

+



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ

UNIVERSITY OF BANJA LUKA

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

FACULTY OF PHILOSOPHY



**SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI KOD
POST-COVID-19 PACIJENATA**

MASTER RAD

Mentor:
Prof. dr Nada Vaselić

Kandidat:
Simonida Paštar

Banja Luka, 2023.godina



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ

UNIVERSITY OF BANJA LUKA

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

FACULTY OF PHILOSOPHY



**SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN POST-
COVID-19 PATIENTS**

MASTER THESIS

Supervisor:
Prof. dr Nada Vaselić

Candidate:
Simonida Paštar

Banja Luka, 2023.

Mentor: Prof. dr Nada Vaselić, redovni profesor

Filozofski fakultet

Univerzitet u Banjoj Luci

SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI KOD POST-COVID-19

PACIJENATA

Pandemija je nesumnjivo povezana sa mentalnim zdravljem ljudi. Pristupa je tendencija rasta psihičkih problema, odnosno promjena, mentalne zbunjenosti, depresije, socijalne deprivacije, anksioznosti. Izmijenjeni su psihološki profili ličnosti. *Burnout sindrom*, sindrom izgaranja ili iscrpljenosti je sve izražajniji i predstavlja bolest današnjice. Može se slobodno reći da je mentalna, emocionalna i fizička iscrpljenost uzrokovana dugotrajnim stresom za vrijeme trajanja pandemije dostigla vrhunac u svim slojevima društva. Upravo ovo istraživanje pokušava da približi pojavu anksioznih i depresivnih simptoma, kod osoba nakon prebolovane COVID-19 infekcije, u zavisnosti od težine simptoma, u post-covid fazi oporavka. Da bi ispitali da li postoje anksiozni i depresivni simptomi kod post-covid pacijenata, primijenjeni su: Bekov test anksioznosti, Bekov test depresivnosti i upitnik o sociodemografskim karakteristikama. Uzorkom je obuhvaćeno 130 pacijenata, pulmološkog odjeljenja "Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović-banja Slatina", izjednačenih po polu (65 žena i 65 muškaraca). Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika u pogledu učestalosti simptoma anksioznosti i depresivnosti kod pacijenata koji su preležali teži oblik virusa COVID-19 i duže vremena proveli na hospitalizaciji, dok razlike između polova nisu potvrđene.

Ključne riječi: COVID-19, post-covid, simptomi anksioznosti i simptomi depresivnosti

Naučna oblast: Psihologija

Naučno polje: Klinička psihologija

Klasifikacija CERIF:S 260

Licenca "Kreativne zajednice". CC BY-NC

Supervisor: Professor Nada Vaselić, PhD Full Professor

Faculty of Philosophy

University of Banja Luka

SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN POST-COVID-19 PATIENTS

The pandemic is undoubtedly related to people's mental health. There is a tendency to increase psychological problems, i.e. changes, mental confusion, depression, social deprivation, anxiety. The psychological profiles of the personality have been changed. Burnout syndrome, the syndrome of burning or exhaustion, is more and more expressive and is a disease of today. It is safe to say that the mental, emotional and physical exhaustion caused by long-term stress during the pandemic reached its peak in all layers of society. This research is trying to approximate the appearance of anxiety and depression symptoms in people after recovering from the COVID-19 infection, depending on the severity of the symptoms, in the post-covid recovery phase. In order to examine whether there are anxious and depressive symptoms in post-covid patients, the following were applied: Beck's anxiety test, Beck's depression test and a questionnaire on sociodemographic characteristics. The sample included 130 patients from the pulmonology department of the Institute of Physical Medicine and Rehabilitation "Dr. Miroslav Zotović-banja Slatina", equalized by gender (65 women and 65 men). The results showed that there is a statistically significant difference in the frequency of symptoms of anxiety and depression in patients who suffered from the severe form of the COVID-19 virus and spent a longer time in hospitalization, while the differences between the sexes were not confirmed.

Keywords: COVID-19, post-covid, symptoms of anxiety and symptoms of depression

Scientific field: Psychology

Scientific field: Clinical psychology

Classification CERIF:S 260 "

Creative Community" license. CC BY-NC

SADRŽAJ

1. TEORIJSKI OKVIR	1
1.1 COVID-19.....	1
1.2 ANKSIOZNOST.....	5
1.2.1 Anksiozni poremećaji	7
1.2.1.1 Separacijski anksiozni poremećaj	7
1.2.1.2 Fobije	7
1.2.1.3 Selektivni mutizam	8
1.2.1.4 Panični poremećaj.....	8
1.2.1.5 Generalizirani anksiozni poremećaj.....	8
1.3 DEPRESIJA	9
1.3.1 Etiologija depresije	10
1.3.2 Klasifikacija depresije.....	11
1.4 PROBLEM ISTRAŽIVANJA	14
1.5 CILJ ISTRAŽIVANJA	14
1.6 HIPOTEZE	15
2. METOD	16
2.1 TIP NACRTA	16
2.2 OPERACIONALIZACIJA VARIJABLI.....	16
2.2.1 Zavisne varijable:.....	16
2.2.2 Nezavisna varijabla:.....	17
2.3 UZORAK.....	17
2.3.1 Opis uzorka	18
2.4 INSTRUMENTI	19
2.5 POSTUPAK ISTRAŽIVANJA	20
2.6 PLAN OBRADE PODATAKA.....	20
3. REZULTATI I DISKUSIJA REZULTATA	21
4. ZAKLJUČAK	27
5. LITERATURA	28
6. PRILOG	35

1. TEORIJSKI OKVIR

1.1 COVID-19

Korona virus nazvan SARS-CoV-2 pojavio se krajem 2019. godine u Kini. To je novi soj korona virusa koji do sada nije bio otkriven kod ljudi, jer isti cirkulišu među životinjama (WHO, 2020). Bolest izazvana tim virusom nazvana je COVID-19, skraćeno od Corona Virus Disease 2019 godine. Dostigla je nezapamćene razmjere, a 11. marta 2020. godine Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je pandemiju (WHO, 2020). Da bi bliže objasnili pojam post-covid važno je razumjeti bolest koju izaziva COVID-19 virus, odnosno prije svega upoznati COVID-19 u njegovoj akutnoj fazi. Prema preporukama Nacionalnog instituta za infektivne bolesti „L. Spallanzani” u Rimu - mogu se razlikovati četiri vrste COVID-19 oboljenja: (1) blaga ili asimptomatska, (2) srednje teška stabilna, (3) teška nestabilna - ali ne-kritična i (4) teška kritična (Nicastri i sar., 2020). Kriterijumi koji su uzeti u obzir su radiološki nalaz pluća, status oksigenacije i ventilacije i poremećaj opšeg stanja pojedinca (WHO, 2020). Blaga ili asimptomatska klinička slika COVIDA-19 obično ne zahtjeva hospitalizaciju, dovoljno je praćenje u Covid ambulancama i kućna izolacija uz pridržavanje uputa porodičnog doktora. Kod srednje teške- stabilne kliničke slike, prisutna je malaksalost, povišena temperatura, jak kašalj, povraćanje dijareja javlja se potreba za kliničkim zbrinjavanjem zbog moguće pneumonije. Ukoliko dođe do slabog odgovora na terapiju dolazi do razvoja teške nestabilne kliničke slike: pacijenti nisu kritični, dolazi do pada saturacije, kratkog daha, potrebe za kiseonikom, kontinuiranog praćenja vitalnih parametara. U slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja razvija se teška klinička slika, javlja se poremećaj svijesti, respiratorna insuficijencija, pacijenti su životno ugroženi, javlja se potreba za priključivanjem na respiratore i praćenje parametara uz monitoring. (Nicastri i sar., 2020). Prenos virusa je najčešće kapljičnim putem, kašljanjem, kihanjem, šmrcajem, ali isto tako se može prenjeti diranjem površina na kojima su prisutne kapljice sekreta, prljavim rukama, a nerijetko i aerosolom (Vince, 2020). Kod prepoznavanja COVID-19 infekcije koriste se (RT-PCR) testovi, uzima se nazofaringealni i orofaringealni bris, ređe bris konjunktive. Testiranje asimptomatskih osoba je najpotrebnije, zbog sprečavanja širenja virusa. Često se dešava da i pored svih znakova COVID-19 infekcije, PCR test bude negativan, pa su u

