	malo mi je smetalo	50,0%	56,4%		
	jako mi je smetalo	24,0%	12,7%		
Bol u prsima	uopće mi nije smetalo	68,0%	74,5%	4,061	0,131
	malo mi je smetalo	28,0%	14,5%		
	jako mi je smetalo	4,0%	10,9%		
Vrtoglavica	uopće mi nije smetalo	62,0%	65,5%	0,135	0,935
	malo mi je smetalo	30,0%	27,3%		
	jako mi je smetalo	8,0%	7,3%		
Nesvjestica	uopće mi nije smetalo	92,0%	89,1%	3,006	0,222
	malo mi je smetalo	8,0%	5,5%		
	jako mi je smetalo	0,0%	5,5%		

Napomena: N=105

Izvor: podaci dobiveni istraživanje

Tablica 5. Procjena somatskih simptoma s obzirom na status studenta-2.dio

Vrsta somatizacije	Razina smetnje	redovni	izvanredni	χ^2	P
Lupanje ili užurbani rad srca	uopće mi nije smetalo	52,0%	58,2%	1,491	0,474
	malo mi je smetalo	36,0%	36,4%		
	jako mi je smetalo	12,0%	5,5%		
Pomanjkanje daha	uopće mi nije smetalo	54,0%	61,8%	7,672	0,022
	malo mi je smetalo	22,0%	32,7%		
	jako mi je smetalo	24,0%	5,5%		
Bol ili problemi tijekom spolnog odnosa	uopće mi nije smetalo	56,0%	52,7%	0,043	0,979
	malo mi je smetalo	38,0%	34,5%		
	jako mi je smetalo	6,0%	12,7%		
Zatvor, proljev ili drugi problemi sa crijevima	uopće mi nije smetalo	40,0%	49,1%	1,383	0,501
	malo mi je smetalo	34,0%	32,7%		
	jako mi je smetalo	26,0%	18,2%		
Mučnina, nadutost ili teškoće sa probavljanjem hrane	uopće mi nije smetalo	40,0%	49,1%	1,227	0,541
	malo mi je smetalo	34,0%	32,7%		
	jako mi je smetalo	26,0%	18,2%		
Umor /manjak energije	uopće mi nije smetalo	10,0%	16,4%	1,537	0,464
	malo mi je smetalo	30,0%	34,5%		
	jako mi je smetalo	60,0%	49,1%		
Problemi sa spavanjem	uopće mi nije smetalo	24,0%	52,7%	9,117	0,01
	malo mi je smetalo	42,0%	27,3%		
	jako mi je smetalo	34,0%	20,0%		

Napomena: N=105

Izvor: podaci dobiveni istraživanje

Redovni studenti češće su imali smetnje zbog bolova u trbuhu ($\chi^2=6,937$, $P=0,031$) i problema sa spavanjem ($\chi^2=9,117$, $P=0,010$). Nešto više od trećine redovnih studenata (34,0%) to je u većoj mjeri narušavalo svakodnevno funkcioniranje, dok je isto izjavila samo petina izvanrednih studenata. U malo manjoj mjeri probleme sa spavanjem osjećalo je 42,0% redovnih studenata i 7,3% izvanrednih studenata. Jako ometajuću bol u trbuhu osjetilo je 14,0% redovnih studenata i dvostruko manje izvanrednih, dok gotovo dvije trećine izvanrednih studenata (63,60%) nije imalo nikakvih problema zbog bolova u trbuhu kao i 38% redovnih.

Od blažih simptoma pomanjkanja daha ($\chi^2=7,672$, $P=0,022$), patio je svaki treći izvanredni student i svaki peti redovni (22,0%), dok 61,80% izvanrednih studenata nije osjećalo nikakve smetnje zbog toga. Jake smetnje zbog pomanjkanja daha osjećalo je 12,0% redovnih studenata te četiri puta manje izvanrednih (5,50%). (tablice 4. i 5.).

Ostali somatski simptomi nisu bili značajnije izraženi s obzirom na status studenta, pa je hipoteza H4 o nepostojanju razlika u učestalosti somatizacija između redovnih i izvanrednih studenata Sestrinstva prihvaćena u cijelosti.

