

Utjecaj pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje studenata

Marić, Annemarie

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:751963>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Annemarie Marić

UTJECAJ PANDEMIJE COVID-19 NA MENTALNO ZDRAVLJE STUDENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Annemarie Marić

UTJECAJ PANDEMIJE COVID-19 NA MENTALNO ZDRAVLJE STUDENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac, dr. med.

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____ pred
povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof. dr. sc. Ika Rončević-Gržeta, dr. med
2. doc. dr. sc. Ana Kaštelan, dr. med
3. doc. prim. dr. sc. Daniela Petrić, dr. med

Rad sadrži **50** stranica, **3** slike, **7** tablica i **61** literaturni navod.

Zahvale

Svaka osoba koju sam susrela na svom putu i svaka situacija u kojoj sam se našla, bila dobra ili loša, bila poletna ili bolno usporavajuća, utjecala je na moj razvoj u osobu koja ovo piše.

Hvala mojim roditeljima, braći i ostatku obitelji koji su na svoj način uvijek bili tu, iako me ne bi svaki put razumjeli i koji su vjerovali u mene i podržali me u mojim odlukama, čak i kad bi se njihovo ispunjenje činilo nemogućim.

Hvala mojoj dragoj mentorici, mojoj profi, Mirjani Graovac, koju sam upoznala u svojim ranim studentskim danima kad je u meni potaknula proces rasta i pokazala mi značenje dubine i mogućnost stvaranja planete svojih frekvencija. Izuzetno mi je drago da smo zajedno prošle kroz proces ovog istraživanja i izrade diplomskog rada.

Hvala mojoj dragoj kirurginji, Ivi Dekaris, koja mi je omogućila život u boji, život u prirodnoj veličini i čistijem pogleda, život s puno širom paletom mogućnosti; koja me podržala u izboru mog životnog poziva i bila tu za mene u svakom napadu sustava i u svakoj mojoj boli i svjesnosti ograničenja koje bi me vodilo uvjerenju da je možda to granica mojih mogućnosti. Hvala na vjetru u leđa i uputi plovljenja prema nebu!

Hvala mojim prijateljima na dijeljenju svojih širina, na danima smijeha, izlazaka i druženja, ali i danima podrške u težinama. Mojim Komšincama, Neveni i Ivni, hvala na motivaciji i danima ludog, cjelodnevnog učenja koje je uz vas bilo puno zabavnije.

Hvala dragoj Eni, mojoj legendarnoj statističarki i prijeli koja je bila sa mnom u frustraciji prepreka koje su se našle na putu analize i pisanja te koja me naučila puno toga u ovo malo vremena i podsjetila me na ljepotu i važnost interdisciplinarnosti.

Posebna zahvala mojoj Kati, osobi koja je zatitrala neke netaknute žice, na nepresušnom izvoru podrške, razumijevanja, prihvaćanja i ljubavi te na zajedničkom stvaranju kanala koji je doveo do pisanja jedne predivne priče.

Hvala mojim Ovostvarnosnicima – Jeleni, Damiru i Leni na trenucima pružanja ruku, igranja i stvaranja predivno životnog protoka energije kroz muziku.

Hvala mojoj kumi Dini koja je prepoznala moju ljubav prema muzici i čovjeku i bila podrška u mojim previranjima i glas koji me podsjećao da živim muziku i u medicini.

Kako se bližim kraju, posebna zahvala Jasminki, divnoj osobi koju sam upoznala na završnoj godini studija, koja mi je pružila veliku podršku, otvorila brojne kućice i stvorila prostor rasta.

SADRŽAJ

1. UVOD	7
1.1. Mentalno zdravlje i incidencija mentalnih poremećaja	2
1.2. Studentsko doba	5
1.3. Depresivnost, anksioznost i stres.....	7
1.4. Teorija privrženosti	9
2. SVRHA RADA	13
2.1. Hipoteze.....	13
3. ISPITANICI I POSTUPCI	14
3.1. Ispitanici	14
3.2. Mjerni instrumenti	14
3.2.1. Upitnik o općim demografskim karakteristikama	14
3.2.2. Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa	15
3.2.3. Upitnik stila privrženosti	16
3.3. Postupak	17
3.4. Obrada rezultata	17
4. REZULTATI.....	18
4.1. Analiza Upitnika depresije, anksioznosti i stresa	18
4.2. Razlika u rezultatima na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa između medicinaru i nemedicinaru	20
4.3. Analiza Upitnika stila privrženosti.....	21
4.4. Stilovi privrženosti na temelju klaster analize.....	25
4.5. Razlika u rezultatu na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa s obzirom na stil privrženosti	27
5. RASPRAVA.....	29
6. ZAKLJUČAK	35
7. SAŽETAK.....	37
8. SUMMARY	38
9. LITERATURA.....	39
10. ŽIVOTOPIS	47
11. PRIVICI	48
11.1. Prilog 1. Upitnik o općim demografskim karakteristikama	48
11.2. Prilog 2. Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS).....	49
11.3. Prilog 3. Upitnik stila privrženosti (ASQ).....	50

Popis skraćenica i akronima

ASQ (*engl. Attachment Style Questionnaire*) – Upitnik stila privrženosti

COVID-19 (*engl. Coronavirus disease 2019*)

DALY (*engl. Disability-Adjusted Life Years*) - godine života prilagođene na nesposobnost

DASS (*engl. The Depression anxiety stress scale*) – Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa

SARS-CoV-2 (*engl. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

1. UVOD

Prvi slučaj infekcije novim koronavirusom zabilježen je krajem prosinca 2019. godine u Wuhanu (provincija Hubei, Narodna Republika Kina). Zbog svoje genetske povezanosti sa svojim prethodnikom, ovaj novi soj koronavirusa nazvan je SARS-CoV-2 (engl. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2) te uzrokuje bolest COVID-19. Otkad se pojavio, virus SARS-CoV-2 evolvirao je kroz četiri mjeseca i naglo se proširio zemljama diljem svijeta i postao globalna prijetnja s dosad neviđenim posljedicama po živote ljudi. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 11. ožujka 2020. proglasila je pandemiju COVID-19. Do lipnja 2021. potvrđeno je više od 174 milijuna slučajeva, a prijavljeno je više od 3,75 milijuna smrtnih slučajeva povezanih s bolesti COVID-19, što ju čini jednom od najsmrtonosnijih pandemija u povijesti (1). Kao rezultat globalizacije, klimatskih promjena i brojnih migracija stanovništva, došlo je do ubrzane virusne transmisije i dosad neviđene brzine širenja infekcije i proglašenja pandemije. Posljedično tome, države diljem svijeta uvele su preporučene epidemiološke mjere poput ograničavanja kretanja i okupljanja, socijalne distance, zatvaranja objekata socijalnog života, prelaska na online nastavu, rad od kuće. Uz to, naglašavala se važnost preventivnih mjera kao što su pranje ruku, nošenje zaštitnih maski, izbjegavanje kontakta s oboljelima, izolacija oboljelih te brza samoizolacija njihovih bliskih kontakata. Svakodnevni životi dramatično su se promijenili, svijet je postao nesigurno mjesto ispunjeno strahom, tjeskobom i neizvjesnosti, gdje su prijetnja postali ljudi u okolini. Posljedično tome, došlo je do stigmatizacije ljudi koji su imali veći rizik od infekcije poput zdravstvenih djelatnika, ljudi u izolaciji, osoba koje su doputovale iz inozemstva, osoba koje kašlju ili su alergičari. Dodatno, kao posljedica opisane stigmatizacije uočena je pojava socijalne fobije. Iz perspektive ove pandemije, mentalni poremećaji koji su

otkriveni i koji se direktno mogu povezati s pandemijom su uglavnom manifestirani anksioznošću, panikom, depresijom i opsesivno kompulzivnim poremećajem povezanim uz preporučene preventivne mjere pranja i dezinfekcije (2).

Na pandemiju COVID-19 može se gledati kao na katastrofu po mentalno zdravlje jer predstavlja akutni, intenzivni i nekontrolirani stresor (3). Brojne studije provele su se po pitanju istraživanja psiholoških posljedica epidemija unazad zadnjih dvadesetak godina (izbijanje SARS-a, MERS-a, ebole, virusa svinjske gripe). U istraživanju koje su Van Bortel i suradnici proveli 2016. godine, pokazalo se da je stres koji su ljudi iskusili u tim epidemijama doveo do trenutačnih problema s mentalnim zdravljem poput anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (4). Nadalje, Morganstein i suradnici (2017) zapazili su povećanje konzumacije alkohola, nesanice i osjećaj gubitka energije (5).

Pretpostavlja se da će se osobe slabijih adaptacijskih mehanizama i bez socijalne podrške, kao i oni pogođeni drugim mentalnim i somatskim poremećajima ili s prethodnim traumama u anamnezi, teže nositi sa situacijom i biti u većem riziku od razvijanja ozbiljnijih simptoma (6). Unatoč već brojnim istraživanjima, posljedice ove pandemije još ne možemo sagledati u punini.

1.1. Mentalno zdravlje i incidencija mentalnih poremećaja

U današnje doba, iako se sve češće koristi pojam mentalnog zdravlja, i dalje ne postoji opći konsenzus oko same definicije. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) mentalno je zdravlje definirala kao „stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban(na) pridonositi svojoj zajednici“. Iz ove definicije može se zaključiti da je mentalno zdravlje puno širi pojam od samog odsustva bolesti ili poremećaja. Mentalno zdravlje sastavni je i neizostavni dio

zdravlja što je naglašeno i u samoj definiciji zdravlja SZO-a kao „stanja potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti i iznemoglosti“ (7).

Ovoj definiciji mentalnog zdravlja zamjera se isključivost temeljena na hedonističkoj i eudaimonskoj perspektivi, u kojima se pozitivni osjećaji i pozitivno funkcioniranje osobe identificiraju kao ključni čimbenici mentalnog zdravlja, a zanemaruje se širok spektar ljudskih emocija i funkcioniranja u kojem se osoba može naći u različitim životnim stadijima i situacijama (8). Upozorava se, da se ovakvim definicijama stvaraju nerealistična očekivanja, i potiče ljude da maskiraju većinu svojih emocija. Važno je naglasiti da dobro iskustvo s mentalnim zdravljem obuhvaća čitav spektar emocija uključujući i one negativne (tuga, ljutnja, briga...) te nemogućnost produktivnog funkcioniranja zbog dobi, fizičkog stanja ili životne situacije.

Galderisi i suradnici predložili su novu definiciju po kojoj se mentalno zdravlje promatra kao dinamično stanje unutarnje ravnoteže kojoj doprinose sljedeće komponente: osnovne kognitivne i socijalne vještine, sposobnost prepoznavanja, izražavanja i moduliranja vlastitih osjećaja, empatija, fleksibilnost i sposobnost suočavanja s nepovoljnim životnim događajima, funkcioniranje u društvenim ulogama te sklad između tijela i uma. Smatraju da su te komponente važne, ali ne i obavezne te da mogu u različitom stupnju pridonijeti mentalnom zdravlju tako da potpuno razvijena komponenta može nadoknaditi umanjenu vrijednost druge komponente (9).

Naglašava se dinamičnost čovjekova funkcioniranja, a pritom se misli na različite životne epohe (adolescencija, roditeljstvo, umirovljenje i dr.) koje predstavljaju izazov unutarnjoj ravnoteži i zahtijevaju promjene (8). Istraživanja pokazuju neslaganja stručnjaka oko definicije mentalnog zdravlja. Naime, svaka verzija definicije mentalnog zdravlja ovisi o epistemološkom i moralnom okviru kroz koji je razvijena (10).

Mentalni poremećaji jedan su od najznačajnijih javnozdravstvenih izazova jer su vodeći uzrok invaliditeta i treći vodeći uzrok opterećenja bolestima (nakon kardiovaskularnih bolesti i

karcinoma). U okviru studije „Globalno opterećenje bolestima“, potvrđeno je da su mentalne bolesti jedna od najvećih skupina bolesti koje su pridonijele povećanju udjela DALY (engl. Disability-Adjusted Life Years; hrv. godine života prilagođene na nesposobnost), pritom jedan DALY predstavlja jednu izgublenu godinu života u stanju punog zdravlja (11,12). Procjenjuje se da je 970 milijuna ljudi širom svijeta u 2017. godini imalo mentalni poremećaj ili poremećaj uzrokovan zlouporabom psihoaktivnih supstanci (12). Istraživanje provedeno u zemljama Europske unije pokazalo je da je 38,2% ukupne populacije (164,7 milijuna ljudi) iskusilo jedan oblik mentalnog poremećaja u proteklih dvanaest mjeseci. Poražavajuća je činjenica da većina njih nije uključena u niti jedan oblik terapije. Najčešći mentalni poremećaji/simptomi u svim dobnim skupinama su anksiozni i depresivni poremećaji, nesanica, zatim ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim supstancama (13). Velika rasprostranjenost mentalnih poremećaja u svijetu nije važna samo iz medicinskih razloga, nego predstavlja niz negativnih socijalnih i ekonomskih opterećenja za društvo, na način da utječu na kvalitetu života i produktivnost pojedinca te dovode do gubitka posla i povećanih troškova zdravstvene zaštite (11,12). Smatra se da bi trenutni dijagnostički kriteriji mogli podcjenjivati realnu prevalenciju klinički značajnih mentalnih poremećaja te da je samim time društveni teret veći nego što je prethodno predviđeno (14). Mentalni poremećaji upravo zbog marginalizacije i stigmatizacije ostaju široko neprepoznati i neprijavljeni kao takvi, što predstavlja prepreku u njihovom prepoznavanju i liječenju. Pravovaljana intervencija može dovesti do smanjenja ozbiljnosti bolesti ili produženja razdoblja remisije. Stoga bi podizanje svijesti o mentalnom zdravlju, prepoznavanje, podrška i liječenje mentalnih poremećaja trebali biti glavni cilj globalnih politika za zdravlje (15).