upotrebu uvedeni i serološki testovi, a nešto kasnije i brzi antigenski testovi čiji rezultati budu gotovi kroz relativno kratko vrijeme. Pored testova uvijek se prati stanje pacijenta i klinička slika. Tako, na primer, PCR-ar test će imati najveću vjerodostojnost na početku simptomatske faze bolesti, dok osjetljivost testa opada u ranoj i kasnoj fazi bolesti (Sharfstein JM i sar.,2020). Serološki testovi ne moraju pokazati virus u simptomatskoj fazi i periodu inkubacije. Kod velikog broja ljudi klinički simptomi COVID-19 infekcije javljaju se između četvrtog i petog dana od početka bolesti, dok inkubacija traje četrnaest dana (Wang i sar., 2020). Pored određenog perioda inkubacije pojedini simptomi znaju da traju sedmicama, pa i mjesecima nakon završetka bolesti: kašalj koji se dugotrajno zadržava, bolovi u mišićima, zamor, glavobolje, kognitivne promjene, ostaju nakon COVID-19 infekcije i spadaju pod post-covid sindrom ili produženi covid (Wang i sar., 2020).Postoji i akutni post-covid sindrom, gdje se određeni simptomi zadržavaju i do četiri sedmice bez obzira što virus tada nije prisutan u organizmu, dok kod hroničnog post-covid sindroma pojedini simptomi mogu biti prisutni mjesecima. Pored svega i boravak u jedinicama intenzivne njege, hipoksije, dužina primjene kiseonika i raznih medikamenata ostavlja posledice na ukupno stanje pojedinaca (Nalbandian i sar., 2021).

Pandemija koju je izazvao virus SARS-CoV-2 ostavila je posljedice na sve segmente ljudskog života - zdravstvene, ekonomske, socijalne, a predstavlja i prijetnju mentalnom zdravlju cijelokupnog stanovništva. COVID-19 je teški akutni respiratorni sindrom, koji se brzo proširio čitavim svijetom. Na svjetskom nivou su sprovedene mjere u cilju smanjenja transmisije virusa, a koje podrazumijevaju da su ljudi prisiljeni da ostaju u svojim domovima, lišeni kontakta sa najbližima, asocijalizacijom i izolacijom, kao protivepidemijskim mjerama, što je u opštoj populaciji dovelo do povećanja uznemirenosti, nesanicе, depresivnosti i anksioznosti (Wang C i sar., 2020). Virus je prouzrokovao veliku smrtnost, a strah od infekcije i smrti bliskog člana su dodatno pogoršali mentalno zdravlje pojedinaca. Istraživanjam Leaune i saradnika (2020) predstavljeni su brojni izvještaji o suicidalnom ponašanju, zbog straha od infekcije i smrti od COVID-19 virusa (Leaune i sar., 2020). Psihičku nelagodu i još veći strah izazvala je sama činjenica da je neprijatelj nevidljiv. Niko nije zaštićen i u svakom mometu može da se zarazi, što doprinosi da se razvije osjećaj nesigurnosti i bespomoćnosti (Ahmed, 2020).

Velika većina je nakon prebolovane COVID-19 infekcije razvila post-covid sindrom (Mamun i Griffiths, 2020; Mamun i Ullah, 2020., Miller i Rajkumar, 2020). Glavne manifestacije: su brzo zamaranje, slabost, otežano disanje, pad koncentracije, zaboravnost, depresija i anksioznost (Ahmed, Patel i Greenwood, 2020). Tegobe su izraženije kod ljudi sa teškom kliničkom slikom, ali i osobe sa umjerenom ili blažom mogu imati trajne posljedice koje im remete svakodnevne aktivnosti i utiču, u značajnoj mjeri, na kvalitet života (Santana, Fontana i Pitta, 2021). Istraživanje Takea i njegovih saradnika govori da skoro svaka treća osoba nakon prebolovane COVID-19 infekcije ima neki psihijatrijski poremećaj (Taquet i sar., 2021). Dužina trajanja pandemije, smanjenje socijalne podrške, emotivni gubici, iscrpljivanje osjećaja zajedništva prouzrokovalo je povećan broj mentalnih oboljenja kod ljudi (Brooks i sar., 2020). Dovelio je do nesanicе, depresije, promjene raspoloženja, straha, sniženog samopoštovanja te gubitka samokontrole (Hossain i sar., 2020). Međutim, treba imati u vidu da među tim osobama postoje ljudi koji su od ranije imali neke psihijatrijske ili psihičke smetnje, a infekcija COVID-19 virusom imala je za posljedicu pogoršanje njihovih hroničnih oboljenja (Taqueti sar., 2021). Ako se anksioznost javi i nakon što opasnost prođe i prisutna je dugo nakon prestanka opasnosti, kad je pojedinac više ne može iskontrolisati dolazi do otežanog funkcionisanja u svim aspektima života (Borodovitsyna, Joshi i Chandler, 2018).

Karakteristika svake pandemije, pa i pandemije COVIDOM-19 je: iznenadnost, snažan osjećaj životne ugroženosti, nemogućnost kontrole, sveubuhvatnost, što izaziva stres koji može potaknuti depresivne simptome (Haefel i Hames, 2014). Rezultati istraživanja Penga i njegovih saradnika (2020) pokazuju da osobe kojima je izrečena mjera izolacije, ispoljavaju simptome depresivnosti i anksioznosti najviše u mlađoj životnoj dobi i nižeg obrazovnog statusa. Ove osobe su imale izbjegavajuća ponašanja i pretjeranu pobuđenost organizma. Karantin je izazivao paniku i osjećanje prinude u populaciji i sumnje da zdravstveni sistem ne može da odgovori na izazove koje je pandemija nametnula, da stvari izmiču kontroli, a što se sve ozbiljno odrazilo na psihičko stanje ljudi (Penga i sar., 2020). U velikoj mjeri mediji su doprinjeli napetosti i panici među populacijom, širenjem straha sa neprovjerenim informacijama, jačali su nemir, a samim tim potakli na razvoj stresa, straha i anksioznosti. Razloga za takav medijski pristup bilo je mnogo, neki su to radili iz neznanja, a neki zbog senzacije. Informacije o pandemiji stalno prisutne u medijima, izazivaju visok stepen anksioznosti, osjećaja uznemirenosti, straha i negativnih emocija (Wheaton, Abramowitz, Berman, Fabricant i Olatunji, 2012).

