

Povezanost depresije i anksioznosti sa rizikom prekomjerne konzumacije alkohola kod studenata sestristva

Maleš, Valentina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:648356>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Valentina Maleš

**POVEZANOST DEPRESIJE I
ANKSIOZNOSTI SA RIZIKOM
PREKOMJERNE KONZUMACIJE
ALKOHOLA KOD STUDENATA
SESTRINSTVA**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2024.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Valentina Maleš

**POVEZANOST DEPRESIJE I
ANKSIOZNOSTI SA RIZIKOM
PREKOMJERNE KONZUMACIJE
ALKOHOLA KOD STUDENATA
SESTRINSTVA**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2024.

Rad je ostvaren na: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo - Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Mentorica rada: Prof.dr.sc. Suzana Vuletić

Rad ima 37 listova i 6 tablica.

Lektor hrvatskoga jezika: Ivana Počijak Bošnjak, mag. philol. croat.

Lektor engleskoga jezika: Marina Vidaković, mag. prim. educ.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Integrativna bioetika

Znanstvena grana: Javno zdravstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici, prof.dr.sc. Suzani Vuletić, koja mi je svojim znanjem i iskustvom pomogla u izradi i završetku pisanja diplomskog rada.

Također, zahvaljujem dr.med. Sonji Jukić, spec. školske i adolescentne medicine za njezinu veliku podršku tijekom studiranja.

Zahvaljujem svojoj obitelji na nesebičnoj podršci, strpljenju i razumijevanju tijekom studiranja. Bez njihove podrške sve bi bilo neizvedivo i besmisleno.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Odrednice mentalnog zdravlja.....	2
1.2. Mentalni poremećaji u studentskoj dobi	4
1.3. Alkoholizam	6
1.4. Statistička zastupljenost mentalnih poremećaja na globalnoj i nacionalnoj razini	9
2. CILJ.....	11
3. ISPITANICI I METODE	12
1.1. Ustroj studije	12
1.2. Ispitanici	12
1.3. Metode.....	12
1.4. Statističke metode	13
4. REZULTATI.....	15
5. RASPRAVA	21
6. ZAKLJUČAK	29
7. SAŽETAK	30
8. SUMMARY	31
9. LITERATURA	33
10. ŽIVOTOPIS.....	37

Popis tablica

Tablica 1. Opći i sociodemografski podaci o ispitanicima	16
Tablica 2. Ukupni rezultati DASS skale depresivnosti, DASS skale anksioznosti i AUDIT upitnika.....	17
Tablica 3. Prikaz rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku u odnosu na dob	17
Tablica 4. Prikaz deskriptivnih podataka ispitanika prema rezultatima na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku	19
Tablica 5. Prikaz razlike rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku u odnosu na opće i sociodemografske podatke	20
Tablica 6. Prikaz povezanosti rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku	20

1. UVOD

Mentalno zdravlje je temelj ljudskog zdravlja jer nema zdravlja bez mentalnog zdravlja. To potvrđuje i definicija Svjetske zdravstvene organizacije, koja kaže da je „*zdravlje stanje potpune tjelesne, mentalne i društvene dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti*“.

(1). Definiira se kao "dinamičko stanje unutarnje ravnoteže". Druge definicije povezuju pozitivno mentalno zdravlje sa sposobnošću "uživanja u životu i suočavanja s izazovima s kojima se suočavamo" (2). Ključno je za vođenje ispunjenog života, ostvarivanje punog potencijala, produktivno sudjelovanje u životnim zajednicama i za pružanje adekvatnog otpora na stres i nedaće (3). Svatko ima pravo na najviši mogući standard mentalnog zdravlja: pravo na zaštitu mentalnog zdravlja, pravo na dostupnu i adekvatnu skrb i pravo na slobodu, neovisnost i uključenost u zajednicu (5).

Naspram mentalnom zdravlju, stoje mentalni poremećaji. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 11), u mentalne poremećaje pripadaju, poremećaji ponašanja i neurorazvojni poremećaji. Svjetska zdravstvena organizacija navodi: „*Mentalni poremećaji, poremećaji ponašanja i neurorazvojni poremećaji su sindromi koje karakterizira klinički značajan poremećaj u kogniciji, emocionalnoj regulaciji ili ponašanju pojedinca koji odražava disfunkciju u psihološkim, biološkim ili razvojnim procesima koji su u osnovi mentalnog i bihevioralnog funkcioniranja. Ti su poremećaji obično povezani s distresom ili oštećenjem u osobnim, obiteljskim, društvenim, obrazovnim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja.*“ (4). Mogu biti genetski predisponirani, razvojni ili stečeni.

Osobe s mentalnim poremećajima trebaju podršku društva, uz podršku u razvijanju i održavanju osobnih, obiteljskih i društvenih odnosa. Također, trebaju podršku za obrazovne programe, zapošljavanje, stanovanje i sudjelovanje u drugim aktivnostima (5). Napose trebaju pomoć u prevenciji i rehabilitaciji, ukoliko je njihovo stanje uvjetovano slobodnim odabirom. To je u velikoj mjeri u domeni bioetičkih inicijativa promocije opće dobrobiti vulnerabilnih skupina i zalaganje za ostvarenje najviše razine moguće holističke dobrobiti te isključenje svakog oblika uskraćenosti javno-zdravstvene zaštite, socijalne stigmatizacije i marginalizacije. Bioetičke tendencije u velikoj mjeri streme prema njihovom inkluzivnom uključivanju (6).

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22, 71/23) možemo zaključiti da je cilj djelatnosti od javnog interesa unaprjeđenje kvalitete života, te poticanje promjena i osnaživanje korisnika, radi njihova aktivnog uključivanja u život zajednice (7). Mnogo toga još treba osigurati kako bi svatko imao najviši standard mentalnog zdravlja. Plan sveobuhvatnog mentalnog zdravlja zadržava naglasak na holističkom pristupu tijekom cijelog života i na aktivnostima za promicanje mentalnog zdravlja za sve (3).

Velika prepreka suvremenom društvu, usmjerenom na promociju mentalnog zdravlja, predstavlja zloraba raznih psihotropnih supstanci. Stoga zdravstvene inicijative u promidžbi boljeg očuvanja mentalnog zdravlja te prevencije i liječenje zlorabe supstanci ističu upravo ovaj segment kao zdravstveni prioritet (3). Problem zlorabe supstanci zastupljen je u svim društvenim slojevima i dobnim skupinama, no mi ćemo svoj fokus usmjeriti na studentsku populaciju. S obzirom na to da mentalni poremećaji mogu ozbiljno zaprijetiti akademskom uspjehu i profesionalnom razvoju studenata u budućnosti, vrlo je važno prepoznati čimbenike rizika koji utječu na mentalno zdravlje.

1.1. Odrednice mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje se razlikuje ovisno o okolnostima rođenja, odrastanja i života. Određeno je složenom interakcijom individualnih, obiteljskih, društvenih i strukturnih čimbenika koji s vremenom variraju i koji se individualno različito doživljavaju (2,8). Stanja mentalnog zdravlja nastaju iz međudjelovanja između ranjivosti pojedinca i stresa koji je uzrokovan životnim događajima i kroničnim stresorima. Individualni psihološki i biološki čimbenici odnose se na naučene i stečene vještine i navike upravljanja vlastitim emocijama i sudjelovanje u međuljudskim odnosima, aktivnostima i odgovornostima. Ranjivost osobe za probleme mentalnog zdravlja ovisi o psihološkim i biološkim čimbenicima. Psihološki čimbenici odnose se na kognitivne i interpersonalne čimbenike.

Zdravlje mozga je važno za mentalno zdravlje jer su mnogi čimbenici koji utječu na mentalno zdravlje povezani su sa strukturom i funkcijom mozga. Individualni zaštitni čimbenici odnose se na genetiku, društvene i emocionalne vještine, osjećaj vlastite vrijednosti, dobro tjelesno zdravlje i tjelesnu aktivnost. Dok se individualni rizični čimbenici odnose na genetiku, nisko obrazovanje, konzumaciju alkohola i droga, nezdravu prehranu, pretilost, kronične bolesti, nedostatak vitamina D, nezadovoljstvo vlastitim izgledom, poremećaj spavanja i ostalo.

Na mentalno zdravlje osobe također utječe stres u životu uzrokovan obiteljskim, društvenim i okolišnim strukturnim čimbenicima. Obiteljski i društveni čimbenici uključuju neposrednu okolinu osobe uz mogućnost druženja sa bližnjima, mogućnost zarađivanja za život, sudjelovanje u bitnim aktivnostima te financijske mogućnosti. Mentalno stanje roditelja, roditeljsko ponašanje i stavovi su posebno utjecajni, osobito od djetinjstva do adolescencije (9). Zaštitni čimbenici koji se odnose na obitelj i zajednicu uključuju dobru perinatalnu prehranu, dobro roditeljstvo, fizičku sigurnost i zaštitu, pozitivno društvo, društveni kapital i podršku te zelene površine, a rizični čimbenici odnose se na seksualno, emocionalno i fizičko zlostavljanje i zanemarivanje, korištenje supstanci od strane majke tijekom trudnoće, iznenadni gubitak voljene osobe, gubitak posla i nezaposlenost, urbani život i pripadnost etničkoj manjini. Strukturni čimbenici se odnose na šire društvene, kulturne, okolišne i političke čimbenike kao što su infrastrukturna nejednakost, društvena stabilnost i okoliš. Zaštitni strukturalni čimbenici odnose se na ekonomsku sigurnost, kvalitetnu infrastrukturu, jednak pristup uslugama, kvalitetno prirodno okruženje, socijalnu pravdu i integraciju, dohodak i socijalnu zaštitu, društvenu i rodnu ravnopravnost, a rizični strukturalni čimbenici uključuju klimatsku krizu, zagađenje ili degradaciju okoliša, nekvalitetnu infrastrukturu, loš pristup uslugama, nepravdu, diskriminaciju i društvenu isključenost, društvenu, ekonomsku i rodnu nejednakost, sukob i prisilno raseljavanje te hitne zdravstvene situacije. Ovi čimbenici (individualni, obiteljski, društveni i strukturni) određuju mentalno zdravlje međusobno djelujući na dinamičan način. Npr. ovisno o društvenoj podršci i financijskoj sigurnosti, osjećaj nečije vlastite vrijednosti može se pojačati ili smanjiti, što također može biti uvjetovano političkom stabilnošću, socijalnom pravdom i gospodarskim rastom zemlje. Većina ljudi sa čimbenicima rizika neće razviti poremećaje mentalnog zdravlja, dok mnogi, bez poznatog čimbenika rizika, ipak razvijuju. Unatoč tome, međusobno povezani zaštitni i rizični faktori mogu poboljšati ili potkopati mentalno zdravlje (2,8).