1.2. Studentsko doba

Studentsko doba obuhvaća postadolescenciju i mlađu odraslu dob. Termin postadolescencija ili kasna adolescencija opisuje razvojnu fazu koja započinje u 17. godini i može trajati sve do 24. godine (16). U zadnjih par desetljeća, razdoblje adolescencije širi svoje dobne granice zbog društvenih prilika poput sve duljeg školovanja. Adolescencija je prijelazno razdoblje iz djetinjstva u odraslu dob, a karakterizira ga niz intenzivnih neurobioloških, hormonalnih, psiholoških i socijalnih promjena kroz koje mlada osoba prolazi u zadnjoj fazi odrastanja (17). Najvažnije razvojne zadaće adolescencije su stvaranje seksualnog identiteta, postizanje veće emocionalne nezavisnosti od roditelja i odraslih, razvijanje novih i zrelijih odnosa s vršnjacima oba spola, usvajanje sistema vrijednosti, ideologije stavova i usvajanje socijalno odgovornog ponašanja te učvršćivanje strukture ličnosti putem identifikacije i konsolidacije selfa (16,18). Nadalje, adolescencija je vrijeme naglog intelektualnog razvoja u kojem dolazi do progresije od konkretnog prema apstraktnom razmišljanju, razvoja vlastitih ideala i prihvaćanja sebe u sklopu istih te naposljetku postizanje neovisnosti i samostalnosti u kontekstu sociokulturalnog okruženja (16). Kompleksnost ovog razdoblja je i u kratkom periodu u kojem adolescent mora svladati niz razvojnih zadaća uz vlastita i tuđa očekivanja na polju efikasnosti, rada i stvaranja. Naime, adolescencija u suvremenom dobu ima i dodatne izazove kao što je raznolikost mogućih životnih ciljeva i izbora te stilova života, što dodatno zbunjuje adolescenta (19). Smatra se da je za razdoblje adolescencije vjerojatnije javljanje određenih vrsta stresora za razliku od drugih razvojnih doba. Primjerice, uobičajni stresori za ovo doba su fizičke i seksualne promjene u sklopu puberteta, školske ili fakultetske obveze, iniciranje i održavanje prijateljstava i romantičnih veza, izbor fakulteta i karijere te kasnije i samog zaposlenja i postupno postizanje neovisnosti od obitelji (20). Ovo razdoblje života puno je novih mogućnosti, ali i prepreka. S

jedne strane, kod nekih su ovo godine izbora fakulteta i daljnje edukacije, a za druge izbor zanimanja, zapošljavanje i ekonomska nezavisnost (16).

Mentalno zdravlje studenata postalo je jedna od glavnih tema javnog zdravstva zbog povećanja broja mladih ljudi koji se odlučuju za upis na fakultet (21). Studenti predstavljaju vulnerabilnu skupinu s aspekta mentalnog zdravlja, a što pokazuju i istraživanja u kojima je uočeno da je prevalencija psihološkog distresa veća među studentima nego među njihovim vršnjacima koji ne studiraju (22). Početak studiranja stavlja mladu osobu u vulnerabilnu poziciju jer je to, između ostalog, razdoblje rješavanja zadaća adolescencije, odnosno vrijeme uspostavljanja, testiranja i prilagodbe novih psiholoških identiteta (23). Upisom na fakultet dolazi do promjene životnih uvjeta koje često uključuju napuštanje roditeljskog doma, dolazak u novo okruženje među nove cimere, susjede, kolege i profesore. Nadalje, suočavanje s povećanim pritiskom na izvršavanje akademskih obveza, prilagodba na novi način učenja i nastave koji je jako različit od srednje škole, a od njih iziskuje autonomiju u pronalaženju i razumijevanju informacija i prikupljanja znanja (21, 24-26). Neizvjesna budućnost i ekonomska situacija dodatni su stresori karakteristični za ovo razdoblje (26). Studenti medicine suočavaju se s dodatnim izazovima i stresorima poput preopterećenja studijskim obvezama i kurikulumom koji zahtijevaju veliku predanost i odricanja po pitanju slobodnog vremena, kao i pritisci specifičnih uvjeta rada u kliničkom okruženju (27). Stoga, mladi medicinari pokazuju veće razine depresivnosti, anksioznosti i stresa u usporedbi s općom populacijom (28).

Psihološki distres povezan je s povećanim rizikom od anksioznosti, depresije te zlouporabe psihoaktivnih tvari, ali i s akademskim neuspjehom (24). Pokazalo se kako mnogi mentalni poremećaji imaju početak upravo u studentskom razdoblju te da čak jedan od tri studenta ima neki mentalni poremećaj (29). Koliko je alarmantna situacija pokazuje i porast u incidenciji suicida u dobnim skupinama od 15 do 24 godine, gdje je drugi po učestalosti uzrok smrti (30). S

obzirom da mentalni poremećaji mogu narušiti akademski uspjeh i kvalitetu života mlade osobe, postoji velika potreba za usmjeravanjem pažnje i resursa u programe za očuvanje mentalnog zdravlja.

Pandemija COVID-19 je dodatno stavila u fokus studentsku populaciju kao rizičnu skupinu po pitanju mentalnog zdravlja. Istraživanje koje su Son i suradnici proveli 2020. godine, pokazalo je da je studente najviše brinulo vlastito zdravlje i zdravlje bliskih osoba, promjena načina života, vraćanje u roditeljski dom, smanjenje socijalnih interakcija te problemi sa spavanjem. Dodatno, poteškoće s koncentracijom navode kao glavnu brigu oko akademskog funkcioniranja. Polovica studenata istaknula je da se nisu mogli koncentrirati na učenje u kućnim uvjetima, gdje su im dodatno otežavali ukućani ometanjem u slušanju nastave. Razlozi koji su doveli do otežanog funkcioniranja su prelazak na online nastavu, što je za posljedicu imalo velike promjene u nastavnim planovima i obvezama studenata, a i samoj kvaliteti nastave. Nadalje, u istraživanju se navode i nedostatak interakcije među kolegama i profesorima, produljeno gledanje u ekrane, briga oko uspjeha zbog teškoća s učenjem online putem, smanjenje motivacije za učenjem i prokrastinacija. Trećina studenata navela je da im je u samom nošenju sa situacijom najveći problem bio smanjenje socijalnih interakcija s prijateljima u fizičkom obliku, kao i monotoni način života (31).

1.3. Depresivnost, anksioznost i stres

Kao i kod mnogih psiholoških koncepata, brojne su nesuglasnosti oko definicije stresa. Pojam stres prvi put je upotrijebio Hans Selye 1936. godine, definirajući ga kao nespecifičan odgovor organizma na stresor kojeg organizam doživljava kao zahtjev za promjenom i prijetnju homeostazi (32). Daljnje definicije razlikuju se po tome iz koje perspektive se počelo istraživati o stresu (33). Stres se može podijeliti po vremenskom trajanju (akutni i kronični), karakteru (na

onaj koji se može i na onaj koji se ne može izbjeći), intenzitetu (umjeren, srednje jak, jak i ekstreman) te prema kvaliteti na eustres i distres. Eustres označava pozitivan stres jer ima pozitivne učinke na ljudsko funkcioniranje, tako da dovodi do povećanja aktivnosti, kreativnosti i elana. Distres ili negativan stres je onaj stres koji izaziva osjećaj neugode, panike, straha, a ako duže traje može dovesti i do ozbiljnijih posljedica. Kako će pojedinac reagirati na određeni stresor ovisi o mentalnoj reprezentaciji stresora i situacije. Važno je vodi li stresni odgovor k boljoj prilagodbi organizma, odnosno adaptaciji na promjene ili u neadekvatnu prilagodbu ili maladaptaciju koja dugoročno dovodi do bolesti. Stresor može biti bilo koji događaj ili doživljaj koji dovodi do stresnog odgovora odnosno aktivacije neuroendokrinih mehanizama, a posljedično do metaboličkih, bihevioralnih i ostalih učinaka. Stresori mogu biti fizikalno-kemijski, biološki i procesivni. U procesivne neurogene stresore ubrajaju se psihosocijalni, emocionalni i bihevioralni stresori. U najintenzivnije procesivne stresore pripadaju psihotraume uzrokovane intenzivnim događajima i situacijama koje prijete tjelesnom i psihičkom integritetu pojedinca i društva. Primjerice, velike prirodne katastrofe poput poplava, potresa, pandemije, te različiti oblici nasilja i prometnih nesreća (34).

Psihološki distres opisuje se kao reakcija pojedinca na unutarnje i vanjske stresore, a karakterizirana je različitim psihološkim manifestacijama poput tuge, straha, beznađa, bespomoćnosti, niskog samopoštovanja, odnosno simptomima anksioznosti i depresivnosti (35). Izloženost kumulativnom i kroničnom stresu dovodi do posljedica po zdravlje pojedinca. Posljedice se mogu manifestirati kao depresija, anksioznost, agresivno i delinkventno ponašanje, stjecanje rizičnih navika poput pušenja, pretjeranog konzumiranja alkohola i ostalih psihoaktivnih tvari te ispoljavanje tjelesnih simptoma. Primjerice, dolazi do pada imuniteta, a time do smanjene otpornosti na patogene i posljedično češće prehlade i infekcije (20). Na pozitivnu korelaciju između stresa i kroničnih nezaraznih bolesti ukazuju rezultati brojnih istraživanja (20,34).

Jedna od najčešćih čovjekovih reakcija na stresne životne događaje jest anksioznost. Anksioznost ili tjeskoba je neugodno afektivno stanje koje se javlja kao reakcija na očekivanu opasnost na koju se treba pripremiti. Takvo stanje u različitoj mjeri uključuje manifestacije poput napetosti, očekivanja, povećane pažnje, poteškoća s koncentracijom, te osjećaje bespomoćnosti i emocionalne boli. Mogući su i popratni tjelesni simptomi poput autonomne hiperreaktivnosti (tahikardija, drhtanje, suhoća usta, dijforeza), poteškoće s disanjem, osjećaj nedostatka zraka, mučnina, nelagoda, napadaji vrućine i hladnoće (36).

Nadalje, depresivnost je reakcija koja se u određenoj mjeri klinički preklapa i koegzistira s anksioznošću (37). Depresivno raspoloženje se opisuje kao negativno obojeno raspoloženje koje se sastoji od spektra osjećaja poput tuge, neugode, plačljivosti, osjećaja stiješnjenosti, beznađa, jada, brige, bespomoćnosti pa do opisa unutarnje muke (36).

Procjena psihološkog distresa izrazito je važna za zaštitu mentalnog zdravlja jer utječe na kvalitetu života pojedinca. Brojna istraživanja su pokazala da dugotrajni distress remeti socijalne odnose i prilagodbu pojedinca, izražaj simptoma i tijek bolesti (38).