Pretežno je to lupanje srca, ukočenost mišića, gastrointestinalni problemi, znojenje, nesanica (Kecmanovic, 2020). Osobe koji imaju neko hronično oboljenje su takođe u strahu, kako se izboriti sa COVID-19 infekcijom, zbog već kompromitovanog zdravstvenog stanja (Hyland, Shevlin, McBride, Murphy, Karatzias, Bentall i Vallieres, 2020). Kao što je već spomenuto psihičke smetnje mogu razviti i osobe koje se od ranije liječe kao psihijatrijski pacijenti (pogoršanje osnovnog stanja), ali i osobe koje ranije nisu imale psihičke smetnje (Taqueti sar., 2021).

Faktori koji utiču na razvoj psihičkih simptoma kod osoba koje nisu imale psihičke smetnje su:

- psihološki faktor - dugotrajna životna ugroženost i jaka emocionalna patnja;
- socijalni faktor-izolovanost od socijalnog okruženja, otuđenost, što podrazumjeva:
- emocionalnu deprivaciju; b) kognitivnu dezintegraciju u vezi sa infodemijom- širenje panike i dezinformacija putem medija, društvenih mreža, raznih portala (Khan i sar., 2019);
- egzistencijalne faktore- ekonomski strah, koji remeti odnose u porodici i okolini;
- biološki faktori-neuropsihijatrijski simptomi samog virusa (Helms, Kremer, Merdji, Clere-Jehl, Schenck, i Kummerlen, 2020).

Osobe koje već imaju istoriju psihičkih problema imaju veću vjerovatnoću za lošiji ishod usljed infekcije COVID-19 virusom u odnosu na opštu populaciju. Pojedina istraživanja su pokazala da postojanje prošlih trauma povećava vjerovatnoću za razvoj anksiozno-depresivnih simptoma kod pojedinaca (Skarlew i Blum, 2006). Nakon preležanog težeg oblika bolesti ljudi pokazuju visok nivo psihičkih tegoba za kliničku dijagnozu stresne reakcije, depresivnosti i anksioznosti (Cai i sar. 2020). Takođe, fizičke tegobe nakon infekcije i pojava infekcije kod bliskog člana, zabrinutost za zdravstvene probleme porodice, dovode do narušavanja opšteg raspoloženja i pospješuju pojavu simptoma stresa i depresije. Značajan prediktor anksioznosti je upravo ta postzarazna fizička nelagoda (Cai i sar., 2020).

1.2 ANKSIOZNOST

Postoji nekoliko teorija o nastanku anksioznosti. Jedna od teorija je biološka teorija, po kojoj je genetska predispozicija odgovorna za pojavu anksioznih simptoma (Steimer, 2002). Po psihoanalitičkoj teoriji, ego odgovara na nesvjesne impulse koji nastaju iz ida i tako nas opominju na opasnost (Begić, 2014). Bihevioralni teoretičari smatraju da prema teoriji učenja uvjetovanjem, anksioznost nastaje kao uvjetna reakcija zbog podražaja iz okoline (Deacon i Abramowitz, 2004). Strah koji nastaje kod pojedinaca zbog osjećanja nesposobnosti i gledanja na svijet kao na opasno mjesto, izaziva anksioznu reakciju prema shvatanju kognitivnih teoretičara. Strah da će se nešto loše desiti je anksioznost (Begić, 2014). Može se pojaviti u odrasloj dobi, ali i u djetinstvu i periodu adolescencije. Može da bude patološka ili normalna anksioznost. Kod normalne anksioznosti osoba se adaptira na stresan događaj, navodi je da opasnosti pristupa sa oprezom, da planira. Daje mogućnost prilagođavanja na situaciju koja joj izaziva strah, takođe ju je potrebno naučiti kontrolisati da se ne bi pretvorila u psihički poremećaj. Granice između normalne i patološke anksioznosti nije jednostavno postaviti. Prema Mahoney (1995) normalnu anksioznost je moguće kontrolisati, dok patološka anksioznost kontroliše osobu. Anksioznost postaje patološka, kad traje i kad opasnost prođe, javlja se bez obzira na opasnost i remati svakodnevnicu čovjeka. Isto tako ne prolazi spontano, nego joj je potrebna psihijatrijska pomoć i podrška (Mahoney, 1995). Takođe postaje prijetnja za osobu kad prestane biti motivišuća, a kad anksiozna reakcija nastavi da traje i kad je prijetnja prošla, tad dolazi do poremećaja (Lebedina, 2007). Bez obzira koji je anksiozni poremećaj u pitanju, simptomi anksioznosti se manifestuju u emocionalnom, tjelesnom, kognitivnom i bihevioralnom području. Na emocionalnom planu je obično prisutna mišićna napetost, na tjelesnom su moguće respiratorne, kardiovaskularne, gastrointestinalne tegobe, dok na kognitivnom planu je prisutna zbunjenost to jeste potpuna intelektualna konfuzija. Kod bihevioranog funkcionisanja dolazi do izbjegavanja, nespretnosti ili slabe kordinacije (Vulić- Prtorić, 2006).

Anksioznost je najzastupljeniji emocionalni poremećaj modernog doba. Upravo zbog stalnog prisustva anksioznosti i zahvaćenosti velikog broja populacije, jako je teško odrediti