5. RASPRAVA

Fenomen somatizacije moguće je tumačiti na više načina. Većina autora somatizaciju objašnjava kao oblik izražavanja psihičkih tegoba putem tjelesnih simptoma. Somatizacija može predstavljati i nezreli mehanizam obrane, protiv neželjenih namjera i zamisli. Također, somatizacija može poslužiti kao alat za razrješenje konflikta. Naime, osoba koja somatizira baca krivnju na vlastito tijelo, zbog određenih „pogrešaka“ ili se usmjerava na simptome kako bi izbjegla potencijalno neugodnu situaciju. Ukoliko se osoba duži vremenski period bori sa somatskim simptomima, to potencijalno može upućivati na postojanje dubljeg psihičkog konflikta. Somatizacije se mogu javiti u bilo kojoj dobi, no obzirom da se obično pojavljuju prije tridesete godine života, može se reći da su mladi ljudi u povećanom riziku.

U istraživanju je sudjelovalo 105 ispitanika, od kojih je čak 79% mladih ljudi, između 18 i 30 godina. Između 30 i 50 godina ima 20% ispitanika, dok 50 ili više godina ima samo jedan ispitanik. Promatrajući rezultate provedenog istraživanja, vidljivo je da što se tiče redovnih studenata, najveći broj ispitanika (34%) osjeća blagu razinu somatizacije, a svaki peti ispitanik osjeća visoku razinu somatizacije. Za razliku od redovnih, izvanredni studenti, čak nešto više od polovice njih (56,4%) je sa blagim ili bez simptoma somatizacije, dok visoku razinu somatizacije (23,6%) osjeća gotovo četvrtina izvanrednih studenata.

Gledajući pojedinačne simptome, zanimljiva je usporedba manjka energije/umora kod redovnih i izvanrednih studenata. Naime, čak 60% redovnih studenata ovaj simptom je jako smetao te je ujedno to i najčešći simptom kod redovnih studenata. Isto tako, pokazalo se da je manjak energije/umor najviše smetao i izvanredne studente, gotovo polovicu njih (49,1%). U istraživanju o prisutnosti psihosomatskih simptoma kod studenata medicine te utjecaju istih na svakodnevne aktivnosti u posljednja 3 mjeseca, čak 20,5% ispitanika osjećalo je umor/manjak energije gotovo svaki dan, te ih je upravo ovaj simptom najviše ometao pri obavljanju aktivnosti (53).

Što se tiče ostalih izraženijih simptoma, od problema sa spavanjem pati svaki treći redovni student. Od vrtoglavica pati dvostruko više izvanrednih studenata u odnosu na redovne studente. Sa druge strane, dvostruko manje izvanrednih studenata, njih 12,7% pati od glavobolje. Obzirom na spol, simptom manjak energije/umor ženama je jako smetao u 61,4% slučajeva, dok je dvostruko više muškaraca ovaj simptom u manjoj mjeri remetio svakodnevnicu. Također, petini žena jako su smetale glavobolje, dok je to izjavilo četiri puta manje muškaraca.

6. ZAKLJUČAK

Iz istraživanja Učestalost somatizacija kod studenata preddiplomskog studija Sestrinstva proizlazi sljedeći zaključak:

HIPOTEZA 1: najizraženiji somatski simptomi kod studenata redovnog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor

Unatoč činjenici da je najveći broj ispitanika osjećao simptom manjak energije/umor, čak njih 60%, to ne čini statistički značajnu razliku, stoga je prva hipoteza djelomično prihvaćena.

HIPOTEZA 2: najizraženiji somatski simptomi kod studenata izvanrednog preddiplomskog studija Sestrinstva su manjak energije/umor

Manjak energije/umor smetao je gotovo polovici izvanrednih studenata, no razlika u frekvenciji nije statistički značajna, stoga je druga hipoteza djelomično prihvaćena.