U kontekstu ovog diplomskog rada, moramo se osvrnuti i na dostupnost obrazovanja i radnih mjesta koji značajno povećavaju ili smanjuju mogućnosti koje potiču osobu da izabere svoj životni smjer. Ograničene ili propuštene prilike mogu štetno utjecati na mentalno zdravlje. Prevalencija mentalnih poremećaja kod studenata zdravstvenih studija je zabrinjavajuća. Posljedično, mentalni poremećaji mogu dovesti do težih mentalnih poremećaja, lošeg akademskog uspjeha, korištenja supstanci, akademskog nepoštenja i smanjenja empatije što je kobno za sestrinsku struku.

1.2. Mentalni poremećaji u studentskoj dobi

Specifičnost studentske populacije, i općenito adolescentske populacije, jest što rijetko imaju tendenciju potražiti pomoć kod pojave simptoma psihičkih poremećaja (10). Zbog toga problem mentalnih poremećaja među studentima predstavlja značajan javnozdravstveni problem.

Izloženost različitim stajalištima na fakultetu, potiče studente na pomniju samo-percepciju. Tijekom studiranja, studenti bolje razumiju sami sebe, jačaju samopoštovanje i stvaraju čvršći identitet. Odnosno, utjecaj fakulteta je rezultat međudjelovanja uključenosti osobe u aktivnostima na i izvan fakulteta i raznolikosti okruženja u kojima se studenti kreću. Što su više uključeni u navedene aktivnosti, to imaju više koristi za kognitivni razvoj. Psihološke koristi su veće ukoliko su studenti spremniji sudjelovati u nastavi i što se više zalažu.

Naspram toga, uzroci stresa u studentskoj dobi proizlaze iz čimbenika kao što su akademski pritisak, financijski presing, nedostatak motivacije, manjak slobodnog vremena, natjecanje, očekivanja roditelja, uspostavljanje novih međuljudskih odnosa, preseljenje i emocionalna ovisnost o roditeljima (11). Većina studenata ima visoka očekivanja od fakultetskog života, ali teško se prilagođavaju. Fenomen prilagodbe se očituje kroz akademsku, socijalnu, osobno-emocionalnu prilagodbu te institucionalnu privrženost (12). Akademski kontekst prilagodbe podrazumijeva uspješno ispunjavanje zahtjeva studiranja. Kako bismo unaprijedili kvalitetu prilagodbe studenata važno je prepoznati čimbenike koji ju otežavaju. Teškoće u prilagodbi, najčešće uzrokovane nedostatkom motivacije, lošim vještinama studiranja, financijskim pritiskom ili emocionalnom ovisnosti o roditeljima, uzrokuju negativne stavove prema fakultetu. Zbog specifičnosti i stresa povezanih s obrazovanjem i budućom profesijom, studenti sestrinstva su posebno podložni mentalnim poremećajima poput depresije i anksioznosti.

Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti: „*Depresivne poremećaje karakterizira depresivno raspoloženje (npr. tužno, razdražljivo, prazno) ili gubitak zadovoljstva popraćen drugim kognitivnim, bihevioralnim ili neurovegetativnim simptomima koji značajno utječu na sposobnost funkcioniranja pojedinca.*“ (4). Kod depresivnih epizoda, bolesnik ima sniženo raspoloženje, manje energije i smanjenu aktivnost. Smanjena je sposobnost osjećanja zadovoljstva, interes i koncentracija. Izražen je umor i nakon najmanjih napora, a spavanje

poremećeno. Smanjen je apetit, samopoštovanje i samopouzdanje te se javljaju ideje krivnje i bezvrijednosti. Na sniženo raspoloženje ne utječu okolnosti, a može biti udruženo i sa somatskim simptomima kao što su nedostatak interesa i osjećaja zadovoljstva, ranije buđenje (nekoliko sati prije uobičajenog vremena). Izraženi su simptomi: psihomotorna usporenost, agitacija, gubitak apetita, tjelesne težine i libida (13,14,15). Ujutro je depresija „teža“. Depresija može biti blaga, srednja ili teška, ovisno o broju i težini simptoma. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti: „*Poremećaji povezani sa anksioznošću i strahom karakterizirani su pretjeranim strahom i tjeskobom te povezanim poremećajima u ponašanju, sa simptomima koji su dovoljno jaki da rezultiraju značajnom nevoljom ili značajnim oštećenjem u osobnim, obiteljskim, društvenim, obrazovnim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja.*“ (4).

Strah i anksioznost blisko su povezani fenomeni; Strah je odgovor na stvarnu, neposrednu prijetnju, a anksioznost je iščekivanje buduće prijetnje. Ova dva stanja se preklapaju, ali se i razlikuju. Strah je češće povezan sa uzbuđenjem potrebnim za borbu ili bijeg, mislima i ponašanjima u bijegu. Anksioznost je vezana uz napetost mišića i budnosti u pripremi za opasnost u budućnosti i uz oprezno ili izbjegavajuće ponašanje. Anksiozni poremećaji se razlikuju od straha i tjeskobe po tome što su pretjerani, traju nakon razvojno prikladnih razdoblja i postojani su (trajanje od 6 mjeseci ili više kod odraslih, kod djece je ponekad kraće). Mnogi anksiozni poremećaji se pojavljuju u djetinjstvu i mogu potrajati ako se ne liječe. Većina anksioznih poremećaja se javlja češće u djevojčica nego u dječaka (omjer približno 2:1) (4). Anksioznost se očituje kroz lupanje srca, znojenje, podrhtavanje ruku ili tijela, suha usta, teškoće s disanjem, mučninu, osjećaj topline ili vrućine, napetost mišića, osjećaj nemogućnosti opuštanja, „knedle“ u grlu, osjećaj nesvjestice, slabosti, smušenosti, teškoće s koncentracijom, strah od umiranja, gubitka kontrole nad svojim ponašanjem, pretjerane zabrinutosti i osjećaj da će se svaki tren dogoditi nešto neugodno (14,15). Osobe sa anksioznim poremećajem imaju simptome anksioznosti bez uzroka straha ili imaju strah od situacija koje kod drugih ljudi inače ne izazivaju strah. U anksiozne poremećaje ubrajamo generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobiju, specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni poremećaj i selektivni mutizam (4).

Pred strahom, anksioznošću i depresijom, studenti često potpadnu pod utjecaj alkoholnih derivata. Nekada pod utjecajem vršnjačke imitacije i modela ponašanja, nekada zbog uvjerenja da će time pobjeći od teškog mentalnog pritiska. Mentalni problemi u studentskoj

dobi nisu neuobičajeni. Prethodna istraživanja pokazuju da konzumacija alkohola i mentalni problemi prate studente (16). Studenti prolaze kroz razdoblje u kojem prelaze iz adolescencije u odraslu dob i to može biti jedno od najstresnijih razdoblja. Jedan od mehanizama suočavanja, koji mnogi studenti primjenjuju, je konzumacija alkohola kao oblik „bijega“ (14).

1.3. Alkoholizam

Konzumacija alkohola u našem društvu je sveprisutna i dostupna pojava. Alkohol djeluje opuštajuće, „otpušta kočnice“ odnosno pridonosi vedro raspoloženje. Prilikom velike konzumacije, alkohol smanjuje tjeskobu, ali kada učinci prođu, alkohol ju potiče. Tako čini „začarani krug“ i osoba ponovno pije te može postati ovisna. Alkohol se promovira kroz reklame uz naglasak na pozitivne karakteristike onih koji ga konzumiraju (uspješnost, privlačnost, popularnost i dr.). S druge strane, alkoholičar predstavlja rub društva, smatra ga se nepoželjnim, neuspješnim i slabim i često ga se stigmatizira.

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je alkoholizam kao bolest. *„Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je bolesnik kod koga se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji.“* (17). Alkohol (etilni alkohol ili etanol) je opojni spoj proizveden fermentacijom šećera obično iz voća, žitarica i povrća. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, alkoholizam pripada u skupinu: Poremećaji uzrokovani uporabom supstanci i ovisničko ponašanje. To su mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja koji su posljedica korištenja psihoaktivnih tvari ili specifičnih ponavljajućih ponašanja (4). Iako početna konzumacija proizvodi ugodne psihoaktivne učinke, alkohol je depresor središnjeg živčanog sustava (4,15). Alkohol narušava sposobnost mozga da kontrolira misli i postupke. Društveno pijenje je konzumiranje alkohola koje okolina smatra normalnim. Rizično (hazardno) pijenje je kada muškarac popije 5 ili više, a žena 3 standardnih pića dnevno (15). Žene imaju nižu razinu alkohol dehidrogenaze u odnosu na muškarce. Zbog toga su one „intoksiciranije“ od muškaraca nakon konzumacije jednake količine alkohola.

Razlikujemo primarni i sekundarni alkoholizam. Primarni alkoholizam je posljedica uživanja alkohola, a sekundarnom alkoholizmu prethode psihološki problemi (15). Prema E. M. Jelinek alkoholizam nastaje u fazama (15). Prva faza je predalkoholičarska, kada pojedinac pije u društvu, povremeno prekomjerno. Drugu fazu (prodromalnu) karakterizira sve više potajno

pijenje i u toj fazi se mogu javiti smetnje pamćenja. Treća, odlučujuća faza je faza u kojoj osoba gubi kontrolu nad konzumacijom. Ne funkcionira u društvu i na poslu. Pretjerano pije i ako prestane piti može se javiti delirij. Kontinuiranom upotrebom može doći do ovisnosti, ali i oštetiti fizičko i mentalno zdravlje osobe.