oblik liječenja. Najčešće liječenje uključuje psihoterapiju, lijekove i druge oblike nemedikamentoznog pristupa. Kod terapije anksioznih poremećaja najbolje se pokazao kognitivno-bihevioralni pristup (Hoffman i sur. 2012). Koriste se tehnike disanja, relaksacije, socijalnih vještina, tehnika pozitivnih misli i druge. Cilj terapije je da djeluje na psihičke i psihosomatske simptome, kako bi se iskontrolisali, kognitivni, bihevioralni i tjelesni simptomi. Takođe, koristi se grupna i individualna psihoterapija (Jelavić, 2015). Termin, koji prema brojnim autorima pokušava da približi psihičke poremećaje, pa tako i anksiozne, je, prije svega, anksiozna osjetljivost. Jedan od najznačajnijih istraživača na ovom području Reisse navodi da: "Osobe koje se plaše anksioznosti postepeno razvijaju strah od svake situacije u kojoj postoji bar mala vjerojatnost ili očekivanje da će se javiti anksioznost." (Reiss, 1991, prema Vulić-Prtorić, 2006, str. 4). On je smatrao da će osobe koje imaju izraženu anksioznu osjetljivost doživljavati i puno više strahova (Reiss i sar, 2001). Anksiozna napetost se manifestuje fizičkim simptomima koji dosta uznemiravaju i dodatno pogoršavaju stanje. Glavni simptomi anksioznosti su: ubrzan puls, bol u grudnom košu, teškoće pri disanju, osjećaj omamljenosti, znojenje, tremor ili drhtanje tijela, suhoća, mučnina, nestabilnosti, nesvjestice, navala topline ili navala hladnoće, slabosti, fizički nemir i nemogućnost opuštanja, pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja, teškoće koncentracije, stalno prisutna razdražljivost (Vulić-Prtorić, 2006). Takva stanja dovode do gubitka kontrole i počinju upravljati osobom (Prekodravac, 2011). Kod žena su anksiozni poremećaji zastupljeniji, nego kod muškaraca (odnos je 3:2) (Moro i sar., 2010). Anksiozni poremećaji imaju čitav spektar najrazličitijih ispoljavanja kroz iskustva u djetinstvu, načine suočavanja sa stresom, osjetljivost osobe, posebno u stresnim situacijama. Prema DSM-5 u anksiozne poremećaje ubrajaju se: separacijski anksiozni poremećaj, specifične fobije, selektivni mutizam, panični poremećaj, socijalna fobija, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj (DSM-5, 2014). Pojedinaac koji razvije anksiozni poremećaj, reagovaće strahom u situacijama u kojima strah nije prisutan kod drugih ljudi. Takve osobe su svjesne bezrazložnosti svog straha, ali ga ipak osjećaju. Važno je utvrditi okolnosti koje su dovele do strahova, da bi se lakše postavila dijagnoza specifičnog anksioznog poremećaja.

Pojedini simptomi anksioznosti mogu biti isprepleteni i sa depresivnim simptomima, nakon nekog za pojedinca teškog razdoblja, da li je to gubitak drage osobe, posla, preseljenja, izolacije, otuđenost, mogu dovesti do klinički značajne anksioznosti i depresivnosti. Tada se javlja potreba pored psihoterapijskog pristupa i za medikamentima (Štrkalj i sar., 2003).

1.2.1 Anksiozni poremećaji

1.2.1.1 Separacijski anksiozni poremećaj

Separacijski anksiozni poremećaj prema DSM-5 je „razvojno neprimjerena i pretjerana anksioznost vezana uz odvajanje od kuće ili osoba za koje je dijete vezano”(Dodig-Ćurković, 2013, str. 98). Kod djeteta se javljaju različiti simptomi koji mu otežavaju svakodnevno funkcionisanje. Dolazi do noćnih mora, nelagode, bolova u stomaku, vrtoglavica. Dijete je zabrinuto i za osobu od koje se odvaja. Osjećanje poniženosti i straha od gubitka dovodi i do pada samopuzdanja. Može se javiti i u adolescenskoj dobi, za dijagnozu (SAP) simptomi moraju trajati najmanje četiri sedmice. U uzrastu od šestog mjeseca do šeste godine smatra se normalnom reakcijom na odvajanje (Dodig-Ćurković, 2013).

1.2.1.2 Fobije

Specifični strahovi od nekog objekta ili situacije nazivaju se fobijama. Traju najmanje šest mjeseci i često su hronične (Kaplan i Sadock, 1998). Postoje tri vrste fobija: agorafobija, socijalna i specifična fobija. Kad je osoba izvan svog doma, na javnom mjestu, u autobusu, avionu, dolazi do straha koji se naziva agrofobija. Javljaju se vrtoglavice, ubrzan rad srca, povraćanja, nedostatak vazduha mogu da dovedu čak do paničnog napada. Nastaju u ranoj mladosti i češće su kod osoba ženskog pola (Davison i Neale 1998). Socijalna fobija je strah od socijalnog okruženja, pojedinac ima strah da će biti osramoćen ili ponižen. Strah od javnog nastupa je najčešći strah javlja se podjednako u oba pola, povezana je sa niskim samopoštovanjem i strahom od kritike (Hollander i Simeon 2006). Strah od određenih aktivnosti, situacija i predmeta su specifične fobije. Anksiozna reakcija javlja se pri fobičnom podražaju.

Postoji i situacijski tip fobije, fobije od prirodnog okoliša, fobije od životinja, fobije od povreda i ostale specifične fobije (DSM-5 2014).

1.2.1.3 Selektivni mutizam

Selektivni mutizam je poremećaj koji se javlja kod djece, najčešće u dobi od dve do pet godina. Manifestuje se kao nemogućnost djeteta da govori u ugrožavajućim socijalnim sredinama, na primjer, školi ili vrtiću, dok sa bliskim osobama ostvaruju komunikaciju (Dodig-Ćurković, 2013). Obično se dijagnostifikuje tek u školskom uzrastu, a češće se dešava kod djevojčica nego kod dječaka (Standart i Couter, 2003). Kod selektivnog mutizma djeca komuniciraju gestama, mimikom, klimanjem glavom. Djeca žele razgovarati, ali ih strah, anksioznost i nelagoda sputavaju (Krmek, 2006).

1.2.1.4 Panični poremećaj

Panični napadi su iznenadni napadi panike, javljaju se spontano kroz nekoliko minuta praćeni ubrzanim radom srca, znojenjem, vrtoglavicom, gušenjem, osoba ima osjećaj da gubi razum, a može se javiti i strah od smrti. Obično nastaju u neočekivanim situacijama, uzrok straha je i sam strah od ponovnog napada, zato ga nazivaju “strah od straha” (Davison i Neale, 1999). Napadi se mogu dešavati nekoliko puta dnevno, sedmično ili može proći par mjeseci bez napada. U zavisnosti od učestalosti napada narušeno je funkcionisanje pojedinca u privatnom i poslovnom okruženju. Zabrinuti su za psihičko i fizičko zdravlje često traže pomoć od zdravstvenih radnika i izostaju sa bitnih aktivnosti (Hollander i Simeon, 2006).

1.2.1.5 Generalizirani anksiozni poremećaj

Hronična zabrinutost koja traje danima, ili mjesecima, i koju prati lupanje srca, tremor, gušenje, nelagoda u grudnom košu, smušenost, strah od gubitka kontrole, poremećaj sna, problem sa koncentracijom opisuju se kao generalizovani anksiozni poremećaj (GAP). Brige traju najmanje nekoliko mjeseci i teško se kontrološu (Ivezić i sur. 2007).

Pojedinac smatra da mora da brine, da će brigom biti pripremljen na nešto što će se desiti, a u isto vrijeme su svjesni da im brige štete. Obično u je u kombinaciji sa depresijom, paničnim napatom i fobijama (Hotujac i sur., 2006).