1.4. Teorija privrženosti

Privrženost ili vezivanje (engl. attachment) predstavlja trajnu afektivnu vezu između djeteta i osobe koja brine o njemu, a najčešće je to majka. Produkt je brojnih urođenih modela ponašanja koji kao dio kompleksnog sistema „ponašanja vezivanja“ imaju za cilj postizanje kontinuiteta osjećaja sigurnosti u djeteta (39,40). Privrženost je biološki utemeljen i univerzalan fenomen, koji se javlja prema svim važnim figurama iz djetetovog života. Najvažniji je odnos s majkom ili osobom koja ju zamjenjuje i u kojem se razvija privrženost, a zatim se usmjerava i razvija prema ocu i drugim članovima obitelji (baki, djedu i drugima). Teoriju privrženosti

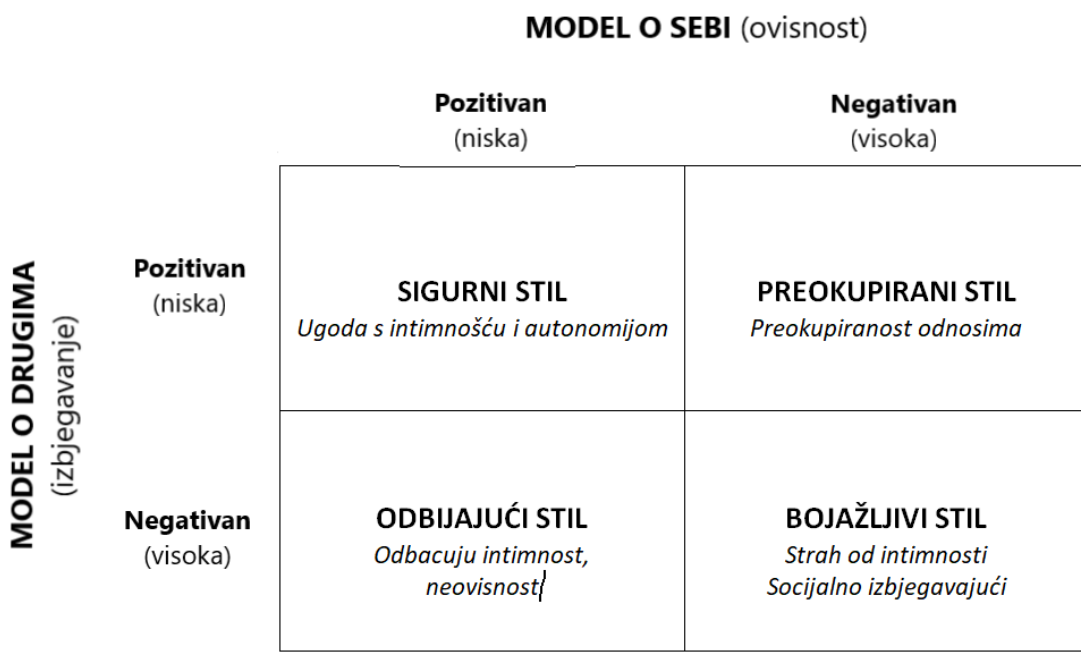
postavio je 1958. godine britanski psiholog John Bowlby koji je predložio da se privrženost može promatrati u sklopu evolucijskog konteksta u kojem osoba koja brine za dijete pruža sigurnost i podršku. Prema tome, privrženost je adaptivni mehanizam djeteta s ciljem stjecanja zaštite i preživljavanja. Za ponašanja vezivanja (engl. attachment behaviors) se smatra da imaju biološku funkciju zaštite privrženog pojedinca od fizičkog i psihološkog ozljeđivanja gdje je glavni konstrukt regulacija potrebe za sigurnošću u kojoj privržena osoba traži, a figura privrženosti omogućava sigurnost, zaštitu, pomoć i podršku (41). Promatrajući to kroz kontekst dijade majka-dijete, a kao temeljna postavka ove teorije, razvio se koncept tzv. sigurne baze koju predstavlja majka od koje dijete polazi u eksplorativne aktivnosti, a u trenucima opasnosti se vraća bazi, odnosno majci (39,40). Prema Bowlbyju, privrženost se razvija neovisno od ostalih nagona poput nagona za hranom, vodom i seksualnosti te se ističe da je čak i važnija primarna potreba za blizinom osobe koja o njemu brine (42).

Ponašanje vezivanja traje cijeli život. Rana emocionalna iskustva djeteta temeljno su vezana za interakciju s primarnim skrbnikom. Važnost načina na koji figura privrženosti odgovara na djetetove signale vidljiva je u činjenici ugrađivanja takvog obrasca privrženosti u neuralnu arhitekturu i ponašanje djeteta. Iako je tijekom prve dvije godine života taj obrazac sklon promjenama, ponavljanim iskustvima sve se više utvrđuje postojeći stil (36). Kroz odrastanje komponente stila vidljive su u privrženosti prema važnim figurama u životu osobe, počevši od učitelja, trenera do svih emotivnih veza koje osoba ostvari u budućnosti (43).

Kakva će biti kvaliteta privrženosti ovisi o unutarnjim radnim modelima, odnosno o mentalnim reprezentacijama sebe i drugih. Svaki od tih unutarnjih radnih modela se može podijeliti na dva, oprječna dijela – pozitivni i negativni. Odnosno, unutarnji radni model o sebi se dijeli na pozitivan i negativan dio, ovisno o tome gleda li osoba na sebe kao nekog vrijednog ljubavi i

podrške ili ne. Jednako tako, unutarnji radni model o drugima može biti pozitivan (vidi druge kao pouzdane i dostupne) i negativan (vidi druge kao nepouzdana i odbijajuće) (44) .

Ovi unutarnji modeli o sebi i drugima grade se na iskustvima s objektima privrženosti. Još od ranog razvoja dijete procjenjuje sebe i odnos roditelja i drugih ljudi prema njemu, te kroz ta iskustva gradi unutarnje radne modele. Može se zaključiti da je utjecaj privrženosti trajno prisutan kroz život i da ima dugoročne posljedice na razvoj djeteta i kvalitetu njegovih interpersonalnih odnosa u budućnosti i načina na koje će reagirati u razdobljima opasnosti (39).



Slika 1. Dvodimenzionalni model odrasle privrženosti po Bartholomew i Horowitz (44)

Slika 1 pokazuje četiri stila privrženosti koji su dobiveni kombiniranjem dviju dimenzija. Pojedinci sa sigurnim stilom privrženosti imaju pozitivnu sliku o sebi i drugima, imaju povjerenja u druge ljude i ostvaruju bliskost u odnosima. Osobe sa bojažljivim i preokupirajućim stilom

privrženosti izražavaju snažnu ovisnost o drugima kako bi održali samopouzdanje, ali se razlikuju po spremnosti ulaska u bliske odnose. Pojedinci s bojažljivim stilom privrženosti imaju potrebu za bliskim odnosima, ali ih izbjegavaju zbog osjećaja nelagode i mogućeg razočarenja, stoga iskazuju visok stupanj nesigurnosti kod uspostavljanja takvih odnosa. Kod osoba s ovim stilom privrženosti uočava se socijalna nesigurnost i manjak asertivnosti. Pojedinci s preokupiranim stilom privrženosti imaju izraženu potrebu za bliskosti kako bi ispunili svoje potrebe ovisnosti i održavanja samopouzdanja. Osobe s odbijajućim stilom privrženosti imaju jako razvijeno samopouzdanje i mišljenje o sebi, te izražavaju potrebu za autonomijom. S druge strane, oni umanjuju važnost privrženosti i izbjegavaju bliskost, emocije i konflikte. Kod njih materijalna postignuća i uspjeh imaju prednost pred intimnim odnosima (44,45). Smatra se da su osobe sa sigurnim stilom privrženosti sposobne afirmirati i integrirati pozitivne i negativne emocije, dok je za one nesigurno privržene karakterističniji ograničeni ili povišeni negativni afekt (46).

Brojna su istraživanja ispitivala povezanost privrženosti s psihološkom prilagodbom i psihosocijalnim funkcioniranjem, a rezultati su pokazali da dobar odnos s roditeljima omogućava osobi bolju prilagodbu i samopoštovanje te veću otpornost na pritisak grupe vršnjaka (47). Nadalje, rezultati istraživanja pokazali su da bolja kvaliteta privrženosti omogućava razvoj kapaciteta za emocionalnu regulaciju i koncept tzv. sigurne baze na koju se u stanjima ugroženosti osoba može osloniti (48).

Mentalno zdravlje pojedinca usko je povezano s odnosima s figurama privrženosti koje pružaju emocionalnu podršku i zaštitu. Stoga je postojanje takvih odnosa, dostupnost tih osoba i povjerenje u njih, temelj dobrog mentalnog zdravlja (36).

2. SVRHA RADA

Osnovni cilj i svrha ovog istraživanja bio je ispitati utjecaj pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje studenata.

Specifični ciljevi ovog istraživanja bili su ispitati i utvrditi:

- 1) razine depresivnosti, anksioznosti i stresa u studenata u tijeku pandemije
- 2) razlike u razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa između studenata medicinskih usmjerenja i studenata drugih usmjerenja
- 3) stilove privrženosti studenata
- 4) utjecaj stilova privrženosti studenata na emocionalnu regulaciju u stresnoj situaciji

2.1. Hipoteze

Hipoteze istraživanja su:

- 1) očekuje se povišen rezultat na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa na ukupnom uzorku ispitanika u usporedbi s normama
- 2) očekuje se statistički značajna razlika na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa između studenata medicinskih usmjerenja i studenata drugih usmjerenja
- 3a) očekuje se statistički značajna povezanost između rezultata na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa te stila privrženosti
- 3b) očekuje se statistički značajna razlika u rezultatu na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa s obzirom na stil privrženosti. Očekuje se da će ispitanici sa sigurnim stilom privrženosti imati značajno niži rezultat od ispitanika koji imaju nesigurne stilove privrženosti (preokupirani, bojažljivi, odbijajući stil privrženosti)

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na uzorku od 1348 studenata. Uzorak čine 1084 ispitanika ženskog spola (80.4%) i 257 ispitanika muškog spola (19.1%), a 7 ispitanika (0.5%) se nije htjelo izjasniti po pitanju spola. Dob ispitanika kretala se u rasponu od 18 do 42 godine ($M=22.22$, $SD=2.28$), s tim da 19 ispitanika nije odgovorilo na ovo pitanje. U odnosu na studijske programe, 532 ispitanika studira na fakultetu nekog medicinskog usmjerenja (medicina, stomatologija ili jedan od smjerova na fakultetima zdravstvenih studija), dok 816 ispitanika pohađa fakultete nemedicinskog usmjerenja.

3.2. Mjerni instrumenti

U istraživanju je korišten upitnik kreiran za potrebe ovog istraživanja kojim su se ispitivale opće demografske karakteristike i različiti specifični aspekti pandemije COVID-19 (*prilog 1.*). Korišteni su samoprocjenski upitnici za procjenu depresivnosti, anksioznosti i stresa - Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa (*prilog 2.*), te za procjenu stila privrženosti - Upitnik stila privrženosti (*prilog 3.*).

3.2.1. Upitnik o općim demografskim karakteristikama

Upitnik kreiran za potrebe ovog istraživanja u prvom dijelu navodi pitanja kojima su se ispitivala opća demografske karakteristike ispitanika i daju odgovore na pitanja o dobi, spolu, fakultetu i godini studija, gradu studiranja i mjestu prebivališta).

3.2.2. Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa

Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa (*The Depression Anxiety Stress Scale – DASS*, Lovibond i Lovibond, 1995) razvijen je s ciljem obuhvaćanja sržnih simptoma anksioznosti i depresije, ali i njihove maksimalne diskriminacije. Upitnik se sastoji od 42 čestice (primjer čestice: “Čini mi se da imam previše negativne energije.”), a ispitanici na Likertovoj skali od 0 do 3 procjenjuju koliko se navedena tvrdnja odnosi na njih, pri čemu 0 znači “Uopće se ne odnosi na mene”, a 3 “U potpunosti se odnosi na mene”. Ukupan rezultat dobije se zbrajanjem odgovora na svim česticama, stoga se mogući bodovni raspon na čitavom upitniku kreće od minimalno 0 do maksimalno 126 bodova, a veći rezultat znači višu razinu depresivnosti, anksioznosti i stresa. Upitnik ima tri podljestvice od kojih se svaka sastoji od 14 čestica, stoga se mogući bodovni raspon na svakoj podljestvici kreće od minimalno 0 do maksimalno 42. Prva podljestvica je skala depresivnosti i ona obuhvaća čestice kojima se procjenjuje prisutnost simptoma disforije, beznadnosti, apatije i nedostatka interesa (čestice 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38 i 42). Druga podljestvica je skala anksioznosti koja obuhvaća čestice kojima se procjenjuje pobuđenost autonomnog živčanog sustava i situacijska anksioznost (čestice 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40 i 41). Treća podljestvica je skala stresa čije čestice mjere nespecifičnu pobuđenost, poteškoće opuštanja, uznemirenost i nestrpljenje (čestice 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35 i 39).

DASS upitnik ima široku uporabu u kliničkom i nekliničkom kontekstu te je u istraživanjima potvrđena njegova dobra valjanost i pouzdanost. U literaturi se navodi da pouzdanost tipa unutarnje konzistencije za čitav upitnik iznosi Cronbach $\alpha = .93$, za podljestvicu depresivnosti Cronbach $\alpha = .85$, za podljestvicu anksioznosti Cronbach $\alpha = .827$ i za podljestvicu stresa Cronbach $\alpha = .87$ (37). U ovom istraživanju dobivene su nešto veće pouzdanosti unutarnje

konzistencije: za čitav upitnik Cronbach $\alpha = .97$, za podljestvicu depresivnosti Cronbach $\alpha = .95$, za podljestvicu anksioznosti Cronbach $\alpha = .91$ i za podljestvicu stresa Cronbach $\alpha = .94$. Iz navedenog se može zaključiti kako sve tri podljestvice i ukupan upitnik imaju izvrsne pouzdanosti.

