

Povezanost razine sampoštovanja s razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa

Mašek, Jasmina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:994996>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**

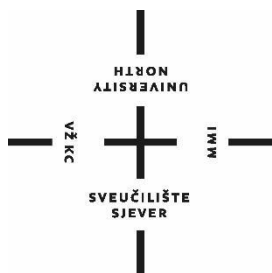


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 347/SSD/2024

**POVEZANOST RAZINE
SAMOPOŠTOVANJA SA RAZVOJEM
ANKSIOZNOSTI, DEPRESIJE I/ILI STRESA**

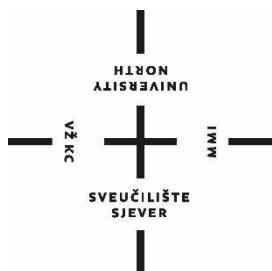
Jasmina Mašek

Varaždin, srpanj 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski studij Sestrinstvo – Menadžment u
sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 347/SSD/2024

**POVEZANOST RAZINE
SAMOPOŠTOVANJA SA RAZVOJEM
ANKSIOZNOSTI, DEPRESIJE I/ILI STRESA**

Student:

Jasmina Mašek, 1003096796

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović

Varaždin, srpanj 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrištvo		
STUDIJSKI PROGRAM	diplomski sveučilišni studij Sestrištvo – menadžment u sestrištvu		
PRESTUPNIK	Jasmina Mašek	MATUČNI BROJ	1003096796
DATUM	3.7.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo
NASLOV RADA	Povezanost razine samopoštovanja s razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Correlation between the level of self-esteem and the development of anxiety, depression and/or stress		
MENTOR	izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor, viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberger, predsjednica Povjerenstva 2. izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor 3. izv. prof. dr. sc. Rosana Ribić, član 4. doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ: 347/SSD/2024

OPIS

Mentalno zdravlje odnosi se na stanje dobrobiti u kojem je osoba sposobna ostvarivati svoje potencijale i nositi se sa raznim životnim stresovima. Povezano je sa subjektivnim osjećajem dobrobiti i sastavni je dio općega zdravlja. Samopoštovanje jedna od bitnih odrednica mentalnog zdravlja te o njemu ovisi kako će pojedinac reagirati na izazove koji su pred njega postavljeni i kako će se s njima nositi. U sklopu ovog diplomskog rada provest će se istraživanje povezanosti mentalnih poremećaja s razinom samopoštovanja. Tako je temeljna znanstvena pretpostavka (hipoteza) da je razina samopoštovanja povezana sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa. Metodologija istraživanja uključit će provedbu anketnog upitnika među pacijentima Dnevne bolnice Klinike za psihijatriju KB Dubrava te osobama koje nikada nisu bile uključene u niti jedan oblik psihijatrijskog tretmana. Na taj način će rad doprinijeti razumijevanju odrednica mentalnog zdravlja te doprinosi boljem razumijevanju bolesti, a samim time pomoći u pronalaženju najboljeg pristupa liječenju i prevenciji pojave navedenih psihičkih poremećaja kod zdravih pojedinaca.

ZADATAK URUČEN

09.02.2024.



Tomislav Meštrović

Predgovor

Zahvaljujem se svim profesorima Sveučilišta Sjever koji su mi predavali, na njihovom trudu i zalaganju kako bi nam osigurali što više znanja. Posebno se zahvaljujem mom mentoru, izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću na pomoći prilikom izrade rada.

Veliku zahvalnost dugujem svojim kolegama na tome što su mi uljepšali studentske dane, prijateljima te obitelji koja mi je uvijek bila podrška i potpora. Također, neizmjereno sam zahvalna svojoj Klinici za psihijatriju na poticaju i podršci za vrijeme studiranja.

Veliko hvala mom čovjeku koji mi je davao vjetar u leđa kad god je to bilo potrebno. Hvala ti što si uvijek bio tu za mene i što si me gurao onda i kad mi se baš i nije dalo.

Najviše od svega hvala mojim roditeljima jer bez vas sigurno ne bih bila tu gdje jesam.

Sažetak

Mentalno zdravlje odnosi se na stanje dobrobiti u kojem je osoba sposobna ostvarivati svoje potencijale i nositi se sa raznim životnim stresovima. Povezano je sa subjektivnim osjećajem dobrobiti i sastavni je dio općega zdravlja. Samopoštovanje jedna od bitnih odrednica mentalnog zdravlja te o njemu ovisi kako će pojedinac reagirati na izazove koji su pred njega postavljeni i kako će se s njima nositi.

U ovom istraživanju ispitivala se povezanost mentalnih poremećaja sa razinom samopoštovanja. Tako je temeljna znanstvena pretpostavka (hipoteza) da je razina samopoštovanja povezana sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa. Metodologija istraživanja uključuje provedbu anketnog upitnika među pacijentima Dnevne bolnice Klinike za psihijatriju KB Dubrava te osobama koje nikada nisu bile uključene u niti jedan oblik psihijatrijskog tretmana. Rezultati istraživanja ukazuju na veći broj osoba sa niskim samopoštovanjem u skupini liječenih osoba nego u skupini neliječenih. Također, kod osoba sa niskom razinom samopoštovanja izraženiji su simptomi anksioznosti, depresije i/ili stresa nego kod osoba sa visokim samopoštovanjem.

Ovaj rad doprinosi razumijevanju odrednica mentalnog zdravlja te doprinosi boljem razumijevanju bolesti te samim time postiže pronalaženje najboljeg pristupa liječenju i prevenciji pojave navedenih psihičkih poremećaja kod zdravih pojedinaca.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, samopoštovanje, anksioznost, depresija, stres

Abstract

Mental health refers to a state of well-being in which a person is able to realize their potential and cope with various life stresses. It is related to the subjective feeling of well-being and is an integral part of overall health. Self-esteem plays a crucial role in mental health, and it influences how an individual will respond to challenges and how they will cope with them.

This study examined the connection between mental disorders and the level of self-esteem. The fundamental scientific hypothesis is that the level of self-esteem is related to the development of anxiety, depression, and/or stress. The research methodology includes the implementation of a survey questionnaire among patients of the Daily Hospital of the Psychiatric Clinic of Clinical Hospital Dubrava and individuals who have never been involved in any form of psychiatric treatment. The research results indicate a higher number of individuals with low self-esteem in the treated group compared to the untreated group. Additionally, individuals with low levels of self-esteem exhibit more pronounced symptoms of anxiety, depression, and/or stress than those with high self-esteem.

This work contributes to understanding the determinants of mental health and to better understanding of illnesses, thus achieving the best approach to treatment and prevention of the mentioned mental disorders in healthy individuals.

Keywords: mental health, self-esteem, anxiety, depression, stress

Popis korištenih kratica

DASS	eng. Depression Anxiety Stress Scale - Skala depresije, anksioznosti i stresa
H	hipoteza
n	uzorak
SPSS	eng. Statistical Package for the Social Sciences – statistički paket za društvene znanosti
IBM	International Business Machines Corporation
χ^2 test	eng. chi-square test - Hi-kvadrat test

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Pojam o sebi	4
1.2. Samopoštovanje	6
1.2.1. Komponente samopoštovanja	7
1.2.2. Visoko samopoštovanje	8
1.2.3. Nisko samopoštovanje	9
1.3. Anksioznost	11
1.3.1. Simptomi anksioznosti	12
1.3.2. Anksiozni poremećaji	12
1.4. Depresija.....	16
1.4.1. Simptomi depresije	17
1.4.2. Depresivni poremećaji	18
1.5. Stres	23
1.5.1. Stresori	24
1.5.2. Reakcije na stres i suočavanje sa stresom	25
1.5.3. Poremećaji vezani uz traumu i stresor	26
2. Istraživački dio rada	30
2.1 Cilj istraživanja	30
2.2. Hipoteze.....	30
2.3. Sudionici	31
2.4. Opis mjernog instrumenta	31
2.5. Metode obrade podataka	32
3. Rezultati istraživanja	34
3.1. Sociodemografska obilježja ispitanika	34

3.2. Izraženost samopoštovanja, anksioznosti, depresije i stresa kod psihijatrijski liječenih sudionika i kontrolne skupine.....	36
3.3. Analiza rezultata prema hipotezama.....	44
4. Rasprava.....	46
5. Zaključak.....	49
6. Literatura.....	52
7. Dodatci.....	55
7.1. Popis tablica	55
7.2. Popis grafikona	56
8. Prilozi	57

1. Uvod

Mentalno zdravlje jedan je od ključnih aspekata općeg zdravlja svake osobe. Pojam se odnosi na stanje blagostanja pri kojem se osoba može nositi sa svakodnevnim stresnim situacijama te ostvaruje svoj potencijal. Povezano je sa subjektivnim osjećajem dobrobiti svakog pojedinca te se odnosi se odnosi na emocionalnu, psihološku i socijalnu dobrobit. Utječe na način na koji djelujemo, mislimo te osjećamo. Dobro mentalno zdravlje omogućava nam učinkovito nošenje sa stresom, ostvarivanje produktivnih odnosa, donošenje važnih životnih odluka i postizanje osobnih ciljeva. U današnjem ubrzanom i često stresnom svijetu, mentalno zdravlje postaje sve važnija tema. Prevalencija mentalnih poremećaja u stalnom je porastu. Zato je briga o mentalnom zdravlju, kao i njegovom očuvanju i zaštiti, ključna. Povećanje svijesti o značaju mentalnog zdravlja rezultiralo je većim brojem istraživanja i inicijativa usmjerenih na prevenciju i liječenje mentalnih poremećaja. Dobro mentalno zdravlje ima zaštitnu ulogu te smanjuje rizik od pojave ili pogoršanja problema mentalnih poremećaja. Također, podrazumijeva sposobnost prilagodbe novim situacijama i problemima. Osim toga, ono je alat za razvoj novih načina i strategija suočavanja s teškoćama. U konačnici, razumijevanje i podržavanje mentalnog zdravlja neophodno je za izgradnju zdravog, produktivnog i otpornog društva. Kroz kontinuiranu edukaciju, destigmatizaciju mentalnih poremećaja i pružanje adekvatne podrške, možemo osigurati da svi pojedinci imaju priliku ostvariti svoj puni potencijal i živjeti ispunjenim životom.

Samopoštovanje, kao ključna komponenta ljudskog identiteta, igra vitalnu ulogu u našem mentalnom zdravlju i općem blagostanju. Samopoštovanje je jedna od važnijih odrednica mentalnog zdravlja te o njemu uvelike ovisi kako će pojedinac reagirati na izazove koji su pred njega postavljeni i kako će se s njima nositi. Važan je pokazatelj zrele ličnosti i mogućnosti prilagodbe. Može djelovati kao rizični, ali i kao protektivni čimbenik za razvoj nekih mentalnih poremećaja. Zaštitni čimbenik za razvoj psihičkih poremećaja je dobra socijalna podrška kojom se i razvija samopoštovanje

tijekom ranog djetinjstva i adolescencije. O njemu često ovise zreli mehanizmi obrane, strategije suočavanja i načini nošenja sa stresom.

Nestabilan pojam o sebi i niska razina samopoštovanja mogu biti presudni za razvoj poremećaja kao što su depresija, anoreksija, bulimija, anksioznost, pa čak i agresivnost te zlouporaba opojnih sredstava [1]. Anksioznost, depresija i stres predstavljaju tri najčešće psihološke tegobe koje pogađaju suvremeno društvo, a njihova prevalencija u populaciji je u stalnom porastu. Osobe s niskim samopoštovanjem često se bore s negativnim mislima o sebi, sumnjama u vlastite sposobnosti i osjećajem nesigurnosti, što može rezultirati pojavom ili pogoršanjem simptoma anksioznosti i depresije te povećanog stresa. Razumijevanje povezanosti između samopoštovanja i mentalnog zdravlja ključno je za razvijanje učinkovitih strategija prevencije mentalnih poremećaja. Također, pravovremenim intervencijama usmjerenima prema osobama kod kojih je zabilježena smanjena razina samopoštovanja, može se postići poboljšanje u doživljaju vlastite vrijednosti. Pružanje psihološke prve pomoći važno je, kako za osobe koje pokazuju prve znakove problema mentalnog zdravlja, tako i za one osobe koje doživljavaju epizodu pogoršanja postojećih problema. Ona se odnosi na svaku brzu i inicijalnu podršku koja je često dovoljna za prevladavanje nekog oblika emocionalne krize. Razvijanjem samopoštovanja mogu se ublažiti učinci koje razina istog ima na mentalno zdravlje pojedinca.

Samopoštovanje, anksioznost, depresija i stres su međusobno povezani aspekti mentalnog zdravlja koji značajno utječu na kvalitetu života pojedinca, a njihova je interakcija složena i dinamična. Nisko samopoštovanje može pojačati osjetljivost na anksioznost i stres, što zauzvrat može povećati rizik od depresije. S druge strane, anksioznost, depresija i stres mogu dodatno erodirati samopoštovanje, stvarajući začarani krug negativnih emocija i psiholoških poteškoća. Zbog toga je razumijevanje i prepoznavanje povezanosti između samopoštovanja, anksioznosti, depresije i stresa ključno za razvoj učinkovitih intervencija i strategija za poboljšanje mentalnog zdravlja. Podizanje svijesti, pružanje podrške i promicanje zdravih strategija suočavanja mogu pomoći pojedincima da izgrade i održavaju visoko samopoštovanje,

smanjujući tako rizik od anksioznosti, depresije i stresa te poboljšavajući ukupnu kvalitetu života. Visoko samopoštovanje doprinosi općem osjećaju zadovoljstva i sreće. Ljudi koji cijene i poštuju sebe skloniji su postavljanju i postizanju osobnih ciljeva, održavanju zdravih odnosa i sudjelovanju u aktivnostima koje im donose radost i ispunjenje. Ovaj pozitivan stav prema sebi i životu pomaže im da grade i održavaju kvalitetne međuljudske odnose, što dodatno poboljšava njihovu kvalitetu života. Dakle, podizanje samopoštovanja kroz različite intervencije i podršku može imati dalekosežne pozitivne učinke na pojedinca i društvo u cjelini.

1.1. Pojam o sebi

Prema najširoj definiciji, pojam o sebi označavao bi percepciju osobe o samome sebi. Taj se pojam odnosi na percepciju vlastitih postignuća, sposobnosti, ponašanja i karakteristika ličnosti. Osim spoznaja o fizičkim karakteristikama i specifičnim postignućima uključuje i društvene uloge te prihvaćenost u društvu. Ta je percepcija uglavnom formirana temeljem osobnih iskustava i samoevaluacije te informacija koje osoba prima iz svoje okoline. Vrednovanje tih osobina najviše dolazi do izražaja kada se o njima govori u kontekstu samopoštovanja. Pojam o sebi razvija se tijekom života. Istraživanje autorice Linville iz 1987. godine pokazuje postojanje značajne povezanosti između pojma o sebi koji je usvojen sa životnim stresom te zadovoljstvom. Pojam o sebi u tom slučaju djeluje kao ublaživač stresa, čime se štiti pojam o sebi od trajnih negativnih utjecaja. Zaključak istraživanja je da usvojeni pojam o sebi utječe na ponašanje pojedinca kroz život [2]. Za izgradnju pozitivnog samopouzdanja, ključno je prihvatiti se onakvima kakvi jesmo, sa svim našim snagama i slabostima. Osim prihvaćanja samih sebe, potrebno je prepoznavati vlastite vrijednosti, naučiti prihvatiti pohvale i kritike, te se uspoređivati isključivo sa samima sobom [3].