1.3 DEPRESIJA

Mnoge epidemiološke studije ukazuju da je depresija bolest savremenog društva. Svako vrijeme nosi u sebi svoju dozu depresivnosti, a čovjek je oduvijek proučavao svoju prošlost i tražio načine da poboljša svoju svakodnevnicu, pripremao teren za budućnost. Depresija u svojoj suštini čini spoj čovjekove prošlosti sa njegovom budućnošću (Milovanović, Stojković i Švrakić, 1982). Zbog ogromnog socijalnog i medicinskog značaja, izrazitih subjektivnih patnji, poremećaja ponašanja, onesposobljavanja za obavljanje društvenih funkcija i suicidalnih ideja koje se javljaju kod bolesnika, pojedini istraživači su saglasni da je depresija stalno u porastu (Moro i Frančišković, 2011). Približno 50% onih koji pokušaju ili izvrše samoubistvo boluju od depresije. Posebno u industrijski razvijenim i urbanizovanim sredinama, koje su na višem nivou civilizacije i culture (Folnegović-Šmalc i sar., 2001). Depresija je poremećaj raspoloženja koji negativno utiče na ponašanje, osjećanja i način razmišljanja. Izaziva gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti, preovladava osjećaj tuge, smanjuje se funkcionisanje osobe (Mesić, 2021). Depresivne osobe često izgledaju zapušteno, nemaju volje ni snage da brinu o vanjskom izgledu, poremećen im je ritam spavanja, neki imaju nesanice, dok pojedini imaju pojačanu potrebu za snom. Simptomi su najizraženiji ujutro, dok tokom dana počinju bolje da funkcionišu, imaju veću energiju za svakodnevne aktivnosti, a najbolje raspoloženje i produktivnost imaju naveče. Često sebe krive za loše stvari iz prošlosti, smatraju da nemaju pravo na sreću, budućnost, a neki razmišljaju i o suicidu. Dijagnozu depresije je jako teško postaviti, obično se uzima anemneza od pacijenta, ili od bliskog člana porodice i rade se psihološka ispitivanja i analize. Laboratorijske analize i vrijednosti nivoa kortizola mogu biti korisni u dijagnosticiranju depresije (Hegele i Pollex, 2005). Važno je rano dijagnostifikovanje bolesti, kako bi se postigao bolji efekt u liječenju.

Ispoljavanje depresivnih simptoma je različito kod žena, muškaraca, adolescenata i starijih ljudi. Muškarci su ljuti, razdražljivi, niskog praga tolerancije na frustraciju, dok žene češće osjećaju krivicu, tužne su, a adolescent i starije osobe mogu sa simptomima proći neopaženo (Štrkalj i sar., 2003).

1.3.1 Etiologija depresije

Iako se o etiologiji ovog oboljenja zna dosta, ne raspolaže se jasnim empirijskim dokazima, zašto i pod kojim uslovima određene promjene podstiču pojavu simptoma. Uzimajući u vidu činjenice koje imaju etiološki karakter, možemo se opredjeliti za tri koncepcije: biološke, psihološke i sociokulturne.

a) Biološke koncepcije

Oštećenjem hipotalamusa i nepravilnost u njegovom radu mogu dovesti do poremećaja afekta (Levinson, 2006). Porijeklo oboljenja se traži u promjenama moždanih struktura i njihovim oštećenjima odgovornim za nagonско-afektivni život. Jedan od faktora nastanka ovog poremećaja je proizvodnja pogrešnih neurotransmiter (Levinson, 2006). Takođe, genetska predispozicija je bitan faktor u nastanku depresije. Depresija se nasljeđuje nezavisno o polu do 30%, dok kod blizanaca i do 70% (Levinson, 2006). Neurofiziološke studije navode biohemijske promjene i promjene u metabolizmu biogenih amina.

b) Psihološke koncepcije

Temelje psihoanalitičkog učenja o depresiji postavio je K. Abraham (Abraham, 1953). On je smatrao da depresija ranog djetinstva tzv. arhaična depresija predstavlja osnov za razvoj depresije kasnije u životu. Za dijete se može reći da je narcistički orijentisano i stalno je u potrazi za stvarima koje zadovoljavaju njegove potrebe. U prvom djelu života, djetetove potrebe se zadovoljavaju, dok ubrzo posle toga nastupa period određenih ograničenja što dovodi do frustracije. Abraham je smatrao da različiti doživljaji mogu izazvati arhaičnu depresiju. Tu je ubrajao poremećaje u emocionalnom odnosu majke i djeteta što je obično uskraćivanje ljubavi u

oralnoj fazi razvoja. Tvrdio je da depresivni ljudi ispoljavaju oralne crte ličnosti i često pate od poremećaja ishrane. Njegove ideje je razradio Frojd i postavio osnovu za razumjevanje depresije ističući njene četiri komponente: ambivalenciju, interpersonalnu prirodu, osjećanje krivice i snažno samoopuživanje (Kaličanin i sar., 1995). Psihofiziološki orijentisani psiholozi smatraju da je depresija posledica ekstremno stresnih situacija. Još jedan od pristupa tumačenja depresivnosti je i kognitivni pristup. Prema tom konceptu na okolinu se ne može uticati sopstvenim ponašanjem. Osnovna pretpostavka Bekovog kognitivnog pristupa je da osoba ima negativnu sliku o sebi, svojoj okolini i svojoj budućnosti. To jeste da osoba misli na “depresivan način”.

c) Sociokulturne koncepcije

Učestalost depresivnih poremećaja razlikuje se od kulture do kulture (Gilbert, 1992). Takođe, klinička slika može varirati od jedne do druge kulture i pod različitim uslovima kod istih kultura karakteristike depresivnih stanja mogu da se mijenjaju (Milovanović, 1982). Smanjenje društvene povezanosti, prijetnjom gubitka i gubicima značajnih objekata, osoba, položaja, materijalnog dobra dovodi do depresivnosti savremenog svijeta (Tadić, 2000). Današnja visoka učestalost depresivnih tegoba ima svoje korijene u neriješenim problemima naše civilizacije i osjećaju lične nesigurnosti savremenog čovjeka i sve veće potrebe da se koriguje i predvidi budućnost (Milovanović, 1982).

1.3.2 Klasifikacija depresije

Pojedini autori smatraju da se povećana depresivnost može objasniti gubitkom nade, gubitkom nastalim zbog ekološke destrukcije i ekonomske krize. Osjećajući se sve više usamljenim i nesigurnim za svoju egzistenciju, savremeni čovjek se povlači u sebe, te često postaje anksiozan i depresivan (Popović, 1982).

Poznato više klasifikacija depresije ali najbitnije dve klasifikacije su: Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10. (MKB-10, 1994) i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-V (DSM V, 2014).

”Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja” navode se u poglavlju F00-F99, a depresivni poremećaji su svrstani u” Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)” koje nosi oznaku F30-F39.

”Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)” ubrajaju se sledeći depresivni poremećaji:

- a) Depresivna epizoda F32
- b) Ponavljani depresivni poremećaj F33
- c) Perzistentni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji) F34

Kod dijagnostifikovanja depresivnog poremećaja treba uzeti u obzir prisutnost barem dva tipična simptoma, dva česta simptoma u trajanju od najmanje dvije sedmice (Boland i Keller, 2009). Tipični simptomi depresije su: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva, smanjenje energije, povećana zamorljivost. Drugi česti simptomi depresije su: poremećaj sna, smanjen apetit, smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, razmišljanje o suicidu.