3.2.3. Upitnik stila privrženosti

Upitnikom stila privrženosti (*Attachment Style Questionnaire, ASQ*, Feeney, Noller i Hanrahan, 1994) ispituje se stav prema sebi, prema drugim ljudima i prema bliskim odnosima (Smojver-Ažić i Jakovčić, 2006). Upitnik se sastoji od 40 čestica (primjer čestice: “Bojim se da će mi se drugi ljudi previše približiti.”), a ispitanici na Likertovoj skali od 1 do 6 procjenjuju koliko se slažu s pojedinom tvrdnjom, pri čemu 1 znači “Uopće se ne slažem”, a 3 “U potpunosti se slažem”. Upitnik je, za razliku od mnogih upitnika koji ispituju stilove privrženosti, dimenzionalan, a ne kategorijalan i sadrži pet dimenzija kojima su u podlozi dvije osnovne dimenzije: pozitivna/negativna slika o sebi i pozitivna/negativna slika svijeta. U originalnom istraživanju je faktorskom analizom ekstrahirano pet faktora: povjerenje, nelagoda, veze kao sekundarne, potreba za odobravanjem i preokupiranost vezama, a u ovom istraživanju koristile su se dimenzije koje su u svojoj faktorskoj analizi dobile Smojver-Ažić i Jakovčić (2006): nesigurnost kod povezivanja, nelagoda, veze kao sekundarne, preokupiranost vezama i povjerenje. U faktor nesigurnosti kod povezivanja pripada 9 čestica: 2 (R), 19 (R), 23, 24, 25, 26, 27, 31 (R) i 35; u faktor nelagode 6 čestica: 4, 5, 16, 17, 21 (R) i 34; u faktor veze kao sekundarne 6 čestica: 6, 7, 8, 9, 10 i 36; u faktor preokupiranost vezama 8 čestica: 11, 13, 18, 22, 28, 29, 30 i 39; u faktor povjerenje 10 čestica: 1, 3, 14 (R), 15 (R), 20, 32 (R), 33 (R), 37, 38 i 40 (R). Čestica 12 (“Važno mi je ne raditi ono što drugi ne odobravaju.”) nije bila značajno zasićena ni na jednom faktoru, stoga je isključena iz daljnje analize. Ukupan rezultat na svakom faktoru

dobije se zbrajanjem rezultata na svakoj od čestica, s time da se pojedine čestice moraju rekodirati. U istraživanju Smojver-Ažić i Jakovčić (2006) pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije iznosile su: za faktor nesigurnost kod povezivanja Cronbach $\alpha = .80$; za faktor nelagoda Cronbach $\alpha = .67$; za faktor veze kao sekundarne Cronbach $\alpha = .67$; za faktor preokupiranost vezama Cronbach $\alpha = .63$ i za faktor povjerenje Cronbach $\alpha = .81$. U ovom istraživanju pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije bile su nešto veće i iznosile su: za faktor nesigurnost kod povezivanja Cronbach $\alpha = .85$; za faktor nelagoda Cronbach $\alpha = .73$; za faktor veze kao sekundarne Cronbach $\alpha = .69$; za faktor preokupiranost vezama Cronbach $\alpha = .74$ i za faktor povjerenje Cronbach $\alpha = .85$.

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno „*online*“ putem na uzorku populacije studenata tijekom veljače, ožujka i travnja 2021. godine.

Uzorak je prikupljen metodom snježne grude, na takav način da je poziv za sudjelovanje u istraživanju, koji je sadržavao i poveznicu na upitnik na platformi Google obrasci, postavljen na društvene mreže (grupe studentskih domova i studijskih godina različitih studija i fakulteta) uz molbu da se poziv širi i dijeli dalje.

Istraživanje je dobilo suglasnost Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.

3.4. Obrada rezultata

Na prikupljenim podacima provedena je statistička analiza u programu *Statistical Package for Social Science* (SPSS), verzija 24.

4. REZULTATI

4.1. Analiza Upitnika depresije, anksioznosti i stresa

Deskriptivna analiza Upitnika depresije, anksioznosti i stresa (DASS) i Upitnika stila privrženosti (ASQ), te provjera normalnosti distribucija podataka, kao i rezultati Kolmogorov – Smirnovog testa za ukupan rezultat na DASS upitniku, kao i za svaku od tri podljestvice prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Broj čestica, raspon rezultata, mjere centralne tendencije i pripadajuće mjere raspršenja, indeksi spljoštenosti i simetričnosti uz pripadajuće standardne pogreške i vrijednosti Kolmogorov - Smirnov testa za ukupan rezultat na Upitniku depresije, anksioznosti i stresa i za sve tri podljestvice upitnika (depresija, anksioznost, stres)

	Broj čestica	Raspon rezultata	M	C	Indeks simetričnosti	Indeks spljoštenosti	K-S
DASS_U	42	0-125	42.13 (SD=28.34)	37 (Q=43)	.61 (SE=.07)	-.46 (SE=.13)	.08**
DASS_D	14	0-42	13.52 (SD=10.92)	11 (Q=16)	.78(SE=.07)	-.31(SE=.13)	.12**
DASS_A	14	0-42	10.89 (SD=8.99)	9 (Q=12)	.93(SE=.07)	.26(SE=.13)	.13**
DASS_S	14	0-42	17.73 (SD=10.87)	16 (Q=17)	.31(SE=.07)	-.87(SE=.13)	.08**

DASS_U = ukupan rezultat na DASS upitniku, DASS_D = podljestvica depresivnosti, DASS_A = podljestvica anksioznosti, DASS_S = podljestvica stresa, M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; C = medijan; Q = poluniterkvartilno raspršenje; SE = standardna pogreška; K-S = Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije

*** p < .01*

Iz Tablice 1. može se vidjeti kako ukupna aritmetička sredina iznosi 42.13 (SD=28.34); na podljestvici depresivnosti M=13.52 (SD=10.92); na podljestvici anksioznosti M=10.89 (SD=8.99); na podljestvici stresa M=17.73 (SD=10.87). Dobiveni rezultati značajno su povišeni u usporedbi s rezultatima koje su dobili Crawford i Henry (2003) kod kojih

ukupna aritmetička sredina iznosi $M=18.38$ ($SD=18.82$); na podljestvici depresivnosti $M=5.55$ ($SD=7.48$); na podljestvici anksioznosti $M=3.56$ ($SD=5.39$); na podljestvici stresa $M=9.27$ ($SD=8.04$).

Na temelju podataka koji su prikazani u tablici može se zaključiti da rezultati na DASS upitniku nisu normalno distribuirani. Na značajno odstupanje rezultata od normalnih ukazuju standardizirane vrijednosti simetričnosti i spljoštenosti čije su apsolutne vrijednosti veće od 1.96 za ukupan rezultat i za sve tri podljestvice, a također i statistički značajne vrijednosti K-S testa za ukupan rezultat i za sve tri podljestvice. Navedeno ukazuje na to da se distribucija podataka na DASS upitniku značajno razlikuje od normalne te će zbog toga u nastavku inferencijalne statistike biti korištene neparametrijske metode analize podataka.

DASS je upitnik s trofaktorskom strukturom, stoga su provjerene veličine i smjerovi povezanosti između ukupnog rezultata na DASS upitniku i podljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa. Budući da uvjet normalnosti distribucije nije zadovoljen, povezanost varijabli ispitana je Spearmanovim koeficijentom korelacije (ρ), a njegove vrijednosti prikazane su u *Tablici 2*.

Tablica 2. Koeficijenti korelacije između ukupnog rezultata na DASS upitniku i tri podljestvice upitnika: depresivnost, anksioznost i stres

	DASS_D	DASS_A	DASS_S
DASS_U	.91**	.90**	.95**
DASS_D		.73**	.78**
DASS_A			.83**

DASS_U = ukupan rezultat na DASS upitniku, DASS_D = podljestvica depresivnosti, DASS_A = podljestvica anksioznosti, DASS_S = podljestvica stresa

*** korelacije su značajne na razini $p < .01$*

U *Tablici 2.* su zabilježeni dobiveni rezultati i koji pokazuju statistički značajne visoke pozitivne korelacije između ukupnog rezultata na DASS upitniku i sve tri podljestvice upitnika, korelacija između DASS_U i DASS-D ($\rho = .91$; $p < .01$); korelacija između DASS_U i DASS-A ($\rho = .90$; $p < .01$); korelacija između DASS_U i DASS-S ($\rho = .95$; $p < .01$); korelacija između DASS_D i DASS-A ($\rho = .73$; $p < .01$); korelacija između DASS_D i DASS-S ($\rho = .78$; $p < .01$); korelacija između DASS_A i DASS-S ($\rho = .83$; $p < .01$). Dobivene korelacije su čak i nešto veće od onih koje Crawford i Henry (2003) navode u svom istraživanju. Njihovi rezultati pokazuju korelaciju između DASS_D i DASS-A $r = .70$; korelacija između DASS_D i DASS-S $r = .72$; korelacija između DASS_A i DASS-S $r = .71$.

4.2. Razlika u rezultatima na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa između medicinara i nemedicinara

Kako bi se ispitala razlika u rezultatima na DASS upitniku između medicinara i nemedicinara, proveden je neparametrijski Mann – Whitney U test, budući da se radi o usporedbi dvije skupine neovisnih podataka koji ne zadovoljavaju uvjet o normalnosti distribucija podataka koji je potreban za primjenu parametrijskih metoda analize podataka.

Dobiveni rezultati prikazani su u *Tablici 3.*

Tablica 3. Razlika u rezultatima na Upitniku Depresivnosti, anksioznosti i stresa između medicinara i nemedicinara

	PR_medicinari	PR_nemedicinari	U	Z	p
DASS_U	644.45	694.09	201068.0	-2.29	.022
DASS_D	641.54	695.99	199523.0	-2.51	.012
DASS_A	632.65	701.79	194790.5	-3.19	.001
DASS_S	657.09	685.85	207795.0	-1.33	.185

PR – prosječni rang

Mann – Whitney U testom utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u ukupnom rezultatu na DASS upitniku između medicinara i nemedicinara ($U = 201068.0$, $z = -2.29$, $p < .05$). Rezultati na podljestvicama upitnika pokazuju da je dobivena statistički značajna razlika na podljestvicama depresivnosti ($U = 199523.0$, $z = -2.51$, $p < .05$) i anksioznosti ($U = 194790.5$, $z = -3.19$, $p < .01$), dok u rezultatu na podljestvici stresa nije dobivena statistički značajna razlika između medicinara i nemedicinara ($U = 207795.0$, $z = -1.33$, $p > .05$). Nemedicinari imaju veći ukupni rezultat na DASS upitniku ($M = 37.5$, $Q = 44$) u usporedbi s medicinarima ($M = 36$, $Q = 39$). Nemedicinari također imaju veći rezultat na podljestvici depresivnosti ($M = 12$, $Q = 17$) u odnosu na medicinare ($M = 10$, $Q = 15$). Razlika u rezultatu na podljestvici anksioznosti također ide u smjeru većeg rezultata kod nemedicinara ($M = 9$, $Q = 13$) u usporedbi s medicinarima ($M = 8$, $Q = 12$). Medijan za podljestvicu stresa jednak je kod nemedicinara ($M = 16$, $Q = 18$) i medicinara ($M = 16$, $Q = 17$).

Dakle, sve dobivene značajne razlike idu u smjeru većeg rezultata kod ispitanika koji pohađaju fakultet nemedicinskog usmjerenja.

4.3. Analiza Upitnika stila privrženosti

Kako bi se ispitala posljednja hipoteza istraživanja, za početak je napravljena deskriptivna analiza i provjera normalnosti rezultata na dimenzijama od kojih se sastoji Upitnik stila privrženosti (ASQ). Rezultati su prikazani u *Tablici 4*.

Tablica 4. Broj čestica, raspon rezultata, mjere centralne tendencije i pripadajuće mjere raspršenja, indeksi spljoštenosti i simetričnosti uz pripadajuće standardne pogreške i vrijednosti Kolmogorov - Smirnov testa za dimenzije Upitnika stila privrženosti (nesigurnost kod povezivanja, nelagoda, veze kao sekundarne, preokupiranost vezama i povjerenje)

	Broj čestica	Raspon rezultata	M	C	Indeks simetričnosti	Indeks spljoštenosti	K-S
Nesigurnost	9	9-53	26.64 (SD=9.52)	26 (Q=14)	.37 (SE=.07)	-.59 (SE=.13)	.08**
Nelagoda	6	8-36	26 (SD=5.31)	26 (Q=8)	-.26 (SE=.07)	-.38 (SE=.13)	.06**
Veze kao sekundarne	6	6-36	13.16 (SD=4.73)	12 (Q=6)	1.02 (SE=.07)	1.70 (SE=.13)	.11**
Preokupiranost	8	8-48	28.81 (SD=7.39)	29 (Q=10)	-.05(SE=.07)	-.34 (SE=.13)	.04**
Povjerenje	10	11-60	41.42 (SD=9.41)	42(Q=14)	-.45 (SE=-.07)	-.34 (SE=-.13)	.07**

M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; C = medijan; Q = poluniterkvartilno raspršenje; SE = standardna pogreška; K-S = Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije

*** p < .01*

Kao što je bio slučaj s rezultatima na DASS upitniku, iz standardiziranih vrijednosti simetričnosti i spljoštenosti i K-S testa, vidljivo je kako distribucije rezultata na svim dimenzijama ASQ upitnika značajno odstupaju od normalne distribucije, stoga će u daljnjem postupku biti korištene neparametrijske metode obrade podataka.