Prema tradicionalnom shvaćanju, pojam o sebi ima dva aspekta: „ja“, koji označava egzistencijski pojam o sebi, i „mene“, koji se odnosi na empirijski pojam o sebi [4]. „Ja“ predstavlja doživljaj vlastitog postojanja koji je subjektivan, a uključuje osjećaj osobnog identiteta, sposobnost djelovanja i svijest o postojanju kroz vrijeme. „Mene“ se odnosi na objektivnije razumijevanje vlastitih osobina, kao što su tjelesni izgled, socijalni status, osobine ličnosti te kognitivne sposobnosti. Zajedno, ovi aspekti predstavljaju našu svijest o tome tko smo [5].

Dimenzije pojma o sebi odnose se na znanje o sebi, očekivanja od sebe i vrednovanja sebe. Znanje o sebi je nužno kako bi osoba mogla znati što treba promijeniti ukoliko nije zadovoljna sama sobom. Važno je doživjeti sebe onakvima kakvi zapravo jesmo, a ne onakvi kakvi bismo željeli i voljeli biti. Očekivanja od sebe odnose se na ostvarivanje želja, ciljeva i snova koje osoba

postavi sama pred sebe. U toj dimenziji, osoba je svjesna onoga što jest i što može postići. Očekivanja od sebe javljaju se kao „idealno ja“ i „očekivano ja“, što u odnosu na „stvarno ja“ označava ono što osoba treba ili želi biti. Pojam samovrednovanje primjenjuje se na opis sebe na temelju vlastitog doživljaja i mišljenja okoline. Rezultat svakodnevnog samovrednovanja je samopoštovanje. Svaka osoba može stvoriti pozitivan ili negativan pojam o sebi. Pozitivan pojam o sebi vodi do ponašanja koje je socijalno poželjno, dok osobe s negativnim pojmom o sebi imaju nisku razinu samopoštovanja, što dovodi do umanjivanja vlastite vrijednosti i veće podložnosti utjecaju tuđih evaluacija [6].

Suvremeno shvaćanje doživljaja sebe naglašava da to nije nešto s čime se rodimo, već se kroz život stječe, mijenja i razvija [5]. Doživljaj vlastite ličnosti, odnosno pojma o sebi, često je temelj snalaženja pojedinca u situacijama koje se pred njega postavljaju. Ono često određuje njegovo subjektivno zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo samim sobom, i cjelokupno ponašanje te stavove koje zauzima. Sukladno doživljaju vlastitog postojanja, odnosno percepcije samoga sebe, razvija se samopoštovanje koje je jedna od bitnih odrednica mentalnog zdravlja te o njemu ovisi kako će pojedinac reagirati na izazove koji su pred njega postavljeni i kako će se s njima nositi.

1.2. Samopoštovanje

Samopoštovanje se često navodi u znanstvenoj i popularnoj psihološkoj literaturi kao indikator mentalnog zdravlja, zrele osobnosti i individualne prilagodbe [7].

Samopoštovanje je emocionalna komponenta pojma o sebi. Definirano je kao mišljenje o sebi, odnosno doživljaj vlastite vrijednosti sebe kao osobe te se odnosi na sliku koju pojedinac ima o sebi, bila ona pozitivna ili negativna. Iako se povremeno mijenja, osnovna pretpostavka je da je samopoštovanje stabilno, to jest neki se ljudi većinu vremena vrednuju pozitivno, dok se drugi većinom vrednuju negativno [8]. Pojam zavisnog samopoštovanja odnosi se na varijacije u samopoštovanju ovisno o događajima i ishodima u područjima koja su nam važna [7]. Promjene u razini samopoštovanja bit će veće nakon pozitivnih ili negativnih ishoda u važnim područjima za pojedinca nego u onima koja nisu bitna za samopoštovanje [7].

Kod procjene vlastitog samopoštovanja, ljudi daju različitu važnost pojedinim aspektima svog pojma o sebi [8]. Ono utječe na mentalno stanje pojedinca, a uglavnom je formirano temeljem ranijih iskustava i uvjerenja osobe. Budući da se samopoštovanje procjenjuje subjektivno, često se povezuje s različitim oblicima ponašanja pojedinca, a samim time može indirektno utjecati na moralno ponašanje, motivaciju i stavove osobe [9]. Osjećaj samopoštovanja stvara se vrlo rano u životu, a važna uloga u njegovom razvoju je odnos između roditelja i djeteta te stil odgoja. Na razvoj samopoimanja i samopoštovanja značajno utječu međuljudski odnosi s osobama iz socijalne okoline. Samopoštovanje osobe uvjetovano je time kako pojedinac vjeruje da ga percipiraju ljudi iz njegove okoline [10]. Djeca uglavnom donose zaključke o tome jesu li vrijedni ljubavi i poštovanja na temelju proučavanja kako se njihovi roditelji odnose prema njima. Kasnije rezultat tog zaključka primjenjuju na većinu budućih situacija ili interakcija. [11].

Samopoštovanje može imati utjecaj na ukupnu prilagodbu osobe, na način na koji će se ponašati u situacijama gdje izražava vlastite sposobnosti te na sami izbor socijalnih situacija i sudjelovanje u njima. [10].

Osobe koje vjeruju da su efikasne obično se aktivno suočavaju s izazovnim situacijama, dok osobe koje smatraju da nisu efikasne često izbjegavaju takve situacije [12]. Osobe s visokim samopoštovanjem cijene sebe i smatraju se vrijednima, dok osobe s niskim samopoštovanjem često prema sebi iskazuju odbacivanje, nezadovoljstvo sobom i osjećaje prijezira prema sebi [7].

Razina samopoštovanja, koja se definira kao pozitivne i negativne evaluacije i osjećaji prema sebi, predstavlja jednu od najistraživanijih varijabli u istraživanjima ličnosti [7].

1.2.1. Komponente samopoštovanja

Samopoštovanje se sastoji od osjećaja vlastite vrijednosti i samopouzdanja [13]. Ukoliko osoba obje komponente vrednuje pozitivno stvara se preduvjet za postizanje visoke razine samopoštovanja, a ukoliko ih vrednuje negativno samopoštovanje će biti nisko.

Osjećaj vlastite vrijednosti definiran je kao osjećaj vlastite vrijednosti sebe kao osobe, odnosno vrijednost koju pojedinac određuje za sebe. Također podrazumijeva uvjerenja pojedinca da ima pravo na sreću, te da zaslužuje ostvarenje postignuća, uspjeha, prijateljstva, ljubavi i ispunjenje ciljeva. Osjećaj vlastite vrijednosti određuje se na osnovi osobnih kriterija i uvjerenja o sebi. Osoba koja smatra da zadovoljava osobne kriterije ima razvijen osjećaj vlastite vrijednosti. Nedovoljno razvijen osjećaj negativno utječe na samopoštovanje, a samim time i na osobni uspjeh i ostvarivanje ciljeva. Uzrok nedovoljno razvijenog osjećaja vlastite vrijednosti često su ograničavajuća uvjerenja o sebi, koja su često usvojena u djetinjstvu ili se formiraju nakon nekog neuspjeha. Za stvaranje pozitivnog poimanja o sebi i osjećaja vlastite vrijednosti i samopoštovanja bitno je oslanjati se na vlastite rezultate, aktivnosti i uspjehe u tim aktivnostima - uvjerenje „ja to mogu sam“. S druge strane, za razvoj samopouzdanja važnije su povratne informacije iz okoline, odnosno kako nas drugi percipiraju i što misle o nama [6].

Samopouzdanje predstavljaju procjene vlastitih sposobnosti za obavljanje različitih zadataka, potencijala za uspjeh i mišljenja o sebi. Time bi se moglo zaključiti kako je samopouzdanje uvjerenje osobe kako je sposobna razmišljati i učiti, zatim donositi odluke te savladati izazove. Samopouzdanje je promjenjivo, pa kod uglavnom samopouzdanih pojedinaca ponekad može doći do pada samopouzdanja. Zbog toga je važno razlikovati kratkotrajan od dugotrajnog pada samopouzdanja. Dugotrajni pad samopouzdanja često usporava, odnosno sprečava napredak u životu. Nadalje, samopouzdanim osobama, usponi i padovi samo privremeno utječu na način na koji doživljavaju samog sebe i to samo do neke određene granice. Za razliku od njih, kod ljudi s niskom razinom samopouzdanja čak i mali svakodnevni uspjesi, odnosno neuspjesi čine veliku razliku. Pozitivno samopouzdanje je ključna karakteristika mentalnog zdravlja i efikasnog funkcioniranja osobe. Povezano je s češćim doživljavanjem ugodnih emocija, većom otpornošću na emocionalne izazove poput odbijanja i neuspjeha, te smanjenom ranjivošću na stres i anksioznost [14]. Također, nezdravo može biti i pretjerano samopouzdanje gdje kod osobe dolazi do nerealnih procjena vlastitih karakteristika, sposobnosti i vještina. Zbog toga je važno da je razina samopouzdanja u skladu sa sposobnostima i vještinama svakog pojedinca.

1.2.2. Visoko samopoštovanje

Kod procjene vlastitog samopoštovanja, ljudi različito vrednuju važnost različitih aspekata svog pojma o sebi [8]. Visoko samopoštovanje uglavnom opisuje visoko mišljenje o sebi, odnosno, pozitivan pojam o sebi. Obje komponente samopoštovanja pojedinac pozitivno vrednuje. Kod osoba sa visokim samopoštovanjem rijetko dolazi do dugotrajnog pada samopouzdanja. Životni usponi ili padovi samo privremeno utječu na osjećaj vlastite vrijednosti i to samo do određene granice.

Osobe s visokim stupnjem samopoštovanja su ambiciozne, žele i nastoje postići više. Često su uspješniji u školovanju, poslu i odnosima koje grade. Uglavnom su u komunikaciji otvoreni i iskreni. Otporniji su na stres i iz

tog je razloga kod njih prisutan manji rizik za razvoj poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja. Često se, kao mehanizam obrane i načinom suočavanja s problemima koriste samopromatranjem i samoisticanjem (samopotvrđivanjem), odnosno rješavaju emocionalne sukobe ili stresore razmišljajući i izražavajući vlastite osjećaje i misli na odgovarajući način, to jest, na način koji nije prisilan ili manipulirajući.

Kroz faze razvoja i stvaranja osobnog identiteta, mijenjaju se ciljevi. Najveće promjene kod pojedinca događaju se stvaranjem profesionalne afirmacije i vlastite obitelji. Tada dolazi i do promjena uloga i odnosa u paru, uspjeha, ali i trauma, gubitaka i bolesti. Neuspjesi na jednom životnom planu često se nadoknađuju povećanim naporima i uspjesima na drugom, a upravo ravnoteža govori u prilog psihičke zrelosti pojedinca [15]. Osobe s visokim samopoštovanjem svjesne su svojih mana, ali one ne utječu na njihov pojam o sebi.

1.2.3. Nisko samopoštovanje

Temelj samopoštovanja su vjerovanja i ideje o sebi. To su mišljenja o sebi koja su formirana na temelju iskustava i informacija koje pojedinac primi o sebi iz svoje okoline. Ako su ta iskustva i informacije bile mješovite, često se ideje o sebi primjenjuju fleksibilno, ovisno o okolnostima. Ako su pak bila uglavnom negativna, onda su negativne i ideje o sebi. Odnosno, dolazi do razvoja niske razine samopoštovanja.

Do nedostatnog razvoja samopoštovanja najčešće dolazi kroz djetinjstvo zbog nedovoljno poticaja od strane primarne obitelji, odnosno roditelja. Kroz razdoblje adolescencije se razina samopoštovanja najviše mijenja te je sklona opadanju. U odrasloj dobi također može doći do pada razine samopoštovanja kao posljedica nekog aktualnog ili kroničnog problema. Kronično nisko samopoštovanje može biti uzrokom brojnih poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju. Osobe niskog samopoštovanja se, unatoč svojim vrijednostima i dobrim osobinama koje posjeduju, osjećaju bezvrijedno, inferiorno i nesposobno. Osobe s niskim samopoštovanjem češće

generaliziraju negativne događaje u usporedbi s osobama koje imaju visoko samopoštovanje. [12].

Karakteristike osoba s niskim samopoštovanjem:

Osobe s niskim samopoštovanjem često su pod većim rizikom za razvoj poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja. Manje su otporni na stres od osoba sa visokim samopoštovanjem. Obrambeni mehanizmi i načini suočavanja sa problemima su često nedostatni i usmjereni samookrivljanju.

Skloni su prilagođavanju drugima čime često ne ostvaruju svoja prava. Osobe kod kojih je razina samopoštovanja niska izbjegavaju konflikte i razgovore o problemima. Zbog toga su često u podređenom položaju u privatnim i poslovnim odnosima. Sramežljivi su, povučeni i često je prisutan strah od bliskosti s drugima.

Na ishode događaja, ponekad se može utjecati i sniženim samopoštovanjem, odnosno, dolazi do takozvanog samoispunjavajućeg proročanstva to jest Pigmalionovog efekta. On se odnosi na tendenciju da veća očekivanja dovode do bolje izvedbe i obratno, odnosno, osobe sa niskom razinom samopoštovanja od sebe uglavnom očekuju neuspjeh. Kada se on i dogodi, kod osoba sa niskim samopoštovanjem, samoispunjavajuće proročanstvo često bude „dokaz“ vlastitog neuspjeha. Skloni su samookrivljanju, samokritičnosti i sumnji u sebe te su fokusirani na svoje mane i slabosti.

Razvijanje samopoštovanja pogodno djeluje na mentalno zdravlje.