- a) Depresivnu epizodu po intezitetu jačine možemo podjeliti u četiri epizode:
 - Blaga depresivna epizoda F32.0 (otežano obavljanje svakodnevnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida istih);
 - Umjerena depresivna epizoda F32.1 (značajne teškoće u poslovnim, socijalnim i privatnim aktivnostima);
 - Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma F32.2 (sve aktivnosti kojima se pojedinac bavim su ograničene);
 - Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima F32.3 (Privatne, socijalne, poslovne aktivnosti znatno su ograničene);

- b) Ponavljajući depresivni poremećaj ili rekurentni depresivni poremećaj je ponavljanje depresivnih epizoda bilo koje težine, blage, umjerene, teške bez psihotičnih simptoma ili sa njima. Može se javiti bilo kada, a najčešće poslije dvadesete godine života, i karakteristiše ga period bez simptoma između depresivnih epizoda.
- c) Perzistentni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji) spadaju ciklotimija i distimija. Pod ciklotimijom podrazumjevamo poremećaj raspoloženja, nestabilno raspoloženje uz prisustvo depresije i hipomanije u trajanju dve godine, sa ili bez razdoblja normalnog raspoloženja. Takve osobe su često hiperaktivne sklone naglim promjenama ponašanja, konzumiranju psihoaktivni tvari i alkohola. Distimija izrazito sniženo raspoloženje koje traje u suštini čitav život, pesimizam, cinizam, gubitak interseovanja, zadovoljstva, te psihička i fizika inertnost. Osobe pate od nesanice, plačljive su, nemaju energije, samopouzdanja. Normalna razdoblja ne traju nikad više od mjesec dana. Socijalno funkcionisanje nije toliko narušeno, osobe se mogu nositi sa zadacima svakodnevnog života (Mimica i sar., 2004).

Postoje i takozvane psihotične depresije, tu su prisutne halucinacije i sumanute misli, osobe sebe krive za sve nevolje svojih bližnjih, poplave, potrese, osjećaju da je sve propalo i da nemaju budućnosti. Obično su halucinacije adutivnog i olfaktornog tipa, kao miris trulog mesa ili optužujući glasovi u glavi. Takođe, kod pojedini bolesnika depresivni poremećaji se javljaju shodno godišnjem dobu, neki su depresivniji zimi i to traje do proljeća, takav tip depresije, zovemo sezonski depresivni poremećaj (Hudolin, 1981). Depresija može biti i simptom nekog drugog psihičkog poremećaja, isto tako može se pojaviti kod osoba koje imaju neke tjelesne bolesti ili biti zaseban poremećaj. Javljanje depresivnih simptoma bez nekog vidljivog razloga nazivamo endogena depresija, dok se razvoj depresije poslije lošeg događaja naziva egzogena depresija. U zavisnosti od vremena javljanja postoje unipolarna ili velika depresiju, koja se javlja u starijoj životnoj dobi i bipolarna depresija, gdje se javljaju faze maničnog i depresivnog raspoloženja i manifestuje se u mlađoj životnoj dobi. Depresivni pojedinac obično loše i pogrešno tumači neke beznačajne svakodnevnog događaje, krive se za sve loše oko njih, smatraju se manje vrijednim. Motorika je usporena kod takozvane pasivne depresije ili može biti i

pojačana kod aktivne ili nemirne depresije. Atipična depresija je depresija gdje nisu prisutni standardni simptomi depresije. Javljaju se glavobolje, srčani problem, problem sa stomakom. Raspoloženje je normalno, a loše raspoloženje ne mora biti prisutno (Karlović, 2022).

1.4 PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Sama činjenica da je veliki dio populacije bilo žaražen virusom COVID-19, izazvala je značajne psihičke tegobe. Panika, zabrinutost za budućnost, strah za vlastito zdravlje i zdravlje bližnjih, nesigurnost finansijske situacije, gubitak zadovoljstva i razdražljivost u velikoj mjeri su doprinjeli razvoju anksiozno-depresivne simptomatologije (Brooks i sar., 2020).

U vrijeme pandemije COVID-19 anksioznost i depresiju najviše razviju osobe koje su u bliskom kontaktu sa oboljelim, koji neprestano prate medije, zdravstveni radnici, osobe oboljele od drugih bolesti, trudnice, djeca, adolescent i ljudi koji stanuju u blizini žarišta pandemije.(Elbay, 2020). Ovo istraživanje je pokušaj da se ispita da li je tokom hospitalizacije i liječenja od infekcije COVID-19 virusom, a u zavisnosti od težine kliničke slike, pola i trajnja hospitalizacije došlo do pojave i razvijanja simptoma anksioznosti i depresivnosti kod pojedinaca.

Preciznije, pitanje je da li će osobe, koje su bile liječene bolnički i na kiseoničkoj podršci, razviti anksioznost i/ili depresivnost u većoj mjeri od osoba sa blažim tokom bolesti, koje su bile bez potrebe za medicinskim kiseonikom.

1.5 CILJ ISTRAŽIVANJA

U teorijskom smislu cilj ovog istraživanja je da se ispita da li postoje razlike u pogledu učestalosti i specifičnosti anksioznih i depresivnih simptoma kod osoba koje su imale teži oblik infekcije COVID-19 virusom tj. bili na kiseoniku u odnosu na osobe sa blažim tokom bolesti bez

potreba za kiseonikom. Rezultati istraživanja imaju i praktični cilj, koji je od značaja u kliničkoj psihologiji i psihijatriji. Ovo je bio i pokušaj približavanja zdravstvenim ustanovama koje se bave rehabilitacijom postcovid pacijenata i na koji način pandemija COVID-19 virusa utiče na mentalno zdravlje ljudi.

1.6 HIPOTEZE

Na osnovu dosadašnjih istraživanja, koja su obrazložena u uvodnom dijelu nacрта, mogu se izvesti sljedeće pretpostavke:

Pretpostavlja se da će osobe koje su imale težu kliničku sliku u postcovid fazi oporavka razviti simptome anksioznosti i depresivnosti, dok osobe sa blažom kliničkom slikom neće razviti anksioznost i depresiju. Ova pretpostavka je zasnovana na rezultatima istraživanjima (Cai i sar. 2020), koji ukazuju da osobe nakon preležanog težeg oblika bolesti pokazuju visok nivo psihičkih tegoba za kliničku dijagnozu stresne reakcije, depresivnost i anksioznost.

Pretpostavlja se da će osobe ženskog pola nakon prebolovane COVID-19 infekcije razviti simptome anksioznosti i depresivnosti, dok osobe muškog pola neće razviti simptome anksioznosti i depresivnosti. Ova pretpostavka zasniva se na načinu reagovanja na stres korištenju različitih strategija suočavanja između muškaraca i žena (Kelly i sar., 2008).