Kako bi se provjerila veličina i smjer povezanosti između dimenzija ASQ-a, izračunat je Spearmanov koeficijent korelacije (ρ). Rezultati se nalaze u Tablici 5.

Tablica 5. Koeficijenti korelacije za pet dimenzija Upitnika stila privrženosti (nesigurnost kod povezivanja, nelagoda, veze kao sekundarne, preokupiranost vezama i povjerenje)

	Nelagoda	Veze kao sekundarne	Nesigurnost	Preokupiranost
Povjerenje	-.49**	-.39**	-.75**	-.49**
Nelagoda		.32**	.48**	.11**
Veze kao sekundarne			.38**	.18**
Nesigurnost				.45**

** korelacije su značajne na razini $p < .01$

Kao što je vidljivo iz Tablice 5., sve dimenzije su statistički značajno povezane. Dobiveni rezultati pokazuju negativne korelacije između dimenzija Povjerenja i Nelagode ($\rho = -.49$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i Veze kao sekundarne ($\rho = -.39$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i Nesigurnosti ($\rho = -.75$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i Preokupiranosti ($\rho = -.49$; $p < .01$).

Korelacije pozitivnog smjera dobivene su usporedbom rezultata dobivenim na podljestvicama Upitnika stila privrženosti između dimenzija Nelagoda i Veze kao sekundarne ($\rho = .32$; $p < .01$); između dimenzija Nelagoda i Nesigurnost ($\rho = .48$; $p < .01$); između dimenzija Nelagoda i Preokupiranost ($\rho = .11$; $p < .01$); između dimenzija Veze kao sekundarne i Nesigurnost ($\rho = .38$; $p < .01$); između dimenzija Veze kao sekundarne i Preokupiranost ($\rho = .18$; $p < .01$), te i između dimenzija Nesigurnost i Preokupiranost ($\rho = .45$; $p < .01$). Koeficijenti korelacije nešto su i veći od onih koji su dobiveni u istraživanju Smojver-Ažić i Jakovčić (2006). Budući da dimenzija povjerenja jedina odražava pozitivan aspekt odnosa i pozitivnu sliku o sebi i drugima, očekivalo se da će biti u negativnim korelacijama s ostalim dimenzijama, što je i potvrđeno.

Budući da se u trećoj hipotezi istraživanja pretpostavlja postojanje razlike u rezultatu na DASS upitniku s obzirom na različite stilove privrženosti, očekivano je i da postoji značajna povezanost između podljestvica DASS upitnika i dimenzija ASQ upitnika. Stoga su izračunati Spearmanovi koeficijenti korelacije i prikazani u *Tablici 6*.

Tablica 6. Koeficijenti korelacija između podljestvica na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa i dimenzija Upitnika stila privrženosti

	DASS_U	DASS_D	DASS_A	DASS_S
Povjerenje	-.59**	-.62**	-.51**	-.52**
Nelagoda	.30**	.31**	.25**	.26**
Veze kao sekundarne	.20**	.22**	.16**	.18**
Nesigurnost	.55**	.56**	.48**	.47**
Preokupiranost	.49**	.45**	.45**	.46**

DASS_U = ukupan rezultat na DASS upitniku, DASS_D = podljestvica depresivnosti, DASS_A = podljestvica anksioznosti, DASS_S = podljestvica stresa

*** korelacije su značajne na razini $p < .01$*

Iz *Tablice 6*. vidljivo je kako su sve korelacije između podljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa statistički značajno povezane s dimenzijama upitnika privrženosti. Dobiveni rezultati pokazuju negativne korelacije između dimenzija Povjerenja i DASS-U ($\rho = -.59$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i DASS-D ($\rho = -.62$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i DASS-A ($\rho = -.51$; $p < .01$); između dimenzija Povjerenja i DASS-S ($\rho = -.52$; $p < .01$).

Korelacije pozitivnog smjera dobivene su usporedbom rezultata dobivenim na podljestvicama Upitnika stila privrženosti između dimenzija Nelagoda i DASS-U (.30; $p < .01$); između dimenzija Nelagoda i DASS-D (.31; $p < .01$); između dimenzija Nelagoda i DASS-A (.25; $p < .01$); između dimenzija Nelagoda i DASS-S (.26; $p < .01$).

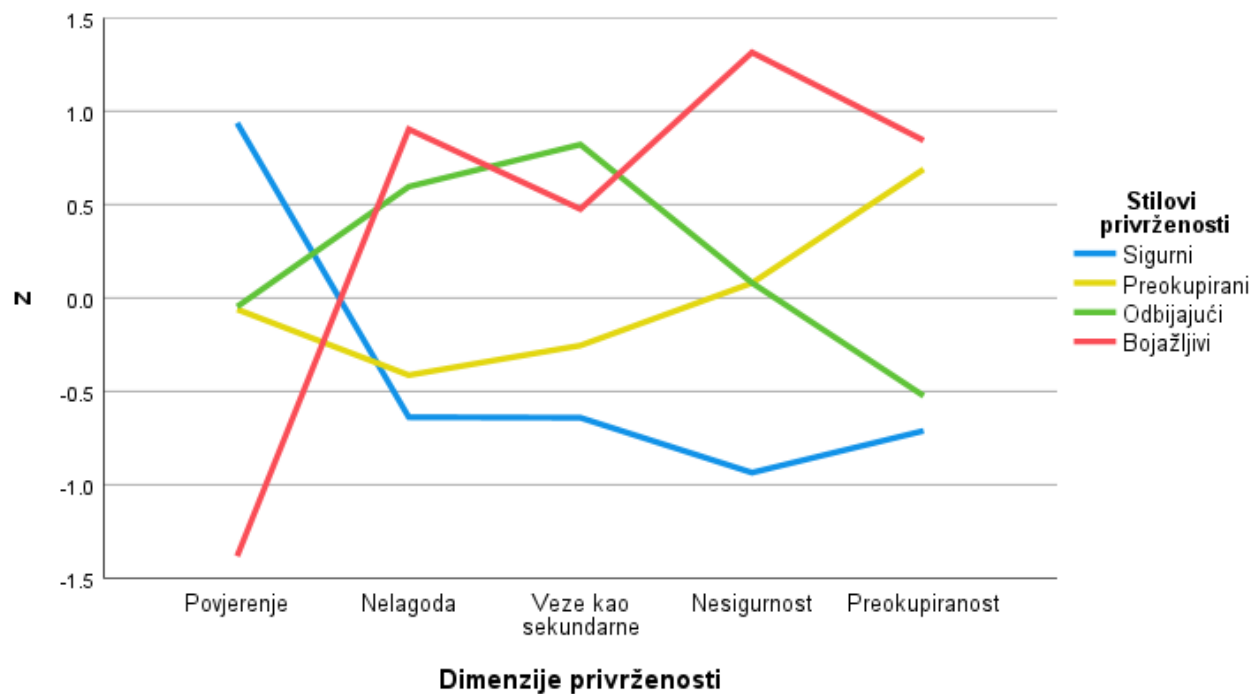
Korelacije pozitivnog smjera dobivene su usporedbom rezultata dobivenim na podljestvicama Upitnika stila privrženosti između dimenzija Veze kao sekundarne i DASS-U ($\rho = .20$; $p < .01$); između dimenzija Veze kao sekundarne i DASS-D ($\rho = .22$; $p < .01$); između dimenzija Veze kao sekundarne i DASS-A ($\rho = .48$; $p < .01$); između dimenzija Veze kao sekundarne i DASS-S ($\rho = .47$; $p < .01$).

Korelacije pozitivnog smjera dobivene su usporedbom rezultata dobivenim na podljestvicama Upitnika stila privrženosti između dimenzija Nesigurnost i DASS-U (.55; $p < .01$); između dimenzija Nesigurnost i DASS-D (.56; $p < .01$); između dimenzija Nesigurnost i DASS-A (.48; $p < .01$); između dimenzija Nesigurnost i DASS-S (.47; $p < .01$).

Korelacije pozitivnog smjera dobivene su usporedbom rezultata dobivenim na podljestvicama Upitnika stila privrženosti između dimenzija Preokupiranost i DASS-U ($\rho = .49$; $p < .01$); između dimenzija Preokupiranost i DASS-D ($\rho = .45$; $p < .01$); između dimenzija Preokupiranost i DASS-A ($\rho = .45$; $p < .01$); između dimenzija Preokupiranost i DASS-S ($\rho = .46$; $p < .01$).

4.4. Stilovi privrženosti na temelju klaster analize

ASQ upitnik dimenzionalne je prirode, stoga je potrebno napraviti klaster analizu kako bi se rezultati na pet dimenzija grupirali u kategorije stilova privrženosti. Budući da teorijska podloga stilova privrženosti naglašava četiri kategorije privrženosti, *K-means* klaster analizom su rezultati na dimenzijama nesigurnost kod povezivanja, nelagoda, veze kao sekundarne, preokupiranost vezama i povjerenje pretvoreni u četiri kategorije. Ovako je dobiven profil dimenzija za svaki od četiri stila privrženosti.



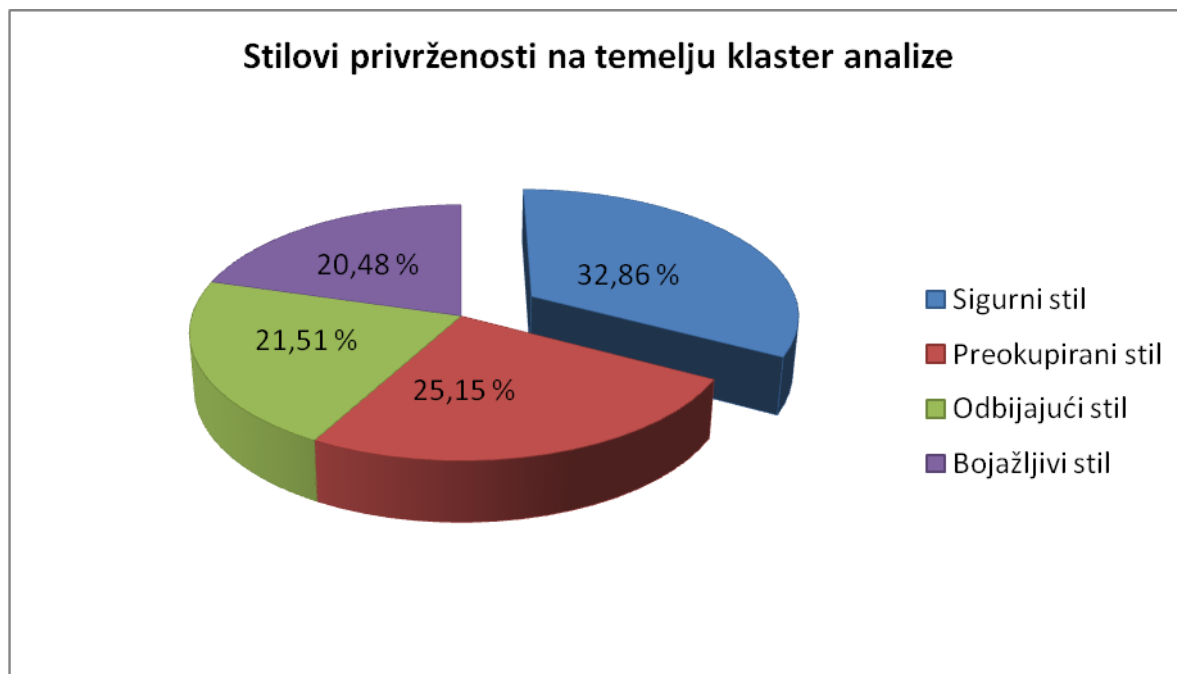
Slika 2. Profili dimenzija za stilove privrženosti

Iz Slike 2. vidljivo je kako svaki stil privrženosti ima drugačiji profil dimenzija.

Sigurni stil privrženosti karakterizira visok rezultat na dimenziji povjerenja, dok su rezultati na ostale četiri dimenzije niski. Ispitanici koji imaju preokupirani stil privrženosti postižu najviše rezultate na dimenziji preokupiranosti, dok najniži rezultat imaju na dimenziji nelagode.

Odbijajući stil privrženosti podrazumijeva profil u kojem se najviši rezultat postiže na dimenziji veze kao sekundarne, a najniži na dimenziji preokupiranosti, što se i moglo očekivati budući da su takvi pojedinci usmjereni na sebe, a ne na odnose s drugim ljudima.

Bojažljivi stil privrženosti karakteriziraju izrazito niski rezultati na dimenziji povjerenja, te visoki rezultati na ostalim dimenzijama, pogotovo na dimenziji nesigurnosti.