1.3. Anksioznost

Svaka osoba ponekad osjeća strah i tjeskobu. Osjećaj straha, nemoći i tjeskobe je učestala pojava u životu svakog pojedinca, no poneki strahovi mogu biti neugodno emocionalno stanje. Anksioznost je medicinski termin koji opisuje stanje obilježeno osjećajem straha ili uznemirenosti, praćeno fizičkim simptomima koji ukazuju na povećanu aktivnost autonomnog živčanog sustava [16]. Nerijetko je definirana kao osjećaj opće napetosti i nelagode, iracionalni loš predosjećaj uz osjećaj stresa, straha i panike. Razlika je u tome što je anksioznost odgovor na situaciju koja može biti nepoznata ili općenita, dok je strah odgovor na poznati ili jasno definirani uzrok [16]. Kod straha se javlja emocionalna reakcija na stvarnu ili percipiranu opasnost u određenom trenutku, dok je anksioznost manje vezana uz konkretan trenutak opasnosti. Anksioznost se može pojaviti kao očekivanje opasnosti, trajati i nakon što je opasnost prošla te čak nastati i bez jasno definirane opasnosti. Simptomi koji se javljaju u situaciji straha su dispneja, tahikardija, ali i ubrzano razmišljanje s ciljem da se problem riješi ili da se osoba spasi [17]. Anksioznost je najčešći emocionalni poremećaj i javlja se kod svih dobnih skupina. Razlikuje se s obzirom na karakter, intenzitet simptoma i trajanje. Sposobnost podnošenja određenih razina anksioznosti se razlikuje od osobe do osobe. Ponekad može predstavljati i fazu prilagodbe na situaciju kako bi se djelovanje osobe poboljšalo te pomaže da u potencijalno opasnim situacijama osoba bude dovoljno oprezna. Ali, iznad određene granice dovodi do disfunkcije. Anksioznost, odnosno tjeskoba, javlja se kod gotovo svim psihijatrijskih poremećaja, no primarni je simptom anksioznog poremećaja. Može se pojaviti iznenada i trajati od nekoliko sekundi do nekoliko godina. Iako je anksioznost normalna reakcija u određenim razvojnim fazama ili odgovor na životne situacije ili promjene, kada govorimo o anksioznim poremećajima glavna je razlika u njihovoj izraženosti ili duljem trajanju za razliku od kratkotrajne i prolazne zabrinutosti i tjeskobe. Anksiozne osobe često nenamjerno preuveličavaju stvarnu prijetnju i situaciju. Simptomi anksioznosti, često se ne prepoznaju na vrijeme pa samim time izostaje i pravovremeno liječenje.

1.3.1. Simptomi anksioznosti

Široka je paleta simptoma anksioznosti. Oni se mogu podijeliti na kognitivne, emocionalne, bihevioralne odnosno ponašajne te tjelesne. U kognitivne ubrajamo zabrinutost, teškoće u pamćenju i koncentraciji te negativna očekivanja i razmišljanja o sebi. Razdražljivost, neugoda, neizvjesnost, napetost i prisutnost strahova dio su emocionalnih simptoma. Bihevioralni simptomi očituju se u izbjegavanju situacija i osoba koje mogu izazvati anksioznost, te u sramežljivosti, povučeniosti i nesigurnosti u socijalnim kontaktima. Tjelesne simptome možemo podijeliti na respiratorne (osjećaj gušenja ili nedostatka zraka), kardiovaskularne (hipertenzija, tahikardija i palpitacije), mišićne (tremor) te gastrointestinalne (mučnina i povraćanje, bolovi u trbuhu, dijareja), a mogu se pojaviti i promjene na koži (crvenilo i promjene u temperaturi kože). Također, može se javiti i glavobolja, osjećaj nesvjestice i vrtoglavica, bolovi u prsima, nesanica i noćne more te posljedično tome iscrpljenost. Izraženost simptoma anksioznosti može se protezati od jedva prepoznatljive potištenosti do stanja potpune panike.

Iako su sve osobe ponekad anksiozne, ne znači da će kod svih doći do razvoja anksioznih poremećaja.

1.3.2. Anksiozni poremećaji

Anksiozni poremećaji, koji su prisutni kod čak 15 - 20% svih psihijatrijskih pacijenata, najčešći su psihijatrijski poremećaji. Zajedničke karakteristike svih anksioznih poremećaja su pretjerani strah i tjeskoba, posljedično čemu se razvija poremećaj ponašanja. Razlikuju se od prolaznih strahova ili anksioznosti, koji su često inducirani stresom, time što su perzistentni (npr. tipično traju 6 mjeseci ili duže), iako se kriterij trajanja smatra općom smjernicom koja dopušta određeni stupanj fleksibilnosti i ponekad je kraćeg trajanja kod djece (kao kod separacijskog anksioznog poremećaja i selektivnog mutizma) [18]. Dobar dio anksioznih poremećaja razvija se već u djetinjstvu i ukoliko nisu liječeni, imaju tendenciju trajanja kroz odraslu dob.

Anksiozni se poremećaji razlikuju po tome koji objekti ili situacije izazivaju strah, anksioznost ili ponašanje čiji je cilj izbjegavanje, kao i po popratnim kognitivnim predodžbama [19]. Anksiozni poremećaji imaju veliku sklonost pojavljivanja u komorbiditetu jedan s drugim, no moguće ih je razlikovati pažljivim ispitivanjem vrsta situacija kojih se osoba boji ili ih izbjegava i sadržaja misli ili vjerovanja vezanih uz njih [18].

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje u anksiozne poremećaje spadaju:

Separacijski anksiozni poremećaj – Osnovna obilježja su pretjerani strah ili anksioznost zbog separacije od kuće ili osoba kojima su privrženi. Okolišni rizični čimbenici odnose se na razvoj poremećaja nakon nekog životnog stresa, osobito gubitka, no može biti i nasljedan. Procjenjuje se da je stupanj nasljednosti 73% u uzorku 6-godišnjih blizanaca u zajednici, s većom stopom kod djevojčica.

Selektivni mutizam – Karakterizira ga nemogućnost govora u određenim socijalnim situacijama u kojima se od osobe očekuje da govori, usprkos tome što u drugim situacijama može govoriti. Relativno je rijedak poremećaj. Simptomi obično počinju prije pete godine života, ali ne mora biti klinički zamijećen prije polaska djeteta u školu.

Specifične fobije – Dijagnostički kriterij za specifične fobije uključuje prisutnost intenzivnog straha ili anksioznosti vezane uz određeni objekt ili situaciju (poput letenja, visine, životinja, primanja injekcija ili gledanja krvi). Često je prisutno više specifičnih fobija kod iste osobe. Strah, anksioznost ili izbjegavanje tih objekata ili situacija obično su trajni i tipično traju 6 mjeseci ili duže. Obično se razvijaju u ranom djetinjstvu, no ponekad se razvijaju nakon nekog traumatičnog događaja.

Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija) - Osnovno obilježje socijalnog anksioznog poremećaja je značajan ili intenzivan strah ili anksioznost od socijalnih situacija u kojima osoba može biti procjenjivana od drugih. Zlostavljanje u djetinjstvu i druge nepovoljne okolnosti rizični su čimbenici.

Panični poremećaji – Riječ je o situacijama u kojima se javljaju ponavljajući neočekivani panični napadi. Panični napad opisuje iznenadni početak izuzetno jakog straha ili nelagode koji doseže maksimum unutar nekoliko minuta. Mogu biti ponavljajući - neočekivani i očekivani. Termin ponavljajući znači više od jednog neočekivanog paničnog napada. Termin neočekivani odnosi se na panični napad za koji ne postoji očit poticaj ili okidač u vrijeme kada se pojavio - odnosno, čini se kao da se napad pojavljuje iz čistog mira. Oni panični napadi koji se nazivaju očekivanima odnose se na one napade koji imaju očit poticaj ili okidač, kao što je situacija u kojima se panični napadi tipično pojavljuju. Podaci o proživljenom seksualnom i tjelesnom zlostavljanju u djetinjstvu češći su kod paničnog poremećaja nego kod drugih anksioznih poremećaja.

Agorafobija – Osoba ima značajan strah ili anksioznost u vezi s dvije ili više sljedećih situacija: korištenje javnog prijevoza (npr. automobili, autobusi, vlakovi, brodovi, avioni), boravak na otvorenim prostorima (npr. parkirališta, tržnice, mostovi), boravak u zatvorenim prostorima (npr. trgovine, kazališta, kina), stajati u redu ili biti u gužvi i biti sam izvan kuće. Svake godine se dijagnoza agorafobije postavi kod oko 1,7% adolescenata i odraslih. Kod žena je dva puta češća vjerojatnost da će doživjeti agorafobiju. Agorafobija se može pojaviti u djetinjstvu, ali vrhunac incidencije je u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi.

Generalizirani anksiozni poremećaj – Osnovno obilježje je pretjerana anksioznost i zabrinutost (bojažljiva iščekivanja) glede raznih događaja ili aktivnosti. Intenzitet, trajanje ili učestalost anksioznosti ili zabrinutosti su nerazmjerni stvarnoj vjerojatnosti ili učinku anticipiranog događaja. Osobi je teško kontrolirati zabrinutost i spriječiti zabrinjavajuće misli da ne ometaju pozornost usmjerenu na zadatke koje obavlja. Češće je dijagnosticiran kod žena.

Anksiozni poremećaji prouzročeni psihoaktivnom tvari/lijekom - Osnovna obilježja su izraziti simptomi panike ili anksioznosti za koje se procjenjuje da su se javili zbog učinka neke psihoaktivne tvari. Mogu se javiti vezano uz intoksikaciju ili sustezanje od istih.

Anksiozni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja – Poznat je niz zdravstvenih stanja koja uključuju anksioznost kao simptom u kliničkoj slici. Primjeri uključuju neke endokrine bolesti, kardiovaskularne poremećaje, respiratorne bolesti, metaboličke i neurološke bolesti. Dijagnoza anksioznosti zbog drugog zdravstvenog stanja postavlja se kada je poznato da to zdravstveno stanje izaziva anksioznost i kada je to zdravstveno stanje prethodilo početku anksioznosti [18].

Dijagnoza bilo kojeg anksioznog poremećaja može se potvrditi samo ako simptomi nisu uzrokovani fiziološkim učinkom psihoaktivnih tvari/lijekova ili drugih zdravstvenih stanja ili pak ako se ne mogu bolje objasniti prisutnošću nekog drugog mentalnog poremećaja. Većina ih se češće pojavljuje kod žena nego muškaraca (prosječan omjer 2:1) [18].

1.4. Depresija

Raspoloženje je stalni emocionalni ton koji se manifestira na kontinuiranom spektru od tužnog do sretnog [16]. Poremećaji raspoloženja obilježeni su nenormalnim osjećajima depresije ili euforije, koji su u težim slučajevima praćeni psihotičnim obilježjima. Poremećaji raspoloženja dijele se u bipolarnu i depresivnu poremećaje [16]. Iako se izraz depresija često koristi kako bi se opisalo tužno raspoloženje koje je vezano uz neke emocionalno uznemirujuće događaje, u određeno vrijeme ili na godišnjice nekih traumatičnih događaja, ti osjećaji obično ne predstavljaju poremećaj raspoloženja. Oni su obično privremeni i traju nekoliko dana te su uglavnom povezani s mislima ili podsjetnicima na neki događaj i ne utječu bitno na dugoročno svakodnevno funkcioniranje. Depresija je stanje raspoloženja koje je karakterizirano osjećajem tuge, apatije, pesimizma i osjećajem izoliranosti [16]. Bolest je to koja utječe na obavljanje svakodnevnih zadataka te odnose unutar obitelji. Točan uzrok nastanka depresije nije potpuno jasan, no postoje brojni faktori s kojima se povećava rizik za razvoj depresije – od stresa, traumatičnih životnih iskustava, drugih bolesti, prekomjerne konzumacije alkohola i korištenje psihoaktivnih tvari, kao i nezaposlenost i siromaštvo. Također, obiteljski hereditet jedan je čimbenik za razvoj depresije. Genetski čimbenici mogu utjecati na funkciju neurotransmitera, a oni odgovorni za razvoj depresije su serotonin, dopamin, i noradrenalin.

Kao jedna od najučestalijih bolesti suvremenog svijeta, depresija pogađa i žene i muškarce, sve dobne skupine i sve slojeve društva. Prema istraživanjima, životna prevalencija depresije procjenjuje se između 1% i čak 19%, pri čemu se smatra da svaka peta žena i svaki deseti muškarac iskusi ozbiljnu depresivnu epizodu tijekom života [20]. Depresija je najčešći mentalni poremećaj među osobama starijim od 65 godina [15]. U zadnje vrijeme javlja se kod sve mlađih ljudi. Obično se razvija sredinom puberteta i u ranoj odrasloj dobi ali se može razviti i ranije u djetinjstvu, kao i kasnije tijekom života. Kod žena se pojavljuje nešto češće nego kod muškaraca, što je vjerojatno vezano uz promjene razine hormona – prije menstruacije, u trudnoći i nakon poroda.

Depresivne epizode, ukoliko nisu liječene, mogu trajati oko 6 mjeseci, a nekad i duže. Također, imaju tendenciju ponavljanja i po nekoliko puta tijekom života.

1.4.1. Simptomi depresije

Depresija je bolest koja uzrokuje smetnje primarno u emocionalnoj sferi pojedinca, no prisutne su smetnje i u onoj tjelesnoj. Većina osoba koje pate od depresije imaju tipičnu kliničku sliku. Uobičajeni simptomi depresije uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim ili prije uživanim aktivnostima (anhedonija), smanjenje energije ili pojačano umaranje, usporenje psihomotorike, suicidalne misli, promjene u apetitu, poremećaji spavanja, osjećaj krivnje ili samokrivnje, te smanjeno samopoštovanje [20].

Depresivne osobe doživljavaju cijeli niz negativnih emocionalnih simptoma, često su tužne, bezvoljne, apatične i ravnodušne. Samookrivljavaju se zbog određenih odluka u životu kao i zbog budućnosti koja zapravo za njih ne postoji [21]. Ponekad su pojačano napeti, razdražljivi i nemirni. Učestale su promjene raspoloženja, volje i nagona. Od kognitivnih simptoma javlja se pad koncentracije te oslabljeno pamćenje. Prisutno je značajno smanjenje volje i zanimanja za većinu aktivnosti. Zbog toga se događa da često zanemaruju vanjski izgled i higijenu pa zbog toga mogu djelovati zapušteno [20]. Za depresivni poremećaj uobičajeno je da depresivne osobe ujutro imaju najizraženije simptome, dok se, kako se dan odmiče, osjećaju sve bolje te navečer često mogu biti čak i normalnog raspoloženja. Ova karakteristika depresije poznata je kao diurnalna varijacija raspoloženja [20]. Uz široki spektar brojnih simptoma koji se javljaju kao posljedica depresije, može se podijeliti na klasičnu i atipičnu kod koje su uz sniženo raspoloženje i tugu zabilježeni simptomi koji ne „odgovaraju“ klasičnoj slici poput povišene psihomotorike, hipersomnije i slično.

1.4.2. Depresivni poremećaji

Depresija je, nakon anksioznosti, drugi najčešći psihijatrijski poremećaj. Broj osoba s depresivnim poremećajima neprestano raste od 1910. godine sa svakim desetljećem, u svim razvijenim zemljama svijeta [15]. Depresivni poremećaji obuhvaćaju različite dijagnoze kao što su disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (uključujući veliku depresivnu epizodu), perzistentni depresivni poremećaj (distimija), premenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj induciran psihoaktivnim tvarima/lijekovima, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj [18]. Svi ovi poremećaji dijele zajedničko obilježje u kojem je raspoloženje tužno, isprazno ili razdražljivo. Somatske i kognitivne promjene koje ga prate imaju značajan utjecaj na funkcionalnost osobe. Razlikuju se po trajanju simptoma, vremenu pojavljivanja i pretpostavljenoj etiologiji [18]. Kroz novo izdanje Priručnika za duševne poremećaje, depresivnim poremećajima za djecu do navršene 12. godine života pridodana je nova dijagnoza - disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja. Ona se odnosi na djecu s perzistentnom razdražljivošću i čestim epizodama ekstremno nekontroliranog ponašanja kako bi se naglasila problematika potencijalnog pretjeranog dijagnosticiranja i liječenja bipolarnog poremećaja u djece. Pozicioniranje navedenog poremećaja u ovo poglavlje odraz je spoznaje kako djeca s navedenim obrascem simptoma, ulaskom u pubertet i odraslu dob, obično razviju unipolarni depresivni poremećaj ili anksiozni poremećaj, rjeđe negoli bipolarni poremećaj [18].