HIPOTEZA 3: ne postoje razlike u učestalosti pojavljivanja somatskih simptoma obzirom na spol ispitanika

Statistički značajna razlika, obzirom na spol ispitanika, primijećena je u samo 2 simptoma: glavobolji te manjku energije/umoru. U 61,4% slučajeva ženama je jako smetao manjak energije/umor, dok je dvostruko više muškaraca osjećalo ovaj simptom u manjoj mjeri, odnosno imali su blaži intenzitet navedenog simptoma. Isto tako, manjak energije/umor uopće nije osjetilo 10,2% žena i 29,4% muškaraca. Glavobolja je snažnije pogađala žene. Petini žena simptomi glavobolje su jako smetale, dok je to prijavilo četiri puta manje muškaraca. Blaže smetnje osjećali su i muškarci i žene, iako su jače pogađali žene, dok glavobolju nije osjetilo nešto više od polovine muškaraca i duplo manje žena. Promatrajući ostale simptome, nije primijećena statistički značajna razlika, pa je treća hipoteza prihvaćena u cijelosti.

HIPOTEZA 4: ne postoji razlika u učestalosti somatizacija između redovnih i izvanrednih studenata Sestrinstva

Redovni studenti u odnosu na izvanredne studente nešto su češće imali izraženu bol u truhu, problema sa spavanjem te problema sa pomanjkanjem daha. Ostali simptomi obzirom na status studenata nisu bili intenzivnije izraženi, stoga je četvrta hipoteza prihvaćena u cijelosti.

Provedbom ovog istraživanja samoprocjene somatskih simptoma, pokazalo se kako najveći broj studenata (61,3%) osjeća blagu razinu somatizacije, malo više od polovice studenata (52%) osjeća umjerenu razinu somatizacije, dok gotovo polovica studenata (45,6%) osjeća visoku razinu somatizacije. Najmanje studenata (41,1%) nije uopće osjetilo simptome somatizacije.

LITERATURA

1. Ahmad S, Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
2. Filaković P. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
3. Begić D. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2022.
4. Bong Koh K. Stress and Somatic Symptoms: Biopsychosociospiritual Perspectives. Seoul: Springer; 2018.
5. First B. M, Tasman A. Clinical guide to the diagnosis and treatment of mental disorders. 2nd ed. UK: Wiley-Blackwell; 2013.
6. Crnolatac M, Knežević Praveček M, Kljajić Bukvić B. Somatski simptomi u adolescenciji. Med.Jad. 2021; 51(1):39-48
7. Slišković A, Šimunić A, Ombla J. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2022.
8. Charis C, Panayiotou G. Somatoform and Other Psychosomatic Disorders. Cham: Springer; 2018.
9. Wise M, Rundell J. Clinical Manual to Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation – Liaison Psychiatric, 1st ed. Arlington: Amer Psychiatric Pub Inc; 2005.
10. Majić G. Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla (disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2011.
11. Tomić N. Somatoformni i psihosomatski poremećaji - dijagnostička paralela. Psihijat. dan. 2003; 35(1-2): 91-7.
12. Kallivayalil RA, Punnoose VP. Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. Indian J Psychiatry. 2010; 52(1): 240-5.
13. Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
14. Sauer N, Eich W. Somatoform and functional disorders. Dtsch Arztebl. 2007; 104(1-2):45-53.

15. Adams H.E, Sutker P.B. Comprehensive handbook of psychopathology. New York: Springer Science and Business Media; 2007.
16. Rajski K. Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje psihosomatskih bolesti [završni rad]. [Osijek]: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Odsjek za psihologiju; 2017. 23p.
17. Taylor S, Asmundson G.J, Coons M.J. Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005; 19(3):285-304.
18. Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26(5): 485-92.
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija, svezak 1- drugo izdanje (mrežna stranica). Zagreb: Medicinska naklada; 2012. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44081/9789241547666_hrv.pdf
20. Kovačić-Petrović Z, Peraica T, Kozarić-Kovačić D. Somatizacija kao obrana od narcističke povrede. *Soc. psihijat*. 2019; 47(2): 199-213.
21. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.
22. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry*. 2006;18(1): 25-33.
23. Janca A, Isaac M. ICD-10 and DSM-IV symptoms of somatoform disorders in different cultures. *Keio J Med*.1997; 46(3):128-31.
24. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, i sur. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(4):352-8.
25. Jorsh MS. Somatoform disorders: the role of consultation liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 2006;18(1):61-5.
26. Karasov M, Carlson J. A Case Series Of Recurrent Undifferentiated Somatoform Idiopathic Anaphylaxis. *J. Allergy Clin. Immunol*. 2020;145(2):147.