Slika 3. Stilovi privrženosti na temelju klaster analize

Od ukupnog broja ispitanika (N=1348) sigurni stil privrženosti pokazuje 443 ispitanika (32,86 %), 339 (25,15 %) ima preokupiran stil privrženosti, 290 ispitanika (21,51 %) ima odbijajući, a 276 (20,48 %) bojažljivi stil privrženosti. Dakle, od ukupno 1348 ispitanika 443 (32,86 %) prema dobivenim rezultatima pokazuje karakteristike sigurne privrženosti, dok 905 ispitanika (67,14 %), pokazuje karakteristike nesigurne privrženosti.

4.5. Razlika u rezultatu na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa s obzirom na stil privrženosti

Kako bi se ispitala treća hipoteza u kojoj se pretpostavlja da će ispitanici sa sigurnim stilom privrženosti imati značajno niže rezultate na DASS upitniku, proveden je Mann – Whitney U test čiji su rezultati prikazani u *Tablici 7*.

Tablica 7. Razlika u rezultatima na Upitniku Depresivnosti, anksioznosti i stresa između ispitanika sa sigurnim i ostalim stilovima privrženosti

	PR_siguran	PR_ostali	U	Z	p
DASS_U	407.45	805.22	82153.0	-17.62	.000
DASS_D	401.18	808.29	79376.0	-18.05	.000
DASS_A	448.59	785.08	100379.0	-14.92	.000
DASS_S	440.24	789.17	96679.0	-15.46	.000

PR – prosječni rang

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u ukupnom rezultatu na DASS upitniku između ispitanika koji imaju siguran stil privrženosti i onih koji imaju neki od ostala tri stila privrženosti ($U = 82153.0$, $z = -17.62$, $p < .01$).

Što se tiče razlika na podljestvicama upitnika, dobivena je statistički značajna razlika na podljestvicama depresivnosti ($U = 79376.0$, $z = -18.05$, $p < .01$), anksioznosti ($U = 100379.0$, $z = -14.92$, $p < .01$) i stresa ($U = 96679.0$, $z = -15.46$, $p < .01$).

Sigurno privrženi ispitanici imaju manji ukupni rezultat na DASS-u ($M = 19$, $Q = 25$) u usporedbi s ispitanicima koji imaju ostale stilove privrženosti ($M=48$, $Q=43.5$). Na podljestvici depresivnosti sigurno privrženi ispitanici ostvaruju niži rezultat ($M = 5$, $Q = 8$) u usporedbi s ostalim ispitanicima ($M = 15$, $Q = 17$). Također, na podljestvici anksioznosti ispitanici sa sigurnom privrženosti imaju niži rezultat ($M = 5$, $Q = 8$) u odnosu na ispitanike koji imaju ostale stilove privrženosti ($M = 12$, $Q = 14$). Isto vrijedi i za podljestvicu stresa na kojoj sigurno privrženi ispitanici ostvaruju značajno niži rezultat ($M = 9$, $Q = 11$) nego ispitanici koji spadaju u neku od ostalih kategorija privrženosti ($M = 21$, $Q = 17$).

5. RASPRAVA

Kao što je očekivano i sukladno teorijskim postavkama, dobivene su statistički značajne pozitivne korelacije između ukupnog rezultata na DASS upitniku i sve tri podljestvice upitnika koje mjere anksioznost, depresivnost i stres. Dobiveni rezultati ne iznenađuju budući da podljestvice (anksioznost, depresivnost i stres) predstavljaju tri faktora koja su, iako konceptualno različita, veoma povezana i međusobno isprepletena i teško odvojiva. Pandemija COVID-19 potaknula je psihološke resurse pojedinaca na način da je percepcija stresnog događaja očekivano pokrenula anksiozne i depresivne aspekte ličnosti.

Istraživanja na temu pandemije COVID-19 pokazuju slične rezultate. Naime, u samim počecima pandemije, Wang i suradnici (2020) proveli su istraživanje koje je pokazalo značajan psihološki utjecaj pandemije na mentalno zdravlje u smislu povećanja razine stresa, anksioznosti i depresivnosti na uzorku opće populacije (51). Rezultati ovog istraživanja sukladni su rezultatima studije koju su proveli Odriozola-González i suradnici (2020) na uzorku španjolskih studenata gdje su dobili rezultate da je 35.18% ispitanika iskazivalo simptome anksioznosti, 48.10% depresivnosti i 40.32% stresa (52). Brojna istraživanja provedena na uzorku studenata prepoznaju mnogobrojne stresore vezane uz pandemiju koji su pridonijeli povećanju razine stresa, anksioznosti i depresivnosti među studentima (22, 31, 53-55).

Nadalje, vulnerabilnost studenata koji su još uvijek u procesu razvoja i formiranja ličnosti zasigurno jest dimenzija koja ovu skupinu čini posebno osjetljivom na doživljaje stresogene naravi, a povećavanje anksioznosti i depresivnosti jesu očekivane reakcije u takvim situacijama. Osim toga, novi virus i nepoznanice vezane uz to kao i protok vremena od pojave pandemije pa do vremena kada je ovo istraživanje provedeno (11 mjeseci) pokazuju

da je neizvjesnost vezana uz pandemiju vrlo vjerojatno imala utjecaja na dobivene visoke prosječne vrijednosti depresivnosti, anksioznosti i percepcije stresa kod ispitivanih studenata, u odnosu na vrijednosti koje autori Crawford i Henry (2003) navode u svom istraživanju (50). Naime, prosječan rezultat depresivnosti je kod ispitivanih studenata u ovom istraživanju gotovo dva i pol puta veći, prosječan rezultat anksioznosti 3 puta veći i prosječan rezultat stresa gotovo dva puta veći. Ukupan rezultat prosječnih vrijednosti ($M=42,13$) dobivenih u ovom istraživanju je oko dva i pol puta veći od prosječnog rezultata prosječne opće populacije izvan pandemijskog vremena. Treba napomenuti, da su ove usporedbe prosječnih vrijednosti komentirane kao orijentacijska usporedba, jer su dobne skupine u ovom istraživanju različite od dobnih skupina u istraživanju Crawford i Henry (2003), u kojemu je uzorak dobno heterogen ($N=1771$), pri čemu se raspon dobi kretao od 15. do 91. godine života (50).

Razlika u rezultatima dobivenim na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa između medicinara i nemedicinara pokazuje da postoji statistički značajna razlika u ukupnom rezultatu između medicinara i nemedicinara, na način da su kod studenata nemedicinskih usmjerenja statistički značajno viši rezultati koje mjere dimenzije depresivnosti i anksioznosti, dok se rezultati koji procjenjuju doživljeni stres ne razlikuju na razini statističke značajnosti između medicinara i nemedicinara. Dobiveni rezultat nije očekivan, i ne potvrđuje postavljenu hipotezu. Naime, medicinari su u prepandemijskom razdoblju u skupini povećanog rizika za probleme s mentalnim zdravljem i imaju povišene razine depresivnosti, anksioznosti i stresa u odnosu na nemedicinare (28). Razlozi zašto se na ovom uzorku nisu dobili takvi rezultati, mogu se objasniti vremenom proteklom od početka pandemije do vremena kad je istraživanje provedeno, razlikom u edukaciji i razini

medicinskog znanja te vrsti nastave između dvije skupine studenata. Istraživanje koje je provedeno za vrijeme epidemije ebole pokazalo je da opća populacija, koja nije medicinski educirana, informacije dobiva službenim i neslužbenim kanalima, a pritom im zbog manjka educiranosti nedostaje sposobnost razlikovanja točnih od pogrešnih informacija (56). Moguće je pretpostaviti da je i u aktualnoj pandemiji, nepravovaljana komunikacija s javnosti i njihova nedostatna educiranost o naravi samog virusa i preventivnim metodama, jedno od tumačenja za dobivene povišene razine depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Istraživanja koja su provedena za vrijeme pandemije ebole pokazala su da znanje o uzrocima, prevenciji i liječenju bolesti utječe na smanjenje zabrinutosti oko njenog izbijanja. Dodatno, pokazalo se kako se znanje medicinara tijekom te epidemije poboljšavalo, tako je raslo i njihovo samopouzdanje u suočavanju s virusom (57, 58). U samom početku pandemije COVID-19 nije se znalo puno o virusu niti koliko će prethodna iskustva pomoći u borbi s ovim, novim koronavirusom koji je doveo svijet u do sad neviđenu situaciju. Vrijeme proteklo od početka pandemije do provođenja ovog istraživanja jest 11 mjeseci. U tom razdoblju, saznalo se puno više o naravi i ponašanju samog virusa, efektivnim mjerama prevencije te su se otkrila i proizvela cjepiva protiv SARS-CoV-2 te time značajno olakšalo suočavanje sa situacijom. Pregledom dostupne literature, istraživanje koje su proveli Xie i suradnici (2020) također pokazuje da su medicinari iskusili manji psihološki utjecaj pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje u odnosu na studente drugih usmjerenja, iako su smatrali pandemiju ozbiljnijom. U tom istraživanju dobiven je i rezultat da su nemedicinari provodili puno više vremena čitajući dostupne informacije vezane uz pandemiju (59). Tome u prilog govori prethodno opisan utjecaj bolje informiranosti i znanja na suočavanje sa stresorom ovakvog tipa.

Kao još jedan mogući razlog manje anksioznosti i depresije u medicinara u odnosu na nemedicinare jest što su medicinari u razdoblju provođenja istraživanja imali “hibridni tip” nastave, što im je ipak dalo strukturu svakodnevnog života donekle sličnu onoj u prepandemijskom razdoblju. Navedena moguća tumačenja dobivenih rezultata mogu biti poticaj za daljnja istraživanja.

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju, a koji opisuju stil privrženosti ispitanika pokazuju da trećina ispitanika ima sigurni stil privrženosti, a oko dvije trećine ispitanika izvještava o nesigurnim stilovima privrženosti. Navedeno je sukladno teorijskim postavkama, koja sigurnu privrženost navodi u dosta širokom rasponu 25-50% (39). U kategoriji nesigurne privrženosti približno jedna četvrtina ispitivanih studenata izvještava o preokupiranom, te po oko jedne petine studenata bilježi odbijajući i bojažljivi stil privrženosti. Nadalje, rezultati dobiveni u ovom istraživanju, a koji opisuju stil privrženosti ispitanika pokazuju da su sve dimenzije privrženosti statistički značajno povezane. Koeficijenti korelacije nešto su i veći nego što je dobiveno u istraživanju Smojver-Ažić i Jakovčić (2006). U tom istraživanju potvrđeno je da sigurno privrženi pojedinci imaju najviše rezultate na dimenziji povjerenja, te niske rezultate na preostale četiri dimenzije. Barholomew i Horowitz (1991.) su u svom istraživanju koristili 15 dimenzija te za siguran stil privrženosti dobili visoke rezultate na dimenzijama samopouzdanja, topline, intimnosti, ravnotežu kontrole u prijateljstvima te razinu uključenosti u romantične veze (44).

Budući da se u trećoj hipotezi ovog istraživanja pretpostavilo postojanje razlika u rezultatima koje mjere depresivnost, anksioznost i stres u odnosu na različite stilove privrženosti, očekivano je i da postoji značajna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa s jedne strane i stilova privrženosti ispitanika s druge strane, a što potvrđuju dobiveni rezultati.

Naime, sve dobivene korelacije između izmjerenih vrijednosti su statistički značajne i sve su u očekivanom pozitivnom ili negativnom smjeru. Povjerenje, kao jedina dimenzija koja podrazumijeva pozitivan stav o sebi, drugima i svijetu, negativno je povezano s percepcijom depresivnosti, anksioznosti i stresa kod studenata. Drugim riječima, studenti koji imaju izgrađeno povjerenje o sebi, značajnim drugima u svom okruženju (užem - predstavljenim njihovim obiteljima i širim predstavljenim okruženjem – prijatelji, društveni kontekst itd.) percipiraju stresne situacije manje ugrožavajućim, a posljedično manifestiraju niže razine anksioznosti i depresivnosti. Ostale četiri dimenzije koje opisuju sastavnice privrženosti (sekundarne veze, nelagoda, nesigurnost i preokupiranost) očekivano su pozitivno povezane s depresivnošću, anksioznošću i stresom. Odnosno, studenti s jače naglašenim osobinama njihovih ličnosti kao što su nesigurnost, osjećaji nelagode, preokupiranost problemima s oskudnijim socijalnim relacijama percipiraju stresne situacije više ugrožavajućim, a posljedično manifestiraju više razine anksioznosti i depresivnosti. Studente koji pokazuju sigurni stil privrženosti karakterizira povjerenje u sebe i svijet oko sebe. Iz literature je poznato da je sigurna privrženost značajna u suočavanju sa stresnim događajima i “prva linija obrane” u traumatskim situacijama (60).

Hipoteza u kojoj se pretpostavljalo da će ispitanici sa sigurnim stilom privrženosti imati značajno niže rezultate koji mjere depresivnost, anksioznost i stres je potvrđena dobivenim rezultatima u ovom istraživanju. Dakle, može se zaključiti kako svi dobiveni rezultati pokazuju značajne razlike između studenata sa sigurnom u odnosu na studente s nesigurnom privržennošću, na način da se niže razine depresivnosti, anksioznosti i stresa bilježe kod studenata sa sigurnom privržennošću u usporedbi s onima studentima koji imaju preokupirani, odbijajući ili bojažljivi stil privrženosti.