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja – Osnovno obilježje je kronična, teška i perzistentna razdražljivost koja ima dvije istaknute kliničke manifestacije, od kojih je prva učestali izljevi bijesa koji uglavnom predstavljaju reakciju na frustraciju i mogu biti verbalni ili ponašajni (u obliku agresivnosti prema stvarima, sebi ili drugima). Oni se pojavljuju često (tj. u prosjeku tri ili više puta tjedno) kroz najmanje jednu godinu, u barem dvije sredine, kao što su, primjerice, škola ili kod kuće te moraju biti nesukladna razvojnoj dobi. Druga manifestacija teške razdražljivosti očituje se kroz kronično, perzistentno

razdražljivo ili ljutito raspoloženje, koje je prisutno između epizoda izljeva bijesa. Ovo razdražljivo ili ljutito raspoloženje mora biti osobina djeteta, prisutno veći dio dana, gotovo svakodnevno i uočljivo od drugih ljudi iz djetetova okruženja. Djeca koja manifestiraju kliničku sliku pretežno su muškog spola. Prevaga muškog spola potvrđena je i u općoj populaciji. Razlika u prevalenciji između muškog i ženskog spola razlikuje disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja od bipolarnog poremećaja, kod kojega je prevalencija u oba spola jednaka. Mora početi prije desete godine života, a dijagnoza se ne bi trebala postavljati djeci u razvojnoj dobi ispod šest godina života. Simptomi ovog poremećaja općenito postaju rjeđi prelaskom djeteta u odraslu dob.

Veliki depresivni poremećaj – Osnovno obilježje je trajanje od minimalno dva tjedna, za vrijeme kojih su prisutni ili depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili uživanja u gotovo svim aktivnostima. Kod djece i adolescenata raspoloženje može biti izraženo kao razdražljivost, a ne nužno tuga. Osoba također mora doživljavati barem četiri dodatna simptoma – promjene u apetitu i tjelesnoj težini, poremećaje spavanja i psihomotorne aktivnosti, smanjenje energije, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, poteškoće u mišljenju, koncentraciji ili donošenju odluka, ponavljajuće misli o smrti ili promišljanja o suicidu, planiranje ili pokušaj suicida. Ovi simptomi moraju trajati gotovo cijeli dan, gotovo svakodnevno. Raspoloženje u velikoj depresivnoj epizodi osobe najučestalije opisuju kao depresivno, tužno, beznadno, obeshrabreno ili utučeno. Depresivna epizoda može biti blaga, umjerena i teška, sa ili bez psihotičnih obilježja. Veliki depresivni poremećaj može početi u bilo kojoj životnoj dobi, ali vjerojatnost prvog pojavljivanja značajno se povećava s pubertetom. Prevalencija je viša u žena, no nema jasnih rodni razlika glede simptoma, tijeka, odgovora na liječenje ili funkcionalnih posljedica. U žena je rizik povezan s pokušajem suicida viši, dok je rizik glede izvršenja suicida niži u odnosu na muškarce.

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) – Osnovno obilježje je depresivno raspoloženje koje se pojavljuje veći dio dana, prisutno u većem broju dana nego što nije prisutno, najmanje dvije godine ili najmanje jednu

godinu za djecu i adolescente. Velika depresija može prethoditi perzistentnom depresivnom poremećaju i može se javiti za vrijeme perzistentnog depresivnog poremećaja. Osobama čiji simptomi zadovoljavaju kriterije za veliki depresivni poremećaj tijekom dvije godine, može se postaviti dijagnoza perzistentnog depresivnog poremećaja, uz dijagnozu velikog depresivnog poremećaja. Osobe s perzistentnim depresivnim poremećajem opisuju svoje raspoloženje kao tužno ili "duboko potišteno". Tijekom razdoblja depresivnog raspoloženja, prisutna su najmanje dva simptoma: slab apetit ili prejedanje; nesanica ili pretjerano spavanje; gubitak energije ili umor; nisko samopoštovanje; slaba koncentracija ili poteškoće pri donošenju odluka te osjećaj beznađa. Za vrijeme dvogodišnjeg perioda ni jedan od intervala bez simptoma ne traje dulje od dva mjeseca. Stupanj do kojega perzistentni depresivni poremećaj utječe na socijalno i radno funkcioniranje vjerojatno će varirati, ali posljedice mogu biti velike, ako ne i veće od onih u velikom depresivnom poremećaju.

Premenstrualni disforični poremećaj – Temeljna obilježja poremećaja su pokazivanje labilnog raspoloženja, razdražljivosti, disforije i simptoma anksioznosti, koji se pojavljuju učestalo tijekom premenstrualne faze ciklusa i povlače se oko početka menstruacije ili netom poslije. Ovi simptomi mogu biti popraćeni s ponašajnim i tjelesnim simptomima. Simptomi su morali biti prisutni u većem broju menstruacijskih ciklusa tijekom prethodne godine i moraju imati neželjene učinke na radne i socijalne aktivnosti. Početak premenstrualnog disforičnog poremećaja može biti bilo kada nakon prve mjesečnice. Mnoge žene približavajući se menopauzi navode pogoršanje simptoma. Simptomi prestaju nakon menopauze, iako ciklička hormonska nadomjesna terapija može izazvati ponovnu pojavu simptoma.

Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnom tvari/lijekom – Dijagnostička obilježja uključuju simptome depresivnog poremećaja, no depresivni simptomi su povezani s uzimanjem, injiciranjem ili inhalacijom neke psihoaktivne tvari (npr. droga, toksin, psihotropni lijek, drugi lijek) i depresivni simptomi traju dulje od očekivanog trajanja fizioloških učinaka intoksikacije ili perioda suzdržanja. Neki lijekovi mogu prouzročiti depresivne smetnje

raspoloženja. Češće obolijevaju muškarci, osobe nižeg stupnja obrazovanja, te one sa nižim obiteljskim prihodima.

Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja – Temeljna odrednica je upadljivo i perzistentno razdoblje depresivnog raspoloženja ili značajnog smanjenja zanimanja ili uživanja u svim, ili gotovo svim, aktivnostima, a koje prevladava u kliničkoj slici i za koje se smatra da je povezano s izravnim patofiziološkim učinkom drugog zdravstvenog stanja. Postoji jasna povezanost, kao i neki neuroanatomski korelati, depresije s moždanim udarom, Huntingtonovom bolesti, Parkinsonovom bolesti i traumatskim ozljedama mozga. Među neuroendokrinim stanjima, najuže povezani s depresijom su Cushingova bolest i hipotireoidizam. Brojna su druga stanja za koja se vjeruje da su povezana s depresijom, kao što je multipla skleroza. Rodne razlike odnose se na one povezane sa zdravstvenim stanjem.

Drugi specificirani depresivni poremećaj - Ova kategorija odnosi se na prezentacije kod kojih simptomi karakteristični za depresivni poremećaj, a koji uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, prevladavaju, ali ne zadovoljavaju sve kriterije za ijedan od poremećaja u dijagnostičkoj skupini depresivnih poremećaja. Uključuju: **ponavljajuću kratkotrajnu depresiju** kod koje je prisutno depresivno raspoloženje i simptomi tijekom 2 – 13 dana barem jednom mjesečno (neovisno o menstrualnom ciklusu) tijekom najmanje 12 uzastopnih mjeseci; **kratkotrajnu depresivnu epizodu** kod koje depresivni afekt i drugi simptomi traju više od 4 dana, ali manje od 14 dana te **depresivnu epizodu s nedostatnim simptomima** kod koje depresivni afekt traje najmanje dva tjedna.

Nespecificirani depresivni poremećaj – Ova kategorija odnosi se na prezentacije kod kojih simptomi karakteristični za depresivni poremećaj, a koji uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima funkcioniranja, prevladavaju, ali ne zadovoljavaju sve kriterije za ijedan od poremećaja u dijagnostičkoj skupini depresivnih poremećaja. Kategorija nespecificiranog depresivnog poremećaja upotrebljava se u situacijama u kojima koje postoje nedostatne informacije

potrebne za donošenje specifičnije dijagnoze (npr. situacija u hitnoj službi) [18].

Posebnu pozornost prilikom dijagnosticiranja depresivnih poremećaja potrebno je usmjeriti prema razlikovanju normalne tuge i duboke žalosti od velike depresivne epizode. Iako značajna patnja može biti uzrokovana žalovanjem, ono najčešće ne izaziva razvoj velikog depresivnog poremećaja. Kada se ipak javljaju u isto vrijeme, simptomi depresije i funkcionalna oštećenja su znatno teži, što rezultira lošijom prognozom u usporedbi s žalovanjem koje nije praćeno velikim depresivnim poremećajem. Depresija povezana sa žalovanjem učestalija je kod osoba koje imaju i neku drugu predispoziciju za razvoj depresivnih poremećaja. [18].

1.5. Stres

Stres u najširem smislu obuhvaća tjelesne i psihološke reakcije na vanjske i unutarnje izazove (stresore) [22]. Prema najčešće prihvaćenoj definiciji, stres se opisuje kao stanje ili osjećaj u kojem osoba doživljava da zahtjevi u njenom životu premašuju osobne i društvene resurse koje ima na raspolaganju [23]. Ključno je razlučiti je li reakcija na stres usmjerena prema boljoj prilagodbi (adaptaciji) organizma ili prema lošoj prilagodbi (maladaptaciji) koja može dovesti do bolesti [23]. Stres, kao što ga izazivaju negativne situacije, mogu izazvati i neke pozitivne, poput prvog dana na novom poslu ili rođenja djeteta te taj pozitivni stres nazivamo – eustresom. On najčešće utječe pozitivno na zdravlje pojedinca jer se zbog njega ugodno osjeća. Uglavnom izaziva uzbuđenje, povećava osjećaj samopouzdanja i zadovoljstvo, motivacija je povećana, a samim time i produktivnost, energija i slično.

Mehanizmi koji se koriste pri suočavanju sa stresom uvelike se razlikuju od osobe do osobe i samim time, stres različito utječe na pojedince. Subjektivna procjena stresa često ovisi osobnim strategijama koje pojedinac koristi za suočavanje s problemima, odnosno čemu pripisuje svoje uspjehe i neuspjehe. Stres koji u pojedincima izaziva negativne osjećaje i emocije nazivamo distresom. On može izazivati razne negativne reakcije organizma poput bolova u tijelu, kroničnog umora i nesanice, poremećaja probave te poteškoća s disanjem, koncentracijom, obavljanjem svakodnevnih aktivnosti i slično. S obzirom na trajanje utjecaja stresora razlikujemo dvije vrste stresa: akutni, odnosno kratkotrajni s kojim se susrećemo gotovo svakog dana i ne izaziva nužno loše emocije dok je kronični stres onaj koji traje duže vremena, odnosno tjednima i mjesecima.

Psihosomatska bolest je ona kod koje je zbog psiholoških faktora došlo do trajnog oštećenja organa i tkiva. Ako se ne liječi, kronični stres može izazvati ozbiljne zdravstvene poteškoće i probleme. Ublažavanju stresa pridonose mnoge vježbe, tehnike i alati koje vrlo efikasno djeluju na psihofizičko stanje čovjeka.

1.5.1. Stresori

Ako situacija može biti potencijalno opasna, to ne mora nužno izazvati stres ako pojedinac vjeruje da ima potrebne resurse i sposobnosti za suočavanje s njom bez rizika ili velikog napora. Međutim, situacija postaje stresna ako pojedinac mora angažirati dodatne fizičke i mentalne resurse kako bi se mogao oduprijeti ili prilagoditi situaciji s kojom se suočava [22]. Stresor je dakle vanjski događaj, dok se stres definira kao unutarnje stanje ili doživljaj. Primarnom se procjenom određuje hoće li podražaj ili situacija djelovati kao stresor, dok se sekundarna procjena odnosi na vlastite sposobnosti i mogućnosti za suočavanje s određenom situacijom [22].

Stresori se mogu podijeliti na fizičke, psihološke, socijalne i duhovne [24]. Oni stresori koji imaju vanjski utjecaj na pojedinca, poput izloženosti nepovoljnim vremenskim uvjetima ili boli nepoznatog uzroka nazivaju se fizičkima. Psihološki stresori nastaju zbog narušenih međuljudskih odnosa, nesporazuma i/ili sukoba. Kada je riječ o sukobima, krizama i katastrofama koje utječu na gotovo sve ljude u društvu, to se naziva socijalnim stresorima. S druge strane, duhovni stresori su oni koji proizlaze iz dilema vezanih uz duhovne vrijednosti koje je pojedinac ranije prihvaćao ili gubitak moralnih načela koja su mu bila smjernica za ponašanje [24]. Prema autorima Lazarusu i Folkmanu (2004.) najčešće situacije koje rezultiraju doživljajem psihičkog stresa su one koje uključuju velike promjene koje se događaju u životu (vjenčanje, završetak školovanja, smrt voljene osobe), zatim kronične stresne događaje (poput nezaposlenosti ili čestih svađa u obitelji), traumatične događaje (prirodne i tehnološke katastrofe, ratne situacije) te svakodnevne situacije koje izazivaju stres (kao žurba, gužva, ljudska neljubaznost i slično) [24].

1.5.2. Reakcije na stres i suočavanje sa stresom

S obzirom na izvor stresa, odnosno stresor, njegov intenzitet i trajanje, te naravno osobine ličnosti, pojedinci različito reagiraju na izloženost stresu te je i sama reakcija na stres za svakoga različita. Također, kod pojedinca neka situacija može izazvati stres jednom, dok idući put ta situacija ne mora uzrokovati stres [23]. Organizam različitim procesima i događajima kojima nastoji povratiti ravnotežno stanje povratno odgovara na stres koji remeti homeostazu. Reakcije na stres dijele se na fiziološke i psihičke te na promjene u ponašanju, odnosno one promjene koje se događaju pojedincu ukoliko je izložen nekom stresoru. Promjene u ponašanju uglavnom ukazuju na očite znakove da je osoba pod stresom. U akutnim stresnim situacijama ove reakcije mogu se manifestirati kao ponašanje usmjereno na suočavanje sa stresorom ili njegovo izbjegavanje (reakcije "borbe ili bijega") [24]. Psihičke reakcije dijele se na dvije grupe reakcija: emocionalne i kognitivne, ovisno o izvoru stresa, dok su fiziološke reakcije na stres pod utjecajem autonomnog živčanog sustava i sustava žlijezda s unutrašnjim izlučivanjem, te ih je nemoguće, bez obzira na metode suočavanja sa stresom, kontrolirati. Intenzitet i duljina ovih reakcija ovise o karakteristikama stresora, njihovoj snazi i trajanju, kao i o osobinama ličnosti pojedinca, njegovoj percepciji vlastitih sposobnosti za suočavanje sa stresom te procjeni koliko socijalne podrške može očekivati tijekom suočavanja sa stresom [25].