Prema teorijama nastanka, biološke teorije tvrde da na pojavu alkoholizma naslijeđe utječe 50 %, a 50 % okolinski utjecaji (15). Rizik za pojavu alkoholizma je veći u djece čiji su roditelji bili alkoholičari. Psihološka tumačenja navode poremećaje i događaje u djetinjstvu kao značajni čimbenik rizika. Socijalne hipoteze se temelje na utjecaju okoline, ali i socioekonomskim, kulturološkim, vjerskim i drugim čimbenicima rizika. U nekim obiteljima se alkoholizam javlja češće (obiteljski alkoholizam) (15).

Poremećaje uzrokovane uporabom alkohola karakterizira obrazac i posljedice konzumacije. Prekomjerna konzumacija alkohola povezana je s povećanim rizikom obolijevanja, ozljeđivanja i umiranja. Nosi niz ozbiljnih posljedica kao što su štetni učinci na većinu organa i sustava u tijelu (npr. ciroza jetre, gastrointestinalni karcinomi, pankreatitis), oštećenje zdravlja drugih koje proizlazi iz ponašanja tijekom opijanja alkoholom (uključuje bilo koji oblik tjelesne ozljede, uključujući traumu, ili psihički poremećaj koji se izravno može pripisati ponašanju zbog opijanja osobe) i nekoliko mentalnih poremećaja izazvanih alkoholom (npr. psihotični poremećaj izazvan alkoholom) i oblika neurokognitivnog oštećenja povezanih s alkoholom (npr. demencija zbog upotrebe alkohola). Alkoholizam ne pogađa samo osobu koja konzumira alkohol, već i njegovu obitelj, zdravstvene sustave i društvo u cjelini.

Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, razlikujemo: štetnu upotrebu alkohola, ovisnost o alkoholu, odvikavanje od alkohola, delirij izazvan alkoholom i psihotični poremećaj izazvan alkoholom (4). Alkoholna intoksikacija je prolazno stanje koje nastaje tijekom ili nedugo nakon konzumacije alkohola. Karakteriziraju ju poremećaji svijesti, kognicije, percepcije, afekta, ponašanja ili koordinacije. Intenzitet smetnji je usko povezan sa količinom popijenog alkohola. Smetnje nestaju eliminacijom alkohola. Može se prezentirati oslabljenom pozornošću, labilnošću raspoloženja i emocija, oštećenom sposobnosti rasuđivanja, lošom koordinacijom, nestabilnim hodom, finim nistagmusom i nejasnim govorom. Kod težih slučajeva može doći do poremećaja svijesti (stupor, koma). Alkoholna intoksikacija može potaknuti suicidalne ideje i ponašanje. Štetna upotreba alkohola odnosi se na konzumiranje

alkohola koje je uzrokovalo oštećenje tjelesnog ili mentalnog zdravlja osobe ili je rezultiralo ponašanjem koje je naštetilo zdravlju drugih. Oštećenje zdravlja nastaje zbog ponašanja povezanog s opijanjem, toksičnim učincima na tjelesne organe i sustave ili zbog štetnog načina primjene. Može biti pojedinačna, epizodična ili kontinuirana. Ovisnost o alkoholu je poremećaj regulacije konzumacije alkohola koji nastaje zbog opetovane ili kontinuirane konzumacije alkohola. Karakterističan je snažan unutarnji nagon za konzumacijom alkohola koji se očituje smanjenom kontrolom konzumacije, sve većim prioritetom konzumacije i ustrajavanjem konzumacije bez obzira na štetnost ili negativne posljedice. Često je prisutan subjektivni osjećaj žudnje za konzumiranjem alkohola. Od fizioloških znakova ovisnosti, mogu biti prisutni: tolerancija na učinke alkohola i simptomi ustezanja nakon prestanka ili smanjenja konzumacije. Odvikavanje od alkohola prati niz simptoma, ponašanja i znakova koji se javljaju nakon prestanka ili smanjenja konzumacije alkohola kod ovisnika ili osoba koje su konzumirale alkohol dulje vrijeme ili u velikim količinama. Znakovi apstinencije uključuju autonomnu hiperaktivnost (npr. tahikardiju, hipertenziju, znojenje), pojačan tremor ruku, mučninu, povraćanje, nesanicu, tjeskobu, psihomotornu agitaciju, depresivno ili disforično raspoloženje, prolazne vizualne, taktilne ili slušne iluzije ili halucinacije, i rastresenost. Rijetko se javljaju generalizirani toničko-klonički napadaji. Apstinencija može razviti vrlo ozbiljan oblik delirija. Delirij izazvan alkoholom je akutno stanje poremećene pažnje i svijesti sa specifičnim obilježjima. Razvija se tijekom ili ubrzo nakon intoksikacije ili odvikavanja ili tijekom konzumacije alkohola. Specifične značajke mogu uključivati poremećaj svijesti s dezorijentacijom, živopisne halucinacije i iluzije, nesanicu, deluzije, agitaciju, poremećaje pažnje i popratni tremor i fiziološke simptome odvikavanja od alkohola. U nekim slučajevima apstinencije, može doći do vrlo ozbiljnog oblika delirija. Psihitični poremećaj izazvan alkoholom karakteriziran je psihitičnim simptomima koji se javljaju tijekom ili ubrzo nakon opijanja ili odvikavanja od alkohola. Intenzitet simptoma znatno premašuje psihitične poremećaje percepcije, kognicije ili ponašanja koji su karakteristični za intoksikaciju alkoholom ili apstinenciju. Najuspješnije liječenje alkoholizma je ono u kojem se kombinira individualno i obiteljsko savjetovanje, grupna podrška i averzivna terapija. Klub anonimnih alkoholičara je pristup podrške koji pomaže ljudima da povrate kontrolu nad svojim životom uz ohrabrenje drugih ljudi koji imaju slične probleme. Vrlo je teško prekinuti ovisnost koja je dominirala nečijim životom te se jedan dio „izliječenih“ ponovno vraća alkoholu. U studentskoj populaciji, ključno je nuditi pomoć, posebno prvih tjedana i u prvoj godini studija.

Kako bi se bolje shvatila ozbiljnost problematike, u sljedećem poglavlju prikazati ćemo statističku zastupljenost mentalnih poremećaja na globalnoj i nacionalnoj razini.

1.4. Statistička zastupljenost mentalnih poremećaja na globalnoj i nacionalnoj razini

Prema zadnje dostupnim stranicama Svjetske zdravstvene organizacije, u 2019., 1 od svakih 8, ili 970 milijuna ljudi u svijetu živjelo je s mentalnim poremećajem (5). Najčešći su bili anksiozni i depresivni poremećaji. U 2020. godini, taj broj je značajno porastao zbog pandemije korona virusa. Porast depresivnih poremećaja iznosio je 26 % u samo jednoj godini, tj. 28 % za anksiozne i velike depresivne poremećaje. U 2019. godini, 301 milijun ljudi je živjelo s anksioznim poremećajem, od toga 58 milijuna djece i adolescenata. U 2019. godini, s depresijom je živjelo 280 milijuna ljudi, od toga 23 milijuna djece i adolescenata. U 2020. godini, u svijetu je živjelo više od 1,2 milijarde adolescenata u dobi od 10 do 19 godina, a procjenjuje se da je više od 13 % imalo neki mentalni poremećaj. Prema tome, u 2020. godini, 86 milijuna adolescenata u dobi od 15 do 19 godina i 80 milijuna adolescenata u dobi od 10 do 14 godina, živi s mentalnim poremećajem (2). Depresija, anksioznost i poremećaji ponašanja među vodećim su uzrocima bolesti i invaliditeta kod adolescenata (2). Anksiozni poremećaji su najčešći u adolescenciji, i češći su među starijim adolescentima. Procjenjuje se da 3,6 % 10-14-godišnjaka i 4,6 % 15-19-godišnjaka ima anksiozni poremećaj. Procjenjuje se da se depresija javlja kod 1,1 % adolescenata u dobi od 10 do 14 godina i kod 2,8 % od 15 do 19 godina (18). Depresivni poremećaji su glavni čimbenik rizika za samoubojstvo. Prema izvješću Svjetske Zdravstvene Organizacije, procjenjuje se da 45 800 adolescenata svake godine učini samoubojstvo (19). To je otprilike 1 svakih 11 minuta. Rizik od samoubojstva raste kako adolescenti stare. U svijetu, samoubojstvo je peti najčešći uzrok smrti za adolescente u dobi od 10 do 19 godina, a za adolescente od 15 do 19 godina, četvrti (19). Prema Europskoj zdravstvenoj anketi za 2019., Hrvatska se nalazi među prvih pet zemalja po svakodnevnoj konzumaciji alkohola (20).

Prema publikaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2022. godini, u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj, mentalni poremećaji sudjeluju s oko 6 % (21). Mentalni poremećaji su vodeći uzrok hospitalizacija u radno aktivnoj dobi te su prema broju dana bolničkog liječenja vodeća skupina. U 2022. godini, hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja iznosila je 5,1 % te se nalazila na 10. mjestu prema ukupnom broju. Za dob od 20-59 godina, hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja nalazila se na 4. mjestu sa udjelom

od 8,8 %, a prema broju dana bolničkog liječenja bili su vodeća skupina s udjelom od 15,7 %. Skoro 60 % svih uzroka hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja predstavljaju sljedeće dijagnostičke kategorije: mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, shizofrenija, depresivni poremećaji, mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti te reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (21). Prema broju hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja, s udjelom od 18,2 %, vodeća dijagnostička kategorija u 2022. godini bili su mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, a po broju korištenih dana bolničkog liječenja predvodila je shizofrenija (udio 27,6 %) (21). U dobi od 10-19 godina, dvostruko više bile su hospitalizirane djevojčice. Najčešći uzroci hospitalizacija bili su emocionalni poremećaji s početkom specifično u djetinjstvu, mješoviti poremećaji ponašanja i osjeta, akutni i prolazni psihotični poremećaji, reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe te poremećaji hranjenja. U dobi 20-39 godina više su hospitalizirani muškarci. Najčešći uzroci hospitalizacija bili su shizofrenija, mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, akutni i prolazni psihotični poremećaji, nespecificirana neorganska psihoza te specifični poremećaji ličnosti. Na razini primarne zdravstvene zaštite, u 2022. godini mentalni poremećaji imaju udio u pobolu od 4-5 % i nalaze se na 11. mjestu. Oko 50 % oboljelih je u dobi od 20-64 godine. Više od 35 % dijagnoza, ulazi u skupinu ostalih mentalnih poremećaja. Time se gube iz praćenja mnoge dijagnostičke kategorije koje su javnozdravstveni problemi. Vodeća podskupina, s udjelom od oko 50 %, bila je podskupina neurotičkih, vezanih uz stres i somatoformnih poremećaja. Kao osnovni uzrok smrti, u 2022. godini, u ukupnom mortalitetu sudjeluju s 2-3 %, na 8. mjestu. Najčešći uzroci bili su nespecificirana demencija, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom te poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja zbog bolesti, oštećenja i disfunkcije mozga (21).