Rezultati istraživanja koje su proveli Spangler i Zimmermann (1999.) potvrđuju teorijske postavke o utjecaju unutarnjih radnih modela privrženosti na emocionalnu regulaciju (61). Teorijska postavka je da unutarnji radni modeli privrženosti utječu na emocionalnu regulaciju na dva načina. Smatra se da utječu na percepciju i interpretaciju emocija. Kod sigurno privrženih pojedinaca se očekuje sposobnost percipiranja pozitivnih i negativnih emocija s relativnom lakoćom, dok se kod pojedinaca s odbijajućim stilom očekuje ograničena percepcija negativnih emocija, a kod preokupirajućeg stila intenzivirana percepcija. Ta neprikladna percepcija emocija utječe na percepciju intenziteta emocija i regulaciju ponašanja. Drugi način na koji se smatra da unutarnji radni modeli privrženosti imaju utjecaj jest sposobnost izražavanja emocija, gdje se smatra da će sigurno privrženi pojedinci slobodno i otvoreno iskomunicirati svoje emocije i na taj način lakše ih regulirati te dobiti socijalnu podršku. Kod nesigurnih stilova privrženosti prisutno je ograničeno ili pretjerano, odnosno neprikladno izražavanje, a time i smanjena emocionalna regulacija (46, 61).

S obzirom da su studenti vulnerabilna skupina za mentalno zdravlje, ovim se istraživanjem želi pridonijeti shvaćanju važnosti promocije mentalnog zdravlja i ulaganja u preventivne programe. Ovi pandemijski uvjeti doveli su do značajnih promjena u svakodnevnom životu svih ljudi, a utjecaj pandemije i posljedice koje će se tek pojaviti, još se ne mogu sagledati u punini. Stoga je od izuzetne važnosti pobrinuti se za mentalno zdravlje onih koji su u osjetljivom životnom periodu zbog karakteristika razvojnog i tranzicijskog razdoblja u kojem se nalaze. U ovakvim, intenzivnim, stresogenim situacijama gdje su dostupni različiti izvori informacija, transparentna i pravovaljana komunikacija s javnosti može pridonijeti lakšem nošenju sa stresom. Jednako tako, važno je informirati studente gdje mogu potražiti pomoć i omogućiti im za to dostupne komunikacijske kanale.

6. ZAKLJUČAK

Specifični zaključci ovog istraživanja jesu:

- statistički značajne pozitivne korelacije dobivene su između ukupnog rezultata i sve tri podljestvice upitnika koje mjere anksioznost, depresivnost i stres
- rezultat prosječnih vrijednosti dobivenih u ovom istraživanju za anksioznost, depresivnost i stres je oko dva i pol puta veći od prosječnog rezultata prosječne opće populacije izvan pandemijskog vremena
- studenti nemedicinskih usmjerenja imaju statistički značajno više rezultate koje mjere dimenzije depresivnosti i anksioznosti u odnosu na studente medicinskih usmjerenja
- rezultati koji procjenjuju doživljeni stres ne razlikuju se na razini statističke značajnosti između medicinara i nemedicinara.
- oko 1/3 ispitanika ima sigurni stil privrženosti, a oko 2/3 ispitanika izvještava o nesigurnim stilovima privrženosti.
- sve dimenzije privrženosti statistički su značajno povezane uz nešto veće koeficijente korelacije nego što je dobiveno u drugim istraživanjima
- bilježi se značajna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa te stilova privrženosti ispitanika.
- zabilježene su značajne razlike između studenata sa sigurnom u odnosu na studente s nesigurnom privrženošću, na način da se niže razine depresivnosti, anksioznosti i stresa bilježe kod studenata sa sigurnom privrženošću u usporedbi s onima studentima koji imaju preokupirani, odbijajući ili bojažljivi stil privrženosti.

- sigurna privrženost je značajna u suočavanju sa stresnim događajima i “prva linija obrane” u traumatskim situacijama
- dobiveni rezultati podupiru značaj promocije mentalnog zdravlja i ulaganja u preventivne programe svih dobnih skupina, s naglaskom na mlade koji su inače u osjetljivom životnom periodu zbog karakteristika razvojnog i tranzicijskog razdoblja
- u intenzivnim i stresogenim situacijama transparentna i pravovaljana komunikacija s javnosti može pridonijeti lakšem nošenju sa stresom
- rezultati impliciraju potrebu za informiranošću studenata o dostupnosti stručne pomoći u stresnim situacijama tijekom pandemije

7. SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog istraživanja bio je istražiti učinke pandemije COVID-19 na studentskoj populaciji kroz dimenzije depresivnosti, anksioznosti i stresa, procijeniti njihove stilove privrženosti, a zatim ih usporediti između skupina studenata medicinskih i nemedicinskih usmjerenja.

Materijali i metode: Istraživanje je provedeno „online“ putem na uzorku od 1348 studenata (1084 žena i 257 muškaraca) u dobi od 18 do 42 godine. Korišteni su Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) i Upitnik stila privrženosti (ASQ) koji su prikupljeni metodom snježne grude.

Rezultati: Istraživanje je da je ukupan rezultat na DASS upitniku značajno veći od normativnih vrijednosti, kao i da su na ukupnom rezultatu na DASS upitniku i podljestvicama depresivnosti i anksioznosti nemedicinari imali značajno veći rezultat od medicinara ($p < .05$), dok na podljestvici stresa nije bilo značajne razlike između medicinara i nemedicinara. Nadalje, dobivena je i statistički značajna razlika u ukupnom rezultatu na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa te svim podljestvicama upitnika između ispitanika sa sigurnim stilom privrženosti i onih s nesigurnim stilovima privrženosti ($p < .01$). Osobe sa sigurnim stilom privrženosti postižu značajno niže rezultate od osoba koje imaju ostale stilove privrženosti.

Zaključak: Dobiveni rezultati podupiru značaj promocije mentalnog zdravlja i ulaganja u preventivne programe svih dobnih skupina, s naglaskom na mlade koji su inače u osjetljivom životnom periodu zbog karakteristika razvojnog i tranzicijskog razdoblja

Ključne riječi: anksioznost; depresivnost; pandemija COVID-19; privrženost; stres; student

8. SUMMARY

Aim: The aim of this study was to investigate the effects of the COVID-19 pandemic on the student population through the dimensions of depression, anxiety, and stress, assess their attachment styles, and then compare them between groups of medical and nonmedical students.

Materials and methods: The research was conducted "online" on a sample of 1348 students (1084 women and 257 men) aged 18 to 42 years. The Depression, Anxiety and Stress Questionnaire (DASS) and the Attachment Style Questionnaire (ASQ) were used and collected by the snowball method.

Results: The study showed that the total score on the DASS questionnaire was significantly higher than the normative values, and that on the overall score on the DASS questionnaire and the scales of depression and anxiety, non-medical students had a significantly higher score than medical students ($p < .05$), while on the stress scale there was no significant difference between medical and non-medical students. Furthermore, a statistically significant difference was obtained in the overall score on the Depression, Anxiety and Stress Questionnaire and all subscales of the questionnaire between respondents with a secure attachment style and those with insecure attachment styles ($p < .01$). People with a secure attachment style score significantly lower than people who have other attachment styles.

Conclusion: The obtained results support the importance of promoting mental health and investing in prevention programs of all age groups, with an emphasis on young people who are otherwise in a sensitive period of life due to the characteristics of the developmental and transition period.

Key words: anxiety; attachment; depression; pandemic COVID-19; students; stress

9. LITERATURA

- (1) World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report - 77. Geneva: World Health Organization; 2020.
- (2) Moukaddam N, Shah A. Psychiatrists beware! The impact of COVID-19 and pandemics on mental health. *Psychiatric Times* 2020;37(3):11–12.
- (3) Liang SW, Chen RN, Liu LL, Li XG, Chen JB, Tang SY, Zhao JB. The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on Guangdong College Students: The Difference Between Seeking and Not Seeking Psychological Help. *Front Psychol.* 2020;11:2231.
- (4) Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, Hann K, Eaton J, Martin S, Nellums LB. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ.* 2016;94:210-214.
- (5) Morganstein JC, Ursano RJ, Fullerton CS, Holloway HC. Pandemics: Health care emergencies. U: Ursano RJ, Fullerton SC, Weisaeth L, Raphael B, editors. *Textbook of disaster psychiatry.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p. 270–283.
- (6) Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatr Pol.* 2020;54(2):187-198
- (7) Who.int [Internet] World health organisation. Mental health: strengthening our response; [ažurirano: 30.3.2018.; citirano: 29.5.2021.]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- (8) Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry.* 2015;14(2):231-233.
- (9) Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol.* 2017;51(3):407-411.

- (10) Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, McKenzie K. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007079
- (11) Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2017;390:1211–1259.
- (12) Devleeschauwer B, Havelaar AH, Maertens de Noordhout C, Haagsma JA, Praet N, Dorny P, i sur. Calculating disability-adjusted life years to quantify burden of disease. *Int J Public Health*. 2014; 59(3):565-569.
- (13) Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-679.
- (14) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
- (15) Ritchie H, Roser M. Mental Health [Internet]. Our World in Data. Our World in Data; 2018 [citirano: 29.5.2021.]. Dostupno na: <https://ourworldindata.org/mental-health>
- (16) Buretić Tomljanović A, Frančišković T, Krajina R, Pernar M, Prpić I. Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2008
- (17) Graovac M. Adolescent u obitelji. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2010 [pristupljeno 01.06.2021.];46(3):261-266. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/59249>

- (18) Havighurst R. *Developmental Tasks and Education*. 3.izd. New York: David McKay Co Inc; 1972.
- (19) Car S. Adolescencija 21. stoljeća: društvena uvjetovanost, temeljne karakteristike i pedagoški izazovi. *Pedagogijska istraživanja* [Internet]. 2013 [citirano 01.06.2021.];10(2):285-292. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/129673>
- (20) Krapić N, Hudek-Knežević J, Kardum I. Stress in Adolescence: Effects on Development. U: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Elsevier; 2015. p. 562–569. [citirano: 01.06.2021.] Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.23031-6>
- (21) Verger P, Combes JB, Kovess-Masfety V, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, Peretti-Wattel P. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(8):643-650.
- (22) Essadek A, Rabeyron T. Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020;277:392-393.
- (23) Adlaf EM, Gliksman L, Demers A, Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *J Am Coll Health*. 2001;50:67–72
- (24) Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81:354–373
- (25) Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ*. 2003;37(10):873-880.

- (26) Fish C, Nies MA. Health promotion needs of students in a college environment. *Public Health Nurs.* 1996;13(2):104-111.
- (27) Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ.* 2007;7:26.
- (28) Moir F, Yelder J, Sanson J, et al. Depression in medical students: current insights. *Adv Med Educ Pract.* 2018;9:323–333.
- (29) Eisenberg D, Goldrick-Rab S, Lipson S, Broton K. Too Distressed to Learn? Mental Health Among Community College Students [Internet]. Madison WI: Wisconsin HOPE Lab;2016 [citirano: 1.6.2021.]. Dostupno na: https://hope4college.com/wp-content/uploads/2018/09/Wisconsin_HOPE_Lab-Too_Distressed_To_Learn.pdf
- (30) Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus* [Internet]. 2009 [pristupljeno 01.06.2021.];18:155-172. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/57135>
- (31) Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020;22:e21279
- (32) Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10(2):230-1.
- (33) Miller TW. *Handbook of Stressful Transitions Across the Lifespan.* New York: Springer; 2010
- (34) Boranić, M i sur. *Psihoneuroimunologija: povezanost imunostava sa živčanim i endokrinim sustavom.* Zagreb: Školska knjiga; 2008.

- (35) Ritsner M, Modai I, Ponizovsky A. Assessing psychological distress in psychiatric patients: validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):229-34.
- (36) Begovac I, ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. [Internet]. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021, [pristupljeno 28.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
- (37) Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2. izd. Sydney: Psychology Foundation;1995.
- (38) Carlier I, Schulte-Van Maaren Y, Wardenaar K, Giltay E, Van Noorden M, Vergeer P, et al. Development and validation of the 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive, anxiety and somatoform disorders. *Psychiatry Research*. 2012;200:904-910.
- (39) Majić G, Begovac I, Klobučar S, Begovac B, Vidović V, Škrinjarčić J. Attachment (privrženost, vezivanje) - teorijske postavke. *Socijalna psihijatrija*. 2008;36(3):125-130.
- (40) Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal*. 1958;39:350-373.
- (41) Bretherton I. Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985;50(1/2):3.
- (42) Szajnberg NM, Škrinjarčić J. Teorija attachmenta i razvoj. U: Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Zagreb: Školska knjiga;1988. p. 324-333.)
- (43) Kaplan TH, Sadock BJ, Grebb JA, ur. *Synopsis of Psychiatry. Attachment Theory*. 7. izd. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994.
- (44) Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among young Adults: A Test of a Four-Category Model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226-244.