Suočavanje sa stresom predstavlja reakciju na stresnu situaciju koja pomaže u postizanju psihosocijalne prilagodbe. Osoba će se truditi prevladati, izdržati ili smanjiti zahtjeve koje situacija postavlja. Suočavanje usmjereno na problem obuhvaća aktivnosti usmjerene na sam stresor ili situaciju. Suočavanje usmjereno na emocije ima za svrhu olakšavanje emocionalnog uzbuđenja koje izaziva stresna situacija [22].

Mehanizmi suočavanja sa stresom svode se na 3 oblika:

- toleriranje ili podnošenje djelovanja stresora i stanja stresa, odnosno prihvaćanje situacije
- kontroliranje, odnosno djelovanje na stresor ili povećanom psihofizičkom aktivacijom i traženjem novih informacija ili

psihofizičkom sinkronizacijom (fokusiranjem svih dostupnih resursa na prevladavanje stresa)

- odustajanje ili povlačenje iz pokušaja da se situacija prevlada [22].

Načini na koji se osobe nose sa stresom često su pod utjecajem različitih faktora, od genetike, pa sve do njihovih iskustava i ponašanja. Izraženost reakcije na stres ovisi i o osobinama ličnosti. Tako će, čvrste ličnosti i osobe sa visokim samopoštovanjem, odnosno one osobe koje su posvećene svojim ciljevima, koje na poteškoće gledaju kao na izazove i koje imaju osjećaj kontrole nad svojim životom biti otpornije na doživljaj stresa, a isto vrijedi i za ekstrovertirane i optimistične osobe [26].

1.5.3. Poremećaji vezani uz traumu i stresor

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, zbog različitih načina izražavanja klinički značajne patnje koja slijedi nakon izloženosti katastrofalnim ili averzivnim događajima poremećaji vezani uz traumu i stresor svrstani su u zasebnu dijagnostičku kategoriju.

U poremećaje vezane uz traumu i stresor ubrajaju se:

Reaktivni poremećaj privrženosti – Temeljna značajka ovog poremećaja je odsutnost ili nedovoljno razvijena privrženost između djeteta i odraslog skrbnika. Uvjeti socijalnog zanemarivanja često su prisutni u prvim mjesecima života djeteta. Klinička obilježja poremećaja očituju se između 9. mjeseca i 5. godine života.

Poremećaj dezinhbiranog socijalnog uključivanja – Temeljno obilježje je obrazac ponašanja koji uključuje kulturalno neprikladno, previše blisko ponašanje s relativno nepoznatim osobama. Poremećaj se pojavljuje rijetko i uvjeti socijalnog zanemarivanja često su prisutni u prvim mjesecima života djeteta. Opisuje se od druge godine života do razdoblja adolescencije.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) – Osnovna karakteristika je razvoj specifičnih simptoma koji se javljaju nakon izlaganja jednom ili više traumatičnih događaja. Klinička slika PTSP-a može varirati. Kod nekih osoba prevladavaju simptomi ponovnog proživljavanja traume, strahova, emocionalnih teškoća i ponašajnih problema. Kod drugih, anhedonija ili disforija ili negativne misli mogu izazivati najveću patnju. Kod nekih osoba se vidi i kombinacija obrazaca simptoma. Ovaj poremećaj može biti posebno težak i dugotrajan kad je stresor interpersonalan i namjieran. Traumatski događaj može biti ponovno doživljen na različite načine. Uobičajeno je da se pojavljuju ponavljajuća, nametljiva i uznemirujuća sjećanja na traumatski događaj koja se događaju bez utjecaja vlastite volje. Učestali simptom ponovnog proživljavanja traume je uznemirujući san u kojem se ponovno odigrava sam traumatski događaj. Pojavnost poremećaja je bilo kojoj dobi nakon navršene prve godine života. Simptomi uglavnom započinju tijekom prva tri mjeseca nakon traume. Prevalencija PTSP-a je veća među ženama nego među muškarcima tijekom životnog vijeka. Neki od povećanih rizika za PTSP kod žena su u većoj izloženosti nekim oblicima traume, kao što su silovanje i druge vrste nasilja u međuljudskim odnosima. U samoj populaciji koja je izložena ovakvim stresorima rodne razlike ne igraju veću ulogu u ukupnom riziku za PTSP. Povezan je sa suicidalnim mislima i pokušajima suicida. Također je povezan s visokom razinom socijalne, radne i fizičke onesposobljenosti, značajan je ekonomski teret. Oštećeno funkcioniranje se vidi u svim područjima života – socijalnom, razvojnom, akademskom, radnom, u odnosima s ljudima te u samom fizičkom zdravlju.

Akutni stresni poremećaj - Važna značajka jest razvoj karakterističnih simptoma u trajanju od 3 dana do mjesec dana nakon izlaganja jednom ili više traumatskih događaja. Klinička slika može se razlikovati od pojedinca do pojedinca, ali u pravilu uključuje anksiozni odgovor koji sadrži neki oblik ponovnog proživljavanja ili reakcije na traumatski događaj. Kod nekih pojedinaca može prevladati disocijacija ili osjećaj "odvojenosti", no ti će pojedinci također u pravilu imati i jake emocionalne ili fiziološke reakcije kao odgovor na ono što ih podsjeća na traumu. Kod drugih, odgovor može biti jaka

ljutnja karakterizirana razdražljivošću ili eventualnom agresivnom reakcijom. Kompletna klinička slika mora biti prisutna najmanje tri dana nakon traumatskog događaja, a može se dijagnosticirati samo do mjesec dana nakon događaja. Prevalencija je veća kod žena nego muškaraca. Povećanom riziku za akutni stresni poremećaj kod žena mogu doprinijeti neurobiološke razlike u odgovoru na stres vezane uz spol. Također, povećani se rizik za razvoj ovog poremećaja kod žena može pripisati i većoj vjerojatnosti za izloženost onim vrstama traumatskih događaja koji imaju visoki rizik za akutni stresni poremećaj, kao što su silovanje i druge vrste interpersonalnog nasilja. Kod preživjelih žrtava nesreće, napada i silovanja koji su razvili akutni stresni poremećaj uočeno je oštećenje funkcioniranja u socijalnoj, međuljudskoj ili radnoj domeni. Izrazito visoke razine anksioznosti, koje mogu biti povezane s akutnim stresnim poremećajem, mogu ometati spavanje, razinu energije i kapacitet za izvršavanje zadataka.

Poremećaj prilagodbe - Bitno obilježje je prisutnost emocionalnih simptoma ili simptoma u ponašanju koji su odgovor na prepoznatljiv stresor koji može biti jedan događaj (npr. završetak ljubavne veze) ili stresori mogu biti višestruki (npr. značajne poslovne poteškoće i bračni problemi). Ako je stresor neki akutni, smetnje obično počinju odmah (ili unutar nekoliko dana) i traju relativno kratko (ne duže od nekoliko mjeseci). Ako stresor ili njegove posljedice traju, i poremećaj prilagodbe može biti i dalje prisutan, te prerasti u perzistentni oblik. Osim što stresori mogu imati utjecaj na pojedinca, mogu utjecati i na čitave obitelji, veće grupe ili pak zajednice (npr. elementarne nepogode). Neki stresori mogu pratiti specifične razvojne događaje. Poremećaji prilagodbe su povezani s povećanim rizikom za pokušaje suicida i suicid. U bolničkom psihijatrijskom okruženju to najčešća dijagnoza psihijatrijskog poremećaja.

Drugi specificirani poremećaj vezan uz traumu i stresor – Primjenjuje se na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za poremećaj vezan uz traumu i stresor koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, no ne zadovoljava u potpunosti kriterije za poremećaje ni u jednom od dijagnostičkih razreda poremećaja vezanih uz traumu i stresor.

Nespecificirani poremećaj vezan uz traumu i stresor – Primjenjuje se za kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj vezan uz traumu i stresor koji uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, no u potpunosti ne zadovoljavaju kriterije poremećaja ni u jednom od dijagnostičkih razreda poremećaja vezanih uz traumu i stresor. Upotrebljava se u situacijama kada nema dovoljno informacija da bi se postavila neka specifičnija dijagnoza [18].

2. Istraživački dio rada

U svrhu izrade diplomskog rada, provedeno je istraživanje o povezanosti razine samopoštovanja sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa.

2.1 Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je ispitati postoji li povezanosti između razine samopoštovanja i razvoja mentalnih poremećaja odnosno anksioznosti, depresije i/ili stresa.

Specifični ciljevi istraživanja uključuju:

1. Ispitati postoji li razlika u stupnju simptoma anksioznosti, depresije i/ili stresa ovisno o razini samopoštovanja.
2. Ispitati postoji li razlika u stupnju simptoma anksioznosti, depresije i/ili stresa ovisno o ispitivanoj skupini.
3. Ispitati postoji li statistički značajna razlika u razinama samopoštovanja između ispitivanih skupina.

2.2. Hipoteze

Uzimajući u obzir istraživački problem i postavljene ciljeve istraživanja postavljene su iduće hipoteze:

- H1. – Kod osoba sa niskom razinom samopoštovanja izraženiji su simptomi anksioznosti, depresije i/ili stresa nego kod osoba sa visokim samopoštovanjem.
- H2. – Kod neliječenih osoba sa prosječnom razinom samopoštovanja simptomi anksioznosti, depresije i/ili stresa su blagi do umjereni.
- H3. – Niska razina samopoštovanja učestalija je kod ispitanih bolesnika nego kod zdrave populacije.

2.3. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo sveukupno 100 ispitanika, od čega je 50 pacijenata Dnevne bolnice Klinike za psihijatriju Kliničke bolnice Dubrava, a preostalih 50 su zdravi pojedinci, odnosno osobe koje nikada nisu bili uključeni u bilo koji oblik psihijatrijskog tretmana. Istraživanje je provedeno u razdoblju od 01. ožujka do 01. lipnja 2024. godine. Prije ispunjavanja anketnog upitnika, ispitanici su bili upoznati sa ciljem i svrhom istraživanja. Istraživanje je bilo u potpunosti anonimno i dobrovoljno, te su sudionici potpisali informirani pristanak. Za provođenje istraživanja dobiveno je i odobrenje Etičkog povjerenstva Kliničke bolnice Dubrava (Prilog 1). Prilikom provedbe istraživanja i izrade diplomskog rada poštuovao se Zakon o privatnosti kao i sva etička načela znanstveno-istraživačkog rada.

2.4. Opis mjernog instrumenta

Za provođenje ovog istraživanja konstruiran je upitnik u kojem su sudionici odgovarali na pitanja koja su grupirana u tri skupine podataka (Prilog 2).

Prvi dio upitnika odnosio se na opće podatke o ispitanicima (spol, dob, bračni status, stupanj obrazovanja, radni status, te jesu li ispitanici bili ili trenutno sudjeluju u nekom obliku psihijatrijskog tretmana).

Drugi dio upitnika odnosio se na samoprocjenu samopoštovanja gdje su ispitanici ispunjavali Rosenbergovu skalu samopoštovanja koja se sastoji od ukupno 10 tvrdnji od kojih je pet definirano u pozitivnom, a pet u negativnom smjeru. Skala mjeri opću vrijednosnu orijentaciju prema sebi, odnosno kako pojedinac percipira sebe kao osobu [27]. Sudionici su stupanj slaganja izražavali na skali od pet stupnjeva pri čemu su stupnjevi bili:

- 0 – Potpuno netočno
- 1 - Uglavnom netočno
- 2 - Ni točno ni netočno
- 3 - Uglavnom točno
- 4 - Potpuno točno

Ukupan zbroj bodova na Rosenbergovoj skali samopoštovanja varira od 0 – 40. Zbroj manji od 23 predstavlja nisko samopoštovanje, zbroj bodova od 24 do 34 predstavlja prosječno samopoštovanje, dok zbroj veći od 34 predstavlja visoko samopoštovanje.

U trećem dijelu upitnika ispitanici su ispunjavali skraćenu verziju skale DASS koja se sastoji od ukupno 21 tvrdnje koje odnose na tri negativna emocionalna stanja – anksioznost, depresiju i stres. Od ispitanika se tražilo da ponuđene tvrdnje procijeni s obzirom na to koliko je često doživljavao određene osjećaje u posljednjih tjedan dana. Sudionici istraživanja su stupanj doživljavanja tih osjećaja izražavali brojčano pri čemu su stupnjevi bili:

- 0 - Uopće se nije odnosilo na mene
- 1 - Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme
- 2 - Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena
- 3 - Gotovo u potpunosti ili većinu vremena odnosilo se na mene

Ukupan zbroj bodova za pojedino negativno stanje iznosi od 0 do 21, no težina simptoma je različitih vrijednosti za svaku od tih skupina (Tablica 2.4.1).

	Depresija	Anksioznost	Stres
Normalno	0 – 4	0 – 3	0 – 7
Blago	5 – 6	4 – 5	8 – 9
Umjereno	7 – 10	6 – 7	10 – 12
Teško	11 – 13	8 – 9	13 – 16
Izuzetno teško	Više od 14	Više od 10	Više od 17

Tablica 2.4.1: Raspodjela zbroja bodova na DASS skali

2.5. Metode obrade podataka

Podaci iz anketa su preneseni u Microsoft Excel datoteku, a zatim konvertirani u SPSS format. Statističke analize su izvršene pomoću IBM SPSS

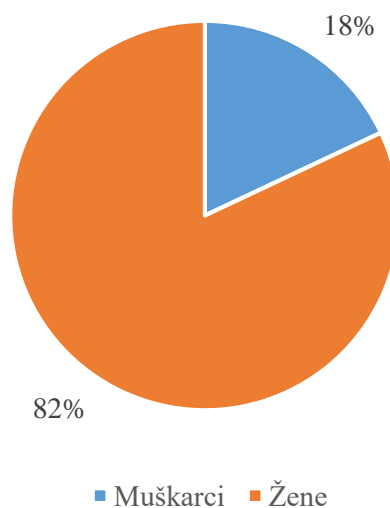
Statistics 28.0 softvera (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0., 2021.). Grafički prikazi, uključujući tablice i grafikone, su napravljeni korištenjem Microsoft Office Excel 2019.

3. Rezultati istraživanja

U svrhu odgovaranja na ciljeve i hipoteze ovog istraživanja upotrijebljeni su postupci deskriptivne (izračun aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, frekvencija) i inferencijalne statistike (Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, χ^2 test).