27. Bach B, Skjernov M, Simonsen E. Personality Pathology and Functional Impairment in Patients With Hypochondriasis. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2023; 64(1): 28-34.
28. Weck F, Neng J, Richtberg S, Stangier U. Dysfunctional Beliefs About Symptoms and Illness in Patients with Hypochondriasis. *Psychosomatics*. 2012; 53(2):148-54.
29. Marcus DK, Church SE. Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic research*. 2003;54(6):543-7.
30. Luo Y, Yan C, Huang T, Fan M, Liu L, Zhao Z i sur. Altered Neural Correlates of Emotion Associated Pain Processing in Persistent Somatoform Pain Disorder: An fMRI Study. *Pain Practice*. 2016;16(8):969-79.
31. Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*. 2003;7(2):113-9.
32. La Cour P. Comparison of patients diagnosed with “complex pain” and “somatoform pain”. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017;17:49-52.
33. Marušić S, Karlović D, Zoričić Z, Martinac M, Jokanović Lj. Pseudocieza: prikaz slučaja. *Acta Clin Croat*. 2005; 44(3):291-5.
34. North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci*. 2015; 5(4):496-517.
35. Maggio J, Alluri PR, Paredes-Echeverri S, Larson AG, Sojka P, Price BH i sur. Briquet syndrome revisited: implications for functional neurological disorder. *Brain Commun*. 2020; 2(2):156.
36. Marin C, Carron R. The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*. 2002;43(3):249-50.
37. Matković M. Odnos hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju [diplomski rad]. [Zadar]: Sveučilište u Zadru; 2018. 119 p.
38. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006; 8(2):227-39.
39. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988; 145(11):1358-68.

40. Pačar A. Povezanost traume iz djetinjstva sa somatizacijom u odrasloj dobi. [završni rad]. [Osijek]: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2017. 22 p.
41. Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Res.* 2007; 150(1):13-20,
42. Koteles F, Witthoft M. Somatosensory amplification - An old construct from a new perspective. *J Psychosom Res.* 2017; 101:1-9.
43. Steinbrecher N. Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011; 33(4):318-26.
44. Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorder in primary care: course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics.* 2006; 47(6):498-503.
45. Kukec H. Povezanost nepovoljnih životnih događaja u djetinjstvu s mentalnim zdravljem mladih. [završni rad]. [Zagreb]: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet; 2020. 34 p.
46. Barišić T. Procjena mentalnog zdravlja studenata medicine na temelju samoprocjene trenutačnih psihičkih simptoma. [diplomski rad]. [Split]: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2021. 63 p.
47. Ilišin V. Skica za sociološki portret zagrebačkih studenata: uvod u istraživanje hrvatskih studenata danas. *Sociologija i prostor.* 2008; 46(3-4):221-40.
48. Rukavina M, Nikčević-Milković A. Adolescenti i školski stres. *Acta Iadertina.* 2016;13(2):159-69.
49. Sójka A, Stelcer B, Roy M, Mojs E, Pryliński M. Is there a relationship between psychological factors and TMD? *Brain Behav.* 2019; 9(9).
50. Štrkalj Ivezić S. Mentalno zdravlje u zajednici. *Epoha zdravlja.* 2022; 15(1):9-11.
51. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med.* 2009;24(2):155-61.
52. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112(16):279-87.

53. Tominac T. Psihosomatski poremećaji kod studenata medicine na Medicinskom fakultetu u Osijeku. [diplomski rad]. [Osijek]: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek; 2021. 34 p.