- (45) Smojver-Ažić S, Jakovčić I. Percepcija prošlih odnosa i privrženost adolescenata i njihovih majki. Psiholgijske teme [Internet]. 2006 [pristupljeno 16.06.2021.];15(1):59-80. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/11832>
- (46) Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships. U: Fox N, ur. Biological and Behavioral Foundations of Emotion Regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59:228-249
- (47) Allen JP, Hauser ST, Bell KL, O'Connor TG. Longitudinal Assessment of Autonomy and Relatedness in Adolescent-Family Interactions as Predictors of Adolescent Ego Development and Self-Esteem. Child Development. 1994;65(1):179.
- (48) Allen JP, Land D. Attachment in adolescence. U: Cassidy J, Shaver PR. Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications. London: The Guilford Press; 1999. p. 319-335.
- (49) Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment. U: Sperling MB, Berman WH (ur.). Attachment in adults: clinical and developmental perspectives. New York: The Guilford Press;1994. p. 128-154
- (50) Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2003;42:111-131.
- (51) Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020;17:1729.
- (52) Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. Psychiatry Res. 2020;290:113108.

- (53) Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, et al. Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e181.
- (54) Vahedian-Azimi A, Moayed MS, Rahimibashar F, Shojaei S, Ashtari S, Pourhoseingholi MA. Comparison of the severity of psychological distress among four groups of an Iranian population regarding COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):402.
- (55) Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa E, et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(10):e2025591.
- (56) Ki M. What do we really fear? The epidemiological characteristics of Ebola and our preparedness. *Epidemiology and health.* 2014;36:e2014014.
- (57) Patel I, Guy J, Han Y, et al. Effects of Ebola Virus Disease education on student health professionals. *Curr Pharm Teach Learn.* 2018;10:651–656.
- (58) Siddle J, Tolleson-Rinehart S, Brice J. Survey of emergency department staff on disaster preparedness and training for Ebola virus disease. *Am J Disaster Med.* 2016;11:5–18.
- (59) Xie L, Luo H, Li M, Ge W, Xing B, Miao Q. The immediate psychological effects of Coronavirus Disease 2019 on medical and non-medical students in China. *Int J Public Health.* 2020;65(8):1445-1453.
- (60) Greenberg MT. Attachment and Psychopathology in Childhood. U: Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment.* London: The Guilford Press; 1999. p. 469-97.

(61) Spangler G, Zimmermann P. Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & Human Development*. 1999;1(3):270-90.

10. ŽIVOTOPIS

Annemarie Marić rođena je 24. kolovoza 1996. godine u Stuttgartu, Savezna Republika Njemačka. Osnovnu školu Smiljevac pohađa od 2003. do 2011. godine kada ju završava s odličnim uspjehom. Iste godine upisuje Gimnaziju Jurja Barakovića u Zadru, opći smjer. U ljeto 2015. godine upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, smjer opća medicina te je tijekom fakultetskog obrazovanja aktivna članica fakultetskih udruga. Kao članica udruge CroMSIC Rijeka sudjeluje u projektu vršnjačke edukacije o mentalnom zdravlju „Pogled u sebe“. Kao članica udruge FOSS MedRi vodi projekt „Tjedan mozga“. Unazad 5 godina aktivna je članica „AXIS MedRi“, pjevačkog zbora Medicinskog fakulteta u Rijeci koji je nagrađivan na natjecanjima u Karlovcu, Puli i Šibeniku. U vidu profesionalnog usavršavanja i upoznavanja kolega iz čitavog svijeta 2019. godine sudjeluje u profesionalnoj razmjeni na Siciliji na odjelu gastroenterologije. Aktivno govori engleski i njemački jezik. Kao pasivan sudionik sudjeluje na Kongresu hitne medicine (2017. i 2021.) i na Studentskom kongresu neuroznanosti (2021.), te aktivno sudjeluje na Radionici „Kako napisati dobar prikaz slučaja“ (2021.). Za vrijeme pandemije COVID-19 radi kao ispomoć pri Nastavnom Zavodu za javno zdravstvo. Zadnju godinu studija članica je Studentskog zbora Medicinskog fakulteta u Rijeci i predstavnica Medicine u Fakultetskom vijeću Medicinskog fakulteta u Rijeci.

11. PRIVICI

11.1. Prilog 1. Upitnik o općim demografskim karakteristikama

1. Upoznat/a sam u potpunosti s istraživanjem i u njemu dobrovoljno sudjelujem (ovo je potrebno prihvatiti kako bi se rezultati mogli službeno objaviti):

- DA
- NE

2. Spol

- muški
- ženski
- ne želim se izjasniti

3. Dob: _____

4. Fakultet na kojem studirate (npr. Medicinski fakultet u Rijeci):

5. Smjer koji pohađate (npr. Medicina):

5. Godina studija:

- 1. preddiplomski ili integrirani studij
- 2. preddiplomski ili integrirani studij
- 3. preddiplomski ili integrirani studij
- 4. preddiplomski studij
- 4. integrirani ili 1. diplomski studij
- 5. integrirani ili 2. diplomski studij
- 6. integrirani studij

6. Grad studiranja: _____

7. Mjesto prebivališta: _____

8. U gradu studiranja živim:

- s roditeljima
- sam u privatnom stanu
- sam u studentskom domu
- s cimerom/cimerima u privatnom stanu
- s cimerom/cimerima u studentskom domu

11.2. Prilog 2. Upitnik depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS)

24 _____ Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) _____

DASS

Pažljivo pročitajte navedene tvrdnje i zaokružite broj uz svaku od njih koji pokazuje koliko se navedena tvrdnja odnosi na Vas (tijekom proteklog tjedna).

- 0 – uopće se ne odnosi na mene
 1 – donekle se odnosi na mene
 2 – uglavnom se odnosi na mene
 3 – u potpunosti se odnosi na mene

1. Događa mi se da me uznemire prilično banalne stvari.	0	1	2	3
2. Suše mi se usta.	0	1	2	3
3. Čini mi se da ne mogu osjetiti ništa pozitivno.	0	1	2	3
4. Imam poteškoće s disanjem.	0	1	2	3
5. Jednostavno se ne mogu pokrenuti.	0	1	2	3
6. Pretjerano reagiram u nekim situacijama	0	1	2	3
7. Imam osjećaj da mi drhte noge.	0	1	2	3
8. Teško mi je opustiti se.	0	1	2	3
9. Toliko se uznemirim u nekim situacijama da osjetim golemo olakšanje kada prođu.	0	1	2	3
10. Osjećam da se nemam čemu veseliti.	0	1	2	3
11. Lako se uznemirim.	0	1	2	3
12. Čini mi se da imam previše negativne energije.	0	1	2	3
13. Osjećam se tužno i potišteno.	0	1	2	3
14. U nekim situacijama nemam strpljenja (kada čekam lift ili sl.)	0	1	2	3
15. Imam osjećaj da ću se onesvijestiti.	0	1	2	3
16. Čini mi se da sam za sve izgubila interes.	0	1	2	3
17. Osjećam da kao osoba ne vrijedim mnogo.	0	1	2	3
18. Razdražljiv/a sam.	0	1	2	3
19. Pojačano se znojim i bez fizičkog napora.	0	1	2	3
20. Bojim se bez pravog razloga.	0	1	2	3
21. Čini mi se da se ne isplati živjeti.	0	1	2	3
22. Teško mi je prepustiti se opuštanju.	0	1	2	3
23. Teško gutam.	0	1	2	3
24. Ne vesele me stvari koje radim.	0	1	2	3
25. Imam poteškoća sa srcem (ubrzano kuca ili preskače) i kad nisam fizički aktivna.	0	1	2	3
26. Osjećam se potišteno.	0	1	2	3
27. Vrlo sam razdražljiv/a.	0	1	2	3
28. Malo mi nedostaje da me uhvati panika.	0	1	2	3
29. Teško se umirim kada me nešto uzruja.	0	1	2	3
30. Strahujem da će me zateći neki banalan, ali nepoznat zadatak.	0	1	2	3
31. Ne mogu se u ništa uživjeti.	0	1	2	3
32. Teško podnosim kada me nešto prekine u obavljanju nekog posla.	0	1	2	3
33. Napet/a sam.	0	1	2	3
34. Osjećam se prilično bezvrijedno.	0	1	2	3
35. Ne podnosim ono što me odvlači od posla koji obavljam.	0	1	2	3
36. Osjećam se užasnuto.	0	1	2	3
37. U budućnosti ne vidim ništa čemu bih se veselio/la.	0	1	2	3
38. Mislim da je život besmislen.	0	1	2	3
39. Osjećam se uzrujano.	0	1	2	3
40. Brinem se zbog situacija u kojima bi me mogla uhvatiti panika ili bi se mogao/la osramotiti.	0	1	2	3
41. Drhte mi ruke.	0	1	2	3
42. Teško se prisilim da nešto započnem raditi.	0	1	2	3

Depresivnost – 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42

Anksioznost – 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41

Stres – 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39.

11.3. Prilog 3. Upitnik stila privrženosti (ASQ)

Molim Vas da procijenite u kojem se stupnju slažete sa svakom navedenom tvrdnjom. Koristite skalu od 6 stupnjeva da zaokružite prikladan broj, pri čemu je:

- | | |
|--|--|
| 1 - uopće se NE slažem | 4 - više se slažem nego što se ne slažem |
| 2 - NE slažem se | 5 - slažem se |
| 3 - više se NE slažem nego što se slažem | 6 - u potpunosti se slažem |

1. Sve u svemu, ja sam osoba koja vrijedi.	1	2	3	4	5	6
2. Lakše me je upoznati nego druge ljude.	1	2	3	4	5	6
3. Sigurna/an sam da će drugi biti tu za mene kad mi zatrebaju.	1	2	3	4	5	6
4. Radije se oslanjam na sebe nego na druge ljude.	1	2	3	4	5	6
5. Radije stvari držim za sebe.	1	2	3	4	5	6
6. Zatražiti pomoć znači priznati vlastiti neuspjeh.	1	2	3	4	5	6
7. Vrijednost ljudi trebalo bi procjenjivati po njihovim uspjesima.	1	2	3	4	5	6
8. Materijalno postignuće je važnije od izgrađivanja odnosa.	1	2	3	4	5	6
9. Dati najbolje od sebe u svemu što radiš je važnije nego slagati se s drugima.	1	2	3	4	5	6
10. Ako moraš nešto napraviti, napravi to bez obzira na to koga ćeš povrijediti.	1	2	3	4	5	6
11. Važno mi je da se sviđam drugima.	1	2	3	4	5	6
12. Važno mi je ne raditi ono što drugi ne odobravaju.	1	2	3	4	5	6
13. Teško mi je donijeti odluku o nečemu ako ne znam što drugi misle o tome.	1	2	3	4	5	6
14. Moji odnosi s drugim ljudima uglavnom su površni.	1	2	3	4	5	6
15. Ponekad mislim da uopće nisam dobar/ra.	1	2	3	4	5	6
16. Teško mi je vjerovati drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
17. Teško mi je biti ovisna/an o drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
18. Mislim da drugi ne žele biti bliski onoliko koliko ja to želim.	1	2	3	4	5	6
19. Relativno mi je lako zbliziti se s drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
20. Imam povjerenja u druge ljude.	1	2	3	4	5	6
21. Osjećam se ugodno kada ovisim o drugima.	1	2	3	4	5	6
22. Brinem se da drugim ljudima nije stalo do mene koliko je meni do njih.	1	2	3	4	5	6
23. Bojim se da će mi se drugi ljudi previše približiti.	1	2	3	4	5	6
24. Bojim se da nisam dorasla/ao drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
25. Moji osjećaji su zbrkani kada se radi o bliskosti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
26. Iako se želim zbliziti s drugim ljudima, osjećam nelagodu pri tome.	1	2	3	4	5	6
27. Pitam se zašto mi se ljudi žele približiti.	1	2	3	4	5	6
28. Za mene je vrlo važno imati bliske odnose.	1	2	3	4	5	6
29. Brinu me odnosi s drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
30. Pitam se kako bi se snalazila bez nekog tko me voli.	1	2	3	4	5	6
31. Osjećam se sigurno prilikom uspostavljanja odnosa s drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6
32. Često se osjećam izostavljeno ili osamljeno.	1	2	3	4	5	6
33. Često me brine da se ne uklapam s drugima.	1	2	3	4	5	6
34. Ne opterećujem druge ljude sa svojim problemima jer imaju dovoljno svojih.	1	2	3	4	5	6
35. Osjećam se posramljeno dok pričam s drugim ljudima o svojim problemima.	1	2	3	4	5	6
36. Previše sam zaokupljena drugim aktivnostima da bih imala vremena baviti se odnosima s drugima.	1	2	3	4	5	6
37. Kada me nešto muči drugi to primjećuju i stalo im je.	1	2	3	4	5	6
38. Uvjeren/a sam da se sviđam drugim ljudima i da me poštuju.	1	2	3	4	5	6
39. Postanem nezadovoljna/an ako mi drugi nisu na raspolaganju kad ih trebam.	1	2	3	4	5	6
40. Ljudi me često znaju razočarati.	1	2	3	4	5	6