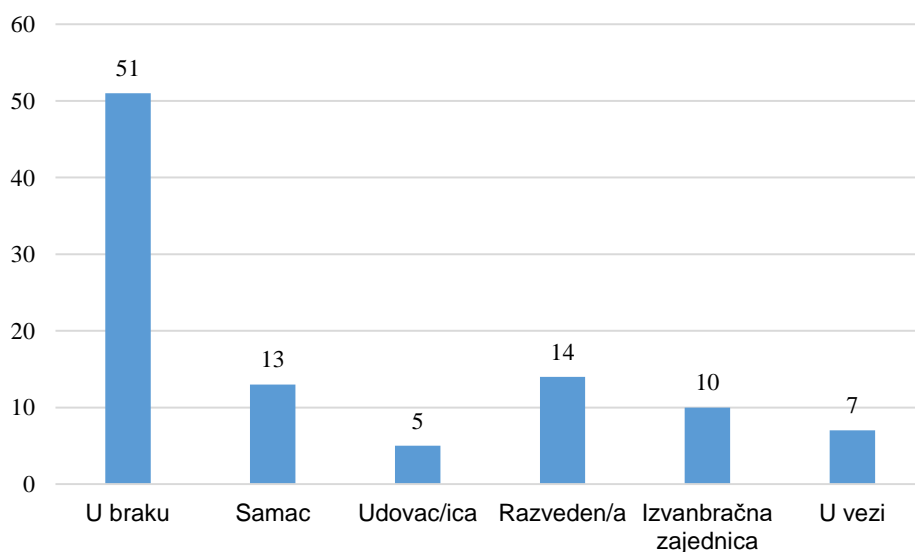
3.1. Sociodemografska obilježja ispitanika

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 100 sudionika pri čemu je bilo 82% žena, a 18% muškaraca (vidi Grafički prikaz 3.1.1.). Također, prosječna dob sudionika bila je $M = 44.86$ godina ($SD = 13.697$).



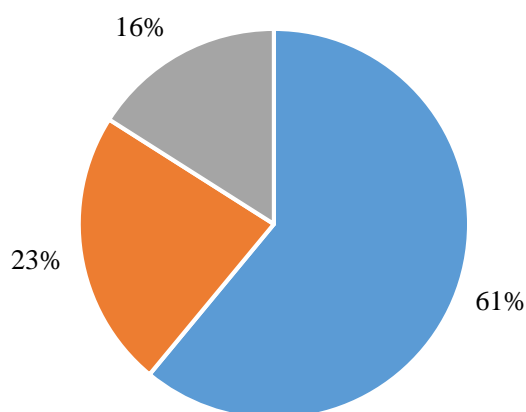
Grafički prikaz 3.1.1: Raspodjela sudionika (n, %) prema spolu (N=100)

Promatrajući bračni status sudionika (vidi Grafički prikaz 3.1.2) vidljivo je kako najveći udio sudionika ($n = 51$) čine osobe koje su u braku, dok je najmanji udio udovaca/ica ($n = 5$).



Grafički prikaz 3.1.2: Raspodjela sudionika (n, %) prema bračnom statusu (N=100)

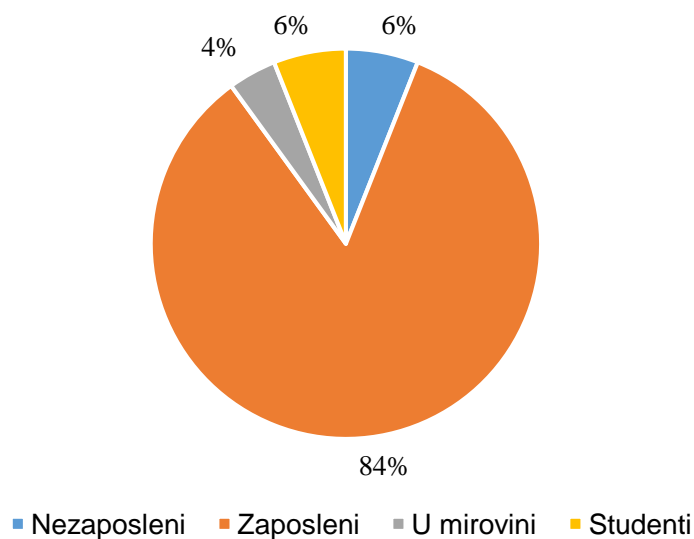
S obzirom na stupanj obrazovanja (vidi Grafički prikaz 3.1.3), najveći udio sudionika ima status srednje stručne spreme (61%), a prema zastupljenosti slijede sudionici više stručne spreme (23%) te visoke stručne spreme (16%).



■ Srednja stručna sprema ■ Viša stručna sprema ■ Visoka stručna sprema

Grafički prikaz 3.1.3: Raspodjela sudionika (n, %) prema stupnju obrazovanja (N=100)

Rezultati istraživanja upućuju kako, s obzirom na status zaposlenosti (vidi Grafički prikaz 3.1.4), najveći udio sudionika je u trenutku provođenja istraživanja bio zaposlen (84%).



Grafički prikaz 3.1.4: Raspodjela sudionika (n, %) prema statusu zaposlenja

3.2. Izraženost samopoštovanja, anksioznosti, depresije i stresa kod psihijatrijski liječenih sudionika i kontrolne skupine

U svrhu promatranja izraženosti samopoštovanja, anksioznosti, depresije i stresa kod ispitanih sudionika izračunate su prosječne vrijednosti navedenih varijabli na ukupnom uzorku, kao i u podskupinama (kontrolna skupina, psihijatrijski liječeni sudionici). Također, s obzirom na korištene upitnike izračunata je i raspodjela sudionika unutar pojedine podskupine prema razinama izraženosti samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i stresa.

Tablica 3.2.1: Prikaz izraženosti razine samopoštovanja, anksioznosti i stresa kod sudionika istraživanja (N=100)

	M	SD	Min	Max
Samopoštovanje	25.34	8.675	5.00	40.00
Anksioznost	8.87	6.332	.00	21.00
Depresivnost	8.47	6.500	.00	21.00

Stres	10.51	5.890	.00	21.00
-------	-------	-------	-----	-------

*Napomena: M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, Min – minimalna ostvarena vrijednost, Max – maksimalna ostvarena vrijednost

Promatrajući ukupni uzorak (N = 100) pokazano je kako sudionici u prosjeku imaju izraženu prosječnu razinu samopoštovanja (M = 25.34, SD = 8.675). Također, u prosjeku doživljavaju ozbiljnu razinu anksioznosti (M = 8.87, SD = 6.332), umjerenu razinu depresivnosti (M = 8.47, SD = 6.500) i stresa (M = 10.51, SD = 5.890) (Tablica 3.2.1).

Tablica 3.2.2: Prikaz izraženosti samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i stresa sudionika kontrolne skupine (N = 50) i psihijatrijski liječenih sudionika (N = 50)

	Skupina			
	Kontrolna skupina		Psihijatrijski liječeni sudionici	
	M	SD	M	SD
Samopoštovanje	29.84	7.709	20.84	7.161
Anksioznost	5.14	5.018	12.60	5.237
Depresivnost	4.90	5.296	12.04	5.595
Stres	6.96	4.973	14.06	4.433

*Napomena: M – aritmetička sredina, Sd – standardna devijacija

Rezultati istraživanja upućuju kako sudionici kontrolne skupine u prosjeku pokazuju prosječnu razinu samopoštovanja (M = 29.84, SD = 7.709), dok sudionici koji su psihijatrijski liječeni u prosjeku pokazuju nisko izraženo samopoštovanje (M = 20.84, SD = 7.161).

Također, sudionici kontrolne skupine u prosjeku doživljavaju blagu anksioznost (M = 5.14, SD = 5.018) dok se kod sudionika koji su uključeni u liječenje pronalazi jako izražena razina anksioznosti (M = 12.60, SD = 5.237). Sudionici kontrolne skupine u prosjeku nemaju izraženih depresivnih simptoma (M = 4.90, SD = 5.296), dok sudionici koji su psihijatrijski liječeni

pokazuju ozbiljne razine depresivnosti ($M = 12.04$, $SD = 5.595$). Promatrajući varijablu stresa vidljivo je kako sudionici kontrolne skupine u prosjeku ne doživljavaju patološku razinu stresa ($M = 6.96$, $SD = 4.973$), a sudionici koji su psihijatrijski liječeni doživljavaju ozbiljne razine stresa ($M = 14.06$, $SD = 4.433$) (Tablica 3.2.2).

Tablica 3.2.3: Raspodjela sudionika kontrolne skupine ($n = 50$) i psihijatrijski liječenih sudionika ($n = 50$) prema razinama samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i stresa

Varijabla		Skupina			
		Kontrola skupina		Psihijatrijski liječeni sudionici	
		f	%	f	%
Razina samopoštovanja	Nisko	11	22.0	33	66.0
	Prosječno	19	38.0	15	30.0
	Visoko	20	40.0	2	4.0
Razina anksioznosti	Normalno	24	48.0	2	4.0
	Blago	7	14.0	4	8.0
	Umjereno	7	14.0	4	8.0
	Ozbiljno	1	2.0	5	10.0
	Jako	11	22.0	35	70.0
Razina depresivnosti	Normalno	31	62.0	6	12.0
	Blago	4	8.0	4	8.0
	Umjereno	6	12.0	9	18.0
	Ozbiljno	4	8.0	7	14.0
	Jako	5	10.0	24	48.0

	Normalno	29	58.0	3	6.0
	Blago	7	14.0	6	12.0
Razina stresa	Umjereno	10	20.0	11	22.0
	Ozbiljno	2	4.0	13	26.0
	Jako	2	4.0	17	34.0

*Napomena: f - frekvencija

Rezultati istraživanja (Tablica 3.2.3) upućuju da promatrajući raspodjele sudionika prema razinama samopoštovanja najveći udio sudionika kontrolne skupine postiže rezultate koji upućuju na visoko izražene samopoštovanje (40%), dok najveći udio sudionika koji su psihijatrijski liječeni postiže rezultate koji upućuju na nisko izraženo samopoštovanje (66%).

Također, vidljivo je kako najveći udio sudionika iz kontrolne skupine u svakodnevnom funkcioniranju doživljava normalnu razinu anksioznosti (48%), dok najveći udio sudionika koji su psihijatrijski liječeni doživljava jaku anksioznost (70%).

Promatrajući raspodjele sudionika prema razinama depresivnosti vidljivo je kako najveći udio sudionika iz kontrolne skupine doživljava normalnu razinu depresivnosti (62%), dok najveći udio sudionika koji su psihijatrijski liječeni doživljava jako izraženu depresivnost (48%).

Podaci vezani uz percepciju stresa sudionika upućuju kako najveći udio sudionika iz kontrolne skupine u svakodnevnom funkcioniranju doživljava normalnu razinu stresa (58%), dok najveći udio sudionika koji su psihijatrijski liječeni doživljava jaki stres (34%).

U svrhu odgovaranja na postavljenu prvu hipotezu ovog istraživanja koja je pretpostavljala kako su simptomi anksioznosti, depresivnosti i stresa izraženiji kod sudionika s niskom razinom samopoštovanja, prvotno su provjereni uvjeti za provođenje parametrijskih statističkih postupaka.

Tablica 3.2.4: Rezultati Kolmogorv-Smirnov testa raspodjele izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa (N = 100)

	Kolmogorv - Smirnov		
	Statistik	df	p
Anksioznost	.109	100	.005*
Depresivnost	.140	100	.000**
Stres	.075	100	.184

*Napomena: *p <.05; **p<.01

Kolmogorov-smirnov test pokazao je kako distribucija izraženosti anksioznosti i depresivnosti statistički značajno odstupa od normalne distribucije (p < .05). Iako distribucija izraženosti stresa statistički značajno ne odstupa od normalne distribucije (p > .05) zamjetno je kako postoji značajnija razlika u distribuciji broja sudionika koji imaju nisko izraženo samopoštovanje (n = 44) i onih koji imaju visoko izraženo samopoštovanje (n = 22). Uslijed navedenog, u svrhu usporedbe aritmetičkih sredina korišteni su neparametrijski statistički postupci (Mann-Whitney U test).

Tablica 3.2.5: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe rezultata osoba s niskim samopoštovanjem (n = 44) i osoba s visokim samopoštovanjem (n = 22) u izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa

Varijabla	Razina samopoštovanja	M rang	U	Z	p
Anksioznost	Nisko	43.92	25.50	-6.247	.000**
	Visoko	12.66			
Depresivnost	Nisko	44.39	5.00	-6.532	.000**
	Visoko	11.73			
Stres	Nisko	44.13	16.50	-6.372	.000**
	Visoko	12.25			

*Napomena: *p <.05; **p<.01

Rezultati istraživanja (vidi Tablicu 3.2.5) upućuju kako postoji statistički značajna razlika u izraženosti anksioznosti osoba s nisko i visoko izraženim

samopoštovanjem ($U = 25.50$, $Z = -6.247$, $p < .01$) pri čemu sudionici s niskim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu anksioznosti.

Također, pokazana je statistički značajna razlika u izraženosti depresivnosti osoba s nisko i visoko izraženim samopoštovanjem ($U = 5.00$, $Z = -6.532$, $p < .01$) pri čemu osobe s nisko izraženim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu depresivnosti.

Slična tendencija rezultata pokazana je i pri promatranju izraženosti stresa. Rezultati upućuju na statistički značajnu razliku u izraženosti stresa osoba s nisko i visoko izraženim samopoštovanjem ($U = 16.50$, $Z = -6.372$, $p < .01$) pri čemu sudionici s nisko izraženim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu stresa.

U svrhu odgovaranja na postavljenu drugu hipotezu ovog istraživanja koja pretpostavlja kako osobe s prosječnim samopoštovanjem imaju blago do prosječno izražene simptome anksioznosti, depresivnosti i stresa izračunati su osnovni deskriptivni pokazatelji navedenog.

Tablica 3.2.6: Prikaz izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa kod sudionika s prosječnim samopoštovanjem ($n = 34$)

	M	SD	Min	Max
Anksioznost	7.09	5.435	.00	20.00
Depresivnost	6.35	5.139	.00	21.00
Stres	8.94	4.612	1.00	20.00

*Napomena: M – aritmetička sredina, Sd – standardna devijacija, Min – minimalna ostvarena vrijednost, Max – maksimalna ostvarena vrijednost

Rezultati istraživanja (Tablica 3.2.6) upućuju kako sudionici s prosječno izraženim samopoštovanjem u prosjeku doživljavaju umjerenu razinu anksioznosti ($M = 7.09$, $SD = 5.435$). Također, osobe s prosječnim samopoštovanjem prosječno doživljavaju blagu razinu depresivnosti ($M = 6.35$, $SD = 5.139$), kao i blagu razinu stresa ($M = 8.94$, $SD = 4.612$).

Kako bismo detaljnije odgovorili na postavljenu hipotezu izračunata je i frekvencija sudionika s prosječnim samopoštovanjem prema razinama izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa.

Tablica 3.2.7: Prikaz raspodjele sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem (n = 34) prema razinama izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa

Stupanj izraženosti	Varijabla		
	Anksioznost	Depresivnost	Stres
	f (%)	f (%)	f (%)
Normalno	10 (29.4)	14 (41.2)	14 (41.2)
Blago	5 (14.7)	5 (14.7)	6 (17.6)
Umjereno	6 (17.6)	9 (26.5)	9 (26.5)
Ozbiljno	3 (8.8)	3 (8.8)	3 (8.8)
Jako	10 (29.4)	3 (8.8)	2 (5.9)

*Napomena: f - frekvencija

Promatrajući varijablu anksioznosti može se reći kako ukupno 38.2% sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem doživljava ozbiljno (8.8%) i jako (29.4%) izražene simptome anksioznosti. Odnosno, najveći udio sudionika, njih 61.8%, s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu (29.4%), blagu (14.7%) ili umjerenu (17.6%) razinu anksioznosti za koju možemo pretpostaviti da ne ometa njihovo svakodnevno funkcioniranje.

U vidu izraženosti depresivnosti vidljivo je kako ukupno 17.6% sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem doživljava ozbiljno (8.8%) i jako (8.8%) izražene simptome depresivnosti. Odnosno, najveći udio sudionika, njih 82.4%, s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu (41.2%), blagu (14.7%) ili umjerenu (26.5%) razinu depresivnosti.

Rezultati istraživanja pokazuju sličnu tendenciju rezultata i u pogledu izraženosti stresa. Ukupno 14.7% sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem doživljava ozbiljno (8.8%) i jako (5.9%) izražene simptome

stresa. Odnosno, najveći udio sudionika, čak 85.3%, s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu (41.2%), blagu (17.6%) ili umjerenu (26.5%) razinu stresa.

U svrhu odgovaranja na treću hipotezu ovog istraživanja koja pretpostavlja kako je niska razina samopoštovanja učestalija kod ispitanih sudionika koji su pohađali psihijatrijski tretman nego kod kontrolne skupine izračunate su frekvencije sudionika s niskom razinom poštovanja koji pripadaju psihijatrijski liječenoj skupini i onih koji pripadaju kontrolnoj skupini te je provjerena normalnost njihove distribucije prema skupinama.

Tablica 3.2.8: Raspodjela sudionika s niskom razinom samopoštovanja (n = 44) prema pripadnosti kontrolnoj skupini ili skupini sudionika koji su psihijatrijski liječeni

	Nisko samopoštovanje f (%)
Kontrolna skupina	11 (25)
Psihijatrijski liječeni sudionici	33 (75)

*Napomena: f - frekvencija

Teoretsko očekivanje raspodjele osoba s niskim samopoštovanjem u ukupnom uzorku odnosilo bi se na podjednaku raspodjelu u kontrolnoj skupini ($n_{\text{očekivani}} = 22$) i skupini sudionika koji su psihijatrijski liječeni ($n_{\text{očekivani}} = 22$).

Tablica 3.2.9: Rezultati χ^2 testa povezanosti razine samopoštovanja (niske) i pripadnosti skupini (kontrolna skupina, psihijatrijski liječeni sudionici)

χ^2	df	p
11.00	1	.001

*Napomena: df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti

Rezultati istraživanja upućuju kako postoji statistički značajna povezanost pripadnosti skupini (kontrolna skupina, psihijatrijski liječeni sudionici) i niskog samopoštovanja. Odnosno, nisko samopoštovanje češće se pojavljuje kod sudionika koji su psihijatrijski liječeni.

3.3. Analiza rezultata prema hipotezama

U ovom radu postavljene su tri hipoteze. U nastavku su iznesene te hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti, te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

Hipoteza 1 je glasila: Kod osoba sa niskom razinom samopoštovanja izraženiji su simptomi anksioznosti, depresije i/ili stresa nego kod osoba sa visokim samopoštovanjem.

Rezultati Mann-Whitney U testa (vidi Tablicu 3.2.5) upućuju kako postoji statistički značajna razlika u izraženosti anksioznosti osoba s nisko i visoko izraženim samopoštovanjem pri čemu sudionici s niskim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu anksioznosti. Također, pokazana je statistički značajna razlika u izraženosti depresivnosti osoba s nisko i visoko izraženim samopoštovanjem pri čemu osobe s nisko izraženim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu depresivnosti. Rezultati upućuju i na statistički značajnu razliku u izraženosti stresa osoba s nisko i visoko izraženim samopoštovanjem pri čemu sudionici s nisko izraženim samopoštovanjem doživljavaju višu razinu stresa.

Prema tome, treba zaključiti da je Hipoteza 1 prihvaćena.

Hipoteza 2 je glasila: Kod neliječenih osoba sa prosječnom razinom samopoštovanja simptomi anksioznosti, depresije i/ili stresa su blagi do umjereni.

Promatrajući varijablu anksioznosti, najveći udio sudionika (61.8%) s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu, blagu ili umjerenu razinu anksioznosti za koju možemo pretpostaviti da ne ometa njihovo svakodnevno funkcioniranje.

Najveći udio sudionika (82.4%) s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu, blagu ili umjerenu razinu depresivnosti. Ukupno 14.7% sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem doživljava ozbiljno i jako izražene simptome stres dok najveći udio sudionika (85.3%) s prosječnim samopoštovanjem doživljava normalnu, blagu ili umjerenu razinu stresa (vidi Tablicu 3.2.7).

Prema tome, valja zaključiti da je Hipoteza 2 prihvaćena.

Hipoteza 3 je glasila: Niska razina samopoštovanja učestalija je kod ispitanih bolesnika nego kod zdrave populacije.

Rezultati χ^2 testa (vidi Tablicu 3.2.9) upućuju kako postoji statistički značajna povezanost pripadnosti skupini i niskog samopoštovanja. Odnosno, nisko samopoštovanje češće se pojavljuje kod sudionika koji su psihijatrijski liječeni. Prema tome, zaključuje se kako je Hipoteza 3 prihvaćena.

4. Rasprava

Provedenim istraživanjem ispitana je povezanost razine samopoštovanja sa razvojem mentalnih poremećaja, odnosno anksioznosti, depresije i stresa. Također, ispitane su razlike u razinama samopoštovanja između pacijenata koji se liječe kroz program Dnevne bolnice i kontrolne skupine, odnosno osoba koje nikada nisu bile uključene u niti jedan oblik psihijatrijskog tretmana. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika u razinama samopoštovanja između dvije ispitivane skupine. Također, dokazana je povezanost razine samopoštovanja i pojave anksioznosti, depresije i stresa. Provedeno je više istraživanja različitih autora na tu temu čiji rezultati ukazuju na sličnu povezanost.

Autori Sowislo i Orth su meta-analizom longitudinalnih studija, pokušali odgovoriti na pitanje utječe li razina samopoštovanja na razvoj depresije i stresa provodeći analizu dostupnih podataka od kojih je bilo 77 studija o depresiji i 18 studija o anksioznosti. Bile su obuhvaćene različite dobne skupine, odnosno sve od djetinjstva pa do starije dobi. Rezultati su pokazali da je utjecaj razine samopoštovanja na depresiju bio znatno veći u usporedbi s utjecajem depresije na samopoštovanje. Suprotno tome, utjecaji između niskog samopoštovanja i anksioznosti bili su prilično uravnoteženi: nisko samopoštovanje je predviđalo pojavu anksioznosti, dok je anksioznost predviđala nižu razinu samopoštovanja. Analize za učinak niskog samopoštovanja na depresiju sugerirale su da učinak nije značajno pod utjecajem spola, dobi, mjera samopoštovanja i depresije, ili vremenskog razmaka između procjena [28].

U istraživanju provedenom 2013. godine, 206 studenata (muškarci = 93, žene = 113) ispunilo je upitnike koji procjenjuju anksioznost, stres, samopoštovanje, pozitivne i negativne osjećaje te depresiju. Upitnici korišteni u istraživanju bili su HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Ljestvica percipiranog stresa (PSS), PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) i Rosenbergova skala samopoštovanja. Rezultati ove studije pokazuju da anksioznost djelomično posreduje učinke stresa i samopoštovanja na

depresiju, zatim da stres djelomično posreduje učinke anksioznosti i pozitivnih osjećaja na depresiju. Također, rezultati ukazuju na to da stres potpuno posreduje učinke samopoštovanja na depresiju i da postoji značajna interakcija između stresa i negativnih osjećaja te između pozitivnih i negativnih osjećaja na depresiju. Rezultat je pokazao relativno nisku srednju vrijednost za depresiju ($M = 3.69$), možda zato što je ispitivana populacija bila sastavljena od studenata. To bi moglo ograničiti moć generalizacije rezultata na opću populaciju i moglo bi objasniti zašto negativni osjećaji, koji su obično povezani s depresijom, nisu bili povezani s depresijom u ovoj studiji [29].

U preglednom članku predstavljeno je nekoliko studija koje pokazuju odnos stresa i samopoštovanja na više razina. Na biološkoj razini, nisko samopoštovanje povećava razinu kortizola i izaziva disfunkciju HPA osi, što ukazuje na povezanost sa stresom. Zatim primijećeno je da rano izlaganje stresu u životu smanjuje samopoštovanje djece, čineći ih ranjivima za razvoj depresije u budućnosti. Studije pokazuju da je samopoštovanje povezano izravno i neizravno s razvojem depresije. Konkretno, nisko samopoštovanje u kombinaciji sa stresom predstavlja faktore rizika za razvoj depresije. Nadalje, samopoštovanje igra važnu ulogu u stresu koji doživljavaju studenti. Konkretno, studenti s visokim samopoštovanjem mogu učinkovito upravljati stresom i stoga postižu bolje akademske rezultate. Osim toga, samopoštovanje je povezano s radnim stresom, radnom uspješnošću i zadovoljstvom poslom. Što radnici imaju veći radni stres, to imaju niže samopoštovanje i stoga imaju veću mogućnost za sagorijevanje. Na kraju, postoji mnogo tehnika upravljanja stresom koje poboljšavaju samopoštovanje ljudi, poput joge, meditacije, humora, mindfulnessa i savjetovanja. Zaključeno je da tehnike upravljanja stresom mogu poboljšati samopoštovanje ljudi, što može djelovati kao zaštita protiv psiholoških poremećaja, uz poboljšanje osobne i profesionalne kvalitete života [30].

Iz rezultata različitih istraživanja i analiza, vidljivo je da je samopoštovanje jedna od važnih odrednica mentalnog zdravlja. Povezanost između samopoštovanja i mentalnog zdravlja ističe važnost podrške i intervencija koje promiču pozitivnu samoprocjenu. Jačanje samopoštovanja

ne samo da može biti od koristi u prevenciji i liječenju anksioznosti, depresije i stresa, već i značajno poboljšati ukupnu kvalitetu života pojedinaca. Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na daljnje razumijevanje mehanizama koji povezuju samopoštovanje s mentalnim zdravljem. Nadalje, razumijevanje te povezanosti potrebno je kako bi se mogle razvijati učinkovite terapijske i preventivne strategije za očuvanje mentalnog zdravlja.

5. Zaključak

Ovo istraživanje o povezanosti razine samopoštovanja s razvojem anksioznosti, depresije i stresa pokazuje značajne implikacije za razumijevanje i tretiranje mentalnog zdravlja. Na temelju rezultata, može se zaključiti da niska razina samopoštovanja ima dubok utjecaj na emocionalno i psihološko stanje pojedinca. Osobe s niskim samopoštovanjem sklonije su razvijanju ozbiljnih mentalnih problema kao što su anksioznost, depresija i stres. S obzirom na to, ova povezanost ima nekoliko ključnih aspekata.

Anksioznost je često povezana s negativnim samoprocjenama i sumnjama u vlastite sposobnosti. Osobe s niskim samopoštovanjem često imaju tendenciju preuveličavati prijetnje i podcjenjivati svoje sposobnosti suočavanja s njima. To dovodi do stalnog osjećaja nesigurnosti i straha, što može eskalirati u anksiozne poremećaje. Nadalje, strah od neuspjeha i osude može pojačati anksiozne simptome, stvarajući začarani krug koji je teško prekinuti bez odgovarajuće intervencije.

Niska razina samopoštovanja izravno je povezana s depresijom, jer negativni osjećaji prema sebi mogu dovesti do osjećaja bezvrijednosti i bespomoćnosti. Osobe s niskim samopoštovanjem često doživljavaju osjećaje tuge i gubitka interesa za aktivnosti koje su ih nekad veselile. Ovi osjećaji mogu biti pojačani negativnim samogovorom i samokritikom, što dodatno pogoršava depresivne simptome. Depresija, zauzvrat, može dodatno erodirati samopoštovanje, stvarajući ciklus iz kojeg je teško izaći bez stručne pomoći.

Stres je još jedan značajan faktor povezan s niskim samopoštovanjem. Osobe s niskim samopoštovanjem često osjećaju da nemaju kontrolu nad svojim životom i da ne mogu adekvatno odgovoriti na izazove i stresore. Ovo stanje kroničnog stresa može dovesti do brojnih fizičkih i psiholoških problema, uključujući iscrpljenost, iritabilnost i osjećaj preopterećenosti. Uz to, niska razina samopoštovanja može otežati razvoj zdravih strategija suočavanja sa stresom, čime se povećava rizik od ozbiljnih zdravstvenih problema.

Samopoštovanje i mentalno zdravlje su duboko povezani koncepti koji značajno utječu na kvalitetu života pojedinca. Samopoštovanje je jedna od ključnih komponenti mentalnog zdravlja jer pomaže u izgradnji pozitivne slike o sebi, omogućava suočavanje s izazovima i stresnim situacijama te doprinosi općem osjećaju zadovoljstva i sreće.

Osobe s visokim samopoštovanjem imaju tendenciju boljeg upravljanja stresom, imaju zdravije međuljudske odnose i pokazuju veću otpornost na depresiju i anksioznost. Nasuprot tome, nisko samopoštovanje može voditi do raznih mentalnih problema, uključujući depresiju, anksioznost, poremećaje u ishrani i druge oblike maladaptivnog ponašanja.

Važno je naglasiti da samopoštovanje nije fiksna karakteristika, već nešto što se može razvijati i jačati kroz različite strategije i intervencije. Psihoterapija, tehnike samopomoći, podrška bliskih osoba te bavljenje aktivnostima koje donose osjećaj postignuća i zadovoljstva mogu značajno doprinijeti poboljšanju samopoštovanja.

U konačnici, ulaganje u izgradnju i održavanje zdravog samopoštovanja ključni je korak prema očuvanju i unapređenju mentalnog zdravlja. To je proces koji zahtijeva kontinuiran rad i samosvijest, ali donosi dugoročne benefite za mentalno blagostanje i kvalitetu života. S obzirom na značajnu povezanost između samopoštovanja i mentalnog zdravlja, potrebno je ulagati napore u promociju i jačanje pozitivnog samopoštovanja od razdoblja djetinjstva. Promicanje samopoštovanja u što ranijoj dobi ključno je za postavljanje temelja mentalnog zdravlja i emocionalnog blagostanja. Djeca i mladi s visokim samopoštovanjem vjerojatnije će razviti pozitivne odnose, imati bolji uspjeh u školi i biti otporniji na stres i životne izazove. Kontinuiranom podrškom, stvaranjem pozitivnog okruženja i adekvatnim vođenjem od strane roditelja, odgajatelja i društva u cjelini, djeca i mladi razvijaju snažno i zdravo samopoštovanje, što je zapravo važan oslonac kroz životne izazove i uspjehe. Edukacija, podrška i pozitivno okruženje mogu igrati ključnu ulogu u prevenciji razvoja anksioznosti, depresije i stresa. Različite intervencije mogu imati dugoročne pozitivne učinke na samopoštovanje, no efikasnost može varirati ovisno o populaciji i kontekstu. Kognitivno–bihevioralna terapija, programi

socijalno-emocionalnog učenja, mindfulness, pozitivna psihologija, grupe podrške i individualizirane intervencije pokazale su se kao učinkovite metode. Kontinuirana evaluacija i prilagodba ovih programa ključna je za osiguranje njihovog dugoročnog uspjeha. Time ćemo osigurati holistički pristup mentalnom zdravlju koji uzima u obzir sve dimenzije ljudskog iskustva.

6. Literatura

- [1] L. Mirjanić, G. Milas: Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom, Društvena istraživanja 20(3 (113)), 10. listopada 2011., str. 711–727.
- [2] P. W. Linville: Self-complexity as a cognitive buffer against stress related illness and depression, Journal of personality and social psychology 52/4 1987., str. 663-676
- [3] D. Miljković, M. Rijavec: Razgovori sa zrcalom : psihologija samopouzdanja Vol. 3., dopunjeno izdanje, Zagreb 2001.
- [4] R. Vasta, M. Haith, A. Miller: Dječja psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [5] M. Lebedina-Manzoni, T. Novak, I. Jeđud: Doživljaj sebe u obitelji, Izvorni znanstveni članak, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb, 2006.
- [6] V. Turk: Razvoj pojma o sebi i rodnog identiteta,. Završni rad, Sveučilište Jurja Dobrile, Pula, 2009.
- [7] M. Jelić: Nove spoznaje u istraživanjima samopoštovanja: Konstrukt sigurnosti samopoštovanja, Društvena istraživanja 21(2 (116)), 1. lipnja 2012., str. 443–463.
- [8] E. R. Smith, D. M. Mackie: Social Psychology (treće izdanje), Psychology Press, Hove, 2007.
- [9] L. Berk: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.
- [10] M. Lebedina-Manzoni, M. Lotar, N. Ricijaš: Podložnost vršnjačkom pritisku i samopoštovanje kod studenata, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2008, Vol 44, br. 1, str. 77-92
- [11] R. Gomez, S. McLaren: The inter-relations of mother and father attachment, self-esteem and aggression during late adolescence, School of Behavioural and Social Sciences and Humanities (33(1) 2009., str. 160–169
- [12] N. Ambrosi-Randić, J. Glivarec: Odnos intelektualnih sposobnosti, samopoštovanja i strategija suočavanja u djetinjstvu, Izvorni znanstveni članak, Sveučilište Jurja Dobrile, Pula, 2019.

- [13] P. Aljinović: Samopouzdanje kod predškolske djece, Završni rad, Sveučilište Split, Filozofski fakultet, Split, 2020.
- [14] G. Winch: 5 ways to build lasting self-esteem, TED Ideas [Internet], 2019. Dostupno na: <https://ideas.ted.com/5-ways-to-build-lasting-self-esteem/>
- [15] Lj. Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [16] H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.
- [17] D. Mandić D: Anksioznost u adolescentnoj dobi, Diplomski rad, Sveučilište u Splitu, Katolički bogoslovni fakultet, Split, 2023.
- [18] Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.
- [19] V. Ivančić: Pregled instrumenata procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja, Završni rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, Osijek, 2017.
- [20] D. Karlović: Depresija: klinička obilježja i dijagnoza, Psihijatrija danas – Odabrane teme, 2017., str. 161–165
- [21] D. Grozdek: Depresija kao javnozdravstveni problem, Završni rad, Sveučilište Sjever, 2020.
- [22] I. Matulović, T. Rončević, J. Sindik: Stres i suočavanje sa stresom – primjer zdravstvenog osoblja, Sestrinski glasnik br. 17 2012., str. 174–177
- [23] S. Debogović, I. A. Nola: Profesionalni stres i sindrom izgaranja u djelatnika intenzivne psihijatrijske skrbi i hitne medicine, Sigurnost, br. 63(1) 12. travanj 2021, str. 1–25.
- [24] T. Bakarić: Stres i nošenje sa stresnim situacijama, Završni rad, Sveučilište Jurja Dobrile, Pula, 2017.
- [25] M. Kompier: The psychosocial work environment and health – what we know and where should we go?, Scandinavian Journal of work, environment and health, br. 28:1 2002., str. 1–4
- [26] L. Vidaković: Utjecaj stresa na radnom mjestu, Diplomski rad, Sveučilište u Karlovcu, Karlovac 2015.
- [27] K. Lacković-Grgin, Samopoimanje mladih, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994.

- [28] J.F. Sowislo, U. Orth, Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies, *Psychological Bulletin*, 139(1) 2013., str 213–240
- [29] A.A. Nima, P. Rosenberg, T. Archer, D. Garcia, Anxiety, Affect, Self-Esteem, and Stress: Mediation and Moderation Effects on Depression, *PLOS ONE* 8(9), 2013., str. 10
- [30] M.J. Galanakis i sur., A Literature Review on the Connection between Stress and Self-Esteem, *Psychology* (7)5, 2016., 687-694

7. Dodatci

7.1. Popis tablica

Tablica 2.4.1: Raspodjela zbroja bodova na DASS skali	32
Tablica 3.2.1: Prikaz izraženosti razine samopoštovanja, anksioznosti i stresa kod sudionika istraživanja (N=100)	36
Tablica 3.2.2: Prikaz izraženosti samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i stresa sudionika kontrolne skupine (N = 50) i psihijatrijski liječenih sudionika (N = 50)	37
Tablica 3.2.3: Raspodjela sudionika kontrolne skupine (n = 50) i psihijatrijski liječenih sudionika (n = 50) prema razinama samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i stresa	38
Tablica 3.2.4: Rezultati Kolmogorv-Smirnov testa raspodjele izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa (N = 100).....	40
Tablica 3.2.5: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe rezultata osoba s niskim samopoštovanjem (n = 44) i osoba s visokim samopoštovanjem (n = 22) u izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa.....	40
Tablica 3.2.6: Prikaz izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa kod sudionika s prosječnim samopoštovanjem (n = 34)	41
Tablica 3.2.7: Prikaz raspodjele sudionika s prosječno izraženim samopoštovanjem (n = 34) prema razinama izraženosti anksioznosti, depresivnosti i stresa	42
Tablica 3.2.8: Raspodjela sudionika s niskom razinom samopoštovanja (n = 44) prema pripadnosti kontrolnoj skupini ili skupini sudionika koji su psihijatrijski liječeni.....	43
Tablica 3.2.9: Rezultati χ^2 testa povezanosti razine samopoštovanja (niske) i pripadnosti skupini (kontrolna skupina, psihijatrijski liječeni sudionici)	43

7.2. Popis grafikona

Grafički prikaz 3.1.1: Raspodjela sudionika (n, %) prema spolu (N=100)	34
Grafički prikaz 3.1.2: Raspodjela sudionika (n, %) prema bračnom statusu (N=100)	35
Grafički prikaz 3.1.3: Raspodjela sudionika (n, %) prema stupnju obrazovanja (N=100)	35
Grafički prikaz 3.1.4: Raspodjela sudionika (n, %) prema statusu zaposlenja	36

8. Prilozi

Prilog 1: Odobrenje Etičkog povjerenstva



Klinička bolnica Dubrava
Etičko povjerenstvo
Avenija Gojka Šuška 6
10000 Zagreb
Telefon: 091 / 4122-397
E-mail: povjerenstvo.eticko@kbd.hr

Broj odobrenja:
2024/0223-04

**ETIČKO POVJERENSTVO
KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA**
U Zagrebu, 26. veljače 2024.

PREDMET: Zamolba za odobrenje provođenja znanstvenog istraživanja pod naslovom
„Povezanost razine samopoštovanja sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili
stresa“
- odobrenje, daje se

Voditelj istraživanja: Jasmina Mašek, bacc. med. techn.

Jasmina Mašek, bacc. med. techn. podnijela je Etičkom povjerenstvu KB Dubrava zamolbu za odobrenje provođenja znanstvenog istraživanja pod naslovom: „Povezanost razine samopoštovanja sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa“.

Na sjednici održanoj 23. veljače 2024. godine, Etičko povjerenstvo u sastavu:
dr. sc. Marko Lucijanić, dr. med. – predsjednik, Željka Bilušić Perić, mag. iur. – član, dr.sc.
Nives Gojo Tomić, dr. med. - član, prof. dr. sc. Željko Čabrijan, dr. med. - član i Katarina
Krković – zapisničar

ODOBRILO JE da se navedeno istraživanje provodi u KB Dubrava.



ETIČKO POVJERENSTVO KB DUBRAVA
dr. sc. Marko Lucijanić, dr. med.
PREDSJEDNIK

Prilog 2: Anketni upitnik

Poštovani/a,

pred Vama se nalazi upitnik konstruiran za potrebu istraživanja u sklopu izrade diplomskog rada na diplomskom sveučilišnom studiju Sestrinstva – Menadžment u sestrinstvu pri Sveučilištu Sjever pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Tomislava Meštrovića.

Tema diplomskog rada je „Povezanost razine samopoštovanja sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa“, a cilj istraživanja je dokazati da postoji povezanost između razine samopoštovanja sa razvojem mentalnih poremećaja odnosno anksioznosti, depresije i/ili stresa, odnosno da kod osobe sa nižom razinom samopoštovanja postoji veći rizik od razvoja anksioznosti, depresije i/ili stresa.

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, pri čemu imate mogućnost u bilo kojem trenutku bez objašnjenja prekinuti sudjelovanje u istraživanju, dok su istraživački rezultati anonimni i povjerljivi, odnosno, prikupljeni podaci bit će korišteni isključivo za svrhu izrade ovoga rada te objavu u znanstvenim i stručnim člancima. Odgovori ispitanika analizirat će se skupno, odnosno, na razini ukupnog uzorka pri čemu dobivene rezultate istraživanja neće biti moguće povezati s identitetom ispitanika.

Za potrebe istraživanja ispuniti ćete dva upitnika, odnosno Rosenbergovu skalu samopoštovanja i DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale), koje se ukupno sastoje od 31 pitanja te sociodemografski upitnik.

Ispunjavanje anketnog upitnika oduzet će otprilike 10 - 15 minuta Vašeg vremena.

Kako bi rezultati bili objektivni i statistička obrada podataka precizna, molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno.

Unaprijed zahvaljujem na uloženom trudu i vremenu kod rješavanja upitnika!

Jasmina Mašek, bacc.med.techn.

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstva – Menadžment u sestrinstvu

Odjel za Sestrinstvo

Sveučilište Sjever

Za sva pitanja i nejasnoće te informacije o rezultatima istraživanja možete se obratiti na

e-mail adresu: jamasek@unin.hr

Sociodemografski upitnik

Molim Vas da odgovorite na ovaj niz općih pitanja o sebi.

1. SPOL:

- Muški
- Ženski
- Ne želim se izjasniti

4. STUPANJ OBRAZOVANJA:

- SSS
- VŠS (bacc.)
- VSS (mag./dipl./dr.sc.)

2. DOB (upisati godine):

5. ZAPOSLENOST:

- zaposlen/a
- nezaposlen/a
- u mirovini
- student/ica

3. BRAČNO STANJE:

- udata/oženjen
- izvanbračna zajednica
- razveden/a
- udovac/udovica
- u vezi
- sama/c

**6. JESTE LI IKADA BILI
UKLJUČENI U PSIHIJATRIJSKI
TRETMAN?**

- Da
- Ne

Rosenbergova skala samopoštovanja

Pred Vama je lista tvrdnji koje se odnose na opći osjećaj sebe.

Molim Vas da na priloženoj ljestvici zaokruživanjem odgovarajućeg broja označite u kojem je stupnju tvrdnja točna za vas.

- 0 – Potpuno netočno
- 1 - Uglavnom netočno
- 2 - Ni točno ni netočno
- 3 - Uglavnom točno
- 4 - Potpuno točno

1. Sve u svemu sam zadovoljan/na sama sa sobom.

0 1 2 3 4

2. Povremeno mislim da ništa ne valjam.

0 1 2 3 4

3. Osjećam da imam poprilično dobrih osobina.

0 1 2 3 4

4. U stanju sam obavljati zadatke jednako dobro kao većina drugih ljudi.

0 1 2 3 4

5. Osjećam da nema puno toga čime se mogu ponositi.

0 1 2 3 4

6. Doista se ponekad osjećam beskorisno.

0 1 2 3 4

7. Osjećam da vrijedim barem jednako kao i ostali.

0 1 2 3 4

8. Volio/voljela bih da mogu sebe više poštovati.

0 1 2 3 4

9. Sve u svemu sam sklon/a o sebi misliti kao gubitniku.

0 1 2 3 4

10. Prema sebi zauzimam pozitivan stav.

0 1 2 3 4

DASS 21

(Depression Anxiety Stress Scale)

Molimo Vas, pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u zadnjih tjedan dana.

- 0 - Uopće se nije odnosilo na mene
- 1 - Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme
- 2 - Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena
- 3 - Gotovo u potpunosti ili većinu vremena odnosilo se na mene

1. Bilo mi je teško smiriti se.

0 1 2 3

2. Sušila su mi se usta.

0 1 2 3

3. Uopće nisam mogao/la doživjeti neki pozitivan osjećaj.

0 1 2 3

4. Doživio/la sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).

0 1 2 3

5. Bilo mi je teško započeti aktivnosti.

0 1 2 3

6. Bio/la sam sklon/a pretjeranim reakcijama na događaje.

0 1 2 3

7. Doživjavao/la sam drhtanje (npr. u rukama).

0 1 2 3

8. Osjećao/la sam se jako nervozno.

0 1 2 3

9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao/la paničariti ili se osramotiti.

0 1 2 3

10. Osjetio/la sam kao da se nemam čemu radovati.

0 1 2 3

11. Osjetio/la sam da postajem uznemiren/a.

0 1 2 3

12. Bilo mi je teško opustiti se.

0 1 2 3

13. Bio/la sam potišten/a i tužan/na.

0 1 2 3

14. Nisam podnosio/la da me išta ometa u onome što sam radio/la.

0 1 2 3

15. Osjetio/la sam da sam blizu panici.

0 1 2 3

16. Ništa me nije moglo oduševiti.

0 1 2 3

17. Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.

0 1 2 3

18. Događalo mi se da sam bio/la prilično osjetljiv/a.

0 1 2 3

19. Bio/la sam svjestan/na rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).

0 1 2 3

20. Bio/la sam uplašen/a bez opravdanog razloga.

0 1 2 3

21. Osjetio/la sam kao da život nema smisla.

0 1 2 3

Prilog 3: Izjava o autorstvu

Sveučilište
Sjever

HEBON
ALISUBAINO



SVEUČILIŠTE
SIEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Jasmina Mašek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada pod naslovom

Povezanost razine samopoštovanja sa razvojem anksioznosti, depresije i/ili stresa te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

Jasmina Mašek

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.