Navedeni podaci pokazuju veliku zastupljenost mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj i općenito u svijetu. Zbog toga što se smrtnost uzrokovana mentalnim poremećajima povezanih sa alkoholom uvelike može prevenirati, ova tematika bila je primarna motivacija za odabir teme istraživanja.

2. CILJ

Cilj ovog istraživačkog rada je ispitati povezanost rezultata na upitnicima anksioznosti, depresivnost i rezultata na AUDIT upitniku.

Specifični ciljevi:

- Prikazati rezultate ispitanika na upitnicima prema kategorijama
- Ispitati postojanje statistički značajnih razlika rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti ovisno o sociodemografskim podacima

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje. (22)

3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek. Istraživanje je provedeno od ožujka do svibnja 2024. godine. Putem službenih adresa e-pošte, studenti sestrištva su zamoljeni za ispunjavanje online ankete, na online platformi Google Obrasci: <https://forms.office.com>. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno, a prije ispunjavanja ankete, studenti su dali pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Sudionicima istraživanja se u uvodnoj uputi navelo da u bilo kojem trenutku mogu odustati od istraživanja te da je njihovo sudjelovanje anonimno, kao i da će podaci biti obrađeni na grupnoj razini. Prvi poziv za ispunjavanje poslan je 20.3.2024. godine, drugi podsjetnik 22.4.2024. godine, i treći 2.5.2024. godine. Sudjelovalo je 150 studenata sestrištva.

3.3. Metode

Za potrebe istraživanja korišten je upitnik koji se sastoji od sveukupno 49 pitanja.

1. dio upitnika - 11 pitanja, opći i sociodemografski podaci (dob, spol, bračni status, broj djece, prebivalište, godina studija, način studiranja, radni status, radni staž, smjenski rad, mjesto rada)

2. dio upitnika - 14 pitanja subskale depresivnosti i 14 pitanja subskale anksioznosti, izdvojenih iz DASS – Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa, javno dostupne i besplatne za korištenje. Subskala depresivnosti odnosi se na simptome disforije, beznadnosti, vlastitog obezvrjeđivanja, apatije i nedostatka interesa. Subskala anksioznosti odnosi se na pobuđenost autonomnog sustava te situacijsku anksioznost. Ispitanici odgovaraju zaokruživanjem odgovarajućega broja na skali Likertova tipa s četiri stupnja, od 0 – uopće se ne odnosi na mene, do 3 – potpuno se odnosi na mene. Ukupan rezultat subskale depresivnosti interpretira se prema kategorijama: 0 – 4 = Prosječne vrijednosti, 5 = Blago povišena razina depresivnost, 6 – 8 = Umjereno povišena razina depresivnosti, 9 – 13 = Povišene razina depresivnosti, 14 +

3. ISPITANICI I METODE

= Izrazito povišena razina depresivnosti. Ukupan rezultat subskele anksioznosti interpretira se prema kategorijama: 0 – 4 = Prosječne vrijednosti, 5 = Blago povišena razina anksioznosti, 6 – 8 = Umjereno povišena razina anksioznosti, 9 – 13 = Povišene razina anksioznosti, 14 + = Izrazito povišena razina anksioznosti (23).

3. dio - AUDIT upitnik (*engl. Alcohol Use Disorders Identification Test*), međunarodni je standardizirani upitnik o upotrebi alkohola. AUDIT upitnik razvila je Svjetska Zdravstvena Organizacija, kao test probira u svrhu ranog otkrivanja rizičnog i štetnog pijenja i moguće ovisnosti o alkoholu na razini primarne zdravstvene zaštite. Upitnik se sastoji od 10 pitanja vrednovanih Likertovom skalom od 0 do 4. Pitanja 1-3 odnose se na detekciju rizičnog pijenja alkohola (uključuju učestalost pijenja, tipične količine popijenog alkohola kao i učestalost teškog opijanja, kojim se smatra uporaba šest ili više popijenih standardnih pića u jednom navratu). Pitanja 4-6 odnose se na detekciju simptoma ovisnosti o alkoholu (narušena kontrola nad popijenom količinom alkohola, zanemarivanje drugih osobnih interesa i obveza, jutarnje pijenje). Pitanja 7-10 odnose se na detekciju štetnih učinaka alkohola (osjećaj krivnje nakon pijenja, gubitak sjećanja za period kad je osoba bila pod utjecajem alkohola, ozljede nastale kao posljedica pijanog stanja, zabrinutost značajnih drugih osoba zbog pijenja osobe). Bodovi svih pitanja se međusobno zbrajaju dajući ukupan zbroj u rasponu od 0 do 40 bodova. Zbroj bodova u upitniku u vrijednosti od 8 i više indikativan je za prekomjerno i štetno pijenje te postojanje moguće ovisnosti o alkoholu. Pri tom zbroju bodova osjetljivost upitnika kreće se oko 0,90, dok mu je specifičnost oko 0,80. Ukupan zbroj u rasponu od 8 do 15 bodova upućuje na umjerenu razinu problema povezanih s alkoholom kod određene osobe, ukupan zbroj u iznosu od 16 i više bodova upućuje na visoku razinu problema s alkoholom, a zbroj od 20 i više bodova zahtijeva daljnju dijagnostičku procjenu ovisnosti o alkoholu. (24)

3.4. Statističke metode

Za statističku analizu korišten je statistički program JASP (0.17.1, The JASP Team, Sveučilište u Amsterdamu, Nizozemska). Razina značajnosti koja se koristila za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata je 1 %. Za analizu značajnosti prosječnih rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti ovisno o različitim sociodemografskim obilježjima ispitanika korišten je program ANOVA. Ukoliko pretpostavka homogenosti varijance nije zadovoljena, korištena je Brown Forsyth korekcija analize varijance. Pearsonov koeficijent korelacije r korišten je za istraživanje povezanosti

3. ISPITANICI I METODE

dobi ispitanika i rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti. Pearsonov test korelacije korišten je za istraživanje međusobne povezanosti između rezultata na korištenim upitnicima.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 150 studenata sestrištva, od kojih su 129 (86 %) ženskog, a 21 (14 %) muškog spola. Raspon dobi ispitanika je od 19 – 54 godine. Prosječna dob ispitanika bila je 29,08 godina. Prema bračnom statusu, najviše ispitanika je u vezi (41 %), u braku (33 %), samci (23 %) i rastavljeni (3 %). Prema broju djece, najviše ispitanika nema djece (69 %), zatim 2 djece (17 %), 1 dijete (9 %), 3 djece (4 %), a 4 i više djece (1 %). 55 % ispitanika živi u gradu, a 45 % na selu.

Prema godini studija, najviše ispitanika je na 2. godini diplomskog studija (31 %), na 1. godini diplomskog studija (27 %), na 3. godini preddiplomskog studija (22 %), na 2 godini preddiplomskog studija (10 %) i na 1 godini preddiplomskog studija (10 %). 74 % ispitanika studira kao izvanredan student. 76 % ispitanika je zaposleno u struci, 14 % ispitanika je nezaposleno, 6 % ispitanika je zaposleno preko student servisa, a 4 % ispitanika je zaposleno izvan struke. 34 % ispitanika ima 10 ili više godina radnog staža. 47 % ispitanika radi u smjenama od 8h, a 37 % ispitanika radi u smjenama od 12h. Prema mjestu rada, 28 % ispitanika radi izvan mjesta studiranja i stanovanja, 25 % ispitanika u mjestu studiranja i stanovanja, 25 % ispitanika u mjestu stanovanja ali izvan mjesta studiranja i 8 % ispitanika radi u mjestu studiranja, ali izvan mjesta stanovanja.

4. REZULTATI

Tablica 1. Opći i sociodemografski podaci o ispitanicima

Dob	N=150	X=29,08	SD=8,08	Min=19	Max=54
					Broj (%) ispitanika
Spol		Ženski			129 (86 %)
		Muški			21 (14 %)
Bračni status		Sama/c			35 (23 %)
		U vezi			61 (41 %)
		U braku			50 (33 %)
		Rastavljen/a			4 (3 %)
		Udovac/ica			0 (0 %)
Broj djece		0			103 (69 %)
		1			14 (9 %)
		2			25 (17 %)
		3			6 (4 %)
		4 i više			2 (1 %)
Mjesto stanovanja		Grad			83 (55 %)
		Selo			67 (45 %)
Godina studija		1. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo			15 (10 %)
		2. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo			15 (10 %)
		3. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo			33 (22 %)
		1. godina diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo			41 (27 %)
		2. godina diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo			46 (31 %)
Status studiranja		Izvanredan student			111 (74 %)
		Redovan student			39 (26 %)
Radni status		Zaposlen/a izvan struke			6 (4 %)
		Zaposlen/a preko studentskog servisa			9 (6 %)
		Zaposlen/a u struci			114 (76 %)
		Nisam zaposlen/a			21 (14 %)
Radni staž		Manje od 1 godine			18 (12 %)
		1-3 godine			24 (16 %)
		3-5 godina			14 (9 %)
		5-10 godina			21 (14 %)
		10 ili više godina			51 (34 %)
		Ništa od navedenog			22 (15 %)
Smjenski rad		4 h			3 (2 %)
		8h			70 (47 %)
		12h			55 (37 %)
		16h			0 (0 %)
		Nisam zaposlen/a			22 (15 %)
Mjesto rada		Izvan mjesta studiranja i stanovanja			42 (28 %)
		Mjestu studiranja i stanovanja			37 (25 %)
		Mjestu stanovanja, ali izvan mjesta studiranja			37 (25 %)
		Mjestu studiranja, ali izvan mjesta stanovanja			12 (8 %)
		Nisam zaposlen/a			22 (15 %)

4. REZULTATI

Prema ukupnim rezultatima DASS skale depresivnosti, DASS skale anksioznosti i AUDIT upitnika, trećina ispitanika pokazuje povišene razine depresivnosti (Tablica 2.). Od toga, 2 % pripada kategoriji blago povišene, 9 % umjereno povišene, 9 % povišene, a 13 % pripada izrazito povišene razine depresivnosti. 51 % ispitanika pokazuje povišene razine anksioznosti. Od toga, 10 % pripada kategoriji blago povišene, 19 % umjereno povišene, 7 % povišene, a 15 % pripada izrazito povišene razine anksioznosti. 9 % ispitanika ima problem sa konzumacijom alkohola. Od toga 7 % pripada kategoriji umjerene razine problema, 1 % kategoriji visoke razine problema i 1 % ima potencijalan problem ovisnosti o alkoholu.