PRIVITCI

PRIVITAK A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika.....	19
Tablica 2. Procjena somatskih simptoma s obzirom na spol-1.dio	24
Tablica 3. Procjena somatskih simptoma s obzirom na spol-2.dio	25
Tablica 4. Procjena somatskih simptoma s obzirom na status studenta-1.dio	26
Tablica 5. Procjena somatskih simptoma s obzirom na status studenta-2.dio	28

Slike

Slika 1. Razina somatizacije koju su osjetili redovni studenti unazad četiri tjedna.....	20
Slika 2. Procjena somatskih simptoma redovnih studenata unazad četiri tjedna	21
Slika 3. Razina somatizacije koju su osjetili izvanredni studenti unazad četiri tjedna	22
Slika 4. Procjena somatskih simptoma izvanrednih studenata unazad četiri tjedna	23

PRIVITAK B: Upitnik

UPITNIK

Poštovani,

Pozivam Vas da sudjelujete u istraživanju ispunjavanjem upitnika u kojem se ispituje učestalost somatskih simptoma kod redovnih i izvanrednih studenata prve, druge i treće godine studija Sestrinstva. Upitnik je u potpunosti anonim.

Svi dobiveni rezultati koristiti će se isključivo u svrhu izrade završnog rada studentice Elene Cvitešić i biti će prikazani na obrani završnog rada.

Unaprijed Vam se zahvaljujem na sudjelovanju!

Elena Cvitešić, redovna studentica treće godine stručnog studija Sestrinstva.

Opći podaci:

1. Dob:

- a) 18-24
- b) 25-30
- c) 30-50
- d) 50 i više

2. Spol:

- a) muški
- b) ženski

3. Srednjoškolsko obrazovanje:

- a) završena medicinska škola
- b) završena gimnazija
- c) završena neka druga srednja strukovna škola

4. Status studenta:

- a) redovni
- b) izvanredni

5. Godina studija

- a) prva godina sveučilišnog studija Sestrinstva
- b) druga godina stručnog studija Sestrinstva
- c) treća godina stručnog studija Sestrinstva

U ovom setu pitanja odgovarate zaokruživanjem brojeva od 0 do 2, pritom brojevi znače: 0- uopće mi nije smetalo; 1- malo mi je smetalo; 2- jako mi je smetalo

1. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala bol u trbuhu?

0 1 2

2. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala bol u leđima?

0 1 2

3. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima, itd.)

0 1 2

4. Koliko ste tijekom protekla 4 tjedna imale menstrualne grčeve ili ostale probleme sa mjesečnicom? (ispunjavaju samo žene)

0 1 2

5. Koliko Vam je u protekla 4 tjedna smetala glavobolja?

0 1 2

6. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala bol u prsima?

0 1 2

7. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala vrtoglavica?

0 1 2

8. Koliko ste tijekom protekla 4 tjedna padali u nesvijest?

0 1 2

9. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetalo lupanje ili užurbani rad srca?

0 1 2

10. Koliko ste tijekom protekla 4 tjedna osjećali pomanjkanje daha?

0 1 2

11. Koliko ste tijekom protekla 4 tjedna osjećali bol ili probleme tijekom spolnog odnosa?

0 1 2

12. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetao zatvor, proljev ili drugi problemi sa crijevima?

0 1 2

13. Koliko Vam je tijekom protekla 4 tjedna smetala mučnina, nadutost ili ste imali teškoće s probavljanjem hrane?

0 1 2

14. Koliko ste tijekom protekla 4 tjedna osjećali umor ili nisku razinu energije?

0 1 2

15. Koliko su Vam tijekom protekla 4 tjedna smetali problemi sa spavanjem?

0 1 2

ŽIVOTOPIS

Moje ime je Elena Cvitešić. Rođena sam 13. ožujka 2001. godine u Karlovcu. Pohađala sam Osnovnu školu Turanj u Karlovcu. Po završetku osnovne škole, upisujem Medicinsku školu Karlovac, smjer medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege. Potom odlučujem znanje i vještine stečene tijekom srednjoškolskog obrazovanja proširiti upisom na redovni preddiplomski stručni studij sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci.