

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Др Ивана Симић Вукомановић

**ПРОЦЕНА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА
МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА СТУДЕНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2015

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	5
1.1 Концепт менталног здравља.....	6
1.1.1. Декларација о менталном здрављу.....	9
1.2 Студентска популација	11
1.3. Ментални поремећаји.....	14
1.3.1 Депресивни поремећај.....	14
1.3.1.1. Етиопатогенеза депресивних поремећаја.....	15
1.3.1.2. Депресивни поремећаји у класификационим системима МКБ X и DSM V.....	16
1.3.2. Анксиозни поремећаји.....	19
1.3.2.1. Етиопатогенеза анксиозног поремећаја.....	20
1.3.2.2. Анксиозни поремећаји у класификационим системима МКБ X и DSM V.....	22
1.4. Депресивност и анксиозност код студентске популације.....	23
1.5. Превенција менталних поремећаја.....	26
1.5.1. Примарна превенција.....	27
1.5.2. Секундарна превенција.....	31
1.5.3. Терцијарна превенције.....	32
2. ОСНОВНИ ЦИЉ СТУДИЈЕ.....	34
2.1. ПОСЕБНИ ЦИЉЕВИ СТУДИЈЕ.....	34
3. ХИПОТЕЗЕ.....	34
4. МЕТОД РАДА.....	35
4.1. Врста истраживања.....	35
4.2. Време и место истраживања.....	35
4.3. Популација и јединица посматрања.....	35
4.4. Узорковање.....	35
4.5. Инструменти истраживања.....	35
4.6. Варијабле	38
4.7. Поступак током анкетирања.....	39
4.8. Статистичка обрада.....	39
5. РЕЗУЛТАТИ.....	40
5.1. Опис узорка.....	40

5.2. Преваљенција депресивности и анксиозности код студентске популације	40
5.3. Демографске карактеристике испитаника.....	42
5.3.1. Повезаност између демографских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	43
5.4. Социо-економске карактеристике испитаника.....	45
5.4.2. Повезаност између социо-економских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	47
5.5. Адиктивна својства код студентске популације.....	57
5.5.1. Конзумирање цигарета код студентске популације.....	57
5.5.1.2 Повезаност између конзумирања цигарета и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	57
5.5.2. Конзумирање алкохола код студентске популације.....	59
5.5.3. Повезаност између конзумирања алкохола и степена депресивности, односно и депресивности и анксиозности	59
5.6. Самопроцена здравственог статуса код студентске популације.....	60
5.7. Телесне манифестације и хроничне болести код студентске популације.....	62
5.7.1. Повезаност између хроничних болести/инвалидитета и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	63
5.8. Карактеристике социјалног живота код студентске популације.....	67
5.8.1. Повезаност између карактеристика социјалног живота и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	69
5.9. Вољно нагонске карактеристике код студентске популације.....	80
5.9.1. Повезаност између вољно нагонских карактеристика и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	80
5.10. Модел за процену ризика од настанка депресивности у односу на демографске и социо-економске факторе.....	85
5.11. Модел за процену ризика од настанка анксиозности у односу на демографске и социо-економске факторе.....	88
5.12. Модел за процену ризика од настанка депресивности и анксиозности у односу на телесне манифестације испитаника – Базични идентификациони скор	91

5.12.1. Модел за процену ризика од настанка депресивности у односу на телесне манифестације.....	92
5.12.2. Модел за процену ризика од настанка анксиозности у односу на телесне манифестације.....	93
5.12.3. Модел за процену ризика од настанака и депресивности и анксиозности у односу на телесне манифестације.....	94
5.12.4. Остале карактеристике BIS модела.....	95
6. ДИСКУСИЈА.....	98
6.1. Инструменти за рано откривање депресивности и анксиозности	98
6.2. Преваленција депресивности и анксиозности код студентске популације.....	101
6.3. Повезаност између демографских и социо-економских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	107
6.4. Повезаност између телесних манифестација и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	110
6.5. Повезаност између коришћења психоактивних супстанци и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	115
6.6. Повезаност између насиља и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	118
6.7. Повезаност измењености нагона за животом и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације.....	121
6.8. Промоција менталног здравља.....	123
7. ЗАКЉУЧАК.....	126
8. ПРЕДЛОЗИ МЕРА.....	129
9. ЛИТЕРАТУРА.....	133

1.УВОД

Истраживање се бави проценом менталног здравља и превенцијом менталних поремећаја у студентској популацији.

Светска здравствена организација (СЗО) дефинише ментално здравље као стање социјалног и емотивног благостања, у коме особа остварује све своје способности, може да поднесе све животне стресове, продуктивно и плодно ради и доприноси својој заједници.

Популација младих (којој припада и студентска популација) се обично сматра здравом узрасном групом, али истраживања упозоравају на то да преко 30% студента сваке године доживи неки проблем из области менталног здравља. Треба имати у виду и чињеницу да три четвртине случајева менталних поремећаја отпочне пре навршене 24. године живота. Најчешћи ментални поремећаји у студентској популацији су депресија и анксиозност. Нажалост, почетни стадијуми поремећаја често бивају препознати. То се, са једне стране, дешава због прикривености симптома, са друге стране, млади често потцењују потребу за стручном помоћи и покушавају да се сами носе са својим проблемима. У општем студентском окружењу, овим потенцијалним проблемима се олако приступа, а чак се и озбиљни симптоми или очигледни знаци психолошких проблема приписују субјективној и пролазној фази студентског начина живота.

Скрининг на менталне поремећаје представља један од најважнијих корака у превенцији и раном препознавању менталних поремећаја. У нашој земљи, ни у студентским поликлиникама, али ни у другим установама, за сада, не постоје посебне службе које се активно баве превенцијом менталних поремећаја код студентске популације. Нема ни саветовалишта изван здравствених установа (у школама, студентским домовима и интернатима) чији би фокус деловања био усмерен ка менталном здрављу, односно превенцији менталних поремећаја.

Посматрано из перспективе јавног здравља, промоција менталног здравља и превенција менталних поремећаја код студентске популације је од суштинског значаја за постизање напретка целокупног друштва. Студентска популација је будући лидер сутрашњице који ће, кроз образовна постигнућа и развој будућих каријера, бити креатор читавог друштва.

1.1 Концепт менталног здравља

Постоји читав низ теоријских модела и концепата, који су дали свој допринос дефинисању здравља, односно менталног здравља, тако да се данас у литератури може наћи више различитих дефиниција. У научним круговима заступљена је тврдња да не постоји ниједна хомогена дефиниција менталног здравља. Медицинска наука, традиционално окренута болести, ментално здравље је схватала као нешто супротно томе, па је, самим тим, оно остајало изван њеног домета. Јавноздравствене науке, које су се развијале унутар медицинских наука, углавном су се бавиле проучавањем одступања од здравља, тј. проучавањем морбидитета и морталитета. Концепт позитивног менталног здравља је тако, у медицинским наукама, остао скоро потпуно запостављен (1).

Ментално здравље подразумева способност успостављања хармоничних односа са другим људима и способност реализације сопствених интелектуалних и емоционалних потенцијала у конструктивном мењању социјалне и физичке средине, субјективни осећај благостања, самоефикасности, независности и компетенције (2).

Према једној од постојећих дефиниција, ментално здравље је стање које омогућава оптималан физички, интелектуални и емоционални развој једне личности, све дотле, док се слаже са развојем друге личности (3).

СЗО дефинише ментално здравље као стање социјалног и емотивног благостања у коме особа остварује све своје способности, може да поднесе све животне стресове, продуктивно и плодно ради и доприноси својој заједници (4). Ментално здравље представља нераздвојни део општег здравља и одражава равнотежу између појединца и околине. Оно је оквир за добробит и функционисање појединца, доприноси функционисању друштва и утиче на укупну продуктивност.

У литератури се најчешће помињу три концепта менталног здравља: клиничко-прагматичан, ментално здравље из перспективе позитивне психологије и хуманистичко-филозофски концепт.

Клиничко-прагматично виђење менталног здравља назива се још и медицинским моделом здравља. Ова врста модела обухвата два приступа менталном здрављу (прагматистичан и прагматичан).

Према првом приступу, здраве особе су оне које не траже психолошко-психијатријску помоћ. Сматра се да овакав приступ менталном здрављу није адекватан, јер постоје бројни разлози некоришћења психолошко-психијатријске помоћи (необавештеност о постојању стручних лица из ове области, неприступачност здравствене службе, недовољан увид у сопствено психичко стање, страх од стигме и дискриминације).

Здравствени професионалци често не користе прагматистичну дефиницију менталног здравља, јер им више одговара прагматична дефиниција, према којој, ментално здравље представља одсуство менталног поремећаја. Уколико нема оступања у менталним функцијама, односно, уколико оне нису патолошки промењене, обично се сматра да особа није ментално оболела. Ма колико практичан за употребу, овакав концепт је више негативна него позитивна дефиниција менталног здравља.

Са аспекта позитивне психологије субјективна добробит се сматра одразом доброг живота. Субјективна добробит подразумева висок степен позитивног и низак степен негативног афекта, као и висок степен задовољства властитим животом. Превласт позитивног афекта обично се назива срећом. Срећа представља срж хедонистичког погледа на субјективну добробит. Субјективна добробит се може приказати кроз шест димензија:

1. прихватање самог себе (висока субјективна добробит подразумева позитиван став према себи, препознавање и прихватање добрих и лоших аспеката себе, док ниску субјективну добробит карактерише незадовољство собом и постојање жеље да се буде другачији);

2. однос према другим људима (високу субјективну добробит одсликавају срдачни односи са другим људима, развијање односа пуног љубави и емпатије, разумевање за људски однос који подразумева давање и узимање, док ниска субјективна добробит подразумева ретке блиске односе са другим људима, изолованост и фрустрацију међуљудским односима);

3. аутономија (високу субјективну добробит карактеришу независност и способност одупирања различитим притисцима, самопроцена коришћења сопствених стандарда, док ниска субјективна добробит подразумева ослањање на друге људе при доношењу важних одлука и бригу због очекивања других људи);

4. излажење на крај са околином (висока субјективна добробит представља осећај компетентности у излажењу на крај са околином, контролу над спољашним активностима, док ниску субјективну добробит одсликавају тешкоће приликом излажења на крај са свакодневним пословима и недостатак осећаја контроле над спољашним светом);

5. циљ у животу (високу субјективну добробит одликује осећање усмерености ка циљу у животу, док ниску субјективну добробит карактерише губитак животног смисла и одсуство јасних циљева) и

6. лични раст (високу субјективну добробит чини осећај реализовања сопствених потенцијала, отвореност ка достизању нових искустава, док ниску субјективну добробит одликује осећај ненапредовања, незаинтересованост за живот и неспособност развијања нових ставова).

У средишту пажње хуманистичко-филозофског приструпа менталном здрављу налазе се људска природа и људске потребе. Ментално здравље представља идеал, што би значило да не постоји човек који је потпуно ментално здрав. Много је препрека на путу ка постизању потпуног менталног здравља. Средина у којој људи живе је таква, да индивидуу спречава да постане свесна својих истинских потреба, а ако и постане свесна, друштво је спречава да своје потребе задовољи. Психичко стање, са друге стране, може да омета појединца у стицању свести о људским потребама и њиховом задовољавању.

Према ставовима неких истраживача, ментално здрава особа:

- прихвата своје добре и лоше особине;
- заинтересована је за друге људе, односно околину;
- има животни циљ коме стреми;
- њени унутрашњи конфликти или манипулације, од стране оних који имају моћ, не мењају њену перцепцију стварности;
- у настојању да реализује властите потенцијале, уочава оне, који могу да нанесу штету другим људима и настоји да такве властите потенцијале држи под контролом и
- спознаје и критикује актуелна социо-економска и политичка збивања, која ометају реализацију њених развојних потенцијала, а не ометају реализацију оних потенцијала, који могу да нашkode или њој самој или другим људима (5).

Заједнички став већине стручњака јесте да је ментално здравље тешко дефинисати и то из више разлога:

- Здравље је превентивно нормативни концепт и много се теже објашњава од болести, која показује знаке, може да се дијагностикује и лечи;
- Здравље представља холистички концепт, док болести има пуно;
- Добро, односно позитивно здравље, је тешко дефинисати јер су његове карактеристике недовољно истражене (1).

1.1.1. Декларација о менталном здрављу

Круцијални корак у схватању важности менталног здравља остварен је на Министарској конференцији, у Хелсинкију, 2005. године, одржаној под покровитељством СЗО. На поменутој конференцији, подржан је мото „Нема здравља без менталног здравља”. Овим је, уједно, потврђено да ментално здравље и ментална добробит представљају темеље квалитета живота и продуктивности, како појединаца, тако и читавог друштва (6). На овом скупу прихваћена је Декларација о менталном здрављу и Акциони план за ментално здравље за Европу, којим је успостављен оквир за унапређење менталног здравља.

Декларацијом о менталном здрављу дефинисана су приоритетна подручја деловања и циљеви за побољшање менталног здравља популације, а та приоритетна подручја деловања су:

1. неговање свести о важности менталног здравља;
2. колективна борба против стигматизације, дискриминације и неједнакости, оснаживање и пружање подршке особама са менталним проблемима и њиховим породицама, како би били активни учесници у овом процесу;
3. креирање и спровођење свеобухватних, интегрисаних и ефикасних система менталног здравља, који укључују унапређење здравља, превенцију, лечење, рехабилитацију, негу и опоравак;
4. разматрање потребе за компетентном радном снагом, која постоји у свим наведеним областима и

5. прихватање искустава и знања корисника служби и пружалаца неге, као важних основа за планирање и развој служби менталног здравља.

Акционим планом дефинисане су акције за побољшање менталног здравља које обухватају:

1. унапређење менталног здравља становништва у целини, уз помоћ мера које имају за циљ развијање свести и позитивне промене за појединце и породице, заједнице и грађанско друштво, образовне и радне средине, владе и државне службе;

2. разматрање потенцијалног утицаја свих јавних политика на ментално здравље, са посебним освртом на вулнерабилне групе, указивање на централно место менталног здравља у стварању здравог и продуктивног друштва без искључивања из заједнице;

3. борба против стигматизације и дискриминације, обезбеђивање заштите људских права и достојанства и спровођење неопходних законских прописа како би се особе под ризиком, или оне које пате од проблема и болести менталног здравља, оснажиле за потпуно и равноправно учествовање у друштву;

4. наменску подршку и интервенције које узимају у обзир животно доба особа под ризиком, посебно када је реч о родитељству и образовању деце и младих, и нези старих особа;

5. развој и спровођење мера за смањење узрока проблема менталног здравља, коморбидности и суицида;

6. повећавање могућности и способности лекара опште праксе и службе примарне заштите, стварање мреже специјализоване медицинске и немедицинске заштите, како би се особама са проблемима менталног здравља понудили ефикасан приступ, идентификација и лечење;

7. обезбеђивање ефикасне и свеобухватне неге и лечења особа са озбиљним проблемима менталног здравља, на начин који одговара њиховим личним склоностима и пружање заштите од занемаривања и злостављања;

8. успостављање партнерства, координације и лидерства између региона, земаља, сектора и агенција, који имају утицај на ментално здравље и укључивање у друштво појединаца, породице, и читаве заједнице;

9. стварање програма за образовање и обуку, како би се обезбедио довољан број компетентне мултидисциплинарне радне снаге;

10. процена стања менталног здравља и потреба становништва, специфичних група и појединаца, на начин који омогућава поређење у оквиру нације и између различитих нација;

11. обезбеђивање правичних и адекватних финансијских средстава за испуњење ових циљева и

12. покретање истраживања и подршка ширењу наведених акција (7).

1.2 Студентска популација

Студентска популација припада специфичној адолесцентској групацији становништва која се, за време школовања, припрема да постане интегративни и креативни део друштва (3). Период студирања представља посебно животно раздобље у којем се, уз биолошко и психолошко сазревање, одвија и процес укључивања појединца у друштвену заједницу. Током ове животне доби, од младих се очекује да развију вештине и способности уз помоћ којих ће моћи да преузму најзначајније улоге у свим областима друштвеног деловања. Процес укључивања појединца у друштво, по правилу, траје све док се не постигне примерен степен социјалне аутономије, одговорности и самосталности (8).

СЗО дефинише адолесценцију као период преласка из детињства у одрасло доба, који карактеришу напори за достизање циљева повезаних са очекивањима културе, као и захтеви физичког, менталног, емоционалног и социјалног развоја.

СЗО је раније под адолесценцијом подразумевала узраст до 10 до 19 година живота, док Уједињене нације сматрају да је период младалаштва одређен узрастом од 15. до 25. године живота. Пошто се ова два појма преклапају, они се често користе и као синоними.

Период адолесценције се може поделити на три субпериода:

- рана адолесценција (период од 10. до 14. године);
- средња адолесценција (период од 15. до 19. године) и
- касна адолесценција (период од 20. до 24. године).

Адолесценцију не треба схватати само као временско раздобље са одређеним границама. То је период развоја, који има своје специфичности у биолошком, психолошком и социјалном смислу, а временско ограничење се мења зависно од захтева које савремено друштво ставља пред адолесцента.

Око почетка адолесценције нема већих несугласица и сматра се да се преклапа са почетком пубертета и јављањем секундарних полних карактеристика. Са друге стране, крај адолесценције није јасно дефинисан. Он подразумева:

- достизање пуне сексуалне и репродуктивне зрелости;
- усвајање нових когнитивних и емоционалних образаца карактеристичних за одрасло доба и
- остваривање социјално-економске независности (9).

Касни период адолесценције, коме припада и студентска популација, карактерише процес формирања идентитета, развој друштвених и моралних норми у понашању и завршна позиција сопствене независности.

Процес формирања идентитета подразумева осећање које омогућава особи да буде свесна телесног стања (телесни идентитет и полна зрелост), да доживљава себе као посебну и независну личност (идентитет личности), али и да буде свесна свог односа према другим људима и друштву у коме живи, прихватајући, скоро увек, опредељење за идентитет које друштво намеће.

Особа, која је успешно остварила свој идентитет, има осећање унутрашњег јединства и целовитости, а то значи и да има осећање психичког благостања и задовољства собом и прихватања себе и својих поступка. Осећање идентитета омогућава младој особи да схвати шта она јесте, где припада, шта жели да постигне и шта се од ње очекује (10). Очекује се да млада особа, током касне адолесценције:

1. прихвата себе у физичком смислу;
2. свесна је својих сексуалних обележја и прихвата улогу коју тиме добија;
3. доживљава себе као посебну и независну личност;
4. способна је да прихвати друге као различите;
5. независна је од родитеља и других особа;

6. успоставила је спрособност и вештине савладавања криза;
7. социјално је одговорна за своје понашање;
8. спремна је да, кроз професионално оспособљавање, постигне економску независност и
9. стасала је да оснује своју породицу (11).

У овом животном периоду, адолесцент је у сваком тренутку суочен са решавањем многобројних личних проблема, а истовремено је изложен и бројним утицајима околине, те се може рећи да период адолесценције није нимало лак период одрастања. Ни у једном другом периоду живота биолошки проблеми нису толико уско испреплетани са психо-социјалним проблемима, као што је то случај у периоду адолесценције.

За популацију студената, адолесценција представља период континуираног образовања и прављења планова за будућност. Сукоб са родитељима почиње да слаби, остварује се све већа независност у животу, упоредо са све снажнијом емоционалном стабилношћу, самопоуздањем и бригом за друге. Односи са вршњацима и даље су важни, али заузимају одговарајуће место међу осталим интересима младих усмерених на будући живот.

За неке, пак, период адолесценције карактерише пад академског постигнућа, недостатак интересовања и негативно опажање сопствених способности, што може довести до академског неуспеха и напуштања студија. Као разлози оваквог неуспеха, обично се наводе два фактора: унутрашња "збрка" настала због истовременог јављања великог броја животних изазова у периоду адолесценције и међусобна неусклађеност студентског окружења и самог адолесцента. Управо због ових разлога је важно створити подржавајућу атмосферу на универзитетима, како би образовни систем могао да буде погодно тле за даљи развој младих (12).

Код извесног броја младих, који нису у могућности да одолевају изазовима адолесценције, може, међутим, доћи до емоционалних проблема или поремећаја у понашању, који често могу прерасти у озбиљне менталне поремећаје (12).

1.3. Ментални поремећаји

Млади се обично сматрају здравом узрасном групом, али ипак око 30% њих сваке године доживи неки проблем из области менталног здравља. Најчешћи ментални поремећаји у овом узрсту су депресија и анксиозност (13). Због високе преваленције, тежине лечења и хроничног тока, ментални поремећаји представљају један од највећих проблема јавног здравља на глобалном нивоу (14). Према подацима СЗО, у сваком тренутку приближно 4% светске популације пати од неког облика менталног поремећаја (15). Ментални поремећаји представљају други најзначајнији фактор оптерећења болестима (DALY) и најзначајнији фактор неспособности у Европи. Процењује се да чак 38,2% становника Европе пати од неког облика менталног поремећаја. У најучестаније менталне поремећаје убрајају се анксиозни поремећаји (14,0%) и велика депресија (6,9%) (16).

1.3.1 Депресивни поремећај

Под депресијом се подразумева снажно осећање безразложне туге (хипертимија туге), психомоторна инхибиција (понекад агитација) и анксиозност уз дисфункцију нагонског живота и организма оболелог уопште (15). Може се јавити као симптом или синдром у оквиру различитих психијатријских поремећаја или као самосталан ентитет.

Према подацима СЗО, предвиђа се да ће до 2020. године, на глобалном нивоу, депресија бити на другом месту у укупном рангирању обољења према годинама живота, коригованим у односу на неспособност (DALY) (17). Процена животне преваленције варира, али је велика вероватноћа да ће између 8 и 20% укупне популације доживети епизоду депресије у неком тренутку у свом животу (15).

На повећану учесталост депресивних поремећаја утичу: 1) продужење животног века, самим тим и већи број телесних обољења која су често праћена депресивним поремећајима; 2) повећана учесталост јатрогено изазваних депресија; 3) континуирано повећање нивоа стреса, како у развијеним земљама, тако и у земљама у развоју (18).

Доказано је да је депресија 1,5 до 2 пута учесталија код особа женског пола и овај податак је прилично стабилан за популацију између 18. и 64. године живота.

На стопу преваленције значајно утичу многи социо-економски фактори, а у истраживањима се најчешће помињу: незапосленост, сиромаштво (припадност нижој социо-економској класи), нижа формална едукација и квалификација, лошији услови живота, као и живот у урбаним срединама (19).

1.3.1.1. Етиопатогенеза депресивних поремећаја

Етиопатогенеза депресивних поремећаја, упркос великим напорима стручњака, још увек није у потпуности расветљена. Опште је прихваћено мишљење да су депресије мултифакторијално условљене и да настају садејством биолошких, психолошких и социо-културолошких чинилаца.

Присталице биолошке теорије указују да су униполарни депресивни поремећаји генетски условљени. Ови поремећаји се два до три пута чешће јављају код рођака првог степена, у односу на општу популацију. Показано је да су многи униполарни поремећаји наследни, с обзиром на то да је стопа јављања већа код монозиготних, у односу на дизиготне близанце.

Према биохемијској теорији, односно моноаминској хипотези, депресија настаје због смањеног нивоа, пре свега, серотонина и норадреналина у функционално важним синапсама централног нервног система. Временом су моноаминске теорије допуњаване уграђивањем нових сазнања о молекуларним и ензимским збивањима на нивоу рецептора.

Новији концепти у етиопатогенетским разматрањима депресивних поремећаја укључују и рецепторске хомеостатске процесе на нивоу синапсе. Према допуњеној моноаминској теорији, почетни дефицит моноамина у депресији доводи до хиперсензитивности и повећања броја постсинаптичких рецептора. На тај начин долази до покретања нисходне регулације пресинаптичких рецептора и продубљивања инсуфицијенције трансмитера у синаптичком простору, што се клинички манифестује депресијом.

Важно место у настанку депресије заузимају и неуроендокринолошки фактори. Различита истраживања су утврдила да је код депресивних болесника осовина хипоталамус-хипофиза-кора надбубрега хиперактивна, односно да су нивои кортизола у крви повишени. Различите промене у систему хипоталамус-хипофиза-хормон раста, као и

промене на осовини хипоталамус-хипофиза-пролактин, доведене су у везу са настанком депресије. Патологија неуроендокриних органа, која је честа појава код депресивних пацијената, последица је абнормалности на нивоу хипоталамуса, регије мозга коју, највећим делом, контролишу моноамински неуротрансмитери.

Аутори различитих психолошких школа, различито објашњавају узроке настанка депресије.

Психоаналитичари објашњавају склоност ка депресивним поремећајима крајњом зависношћу болесника. Примећена је њихова претерана потреба за нежношћу, неотпорност да се поднесу фрустрације и губитак љубави. Ови болесници често потискују агресивност због осећања кривице или страха да не изгубе љубав других особа, па се лако окрећу против себе.

Бихејвиористи сматрају да се депресија јавља као реакција на губитак поткрепљења адаптивног понашања. Друга струја ове орјентације тврди да људи склони депресији имају дугу животну историју испуњену неуспесима, па би, у тим случајевима, депресија била научена беспомоћност.

Егзистенцијалисти тврде да су депресивни пацијенти озбиљно затајили негде на путу индивидуалног сазревања што "плаћају" страхом и осећањем кривице, односно депресијом.

Социјални фактори представљају једну од компоненти које утичу на настанак депресије. Најчешће су то нагло настале промене у спољашњем окружењу пацијента (губитак блиске особе, губитак посла односно лоша економска ситуација, миграције и сл.). Остаје отворено питање улоге психосоцијалних фактора и фактора окружења у настанку депресије. Могуће је да они само подстичу већ предиспониране особе да добију депресивни поремећај, али и да су они сами по себи довољни да изазову депресију (15).

1.3.1.2. Депресивни поремећаји у класификационим системима МКБ X и DSM V

Две актуелне класификације за системско представљање различитих психичких поремећаја су "Међународна класификација болести, десета ревизија" (МКБ X) и "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM V).

МКБ X представља службену класификацију у нашој земљи, а према њој, депресивни поремећаји су подељени на:

1. Депресивну епизоду (различитог интензитета и квалитета, са "соматским симптомима", са "психотичним симптомима");
2. Рекурентни депресивни поремећај (подразумева најмање две депресивне епизоде које раздваја интервал без симптома у трајању од два месеца) и
3. Перзистентни депресивни поремећај (дистимија).

Према МКБ X, под депресивном епизодом подразумевамо поремећај, који траје најмање две недеље и праћен је депресивним симптомима.

Типични симптоми су:

- депресивно расположење;
- губитак интересовања и задовољства;
- смањење енергије, повећан замор и умањена активност.

Остали симптоми су:

- оштећење концентрације и пажње;
- смањено самопоуздање и самопоштовање;
- осећање кривице и безвредности (чак и у благом типу депресије);
- суморан и песимистички поглед на будућност;
- идеје о самоповређивању или суициду;
- поремећено спавање и
- снижен апетит.

Депресивну епизоду према тежини и квалитету можемо поделити на:

- благу депресивну епизоду (обавезно присуство бар два типична симптома и два остала симптома);
- умерену депресивну епизоду (обавезно присуство бар два типична и три до четири остала симптома) и
- тешку депресивну епизоду (обавезно присуство три типична симптома и четири или више осталих симптома) (19).

Према DSM V класификацији, да би се дијагностиковала велика депресивна епизода, поред промене ранијег нивоа функционисања, неопходно је, током најмање две недеље, присуство најмање пет од следећих симптома:

1. депресивно расположење, већим делом дана, готово свакодневно;
2. знатно смањење интереса или задовољства у свим или готово свим активностима;
3. значајан губитак/порастан телесне тежине или смањен, односно, појачан апетит;
4. несаница или хиперсомнија;
5. психомоторна агитација или ретардација;
6. умор или губитак енергије;
7. осећање безвредности или непримерене кривице;
8. смањена способност мишљења или концентрације и
10. понављајуће мисли о смрти, самоубиству, покушај или план покушаја самоубиства.

Даље смернице према овој класификацији за дијагностику велике депресивне епизоде су:

- обавезно присуство симптома под 1 и 2;
- симптоми морају да изазову значајну патњу или да доведу до поремећаја функционисања у друштвеним, професионалним и другим областима живота;
- депресија не сме да буде изазвана дејством неке супстанце или поремећајем општег здравственог стања;
- симптоми не смеју да испуњавају критеријуме за мешовите епизоде (тј. и за манију и за депресивну епизоду);
- присуство других симптома везано за тугу (симптоми који трају дуже од два месеца или указују на трајно функционално оштећење, морбидна заокупљеност болешћу, суицидалне идеје удружене са психотичним симптомима или психомоторне ретардације и сл.);
- велику депресивну епизоду морамо разликовати од схизофреније и схизофрених поремећаја, деменције или других психотичних поремећаја;

- код старијих пацијената, ако се ригорозно примењује DSM V критеријум, велики депресивни поремећај морамо јасно раздвојити од депресивних симптома, који су удружени са функционалним оштећењем.

Према DSM V класификацији разликујемо: благу, умерену (са и без соматизације) и тешку (са и без психотичних елемената) депресивну епизоду. Када велика депресивна епизода траје дуже од две године, сматра се да се ради о хроничном току болести (20).

1.3.2. Анксиозни поремећаји

Анксиозни поремећај је један од најрапрострањенијих психичких поремећаја. Приближно једна трећина до једне четвртине укупне популације испољава, различито интензивне, анксиозне симптоме током неког периода живота.

Проучавање анксиозности подразумева разумевање човекове свакодневнице, размишљање о страху, трауми и стресу, њиховој природи и пореклу, недељивим проблемима његове несрећне нормалности.

Фројд је етиологију анксиозности повезао са страхом, психосексуалним развојем, несвесним интрапсихичким процесима, конфликтима и психолошким одбранама (21).

Анксиозност је патолошко стање, које се карактерише ирационалним и прекомерним осећајем страха и стрепње, праћених хиперактивношћу вегетативног нервног система. Разликује се од страха, који представља одговор на познати узрок. Анксиозност, до извесног степена, може бити искуство које познаје свака особа. Оно се односи на неизвесност због свакодневних животних ситуација или нелагодност због суочавања са тешком ситуацијом.

Анксиозним поремећајем сматра се стање снажне анксиозности, која је дуготрајна и ограничава психолошко и социјално функционисање индивидуе (22).

- Начин испољавања патолошког страха и психолошке одбране, које се том приликом активирају, директно условљавају облик анксиозног поремећаја, а тај, крајње индивидуални, процес зависи од карактеристика личности оболеле особе.

- У основи анксиозног поремећаја увек лежи посебна структура или поремећај личности из кога настају специфични симптоми, што ове поремећаје битно одређује као хроничне, мада није ретко и краткотрајно испољавање симптома.

Осећај анксиозности се често доживљава у свакодневним ситуацијама и у директној је вези са недовршеним задацима, које особа поставља пред себе. Дуготрајно осећање анксиозности може довести до секундарног избегавања или адаптације, коришћењем психолошких одбрамбених механизма или понашања. Честа је појава да, код оваквог поремећаја, анксиозност и његови потенцијални извори остају непримећени или несвесни (22).

1.3.2.1. Етиопатогенеза анксиозног поремећаја

Постоји неколико теорија које дају потенцијална објашњења за патогенетску компоненту анксиозног поремећаја:

Психоаналитичка теорија дели изворе анксиозности у четири групе:

1. импулна анксиозност;
2. сепарациона анксиозност;
3. кастрациона анксиозност и
4. супер его анксиозност.

Дете, током свог развоја, пролази кроз фазе анксиозности и поступно их превладава. Оно успешно, у складу са социјалним нормама, задовољава своје нагонске импуре и има довољно енергије за успостављање зрелих емоционалних односа, као и за активности учења и рада. Недовољно разрешени конфликти, уз коришћење много енергије за развијање механизма одбране, генератор су извесних психичких проблема у каснијој животној доби.

Неки психоаналитичари повезују анксиозност са поремећајем односа мајка –дете у раним развојним фазама или је дефинишу као последицу порођајне трауме.

Психодинамске особености анксиозних поремећаја карактеришу:

- несвесни, сексуални, агресивни нагони који прете да се појаве у свесности и доведу до анксиозности;
- одбрамбени механизми, који се користе да би се сузбила анксиозност;
- реактивна формација, негација која доводи до опсесивно компулзивног поремећаја;
- слом потискивања који доводи до паничног или генерализованог анксиозног поремећаја;

Агорафобија је, нпр. обично повезана са:

- а. непријатељско-зависним односом са партнером;
- б. страхом од агресивних и сексуалних нагона усмерених према другима или од других усмерених ка пацијенту.

Према теорији учења, анксиозност:

- настаје због фрустрације или стреса (једном доживљена, постаје условљена одговором на друге, слабије фрустрирајуће или стресогене, ситуације);
- може бити научена кроз идентификацију и имитацију анксиозних модела код родитеља (теорија социјалног учења);
- у вези је са стварно застрашујућим надражајима, нпр. незгодама, које се преносе на друге надражаје путем условљавања, доводећи до фобије.

Следбеници биолошке теорије указују да анксиозни поремећај настаје услед:

- претеране вегетативне реакције са повећаним тонусом симпатикуса;
- повећаног отпуштања катехоламина;
- повишених метаболита норадреналина;
- скраћене латенције REM спавања и стадијума IV спавања;
- сниженог нивоа гама аминокбутерне киселине (GABA), која доводи до хиперактивности централног нервног система;
- повишеног нивоа серотонина;
- хиперактивности темпоралног дела коре мозга (locus ceruleusa) (22).

1.3.2.2. Анксиозни поремећаји у класификационим системима МКБ X и DSM V

Према МКБ X, анксиозност се у неуротским, са стресом повезаним и соматоформним, поремећајима дели на:

- панични поремећај;
- агорафобију (са или без паничног поремећаја);
- генерализовани анксиозни поремећај;
- социјалну фобију;
- специфичну фобију;
- мешовити анксиозни и депресивни поремећај;
- опсесивно-компулзивни поремећај и
- посттрауматски стресни поремећај (23).

Према DSM V класификацији, анксиозност се у неуротским, са стресом повезаним и соматоформним, поремећајима може поделити на:

- поремећај сепарационе анксиозности;
- панични поремећај;
- агорафобију;
- специфичну фобију;
- социјални анксиозни поремећај (социјална фобија);
- генерализовани анксиозни поремећај;
- анксиозни поремећај изазван неком супстанцом;
- анксиозни поремећај који се може приписати другом медицинском стању и
- анксиозни поремећај неклассификован на другом месту (20).

1.4. Депресивност и анксиозност код студентске популације

Преваленција депресије код студентске популације креће се у опсегу од 8% (24) до чак 85% (26), док се преваленција анксиозности креће од 8% (24) до 47,7% (25).

Код адолесцената, преваленција великог депресивног поремећаја износи 4–8% и два пута је учесталија код особа женског пола. Ризик од депресије повећава се 2–4 пута после пубертета, нарочито код женског пола, а кумулативна инциденца, на узрасту од 18 година, износи 20% (19).

У Сједињеним Америчким Државама, "National College Health Assessment", у свом извештају наводи да 1 од 3 студента са депресивном епизодом није могао нормално да функционише, као и да забрињава податак да од студената са дијагностикованом депресијом, само њих 24% добија стручну помоћ (13).

У нашој земљи око трћина популације средњошколаца и студената испољава знаке психолошког трпљења и има менталне проблеме. Повећава се и број депресивних поремећаја (укључујући самоубилаштво) и поремећаја понашања (укључујући злоупотребу психоактивних супстанци, насилно и делинквентно понашање и поремећаје у исхрани) (26).

Истраживања су показала да се три четвртине случајева менталних поремећаја јаве до 24. године живота (27). Сматра се да од 5% до 10% адолесцената има субсиндромске симптоме великог депресивног поремећаја који значајно утичу на њихово психосоцијално функционисање, као и на функционисање њихових породица (19). Блага депресија је шест пута учесталија у односу на тешку депресију, а почетак је углавном везан за период од 20. до 24. године живота (28). То се може сматрати неком врстом маладаптивног понашања (29). Управо у овом периоду живота, почетни стадијуми менталних поремећаја често бивају непрепознати, са једне стране, због прикривености симптома (25), а и млади, са друге стране, често потцењују потребу за стручном помоћи и покушавају да се сами носе са својим проблемима (12).

Постоји тенденција да се многим симптомима, који су препознати или од стране самог студента или од стране колега, професора и родитеља, не приписује неопходна важност у смислу подстицаја да се потражи професионални савет или помоћ. У општем студентском окружењу, олако се приступа овим потенцијалним проблемима, па се чак и

озбиљни симптоми или, пак, очигледни знаци психолошких проблема приписују субјективној, пролазној фази студентског начина живота (3).

Депресија код младих је често удружена са другим психијатријским или медицинским стањима. Око 40–90% младих са депресијом задовољава дијагностичке критеријуме за још неки психијатријски поремећај. Најчешћи коморбидни поремећаји су анксиозни поремећаји. Истраживања су показала да 62% пацијената са депресивним поремећајем задовољава и критеријуме за дијагностиковање генерализованог анксиозног поремећаја, 52% за социјалну фобију, 50% за посттрауматски стресни поремећај, 48% за панични поремећај, 43% за специфичне фобије и 42% за опсесивно-компулзивни поремећај (19).

Проблеми на пољу менталног здравља најчешће представљају резултат интеракције већег броја фактора, али се неки од њих сматрају посебно ризичним у периоду младалаштва. Важну групу фактора ризичних по ментално здравље представљају фактори окружења (породично окружење, школа/факултет, социо-економски статус и депривација). Фактори који су, такође, значајни за ментално здравље јесу: изложеност насиљу и злостављању, употреба алкохола и дрога, дискриминација, као и губитак блиских особа у животу (12). Поред тога, одређени аспекти студентског живота могу бити потенцијални ризици за настанак менталних поремећаја (прелазак из средњешколске у универзитетску средину, одвајање од примарне породице, тешкоће у стварању нових социјалних веза, притисак услед жеље за достизањем личних циљева, односно академског успеха, финансијска неизвесност (30,31), конкуренција међу вршњацима) (32). Известан број анксиозних симптома очекивано се јавља у прелазним раздобљима, као што је полазак на факултет и у сличним ситуацијама, које представљају изазов у прилагођавању. Врста страхова и њихов квалитет, варира са годинама, па тако процес сазревања води јачању интернализованих проблема. Адолесцент је подложен осећају унутрашњег страха, збуне, немира и забринутости.

Генерално посматрано, чини се да су код неклиничке популације младих, најистакнутији страхови и бриге због догађаја који нису повезани са школовањем, личном компетенцијом и физичким здрављем. Оно што је карактеристично за период адолесценције је то да сексуални страхови и забринутост због новца и посла, по први пут улазе у развојну слику. Повећане когнитивне способности сада омогућавају

адолесцентима да схвате, али и брину о социјалној околини, која је шира од њихове породице и образовне установе, као и да размишљају о себи у будућности (33).

Уколико адолесценту један од родитеља болује од депресије, он је у три пута већем ризику да и сам доживи депресивну епизоду. Половина до три четвртине адолесцената, који имају депресивни поремећај, имају мајку која, такође, болује од депресије. Родитељи депресивних адолесцената чешће болују и од других психијатријских поремећаја (злоупотреба психоактивних супстанци, поремећаји личности и анксиозни поремећаји). У породицама депресивних и анксиозних адолесцената има и више конфликта и проблема у комуникацији, мање подршке и афективне експресије, а више занемаривања и злостављања деце (33).

Студије указују на то да су мирне и тихе особе, са редовним навикама, које се слабије адаптирају на нова искуства, подложније емоционалним поремећајима. У већем ризику од настанка менталног поремећаја су младе особе са негативном самопроценом (имају осећај да су неатрактивног изгледа, неприхваћене, одбачене, имају ниско самопоуздање и доживљај да нису довољно вредне). Ризик од поновне појаве депресије се повећава ако је адолесцент већ имао једну депресивну епизоду или анксиозни поремећај. Младе особе које имају проблема са учењем, поремећајем исхране или злоупотребом психоактивних супстанци, имају и већу шансу да оболе од менталних поремећаја (33).

Већина истраживача се слаже у оцени да листу неповољних догађаја, који могу бити окидач депресије и анксиозности код предиспонираних младих особа, чине: раздвајање, развод родитеља или чак и неких блиских рођака, смрт вољене особе, пресељење у други град или други део града, неуспех на факултету, у спорту, повреда или физичка болест која води хоспитализацији или ограниченој активности, поновљено физичко, емоционално или вербално злостављање (34). Ови поремећаји утичу на функционисање јединке узрокујући, не само емоционалну патњу, већ и смањење квалитета живота, стигму и дискриминацију. Праћени су дуготрајним лечењем, честим одсуством са посла, незапослености и смањеном продуктивношћу (35). Код студентске популације најчешће се огледају у: прекидању школовања, смањеној способности за постизање академског успеха, нарушавању интерперсоналних односа и повећаној склоности ка самоубиству (36).

1.5. Превенција менталних поремећаја

Последњих године се све већа пажња посвећује превенцији менталних поремећаја и концепту промоције менталног здравља. Активности промоције менталног здравља подразумевају стварање индивидуалних, социјалних и фактора средине, који омогућавају оптималан психички и физички развој индивидуе (37). У фокусу ових активности налази се унапређење позитивног менталног здравља у општој популацији, са посебном усмереношћу на потребе оних који су у ризику или већ имају одређене здравствене проблеме.

Стратегије за унапређење менталног здравља фокусиране су на очување позитивних аспеката менталног здравља, али своје деловање проширују и на особе које већ имају менталне проблеме или поремећаје. Промоција здравља укључује и стварање супортативног окружења, смањење стигматизације, дискриминације и пружање подршке појединцима и службама које раде са корисницима и њиховим породицама (12).

Превенција у области менталног здравља подразумева скуп мера усмерених на: очување и унапређење здравља, спречавање и сузбијање менталних поремећаја, рано откривање и лечење, смањење броја могућих последица или ублажавање степена њихове изражености (2). Превенција менталних поремећаја има за циљ да смањи инциденцију и преваленцију менталног поремећаја, време трајања симптоматологије, односно, да смањи број фактора ризика, спречавајући или одлажући појаву рецидива и редукујући утицај поремећаја на оболелог, породицу, али и читаво друштво (37,38).

Превенција менталних поремећаја може се поделити на:

А-примарну (за циљ има очување и унапређење здравља, као и спречавање и сузбијање поремећаја, односно, смањење инциденције обољевања на најмању могућу меру);

Б-секундарну (за циљ има смањење преваленције поремећаја, скраћивање трајања психијатријских поремећаја путем ране дијагнозе и ефикасног раног третмана) и

В-терцијарну (за циљ има сузбијање и ограничавање последица поремећаја и поновно успостављање способности које су, због поремећаја, изгубљене или очување оних које су биле угрожене) (2).

У нешто новијем концепту, превентивне активности менталних поремећаја су сврстане у шири контекст интервенција, тако да се могу поделити у три главне категорије:

1. универзалне (усмерене на општу популацију);
2. селективне (усмерене на групе са високим ризиком) и
3. индиковане (усмерене на појединце или групе са високим ризиком који показују минималне, али региструјуће, знаке или симптоме менталних поремећаја) (37,38).

Поред три класична нивоа превенције, релативно скоро је препознат нови, примордијални ниво, који предходи примарном нивоу превенције или се поклапа са њим. Увођење нивоа примордијалне превенције је последица пораста укупног знања у области изучавања етиологије низа болести. Циљ примордијалне превенције је спречавање појаве да се у некој популацији устале обрасци понашања, у социјалној, економској и културној сфери живота, који доводе до повећања ризика од појаве појединих болести. За овај вид превенције потребно је укључивање заједнице и читавог друштва (1).

1.5.1. Примарна превенција

Примарна превенција подразумева предузимање низа мера и поступака који, у периоду препатогенезе болести, имају за циљ да смање могућност за појаву болести. Мере примарне превенције могу се спроводити активно и пасивно. Активни приступ превенцији односи се на одређене промене у понашању индивидуе, док пасивни приступ то не захтева и због тога је некада једноставнији за извођење.

Примарна превенција укључује две стратегије које се често прожимају. Прва стратегија се односи на читаву популацију и има за циљ смањење просечног ризика од настанка болести (популациони приступ), док се друга односи на појединце са високим ризиком (индивидуални приступ). Истраживања су показала да индивидуални приступ утицаја на појединца са високим ризиком, има значаја у превенцији обољења код тих особа, али да мало доприноси превенцији обољења на популационом нивоу, јер појединци са високим ризиком мало утичу на укупно оптерећење болешћу на нивоу популације.

Највећа предност популационог приступа превенцији је то, што он не захтева идентификацију појединца или група са високим ризиком. Основни недостатак овог приступа је што не мора да буде од велике користи појединцу, с обзиром на низак степен његовог индивидуалног ризика. Овај феномен је познат као превентивни парадокс, а састоји се у томе да нека превентивна активност, која доноси велику корист популацији, не мора истовремено да користи појединачном члану (39).

Очување и унапређење здравља, названо још и примарна неспецифична превенција, подразумева низ мера и активности којима се побољшава здравље људи. То нису мере превенције у класичном смислу те речи, које су усмерене на превенцију одређеног обољења. То су неспецифичне мере, које се предузимају како би, иначе здрави, људи били још бољег здравственог стања и како би у току свог живота били мање подложни обољевању.

Постоји велики број мера неспецифичне превенције. То су, заправо, све оне мере које за циљ имају подизање животног стандарда, заштиту човекове околине и здравији живот у целини. Најважније мере неспецифичне превенције су: лична хигијена, правилна исхрана, физичка активност, образовање, лични и друштвени стандард, избегавање ризичног понашања, здравствено васпитање и стил живота.

Различита цивилизацијска достигнућа, која су саставни део живота у великим градовима, доводе људе у ситуацију да се све мање крећу, што представља фактор ризика за велики број обољења. Треба водити рачуна о томе да се људима омогући да потребу за кретањем задовоље додатним активностима. Ово представља изузетно важну меру унапређења здравља у високо развијеним срединама, у којима су људи потпуно изгубили ту своју природну потребу (1,40)

Показало се да је ниво здравља у срединама са вишим стандардом живота, упркос свим невољама које доноси цивилизација, ипак на вишем нивоу него у срединама са ниским животним стандардом. Висок национални доходак и богатство земље у целини не доводе, међутим, аутоматски до бољег здравља свих њених становника. Велике разлике у економском и социјалном положају људи и у богатим земљама показале су се као препрека за опште благостање. Истраживања су указала на то да људи са вишим степеном образовања имају и веће шансе да буду бољег здравља од људи са нижим степеном образовања. Постоји неколико разлога за такво стање (више образовање обично

обезбеђује бољи посао, већу зараду и виши животни стандард, особе са вишим образовањем имају и виши ниво знања о здрављу и о болестима, о вредности здравља, као и о мерама превенције, па су и у већој могућности да унапреде и заштите своје здравље).

Постоји још неколико изазова који представљају неоспорне ризике по ментално здравље, а могу се превенирати. Реч је о животним навикама попут пушења, прекомерне употребе алкохола и коришћења других психоактивних супстанци. Све ове навике се, под друштвеним притисцима, могу прихватити без размишљања већ у раној младости. Додатни проблем представља и чиљеница да већина њих доводи до зависности и жеље за све већим конзумирањем (1).

Здравствено вапитање је скуп активности којима се шире знања и утицај на ставове и понашање људи, у циљу унапређења њиховог здравља, али и спречавања и сузбијања обољења. Здравствено васпитање представља сваку комбинацију искуства у учењу, дизајнирану тако да предиспонира, оснажи и подржи добровољну адаптацију индивидуалног или колективног понашања које води здрављу. Здравствено вапитање има улогу:

- да помогне људима да поправе своје здравствено стање (кроз неопходне информације о томе како се превенира поремећај и неспособност и одржава највећи могући ниво добробити) и да направе неопходне модификације свог индивидуалног стила живота и понашања када је то неопходно;
- да помогне у смањењу трошкова у систему здравствене заштите и то тако што ће утицати на смањење непотребних захтева;
- да укључи корисника (пацијента) у очување сопственог здравља и коришћење услуга здравствене службе.

Постоји неколико приступа у здравственом васпитању, па се сходно томе дефинишу и циљеви различитог нивоа:

- когнитивни циљеви (усмерени на обезбеђивање одређеног квантума информација и знања и утицај на свест о значају здравља);
- афективни циљеви (имају задатак да допринесу формирању свести о утицају властитог и околиноског понашања на здравље, а ови циљеви су, такође, усмерени и на измену или формирање ставова о здрављу);

- бихевиорални циљеви (усмерени су на припрему и доношење одлуке о промени понашања као и на извршење те одлуке, односно на промену понашања) и
- социјални циљеви (разликују се од прве три групе циљева по томе што су превасходно усмерени ка индивидуи и указују на утицаје које здравствено васпитање може имати у заједници) (1).

Данас се, широм света, спроводе бројни здравствено-васпитни програми усмерени на популацију у целини или групе под ризиком, у намери да се утиче на ставове и да се потпомогне промена понашања ради побољшања здравља. Ове програме организују и спроводе међународне организације, владе појединих земаља, школство, здравство, као и бројне приватне, хуманитарне, невладине и друге организације (40)

Здрави стилови живота подразумевају свеукупан начин живота који води бољем здрављу. То је релативно нов израз, који обухвата скуп навика и обичаја на који утиче, мења га, подстиче или ограничава доживотни процес социјализације. Ове навике и обичаји укључују коришћење психоактивних супстанци, затим, навике у исхрани, физичку активност итд. Све ово има утицаја на здравље и често је предмет истраживања.

Врло значајна карактеристика стила живота јесте рад и однос према раду. Ако особа ради посао који воли, који јој пружа сатисфакцију и обезбеђује материјална средства довољна за пристојан живот, онда такав рад доприноси бољем здрављу (1).

Други битан аспект примарне превенције, који се још назива и специфична превенција, представља спречавање и сузбијање поремећаја. Реч је о мерама које су фокусиране на спречавање конкретних болести и специфичне су за та обољења (1).

Систематски рад у области примарне превенције менталних поремећаја подразумева рад стручњака у тиму који чине: психијатари, психолози, социјални радници, медицински техничари и други стручни профили. Улоге стручног тима у заштити менталног здравља су:

- рано и благовремено откривање младих особа које испољавају неадекватно понашање и имају менталне поремећаје;
- планирање и реализација конкретних програма из области менталног здравља;
- едукација едукатора, здравствених радника и других субјеката;
- прикупљање епидемиолошких података о морбидитету менталних поремећаја;

- помоћ домовима здравља у циљу спровођења превенције менталних поремећаја
- и
- подизање нивоа здравствене културе у свим друштвеним слојевима.

Рад у саветовалиштима за младе може бити драгоцен за усмеравање нормалног функционисања, али и за рано откривање менталних поремећаја.

Велика помоћ у примарној превенцији менталних поремећаја очекује се од родитеља, који треба да препознају "чудно понашање" код свог детета како би се благовремено реаговало (41).

1.5.2. Секундарна превенција

Секундарна превенција подразумева рано откривање болести и благовремено лечење. Циљ овог облика превенције је заустављање напредовања болести, а примењује се у фази патогенезе болести. Секундарна превенција има већи ефекат код обољења која у природној историји имају период који се лако открива и лечи, чиме се спречава прогресија, у којој је терапијски третман дужи и мање ефикасан. Да би секундарна превенција била успешна, морају да буду испуњена два услова: сигуран и безбедан метод откривања болести у преклиничкој фази и ефикасан метод интервенције (40).

Један од најзначајнијих видова секундарне превенције је скрининг, односно, прелиминарно откривање непрепознатих поремећаја здравља у пресимптоматској фази болести, коришћењем различитих поступака (физикални преглед, лабораторијска процедура, упитник, скале), који могу брзо и лако да се примене. Скрининг не представља дијагностичку процедуру, већ вероватноћу настанка поремећаја. Циљ скрининга је рано откривање поремећаја здравља на чији се ток или исход може деловати (39).

Када говоримо о скринингу, свакако би требало поменути модел природног тока болести. Уколико се не лечи, болест еволуира кроз низ карактеристичних фаза у свом уобичајеном развоју, који називамо природни ток болести. Природни ток обољења пролази кроз две фазе: период препатогенезе и период патогенезе. У периоду препатогенезе индивидуа је у равнотежном положају са својом околином и релативно је здрава иако је изложена великом броју околињских фактора, разноврсних по свом

карактеру, интензитету и трајању. Основни циљ је да се индивидуа што дуже одржи у овој фази болести. Период патогенезе почиње појавом иницијалних промена у организму на нивоу физиолошких процеса. Период патогенезе пролази кроз две фазе: пресимптоматску и симптоматску. Пресимптоматску фазу карактерише појава знакова поремећаја здравља без приметних симптома који би указивали на патолошки процес односно пресимптоматска фаза представља интервал од тренутка када се болест може открити скринингом до појаве првих симптома. У овој фази болести, често може да постоји једна или више критичних тачака. Критична тачка је тренутак до којег рано откривање болести даје бољи исход, односно до које се може модификовати природни ток болести. Скрининг нема смисла изводити уколико не постоји ниједна од критичних тачака. Данашња медицина, још увек, није у могућности да те промене примети у почетном моменту. Потребно је одређено време да се оне развију до извесног степена, па да буду идентификоване и то само под условом да се траже специфичним методама. Када се у непрекидној интеракцији између човека и његове животне средине, у једном моменту стекну сви одређени услови, почиње да се развија обољење, тј. јављају се први симптоми, што представља симптоматску фазу природног тока болести. Тек у овој фази, поремећај је могуће открити уобичајеним дијагностичким методама (1).

1.5.3. Терцијарни облик превенције

Рехабилитација (терцијарни облик превенције) представља примену свих расположивих мера како би се смањиле последице обољења, као и недостаци, неспособности, хендикепи, укључујући и социјалну интеграцију. Већина неспособности је мултифакторијална, па је зато важно да и приступ њиховој рехабилитацији буде свеобухватан и да укључи све аспекте (медицинске, социјалне, психолошке, економске као и факторе запошљавања). Веома је важно, такође, да рехабилитација не буде једносмеран процес, већ да активно укључује пацијента, али и читав тим стручњака. Рехабилитација не представља само адаптацију онеспособљене индивидуе на средину у којој живи, већ подразумева и мењање те средине према потребама људи који имају нека ограничења (41).

Када су у питању млади, циљ рехабилитације је њихово оспособљавање за укључивање у нормалне животне токове. образовање прилагођено способностима, али и укључивање у образовни процес од круцијалног су значаја за будућност младе особе. У том смислу, веома је важно обезбеђивање адекватног образовања. То може бити укључивање у већ постојећи систем образовања, када за то постоје услови, или обезбеђивање специјалног образовања, када је то неопходно. Породична средина и подршка су веома значајни. Претерана забринутост родитеља, као и стављање детета у презаштићен положај, често су препрека потпуном опоравку.

У развијеним земаља, овакве особе оснивају своја удружења чији је основни циљ остваривање права својих чланова на равноправни статус у друштву. Поред тога удружења се баве и многим другим активностима (оснивају фондове за међусобну помоћ, пружају могућности за школовање и запошљавање својих чланова, чиме штите њихове интересе) (1).

2. ОСНОВНИ ЦИЉ СТУДИЈЕ

Основни циљ студије јесте процена менталног здравља уз детекцију депресивности и анксиозности код студентске популације.

2.1. ПОСЕБНИ ЦИЉЕВИ СТУДИЈЕ

- утврђивање неких од фактора ризика за настанак менталних поремећаја код студентске популације;
- утврђивање преваленције и степена депресивности и анксиозности код студентске популације;
- детекција популације студената код којих је повећан ризик од настанка менталних поремећаја и
- израда предлога програма превенције менталних поремећаја и промоције менталног здравља студентске популације на основу резултата истраживања.

3. ХИПОТЕЗЕ

У истраживање се улази са следећим претпоставкама:

- преваленција менталних поремећаја код студентске популације се не разликује значајно у односу на одрасло становништво;
- депресивност је учесталија код особа женског пола старије популације, па се слична ситуација очекује и код испитиване популације;
- најчешћи поремећај менталног здравља је депресија;
- студенти ранијих година студија имају виши ниво депресивности и анксиозности у односу на старије (имају више скорове на скали процене депресивности и анксиозности);
- међу студентима различитих факултета, различит је и ниво депресивности и анксиозности;
- студенти различитог социо-економског статуса имају и различит ризик од менталних поремећаја.

4. МЕТОД РАДА

4.1. Врста истраживања

За ово истраживање коришћена је проспективна студија пресека.

4.2. Време и место истраживања

Истраживање је спроведено у периоду од октобра 2012. године до априла 2014. године, у њему су учествовали студенти свих 12 факултета Универзитета у Крагујевцу Крагујевачког ниверзитета, у пет различитих градова:

Крагујевац (шест факултета);
Чачак (два факултета);
Краљево (један факултет);
Ужице (један факултет);
Јагодина (један факултет) и
Врњачка Бања (један факултет).

4.3. Популација и јединица посматрања

Истраживањем је обухваћено 10,7% од укупног броја уписаних студената школске 2011/2012. године, што је укупно 1.940 испитаника, старости од 18 до 29 година.

4.4. Узорковање

Као метода одабира узорка, коришћен је случајни узорак. Процентуално броју студената, који похађају одређене факултете, формиран је једноетапни узорак. У узорку су се нашли студенти свих година студија и оба пола.

Величина узорка је одређена бројем студената Универзитета у Крагујевцу и износи 1940 чланова-испитаника. ($p-t \times SE \leq P \leq p+t \times SE$; $t= 2,58$ што одговара вероватнићи од 0,99 $SE=0,0046$; $4\% \leq P \leq 10\%$ што указује да израчунати број величине узорка износи $725 \leq NP \leq 1812$). Јачина студије за овај број узорка је 1.0. у односу на примењене статистичке тестове.

4.5. Инструменти истраживања

4.5.1. Као инструмент истраживања коришћен је стандардизовани упитник (прилагођен студентима) из Протокола истраживања здравственог понашања СЗО, који се односи на демографске социо-економске индикаторе, самопроцену здравља и понашање студената у вези са здрављем. Упитник је анониман и састоји се од 108 питања. Обележја су нумеричка и атрибутивана, а модалитети обележја су развијени у оквиру ординалних скала. Овом упитнику су придодате варијабле од интереса за истраживање. Упутством за попуњавање упитника предвиђене су следеће могућности одговарања на постављена питања:

- заокруживање једног или више понуђених одговора;
- уписивање знака, који је испитаник изабрао као свој одговор, у одговарајућу "кућицу" и
- уписивање одговора на линију (код отворених модалитета).

4.5.2. За утврђивање интензитета депресивне симптоматологије депресивности коришћена је Бекова скала депресивности (BDI) (42).

BDI се користи и за клиничке и за истраживачке потребе. Креиран је 1961. године, а након тога ревидиран и објављен као BDI IA а касније и као BDI II (43).

За ово истраживање коришћена је ревидирана верзија инструмента (BDI IA), која је преведена на српски језик (44). Скала се састоји од 21 питања која се односе на то, како се субјекат осећао током последње недеље. Свако питање има сет од четири могућа одговора, рангирана према интензитету (нпр. 0 – нисам тужан, 1 – тужан сам, 2 - тужан сам све време и не могу да се отргнем од тога, 3 - толико сам тужан и несрећан да то не могу да поднесем).

Добијени резултати се сабирају и сврставају у једну од следећих категорија: 0-9 без симптома; 10-15 блага промена расположења или блага депресивност; 16-19 блага до умерена депресивност; 20-29 умерена депресивност и 30-63 озбиљна или клиничка депресивност. Опсег бодова се креће од 0 до 63 (44).

Треба нагласити да ова скала не служи за постављање дијагнозе депресивних поремећаја, већ се користи за регистровање присуства одређених депресивних симптома (44).

4.5.3. За утврђивање анксиозности коришћена је Бекова скала анксиозности (BAI). Ова скала може да се користи и за клиничке и за истраживачке потребе. Питања се односе на присуство одређених симптома анксиозности (нпр. страх да ће се десити најгоре, нервоза, немогућност опуштања, престрављеност или уплашеност, дрхтавица, осећање губитка контроле итд.). Свако питање има опсег од четири могућа одговора међу којима испитаници бирају један (0-уопште не, 1-благо "није ми много сметало", 2-умерено "било је врло непријатно, али сам могао да поднесем" и 3-озбиљно "било је скоро неподношљиво"). Скала је градирана тако да први одговор носи 0, а четврти 3 поена. Опсег могућих бодова на скали креће се од 0 до 63. На основу скорова добијених на скали, испитаници се могу сврстати у једну од четири категорије: 0-7 они са минималним нивоом анксиозности, 8-15 они са благом анксиозношћу, 16-25 они са умереном анксиозношћу и 26-63 они са озбиљном анксиозношћу (45).

Треба нагласити да ова скала не служи за постављање дијагнозе анксиозних поремећаја, већ се користи за регистровање присуства одређених анксиозних симптома. (44).

4.6. Варијабле

За потребе овог истраживања варијабле су груписане у следеће целине:

- демографске и социо-економске карактеристике испитаника (пол, године живота, карактеристике места живљења, тј. тип насеља, занимање и стручна спрема оца, занимање и стручна спрема мајке, запосленост оца/мајке, брачни статус, стално место боравка, имовно стање породице, поседовање своје собе, врста факултета, година студија, задовољство избором факултета, задовољство условима студирања, задовољство просечном оценом, очекивања родитеља/професора у вези са постизањем академског успеха, вршење притиска околине на уписивање факултета);

- адиктивна својства (учесталост конзумирање цигарета, дужина пушачког стажа, пушење из задовољства, односно да би се савладале стресне ситуације, учесталост конзумирања алкохола, да ли је долазило до пијанства, конзумирање других психоактивних супстанци, нпр. марихуане, хашиша, алкохола са седативима, кокаина, као и најчешћа места на којима се користе психоактивне супстанце);

- хигијенске навике (бављење физичком активношћу, просечно време спавања);
- начин исхране (дистрибуција obroka, учесталост конзумирања појединих јела и пића);

- самопроцена здравственог статуса;
- соматске карактеристике и хроничне болести (учесталост главобоље, болова у стомаку, бола у леђима, малаксалости, потиштености, раздражљивости, нервозе, тегоба са спавањем, вртоглавице, присуство менталног поремећаја, присуство неке друге хроничне болести/инвалидитета, присуство менталног поремећаја код члана породице);

- вољно нагонске карактеристике (размишљање о самоубиству, покушај самоубиства, сексуална оријентација, ступање у сексуалне односе, налажење емотивног партнера/партнерке) и

- карактеристике социјалног живота (задовољство сопственим изгледом, способност налажења блиских пријатеља, стицање нових пријатеља, осећање усамљености, учесталост излазака са пријатељима, нпр. у биоскоп, позориште, на концерте или утакмице, могућност "отвореног разговора" о проблемима са родитељима,

братом/сестром, пријатељем, искуство психичког или физичког малтретирања, присуствовање здравствено-васпитној активности на тему менталног здравља).

4.7. Поступак током анкетања

Пре почетка истраживања добијено је одобрење Етичког комитета Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу да истраживање може да се спроведе и да је у складу са свим етичким нормама. Декани одабраних факултета су, потом, писменим путем били обавештени о сврси и начину спровођења истраживања и затражена је дозвола да се на њиховим факултетима обави анкетање.

Уследило је анкетање студената, које је спровођено или пре, или након предавања/вежби на факултетима, у тачно заказаним терминима. За попуњавање упитника било је потребно око 25 минута. Пре самог анкетања, испитаници су од истраживачког тима добили детаљна упутства о начину попуњавања упитника, а потписивали су и Информисани пристанак-документ. Овим чином су потврдили да су упознати са методологијом и сврхом истраживања, као и са чињеницом да ће се њихови подаци чувати у тајности и бити искоришћени искључиво у истраживачке сврхе.

4.8. Статистичка обрада

Обрада података (база и статистичка обрада) вршена је у програму SPSS 19.0. Резултати дисертације су приказани преко мера дескриптивне статистике (аритметичка средина, стандардна девијација, медијана, кватили, фреквенце и проценти). За поређење средњих вредности променљивих двеју популација коришћен је Т тест за независне узорке и Ман-Витнијев тест, а за поређење средњих вредности променљивих више популација коришћени су Краскал-Волисов тест и анализа варијанси. Повезаност категоријских променљивих испитивана је помоћу Хи-квадрат теста за табеле контингенције и помоћу Фишеровог теста, а повезаност категоријских променљивих помоћу Пирсонове и Спирманове корелације. Одређивање утицаја променљивих на појаву депресивности, анксиозности, менталног поремећаја и ризика од менталног поремећаја, рађено је помоћу униваријантне и мултиваријантне бинарне логистичке регресије.

5. РЕЗУЛТАТИ

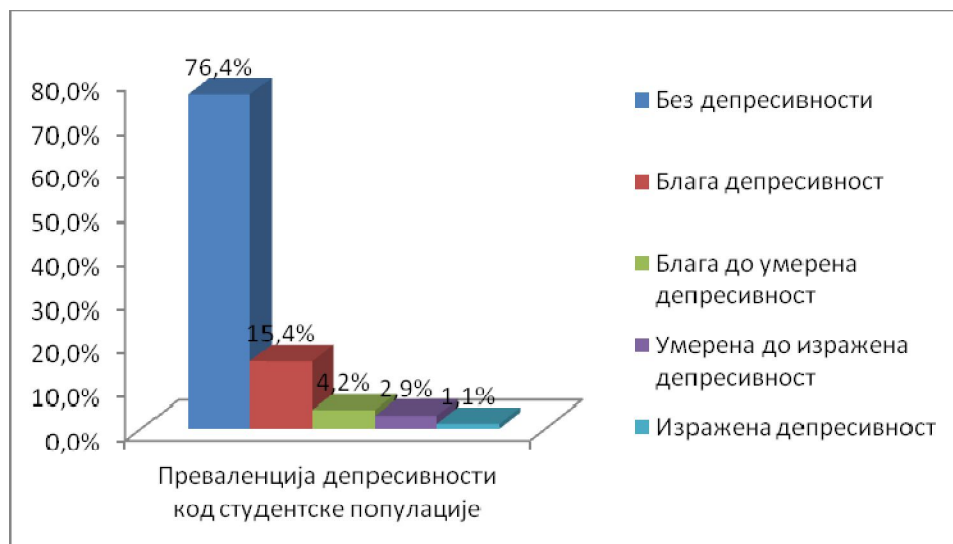
5.1. Опис узорка

Током истраживања дистрибуирано је укупно 2000 упитника, а од тог броја неважећих упитника је било 60. Студијом је обухваћено 1940 испитаника, а стопа одговора је износила 97,0%.

5.2. Преваленција депресивности и анксиозности код студентске популације

Према добијеним резултатима, преваленција депресивности код испитиване студентске популације износи 23,6%. Блага депресивност је констатована код 15,4% студената, блага до умерена код 4,2 %, умерена до изражена код 2,9% студената, док је код 1,1% студената нађена изражена депресивност (Графикон 5.2.1.).

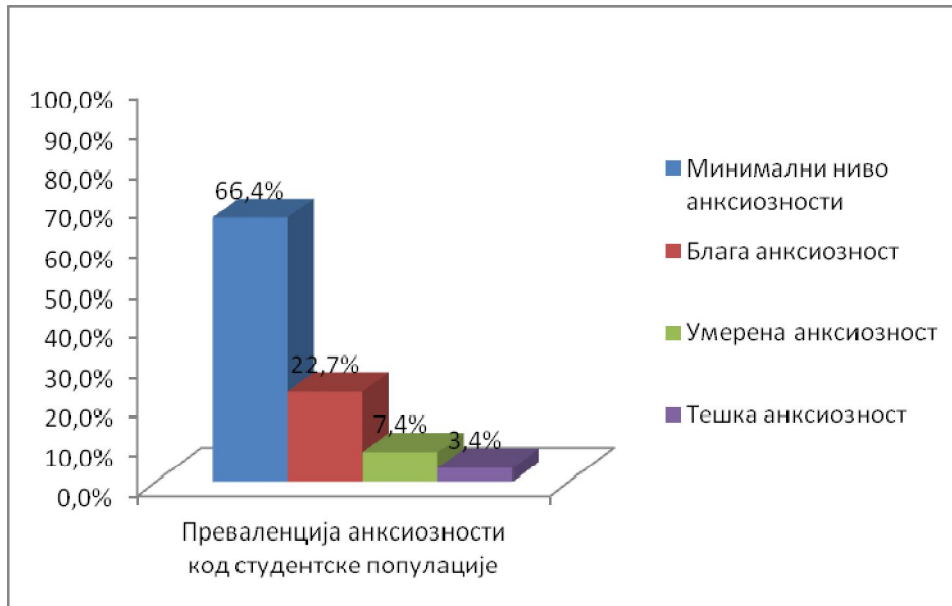
Графикон 5.2.1. Преваленција депресивности код студентске популације



N=1765

Преваленција анксиозности код испитиване студентске популације износи 33,6%. Блага анксиозност нађена је код 22,7% испитаника, умерена код 7,4% студената, док је код 3,4% студената констатована тешка анксиозност (Графикон 5.2.2.).

Графикон 5.2.2. Преваленција анксиозности код студентске популације

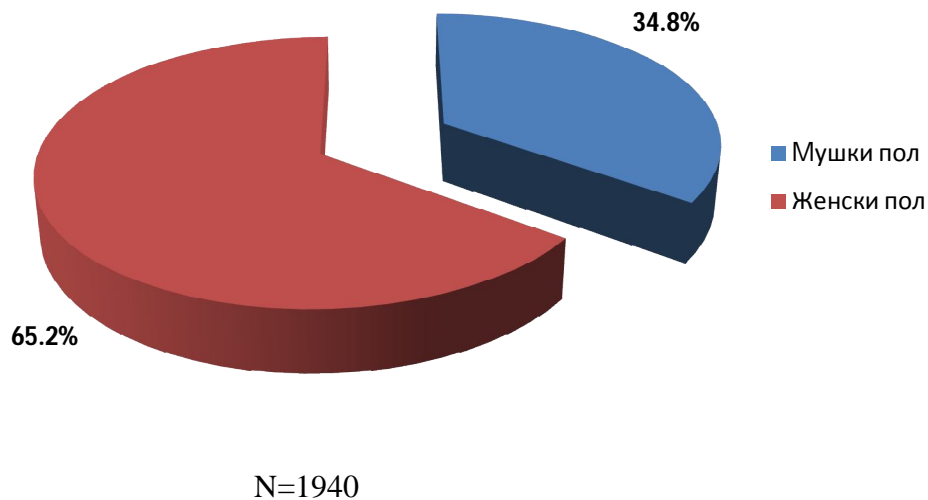


N=1750

5.3. Демографске карактеристике испитаника

У спроведеном истраживању учествовало је 65,2% особа женског и 34,8% особа мушког пола (Графикон 5.3.).

Графикон 5.3. Демографске карактеристике испитаника



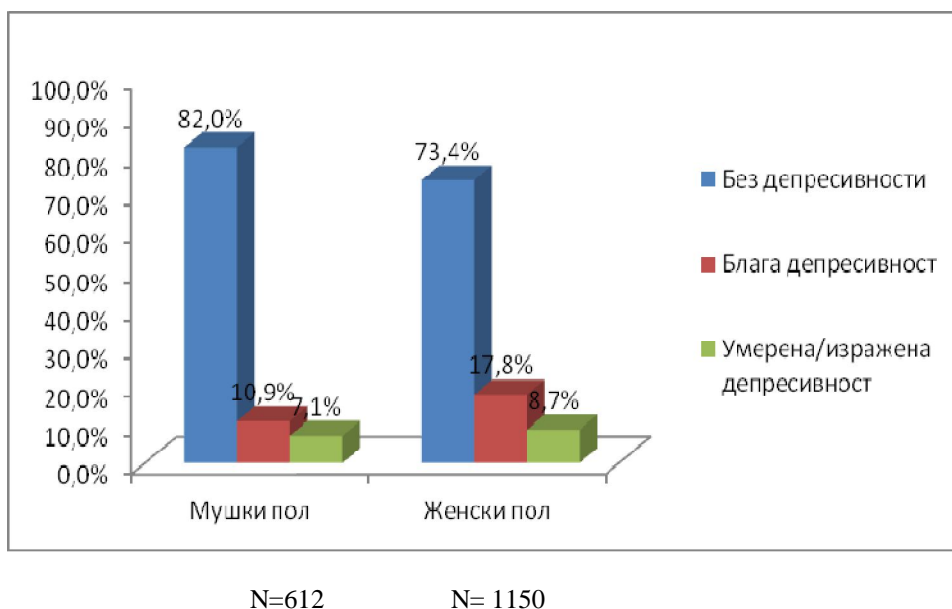
Просечна старост испитаника из узорка износи 21,04 године ($SD = 2.23$). Најмлађи испитаник имао је 18, а најстарији 30 година. Највећи број студената (55,4%) живи у граду, њих 19,7% живи у приградским насељима, а у сеоској средини живи 24,9% испитаних студената.

5.3.1. Повезаност између демографских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживањем је утврђено да су пол и степен депресивности повезани ($p < 0.0005$).

Блага депресивност је учесталија код студенткиња (17,8%) у односу на студенте (10,9%), а умерена/изражена депресивност је присутна код 8,7% студенткиња и 7,1% студената (графикон 5.3.1.).

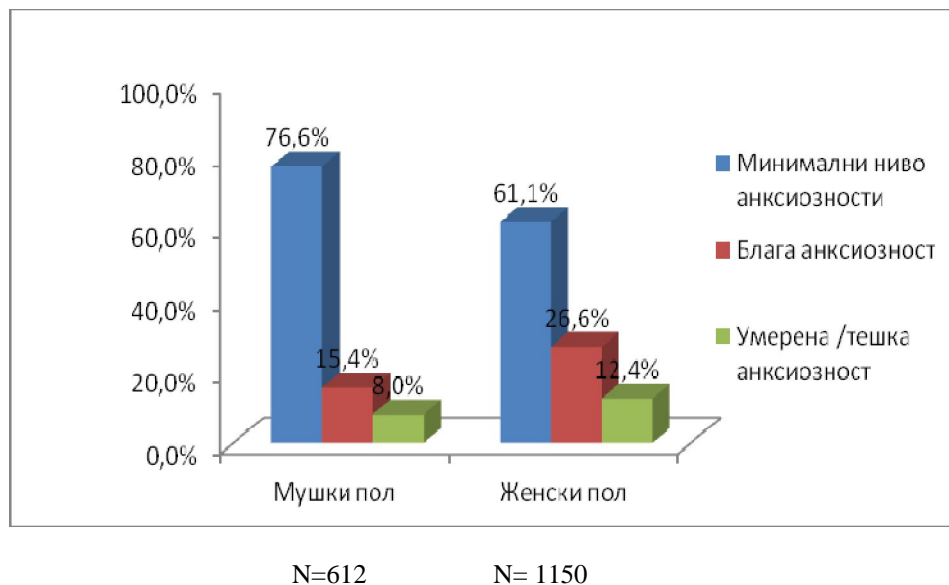
Графикон 5.3.1. Повезаност између пола и степена депресивности



Истраживањем је утврђено да су пол и степен анксиозности, такође, повезани ($p < 0.0005$).

Код студенткиња је учесталија блага анксиозност (26,6%), у односу на студенте (15,4%). Код студенткиња је, такође, учесталија и умерена/тешка анксиозност (12,4%), у односу на студенте (8,0%) (Графикон 5.3.2.).

Графикон 5.3.2. Повезаност између пола и степена анксиозности



5.4. Социо-економске карактеристике испитаника

Социо-економске карактеристике испитаника приказане су у Табели 5.4.1.

Табела 5.4.1. Социо-економске карактеристике испитаника

Варијабле	Укупан број	(%)
Године студија	(N = 1931)	
1	577	29.9
2	519	26.9
3	385	19.9
4	300	15.5
5	67	3.5
6	83	4.3
Факултет	(N = 1934)	
Економски факултет	390	20.2
Правни факултет	224	11.6
Факултет медицинских наука	345	17.8
Природно-математички факултет	158	8.2
Филолошко-уметнички факултет	144	7.4
Факултет инжењерских наука	171	8.8
Технички факултет	203	10.5
Агрономски факултет	112	5.8
Машински факултет	39	2
Педагошки факултет	34	1.8
Учитељски факултет	90	4.7
Факултет за хотелијерство и туризам	24	1.2
Стручна спрема оца	(N =1875)	
Незавршена основна школа	8	0.4
Основна школа	111	5.9
Средња школа	1335	71.2
Факултет	421	22.5
Запосленост оца	(N =1853)	
Да	1213	65.5
Не	640	34.5
Стручна спрема мајке	(N =1903)	
Незавршена основна школа	5	0.2
Основна школа	158	8.3
Средња школа	1324	69.6
Факултет	416	21.9
Запосленост мајке	(N =1893)	
Да	1055	55.7

Не	838	44.3
Брачни статус	(N=1922)	
Неожењен/неудата	1872	97.3
Ожењен/удата	42	2.2
Разведен/разведена	3	0.2
Удовац/удовица	5	0.3
Да ли имате деце	(N=1924)	
Да	54	2.8
Не	1870	97.2
Поседовање своје собе	(N=1908)	
Да	327	17.1
Не	1581	82.9
Имовно стање породице	(N=1916)	
Одлично	126	6.6
Добро	642	33.5
Средње	982	51.3
Лоше	145	7.6
Веома лоше	21	1
Задовољство избором факултета	(N=1920)	
Изузетно	613	31.9
Углавном	1118	58.2
Не нарочито	154	8
Уопште не	35	1.9
Задовољство условима студирања	(N=1910)	
Да	1306	68.4
Не	604	31.6
Задовољство просечном оценом	(N=1710)	
Да	976	57.1
Не	734	42.9
Моји родитељи очекују превише од мене на факултету	(N=1910)	
У потпуности се слажем	161	8.4
Слажем се	484	25.3
Не знам	311	16.3
Не слажем се	697	36.5
Апсолутно се не слажем	257	13.5
Моји професори очекују превише од мене на факултету	(N=1880)	
У потпуности се слажем	161	8.4
Слажем се	484	25.3
Не знам	311	16.3
Не слажем се	697	36.5
Апсолутно се не слажем	257	13.5

Да ли је неко вршио притисак на Вас да упишете факултет	(N=1880)	16%
Да	300	
Не	1580	84.0%

5.4.2. Повезаност између социо-економских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживањем је утврђена повезаност између године студија и степена депресивности ($p = 0.002$).

Највећи проценат студената са благом депресивношћу налази се на шестој години студија (26,5%), док је тај проценат најнижи код студената прве године (10,1%). Највећа учесталост умерене/изражене депресивности је на петој години студија (11,3%), док је најнижа заступљеност на шестој години студија (4,8%) (Табела 5.4.2.1.).

Табела 5.4.2.1. Повезаност између године студија и степена депресивности

		Депресивност		
		Без	Блага	Умерена/изражена
Година студија	Прва	418	52	43
		81.5%	10.1%	8.4%
	Друга	338	79	47
		72.8%	17.0%	10.1%
	Трећа	273	65	24
		75.4%	18.0%	6.6%
	Четврта	218	48	21
		76.0%	16.7%	7.3%
	Пета	41	6	6
		77.4%	11.3%	11.3%
	Шеста	57	22	4
		68.7%	26.5%	4.8%

Истраживање је показало и повезаност између године студија и степена анксиозности ($p = 0.034$).

Блага анксиозност је најчесталика код студената шесте године (25,6%), а умерена/тешка код испитаних студената треће године (15,0%) (Табела 5.4.2.2.).

Табела 5.4.2.2. Повезаност између године студија и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Година студија	Прва	N	373	106	42
		%	71.6%	20.3%	8.1%
	Друга	N	289	111	54
		%	63.7%	24.4%	11.9%
	Трећа	N	214	87	53
		%	60.5%	24.6%	15.0%
	Четврта	N	186	62	31
		%	66.7%	22.2%	11.1%
	Пета	N	41	11	5
		%	71.9%	19.3%	8.8%
	Шеста	N	56	21	5
		%	68.3%	25.6%	6.1%

Резултати истраживања указују на повезаност између врсте факултета и степена депресивности ($p = 0.014$).

Највећи број студената са благом депресивношћу похађа студије на Агрономском факултету (20,8%), а најмањи на Факултету инжењерских наука (7,3%). Највећи проценат студената са умереном/израженом депресивношћу налази се на Факултету за машинство и грађевинарство (17,9%), док је тај проценат најмањи на Економском факултету (5,4%) и Факултету инжењерских наука (4,7%) (Табела 5.4.2.3.).

Табела 5.4.2.3. Повезаност између врсте факултета и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Назив факултета	Економски факултет	N	291	57	20
		%	79,1%	15,5%	5.4%
	Правни факултет	N	166	30	18
		%	77,6%	14,0%	8.4%
	Факултет медицинских наука	N	237	62	26
		%	72,9%	19,1%	8.0%
	Природно-математички факултет	N	110	19	12
		%	78,0%	13,5%	8.5%
	Филолошко-уметнички факултет	N	88	24	9
		%	72,7%	19,8%	7.4%
	Факултет инжењерских наука	N	132	11	7
		%	88,0%	7,3%	4.7%
	Факултет техничких наука	N	140	22	20
		%	76,9%	12,1%	11.0%
	Агрономски факултет	N	63	20	13
		%	65,6%	20,8%	13.5%
	Факултет за машинство и грађевинарство	N	24	8	7
		%	61,5%	20,5%	17.9%
	Факултет педагошких наука	N	24	6	4
		%	70,6%	17,6%	11.8%
Учитељски факултет	N	57	9	6	
	%	79,2%	12,5%	8.3%	
Факултет за хотелијерство и туризам	N	16	4	3	
	%	69,6%	17,4%	13.0%	

Резултати истраживања указују и на повезаност између врсте факултета и степана анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност је најзаступљенија код студената Економског факултета (24,1%), док је код студената Факултета за машинство и грађевинарство најмање заступљена (17,1%). Умерана/тешка анксиозност је најчесталија код студената Педагошког факултета (29,0%), а најређа код студената Природно-математичког факултета (6,0%) (Табела 5.4.2.4).

Табела 5.4.2.4. Повезаност између врсте факултета и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Назив факултета	Економски факултет	N	249	88	28
		%	68,2%	24,1%	7,7%
	Правни факултет	N	132	38	22
		%	68,8%	19,8%	11,5%
	Факултет медицинских наука	N	211	78	38
		%	64,5%	23,9%	11,6%
	Природно-математички факултет	N	102	38	9
		%	68,5%	25,5%	6,0%
	Филолошко-уметнички факултет	N	81	25	20
		%	64,3%	19,8%	15,9%
	Факултет инжењерских наука	N	110	25	10
		%	75,9%	17,2%	6,9%
	Факултет техничких наука	N	130	38	18
		%	69,9%	20,4%	9,7%
	Агрономски факултет	N	62	19	13
		%	66,0%	20,2%	13,8%
	Факултет за машинство и грађевинарство	N	21	6	8
		%	60,0%	17,1%	22,9%
	Факултет педагошких наука	N	14	8	9
		%	45,2%	25,8%	29,0%
Учитељски факултет	N	39	28	9	
	%	51,3%	36,8%	11,8%	
Факултет за хотелијерство и туризам	N	11	7	6	
	%	45,8%	29,2%	25,0%	

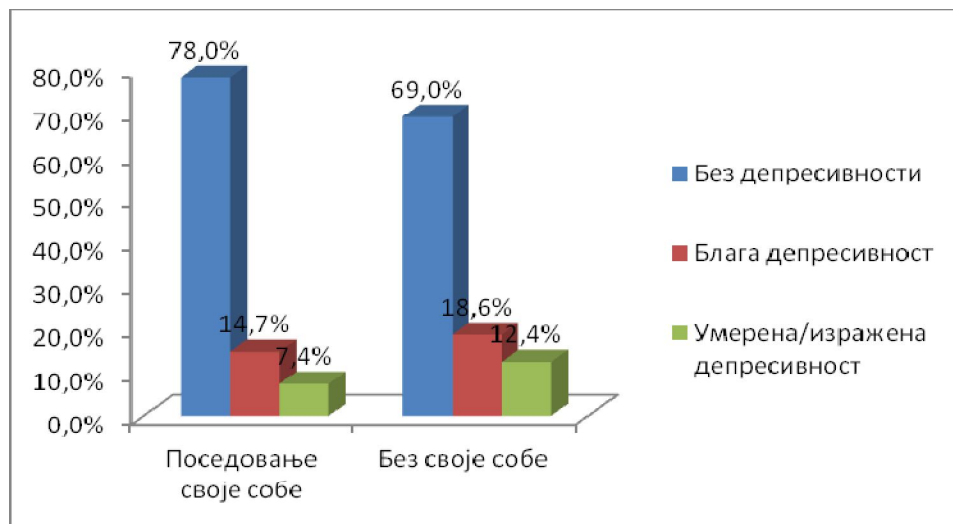
Студија је указала на то да су живот у студентском дому, током студирања, и степен анксиозности повезани ($p = 0.001$).

Код више од једне трећине студената, који живе у студентском дому, констатована је блага анксиозност (32,7%), док је код 10,9% испитаника констатована умерена/тешка анксиозност. Код нешто мање од једне трећине студената, који не живе у студентском дому, нађена је блага анксиозност (32,7%), док је код њих 11,0% нађена умерена/тешка анксиозност.

Резултати истраживања указују на то да су поседовање своје собе и степен депресивности, такође, повезани ($p = 0.001$).

Код нешто мање од једне четвртине студената, који немају своју собу, констатована је блага депресивност (18,6%), а код њих 12,4% умерена/тешка депресивност (Графикон 5.4.2.1.).

Графикон 5.4.2.1. Повезаност између поседовања своје собе и степена депресивности



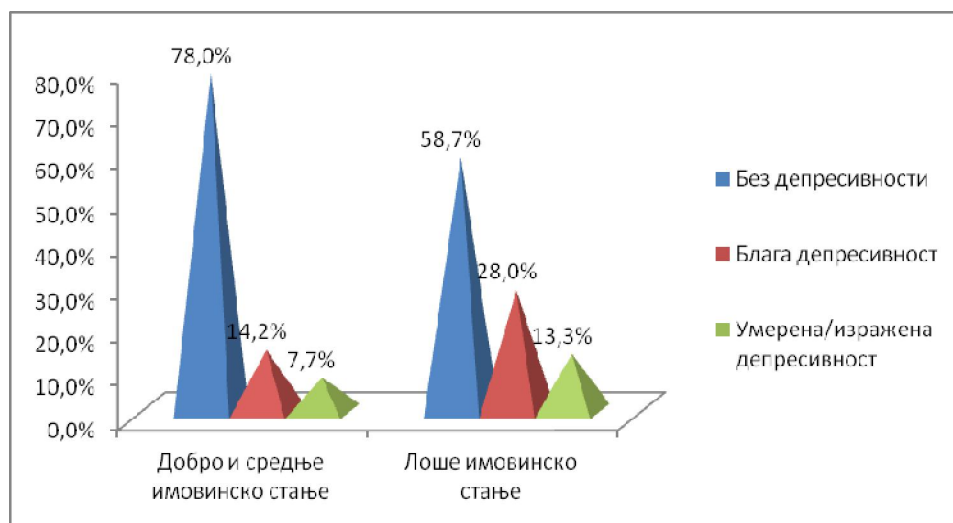
N=1439

N=306

Истраживањем је пронађена повезаност између имовног стања породице и степена депресивности ($p=0.014$).

Блага депресивност уочена је код 28,0% студената, чије је имовно стање породице лоше. Умерена/изражена депресивност је, такође, заступљенија код ове групе студената (13,3%), у односу на суденте, чије је имовинско стање добро и просечно (7,7%) (Графикон 5.4.2.2.).

Графикон 5.4.2.2. Повезаност између имовног стања породице и степена депресивности



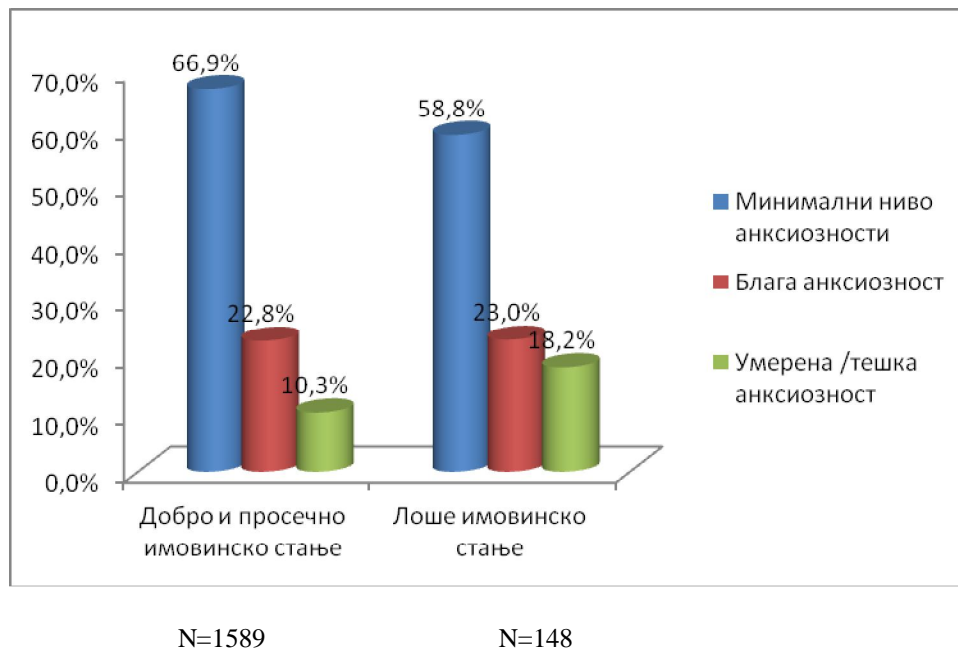
N=1601

N=150

Имовно стање породице и степен анксиозности су, такође, повезани ($p=0.011$).

Умерена/тешка анксиозност је учесталија код студента, чије су породице лошег имовног стања (18,2%), у односу на студенте чије су породице доброг и просечног имовинског стања (10,3%) (Графикон 5.4.2.3.).

Графикон 5.4.2.3. Повезаност имовног стања породице и степана анксиозности



Студија указује и на повезаност између задовољства избором факултета и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност је највише заступљена код студената, који нису нарочито задовољни избором факултета (24,3%), док је најмање заступљена код студената, који су изузетно задовољни избором факултета (10,8%). Умерена/изражена депресивност је најучесталија код студената који уопште нису задовољни избором факултета (23,3%), а најмање је заступљена код студената који су изузетно задовољни избором факултета (5,8%) (Табела 5.4.2.5.).

Табела 5.4.2.5. Повезаност између задовољства избором факултета и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Да ли сте задовољни избором факултета?	Изузетно	N	471	61	33
		%	83.4%	10.8%	5.8%
	Углавном	N	772	168	81
		%	75.6%	16.5%	7.9%
	Не нарочито	N	83	34	23
		%	59.3%	24.3%	16.4%
	Уопште не	N	18	5	7
		%	60.0%	16.7%	23.3%

Према резултатима истраживања, задовољство избором факултета и степен анксиозности, такође, су повезани ($p=0.001$).

Код нешто више од једне трећине судената, који нису нарочито задовољни избором факултета, нађена је блага анксиозност (34,0%) (Табела 5.4.2.6.).

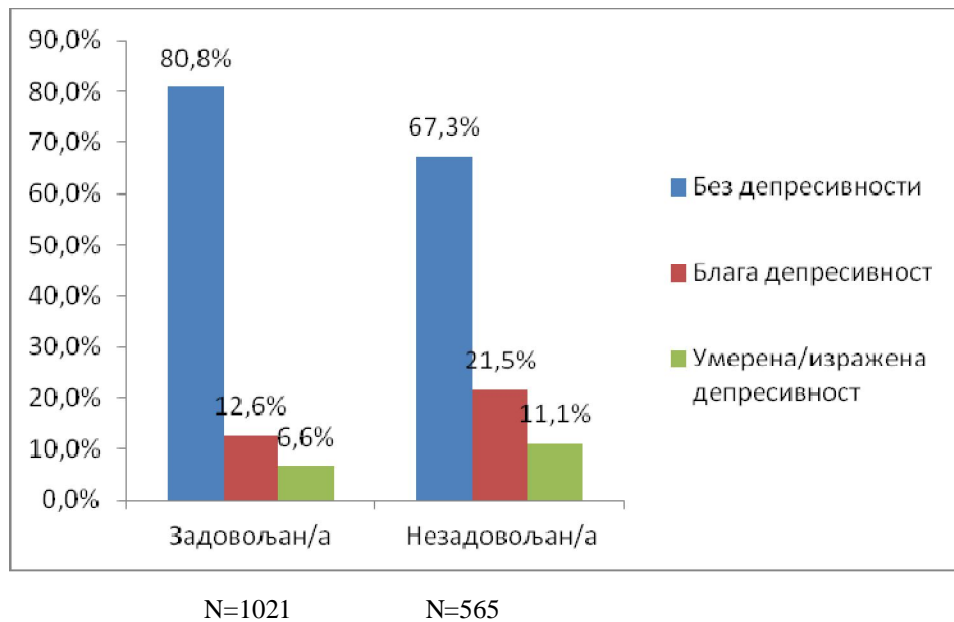
Табела 5.4.2.6. Повезаност задовољства избором факултета и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Да ли сте задовољни избором факултета?	Изузетно	N	393	115	48
		%	70.7%	20.7%	8.6%
	Углавном	N	669	229	115
		%	66.0%	22.6%	11.4%
	Не нарочито	N	75	48	18
		%	53.2%	34.0%	12.8%
	Уопште не	N	18	5	7
		%	60.0%	16.7%	23.3%

Резултати студије су показали повезаност између услова студирања и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Код 21,5% испитаника, који нису задовољни условима студирања, присутна је блага депресивност, док је код њих 11,6% присутна умерена/изражена депресивност (Графикон 5.4.2.4.).

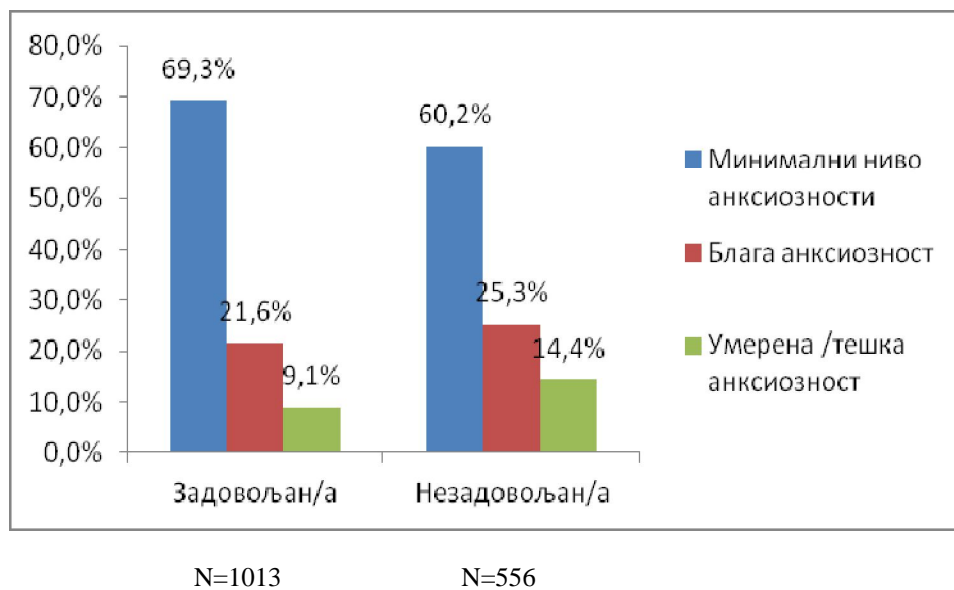
Графикон 5.4.2.4. Повезаност између задовољства условима студирања и степена депресивности



Задовољство условима студирања и спепен анксиозности су, такође, повезани ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност констатована је код 25,3%, а умерена/изражена анксиозност код 14,4% студената, који нису задовољни условима студирања (Графикон 5.4.2.5.).

Графикон 5.4.2.5. Повезаност између задовољства условима студирања и степана анксиозности



Истраживањем је потвђена је повезаност између услова студирања и присуства и депресивности и анксиозности ($p=0.001$).

Појава и депресивности и анксиозности констатована је код 47,4% студената, који нису задовољни условима студирања и код 38,2% испитаника, који су задовољни условима студирања (Табела 5.4.2.7.).

Табела 5.4.2.7. Повезаност између услова студирања и присуства и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Да ли сте задовољни условима студирања?	Да	N	696	431
		%	61.8%	38.2%
	Не	N	264	238
		%	52.6%	47.4%

Студија је показала да постоји повезаност између задовољства просечном оценом студирања и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност присутна је код 19,5% испитаника, који нису задовољни просечном оценом, док је код њих 11,6% присутна умерена/изражена депресивност (Табела 5.4.2.8.).

Табела 5.4.2.8. Повезаност задовољства просечном оценом и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Да ли сте задовољни просечном оценом постигнутом током досадашњег студирања?	Да	N	724	124	55
		%	80,2%	13,7%	6,1%
	Не	N	458	130	77
		%	68,9%	19,5%	11,6%

Резултати истраживања указују на повезаност између очекивања родитеља и степена анксиозности код студената ($p= 0.027$).

Код нешто више од једне четвртине студената, који се у потпуности слажу са тврдњом да родитељи очекују превише од њих на факултету, нађена је блага анксиозност (25,9%), док је умерена/тешка анксиозност констатована код нешто мање од једне петине (18,0%) (Табела 5.4.2.9.).

Табела 5.4.2.9. Повезаност између очекивања родитеља и степена анксиозности

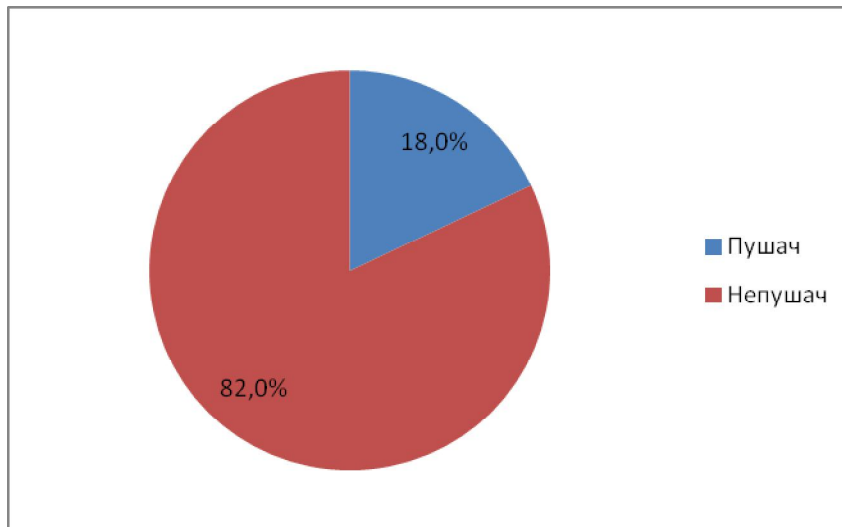
			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/ тешка
Моји родитељи очекују превише од мене на факултету	У потпуности се слажем	N	78	36	25
		%	56,1%	25,9%	18,0%
	Слажем се	N	278	107	55
		%	63,2%	24,3%	12,5%
	Не знам	N	183	68	29
		%	65,4%	24,3%	10,4%
	Не слажем се	N	452	133	56
		%	70,5%	20,7%	8,7%
	Апсолутно се не слажем	N	158	52	25
		%	67,2%	22,1%	10,6%

5.5. Адиктивна својства код студентске популације

5.5.1. Конзумирање цигарета код студентске популације

Истраживањем је утврђено да је скоро сваки пети испитаник пушач (18%) (Графикон 5.5.1.).

Графикон 5.5.1. Процент пушача код студентске популације



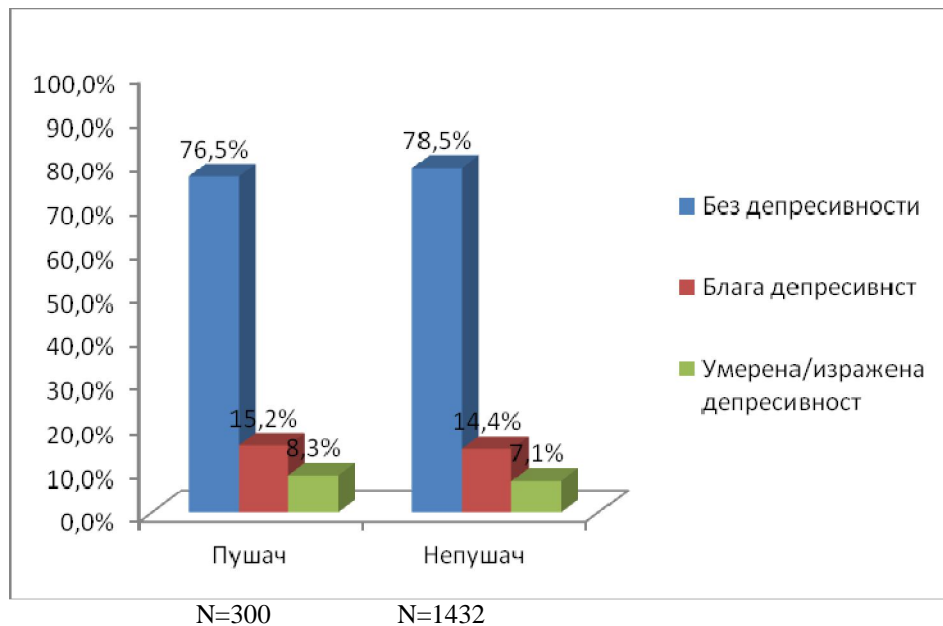
N= 1548

5.5.1.2 Повезаност између конзумирања цигарета и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживањем је утврђено да су конзумирање цигарета и степен депресивности повезани ($p < 0.0005$).

Блага депресивност нађена је код 15,2%, док је умерена/изражена депресивност констатована код 8,3% студената пушача (Графикон 5.5.1.2.).

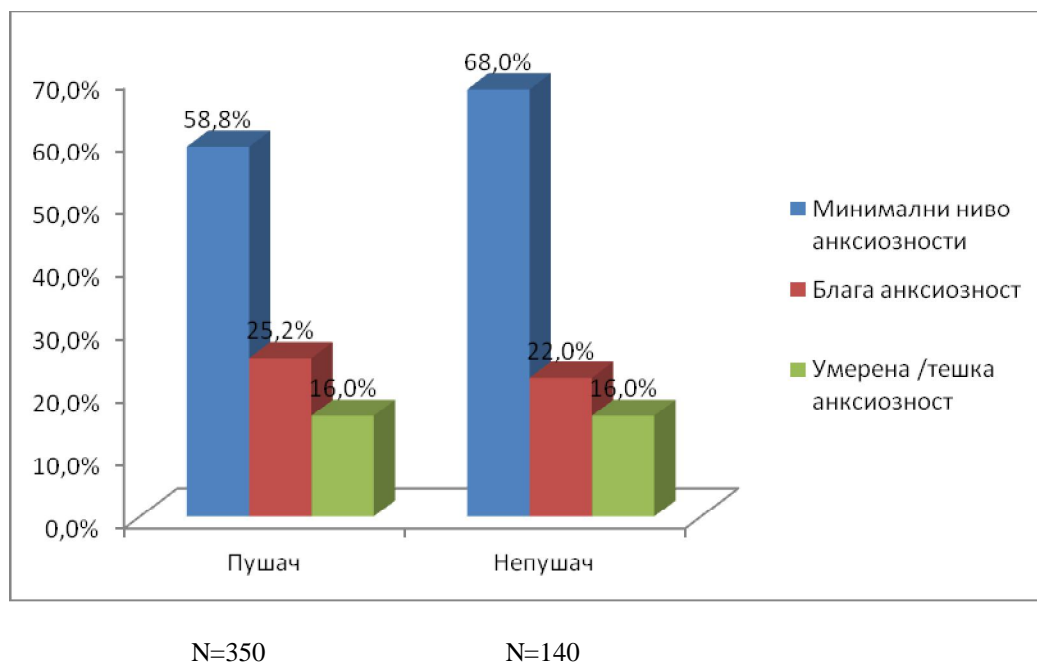
Графикон 5.5.1.2. Повезаност између конзумирања цигарета и степена депресивности



Конзумирање цигарета и степен анксиозности су, такође, повезани ($p= 0.002$)

Блага анксиозност уочена је код једне четвртине студената, који конзумирају цигарете (25,2%), док је умерена/тешка анксиозност нађена код 16,0% испитаника (Графикон 5.5.1.3.).

Графикон 5.5.1.3. Повезаност између конзумирања цигарета и степена анксиозности

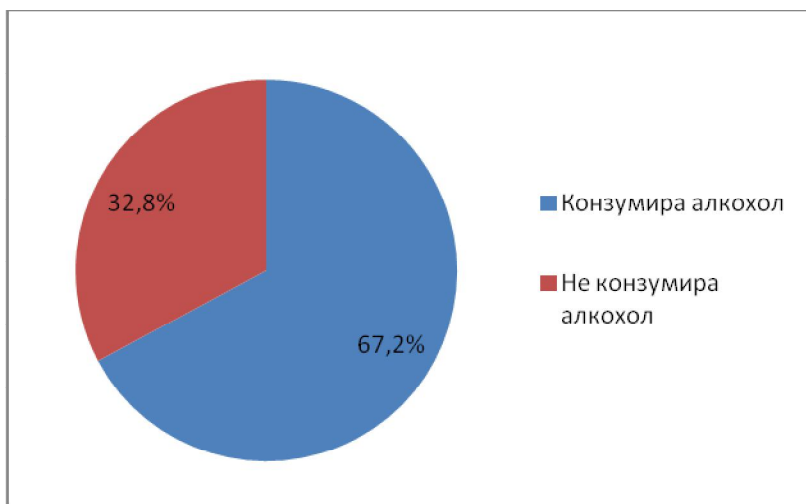


Резултати истраживања наводе и на закључак да постоји повезаност између конзумирања цигарета и присуства и депресивности и анксиозности ($p= 0.003$).

Код нешто мање од половине студената, који конзумирају цигарете нађене су и депресивност и анксиозност (48,6%).

5.5.2. Конзумирање алкохола код студентске популације

Студија је показала да више од две трећине студената конзумира алкохол (67,2%) (Графикон 5.5.2..).



N= 1908

5.5.3. Повезаност између конзумирања алкохола и степена депресивности, односно и депресивности и анксиозности

Утврђена је повезаност између конзумирања ликера и степена депресивности ($p= 0.022$). Нешто више од једне четвртине студената који конзумирају алкохол су са благом депресивношћу (21,7%), док је 17,4% њих са умереном/израженом депресивношћу (17,4%).

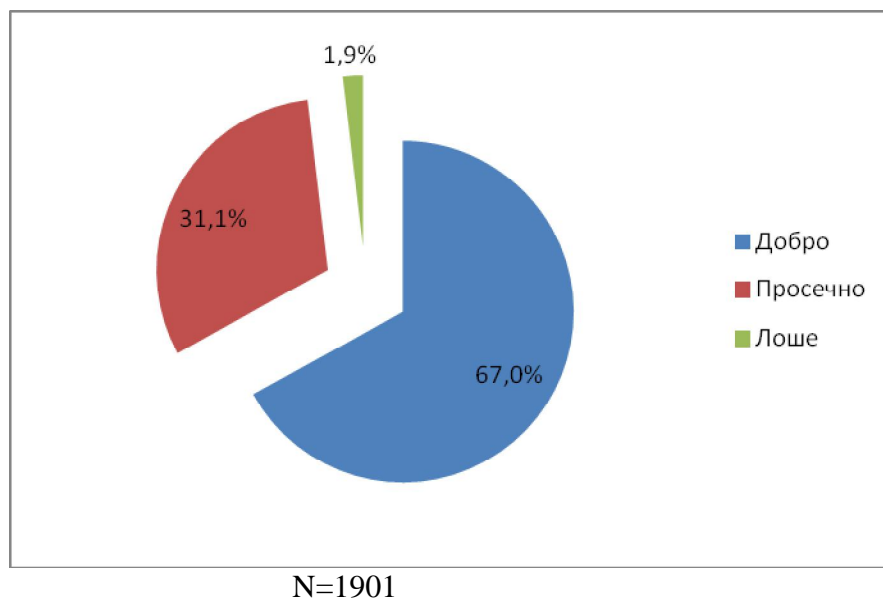
Студија је показала да постоји повезаност између конзумирања пива и појаве и депресивности и анксиозности ($p= 0.024$). Више од трећине студената који конзумирају пиво је и са депресивношћу и са анксиозношћу (36,2%).

Такође, повезаност постоји између конзумирања алкохола у комбинацији са седативом и појавом и депресивности и анксиозности. ($p= 0.003$). Више од три четвртине студената који конзумирају алкохол у комбинацији са седативом је са и депресивношћу и са анксиозношћу (87,5%).

5.6. Самопроцена здравственог статуса код студентске популације

Од укупног броја испитаника, њих 67,0% своје здравље процењује као добро (Графикон 5.6.1.).

Графикон 5.6.1. Самопроцена здравственог статуса студената

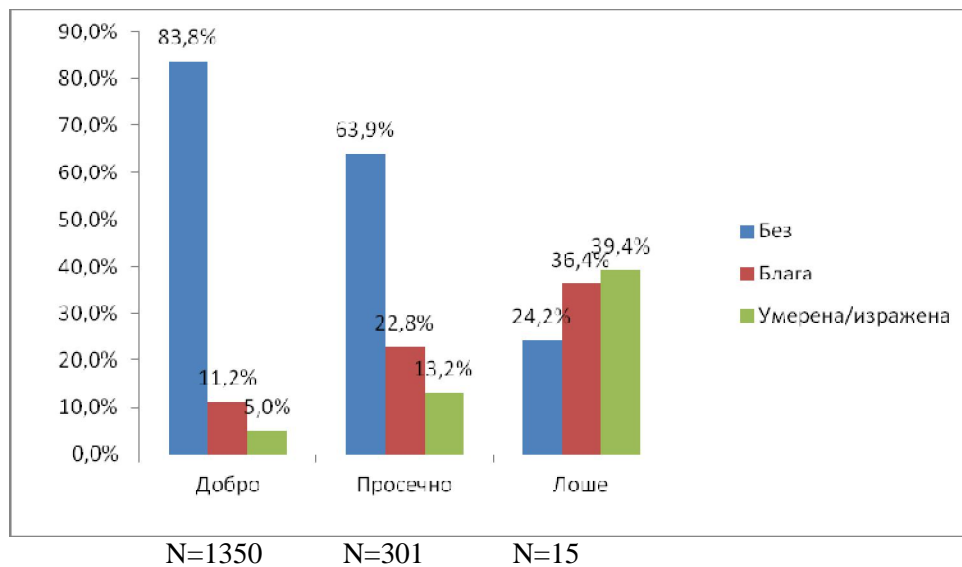


5.6.2. Повезаност између самопроцене здравственог статуса и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживањем је показано да постоји повезаност између самопроцене здравља и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност констатована је код 22,8%, док је умерена/изражена депресивност нађена код 13,2% испитаника, који своје здравље процењују као просечно. Код испитаника, који своје здравље процењују као лоше, њих 36,4% има благу депресивност, док је код њих 39,4% нађена умерена/изражена депресивност (Графикон 5.6.2.1.).

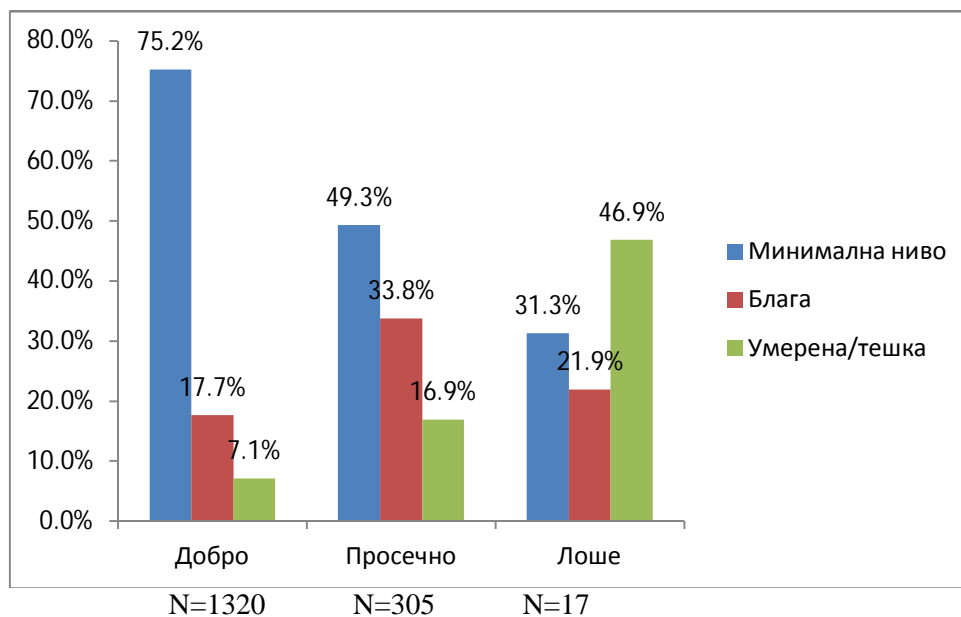
Графикон 5.6.2.1. Повезаност између самопроцене здравља и степена депресивности



Истраживањем је показано да постоји и повезаност између самопроцене здравља и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност нађена је код око једне трећине (33,8%), а умерена/тешка код нешто мање од једне четвртине испитаника, који своје здравље процењују као просечно (16,9%). Код нешто мање од једне четвртине испитаника, који своје здравље процењују као лоше, констатована је блага анксиозност (21,9%), а код нешто мање од половине умерена/тешка анксиозност (46,9%) (Графикон 5.6.2.2.).

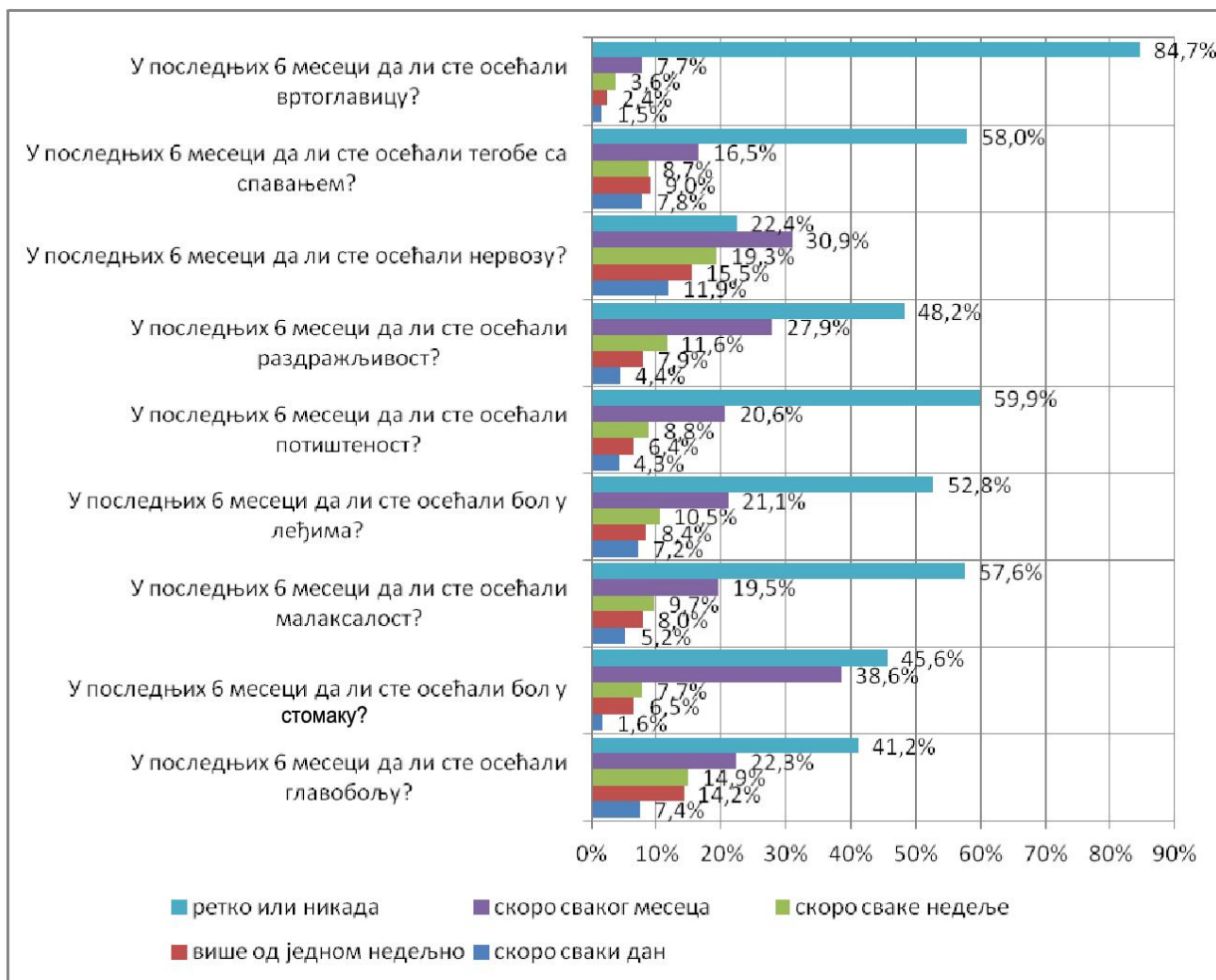
Графикон 5.6.2.2. Повезаност између самопроцене здравља и степена анксиозности



5.7. Телесне манифестације и хроничне болести код студентске популације

Дистрибуција телесних манифестација приказана је на Графикону 5.7.1.1.

Графикон 5.7.1.1 Дистрибуција телесних манифестација код студентске популације



Карактеристике хроничних болести/инвалидитета код студентске популације приказане су у Табели 5.7.1.1.

Табела 5.7.1.1. Карактеристике хроничних болести/инвалидитета код студентске популације

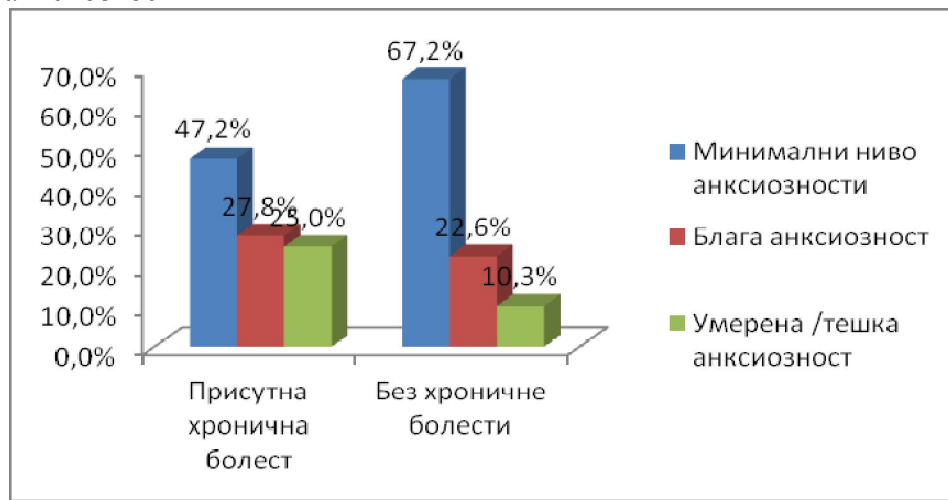
Варијабле	Укупан број	(%)
Да ли болујете од хроничне болести/инвалидитета?	(N =1913)	
Да	78	4.1%
Не	1835	95.9%
Да ли Ваше здравље оштећује хронична болест/инвалидитет?	(N =1843)	
Да	50	2.7%
Не	1793	97.3%
Да ли неко у Вашој породици болује од менталних поремећаја?	(N =1910)	
Да	75	4.0%
Не	1835	96.0%

5.7.1. Повезаност између хроничних болести/инвалидитета и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Студија је потврдила повезаност између присуства хроничне болести/инвалидитета и степена анксиозности ($p= 0,001$).

Блага анксиозност нађена је код 27,8% студената, а умерена/тешка код 25,0% испитиваних студената, који болују од хроничне болести или имају неки инвалидитет (Графикон 5.7.2.1.).

Графикон 5.7.2.1. Повезаност између присуства хроничне болести/инвалидитета и степена анксиозности



N=72

N=1667

Студија је потврдила повезаност између присуства хроничне болести/инвалидитета и појаве и депресивности и анксиозности ($p < 0.0005$).

Присуство и депресивности и анксиозности констатовано је код 64,3% студената, који болују од неке хроничне болести/инвалидитета (Графикон 5.7.2.2.).

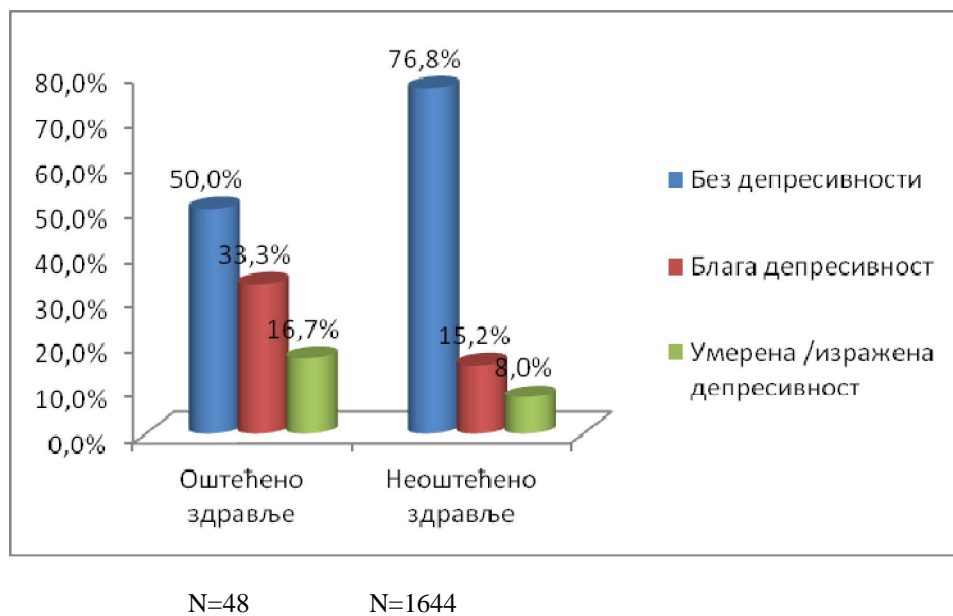
Табела 5.7.2.1. Повезаност између присуства хроничне болести/инвалидитета и појаве и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Да ли болујете од хроничне болести/инвалидитета?	Да	N	25	45
		%	35.7%	64.3%
	Не	N	936	628
		%	59.8%	40.2%

Потврђена је повезаност између оштећеног здравља услед хроничне болести/инвалидитета и степена депресивности ($p=0,004$).

Блага депресивност детектована је код 33,3% испитаника, код којих је здравље нарушено услед хроничне болести/инвалидитета, а умерена/изражена депресивност нађена је код њих 16,7% (Графикон 5.7.2.2.).

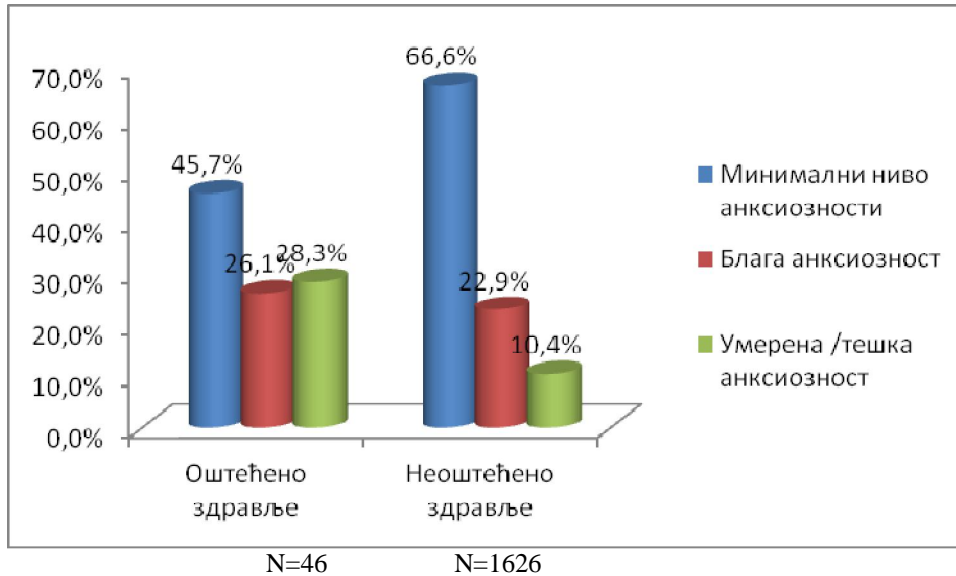
Графикон 5.7.2.2. Повезаност између оштећеног здравља услед хроничне болести/инвалидитета и степена депресивности



Доказана је и повезаност између оштећеног здравља услед хроничне болести/инвалидитета и степена анксиозности ($p=0,002$).

Блага анксиозност нађена је код 26,1%, а умерена/тешка анксиозност код 28,3% испитаника, код којих хронична болест/инвалидитет оштећује здравље (Графикон 5.7.2.3.).

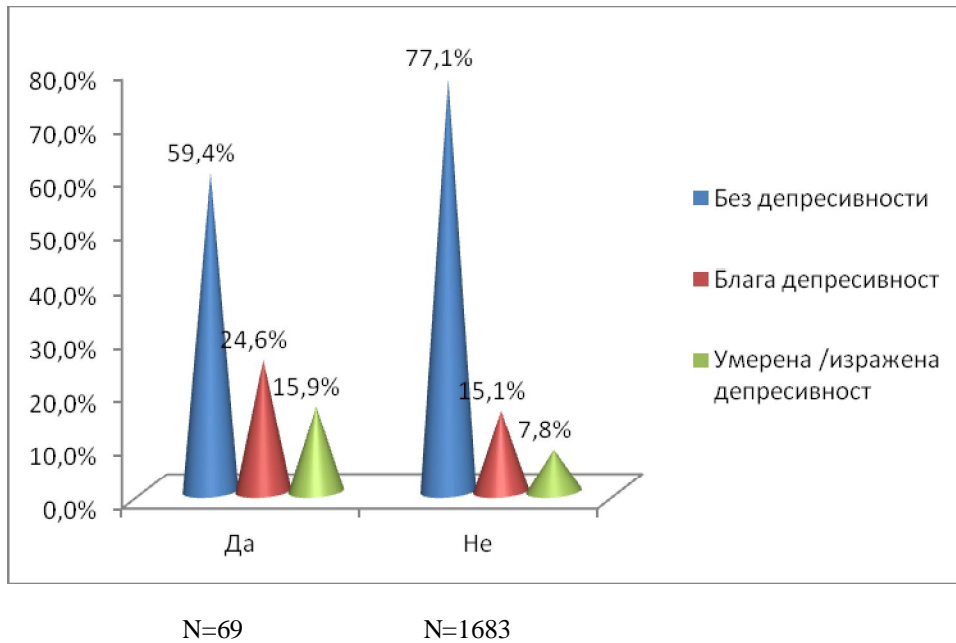
Графикон 5.7.2.3. Повезаност између оштећеног здравља услед хроничне болести/инвалидитета и степена анксиозности



Студија је доказала повезаност између варијабле “Да ли неко у Вашој породици болује од менталног поремећаја (депресија, анксиозност, болести зависности, психоза)?” и степена депресивности ($p=0,016$).

Блага депресивност, установљена је код 24,6%, док је умерена/изражена депресивност нађена код 15,9% студената, код којих неко у породици болује од менталног поремећаја (Графикон 5.7.2.4.).

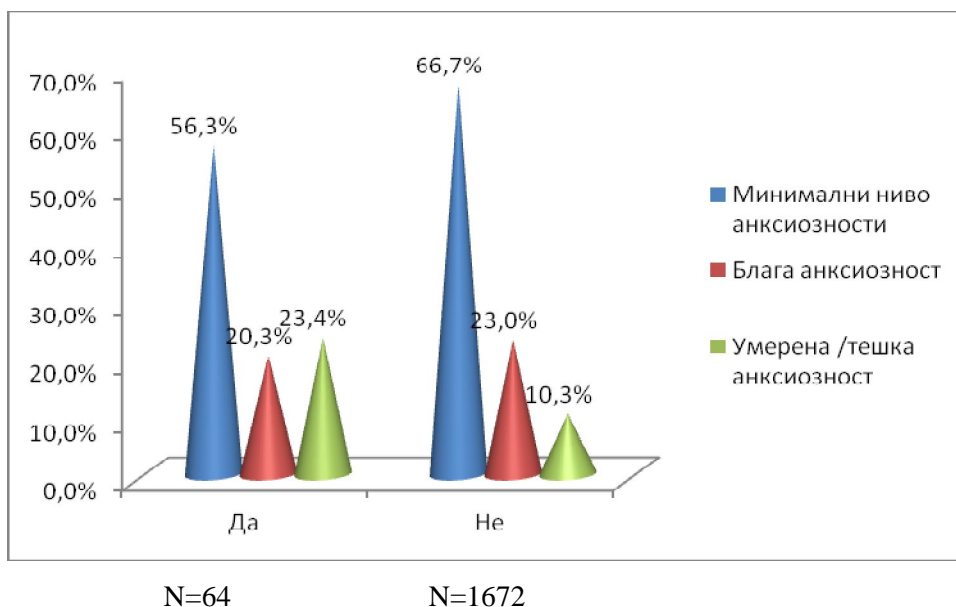
Графикон 5.7.2.4. повезаност између варијабле “Да ли неко у Вашој породици болује од менталног поремећаја?” и степена депресивности



Доказана је повезаност и између варијабле “Да ли неко у Вашој породици болује од менталног поремећаја?” и степена анксиозности ($p=0,004$).

Блага анксиозност нађена је код 20,3%, а умерена/тешка анксиозност примећена је код 23,4% испитиваника, код којих неко у породици болује од менталног поремећаја (Графикон 5.7.2.5.).

Графикон 5.7.2.5. Повезаност између варијабле “Да ли неко у Вашој породици болује од менталног поремећаја?” и степена анксиозности



5.8. Карактеристике социјалног живота код студентске популације

Карактеристике социјалног живота код студентске популације у Табели 5.8.1

Табела 5.8.1 Карактеристике социјалног живота код студентске популације

Варијабле	Укупан број	(%)
Да ли сте у протеклих сест месеци били физички малтретирани?	(N = 1857)	
да	34	1.8
не	1792	96.5
не сећам се	31	1.7
Да ли сте у протеклих сест месеци били психички малтретирани?	(N = 1904)	
да	332	17.4
не	1513	79.4
не сећам се	59	3.2
Колико блиских пријатеља имате?	(N = 1919)	
ниједног	45	2.3
једног	186	9.7
два	628	32.7
весе	1060	55.3
Да ли лако или теско налазите нове пријатеље?	(N = 1919)	
веома лако	360	18.8
лако	1103	57.4
тешко	410	21.4
веома тешко	46	2.4
Да ли сте задовољни својим изгледом?	(N = 1910)	
да	724	37.9
углавном да	919	48.1
углавном не	153	8.1
не	41	2.1
желео/ ла бих несто да променим	73	3.8
Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?	(N = 1842)	
да	1088	59.1
не	754	40.9
Да ли можете отворено да разговарате са мајком о проблемима који Вас заиста муче?	(N = 1866)	
да	1510	80.9
не	356	19.1

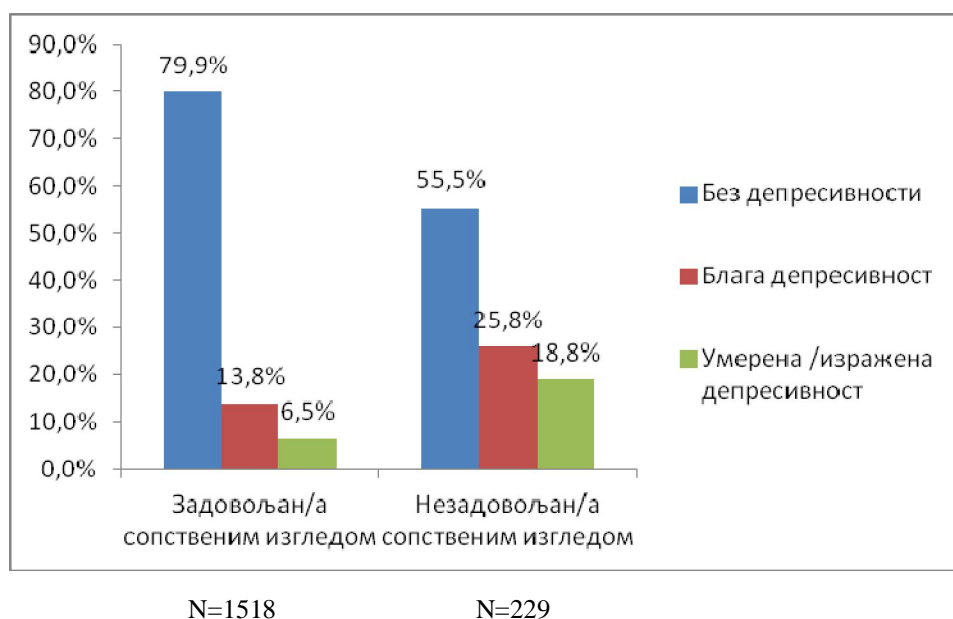
Да ли можете отворено да разговарате са братом о проблемима који Вас заиста муче?	(N = 1540)	
да	547	35.5
не	993	64.5
Да ли можете отворено да разговарате са сестром о проблемима који Вас заиста муче?	(N = 1514)	
да	632	41.7
не	882	58.3
Да ли можете отворено да разговарате са пријатељом о проблемима који Вас заиста муче?	(N = 1773)	
да	1208	68.1
не	565	31.9

5.8.1. Повезаност између карактеристика социјалног живота и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживањем је доказана повезаност између задовољства сопственим изгледом и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност констатована је код 25,8% студената, који нису задовољни сопственим изгледом (Графикон 5.8.2.1.).

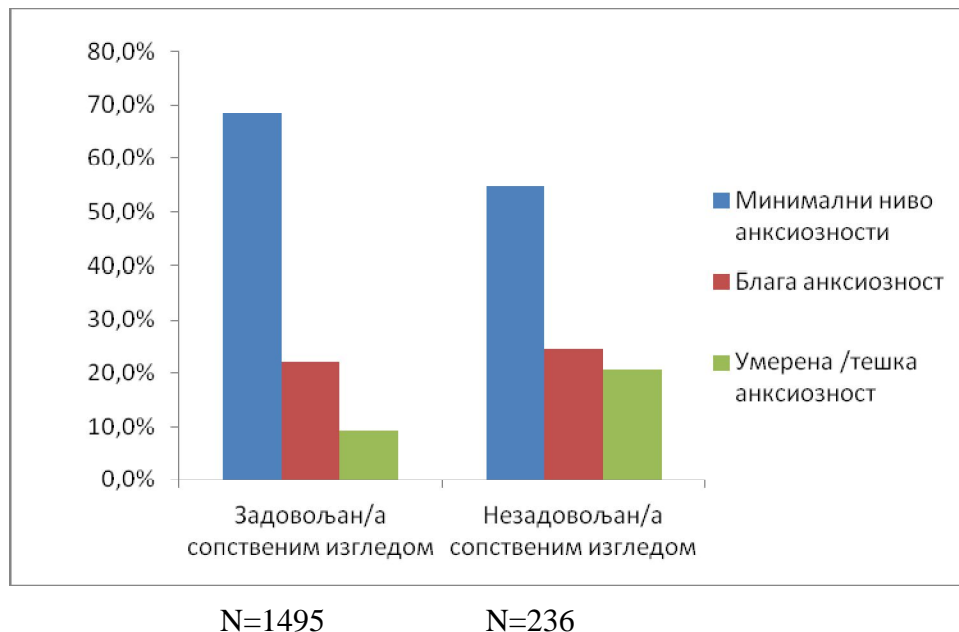
Графикон 5.8.2.1. Повезаност између задовољства сопственим изгледом и степена депресивности



Доказана је и повезаност између задовољства сопственим изгледом и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Код више од половине испитаника, који нису задовољни сопственим изгледом, детектована је блага анксиозност (54,7%), а код око једне петине констатована је умерена/тешка анксиозност (20,8%) (Графикон 5.8.2.2.).

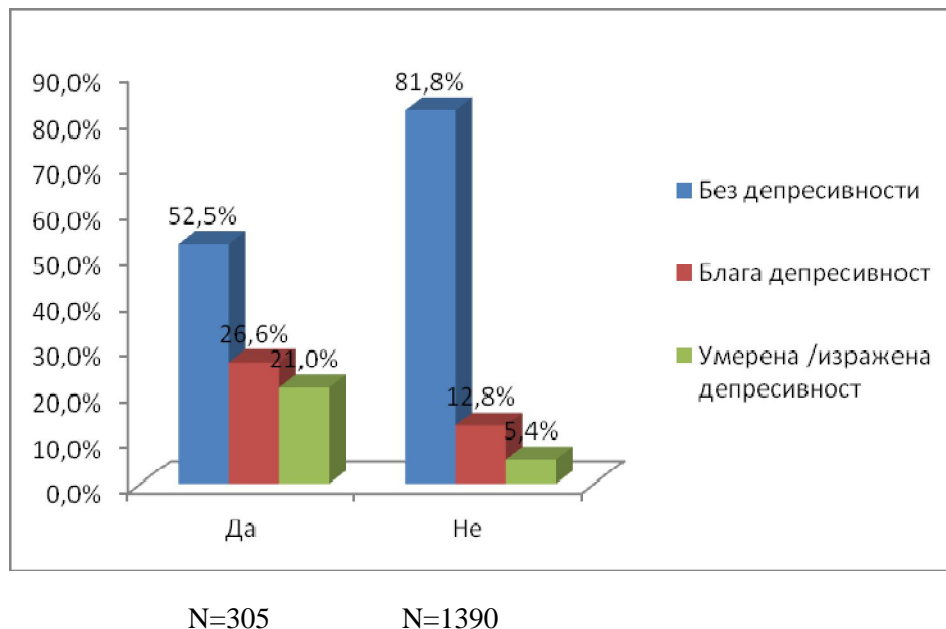
Графикон 5.8.2.2. Повезаност између задовољства сопственим изгледом и степена анксиозности



Резултати студије доказују повезаност између психичког малтретирања и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Код више од једне четвртине испитаника, који су психички малтретирани, нађена је блага депресивност (26,6%), док је код нешто више од једне петине њих констатована умерена/изражена депресивност (21,0%) (Графикон 5.8.2.3.).

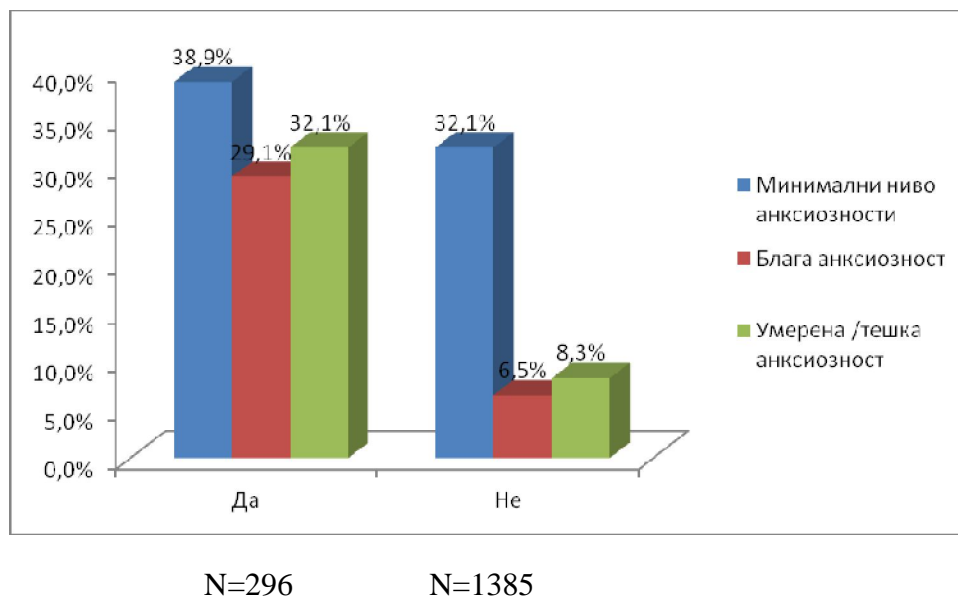
Графикон 5.8.2.3. Повезаност између психичког малтретирања и степена депресивности



Резултати истраживања, такође, потврђују и повезаност између психичког малтретирања и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност детектована је код 29,0%, а умерена/тешка анксиозност код 32,1% испитаника, који су психички малтретирани (Графикон 5.8.2.4.).

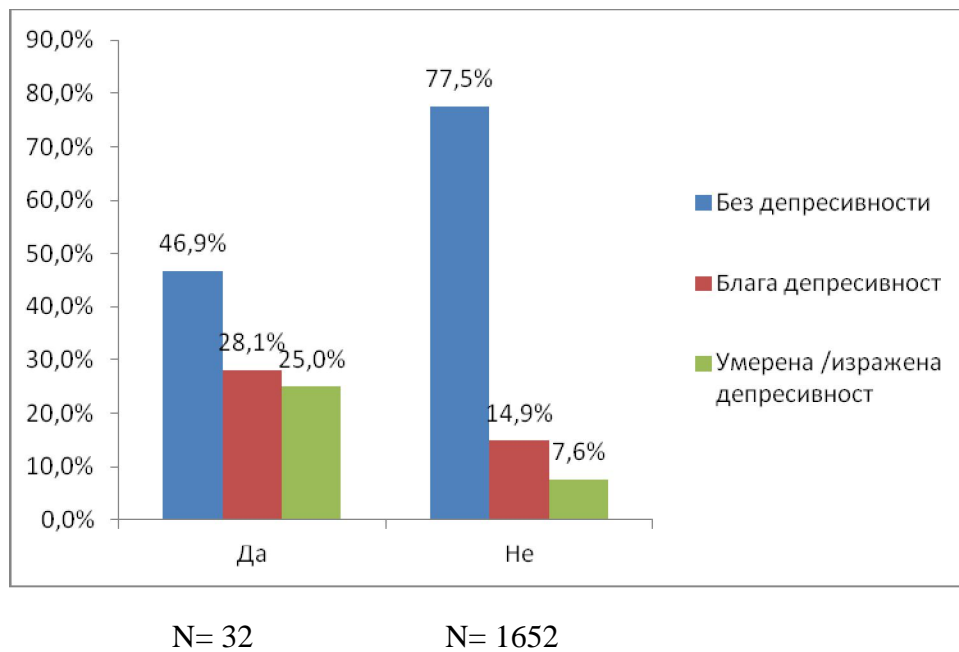
Графикон 5.8.2.14 Повезаност између психичког малтретирања и степена анксиозности



Утврђена је повезаност између физичког малтретирања и степена депресивности ($p = 0,001$).

Блага депресивност присутна је код мање од једне трећине (28,1%), а умерена/изражена код једне четвртине студената (25%), који су физички малтретирани (Графикон 5.8.2.5.).

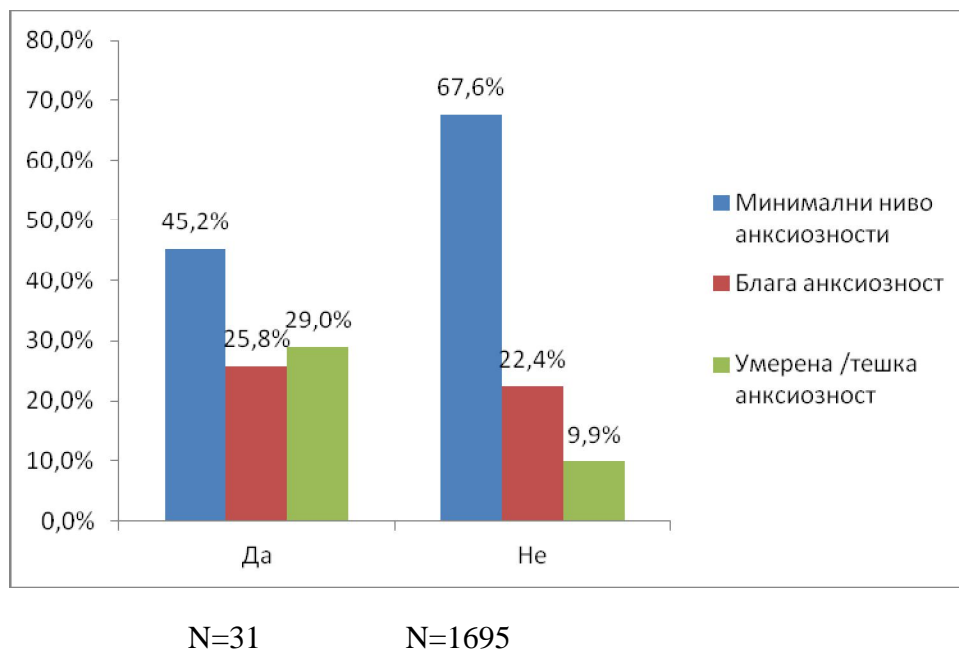
Графикон 5.8.2.5. Повезаност између физичког малтретирања и степена депресивности



Потврђена је повезаност између физичког малтретирања и степена анксиозности ($p=0,001$).

Код четвртине студената, који су физички малтретирани, присутна је блага анксиозност (25, 8%) (Графикон 5.8.2.6.).

Графикон 5.8.2.6. Повезаност између физичког малтретирања и степена анксиозности



Потврђена је повезаност између физичког малтретирања и присуства и депресивности и анксиозности ($p=0,003$).

И депресивност и анксиозност, присутне су код 66,7% студената, који су физички малтретирани (Табела 5.8.2.1.).

Табела 5.8.2.1. Повезаност између физичког малтретирања и присуства и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Физичко малтретирање	Да	N	10	20
		%	33.3%	66.7%
	Не	N	930	613
		%	60.3%	39.7%

Истраживање је доказало повезаност између броја блиских пријатеља и степена депресивности ($p<0.0005$).

Блага депресивност је најчесталија код испитаника, који имају једног блиског пријатеља (12,8%), док је умерена/изражена депресивност најзаступљенија код студената, који немају ниједног блиског пријатеља (35,9%) (Табела 5.8.2.2).

Табела 5.8.2.2. Повезаност између броја блиских пријатеља и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Број пријатеља	Ниједан	N	20	5	14
		%	51.3%	12.8%	35.9%
	Један	N	122	32	16
		%	71.8%	18.8%	9.4%
	Два	N	424	96	56
		%	73.6%	16.7%	9.7%
	Више од два	N	778	136	59
		%	80.0%	14.0%	6.1%

Студија је доказала и повезаност између броја блиских пријатеља и степена анксиозности ($p<0.0005$).

Код око једне четвртине испитаника, који имају два блиска пријатеља, присутна је блага анксиозност (25,4%). Умерена/тешка анксиозност, констатована је код више од једне трећине испитаника, који немају ниједног блиског пријатеља (37,5%) (Табела 5.8.2.3.).

Табела 5.8.2.3. Повезаност између броја блиских пријатеља и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Број пријатеља	Ниједан	N	19	6	15
		%	47.5%	15.0%	37.5%
	Један	N	114	41	15
		%	67.1%	24.1%	8.8%
	Два	N	344	145	81
		%	60.4%	25.4%	14.2%
	Више од два	N	680	202	78
		%	70.8%	21.0%	8.1%

Утврђена је повезаност између броја блиских пријатеља и појаве и депресивности и анксиозности ($p < 0.0005$).

И депресивност и анксиозност констатоване су код 61,1% испитаника који немају ниједног блиског пријатеља и код 36,6% оних, који имају више од два блиска пријатеља (Табела 5.8.2.4.).

Табела 5.8.2.4. Повезаност између броја блиских пријатеља и појаве и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Број пријатеља	Ниједан	N	14	22
		%	38.9%	61.1%
	Један	N	91	68
		%	57.2%	42.8%
	Два	N	286	250
		%	53.4%	46.6%
	Више од два	N	573	331
		%	63.4%	36.6%

Студијом је доказана повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са мајком о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност нађена је код 24,0% студената, који не могу са мајком отворено да разговарају о проблемима, док је код 5,5% њих нађена умерена/изражена депресивност (Табела 5.8.2.5.).

Табела 5.8.2.6. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са мајком о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Разговор са мајком	Да	N	1117	187	76
		%	80.9%	13.6%	5.5%
	Не	N	191	80	62
		%	57.4%	24.0%	18.6%

Истраживањем је показана повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са мајком о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Код једне четвртине испитаника, који не могу отворено да разговарају са мајком о проблемима, присутна је блага анксиозност (25,0%), док је умерена/тешка анксиозност присутна код једне петине (19,4%) (Табела 5.8.2.7.).

Табела 5.8.2.7. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са мајком о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Разговор са мајком	Да	N	949	304	121
		%	69.1%	22.1%	8.8%
	Не	N	180	81	63
		%	55.6%	25.0%	19.4%

Истраживањем је показана повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност констатована је код 21,4%, а умерена/изражена код 12,9% испитаника, који не могу отворено са оцем да разговарају о проблемима (Табела 5.8.2.8.).

Табела 5.8.2.9. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Разговор са оцем	Да	N	829	115	44
		%	83.9%	11.6%	4.5%
	Не	N	462	151	91
		%	65.6%	21.4%	12.9%

Истраживањем је указано на повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност нађена је код 28,0%, а умерена/тешка анксиозност код 15,2% испитаника, који не могу отворено да разговарају са оцем (Табела 5.8.2.10).

Табела 5.8.2.10. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Разговор са оцем	Да	N	723	189	78
		%	73.0%	19.1%	7.9%
	Не	N	391	193	105
		%	56.7%	28.0%	15.2%

Потврђена је повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче” и присуства и депресивности и анксиозности ($p < 0.0005$).

И депресивност и анксиозност су примећене код 53,0% испитаника, који не могу отворено да разговарају са оцем (Табела 5.8.2.11.).

Табела 5.8.2.11. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са оцем о проблемима који Вас заиста муче?” и присуства и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Разговор са оцем	Да	N	617	306
		%	66.8%	33.2%
	Не	N	308	347
		%	47.0%	53.0%

Студија указује на повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са сестром о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност нађена је код 19,2%, а умерена/изражена код 10,5% испитиваних студената, који не могу отворено да разговарају са сестром о проблемима који их заиста муче (Табела 5.8.2.12).

Табела 5.8.1.12. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са сестром о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Разговор са сестром	Да	N	472	71	39
		%	81.1%	12.2%	6.7%
	Не	N	572	156	85
		%	70.4%	19.2%	10.5%

Потврђена је повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са братом о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности ($p = 0.001$).

Код 18,9% студената, који не могу отворено да разговарају са братом о проблемима, постоји блага депресивност, а код њих 8,9% умерена/изражена депресивност (Табела 5.8.2.13.).

Табела 5.8.2.13. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са братом о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Разговор са братом	Да	N	400	59	37
		%	80.6%	11.9%	7.5%
	Не	N	670	175	83
		%	72.2%	18.9%	8.9%

Истраживањем је доказана повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Код 21,2% студената, који не могу отворено да разговарају са пријатељем истог пола, констатована је блага депресивност (Табела 5.8.2.14.).

Табела 5.8.2.. између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Разговор са пријатељем истог пола	Да	N	1095	201	91
		%	78.9%	14.5%	6.6%
	Не	N	180	61	47
		%	62.5%	21.2%	16.3%

Доказана је повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности ($p = 0,021$).

Блага анксиозност је препозната код 24,6%, а умерена/тешка код 15,2% испитаника, који не могу отворено да разговарају са пријатељем истог пола (Табела 5.8.2.15.).

Табела 5.8.2.15. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и степена анксиозности

			Анксиозност		
			Минимални ниво	Блага	Умерена/тешка
Разговор са пријатељем истог пола	Да	N	933	313	140
		%	67.3%	22.6%	10.1%
	Не	N	166	68	42
		%	60.1%	24.6%	15.2%

Потврђена је повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и појаве и депресивности и анксиозности ($p < 0.0005$).

Више од половине испитаника (52,9%), који не могу отворено да разговарају са пријатељем супротног пола има и депресивност и анксиозност (Табела 5.8.2.16.).

Табела 5.8.2.16. Повезаност између варијабле “Да ли можете отворено да разговарате са пријатељем истог пола о проблемима који Вас заиста муче?” и појаве и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Разговор са пријатељем истог пола	Да	N	792	511
		%	60.8%	39.2%
	Не	N	123	138
		%	47.1%	52.9%

5.9. Вољно нагонске карактеристике код студентске популације

Вољно нагонске карактеристике испитиване популације приказане су у Табели 5.9.1.

Табела 5.9.1..Вољно нагонске карактеристике испитаника

Варијабле	Укупан број	(%)
Сексуална оријентација	(N = 1808)	
Хетеросексуална	1677	92.8
Хомосексуална	48	2.7
Бисексуална	33	1.8
Не зна	50	2.8
Да ли сте до сада имали момка/девојку	(N = 1905)	
Да	1778	93.3
Не	125	6.7
Да ли сте до сада имали сексуалне односе	(N = 1853)	
Да	1314	70.9
Не	536	30.1
Да ли сте размишљали да извршите самоубиство	(N = 1912)	
Да	92	4.8
Не	1912	95.0
Да ли сте покушали да извршите самоубиство	(N = 1911)	
Да	16	0.9
Не	1893	99.1

5.9.1. Повезаност између вољно нагонских карактеристика и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Студијом је утврђено да постоји повезаност између сексуалне оријентације и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Код нешто више од једне четвртине студената хомосексуалне оријентације запажена је блага депресивност (25,6%), а код нешто више од једне петине њих, постоји умереноа/изражена депресивност (20.9%). Блага депресивност нађена је код нешто мање од једне десетине бисексуално оријентисаних студената (9,4%) (Табела 5.9.2.1.).

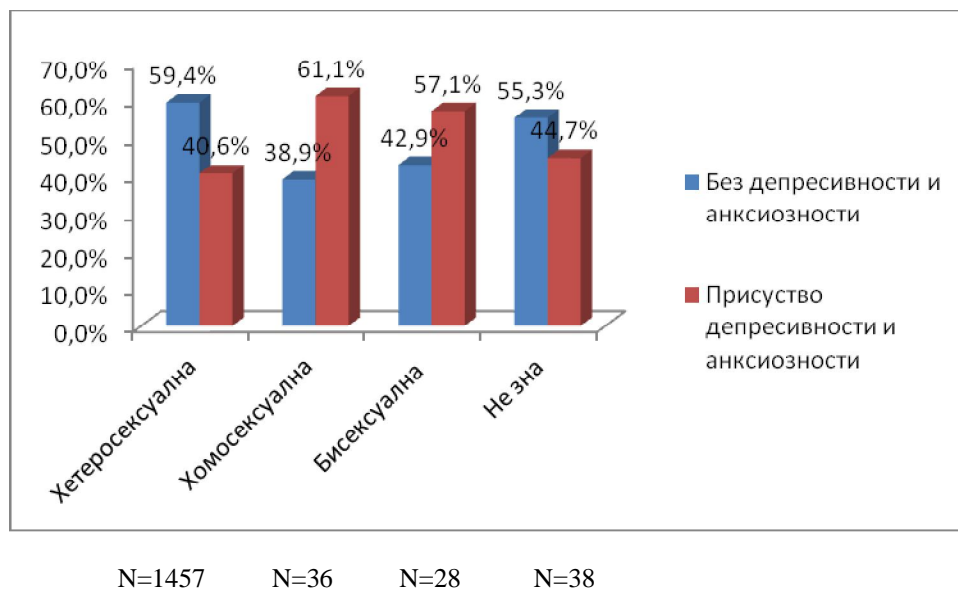
Табела 5.9.2.1. Повезаност између сексуалне оријентације и степена депресивности

		Депресивност			
		Без	Блага	Умерена/изражена	
Ваша сексуална оријентација је:	Хетеросексуална	N	1198	240	117
		%	77.0%	15.4%	7.5%
	Хомосексуална	N	23	11	9
		%	53.5%	25.6%	20.9%
	Бисексуална	N	23	3	6
		%	71.9%	9.4%	18.8%
	Не знам	N	28	4	8
		%	70.0%	10.0%	20.0%

Студијом је потврђена повезаност између сексуалне оријентације и менталног поремећаја ($p=0.027$).

Више од половине студената хомосексуалне оријентације (61,1%) и више од половине студената бисексуалне оријентације има ментални поремећај (57,1%) (Графикон 5.9.2.1).

Графикон 5.9.2.1. Повезаност између сексуалне оријентације и присуства депресивности и анксиозности



Истраживање доказује повезаност између варијабле “Да ли сте до сада имали момка/девојку?” и степена депресивности ($p = 0.002$).

Код 20,5% студената, који нису до сада имали/момка девојку, уочена је блага, а код њих 15,2% умерена/изражена депресивност (Табела 5.9.2.3.).

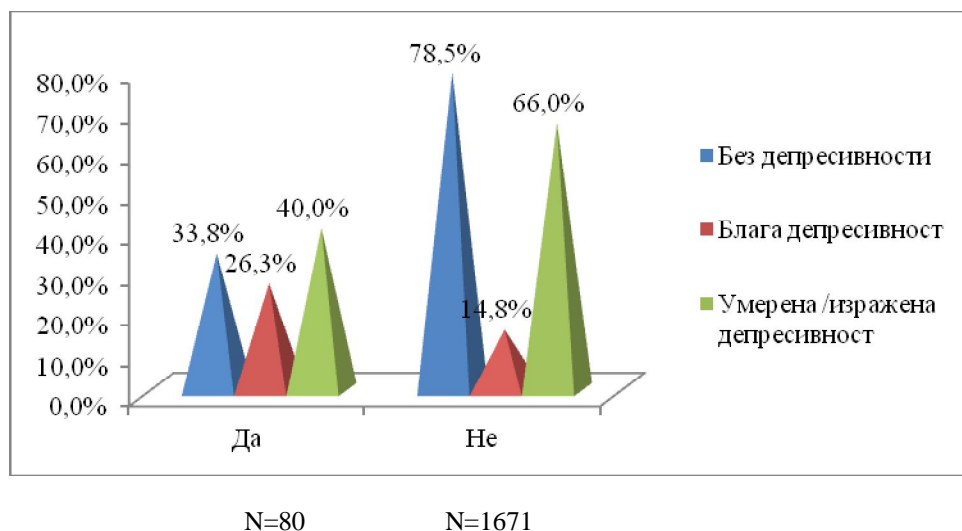
Табела 5.9.2.2. Повезаност између варијабле “Да ли сте до сада имали момка/девојку?” и степена депресивности

			Депресивност		
			Без	Блага	Умерена/изражена
Да ли сте до сада имали момка/девојку?	Да	N	1264	247	124
		%	77.3%	15.1%	7.6%
	Не	N	72	23	17
		%	64.3%	20.5%	15.2%

Истраживање указује на повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Блага депресивност констатована је код нешто више од једне четвртине студената (26,3%), а умерена/изражена депресивност код нешто мање од једне половине студената, који су размишљали о томе да изврше самоубиство (40,0%) (Графикон 5.9.2.42)

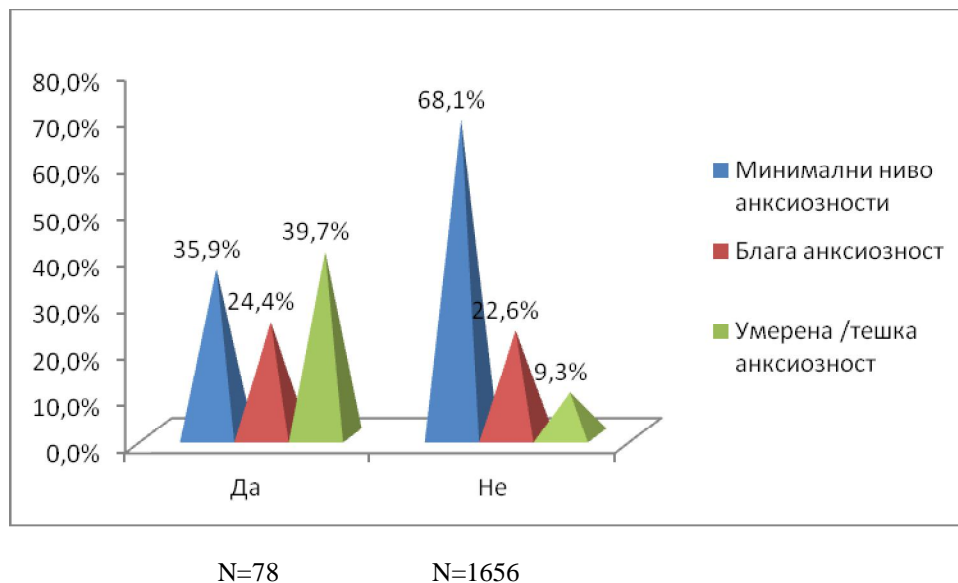
Графикон 5.9.2.2. Повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и степена депресивности



Доказана је и повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност је нађена код 24,4%, а умерена/тешка анксиозност код 39,7% испитаника, који су размишљали о томе да изврше самоубиство (Графикон 5.9.2.3.).

Графикон 5.9.2.3. Повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и степена анксиозности



Доказана је повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и присуства и депресивности и анксиозности ($p < 0.0005$).

Код више од три четвртине студената, који размишљају о извршењу самоубиства, нађене су и депресивност и анксиозност (83,3%) (Табела 5.9.2.3.).

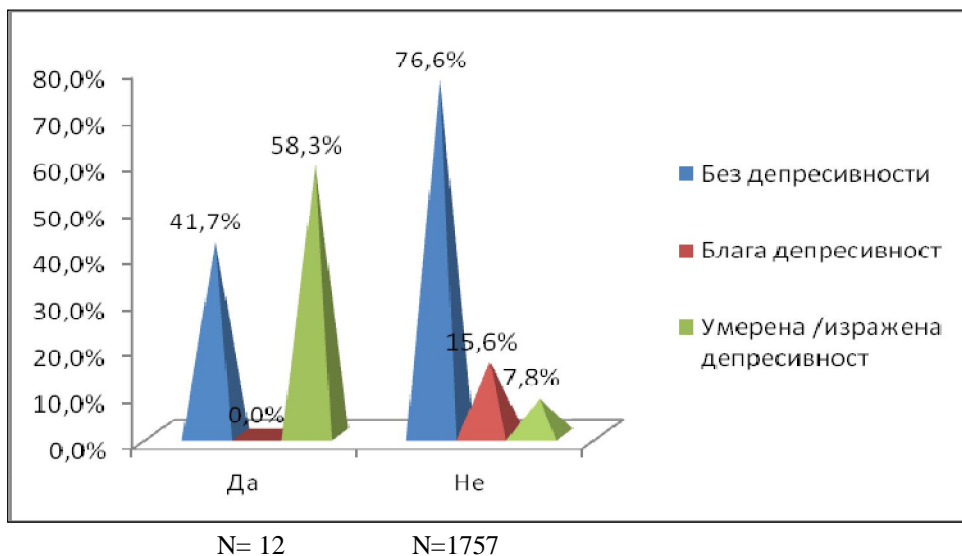
Табела 5.9.2.3. Повезаност између размишљања о самоубиству присуства и депресивности и анксиозности

			Присуство и депресивности и анксиозности	
			Одсутне	Присутне
Размишљање о извршењу самоубиства	Да	N	12	60
		%	16.7%	83.3%
	Не	N	948	611
		%	60.8%	39.2%

Студија доказује повезаност између покушаја самоубиства и степена депресивности ($p < 0.0005$).

Умерена/изражена депресивност нађена је код 58,3% студената, који су покушали да изврше самоубиство (Графикон 5.9.2.4.).

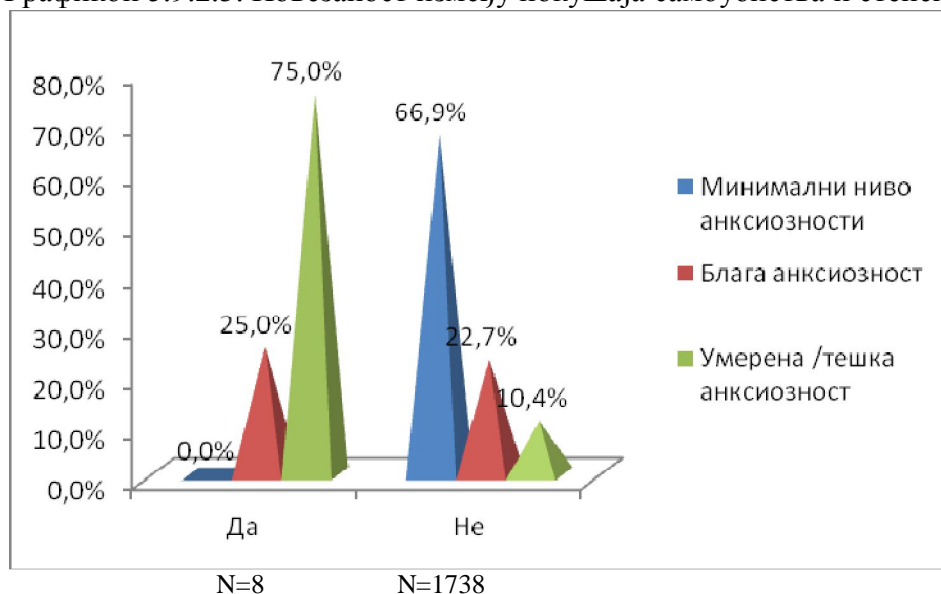
Графикон 5.9.2.4. Повезаност између покушаја самоубиства и степена депресивности



Доказана је и повезаност између покушаја самоубиства и степена анксиозности ($p < 0.0005$).

Блага анксиозност нађена је код једне четвртине (25,0%), а умерена/тешка анксиозност, констатована је код три четвртине испитиваних студената, који су покушали да изврше самоубиство (75,0%) (Графикон 5.9.2.5.).

Графикон 5.9.2.5. Повезаност између покушаја самоубиства и степена анксиозности



5.10. Модел за процену ризика од настанка депресивности у односу на демографске и социо-економске факторе

Резултати истраживања су указали на присуство депресивности код 23,6% испитаника. Униваријантна бинарна логистичка регресија је показала да на појаву депресивности утичу; пол, године живота, година студија, лоше имовинско стање, очекивања родитеља, притисак околине, незадовољство условима студирања, стамбена ограничења (немогућност да се има сопствена собе).

На основу демографских и социо-економских фактора направљен је модел за процену ризика од настанка депресивности (Табела 5.10.1).

Табела 5.10.1. Модел за процену ризика од настанка депресивности

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Godine	.137	.041	11.256	1	.001	1.147	1.059	1.243
Godina_studija	-.074	.065	1.326	1	.250	.928	.818	1.054
lose_imovinsko_stanje	.720	.212	11.582	1	.001	2.055	1.357	3.112
ocekivanje_roditelja	.157	.137	1.314	1	.252	1.170	.895	1.530
pritisak_okoline	.468	.325	2.069	1	.150	1.596	.844	3.019
nezadovoljan_uslovima	.425	.142	8.957	1	.003	1.530	1.158	2.021
sex	.592	.215	7.583	1	.006	1.808	1.186	2.755
nema_sobu	.401	.161	6.171	1	.013	1.493	1.088	2.049
Constant	-9.120	8.803	1.073	1	.300	.000		
godine života	.104	.028	14.024	1	.000	1.110	1.051	1.172
lose_imovinsko_stanje	.738	.211	12.240	1	.000	2.091	1.383	3.162
pritisak_okoline	.539	.320	2.826	1	.093	1.714	.915	3.211
nezadovoljan_uslovima	.430	.141	9.231	1	.002	1.537	1.165	2.027
sex	.583	.144	16.405	1	.000	1.791	1.351	2.374
nemanje_sobe	.414	.161	6.594	1	.010	1.512	1.103	2.074
Constant	-4.932	.659	56.066	1	.000	.007		

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија, која испитује истовремени утицај променљивих на бинарну променљиву, показује да на појаву депресивности (према BDI) утичу: године старости ($p < 0.0005$), лоше имовинско стање ($p < 0.0005$), незадовољство условима студирања ($p = 0.002$), женски пол ($p < 0.0005$) и немање своје собе ($p = 0.010$).

Количник ризика (Odds ratio) за године живота износи 1,110 (1,051 - 1,172). Ово значи да животна доба (свака година живота више) повећава ризик од појаве депресивности за 11,0%.

Количник ризика за лоше имовинско стање износи 2,091 (1,383 – 3,162), што значи да лоше имовинско стање повећава ризик од појаве депресивности за око два пута.

Количник ризика за незадовољство условима студирања је 1,537 (1,165 – 2,027), што значи да незадовољство условима студирања повећава ризик од појаве депресивности за 53,7%.

Количник ризика за пол је 1,791 (1,351 – 2,374). Испитанице имају 79,1% већи ризик за појаву депресивности.

Количник ризика студената, који немају своју собу, је 1,512 (1,103 – 2,074), што значи да студенти, који немају своју собу, имају 51,2 % већи ризик за настанак депресивности.

Коришћењем резултата мултиваријантне бинарне логистичке регресије добија се да је $\ln(p/(1+p)) = 0.104 \cdot \text{godine} + 0.738 \cdot \text{loše_imovinsko_stanje} + 0.539 \cdot \text{pritisak_okoline} + 0.430 \cdot \text{nezadovoljan_uslovima} + 0.583 \cdot \text{pol} + 0.414 \cdot \text{nema_sobu} - 4.932$.

Ако се десна страна претходне једначине обележи са **zbird**, добија се $P = e^{zbird}/(1 + e^{zbird})$.

Множењем претходне једначине са 100 добија се $\text{modeld} = e^{zbird}/(1 + e^{zbird}) \cdot 100$.

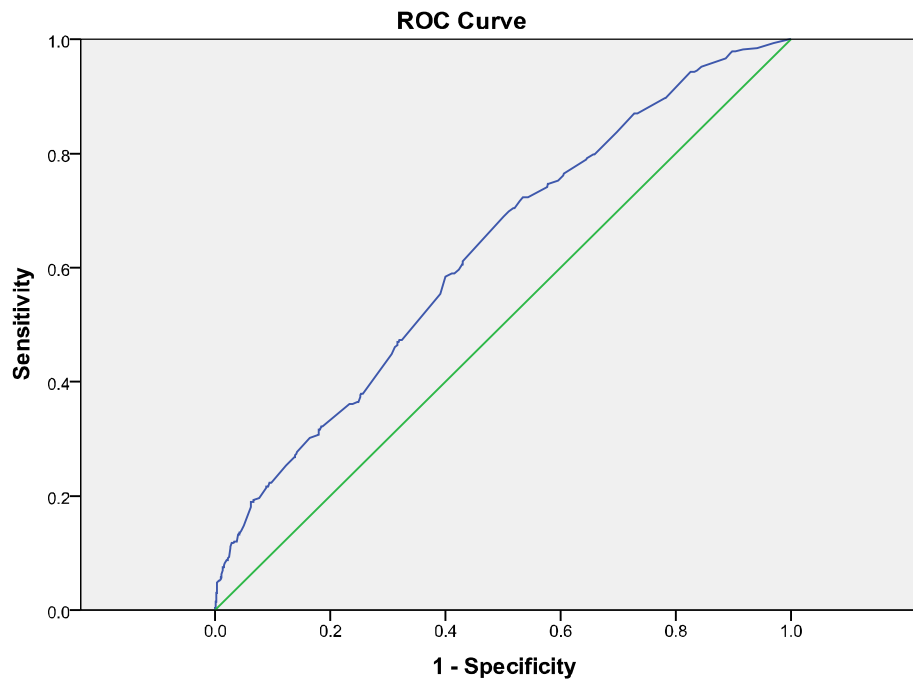
Modeld је нова променљива, која показује проценат ризика од настанака депресивности за сваког испитаника. Процент ризика за, нпр. испитаника број 1 износи 44,82 %, што значи да постоји велика вероватноћа да овај испитаник има депресивност.

Разлика средњих вредности променљиве Modeld између студената са депресивношћу и студената без ње је статистички значајна ($p < 0,0005$). Средња вредност променљиве Modeld, у узорку студената без депресивности, износи $20,61 \pm 8,04$, а у узорку студената са депресивношћу је $25,40 \pm 11,33$

ROC крива показује да Modeld може да буде маркер за депресивност ($\text{area} = 0,629$, $p < 0,0005$), али и да је веома слаб. Тачка раздвајања (Cut-off) је 21, сензитивност је 60,5 %, а специфичност 57,1%, што није задовољавајуће.

То значи да овај модел, који користи само демографске и социо-економске факторе, не може успешно да разликује испитанике који имају депресивност, од испитаника који је немају (Слика 5.10.2. и Слика 5.10.3.).

Слика 5.10.2.



Diagonal segments are produced by ties.

Слика 5.10.3.

Area Under the Curve

Test Result Variable(s):mod_depr

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
.629	.017	.000	.596	.662

5.11. Модел за процену ризика од настанка анксиозности у односу на демографске и социо-економске факторе

Резултати истраживања су указали на присуство анксиозне симптоматологије код 33,6% испитаника.

Униваријантна бинарна логистичка регресија је показала да на појаву анксиозности утичу: пол, године живота, година студија, лоше имовинско стање, очекивања родитеља, притисак околине, незадовољство условима студирања и немање своје собе.

На основу демографских и социо-економских фактора, направљен је модел за процену ризика од настанка анксиозности (Табела 5.11.1.).

Табела 5.11.1. Модел за процену ризика од настанка анксиозности

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Godine	-.002	.036	.003	1	.955	.998	.930	1.071
Godina_studija	.029	.058	.251	1	.617	1.029	.919	1.152
lose_imovinsko_stanje	.297	.207	2.060	1	.151	1.346	.897	2.019
ocekivanje_roditelja	.256	.120	4.531	1	.033	1.292	1.020	1.635
pritisak_okoline	.780	.310	6.349	1	.012	2.182	1.189	4.003
nezadovoljan_uslovima	.163	.120	1.836	1	.175	1.177	.930	1.489
sex	.580	.188	9.541	1	.002	1.785	1.236	2.579
nema_sobu	.141	.151	.873	1	.350	1.151	.857	1.548
Constant	5.000	7.577	.435	1	.509	148.444		
lose_imovinsko_stanje	.341	.203	2.815	1	.093	1.406	.944	2.094
ocekivanje_roditelja	.255	.119	4.579	1	.032	1.290	1.022	1.630
pritisak_okoline	.822	.306	7.223	1	.007	2.275	1.249	4.142
sex	.642	.124	26.715	1	.000	1.901	1.490	2.425
Constant	-1.958	.225	75.458	1	.000	.141		

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија показује да на појаву анксиозности (према ВАИ) утичу: очекивања родитеља о постизању академског успеха ($p = 0.032$), притисак околине ($p = 0.007$) и женски пол ($p < 0.0005$).

Количник ризика (Odds ratio) за очекивања родитеља износи 1,290 (1,022 - 1,630). Ово значи да очекивања родитеља повећавају ризик од појаве анксиозности за 29,0%.

Количник ризика за притисак околине је 2,275 (1,249 – 4,142), што значи да притисак околине повећава ризик од појаве анксиозности за 27,5%.

Количник ризика за пол износи 1,901 (1,490– 2,425), што значи да испитанице имају 90,1 % већи ризик за појаву анксиозности.

Коришћењем резултата мултиваријантне бинарне логистичке регресије, добија се $\ln(p/(1+p)) = 0.341 \cdot \text{loše imovinsko stanje} + 0.255 \cdot \text{očekivanja roditelja} + 0.822 \cdot \text{pritisak okoline} + 0.642 \cdot \text{pol} - 1.958$.

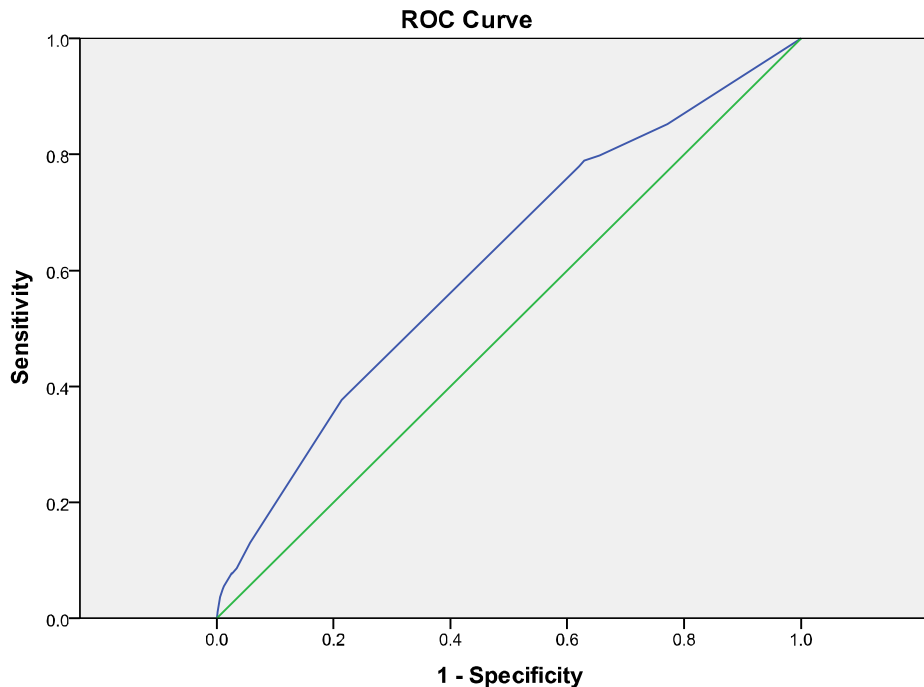
Ако се десна страна предходне једначине обележи са **zbira**, добија се $P = e^{\text{zbira}} / (1 + e^{\text{zbira}})$.

Множењем претходне једначине са 100 добија се $\text{modela} = e^{\text{zbira}} / (1 + e^{\text{zbira}}) \cdot 100$.

Modela је нова променљива, која показује проценат ризика за настанак анксиозности за сваког испитаника.

Разлика средњих вредности променљиве Modela између студената са анксиозношћу и оних без ње је статистички значајна ($p < 0,0005$). Средња вредност променљиве Modela у узорку студената без анксиозности је $31,48 \pm 7,57$, а студената са анксиозношћу $35,05 \pm 9,90$.

Слика 5.11.1.1.



Diagonal segments are produced by ties.

Слика 5.11.1.2.

Area Under the Curve

Test Result Variable(s):model_an

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence	
			Lower Bound	Upper Bound
.614	.014	.000	.586	.643

ROC крива показује да Modela може да буде маркер за процену ризика од настанка анксиозност (area = 0,614, $p < 0,0005$), али и да је веома слаб. Тачка раздвајања (Cut-off) не може да се одреди тако да сензитивност и специфичност буду истовремено већи од 0,5.

То значи да овај модел, који користи само демографске и социо-економске факторе, не може успешно да разликује испитанике који имају анксиозност, од испитаника који је немају.

5.12. Модел за процену ризика од настанка депресивности и анксиозности у односу на телесне манифестације испитаника – Базични идентификациони скор

Питање П68 из епидемиолошког упитника, који је коришћен током истраживања, послужило је као основа за креирање BIS (базични идентификациони скор) модела. Ово питање, које се састоји из девет потпитања, приказано је у Табели 5.12.1.1.

Табела 5.12.1.1.

	Потпитања
П1	У последњих 6 месеци да ли сте осећали главобољу? (0, 1, 2, 3, 4)
П2	У последњих 6 месеци да ли сте осећали бол у стомаку? (0, 1, 2, 3, 4)
П3	У последњих 6 месеци да ли сте осећали бол у леђима? (0, 1, 2, 3, 4)
П4	У последњих 6 месеци да ли сте осећали малаксалост? (0, 1, 2, 3, 4)
П5	У последњих 6 месеци да ли сте осећали потиштеност? (0, 1, 2, 3, 4)
П6	У последњих 6 месеци да ли сте осећали раздражљивост? (0, 1, 2, 3, 4)
П7	У последњих 6 месеци да ли сте осећали нервозу? (0, 1, 2, 3, 4)
П8	У последњих 6 месеци да ли сте осећали тегобе са спавањем? (0, 1, 2, 3, 4)
П9	У последњих 6 месеци да ли сте осећали вртоглавицу? (0, 1, 2, 3, 4)

Скоровање одговора је извршено на следећи начин:

- ретко или никада - 0 бодова
- скоро сваког месеца - 1 бод
- скоро сваке недеље - 2 бода
- више од једном недељно - 3 бода
- скоро сваки дан - 4 бода

Нова променљива коју смо назвали BIS, настала је сабирањем одговора, односно скорова, на потпитања: П1, П2, П3, П4, П5, П5, П7, П7, П8 и П9.

Резултати су показали да овако добијена променљива, може да укаже на појаву депресивности, анксиозности, односно и депресивности и анксиозности.

BIS променљива, такође, прави разлику између испитиваних студената и испитиваних студенткиња. Наиме, разлика средњих вредности BIS променљиве између студената и студенткиња је статистички значајна ($p < 0,0005$). Средња вредност ове променљиве код студената износи 4,00 (1,00 – 9,00), а код студенткиња 8,00 (4,00 – 13,00).

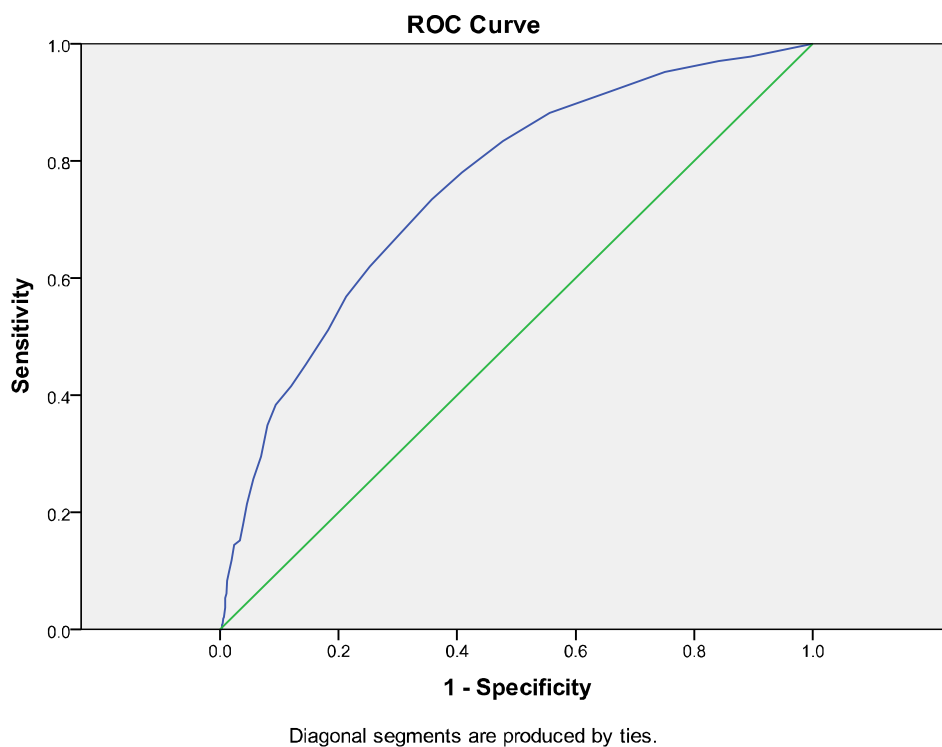
5.12.1. Модел за процену ризика од настанка депресивности у односу на телесне манифестације

Разлика средњих вредности променљиве BIS између студената код којих је присутна депресивност и студената без депресивности је статистички значајна ($p < 0,0005$).

Средња вредност BIS променљиве студената без депресивности је 5,00 (3,00 – 10,00), док је средња вредност BIS променљиве код студената са депресивношћу 12,00 (7,00 – 18,00).

ROC крива показује да је BIS врло добар маркер за раздвајање студената са депресивношћу од студената без ње (area= 0,754, $p < 0,0005$). Гранична вредност је 8,50, сензитивност износи 67,6 %, а специфичност 69,4 % (Слика 5.12.2.1.).

Слика 5.12.2.1.



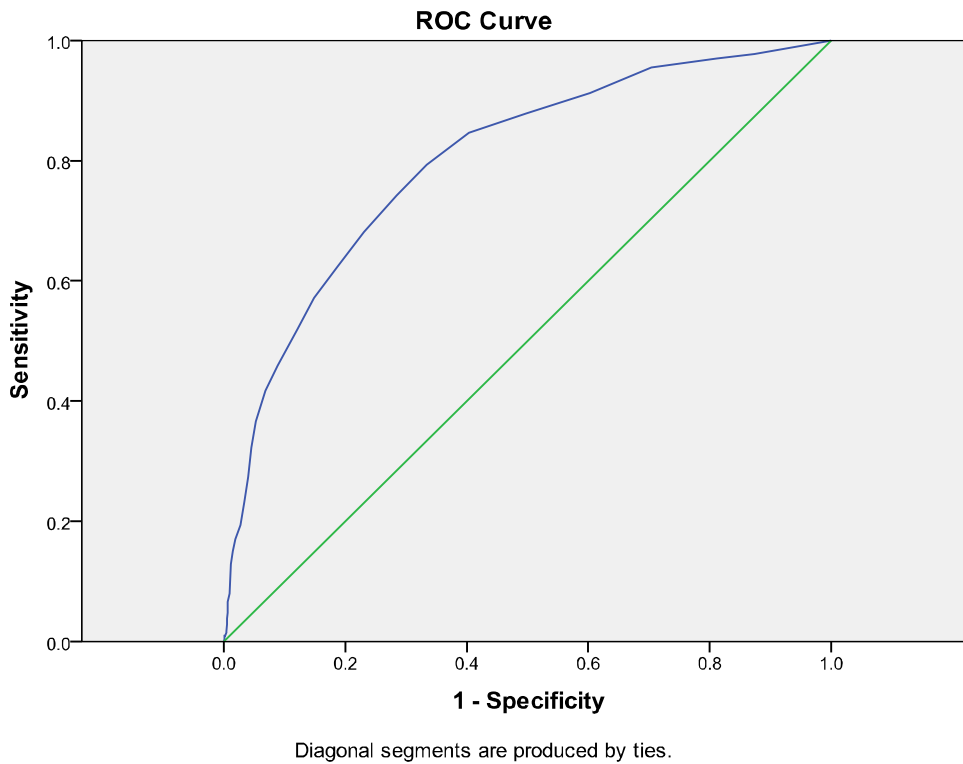
Бинарна логистичка регресија показује да BIS утиче на појаву депресивности. Количник ризика (Odds ratio) је 1,052 (1,045 – 1,059), што значи да се повећањем вредности BIS променљиве за 1 бод, повећава ризик од настанка депресивности за 5,2

5.12.2. Модел за процену ризика од настанка анксиозности у односу на телесне манифестације

Разлика средњих вредности BIS променљиве између испитаника са анксиозношћу и оних без ње је статистички значајна ($p < 0,0005$). Средња вредност BIS променљиве код студената без анксиозности износи 4,00 (2,00 – 8,00), док је средња вредност BIS променљиве код студената са анксиозношћу 12,00 (7,00 – 17,00).

ROC крива роказује да је BIS одличан маркер за раздвајање студената са анксиозношћу, од студената без анксиозности (area = 0,800, $p < 0,0005$). Гранична вредност (cut-off) је 7,50, при чему сензитивност износи 74,2 %, а специфичност 71,6 % (Слика 5.12.3.1).

Слика 5.12.3.1.



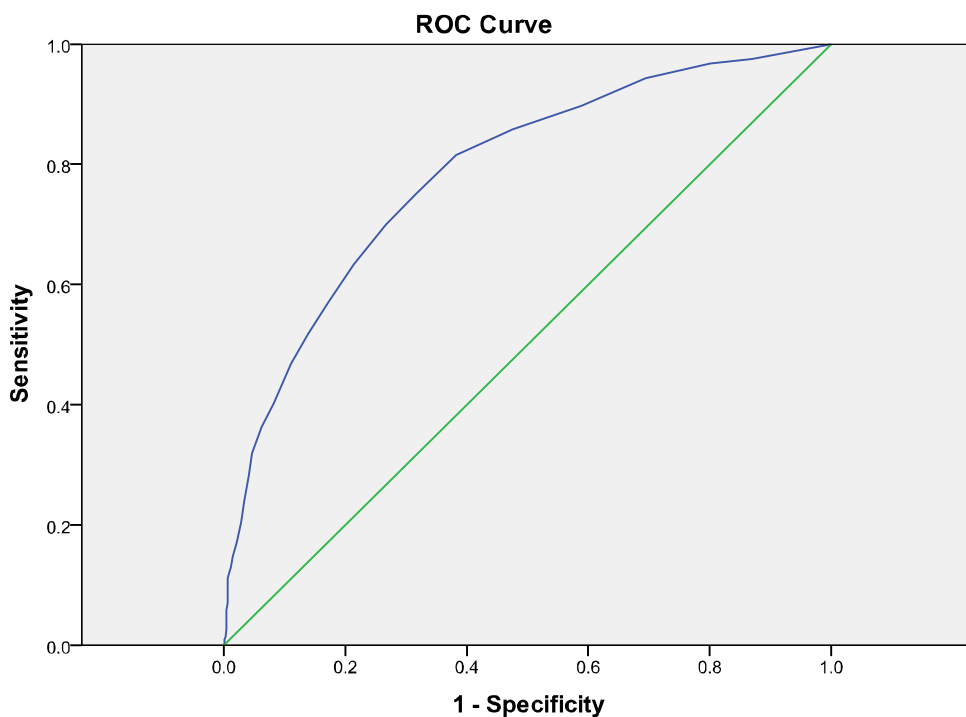
Бинарна логистичка регресија роказује да BIS утиче на појаву анксиозности. Количник ризика (Odds ratio) је 1,056 (1,049 – 1,064), што значи да се повећањем вредности BIS променљиве за 1 бод, ровећава ризик од анксиозности за 5,6 %.

5.12.3. Модел за процену ризика од настанака и депресивности и анксиозности у односу на телесне манифестације

BIS разликује студенте, који имају и депресивност и анксиозност, од студената, који их немају. Наиме, разлика средњих вредности BIS између студената, код којих постоји и депресивност и анксиозност, од оних без њих је статистички значајна ($p < 0,0005$). Средња вредност студената, код којих постоји и депресивност и анксиозност, је 11,00 (7,00 – 16,00), а код студената без њих 4,00 (2,00 – 8,00).

ROC крива роказује да је променљива BIS врло добар маркер за раздвајање студената, који имају и депресивност и анксиозност, од студената који их немају (area = 0,785, $p < 0,0005$). Гранична вредност је 7,50, сензитивност 69,9 %, а специфичност 73,4 %.(Слика 5.12.4.1.).

Слика 5.12.4.1.



Diagonal segments are produced by ties.

Бинарна логистичка регресија показује да BIS утиче на јављање и депресивност и анксиозност. Количник ризика (Odds ratio) је 1,063 (1,054 – 1,072). Ово значи да се повећањем вредности променљиве BIS за 1 бод, повећава ризик од настанка и депресивности и анксиозности за 6,3 %.

5.12.4. Остале карактеристике BIS модела

Ако се студенти поделе на: оне који немају анксиозност, студенте са благом и студенте са умереном/тешком анксиозношћу, модел успешно прави разлику између овако добијених група.

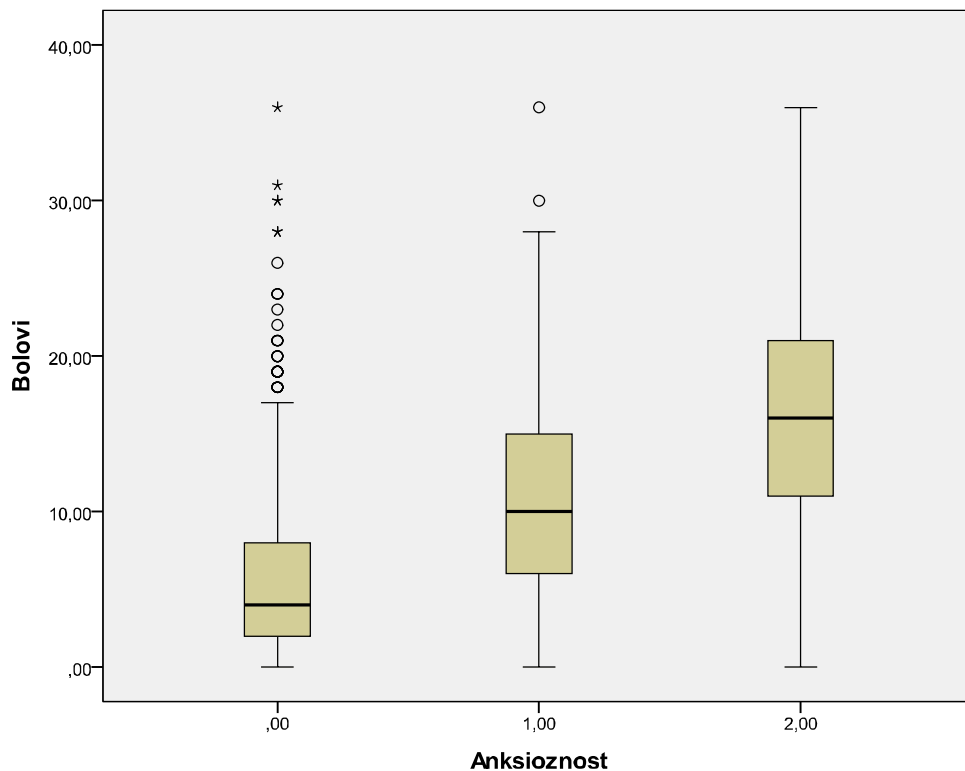
Ако се студенти поделе на: оне без депресивности, оне са благом и оне са умереном/израженом депресивношћу, модел, такође, прави разлику између овако добијених група (табела 5.12.5.1.).

Табела 5.12.5.1.

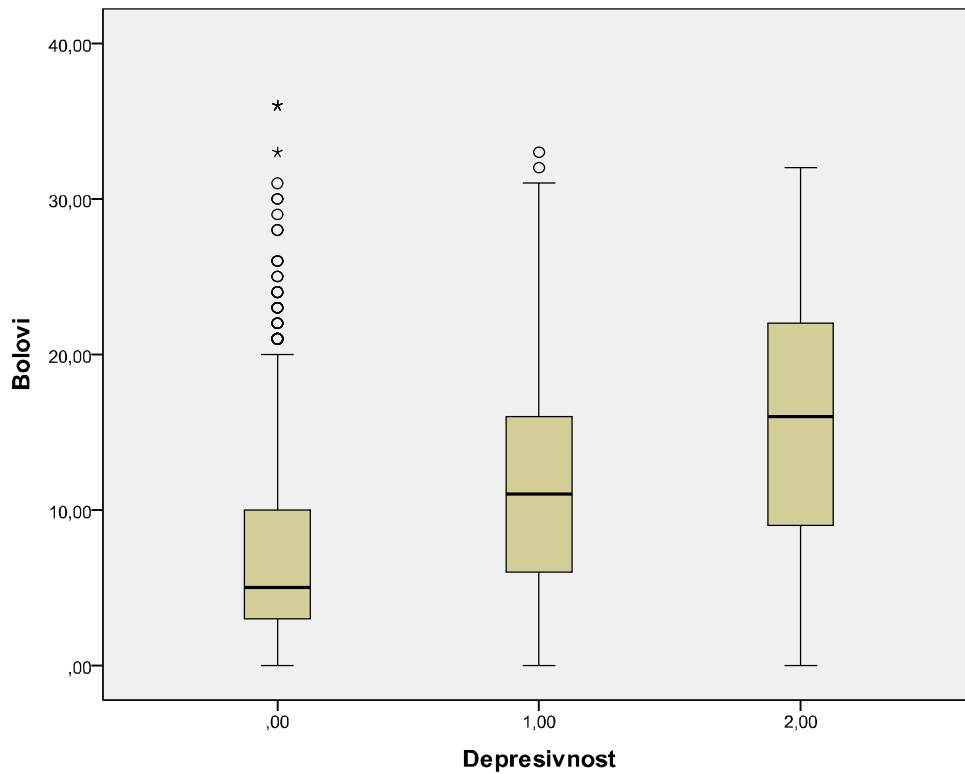
	BIS	p
Без анксиозности	400 (2,00 – 8,00)	< 0,0005
Блага анксиозност	10,00 (6,00 – 15,00)	
Умерена/тешка анксиозност	16,00 (11,00 – 21,00)	
Без депресивности	5,00 (3,00 – 10,00)	< 0,0005
Блага депресивност	11,00 (6,00 – 16,00)	
Умерена/изражена депресивност	16,00 (9,00 – 22,00)	

(Средње вредности су приказане на Слици 5.12.5.1.и на Слици 5.12.5.2.)

Слика 5.12.5.1.



Слика 5.12.5.2.



Променљива BIS, такође, прави разлику између студената подељених на две групе према одговору (да, не) на нека од питања у упитнику (Табела 5.12.5.2.).

Табела 5.12.5.2.

	BIS		p
	Да	Не	
Да ли сте задовољни својим изгледом?	6,00 (3,00 – 11,00)	8,00 (4,00 – 15,00)	0,011
Да ли размишљате о напуштању факултета?	9,00 (4,00 – 16,00)	6,00 (3,00 – 12,00)	0,001
Да ли живите у студентском дому?	8,00 (4,00 – 15,00)	6,00 (3,00 – 11,00)	< 0,0005
Да ли сте пушач?	8,00 (4,00 – 15,00)	6,00 (3,00 – 11,00)	< 0,0005
Да ли се бавите физичком активношћу?	6,00 (3,00 – 11,00)	9,00 (5,00 – 11,00)	< 0,0005
Да ли сте психички малтретирани?	12,00 (6,00 – 18,00)	6,00 (3,00 – 11,00)	< 0,0005

5.12.6. Закључак

- BIS модел је врло добар маркер за раздвајање студената са депресивношћу од студената који немају депресивност.
- BIS модел је одличан маркер за раздвајање студената са анксиозношћу и студената без анксиозности.
- BIS модел је врло добар маркер за раздвајање студената који имају и депресивност и анксиозност од студената који их немају.

6. ДИСКУСИЈА

6.1. Инструменти за рано откривање депресивности и анксиозности

Међу истраживањима у региону, која се баве проценом менталног здравља студентске популације, наше истраживање се може сврстати међу најобимнија.

Важан аспект наше студије чини прелиминарно, односно рано откривање, до тада непрепознатих, поремећаја менталног здравља (на репрезентативном узорку студената Универзитета у Крагујевцу), односно спровођење скрининга на депресивност и анксиозност.

Скрининг истраживања се могу поделити на: масовна, селективна, опортунистичка и мултипла (мултифазна). Масовни скрининг се изводи на целокупној популацији или њеном већем делу. Селективни скрининг се примењује на јасно дефинисаној групи људи, која се налази под повећаним ризиком од неког обољења или чије обољење може да доведе до трагичних последица. Опортунистички скрининг се ограничава на особе, које посећују лекара из неког другог разлога, који није у вези са предметом скрининга. Мултипли скрининг представља истовремену примену више скрининг тестова (39).

Често се, током оваквих истраживања, користи одређена врста упитника. За потребе нашег истраживања користили смо, студентима прилагођен, стандардизовани упитник из Протокола истраживања здравственог понашања (СЗО), који се односи на демографске и социо-економске карактеристике, самопроцену здравља и понашање студената у вези са здравственим питањима.

Упитником се од испитаника прикупљају подаци од значаја за одређени здравствени проблем. Састављање упитника почиње избором једног од два могућа начина на који се питања постављају и бележе (отворени и затворени тип питања). Отворена питања немају унапред понуђене одговоре и дозвољавају испитанику да одговара слободно (својим речима). Затворена питања захтевају да особа изабере свој одговор у оквиру понуђених, лимитираних могућности. Она могу бити дихотомна (када су понуђена два одговора) или могу бити питања са вишеструким избором. Избор

питања зависи од предмета истраживања, али се у упитнику често налазе обе врсте, ради добијања што детаљнијих информација. Питања треба да су креирана тако да садрже по један појам, да су јасна и недвосмислена. Садржај упитника зависи од циља истраживања и садржи питања груписана у неколико целина:

- општи подаци (име и презиме, што није обавезно, адреса, место становања);
- демографски подаци (пол, узраст, занимање);
- подаци о обољењу (почетак болести, симптоми, знаци);
- подаци о изложености (у кући, на радном месту, начин исхране, навике);
- лична и породична анамнеза и
- остали подаци (укључују све релевантне податке који су у вези са дефинисаним здравственим проблемом).

Током анализе података, прикупљених упитником, важно је утврдити шта је заједничко за оболеле особе, односно, шта оболеле особе разликује од здравих. Прикупљање информација путем упитника врши се на неколико начина, а најчешће личним контактом анкетара са испитаницима, затим, поделом упитника испитаницима, које они сами попуњавају у присуству анкетара или самостално, а анкетирање се може вршити и путем телефона, електронских видова комуникације и др. (39).

За рано препознавање интензитета депресивне и анксиозне симптоматологије, током нашег истраживања, користили смо Бекову скалу за процену депресивности и Бекову скалу за процену анксиозности. Ове скале су погодне за примену зато што су преведене на српски језик, завршена је њихова валидизација и одобрено је њихово коришћење. Структура ових скала у целини одговара потребама истраживања, а вербализација упитника је једноставна.

Скале, које се користе за процену депресивне и анксиозне симптоматологије, а које се често наводе у литератури су и: PHQ-9 упитник (The Patient Health Questionnaire) је веома примењиван упитник за детекцију симптома и мерење тежине депресивне епизоде. PHQ је упитник самопроцене, изведен из PRIME MD-a (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), инструмента који се користи за евалуацију најчешћих психијатријских поремећаја на нивоу примарне здравствене заштите. PHQ-9 је скраћени упитник, који се односи само на депресивне поремећаје и који процењује сваки од 9 DSM IV критеријума

потребних за постављање дијагнозе депресивног поремећаја. Састоји се од 9 питања која се односе се на то како се субјекат испитивања осећао током последње две недеље. Одговор на свако питање бодује се од 0 (без тегоба) до 3 поена (скоро сваки дан). Укупни скор од 10 или више поена са великом вероватноћом указује на то да се може поставити дијагноза депресивне епизоде. Једна од највећих предности је то што може бити попуњен и скорован за веома кратко време (обично до три минута) (46).

CES-D скала (Center of epidemiologic studies of depression scale) је дизајнирана за самопроцену депресивне симптоматологије у општој популацији (за особе старије од 18 година). Скала се састоји од 20 питања која се односе се на то, како се субјекат испитивања осећао током последње недеље. Скала обухвата следеће компоненте депресивне симптоматологије: депресивно расположење, осећање кривице, осећање безвредности, психомоторну ретардацију, губитак апетита, поремећај сна. Одговор на свако питање бодује се од 0 (никада) до 3 поена (највећи део дана). Укупни скор од 16 или више поена, указује на велику вероватноћу постојања депресивне епизоде. Овај упитник се попуњава у периоду од 5 до 10 минута (47).

DASS-42 скала (Depression, Anxiety and Stress scale) је скала самопроцене која се састоји од 42 питања чија је намена процена кључних симптома депресије, анксиозности и стреса. Поменута скала се, у последње време, све чешће примењује и то због кључне идеје аутора да се развију инструменти, уз помоћ којих би било могуће максимално диференцирати симптоме депресије и анксиозности. Диференцијација ових симптома је увек представљала велики изазов за истраживаче, јер дотадашње скале нису имале те могућности. Субскала *Депресивност* се састоји од питања којима се процењују основни симптоми депресије (низак позитивни афекат, дисфоричност, безнадежност, губитак интересовања, инертност, негативан став према себи и животу генерално). Субскала *Анксиозност* обухвата питања које се првенствено односе на следећу симптоматологију: сувоћа уста, тешкоће са дисањем, дрхтање, као и доживљај анксиозности. Субскалом *Стрес* се процењују симптоми општег, неспецифичног узбуђења (тешкоће да се особа опусти, иритабилност и раздражљивост).

Резултати неких истраживања сугеришу да је субскала *Депресивност* првенствено субскала ниског позитивног афекта, да је субскала *Анксиозност* мера физиолошке узбуђености, а да је субскала *Стрес* мера неспецифичног негативног афекта. Поред

верзије од 42 питања, аутори ДАСС-а су развили и краћу верзију инструмента, који се састоји од 21 питања (ДАСС–21). Осим тога што је краћа и што је препоручују за употребу у великим истраживањима на узорцима испитаника, који имају мање стрпљења за попуњавање обимних скала (попут адолесцената), ова скала се показала и психометријски супериорнијом од дуге верзије (48).

У развијеним земљама спроводе се организовани скрининзи усмерени ка популацији младих, поготову скрининг на депресију које обављају посебно обучени здравствени професионалци користећи стандардизоване инструменте (49).

У Сједињеним Америчким Државама, U.S. Preventive Services Task Force препоручује скрининг на депресију код адолесцената старости од дванаесте до осамнаесте година живота (50). Такође, идентификују се и систематски прате адолесценти код којих постоје фактори ризика за настанак депресије (генетска предиспозиција, постојање другог менталног поремећаја, злоупотреба психоактивних супстанци и.т.д.). Овај вид превенције се спроводи кроз интервју како са клијентом, тако и са његовом породицом при чему се стиче детаљна процена психичког статуса. (49).

6.2. Преваленција депресивности и анксиозности код студентске популације

Последњих година дошло је до значајног повећања преваленције депресије и анксиозности у читавом свету (51). С тим у вези је и све већа потреба за услугама здравствене заштите у области менталног здравља. Ови трендови су нарочито потенцирани недавном економском рецесијом и њеним утицајем на ментално здравље (52).

Stephoe и сарадници су приметили велике варијације у преваленцији менталних поремећаја на глобалном нивоу. Најнижа преваленција забележена је у земљама западне и јужне Европе и у земљама северне и јужне Америке, потом следе земље централне и источне Европе, а највиша преваленција је запажена у пацифичким и азијским државама (31, 53).

Литература указује на чињеницу да је, у периоду између 1990. и 2000. године, преваленција депресивних симптома порасла пропорционално са 23,3% на 30,6% у

земљама западне Европе, али не и у земљама источне Европе (31). Актуелне светске миграције свакако ће дати нове поводе за истраживања менталних поремећаја, а депресије и анксиозности посебно.

У претходном периоду, било је мање истраживачких подухвата из области процене менталног здравља студентске популације у земљама источне Европе у односу на западне земље, што данас није случај.

Истраживачи су усмерени на утврђивање преваленције депресивних и анксиозних симптома код студентске популације. Ово је један од циљева и наше студије.

Према резултатима нашег истраживања, преваленција депресивности, на репрезентативном узорку од 1.940 студената Универзитета у Крагујевцу, износи 23,6%, док преваленција благе депресивности износи 15,4%. Преваленција анксиозности је 33,5%, а сваки четврти испитаник пати од благе анксиозности (22,7%).

Преваленција депресивности и анксиозности у нашем истраживању је виша у односу на велико истраживање спроведено у Сједињеним Америчким Државама (изражена депресивност 9%, умерена и блага депресивност 8%, анксиозност 9,8%) у коме је учествовало 14.175 студената из 26 различитих кампуса. За утврђивање интензитета депресивне, односно анксиозне симптоматологије коришћени су PHQ инструменти (52). Норе и сарадници су анализирали резултате 29 истраживања, која су се бавила проценом преваленције студентске популације у Северној Америци и дошли су до закључка да се преваленција депресивности креће у опсегу од 6% до 66,5%, анксиозности од 7,7% до 65,5%, а психолошког дистреса од 12,2% до 96,7 (54).

Резултати једног од највећих епидемиолошких истраживања, спроведеног у Аустралији, такође, су показали нижу вредност преваленције депресивне и анксиозне симптоматологије у односу на вредности преваленције добијене у нашој студији (депресивност 8%, анксиозност 13%). Ово истраживање је спроведено на узорку од 24.409 студената, који су похађали државне универзитете (24).

Већа учесталост депресивности и анксиозности забележена је, са друге стране, у истраживању у Турској, које је спроведено на узорку од 1.617 студената коришћењем DASS-42 скале (депресивност 27,1%, анксиозност 47,1%) (55).

Истраживања спроведена на европском континенту (у Немачкој, Данској, Пољској и Бугарској), коришћењем модификоване BDI скале, на узоку од 2.146

студената прве године студија, указала су на виши ниво преваленције депресивности у Пољској (36,4%), Бугарској (38,4%) и Немачкој (24,8%) (31), док је она била нижа код студената у Данској (18,5%) (6). Најнижа преваленција депресивности на европском континенту забележена је код студената у Шведској (10,2%) (56).

Истраживања спроведена на азијском континенту, у Јапану, показују да преваленција депресивности износи 43,1% (57), односно 57,1% (58), док је у Кини 11,7% (59). Недавно објављено истраживање, спроведено, такође, на азијском континенту (у Саудијској Арабији), показало је да преваленција депресивности износи 43%, а анксиозности 63%. За потребе овог истраживања, коришћена је све чешће употребљавана DASS-21 скала (60). Ретка су истраживања спроведена на Азијском континенту чија је преваленција депресивности била нижа у односу на резултате нашег истраживања (61).

Све ове варијације могу се објаснити културолошким различитостима, демографским и социо-економским особеностима различитих географских поднебља. Ове разлике се, такође, могу приписати различитом методолошком приступу у самој поставци истраживања, као и коришћењу различитих инструмената и различитих величина узорка.

Резултати само две од неколицине студија, које су се бавиле проценом менталног здравља студентске популације на територији бивше СФРЈ, указали су на нижу преваленцију депресивних симптома (Хрватска 9,4%) (62) и (Македонија 10,4%), али зато вишу преваленцу анксиозних симптома (Македонија 65,5%) (63), у односу на наше истраживање. Треба напоменути, међутим, да ове разлике могу бити и последица малог узорка код два поменута истраживања.

Студије сличне нашој, које би се подробније бавиле преваленцијом депресивних и анксиозних симптома, нису спроведене на територији Републике Србије, тако да не постоје доступни подаци за поређење.

6.3. Повезаност између демографских и социо-економских фактора и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Бројна истраживања идентификовала су социјалне факторе неједнакости као важну компоненту здравља, односно, социјални градијент здравља јавља се и у развијеним и у неразвијеним земљама. Социјални градијент може се описати лествицама, при чему свака пречка представља социјално-економски ниво одређене групе у друштву. Социјално и економско окружење утиче на то на ком ће се делу лествице одређена група наћи. Доказано је да људи на нижим деловима социјалне лествице имају знатно виши ризик од појаве хроничних болести у односу на оне, који се налазе ближе врху социјалне лествице. Оваквим разликама доприносе психосоцијални, али и материјални узроци (низак ниво образовања, лоши стамбени услови, ниски породични приходи). Истраживања спроведена у Србији потврдила су јаку повезаност између социјално-економског статуса (мереног степеном образовања и индексом благостања) и показатеља здравственог стања (самопроцена здравља, преваленција хроничних болести, индекс морбидитета). Резултати истраживања здравља становника Србије показали су да је преваленција хроничних болести највиша код најсиромашнијег дела становништва и да се пропорционално смањује са порастом индекса благостања (64).

Пажњу привалачи чињеница да се у високоразвијеним земљама, у којима су практично искорењени најтежи облици сиромаштва, јаз у морталитету и морбидитету између богатих и најсиромашнијих слојева становништва одржава, а чак се и повећава. Још увек се трага за адекватним чињеницама које би поткрепиле ову појаву (64).

Однос између лошег матерјалног статуса и менталног здравља је комплексан. Према широј дефиницији сиромаштво представља недостатак средстава, који за собом повлачи мање социјалних и едукативних извора. Сиромаштво и удружена стања (незапосленост, ниска едукација, депривација), повезани су са вишом стопом преваленције менталних поремећаја. Виша стопа се може двојачко објаснити – већим бројем фактора ризика којима су изложене сиромашне особе, али и померањем ментално оболелих ка сиромаштву.

Појединци могу бити предиспонирани за настанак менталних поремећаја због своје социјалне ситуације, а они, код којих се болест развије, могу да се суоче са даљим

лишавањем, које је резултат њихове болести. Такво лишавање углавном подразумева нижи ниво образовања, незапослесност, социјалну изолованост.

Ментални поремећаји доводе до здравствених, али и до економских последица, које често подразумевају тренутну или сталну неспособност за рад. Уколико не постоји социјална подршка државе, овакво стање неминовно доводи до сиромаштва.

Познато је да је ток менталних поремећаја условљен социо-економским статусом индивидуе. Разлог могу бити недостаци менталних служби као и проблеми које поједине вулнерабилне групације имају у остваривању права на здравствену заштиту. У неразвијеним земљама света, заштита менталног здравља је често недоступна најсиромашнијим сегментима друштва. Са друге стране, чак и у развијеним државама, лош материјални статус, удружен са недовољном покривеношћу здравственим осигурањем, представља баријеру у остваривању права на здравствену заштиту (17).

Социо-економски статус треба посматрати кроз положај индивидуе и породице или кроз обе ове димензије заједно. Без обзира на то да ли се посматрају одвојено или заједно, социо-економски статус подразумева: степен образовања, приходе, богатство, социјално благостање, односно статус у друштву или неке друге карактеристике, установљене од стране социо-културолошких карактеристика одређеног друштва (17).

Битан аспект нашег истраживања базира се на испитивању повезаности и утицаја демографских и социо-економских фактора на настанак депресивности и анксиозности.

Анализирајући демографске карактеристике учесника нашег истраживања, које су углавном нераздвојни сегмент социо-економских карактеристика, приметили смо повезаност између пола и степена депресивности, као и степена анксиозности. Резултати су указали на већу преваленцију депресивности код особа женског пола (1,5 пута), док је преваленција анксиозности била већа око 2 пута. Коришћењем регресионог модела, дошли смо до закључка да особе женског пола за 79,1%, имају већу шансу да оболе од депресивности и 90,1% већу шансу да оболе од анксиозности, у односу на особе мушког пола.

Ови резултати су у складу са већином истраживања из ове области која сугеришу на то да је учесталост депресивности и анксиозности виша код особа женског пола (30, 31, 52). Према културолошким карактеристикама, особе женског пола се чешће обраћају здравственим професионалцима за помоћ. Оне су отвореније и спремније да симптоме

које осећају искажу, како вербално, тако и бихевиорално. Чешће се жале на психосоматске тегобе и емоционалну нестабилност, због чега и фреквентније користе услуге здравствене заштите. Поремећаји здравља су мање стигматизирајући за особу женског пола, јер за њу важе нижи стандарди здравља, док су снага и здравље традиционално мушке вредности. Културолошки, за женску особу је прихватљивије да буде болесна, него што је то случај са особама мушког пола.

На друго објашњење сугеришу Essau и сарадници, који укључују биолошку компоненту, односно хормоналне, когнитивне и психолошке факторе (65). Са психолошког становишта, период студирања представља животну доб, када се млада жена суочава са многим животним изазовима, променама и потенцијално стресогеним догађајима (брига о каријери, оснивање секундарне породице, планирање потомства).

У многим истраживањима су уочене веће разлике у преваленцији депресивности међу половима (у корист женског пола) (59) у периоду ране адолесценције, са пиком у периоду касне адолесценције, док се разлика у преваленцији смањује у старијим узрастима (31).

Ретка су истраживања, али вредна пажње, чији су резултати упућивали да испитаници мушког пола испољавају виши ниво депресивности у односу на женски пол (66). Има и истраживача, који подржавају тезу да не постоје разлике међу половима у погледу учесталости (6, 55, 59, 67).

Наша студија је указала на повезаност између година живота и степена депресивности. Коришћењем регресионог модела, дошли смо до закључка да учесталост депресивности пропорционално расте са повећањем старости и то 11% за сваку годину живота. Слично нашим резултатима, у још неким истраживањима доказано је да старији студенти имају већу учесталост симптома депресивности (67). Као један од разлога за ово, може се сматрати чињеница да се старији студенти суочавају са више потенцијалних стресних догађаја у односу на млађе (брига због неизвесности након завршетка студија, проблеми око проналажења запослења, финансијска неизвесност, очекивања околине да млада особа у овом животном периоду треба да се оствари у значајним социјалним улогама као што су ступање у брак и добијање потомства) (52, 59, 68).

Резултати нашег истраживања указују на повезаност између материјалног статуса породице и степена депресивности, односно анксиозности на начин идентичан другим

истраживањима у овој области. Користећи мултиваријантну бинарну логистичку регресију, утврдили смо да студенти, који живе у породицама лошег материјалног статуса, имају око два пута већу вероватноћу за настанак депресивности.

Eisenberg и сарадници су спровели велико "on line" истраживање у Сједињеним Америчким Државама, у коме је учествовало 14.175 студената различитих факултета. Резултати су показали да су студенти са финансијским проблемима имали 2,15% већи ризик од појаве депресивности (52) односно, студенти, који су одрасли у сиромашним породицама, имали су већу шансу да оболе од менталних поремећаја (69).

Студија спроведена у преко 20 земаља света, на узорку од 17.384 испитаника, потврдила је да студенти из сиромашнијих породица учесталије пате од депресивности у односу на студенте који потичу из добро ситуираних породица (53).

Слични резултати су добијени и у једном од највећих епидемиолошких истраживања, које је спроведеном у Кини, а бавило се проценом менталног здравља студентске популације (у истраживању је учествовало 5.245 испитаника) (59).

Истраживања спроведена у Европи, тачније у Немачкој, Пољској и Бугарској, на узорку од 2.103 испитаника прве године студија, указала су на индиректну повезаност између материјалног статуса породице и појаве депресивности (31).

Још један аспект нашег истраживања јесте просторни комфор студената. Испитивали смо везу између могућности студента да сам користи собу и настанка депресивности односно анксиозности. Студенти који нису имали своју собу за 51,2% имали су већу шансу да оболе од депресивности. Araya и сарадници, који су студију спровели на студентској популацији у Чилеу, потврдили су да, што је већи број чланова породице у једној просторији, то је и већи ризик за настанак депресивности (70).

Супротно нашем истраживању, резултати добијени у студији спроведеној у Египту, на узорку од 1.200 студената, указују да већи број особа у заједничкој просторији смањје ризик од појаве депресивности (25). Симилярни резултати су добијени у још једном истраживању спроведеном, такође, у Египту, али и у Саудијској Арабији међу студентима медицине. Према овим студијама, мање од пет чланова породице у једној просторији повећава ризик за настанак депресивности (71). Оваква тенденција, може се објаснити чињеницом да боравак више чланова породице у једној

просторији ствара осећај припадности и сигурности, односно, чланови породице једни другима пружају значајну социјалну подршку, чиме се јачају капацитети индивидуе (25).

Овакви подаци могу се приписати специфичном културолошком миљеу поднебља. Очигледно је да различитост културолошких модела и потреба за комфором младих имају различите аспекте у различитим деловима света.

Истраживања позитивних аспеката функционисања код адолесцената су била готово потпуно занемарена током прошлог века. У последње време, долази до померања фокуса са психопатолошких феномена ка проучавању позитивних искустава и услова, који омогућавају особама да се развијају и оптимално функционишу (48). Понашања, која нарушавају психосоцијално функционисање адолесцената, инспиришу истраживаче да се усмере ка факторима ризика и психопатолошким симптомима. Један од битних домена нашег истраживања је управо утицај задовољства изазваног избором факултета, односно условима студирања на ментално функционисање студената.

Резултати нашег истраживања указују на повезаност задовољстава изазваног избором факултета и условима студирања са депресивном, односно анксиозном симптоматологијом. Регресионим моделом је доказано да незадовољство условима студирања представља један од предиктора за настанак депресивности. Студенти, који су незадовољни условима студирања, имају за 53,7% већу шансу за настанак депресивности. Један број истраживања је имао резултате сличне нашим, односно, студенти који се налазе под стресом услед обимног градива, кратких рокова за припремање испита, високих критеријума постављених од стране професора, имали су и већу шансу за настанак анксиозности (52), али и депресивности (59, 68, 72,

Чињенице показују да највећи број адолесцената има негативну афективну евалуацију образовних установа. Ово значи да већина не ужива у образовним активностима и не радује се похађању таквих установа. Резултати истраживања сугеришу на то да је начин функционисања образовних установа доминантно усмерен на академске аспекте и образовање, а да су занемарене активности и процеси који утичу на социјално и емоционално функционисање младих. Ова чињеница може се поткрепити објашњењем да почетком 90-их година прошлог века нису постојали инструменти, помоћу којих је било могуће проценити задовољство животом код адолесцената због доминантног става да циљ образовања није срећа, већ стицање знања неопходних за живот и професију.

Група аутора (23) тврди да адолесценти, који су веома задовољни системом образовања, имају значајно вишу просечну оцену од оних са ниским степеном задовољства. Овај налаз је у складу са резултатима истраживања, која показују да задовољнији и срећнији млади људи имају боља академска постигнућа од незадовољних. Досадашња истраживања нису дала јасан одговор на питања о каузалном односу ове две варијабле, тј. да ли високе оцене доводе до већег задовољства животом, или високо задовољство води ка већем академском постигнућу (преко, нпр. веће мотивисаности студената). (48).

Поред повезаности између задовољства образовном установом и постизања академског успеха, истраживања су показала да је субјективна евалуација образовне установе значајано повезана и са низом показатеља субјективног благостања. Студенти, који су задовољни избором факултета и условима студирања, показују значајно мање симптома депресивности, анксиозности и стреса, доживљавају мање непријатних, а више пријатних емоција од оних са ниским и просечним задовољством образовном установом. Поред доминације позитивних емоција код адолесцената, који су задовољни избором факултета и условима студирања, приметно је и да имају оптимистичнији став према будућности, већи доживљај сврхе живота и да су генерално задовољнији животом (23).

Најважнију и незаменљиву улогу и значај за развој и васпитање младе особе имају управо њени родитељи. Стога је, за ментално здравље младих, веома битно какав став, однос, поступке и методе родитељи примењују у опхођењу и комуникацији са дететом. Веома је важно и у каквој породичној средини се одвија живот и рад детета, да ли је он заснован на савремено-демократском или на патријархално-ауторитарном стилу васпитања и да ли су то, пак, родитељи сувише амбициозни, строги и презапослени. Негативне реакције на проблеме у учењу код деце, као и негативне реакције на ниске оцене, честе су појаве због којих долази до сукоба између родитеља и деце.

У патријархалној породичној средини, углавном доминира аутократски, односно ауторитарни стил руковођења и васпитања. Аутократским стилем руковођења, родитељи од своје деце захтевају одређене видове покорности и послушности. У оваквом породичном окружењу, не уважавају се стварне потребе младе особе, а родитељи, који се одлуче за овај модел васпитања, могу да утичу на развој негативних особина код младих

(страх, агресивност), односно на развој озбиљних поремећаја здравља, какви су депресија и анксиозност (73).

Испитивали смо и везу између очекивања родитеља у погледу постизања академског успеха и појаве депресивности, односно анксиозности код младих. Резултати наше студије су указали на чињеницу да студенти, чији родитељи имају висока очекивања, имају већу шансу за настанак анксиозности за 29,0% .

Bhasin и сарадници су у свом истраживању навели да очекивања родитеља представљају снажан предиктор за настанак депресивности (74) док други истраживачи наводе да неразумевање родитеља представља један од разлога настанка депресивности (75).

6.4. Повезаност између телесних манифестација и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Истраживања депресија и анксиозности све више обухватају и соматски план који је важан колико и афективна измењеност, која је, у ранијим периодима, била доминантно истраживана (76).

Телесне манифестације се јављају као симптоми депресивности и анксиозности. Депресију и анксиозност може пратити и читав низ озбиљних телесних обољења. Тада се ради о коморбидитету (77).

Питање из упитника, коришћеног у нашем истраживању, које се односило на присуство одређених телесних манифестација код испитаника током последњих шест месеци (главобоља, бол у стомаку, бол у леђима, малаксалост, потиштеност, раздражљивост, нервоза, тегобе са спавањем, вртоглавице), послужило је као основа за креирање модела за процену ризика од настанка депресивности односно анксиозности. Сваки одговор је добијао одређени скор према претходно дефинисаном критеријуму. Сабирањем ових скорова добијена је нова променљива БИС (базични идентификациони скор), која представља процену ризика од настанка депресивности односно анксиозности код студентске популације.

ROC крива је показала да је променљива БИС врло добар маркер за раздвајање студената са депресивношћу од студената без ње ($area = 0,754$, $p < 0,0005$). Гранична

вредност је 8,50. Сензитивност износи 67,6 %, а специфичност 69,4 %. Коришћењем бинарне логистичке регресије показана је веза између BIS променљиве и појаве депресивности. Повећање вредности BIS променљиве за 1 бод, доводи до повећања ризика од настанка депресивности за 5,2 %.

ROC крива показује да је BIS одличан маркер и за раздвајање студената који имају анксиозност од студента који је немају ($area = 0,800$, $p < 0,0005$). Гранична вредност (cut-off) је 7,50, сензитивност износи 74,2 %, а специфичност 71,6 %. Коришћењем бинарне логистичке регресије показана је веза између BIS променљиве и појаве анксиозности. Повећање вредности BIS променљиве за 1 бод, повећава ризик од настанка анксиозности за 5,6%.

Једна трећина телесних манифестација, због којих се пацијенти јаве лекару, је медицински неразјашњена (непознатог су узрока). Литература сугерише на то да је оваква врста симптоматологије директно повезана са тешкоћама у свакодневном функционисању, неспособношћу, повећаном употребом психоактивних супстанци, нарушеним квалитетом живота као и са смањеним коришћењем услуга здравствене заштите (76).

Нугг и сарадници, који су истраживање спровели на студентској популацији у САД-у, показали су да је чак 87% испитаника осећало благи умор током студирања. Студенти, који су осећали умерен и изражен умор, имали су више скорове на BDI скали за процену депресивности у односу на оне, који су осећали благи умор. Студенти са израженим умором, такође, су испољавали и више скорове на скали за процену анксиозности (78).

Резултати истраживања, спроведеног на два универзитета у Мексику, на узорку од 506 студената психологије, показала су да су телесне манифестације биле израженије како се повећавао скор на скалама за процену депресивности (Beck Depression Inventory) и анксиозности (Social Anxiety Scale for Adolescents). Као најзаступљенији симптоми наводе се: главобоља, менструалне тегобе, бол у леђима, умор и проблеми са спавањем (79).

У научним круговима спомињу се три хипотезе којима се може објаснити веза између депресије, односно анксиозности и соматских тегоба. Према првој хипотези,

депресивни и анксиозни поремећаји могу утицати на настанак телесних симптома на разне начине (80) нпр. измењеном перцепцијом физичких сензација (81).

Према другој хипотези, соматски проблеми, односно различите врсте телесних неугодности и физичких ограничења могу бити предиктори настанка депресивних и анксиозних поремећаја. Трећа теорија даје тумачење, према коме различити утицаји околине, биолошки и психолошки фактори, могу независно утицати на настанак, како менталних поремећаја, тако и соматских тегоба.

Истраживања су показала да су депресивни поремећаји у јачој корелацији са телесним манифестацијама мускулоскелетног система (82) док се кардиопулмонални симптоми више везују за анксиозне поремећаје (80, 83).

Депресија и анксиозност су повезани са болом, као симптомом, без обзира на његову анатомску локализацију (84). Истраживање, спроведено од стране СЗО, у коме је учествовало 5.447 испитаника, у оквиру 15 истраживачких центара, лоцираних у Америци, Европи, Азији и Африци, показало је да особе са хроничним болом четири пута чешће пате од депресивног и анксиозног поремећаја (17).

Бол и депресија се сматрају најтежим изразима људске патње. Клиничка искуства показују да су телесни бол и депресија веома често испреплетени и да се налазе у узајамној интеракцији (85). Ligthart и сарадници, бол сматрају једним од симптома депресије, а доказана је и делотворност антидепресива у супримирању бола, што указује на заједничку патогенезу депресије и ове телесне манифестације (84).

Хронични бол карактеришу дуготрајне болне сметње резистентне на аналгетике. За разлику од акутног бола, који је више праћен страхом, хронични бол прати мање или више изражена депресивност. За бол код депресије и анксиозности је карактеристична његова дистрибуција. Она не одговара дистрибуцији сензитивне инервације нерава, нити васкуларизацији одређеног крвног суда. Особе које пате од хроничног бола, током времена се карактерно мењају. Ове промене се најлакше уочавају у међуљудској комуникацији (социјална изолација, емоционална равнодушност, скептичан став према лечењу и изгледима за оздрављење) (77).

Истраживања упозоравају на то да за пацијенте, који се јаве изабраном лекару због недефинисаних болова у мишићима, главоболља, болова у стомаку, постоји од 2,5 до 10 пута већа вероватноћа да болују од паничног поремећаја, генерализованог анксиозног

поремећаја и велике депресије. Пацијенти, који су осећали неку врсту соматског бола, такође, су давали и податке о лошијем менталном функционисању и имали су више скорове на скалама, које процењују нивое депресивности, социјалне анксиозности и посттрауматског стресног поремећаја (86).

Хронични бол и депресија, односно анксиозност, се често јављају у коморбидитету. Око 35% болесника са хроничним болом испуњава и критеријуме за анксиозни поремећај, док 30-60% болесника са хроничним болом пати и од клинички значајног облика депресије. Пацијенти који болују од артритиса и имају болове у зглобовима и мишићима, у око 35% случајева пате и од анксиозности, док у 22% случајева пате од поремећаја расположења (85). Доказано је да депресија и анксиозност повећавају ризик од појаве мигрене и када се јављају засебно, међутим, уколико се депресија и анксиозност јаве удружено тај ризик постаје још већи (84).

Симптом бола може представљати потенцијални фактор ризика за рецидиве депресивних и анксиозних поремећаја (87). Неуроимидинг студије су показале преклапања неуронских мрежа емоција и бола, нарочито у (пре) фронталним деловима кортекса (88).

Gerrits и сарадници сматрају да бол може да утиче на дисрегулацију хипоталамус-хипофиза-надбубрег осовине (повећање нивоа кортизола), као и на активност аутономног нервног система (повећана активност симпатикуса или смањена активност парасимпатикуса), што може утицати на настанак нове депресивне епизоде (87). Супротно очекивањима, није пронађена веза између симптома бола и рецидива анксиозног поремећаја (88). Депресија и анксиозност ће имати лошију прогнозу уколико се бол јави у зглобовима, на више анатомских локација (87).

У клиничкој пракси, посебну пажњу треба усмерити на тзв. маскирану депресију. Маскирану депресију карактерише постојање соматске "маске", коју чини широк спектар соматских тегоба. Није редак случај да оболели од маскиране депресије траже помоћ лекара различитих специјалности, мењају здравствене установе и најчешће им се поставља дијагноза хипохондријазе. Овакав став пројекције психичких проблема на телесну сферу се, између осталог, објашњава бољом социјалном прихватљивошћу соматских тегоба и избегавање стигме и дискриминације, с којима се друштво најчешће односи према психијатријским пацијентима.

Процењује се да од маскиране депресије пати 7,3-11% свих пацијената оболелих од депресије, а у просеку, од појаве првих тегоба до упућивања пацијента психијатру, протекне 3-5 година. Најчешћи мотиви за њихово упућивање психијатру су негативни налази при дотадашњим соматским испитивањима и одсуство терапијског одговора на примењену соматску терапију. Пацијенти, који пате од овог поремећаја, најчешће се жале на главобоље у виду жигања, стезања, болова у пределу лица и зуба. Тегобе повремено личе на мигренозне. Поред тога, јављају се болови у пределу кичменог стуба и контрактуре мускулатуре, па се симптоми често интерпретирају као спондилоартротични или, пак, као дископатије. Честа је појава парестезије у пределу екстремитета, осећај тежине екстремитета "као да су напуњене оловом", присутан је и феномен немирних ногу, отежано дисање и болови у разним деловима тела. Такође, учестано се јавља и вегетативна симптоматологија у виду вртоглавице, осећаја празнине у глави, притиска у грудима, болова у пределу срца, тахикардије, сувоће у устима, анурије, аерофагије, метеоризма, отежаног дисања. Маскирана депресија представља поремећај који може да имитира различите соматске болести (77).

Резултати нашег истраживања потврђују повезаност између присуства хроничне болести/инвалидитета и степена анксиозности. Доказана је и повезаност између оштећеног здравља услед хроничне болести/инвалидитета и степена депресивности, односно степена анксиозности. Међу студентима, код којих је здравље нарушено услед хроничних болести/инвалидитета, сваки трећи пати од благе депресивности, а сваки четврти од благе анксиозности.

Депресија и анксиозност могу бити "пратиоци" соматских болести, тако што их наговештавају, јављају се истовремено са њима, настају као њихова последица или их чак додатно погоршавају. Због узајамног односа између менталног поремећаја и соматске болести, веома је битно препознати и лечити симптоме депресије и анксиозности код телесно оболелих пацијената и обрнуто (19).

Учесталост менталних поремећаја, већа је код пацијената који истовремено имају неку соматску болест, него у општој популацији. Истраживања указују на то да преваленција депресије код малигних болести износи око 40%, код дијабетеса је нешто виша од 20%, код инфаркта миокарда око 25%, а код ХИВ инфекција око 10% (89).

Депресија и анксиозност су честа коморбидна стања код студената са дијагностикованим соматским обољењима. Резултати, добијени на узорку од 2.000 студената Универзитета у Београду, указују на корелацију између депресије и следећих соматских болести: дијабетеса, хипертензије, обољења срца, хроничног бронхитиса, неуролошких обољења и чира на желуцу или дванаестопалачном цреву. Утврђена је повезаност и анксиозности са: дијабетесом, хипертензијом, обољењима срца, хроничним бронхитисом, бронхијалном астмом и чиром на желуцу или дванаестопалачном цреву (90).

Депресивни и анксиозни поремећаји, у комобирдитету са телесним манифестацијама и соматским болестима, доведени су у везу са повећаним бројем самоубиства, смањеним квалитетом живота, као и значајним економским оптерећењем система здравствене заштите (86).

Депресивне и анксиозне особе у клиничкој симптоматологији испољавају телесне манифестације болести. Многе телесне болести могу бити праћене анксиозношћу и депресијом. Телесне дисфункције су често предиктор депресивности и анксиозности, значајан су елемент клиничког испољавања ових менталних проблема, али и евалуациони показатељ дијагностике и терапије ових стања.

6.5. Повезаност између коришћења психоактивних супстанци и степена депресивности, односи степена анксиозности код студентске популације

Здравље карактерише равнотежа између индивидуе и њене околине. На ову равнотежу утичу, са једне стране, здравствени потенцијали индивидуе, односно вештина индивидуе да се носи са спољашњим изазовима, али и интензитет и трајање тог изазова, са друге стране. Оваква врста изазова утиче на понашање индивидуе у контексту социјалне групе (породица, пријатељи).

Изазови се јављају током читавог живота, а посебно су значајни током периода адолесценције. Пресудна је способност особе да на њих одговори на адекватан начин, не нарушавајући здравље.

Једно од најчешћих ризичних понашања, која се срећу у адолесценцији, је употреба психоактивних супстанци. Психоактивна супстанца (ПАС) је хемијска материја

која, уношењем у организам, мења психичку структуру, односно утиче на расположење, мишљење, понашање и изазива психичку и физичку зависност.

Зависност је стање периодичне или континуиране интоксикације, проузроковане поновљеним узимањем природних или синтетичких супстанци. Важно је напоменути да је и само пробање психоактивних супстанци у адолесцентном узрасту веома ризично. Иако се, од стране младих особа, често сматра безазленим, оно представља предуслов за јављање свих каснијих фаза злоупотребе психоактивних супстанци (91).

Наше истраживање се бавило проучавањем повезаности између конзумирања психоактивних супстанци и степена депресивности, односно анксиозности.

Зависност у студентској популацији може се развити и у сферама без утицаја ПАС (интернет зависност, коцка).

Конзумирање цигарета представља најраспрострањенију и друштвено најприхватљивију лошу навику човека наше средине. Резултати наше студије су показали да је скоро сваки пети студент Универзитета у Крагујевцу пушач (18%). Такође, пронађена је повезаност између употребе цигарета и степена депресивности као и степена анксиозности. Блага анксиозност је испољена код једне четвртине студената који конзумирају цигарете (25,2%), док је блага депресивност испољена код 15% судента који користе ову психоактивну супстанцу.

Преваленција пушења код младих у Србији узраста 15–29 година износи 33,4% и мања је код девојака (29,9%) у односу на младиће (36,8%) (92). Сап и сарадници, који су спровели истраживање, у коме је учествовало 4.666 адолесцента у Турској, показали су да учесталост конзумирања цигарета износи 38,2%, а свакодневно конзумирање 10,5%. Испитаници мушког пола су пушили 3,02 пута више од испитаница. Испитаници чији су пријатељи пушачи, конзумирали су цигарете 2,42 пута више од оних чији су пријатељи непушачи. Студенти чије су мајке пушачи, пушили су 1,57 пута више од колега чији су родитељи непушачи (93).

У оквиру пројекта Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије, у којем је, између осталог, учествовало 1.939 адолесцената, дошло се до података да је свакодневно пушило 31,9% оних испитаника, који су имали емоционалне проблеме током 4 недеље које су претходиле испитивању (91).

Зависност од психоактивних супстанци, афективни поремећаји, а посебно депресија и анксиозност, уз нападе страха, представљају значајне проблеме јавног здравља.

Испитивањем младих зависника о психоактивним супстанцама, дошло се до податка да је око 35% њих, пре конзумирања ових супстанци, имало нападе панике или неки облик анксиозности.

Еквиваленти емоционалних поремећаја (иза радозналости крију се: страх, емоционална инхибираност, немир, а иза досаде: туга, социјални страх), наводе се као разлози за иницијалну употребу психоактивних супстанци (21). Афективни поремећаји се сматрају најчешћим узрочницима опредељења за злоупотребу психоактивних супстанци. Сматра се да велики број зависника испољава неки облик депресивног поремећаја (91).

Истраживање, спроведено у САД-у, показало је да особе које пате од менталних поремећаја, два пута чешће конзумирају цигарете у односу на остали део популације. Разлози још увек нису потпуно јасни, а могу се потражити у неурохемијском деловању никотина. Никотин представља психоактивну супстанцу која активира механизам награде у одговарајућим сегментима централног нервног система. На овај начин долази се до повећаног ослобађања допамина, који се сматра једним од узрока настанка одређених менталних поремећаја. Не треба, свакако, занемарити ни социолошки моменат, када се за цигаретом често посеже услед досаде и социјалне изолације.

Неке студије, спроведене на реперзентативном узорку адолесцената који пате од депресије, показале су да је преваленција пушења била виша пре самог настанка менталног поремећаја (17). Резултати других студија су контроверзни у вези са питањем да ли депресивни пацијенти пуше због својих симптома или пушачи постају чешће депресивни од непушача.

6.6. Повезаност између насиља и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Са социо-културолошког становиштва, индивидуа представља производ друштвених односа и субјект друштвеног живота. Индивидуа је, такође, члан одређене социјалне заједнице, који је усвојио њена начела и вештину да учествује у колективним интеракцијама. Да би прихватила културолошке карактеристике своје заједнице, индивидуа пролази кроз развој, како телесни, тако и психолошки. Резултати свих интегративних процеса, условљених биолошким и психолошким развојом, помажу индивидуи да изгради свој идентитет и постане аутономна личност (70).

Ментални поремећаји представљају један од значајних предиктора за настанак поремећаја социјалног здравља и искључивања појединца као корисног члана породице и заједнице (92).

У широј, не само стручној јавности, говори се о нултој толеранцији на насиље, а посебну пажњу привлачи злостављање деце, жена и младих.

Злоупотреба или злостављање младе особе обухвата: све облике физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалну злоупотребу, занемаривање или немаран поступак, као и комерцијалну и другу експлоатацију. Све ово доводи до стварног или потенцијалног нарушавања здравља. У нашој земљи, подаци о размерама малтретирања и злостављања још увек су инсуфицијентни. Због недостатка интегрисане базе података и тешкоћа поређења резултата из различитих сектора, прецизних и комплетних података још увек нема (94).

Према подацима Института за јавно здравље Србије, физичком насиљу је изложено 6,0% младих узраста 15–29 година живота. У овој старосној доби особе мушког пола, у већем су проценту изложене физичком насиљу (8,7%), наспрам особа женског пола (3,4%). Изложеност физичком насиљу опада са узрастом и највећа је у старосној групи 15-19 (8,0%), док је најмања у групи 20-29 година (2,9%). У исто време, психичком малтретирању је било изложено 11,6% младих узраста 15–29 година. Највећи проценат особа које су биле изложене психичком насиљу налази се у старосним групама

15-19 (12,9%) и 20-24 година живота (12,5%), док је знатно мањи у узрастној групи 25-29 година живота (8,5%) (92).

Преваленција физичког злостављања у развијеним земљама света износи од 4 до 16%, док је преваленција психичког малтретирања око 10%. У Око 80% случајева, починиоци насиља су родитељи или старатељи, а као потенцијални фактори ризика наводе се: сиромаштво, низак степен образовања, болести зависности (95).

Предиктори, који доводе до психичког и физичког малтретирања и повећавају ризик од менталних поремећаја, не могу бити генерализовани за сва културолошка поднебља. У развијеним земљама света, као главни фактори ризика, наводе се: развод родитеља, односи са очухом, односно маћехом, присуство болести зависности код родитеља. Истраживања спроведена у мултикултуралним срединама, посебно у Северној Америци као факторе ризика, често истичу културалне и етничке разлике, што се, пак, не може рећи за доминантно етнички хомогене државе, какве су Јапан и Кина (96).

Последице злостављања и занемаривања се могу поделити на ране (у младости) и касне (које се јављају у одраслом добу).

Проблеми менталног здравља, настали као последица малтретирања, могу бити различити: почев од измењеног когнитивног функционисања (ретардација, развојне дисхармоније, интелектуална инхибиција, тешкоће у концентрацији) и психолошког функционисања (страх, стрепња, агресивност, бес, непријатељство, кривица, стид, измењен доживљај себе, самодеструктивно понашање), па све до менталних поремећаја у одраслом добу, од којих су најзначајнији депресивни и анксиозни поремећаји, поремећаји личности, болести зависности, суицидално понашање (92, 94).

Резултати нашег истраживања су показали да постоји повезаност између физичког, односно психичког малтретирања и степена депресивности. Више од четвртине испитаника, који су физички малтретирани (28,1%) и више од трећине студената, који су психички малтретирани, испољавали су благу депресивност (26,6%).

Потврдили смо, такође, и повезаност између физичког, односно психичког малтретирања и степена анксиозности. Нешто мање од једне трећине студената, који су психички малтретирани (29,0%) и око трећина студената (32,1%), који су физички малтретирани, испољава благу анксиозност.

Слично нашим резултатима и резултати других студија су показали повезаност између неког облика насиља и настанка психолошког дистреса, депресивности (97, 98, 99, 100) анксиозности (101, 102, 103, 104, 105), односно и депресивности и анксиозности (96, 106, 107, 108).

Norman и сарадници су доказали да физички малтретирана лица имају за 54% већи ризик од настанка депресивног поремећаја и 51% већи ризик од настанка анксиозног поремећаја, нарочито од настанка паничног и посттрауматског стресног поремећаја (95).

Истраживања показују да особе, које су биле у детињству физички малтретирани, имају 1,5 пута већу шансу да оболе од менталног поремећаја у каснијем животном периоду (109). Тачније, Gal и сарадници наводе да физичко малтретирање у раном животном добу повећава ризик од настанка анксиозног поремећаја у адолесцентном периоду живота. Ову тврдњу поткрепили су истраживањем, које је спроведено у Израелу, на узорку од 4.589 адолесцената (104). Познато је да је физичко малтретирање готово увек удружено са другим врстама насиља. Није редак случај да младе особе буду изложене различитим врстама насиља. Адолесценти, који су трпели више од једне врсте малтретирања (физичког, психичког, сексуалног), учесталије су имали проблеме са менталним здрављем, односно са депресивним, анксиозним и поремећајима понашања (96), што показују и наши резултати.

Кулминација трпљења насиља, повезана са присуством менталног поремећаја, иницира, неретко, покушај самоубиства. *Skapinakis* и сарадници наводе да жртве малтретирања учесталије размишљају о извршењу самоубиства, поготово жртве које су трпеле насиље са фреквенцом једном недељно и чешће (110). Најзначајнији корак у превенцији насиља усмерен је на општу популацију и то кроз демаскирање табуа о породичном насиљу, дестигматизацију особа које су биле злостављане, мултидисциплинарно активно хармонизовање законодавних и извршних активности, уз максимални ангажман свих институција и појединаца, како би се постигла нулта толеранција на насиље.

Здравствени системи имају посебну улогу у оваквим активностима. Ова улога се остварује кроз овладавање посебним процедурама, које за циљ имају превенцију, препознавање и учешће у третману особа над којима је вршено насиље. Депресивност и

анксиозност код младих могу бити саставни део мултифакторског настанка симптома и могу се јавити управо као последица реактивирања траума из раног детињства, које су суштински представљале неки од облика насиља.

6.7. Повезаност измењености нагона за животом и степена депресивности, односно степена анксиозности код студентске популације

Под самоубиством се подразумева свесно и намерно одузимање сопственог живота (92). Суицид је један од водећих узрока смрти код млађих одраслих особа (17).

Скоро четвртину самоубистава у свету изврше млади (испод 25 година живота), тако да самоубиство представља други водећи узрок преране смрти у старосне доби од 10 до 24 године живота, чинећи више од 20 000 000 изгубљених здравих година живота.

Самоубиство представља један од три водећа узрока смрти у популацији старости од 15-34 године живота. (17). Међутим, процењује се да су код младих покушаји самоубистава 200 пута учесталији од реализованих самоубистава (111).

Резултати нашег истраживања су утврдили повезаност између размишљања о самоубиству (суицидалне идеје) и степена депресивности, односно степена анксиозности. Међу студентима, који су размишљали да изврше самоубиство, симптоме благе депресивности испољава нешто више од четвртине студената (26,3%), док симптоме благе анксиозности испољава нешто мање од једне четвртине. Доказали смо повезаности између покушаја самоубистава и степена депресивности као и степена анксиозности. Око 25% студената, који су покушали да изврше самоубиство, испољава благу анксиозност.

Ментални поремећај је дијагностикован код 95% особа које реализују или покушају самоубиство. Депресија представља водећи фактор ризика, односно две трећине депресивних пацијената размишља да изврши самоубиство, док се 10 до 15% њих одлучи на сам чин (112).

Евиденције показују да је 45% особа, које су извршиле самоубиство, посетило свог изабраног лекара непосредно пре самог чина, што говори у прилог чињеници да фактори ризика често бивају препознати, поготову у популацији младих (113).

Самоубиство представља други водећи узрок смртности међу студентском популацијом у САД-у. American College Health Association наводи да, на годишњем нивоу, у просеку око 1,3% студената покуша да изврши самоубиство, а 6,4% озбиљно размишља да изврши самоубиство (114).

Wilcox и сарадници који су истраживање спровели у САД-у, на узорку од 1.253 испитаника студентске популације, тврде да потенцијалне факторе ризика за покушај самоубиства представљају присуство депресивне симптоматологије, изложеност насиљу у породици, слаба социјална подршка. Важну компоненту чини и генетска предиспозиција, односно 80% студената, који су покушали да изврше самоубиство, наводи да им један од родитеља (мајка) болује од депресије. У овом истраживању се наводи и да код студената са депресивношћу постоји 2,4 пута већа шанса за појаву суицидалних идеја (115).

Lee и сарадници, који су истраживање спровели на пет универзитета у Кореји, на узорку од 368 студената, тврде да је шанса за појаву суицидалних идеја код депресивних студената 8,9 пута већа (116).

Maniam и сарадници сматрају да депресија представља значајан предиктор за самоубиство. Код пацијената који пате од депресије, постоји 8,3 пута већа шанса за појаву суицидалних идеја (117).

Национално истраживање, спроведено у Малезији, на узорку од 20.552 испитаника, показује да је та шанса 2,45 пута већа код оболелих од депресије (118).

Међу младима, суицидна понашања нису неувобичајена. Претпоставља се да генетски, биолошки, социјални и демографски фактори, неповољна рана искуства и особине личности чине групу повезаних егзогених фактора који утичу на индивидуалну подложност за менталне поремећаје и осетљивост на проблеме и стресове. Ови фактори често делују као непосредни утицаји на суицидно понашање. (111).

Резултати наших истраживања су усаглашена са резултатима других истраживача и упућују на то да адекватна превенција и лечење менталних поремећаја, може редуковати стопу суицида, без обзира на то да ли су интервенције усмерене на појединца, породицу, образовну установу или општу популацију. Рано препознавање и

лечење депресије и анксиозности представља важну стратегију у примарној превенцији суицида (17).

6.8. Промоција менталног здравља

Наши резултати, као и подаци из литературе у коју смо имали увид, упућују на апликативност концепта промоције менталног здравља.

Током последње три деценије концепт промоције здравља наметнуо се се као нов начин размишљања о очувању здравља и превенцији поремећаја здравља. Овакав концепт, иницирао је нове приступе за побољшање здравља појединца и читаве заједнице.

Једна од најчешће цитираних дефиниција промоције здравља потиче из Отавске повеље, која промоцију здравља одређује као процес оспособљавања људи да повећају контролу над сопственим здрављем како би га унапредили. Она наглашава потребу за оснаживањем појединца и читавог друштва. Три основне стратегије промоције здравља су:

- заступање (заговарање) стварања услова неопходних за здравље;
- оспособљавање људи за постизање пуног здравственог потенцијала;
- медијација, односно посредовање у усклађивању различитих интереса у друштву, у циљу постизања бољег здравља;

Промоција здравља подразумева:

- Изградњу здраве јавне политике (креатори јавне политике на свим нивоима и секторима треба да прихвате своју одговорност за здравље и да при доношењу одлука буду свесни последица које оне могу имати по здравље);
- Стварање околине која пружа подршку (заштита околине и очување природних ресурса мора бити важна карика у свакој политици унапређења здравља);
- Јачање акција у заједници (унапређење здравља се одвија кроз конкретне акције, утврђивање приоритета, доношење одлука, планирање стратегија за постизање бољег здравља);
- Развој личних вештина (унапређење здравља кроз обезбеђивање информација и здравствено васпитање што доводи до развоја вештина) и

- Преоријентацију здравствене службе (здравствени сектор мора бити сензитивнији за здравствене потребе становништва, те своје активности првенствено треба да усмери на унапређење здравља, а потом на пружање куративних услуга).

Концепт промоције здравља подразумева широк опсег деловања који обухвата:

- Превентивне активности (очување и унапређење здравља, спречавање и сузбијање болести, рано откривање, лечење и рехабилитацију);

- Здравствено васпитање (подразумева сваку комбинацију искуства у учењу, дизајнирану тако да ојача и подржи добровољну адаптацију индивидуалног и колективног понашања које води ка здрављу);

- Активности којима се, попут здравственог васпитања, утиче на стил живота (подстицањем коришћења превентивних услуга, врши се превенција болести);

- Активности које се односе на политику и регулативу у циљу превенције поремећаја здравља и

- Остале мере које се односе на на регулативу и политику која ће побољшати и унапредити здравље (40).

У промоцији менталног здравља, акценат је стављен на унапређење позитивног менталног здравља у општој популацији, са посебним освртом на потребе оних, који су у ризику или већ доживљавају проблеме у области менталног здравља. Дакле, иако је унапређење менталног здравља усмерено на позитивне аспекте менталног здравља, промоција менталног здравља своје деловање проширује и на особе, које већ имају менталне проблеме или поремећаје. Интервенције укључују и стварање супортативног окружења, смањење стигматизације и дискриминације и пружање подршке појединцима и службама, које раде са својим корисницима и њиховим породицама.

Око 40% земаља света нема политику менталног здравља, а преко 30% нема програм менталног здравља. Више од 90% земаља политиком менталног здравља не обухвата популацију младих. Системи здравствене заштите често не покривају менталне поремећаје на исти начин на који то раде када су у питању друге болести.

Заштита и унапређење менталног здравља становништва представља комплексан задатак, који подразумева доношење вишеструких одлука. Таква политика изискује усклађивање приоритета између потреба менталног здравља, услова, служби, лечења,

стратегија превенције и унапређења здравља, али и стварање могућности да се направе избори у вези са њиховим финансирањем.

Стратегија треба да обезбеди међусобну усклађеност здравствених установа и служби менталног здравља, али и координацију са другим службама (служба социјалне помоћи, просвета, служба за запошљавање и обезбеђивање смештаја). Стратегија у овај процес мора да укључи све актере од интереса (пацијената, чланове породице, професионалаце, политичаре). (17).

Реформа менталног здравља у Републици Србији отпочела је 2007. године, доношењем Стратегије развоја заштите менталног здравља, а 2013. године усвојен је и Закон о заштити лица са менталним сметњама као и Правилник о врсти и ближним условима за образовање организационих јединица и обављање послова заштите менталног здравља у заједници.

Према Стратегији развоја заштите менталног здравља Републике Србије, будућа политика у овој области треба да буде усмерена ка промотивним и превентивним активностима. Неопходно је, у оквиру будућих служби за ментално здравље, акценат ставити на јачање превентивног потенцијала примарне здравствене заштите. Кадровски капацитети се могу оснажити кроз едукацију о менталним проблемима младих, а поред њих треба оснаживати и просторне и организационе капацитете специјализованих јединица, које се баве менталним проблемима младих на секундарном и терцијарном нивоу. Неопходно је пружити психолошку подршку младима и изван здравствених установа (школе, студентски домови, интернати), као и обезбедити отварање специјализованих саветовалишта за ментално здравље изван институција. Генерално, неопходно је ставити акценат на примарну превенцију, и кроз образовни систем, и кроз све облике масовних комуникација.

Превенцију менталних поремећаја неопходно је започети од најранијег периода живота, адекватном исхраном и перинаталном негом, избегавањем ПАС још током трудноће, имунизацијом, раним откривањем поремећаја здравља, промоцијом менталног здравља у вртићима и школама.

7. ЗАКЉУЧАК

1a. Преваленција депресивности код испитиване студентске популације износи 23,6%. Од тога, блага депресивност нађена је код 15,4% испитаника, блага до умерена код 4,2 %, умерена до изражена код 2,9% испитаника, док је код 1,1% испитаних студената констатована изражена депресивност.

1б. Преваленција анксиозности код испитиване студентске популације износи 33,6%. Блага анксиозност је детектована код 22,7% испитаника, док је умерена аксиозност присутна код 7,4%, а тешка код 3,4% испитаних студената.

2a. Након разматрања одговора, добијених на питања из дела упитника који се односио на демографске и социо-економских факторе, утврђено је да на настанак депресивности утичу: женски пол, године живота, лоше имовинско стање, стамбени услови (непоседовање своје собе) и незадовољство условима студирања, односно прецизније речено:

- испитанице имају за 79,1% већи ризик од појаве депресивности;
- свака година живота више, повећава ризик од појаве депресивности за 11,0%;
- лоше имовинско стање повећава ризик од појаве депресивности око два пута;
- студенти који не поседују своју собу имају за 51,2 % већи ризик за настанак депресивности, а
- незадовољство условима студирања повећава ризик од појаве депресивности за 53,7%.

2б. Након разматрања одговора, добијених на питања из дела упитника који се односио на демографске и социо-економске факторе, утврђено је да на настанак анксиозности утичу: женски пол, очекивања родитеља и притисак околине, односно:

- испитанице имају за 90,1 % већи ризик од појаве анксиозности;
- очекивања родитеља повећавају ризик од појаве анксиозности за 29,0%, а
- притисак околине повећава ризик од појаве анксиозности за 27,5%.

3. Телесне манифестација код испитаника без клиничких симптома указује на могући ризик од настанка депресивности и анксиозности код испитиване студентске популације. Добијени одговори, који се односе на телесне манифестације испитиваних особа, скорирани су према претходно јасно дефинисаним критеријумима. Збир скорова је аутентична, нова променљива, коју смо назвали BIS (базични идентификациони скор), а представља процену ризика од настанка депресивности, односно анксиозности.

- Утврђено је да је BIS врло добар маркер за раздвајање студената са депресивношћу од студената без ње. Повећање вредности BIS променљиве за 1 бод, доводи до повећања ризика од настанка депресивности за 5,2 %.
- Потврђено је да је BIS одличан маркер за раздвајање студената са анксиозношћу од студената без ње. Повећање вредности BIS променљиве за 1 бод, доводи до повећања ризика од настанка анксиозности за 5,6 %.

4. Потврђена је повезаност између конзумирања цигарета и степена депресивности, односно степена анксиозности. Преваленција благе депресивности код пушача износи 15,2%, док је преваленција благе анксиозности 25,2%.

5а. Постоји повезаност између физичког злостављања и степена депресивности, односно степена анксиозности. Код 28,1% студената, који су физички злостављани, присутна је блага депресивност, док је блага анксиозност констатована код око једне четвртине физички малтретираних студената (25,8%).

5б. Потврђена је повезаност и између психичког злостављања и степена депресивности, односно степена анксиозности. Код нешто више од једне четвртине студената, који су психички малтретирани, нађена је блага депресивност (26,6%), а код нешто мање од једне трећине блага анксиозност (29,0%).

6а. Потврђена је повезаност између размишљања о извршењу самоубиства и степена депресивности, односно степена анксиозности. Нешто више од једне четвртине студената, који су размишљали о томе да изврше самоубиство, нађена је блага депресивност (26,3%), а код нешто мање од једне четвртине блага анксиозност (24,4%).

66. Пронађена је, такође, повезаност и између покушаја самоубиства и степена депресивности, односно степена анксиозности. Блага депресивност констатована је код 15,6% студената, који су покушали да изврше самоубиство, док је блага анксиозност константована код њих 25,0%.

8. ПРЕДЛОЗИ МЕРА

Према резултатима нашег истраживања промотивне и превентивне активности у области менталног здравља студентске популације треба усмерити ка:

- Организовање припремног програма за будуће студенте пред упис на одређени факултет.

Овакав програм, организован од стране универзитета, помогао би будућим студентима да се што боље упознају са наставним програмом и обавезама, које их очекују током студирања, а ојачао би и њихово ментално функционисање. Показало се да тешкоће у прилагођавању могу бити један од потенцијалних фактора ризика за настанак проблема у области менталног здравља, па би један од циљева програма требало да буде пружање подршке студентима у академском, социјалном и емоционалном прилагођавању на нову средину.

- Мотивисање младих да стичу здраве навике и шире знања из области здравља, с посебним акцентом на усвајање здравих стилова менталног функционисања. Један од начина да се ово постигне је спровођење здравствено-васпитних програма с циљем да се развију здрави стилови живота, који подразумевају: физичку активност, правилну и уравнотежену исхрану, бригу о репродуктивном здрављу, избегавање конзумирања ПАС и сваког понашања које је ризично, односно штетно по здравље.

Такве програме би, кроз пријатељски приступ, наклоњен младима, требало спроводити кроз: различите радионице, трибине и предавања, сарадњу са медијима, едукацију вршњачких едукатора, здравствених радника и других значајних личности (локалних координатора, новинара), израду интернет презентација, плаката и едукативног материјала.

Да би се остварили циљеви једног таквог програма, неопходно је направити контакте са установама из којих млади долазе (студентски домови, факултети, установе социјалне заштите, удружења и сл.).

Примећено је да вршњачка едукација представља веома ефикасну здравствено-васпитну методу. Вршњачка едукација је плански вођен и континуиран процес, којим обучене и мотивисане особе, организују различите активности са својим вршњацима. На тај начин млади усвајају знања, ставове и вештине, које ће им помоћи да заштите и унапреде своје здравље, али и их и мотивисати да се одговорно понашају, како према себи, тако и према својој околини. Младима се, такође, пружа и могућност да учествују у креирању и спровођењу промотивних и превентивних активности, које се њих директно тичу, као и да остваре приступ неопходним информацијама и услугама. Вршњак је особа која припада истој социјалној групи као особе којима се пружа вршњачка едукација, а доказано је да се најлакше прихватају савети и ставови особе која потиче из исте социјалне групе.

- Развијање механизма информисања младих о могућностима пружања превентивних услуга у саветовалиштима за младе и службама за здравствену заштиту студената, у оквиру установа примарне здравствене заштите, са посебним програмима унапређења менталног здравља.

У циљу мотивисања младих да посете саветовалишта, потребно је континуирано промовисати саветовалишни рад путем различитих кампања и акција, кроз обележавање одређених датума из календара јавног здравља СЗО и креирање едукативног материјала. Веома је важно да се, кроз наступе на локалним телевизијама или креирање прилога за локалне новине, успостави добра сарадња са штампаном и електронским медијима.

- Сарадња са факултетима на којима ће се, уз активно учешће и партнерство са студентима, професорима и управом, спроводити превентивне активности из области здравственог васпитања. Циљ те сарадње, између осталог, треба да буде и увођење едукације о промоцији менталног здравља и превенцији менталних поремећаја у редовно образовање студената.
- Отварање саветовалишта за ментално здравље изван здравствених установа (при факултетима, интернатима, студентским домовима), како би млади имали већу мотивисаност да их посете и мању могућност да буду стигматизовани и дискриминисани.

Циљеви оваквих саветовалишта требало би да буду:

Промоција менталног здравља, уз усвајање здравих стилова живота;

Пружање подршке студентима, који имају тешкоће у учењу настале услед слабе мотивисаности, лоше концентрације, нејасних циљева, неадекватних радних навика;

Пружање подршке у ситуацијама када се јављају тешкоће у прилагођавању на нову средину, настале услед одвајања од примарне породице;

Пружање подршке у успостављању емоционалних и социјалних веза;

Пружање подршке у решавању конфликтних ситуација (са родитељима, колегама, наставним особљем);

Рано препознавање депресивности, анксиозности, суицидалних идеја, симптома злостављања и занемаривања и упућивање студената, уколико за то постоји потреба, на више инстанце (установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите);

Пружање социјалне подршке студентима, који већ пате од менталних поремећаја;

Едуковање наставног особља за препознавање раних поремећаја менталног здравља код студента, као и стицање вештина за мотивацију студената да се јаве у саветовалиште ради добијања адекватне помоћи;

Успостављање информационих система који би омогућили да досијеи студената, који имају проблеме у области менталног здравља, буду доступни одговарајућим здравственим установама (примарног, секундарног и терцијарног нивоа), а све у циљу пружања адекватне и благовремене помоћи. Такви информациони системи имали би важану и у прикупљању и анализирању епидемиолошких података за потребе препознавања широког спектра психосоцијалних одредница менталног здравља, као и обезбеђивање података везаних за раширеност и врсту проблема;

Увођење S.O.S. телефонских линија под слоганима типа "Ниси сам!" или "О чему желиш да разговарамо?" као и пружање подршке преко популарних друштвених мрежа (facebook, twitter и сл.). Саветници би, на овај начин, били доступни и студентима који, тренутно, нису у могућности да посете саветовалиште, односно нису довољно мотивисани или се плаше да ће бити дискриминисани и стигматизовани. Институцијама и

стручњацима се саветује да формом тзв. “Отворених врата”, без административних формалности, буду на располагању младим људима;

Увођењу скрининга на депресивност и анксиозност, односно рано детектовање непризнатих поремећаја здравља у пресимптоматској фази поремећаја. BIS модел, дизајниран током овог истраживања, могао би да послужи као значајан инструмент за рано детектовање депресивне, односно анксиозне симптоматологије. Овај тест би претходио специфичнијим дијагностичким тестовима и служио би да потврди вероватноћу присуства поремећаја. Једна од предности јесте и да је једноставан за коришћење и може бити попуњен за веома кратко време (обично до три минута). Веома је важно да се све особе са позитивном вредношћу теста подвргну детаљном дијагностичком поступку. Препорука би била да се скрининг први пут спроведе на првој години студија, а да се студенти са утврђеним факторима ризика прате кроз читаво школовање;

Заштита студената од злостављања и занемаривања. За спровођење ове активности неопходно је формирање посебно едукованих тимова.

Све наведене превентивне активности треба да спроводе здравствени радници и здравствени сарадници Института за јавно здравље, домова здравља, односно Завода за здравствену заштиту студената, уз активно укључивање и других организација од интереса (образовање, социјална заштита, полиција, правосуђе, средства јавног информисања).

9. ЛИТЕРАТУРА

1. Цуцић В. Социјална медицина: уџбеник за студенте медицине. Београд: Савремена администрација, 2000.
2. Влајковић Ј. Теорија и пракса менталне хигијене. Друго издање. Београд: Савез друштава психолога Србије, 1990.
3. Вишњић А. Модели организације здравствене заштите студентске популације и промоција менталног здравља (дисертација). Ниш: Медицински факултет Универзитета у Нишу, 2010
4. World Health Organization: Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
5. Кеџмановић Д. У потрази за идентитетом психијатрије. Београд: Clio, 2014
6. Becker AE, Kleinman A. Mental health and the global agenda. N Engl J Med 2013; 369: 66-73.
7. Di Fiandra T. European strategies for mental health. Annali dell'Istituto superiore di sanità 2009; 45(1): 54-58.
8. Министарство омладине и спорта Републике Србије. Национална стратегија за младе. Београд, 2006
9. Young people's health--a challenge for society. Report of a WHO Study Group on young people and "Health for All by the Year 2000. World Health Organ Tech Rep Ser 1986;731:1-117
10. Кеџмановић Д. Психијатрија. Београд: Медицинска књига, Београд-Загреб, 1989.
11. Ерић Љ. Адолесценција - идентитет - психопатологија – психотерапија. Београд: Жарко Албуљ, 1999.
12. Станојевић Д. Корелати менталног здравља адолесцената српске националности са Косова и Метохије (Докторска дисертација). Ниш: Филозофски факултет Универзитета у Нишу, 2012
13. American College Health Association. American College Health Association–National College Health Assessment: Reference Group Data Report, Spring 2008. American College Health Association, Baltimore, MD; 2008

14. Melo-Carrillo A, Van Oudenhove L, Lopez-Avila A. Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *J Affect Disord* 2012;136(3):1098-103.
15. Ђукић-Дејановић С, Јањић В, Михајловић Г, Ђоковић Д, Игњатовић Ристић Д, Раванић Д и ост. Психијатрија. Крагујевац: Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, 2011.
16. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. Size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21(9):655-79.
17. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (15):8–11.
19. Министарство здравља Републике Србије. Национални водич добре клиничке праксе, Депресија: Министарство здравља Републике Србије, 2012
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013
21. Ерић Љ, Каличанин П. Психијатрија. Београд: Медицински факултет, 2000
22. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске. Душевни поремећаји и поремећаји понашања: Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2004.
23. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010
24. Said D, Kypri K, Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(6):935-44.
25. Ibrahim AK, Kelly SJ, Glazebrook C. Analysis of an Egyptian study on the socioeconomic distribution of depressive symptoms among undergraduates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(6):927-37.

26. Министарство здравља Републике Србије. Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији. Београд, 2006.
27. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
28. Reavley N, Jorm AF. Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early Interv Psychiatry* 2010;4(2):132-42.
29. Talaei A, Fayyaz MR, Ardani AR. Depression and Its Correlati on With Self-esteem and Social Support Among Iranian University Students. *Iran J Psychiatry* 2009;4:17-22.
30. Sokratous S, Merkouris A, Middleton N, Karanikola M. The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive correlational study. *BMC Public Health* 2013; 13:112.
31. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Naydenova V, Meier S, El Ansari W. Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4:19.
32. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu SM, et al. Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(12):1429-37.
33. Марић М. Особине личности, животни догађаји и анксиозност адолесцената. *Примењена психологија* 2010/1; 39-57.
34. Марковић Ј, Митровић Д, Ивановић-Ковачевић С, Васић-Зарић . Депресивни поремећај у адолесценцији. *Актуелности из психијатрије и граничних подручја* 2009;3-4:64-71
35. Министарство здравља републике Србије. Стратегија развоја заштите менталног здравља. Београд, 2007
36. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc* 2010;60(8):699-702.
37. World Health Organization. Prevention of mental disorders: eff ectiveinterventions and policy implications. Geneva: WHO, 2004.

38. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press (US), 1994
39. Гледовић З, Јанковић С, Јеребински М, Марковић Денић Љ, Пекмезовић Т, Шипетић Грујичић С, и ост. Епидемиологија. друго издање. Београд: Медицински Факултет, 2009.
40. Симић С. Социјална медицина-уџбеник за студенте медицине. Београд: Медицински факултет, 2012
41. Коцијанчић Р. Хигијена. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 2002.
42. Beck AT, Ward T, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry, 1961;4(6):561-71.
43. Beck AT, Steer PA, Ball P, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients." Journal of personality assessment 1996;67(3): 588-97
44. Тимотијевић И, Пауновић В. Инструменти клиничке процене у психијатрији. Београд: Научна књига, 1992.
45. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory (BAI) Manual. Oxford (UK): Pearson; 1990
46. Kroenke K, Spitzer R L, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16(9):606-13).
47. Radloff LS. The use of Centre for Epidemiologic studies Depression Scale in adolescence and young adults. J Youth adolesc 1991;20(2):149-66).
48. Јовановић В, Гаврилов-Јерковић В Жуљевић Д, Брдарић Д. Психометријска евалуација Скале депресивности, анксиозности и стреса–21 (ДАСС–21) на узорку студената у Србији. Психологија 2014;47(1):93–112).
49. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, the GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics 2007;120:1299-1312
50. Rushton JL, Forcier M, Schecktmann RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(2):199-205 2002;41(2):199-20.
51. Twenge JM, Gentile B, DeWall CN, Ma D, Lacefield K, Schurtz DR. Birthcohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):145-54.

52. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *Int J Behav Med* 2013;14(2):97-107).
53. Steptoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *Int J Behav Med* 2007;14(2):97-107.
54. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ* 2014; 48(10):963-79).
55. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(8):667-72
56. Christensson A, Vaez M, Dickman PW, Runeson B. Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(4):299-310).
57. Kono K, Eskanadrieh S, Obayashi Y, Arai, A, Tamashiro, H. Mental Health and Its Associated Variables Among International Students at a Japanese University: With Special Reference to Their Financial Status. *J Immigr Minor Health*, doi 10.1007/s10903-014-0100-1
58. Koyama A, Matsushita M, Ushijima H, Jono T, Ikeda M. Association between depression, examination-related stressors, and sense of coherence: the Ronin-Sei study. *Psychiatry. Clin. Neurosci* 2014; 68(6), 441-7
59. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, et al. Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. *PLoS One* 2013;8(3):e5837.
60. Kulsoom B, Afsar NA. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:1713-22.
61. Yusoff MS, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatr.* 2013;6(2):128-33.

62. Uglesić B, Lasić D, Zuljan-Cvitanović M, Buković D, Karelović D, Delić-Brkljacić D, et al. Prevalence of depressive symptoms among college students and the influence of sport activity. *Coll Antropol* 2014;38(1):235-9.
63. Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, Sivevska-Smilevska E. Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia. *Bratisl Lek Listy* 2008;109(12):568-52.
64. Jankovic J, Marinkovic J, Simic S. Utility of data from a national health survey: do socioeconomic inequalities in morbidity exist in Serbia? *Scand J Public Health*. 2011;39(3):230-8.
65. Essau CA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa S. Gender differences in the developmental course of depression. *J Affect Disord* 2010; 127(1-3):185-190.
66. Sidana S, Kishore J, Ghosh V, Gulati D, Jiloha R, Anand T. Prevalence of depression in students of a medical college in New Delhi: A cross-sectional study. *Australas Med J* 2012;5(5):247-50.
67. Magklara K, Bellos S, Niakas D, Stylianidis S, Kolaitis G, Mavreas V, et al. Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry* 2015; 18;15:199.
68. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, Ergin N, et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J* 2005;46(1):96-100.
69. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(4):534-42
70. Araya A, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:501–5.
71. El-Gilany A, Amr M, Hammad S (2008) Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Ann Saudi Med* 28(6):442–8.
72. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence* 2001;36(143):491-8.

73. Bartelink C, van Yperen TA, Ten Berge IJ. Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse Negl.* 2015 : S0145-2134(15)00231-8. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.002. [Epub ahead of print].
74. Bhasin SK, Sharma R, Saini NK. Depression, anxiety and stress among adolescent students belonging to affluent families: a school-based study. *Indian J Pediatr* 2010;77(2):161-5.
75. Kau S, Sharma V. Depression Among Adolescents in Relation to Their Academic Stress. *Education* 2014;4: 5.
76. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, Low NC, Höfler M, Wittchen HU. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(1):89-104.
77. Прерадовић М. Депресивни синдром. *Медицинска ревија* 2009; 57:60.
78. Nyer M, Mischoulon D, Alpert JE, Holt DJ, Brill CD, Yeung A, et al. College students with depressive symptoms with and without fatigue: Differences in functioning, suicidality, anxiety, and depressive severity. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27(2):100-8.
79. González Ramírez MT, Landero Hernández R, García-Campayo J. The relationship among depression, anxiety, and somatic symptoms in a sample of university students in northern Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(2):141-5.
80. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2015 ;78(2):116-22.
81. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007;27:821–41.
82. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, Craske MG, Stein MB. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety* 2008;25:593–600.
83. Van Boven K, Lucassen P, Van Ravesteijn H, Olde Hartman T, Bor H, Van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract* 2011;61:316–25.

84. Ligthart L, Gerrits MM, Boomsma DI, Penninx BW. Anxiety and depression are associated with migraine and pain in general: an investigation of the interrelationships. *J Pain* 2013;14(4):363-70.
85. de Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, van Marwijk HW, de Waal MW. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *Plos One* 2014;15:9(10):e106907.
86. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res* 2015;78(1):64-70.
87. Gerrits MM, Vogelzangs N, van Oppen P, van Marwijk HW, van der Horst H, Penninx BW. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain* 2012;153(2):429-36.
88. Gerrits MM, van Oppen P, Leone SS, van Marwijk HW, van der Horst HE, Penninx BW. Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14:187.
89. Ospina M, Harstall C. Prevalence of Chronic Pain: An Overview. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment; Edmonton, AB: 2002. Report No. 28.
90. Stojanović-Tasić M, Grgurević A, Cvetković J, Grgurević U, Trajković G. Association between somatic diseases and symptoms of depression and anxiety among Belgrade University students. *Med Glas (Zenica)* 2014 ;11(2):373-8.
91. Радовановић С. Фактори ризика за злоупотребу психоактивних супстанци код младих у Србији. (дисертација). Крагујевац: Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу, 2013.
92. Тања Кнежевић, Данијела Симић, Иван Ивановић. Здравље младих у Републици Србији. Финални извештај Београд: Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут", 2009.
93. Can G, Topbas M, Oztuna T, Ozgun S, Can E, Yavuzylmaz A. Factors contributing to regular smoking in adolescents in turkey. *J Sch Health* 2009, 79(3) 93-7.

94. Митковић М. Злостављање у детињству и адолесценцији као фактор ризика за повећану склоност одрасле особе ка злостављање деце. Београд: Министарства рада и социјалне политике, 2009.
95. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Med* 2012;9(11):e1001349.
96. Nguyen HT, Dunne MP, Le AV. Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bull World Health Organ.* 2010 ;88(1):22-30.
97. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Jama PN, Puren A. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse Negl* 2010;34: 833–41
98. Fergusson D, Boden J, Horwood L. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32: 607–19
99. Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 693–701.
100. Courtney EA, Kushwaha M, Johnson JG Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence. *J Emot Abuse* 2008; 8(3): 281–98
101. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, et al. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health* 2008; 98: 946–52,
102. Cougle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res* 2010;177: 150–5
103. Fujiwara T, Kawakami N. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *J Psychiatr Res.* 2011;45(4): 481–7.
104. Gal G, Levav I, Gross R. Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: results from the Israel-based World Mental Health Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:222–229.

105. JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 113–23,
106. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122(1): 66–74.
107. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl* 2006;30(10):1093-103 ,
108. Afifi TO, Mota NP, Dasiewicz P, MacMillan HL, Sareen J. Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics* 2012; 130(2): 184–92.
109. Fergusson DM, Boden JM, Horwood Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008;32(6):607-19.
110. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry* 2011;11:22.
111. Canković D, Canković S, Ukropina S, Surković ON, Harhaji S, Radić I. Attitudes towards suicide among adolescents. *Med Pregl*. 2013;66(5-6):240-4.
112. Vogelzang BH, Scutaru C, Mache S, Vitzthum K, Quarcoo D, Groneberg DA Depression and suicide publication analysis, using density equalizing mapping and output benchmarking. *J Psychol Med* 2011;33(1):59-65.
113. Tait L, Michail M. Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* 2014 ;3:145.
114. Shenoy DP, Lee C, Trieu SL. The Mental Health Status of Single Parent Community College Students in California. *J Am Coll Health*. 2015; 7:0. [Epub ahead of print].
115. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O’Grady KE. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders* 2010;127:287–94.

116. Lee HS, Kim S, Choi I, Lee KU. (2008). Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean College Students. *Psychiatry Investig* 2008;5(2):86-93
117. Maniam T, Marhani M, Firdaus M, *et al.* Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia - Results of an epidemiological survey. *Compr Psychiatry* 2014;55 Suppl 1: S121-5.
118. Maniam T, Chinna K, Lim CH, Kadir AB, Nurashikin I, Salina AA. Suicide prevention program for atrisk groups: Pointers from an epidemiological study. *Prev Med* 2013; 57 Suppl: S45-6.