Tablica 2. Ukupni rezultati DASS skale depresivnosti, DASS skale anksioznosti i AUDIT upitnika

DASS skala depresivnosti	0 - 4	Prosječne vrijednosti	100 (67 %)
	5	Blago povišena razina depresivnosti	3 (2 %)
	6 – 8	Umjereno povišena razina depresivnosti	13 (9 %)
	9 – 13	Povišena razina depresivnosti	14 (9 %)
	14 +	Izrazito povišena razina depresivnosti	20 (13 %)
DASS skala anksioznosti	0 – 4	Prosječne vrijednosti	74 (49 %)
	5	Blago povišena razina anksioznosti	15 (10 %)
	6 - 9	Umjereno povišena razina anksioznosti	28 (19 %)
	10 – 12	Povišena razina anksioznosti	10 (7 %)
	13+	Izrazito povišena razina anksioznosti	23 (15 %)
AUDIT upitnik	0 – 7	Prosječne vrijednosti	137 (91 %)
	8 – 15	Umjerena razina problema	10 (7 %)
	16 – 19	Visoka razina problema s alkoholom	2 (1 %)
	20+	Potencijalni problemi ovisnosti o alkoholu	1 (1 %)

Iz tablice 3. je vidljivo da je povezanost između dobi i rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali depresivnosti i DASS skali anksioznosti negativno usmjerena, no nije statistički značajna na razini od 1 %.

Tablica 3. Prikaz rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku u odnosu na dob

		Depresivnost	Anksioznost	AUDIT
Dob	r	-0,18	-0,06	-0,24
	P	0,03	0,47	0,01

*ANOVA

4. REZULTATI

Prema deskriptivnim podacima ispitanika prema rezultatima na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku (Tablica 4.), muški ispitanici imaju veće rezultate na DASS skali depresivnosti i AUDIT upitniku, a ženski ispitanici na DASS skali anksioznosti. U odnosu na bračni status, najveće rezultate pokazuju samci, a najmanje ispitanici koji su rastavljeni. Prema broju djece, najveće rezultate na upitnicima pokazuju ispitanici koji nemaju djecu, a najmanje ispitanici sa 4 i više djece. Ispitanici koji žive na selu imaju veće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti.

Prema godini studija, na DASS skali depresivnosti najveći rezultat imaju ispitanici na 2. godini preddiplomskog studija, na DASS skali anksioznosti najveći rezultat imaju ispitanici 1. godine preddiplomskog studija, a na AUDIT upitniku najveći rezultat imaju ispitanici na 2. godini diplomskog studija. U odnosu na status studiranja, veće rezultate na DASS skali depresivnosti imaju izvanredni studenti, dok na DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku veće rezultate imaju redovni studenti. U odnosu na radni status, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju ispitanici koji su nezaposleni, a na AUDIT upitniku najveće rezultate imaju ispitanici koji su zaposleni izvan struke. Prema radnom stažu ispitanika, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju ispitanici koji nemaju radnog staža, a na AUDIT upitniku najveće rezultate imaju ispitanici sa radnim stažom manjim od 1 godine. Prema radu u smjenama najveći rezultat na DASS skali depresivnosti i AUDIT upitniku imaju ispitanici koji rade u smjenama od 4h, a na DASS skali anksioznosti ispitanici koji su nezaposleni. Prema mjestu rada, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju nezaposleni, a na AUDIT upitniku ispitanici koji rade u mjestu studiranja, ali izvan mjesta stanovanja (Tablica 4.).

4. REZULTATI

Tablica 4. Prikaz deskriptivnih podataka ispitanika prema rezultatima na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku

		Broj (%) ispitanika	Depresivnost	Anksioznost	AUDIT
Spol	Ženski	129 (86 %)	5,04	6,95	2,76
	Muški	21 (14 %)	6,86	4,29	4,81
Bračni status	Sama/c	35 (23 %)	7,17	9,31	3,69
	U vezi	61 (41 %)	4,84	6,43	3,30
	U braku	50 (33 %)	4,72	5,18	2,36
	Rastavljen/a	4 (3 %)	3,00	2,50	2,25
	Udovac/ica	0 (0 %)	-	-	-
Broj djece	0	103 (69 %)	5,69	7,47	3,47
	1	14 (9 %)	4,07	4,29	2,71
	2	25 (17 %)	5,28	5,20	2,04
	3	6 (4 %)	3,17	3,83	1,50
	4 i više	2 (1 %)	0	2,50	1,00
Mjesto stanovanja	Grad	83 (55 %)	4,96	5,73	3,10
	Selo	67 (45 %)	5,70	7,63	2,99
Godina studija	1. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo	15 (10 %)	5,87	8,93	4,40
	2. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo	15 (10 %)	6,20	6,80	3,60
	3. godina preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo	33 (22 %)	7,44	8,21	2,07
	1. godina diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo	41 (27 %)	3,54	5,24	2,50
	2. godina diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo	46 (31 %)	4,78	5,71	3,71
Status studiranja	Izvanredan student	111 (74 %)	6,97	5,55	2,77
	Redovan student	39 (26 %)	4,70	9,51	3,85
Radni status	Zaposlen/a izvan struke	6 (4 %)	6,33	8,50	4,50
	Zaposlen/a preko studentskog servisa	9 (6 %)	2,00	3,66	4,11
	Zaposlen/a u struci	114 (76 %)	5,06	5,77	2,90
	Nisam zaposlen/a	21 (14 %)	7,67	11,67	2,95
Radni staž	Manje od 1 godine	18 (12 %)	6,33	7,22	4,50
	1-3 godine	24 (16 %)	5,25	7,50	2,92
	3-5 godina	14 (9 %)	4,07	7,21	4,29
	5-10 godina	21 (14 %)	4,50	5,80	3,65
	10 ili više godina	51 (34 %)	4,67	4,14	2,15
	Ništa od navedenog	22 (15 %)	7,46	11,4	2,77
Smjenski rad	4 h	3 (2 %)	7,50	7,75	4,75
	8h	70 (47 %)	3,09	5,10	2,57
	12h	55 (37 %)	7,15	6,49	3,66
	16h	0 (0 %)	-	-	-
	Nisam zaposlen/a	22 (15 %)	7,38	11,52	2,71
Mjesto rada	Izvan mjesta studiranja i stanovanja	42 (28 %)	5,73	7,24	3,22
	Mjestu studiranja i stanovanja	37 (25 %)	4,26	5,61	3,58
	Mjestu stanovanja, ali izvan mjesta studiranja	37(25 %)	6,58	3,91	2,22
	Mjestu studiranja, ali izvan mjesta stanovanja	12 (8 %)	4,24	4,84	3,75
	Nisam zaposlen/a	22 (15 %)	7,31	11,41	2,82

*ANOVA

4. REZULTATI

Navedene razlike rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku u odnosu na opće i sociodemografske podatke nisu statistički značajne (Tablica 5.).

Tablica 5. Prikaz razlike rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku u odnosu na opće i sociodemografske podatke

		Depresivnost	Anksioznost	AUDIT
Spol	F	0,90	2,10	5,88
	P	0,34	0,34	0,02
Bračni status	F	0,87	2,37	1,11
	P	0,46	0,07	0,35
Broj djece	F	0,45	1,14	1,28
	P	0,78	0,34	0,28
Mjesto stanovanja	F	0,30	2,17	0,03
	P	0,58	0,14	0,85
Godina studija	F	1,18	1,14	1,94
	P	0,32	0,34	0,11
Status studiranja	F	2,27	7,67	2,55
	P	0,13	0,01	0,11
Radni status	F	1,15	4,11	0,63
	P	0,33	0,01	0,60
Radni staž	F	0,52	2,74	1,69
	P	0,76	0,02	0,14
Smjenski rad	F	3,25	3,84	1,26
	P	0,03	0,01	0,29
Mjesto rada	F	0,75	3,29	0,83
	P	0,56	0,01	0,51

*ANOVA

Rezultati subskale depresivnosti su u slabo pozitivnoj značajnoj povezanosti sa rezultatima AUDIT upitnika, $P < 0,001$. Rezultati subskale anksioznosti su u slabo pozitivnoj neznačajnoj povezanosti sa rezultatima AUDIT upitnika, $P 0,01$. Rezultati subskale depresivnosti su u umjereno pozitivnoj značajnoj povezanosti sa rezultatima subskale anksioznosti, $P < 0,001$.

Tablica 6. Prikaz povezanosti rezultata na DASS skali depresivnosti, DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku

	Anksioznost	AUDIT
Depresivnost	r 0,60	r 0,29
	$P < 0,001$.	$P < 0,001$.
Anksioznost	-	r 0,22
	-	$P 0,01$

* Pearsonov test korelacije

5. RASPRAVA

Studentsko razdoblje može biti jedno od najstresnijih životnih razdoblja i stoga, mentalni poremećaji u studentskoj dobi nisu neuobičajeni. Mentalni poremećaji mogu dovesti do težih oblika disfunkcionalnog ponašanja, razvoja depresivnosti, anksioznosti i ostalih oblika narušene ravnoteže mentalnog zdravlja što može voditi do lošeg akademskog uspjeha, nesnalaženja s novim egzistencijalnim izazovima, bijega u korištenja alkoholnih supstanci, što može postati kobno za nužnu trezvenost i zahtijevanu razinu odgovornosti sestrinske struke.

Cilj ovog istraživačkog rada bio je ispitati povezanost rezultata na upitnicima anksioznosti, depresivnost i rezultata na AUDIT upitniku među studentima sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, na sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku. Specifični ciljevi bili su prikazati rezultate ispitanika na upitnicima prema kategorijama i ispitati postojanje statistički značajnih razlika rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti ovisno o sociodemografskim podacima.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 150 studenata sestrinstva, od kojih su 129 studenata (86 %) ženskog, a 21 (14 %) muškog spola. Raspon dobi ispitanika je od 19 – 54 godine. Prosječna dob ispitanika bila je 29,08 godina (SD=8,08).

U ovom istraživanju, trećina ispitanika (33 %) pokazuje povišene razine depresivnosti (Tablica 2.). Od toga, 2 % pripada kategoriji blago povišene, 9 % umjereno povišene, 9 % povišene, a 13 % pripada izrazito povišene razine depresivnosti. Prema ukupnim rezultatima DASS skale anksioznosti, 51 % ispitanika pokazuje povišene razine anksioznosti. Od toga, 10 % pripada kategoriji blago povišene, 19 % umjereno povišene, 7 % povišene, a 15 % pripada izrazito povišene razine anksioznosti (Tablica 2.).

Istraživanje provedeno 2016. godine, na studentskoj populaciji u Indiji potvrđuje povišenu razinu simptoma depresije i anksioznosti među studentima općenito (25). U istraživanju razine depresije, anksioznosti i subjektivne sreće među studentima zdravstvenih znanosti u Hrvatskoj, također je prisutna visoka razina simptoma depresije i anksioznosti kod studenata, bez značajne razlike između studenata sestrinstva i medicine (26). Ovakav rezultat povišene razine depresivnosti i anksioznosti je zabrinjavajući.

Istraživanje karakteristika mentalnog zdravlja, provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama među studentima zdravstvenih usmjerenja, sugerira da studenti sestriinstva drugačije izražavaju simptome u usporedbi sa studentima drugih studija zdravstvenih usmjerenja (27). To se može objasniti sa specifičnostima njihovog zanimanja koji brine o drugima, osjećajem empatije i altruističkim ponašanjem. Zbog prirode svog posla, studenti sestriinstva koji se bave zdravljem ljudi mogu doživjeti depresiju i anksioznost kao posljedicu straha od grešaka koje mogu rezultirati ozljeđivanjem pacijenata (28). Međutim, istraživanje o mediteranskoj prehrani, emocionalnoj ishrani, unosu alkohola i anksioznosti među studentima zdravstvenih studija u Španjolskoj, pokazuje da studenti psihologije doživljavaju više razine anksioznosti nego studenti sestriinstva ili fizioterapije (29).

Prema ukupnim rezultatima AUDIT upitnika, 9 % ispitanika ima problem sa konzumacijom alkohola. Od toga 7 % pripada kategoriji umjerene razine problema, 1 % kategoriji visoke razine problema i 1 % ima potencijalan problem ovisnosti o alkoholu (Tablica 2.). U istraživanju unosa hranjivih tvari, konzumacije alkohola, emocionalne ishrane i anksioznosti, kod studentica sestriinstva na studenticama sestriinstva u Španjolskoj, pokazalo se da se 82,7 % studentica bavilo nisko rizičnom konzumacijom alkohola (30). U sličnom istraživanju, o mediteranskoj prehrani, emocionalnoj ishrani, unosu alkohola i anksioznosti među studentima zdravstvenih studija, što se tiče konzumacije alkohola, za 80 % ispitanika se može smatrati da nema rizika od razvoja ovisnosti o alkoholu, 17,6 % ima rizik od razvoja ovisnosti o alkoholu, a za 2,4 % ispitanika se smatra da ima ovisnost o alkoholu (29).

Ovo istraživanje pokazalo je da mlađi ispitanici imaju veće rezultate na upitnicima, tj. kako dob raste tako su rezultati na upitnicima niži, ali povezanost nije statistički značajna na razini do 1 % (Tablica 3.). U istraživanju depresije, anksioznosti i stresa među studentima sestriinstva u Hong Kongu, ukazalo se na značajnu povezanost dobi sa simptomima anksioznosti (31). Mlađi studenti su češće prijavili simptome anksioznosti u odnosu na starije. Također, to se može objasniti i nepoznavanjem studija kojeg su upisali. Prema preglednom istraživanju čimbenika rizika povezanih sa stresom, anksioznošću i depresijom među studentima, studenti koji se odluče za sestriinstvo, koji nemaju jasno razumijevanje nastavnog plana i programa i radnog opterećenja povezanog s sestriinstvom prije upisa, mogu se suočiti sa stanjem razočaranja nakon što započnu studij (28).

U odnosu na spol, u ovom istraživanju, muškarci imaju veće rezultate na DASS skali depresivnosti i AUDIT upitniku, a žene na DASS skali anksioznosti. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na spol (Tablica 5.). U istraživanju razine depresije, anksioznosti i subjektivne sreće među studentima zdravstvenih znanosti u Hrvatskoj, pokazala se značajno viša razina depresije i anksioznosti kod studentica sestinstva, u odnosu na studente (26). Također, studentice sestinstva u istraživanju karakteristika mentalnog zdravlja, provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama među studentima zdravstvenih usmjerenja, pokazuju veće razine anksioznosti u odnosu na studentice drugih usmjerenja (27).

U odnosu na bračni status, najveće rezultate na upitnicima pokazuju samci, a najmanje ispitanici koji su rastavljeni. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na bračni status (Tablica 5.). Prema preglednom istraživanju čimbenika rizika povezanih sa stresom, anksioznošću i depresijom među studentima, pokazalo se da je još jedan zaštitni faktor mentalnog zdravlja kod studentica, biti u privrženoj vezi (28). Kod studenata to nije slučaj.

Prema broju djece, najveće rezultate na upitnicima pokazuju ispitanici koji nemaju djecu, a najmanje ispitanici sa 4 i više djece. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na broj djece (Tablica 5.). Istraživanje, provedeno među studentima u Sjedinjenim Američkim Državama, sugerira da je odsutnost zahtjeva drugih društvenih uloga, kao što su obveze zaposlenja s punim radnim vremenom, braka i roditeljstva, povezana s većim izgledima za prekomjernu konzumaciju alkohola u ranim 20-im godinama (32). Pretpostavlja se da ispitanici koji imaju više djece imaju manje slobodnog vremena i druge brige u životu osim uspjeha na fakultetu. Prema preglednom istraživanju čimbenika rizika povezanih sa stresom, anksioznošću i depresijom među studentima, dobar odnos sa članovima obitelji može biti zaštitni faktor mentalnog zdravlja, što zauzvrat može utjecati na osjećaj ispunjenosti studenata izvan studija (28).

Ispitanici koji žive na selu imaju veće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti, a ispitanici koji žive u gradu imaju veće rezultate na AUDIT upitniku. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na mjesto stanovanja (Tablica 5.). U istraživanjima o prekomjernoj konzumaciji alkohola među mladim osobama, provedenim u Sjedinjenim Američkim Državama, studenti koji ne žive s roditeljima imali su veće izgleda za umjerenu, prekomjernu i konzumaciju alkohola visokog intenziteta u usporedbi s drugima (32,33). To se

može objasniti time da studenti koji žive sa roditeljima mogu imati niži rizik prekomjerne konzumacije alkohola zbog roditeljskog nadzora.

Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na godinu studija (Tablica 5.). Prema godini studija, na DASS skali depresivnosti najveći rezultat imaju ispitanici na 2. godini preddiplomskog studija, na DASS skali anksioznosti najveći rezultat imaju ispitanici 1. godine preddiplomskog studija, a na AUDIT upitniku najveći rezultat imaju ispitanici na 2. godini diplomskog studija. U istraživanju razine depresije, anksioznosti i subjektivne sreće među studentima zdravstvenih znanosti u Hrvatskoj, značajno višu razinu depresije i anksioznosti imali su studenti ranijih godina, u odnosu na studente kasnijih godina studija (26).

U odnosu na status studiranja, u ovom istraživanju, veće rezultate na DASS skali depresivnosti imaju izvanredni studenti, dok na DASS skali anksioznosti i AUDIT upitniku veće rezultate imaju redovni studenti. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na status studiranja (Tablica 5.). Prema preglednom istraživanju čimbenika rizika povezanih sa stresom, anksioznošću i depresijom među studentima, sugerira se da izvanredni studenti imaju bolje mentalno zdravlje u usporedbi s redovitim studentima (28). To se može objasniti financijskom sigurnošću koja može donijeti izvor prihoda ili zato što su izvanredni studenti obično stariji od redovitih, stoga i emocionalno stabilniji.

U odnosu na radni status, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju ispitanici koji su nezaposleni, a na AUDIT upitniku najveće rezultate imaju ispitanici koji su zaposleni izvan struke. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na radni status (Tablica 5.). Prema radnom stažu ispitanika, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju ispitanici koji nemaju radnog staža, a na AUDIT upitniku najveće rezultate imaju ispitanici s radnim stažom manjim od 1 godine. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na radni staž (Tablica 5.). Prema radu u smjenama najveći rezultat na DASS skali depresivnosti i AUDIT upitniku imaju ispitanici koji rade u smjenama od 4h, a na DASS skali anksioznosti ispitanici koji su nezaposleni. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na smjenski rad (Tablica 5.). Prema mjestu rada, najveće rezultate na DASS skali depresivnosti i anksioznosti imaju nezaposleni, a na AUDIT upitniku ispitanici koji rade u mjestu studiranja, ali izvan mjesta stanovanja. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu na mjesto rada (Tablica 5.). Očekivano je da zaposleni studenti imaju češće probleme

zbog nedostatka slobodnog vremena i povećanog opterećenja, ali pojedina istraživanja pokazuju da to ovisi o vrsti zaposlenja. I u istraživanju razine depresije, anksioznosti i subjektivne sreće među studentima zdravstvenih znanosti u Hrvatskoj, studenti koji rade u struci pokazuju nižu razinu simptoma depresije i anksioznosti u odnosu na one koji rade izvan struke ili su nezaposleni (26). Pretpostavlja se da vještine i iskustvo u struci dovode do veće stabilnosti osobe. Rezultati ovog istraživanja to i pokazuju. Istraživanje promjena u korištenju alkohola kao funkcija psihološkog stresa i socijalne podrške, provedeno tijekom pandemije koronavirusa, u Sjedinjenim Američkim Državama, nakon zatvaranja sveučilišta, povezalo je pojačan psihološki stres sa povećanom konzumacijom alkohola među studentima (34). Pojedinci koji su imali više simptoma depresije i anksioznosti prijavili su veći porast konzumacije alkohola tijekom vremena u usporedbi s pojedincima s manje simptoma depresije i anksioznosti (34). Ograničenja tijekom pandemije COVID-19 imala su značajne posljedice za mentalno zdravlje mnogih kao što su stres, tjeskoba i depresija koji proizlaze iz društvene izolacije, nepovezanosti i neizvjesnosti u vezi s budućnošću (9).

Ovo istraživanje potvrdilo je povezanost između simptoma depresije i većeg rezultata na AUDIT upitniku. Rezultati DASS skale depresivnosti su u značajnoj povezanosti sa rezultatima AUDIT upitnika, $P < 0,001$. Porastom rezultata na DASS skali depresivnosti raste i rezultat na AUDIT upitniku. Odnosno, povišeni simptomi depresije predviđaju povećanu vjerojatnost razvoja poremećaja uzrokovanih alkoholom, a problemi s alkoholom predviđaju buduće depresivne simptome. Rezultati DASS skale depresivnosti su značajno povezani sa rezultatima DASS skale anksioznosti, $P < 0,001$. Odnosno, porastom rezultata ispitanika na DASS skali depresivnosti raste rezultat i na DASS skali anksioznosti. Međutim, rezultati DASS skale anksioznosti, u ovom istraživanju nisu značajno povezani sa rezultatima AUDIT upitnika ($P 0,01$). Rezultati istraživanja na studenticama sestinstva u Španjolskoj, također nisu pokazali značajnu povezanost između simptoma anksioznosti i rezultata AUDIT upitnika (30).

U istraživanju o posljedicama povezanim s konzumacijom alkohola unazad 12 mjeseci, provedenom u Sjedinjenim Američkim Državama među mladim ljudima u dobi 19-20 godina, 50 % ispitanika je prijavilo negativne posljedice (35). Prema tom istraživanju, 38,8 % je prijavilo ponašanje za koje je kasnije požalio, 29,9 % emocionalne ili fizičke posljedice, 26,1 % posljedice u odnosima, 14,5 % financijske posljedice, a 9,2 % opasnu vožnju (35). Od specifičnih emocionalnih posljedica, 16,4 % je prijavilo manjak energije, 17,6 % je prijavilo

svađu, a 11,5 % je prijavilo loš uspjeh u školi ili poslu (35). Prevalencija prijavljivanja bilo kakvih negativnih posljedica bila je značajno veća za one koji prekomjerno piju (u odnosu na one koji ne piju prekomjerno) (35). Mnoge mlade osobe pokazuju simptome ovisnosti o alkoholu, ali je manje vjerojatno da će dobiti pomoć. Prema istraživanju, provedenom u Sjedinjenim Američkim Državama među mladim ljudima u dobi od 18-39 godina, mlade osobe s rizikom od prekomjerne konzumacije alkohola često se ne savjetuje o konzumaciji alkohola (36). Od ukupnog broja ispitanika sa rizikom od prekomjerne konzumacije alkohola, 67 % je posjetilo liječnika unazad 12 mjeseci od istraživanja, a samo je 14 % savjetovano o rizičnim obrascima konzumacije (36). Najveću vjerojatnost povećanog rizika od prekomjerne konzumacije alkohola imale su osobe od 18 – 25 godina, ali su najmanje pitani i savjetovani o rizičnoj konzumaciji od strane liječnika (36). Međutim, istraživanje, provedeno na mladim osobama u Sjedinjenim Američkim Državama, je pokazalo pozitivnu povezanost između studentskog statusa i prekomjerne konzumacije alkohola samo tijekom ranih 20-ih godina (32). U drugoj polovici 20-ih godina povezanost prima negativan smjer, tj. studentski status u kasnim 20-im godinama povezan je sa nižom vjerojatnošću prekomjerne konzumacije alkohola (32). Bez obzira na taj podatak, konzumacija alkohola je povezana sa rizičnim ponašanjem koje nosi posljedice. Prema stranicama Svjetske zdravstvene organizacije zloupotreba alkohola je čimbenik rizika u više od 200 bolesti i ozljeda (37). 5,3 % svih smrtnih slučajeva proizlazi iz štetne upotrebe alkohola (37). U dobi od 20 do 39 godina, otprilike 13,5 % smrtnih slučajeva proizlazi iz štetne upotrebe alkohola (37). Ukupno, 5,1 % globalnog tereta bolesti i ozljeda može se pripisati alkoholu, mjereno u godinama života prilagođenim invalidnosti (DALY). Alkohol donosi značajne društvene i ekonomske gubitke pojedincima i društvu (37). Postoji uzročna veza između štetne uporabe alkohola i niza mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, drugih nezaraznih stanja i ozljeda (37).

S obzirom na to da mentalni poremećaji mogu ozbiljno zaprijetiti akademskom uspjehu i profesionalnom razvoju studenata u budućnosti, vrlo je važno prepoznati čimbenike rizika koji utječu na mentalno zdravlje. Od velike važnosti je dostupnost zdravstvenih usluga i pružanje podrške osobama koji imaju teškoća sa mentalnim zdravljem. Potrebno je suzbiti prepreke promociji i zaštititi mentalnog zdravlja. Najdestruktivnije prepreke promocije i zaštite mentalnog zdravlja su stigma, nedostatak koordinacije između sektora, neadekvatni financijski i ljudski resursi te kršenje ljudskih prava. Stigma je najveća prepreka promociji mentalnog zdravlja i liječenju mentalnih poremećaja (2,10). Stvara pogrešne slike o mentalnom zdravlju i ograničava razumijevanje emocionalni i psihosocijalni svijet djece i

adolescenata. U nekim slučajevima stigma krši prava djece i mladih s psihosocijalnim teškoćama. Može spriječiti mlade u traženju pomoći i ograničava mogućnosti napretka. Uz to, nerazumijevanje i diskriminacija mogu biti pogubniji od samog stanja. Zbog straha od osude obitelji, prijatelja i zajednice, mladi šute o mentalnim problemima (10).

Ključno je javno-zdravstveno aktivno podizati svijest javnosti o posljedicama prekomjerne konzumacije alkohola i provoditi bioetičku edukaciju već u najranijoj dobi. Od 1951. godine. Svjetska Zdravstvena Organizacija radi na sprječavanju i smanjenju zloupotrebe alkohola kao prioriteta javnog zdravlja. Globalna strategija Svjetske Zdravstvene Organizacije za 2010. godinu za smanjenje zloupotrebe alkohola najopsežniji je dokument međunarodne politike o alkoholu, koji daje smjernice za smanjenje zloupotrebe alkohola (38). U 2020. godini, odbor Svjetske Zdravstvene Organizacije poziva na ubranu akciju za smanjenje zloupotrebe alkohola i usvojen je Akcijski plan (2022. – 2030.) za učinkovitu provedbu globalne strategije za smanjenje zloupotrebe alkohola kao javnozdravstveni prioritet (39). Cilj inicijative Svjetske Zdravstvene Organizacije - SAFER, je podržati globalni cilj smanjenja štetne uporabe alkohola za 10 % do 2025. godine (40). Inicijativa naglašava potrebe pojačanja ograničenja dostupnosti alkohola mladima i drugim ranjivim i visokorizičnim skupinama, unaprjeđenja i provođenja mjera protiv vožnje pod utjecajem alkohola, olakšanja pristupa probiru, kratkim intervencijama i liječenju, provođenja zabrane ili ograničenja oglašavanja, sponzoriranja i promocije konzumacije alkohola i povećanja cijene alkohola kroz trošarine i politiku cijena (40).

Osobito je potrebno smanjiti utjecaj reklamiranja i promicanja konzumacije alkohola na mlade ljude i adolescente. Veliki broj djece redovno pristupa internetu gdje internetske stranice promoviraju konzumaciju alkohola. Često ograničavaju pristup osobama iznad određene dobi, ali to je ograničenje lako izbjeći.

Od velike važnosti je dostupnost zdravstvenih usluga i pružanje podrške osobama koji se bore sa ovisnosti. Nužno je poduzimati preventivne mjere za smanjenje štete prouzrokovane alkoholom, a najnužnije je smanjiti dostupnost alkohola. Potrebno je osvijestiti mlade da se mogu zabaviti i opustiti i bez alkohola.

Zbog toga što su potrebe mentalnog zdravlja složene i javljaju se tijekom cijelog života, za podršku stanja mentalnog zdravlja potrebna je suradnja između zdravstva, odgojno-obrazovnih i socijalnih službi. Često ta suradnja izostaje.

5. RASPRAVA

Za rješavanje potreba mentalnog zdravlja izdvajaju se manji iznosi, često neadekvatni u odnosu na potrebe. Kada su dostupni, ljudski resursi, većinom su usmjereni na liječenje, a promocija i zaštita mentalnog zdravlja su sporedni. Potrebno je povećati opće znanje o mentalnom zdravlju i u drugim profesijama kako bi se osigurala ključna promocija i zaštita mentalnog zdravlja.

Nažalost, mladi koji koriste usluge mentalnog zdravlja, većinom su izloženi predrasudama, diskriminaciji, zlostavljanju i društvenoj isključenosti. Na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku psihološko savjetovanje studenata nalazi se na adresi Cara Hadrijana 10C u sveučilišnom kampusu i Lorenza Jäger 9, prostorija 12 u prizemlju Filozofskog fakulteta. Studenti se mogu javiti na e-mail sdiosy@ffos.hr ili mmatkovic1@ffos.hr (41).

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u sinergijskoj zaštiti i opće-društvenoj promociji mentalnog zdravlja studenata. Kroz edukaciju, osiguravanje pristupa savjetovanju, razvoj podržavajućeg okruženja, promicanje zdravih stilova života, kriznu intervenciju i suradnju s drugim stručnjacima, medicinske sestre mogu značajno doprinijeti dobrobiti studenata.

Ulaganje u mentalno zdravlje studenata ne samo da poboljšava njihov akademski uspjeh, već i osigurava zdravije i sretnije društvo u budućnosti.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Trećina ispitanika (33 %) pokazuje povišene razine depresivnosti, 51 % ispitanika pokazuje povišene razine anksioznosti, a 9 % ispitanika ima problem sa konzumacijom alkohola.
- Postoji povezanost između većeg rezultata na DASS skali depresivnosti s većim rezultatom na AUDIT upitniku ($P < 0,001$).
- Postoji povezanost između većeg rezultata na DASS skali depresivnosti s većim rezultatom na DASS skali anksioznosti ($P < 0,001$).
- Ne postoji povezanost između rezultata na DASS skali anksioznosti i rezultata na AUDIT upitniku.
- Ne postoji statistički značajna razlika rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti ovisno o sociodemografskim podacima.

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ispitati povezanost rezultata na upitnicima anksioznosti, depresivnost i rezultata na AUDIT upitniku. Prikazati rezultate ispitanika na upitnicima prema kategorijama i ispitati postojanje statistički značajnih razlika rezultata na AUDIT upitniku, DASS skali anksioznosti i DASS skali depresivnosti ovisno o sociodemografskim podacima

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno od ožujka do svibnja 2024. godine, na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek. Putem službenih adresa e-pošte, studenti sestrinstva su zamoljeni za ispunjavanje online ankete, na online platformi Google Obrasci: <https://forms.office.com>. Sudjelovalo je 150 studenata sestrinstva. Korišten je upitnik koji se sastoji od ukupno 49 pitanja. 1. dio upitnika - 11 pitanja, opći i sociodemografski podaci, 2. dio upitnika - 14 pitanja DASS skale depresivnosti i 14 pitanja DASS skale anksioznosti, 3. dio - AUDIT upitnik.

Rezultati: 33 % ispitanika pokazuje povišene razine depresivnosti, 51 % pokazuje povišene razine anksioznosti, a 9 % ima problem s konzumacijom alkohola. Postoji značajna povezanost između veće razine depresivnosti s većim rezultatom na AUDIT upitniku ($P < 0,001$). Postoji značajna povezanost veće razine depresivnosti s većom razinom anksioznosti ($P < 0,001$). Ne postoji značajna povezanost između rezultata na DASS skali anksioznosti i rezultata na AUDIT upitniku. Ne postoji statistički značajna razlika rezultata na upitnicima ovisno o sociodemografskim podacima.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo da postoji povezanost između depresivnosti i anksioznosti te depresivnosti s rizikom prekomjerne konzumacije alkohola. Nije utvrđena povezanost anksioznosti s rizikom prekomjerne konzumacije alkohola. Ne postoji statistički značajna razlika rezultata na upitnicima ovisno o sociodemografskim podacima.

Ključne riječi: anksiozni poremećaji; depresivni poremećaj; konzumacija alkohola; mentalno zdravlje; studenti sestrinstva

8. SUMMARY

Association of Depression and Anxiety with the Risk of Excessive Alcohol Consumption Among Nursing Students

Objectives: To examine the correlation between the results on anxiety and depression questionnaires and the results on the AUDIT questionnaire. To present the respondents' results on the questionnaires by category and to examine the existence of statistically significant differences in the results on the AUDIT questionnaire, the DASS anxiety scale, and the DASS depression scale based on sociodemographic data.

Study design: Cross-sectional study.

Participants and Methods: The study was conducted from March to May 2024 at the Faculty of Dental Medicine and Health Osijek. Nursing students were invited to online survey through their official email addresses, using the Microsoft Forms platform: <https://forms.office.com>. A total of 150 nursing students participated. The questionnaire consisted of a total of 49 questions. Part 1 of the questionnaire contained 11 questions on general and sociodemographic data, Part 2 contained 14 questions from the DASS depression scale and 14 questions from the DASS anxiety scale, and Part 3 included the AUDIT questionnaire.

Results: 33 % of respondents showed elevated levels of depression, 51 % showed elevated levels of anxiety, 9 % had problems with alcohol consumption. There is a significant correlation between higher levels of depression and higher AUDIT scores ($P < 0.001$). A significant correlation was found between higher levels of depression and higher levels of anxiety ($P < 0.001$). There is no significant correlation between DASS anxiety scale scores and AUDIT scores. There are no statistically significant differences in the questionnaire results based on sociodemographic data.

Conclusion: The study demonstrated a correlation between depression and anxiety, as well as between depression and the risk of excessive alcohol consumption. No correlation was found between anxiety and the risk of excessive alcohol consumption. There are no statistically significant differences in the questionnaire results based on sociodemographic data.

8. SUMMARY

Keywords: alcohol consumption; anxiety disorder; depressive disorder; mental health; nursing students

9. LITERATURA

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>. Datum pristupa 12.06.2024.
2. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF; 2021.
3. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022.
5. World Health Organization. Mental disorders. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Datum pristupa 12.06.2024.
6. UNESCO. The principle of respect for human vulnerability and personal integrity, Report of the International Bioethics Committee of Unesco (IBC), Paris, 2013.
7. Zakon o socijalnoj skrbi, (NN 18/22, 46/22, 119/22, 71/23). Dostupno na adresi: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi>
8. Alispahić S, Hasanbegović-Anić E, Tuće Đ. Psihološki poremećaji kroz cjeloživotni razvoj: Prevalencija i razvojni rizici. Pregled: Časopis Za Društvena Pitanja. 2021;62:155–73.
9. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
10. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010;10:113.
11. Ramón-Arbués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:1-15.
12. Miralem M, Dautbegović A, Bećirović A, Ademović A. Izvori stresa studenata u akademskom kontekstu. Sophos: Young Res J. 2020;13:125–36.
13. Karlović D. Clinical Characteristics and Diagnosis of Depression. Medicus. 2017;26:161-5.
14. Petz B. ur: Psihologijski rječnik. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap;2005.
15. Begić D. Psihopatologija. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada;2011.

16. van Beuningen B, Simons SSH, van Hooijdonk KJM, van Noorden THJ, Geurts SAE, Vink JM. Is the Association Between Alcohol Consumption and Mental Well-Being in University Students Linear, Curvilinear or Absent? *Subst Use Misuse*. 2024;59:1083–94.
17. World Health Organization. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Geneva: World Health Organization; 2022.
18. World Health Organization. Mental health of adolescents. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Datum pristupa 12.06.2024.
19. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2019. Osnovni pokazatelji. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2021.
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2023.
22. Marušić M, i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 6. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
23. Proroković A, Čubela Adorić V, Penezić Z, Tucak Junaković I. ur: Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 6. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2012.
24. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in primary health care, 2 izd. Geneva: World Health Organization; 2001.
25. Mutalik N, Moni S, Choudhari S, Govind S, Bhogale. Depression, Anxiety, Stress among College Students in Bagalkot: A College Based Study. *Int J Indian Psychol*. 2016 Sep 5;3:2348–5396.
26. Milić J, Skitarelić N, Majstorović D, Zoranić S, Čivljak M, Ivanišević K. i sur. Levels of depression, anxiety and subjective happiness among health sciences students in Croatia: a multi-centric cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2024;24. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05498-5>
27. McDermott RC, Fruh SM, Williams S, Hauff C, Sittig S, Wright T. i sur. Characteristics of Negative and Positive Mental Health Among Nursing Students in the United States. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2021;27:44-53.
28. Mofatteh M. Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health*. 2021;8:36-65.

9. LITERATURA

29. Carlos M, Elena B, Teresa IM. Are Adherence to the Mediterranean Diet, Emotional Eating, Alcohol Intake, and Anxiety Related in University Students in Spain? *Nutrients*. 2020;12:2224.
30. Iglesias López MT, Marchena-Giráldez CA, Bernabéu-Brotons E. Nutrient intake, alcohol consumption, emotional eating and anxiety in women nursing students. *Heliyon*. 2023;9:e22903.
31. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT i sur Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13:779.
32. Evans-Polce RJ, Maggs JL, Staff J, Lanza ST. The Age-varying Association of Student Status with Excessive Alcohol Use: Ages 18 to 30 Years. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41:407–13.
33. Patrick ME, Terry-McElrath YM. High-Intensity Drinking by Underage Young Adults in the United States. *Addict Abingdon Engl*. 2017;112:82–93.
34. Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addict Behav*. 2020;110:106527.
35. Patrick ME, Terry-McElrath YM, Evans-Polce RJ, Schulenberg JE. Negative Alcohol-Related Consequences Experienced by Young Adults in the Past 12 Months: Differences by College Attendance, Living Situation, Binge Drinking, and Sex. *Addict Behav*. 2020;105:106320.
36. Hingson RW, Heeren T, Edwards EM, Saitz R. Young Adults at Risk for Excess Alcohol Consumption Are Often Not Asked or Counseled About Drinking Alcohol. *J Gen Intern Med*. 2012;27:179–84.
37. World Health Organization. Alcohol. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. Datum pristupa 12.06.2024.
38. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010.
39. World Health Organization. Alcohol action plan 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2023.

9. LITERATURA

40. World Health Organization. WHO launches SAFER alcohol control initiative to prevent and reduce alcohol-related death and disability. Dostupno na adresi:
<https://www.who.int/news/item/28-09-2018-who-launches-safer-alcohol-control-initiative-to-prevent-and-reduce-alcohol-related-death-and-disability>. Datum pristupa 12.06.2024.
41. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku. Psihološko savjetovalište. Dostupno na adresi:
<https://www.unios.hr/studenti/psiholosko-savjetovaliste/o-nama/>. Datum pristupa: 12.06.2024.