Polazim od pretpostavke da će osobe koje su duži period bile hospitalizovane imati izraženije simptome anksioznosti i depresivnosti. Ova pretpostavka zasnovana je na navodima pacijenata koji su nakon dužeg boravka u bolnici, u periodu preko 20 dana, navodili teškoće vraćanju svakodnevnim aktivnostima, što u značajnoj mjeri utiče na kvalitet života, što je duži proces oporavka, simptomi anksioznosti i depresivnosti su izraženiji (Santana, Fontana i Pitta, 2021

2. METOD

2.1 TIP NACRTA

Tip nacrtu je varijanski. Ovaj tip nacrtu je najpogodniji iz razloga što se želi ustanoviti da li postoje razlike između dvije grupe pacijenata u odnosu na zavisne varijable koje su numeričkog tipa.

2.2 OPERACIONALIZACIJA VARIJABLI

2.2.1 Zavisne varijable:

1. Anksioznost, odnosno stepen anksioznosti, operacionalizovana je preko Bekovog upitnika anksioznosti (Beck Anxiety Inventoru- BAI), na osnovu kojeg će se utvrditi koji su simptomi najzastupljeniji u obe kliničke slike COVID-19 virusa i u (blagoj i teškoj formi oboljenja), kod muškaraca ili žena i u zavisnosti od dužine hospitalizacije. Varijabla je kategorička i ima 21 ajtem.
2. Depresivnost, kao poremećaj raspoloženja, čije su odlike, razočarenje, različiti stepeni tuge, usamljenost, sumnje u samog sebe i osjećaj krivice. Operacionalizovana je preko 21 simptoma koji se nalazi u Bekovom testu depresivnosti, pomoću kojeg će se utvrditi koji su simptomi najzastupljeniji kod teške kliničke slike COVID-19 virusa i kod blage forme oboljenja, kod pola i kod dužine boravka u bolnici. Varijabla je kategorička, registrovana i ima 21 nivo (koliko ima i simptoma). (Beck, A. T., Steer, R.A. i Garbin, M.G. ,1988).

2.2.2 Nezavisna varijabla:

1. Klinički simptomi Covida-19-ova varijabla je definisana kroz dva nivoa:

1a. *Osobe koje su imale potrebu za kiseonikom imale su težu kliničku sliku;*

Kada se prodube simptomi nastaje teža klinička slika: cijanoza, dispneja, temperatura se teško obara i raste, zasićenost kiseonikom je niža od 90%, javljaju se promjene na plućima i javljase potreba za kiseoničkom suplementacijom (Cao, Liu, Xiong i Cai, 2019).

1.b. *Osobe bez potreba za kiseoničkom podrškom imale su blažu kliničku sliku;*

Osobe sa blagom kliničkom slikom imaju simptome infekcije gornjih respiratornih puteva, povišenu temperturu, kihanje, kašljanje, bolove u mišićima, neki čak i mučnine, bolove u stomaku, proljevaste stolice. Kod ovih pacijenata je samo ustanovljeno upaljeno ždrijelo, dok je nalaz na plućima normalan, nije bilo znakova pneumonije i kiseonička suplementacija nije bila potrebna (Cao, Liu , Xiong i Cai, 2019).

1. Pol- varijabla je kategorička, definisana kroz dvije kategorije muški i ženski pol.
2. Broj bolničkih dana- kategorička varijabla, definisana kroz tri nivoa, trajanje hospitalizacije do 7 dana, od 8 do 20 dana i preko 20 dana.

2.3 UZORAK

U istraživanju je učestvovalo 130 pacijenta. Uzorak je bio izabran prigodnim putem, a obuhvatio je pacijente na post-covid rehabilitaciji od 40 do 70 godina, pulmološkog odjeljenja” Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović-banja Slatina, Banja Luka. Takođe, uzorak je ujednačen po polu, tako da je obuhvatio jednak broj muških i ženskih ispitanika.

2.3.1 Opis uzorka

Ukupan uzorak čini 130 ispitanika, a oba pola su jednako zastupljena. U pogledu uzrasta, najviše je ispitanika starosti od 51-65 godina (43,07%), zatim starijih od 65 godina (26,92%), a preostali kandidati su starosti od 31 do 50 godina, dok mlađih od 30 godina nije bilo u uzorku. U pogledu načina života, najveći broj ispitanika živi sa porodicom (75,38%), 21,53% ispitanika živi samo, a ostatak uzorka se nije izjasnio (3,07%). U pogledu mjesta prebivališta, nešto više od polovine ispitanika živi u gradu (57,69%), nešto više od četvrtine uzorka na selu (25,38%) a preostali ispitanici u prigradskim naseljima. Najveći procenat ispitanika je završilo srednju školu (45,38%), zatim fakultet (32,30%), a gotovo podjednak broj je onih koji su završili osnovu (12,30%), odnosno višu školu (10,00%). S obzirom da u uzorku nisu zastupljeni ispitanici mlađi od 30 godina, a veliki broj je onih preko 65 godina, samim tim u ovom uzorku nema studenata, najveći dio ovog uzorka čine zaposleni (46,92%), onda penzioneri (35,38%), a nezaposlenih je najmanje (17,69%). Ispitanici svoj materijalni status smatraju prosječnim (90,76%), a oko 7% ispitanika svoj materijalni status procijenjuje kao „ispod prosjeka“, dok svega oko 2% njih smatra da je njihov materijalni status „iznad prosjeka“.

Pored opisa uzorka u kontekstu socio-demografskih varijabli, dio pitanja iz upitnika se odnosi na karakteristike vezane za hospitalizaciju, iskustvo tokom i nakon hospitalizacije, kao i glavne karakteristike psihološkog stanja ispitanika prije epidemije COVID-19. U tom pogledu, gotovo 90% ispitanika je bilo hospitalizovano do 20 dana, odnosno njih 42,30% do 7 dana, 45,38% od 8 do 20 dana, a ostatak ispitanika preko 20 dana (12,30%). Svega oko 7% ispitanika, tokom hospitalizacije, nije imalo potrebu za bilo kojom vrstom tretmana, dok 51,53% je imalo terapiju kiseonikom, odnosno 41,53% respiratorom.

Najveći broj ispitanika je izašao iz perioda hospitalizacije nakon više od mjesec dana (89,23%) dok ostatak ispitanika bio hospitalizovan manje od mjesec dana. Prije hospitalizacije, više od 3/4 ispitanika je izjavilo da nije nikada imalo psihičke smetnje, dok 22,31% je izjavilo da je imalo ponekad. Od ukupnog uzorka, 12 ispitanika je prije pandemije koristilo određenu psihijatrijsku terapiju (najviše Lexilium, a najmanje Xanax). Više od polovine ispitanika je prije nego što će se zaraziti imalo strah od zaraze u nekom obliku, preciznije rečeno tačno 50%

ispitanika umjeren, a njih 16,92% veliki strah, dok ostatak ispitanika nije imalo straha. Nakon hospitalizacije, oko 2/3 ispitanika smatra da ih je iskustvo sa hospitalizacijom promijenilo, odnosno 1/3 da nije.

2.4 INSTRUMENTI

Instrumenti koji su korišteni u istraživanju su Bekov test anksioznosti i Bekov test depresivnosti.

1. Bekov test anksioznosti - sastoji se od 21-og ajtema. Na svakom ajtemu ispitanik daje odgovor 0 (uopšte nije bilo prisutno) do 3 (mnogo je izraženo ili stalno se dešava). Ukupan skor na testu se dobija zbrajanjem ocjena za svaki simptom, a zatim se na osnovu ukupnog skora ispitanik svrstava u odgovarajuću kategoriju:

0-9 minimalno (neanksiozni)

10-16 blago anksiozni

17-29 umjereno anksiozni

30-63 teže anksiozni

Maksimalan skor svih odgovora je 63 i daje stepen opšte anksioznosti.

2. Bekov test depresivnosti - sastoji se od 21-og ajtema pri čemu ispitanik ocjenjuje u kom je stepenu svaki od njih zastupljen, ocjenama od 0-3. Gdje 0 označava odsustvo simptoma, a 3 maksimalnu učestalost. Ukupan skor na testu se dobija zbiranjem ocjena za svaki simptom, a zatim se na osnovu ukupnog skora ispitanik svrstava u odgovarajuću kategoriju:

1-10 u normali

11-16 blagi poremećaj raspoloženja (disforija)

17-20 granična klinička depresija

21-30 umjerena klinička depresija

31-40 ozbiljna klinička depresij

Preko 40 ekstremna depresija.

3. Upitnik sa osnovnim podacima i podacima o mentalnom zdravlju prije COVID-19 virusa (u prilogu).

2.5 POSTUPAK ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je sprovedeno u Banja Luci na post-covid rehabilitaciji-pulmološkog odjeljenja” Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović-banja Slatina. Svaki ispitanik pojedinačno je popunjavao Upitnik sa osnovnim podacima i mentalnom zdravlju prije infekcije COVID-19 virusom, Bekov test anksioznosti (BAI) i Bekov test depresivnosti (BDI), a zatim se pristupilo skorovanju i interpretaciji, te statističkoj obradi podataka.

2.6 PLAN OBRADE PODATAKA

S obzirom na temu istraživanja i definisane varijable, za statističku analizu je korišten t-test za nezavisne uzorke. Kako bi se poredio intenzitet razlike između dva nivoa nezavisne varijable, korišten je Cohenov koeficijent. Takođe, u radu je izvršena i provjera razlika između dužine hospitalizacije u odnosu na zavisne varijable, pri čemu je korištena analiza varijanse (ANOVA), s obzirom da je dužina hospitalizacije definisana kao kategorička varijabla sa više od dva nivoa. Pored ovih statističkih tehnika koje su dale odgovor na istraživačka pitanje, u analizi su korišteni pokazatelji deskriptivne statistike i analiza interne konzistencije zavisne varijable

3. REZULTATI I DISKUSIJA REZULTATA

U narednoj tabeli su predstavljeni rezultati deskriptivne statistike za skale anksioznosti i depresivnosti.

Tabela 1. *Rezultati deskriptivne statistike za skale anksioznosti i depresivnosti*

<i>Skala</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>α</i>
Anksioznost	21	0.00	34.00	14.37	7.96	0.72	-0.30	.94
Depresivnost	21	0.00	44.00	14.58	8.61	0.55	0.18	.92

Na osnovu rezultata koji su predstavljeni u Tabeli 1 primjetno je da je distribucija obje skale blago pomjerena prema nižim rezultatima, dok spljoštenost distribucije relativno odgovara normalnoj. Kako bi se stekao bolji uvid u distribuciju u sekciji u prilogu se nalazi grafički prikaz (histogram) za korištene skale. Obje skale imaju zadovoljavajuću internu konzistenciju mjerenu Kronbahovim alfa koeficijentom. Takođe, identifikovana je statistički značajna korelacija između skorova na skalama depresivnosti i anksioznosti ($r=.79$, $p<.001$). Nakon dijela koji se odnosi na pokazatelje deskriptivne statistike, slijede rezultati koje su usmjerene na testiranje hipoteza koje sam opisala u prethodnim poglavljima.

Sa ciljem provjere prve hipoteze sprovedena je analiza varijanse (ANOVA) gdje je nezavisna varijabla vrsta terapije tokom hospitalizacije, a zavisne varijable su skorovi na skalama anksioznosti i depresivnosti. Identifikovane su statistički značajne razlike između načina tretiranja COVID-19 i skora na skali anksioznosti ($F(2, 127) = 25.19$, $p<.001$, parcijalna $\eta^2=.28$) i depresivnosti ($F(2, 127) = 19.29$, $p<.001$, parcijalna $\eta^2=.23$). Ove razlike, u pogledu veličine efekta, se mogu klasifikovati kao velike.

Tabela 2. *Prosječna vrijednost na skali anksioznosti i depresivnosti u zavisnosti od težine kliničke slike COVID-19*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	<i>Kiseonik</i>		<i>Respirator</i>		<i>Ništa od navedenog</i>	
Anksioznost	16.11	7.59	26.00	5.05	10.27	5.91
Depresivnost	16.19	7.88	26.22	8.36	10.64	7.10

Kako bi se utvrdilo da li postoje statistički značajne razlike između nivoa, izvršen je post hoc test sa Bonferonijevom korekcijom. Rezultati post hoc testa ukazuju na to da postoje statistički značajne razlike između svih vrsta tretmana na nivou $p < .001$ za obje skale. U prilogu se nalazi grafikon prosječne vrijednosti na skalama anksioznosti i depresivnosti u zavisnosti od težine kliničke slike. Ovim je prva hipoteza potvrđena. Osobe sa teškom kliničkom slikom COVID-19 infekcije su razvili izraženije simptome anksioznosti i depresivnosti. Ovi rezultati su u skladu i sa raniji istraživanjima (Cai i sar. 2020), gdje je takođe potvrđena ova veza. Bolničko okruženje i potreba za kiseonikom će dovesti do negativnih razmišljanja o zdravstvenom stanju i dodatno pojačati anksioznost (Cai i sar., 2020). Pojačan umor, slabost mišića, dispneja, psihološki stres, problem sa koncentracijom i spavanjem, strah od povratka u bolnicu, anksioznost ili depresija prisutna je kod 63% pacijenta, nakon prebolovane teže kliničke slike COVID-19 (Nalbandian i sar., 2021). Boravak u jedinicama intenzivne njege povećavao je šanse i za simptome depresije čak 26% u odnosu na pacijente koji nisu boravili u jedinicama intenzivne njege (Taquet i sar., 2021). Zbog težine bolesti, pacijenti su bili onemogućeni da ustaju iz kreveta, trebali su pomoć prilikom obavljanja svakodnevnih fizioloških potreba, javljao se osjećaj beznađa i bespomoćnosti što je doprinjelo anksiozno depresivnim tegobama. Nepredvidivost toka bolesti, okolina kojoj su bili izloženi, aparati na koje su priključeni i zvukovi tih aparata, dovodili su do straha i panike, nerijetko i do agresije kod pojedinaca. Sve to u velikoj mjeri je uticalo na kasniji oporavak. Pretrpljeni strah i šok je upravo ono što je izazvalo anksioznost i depresivnost kod pacijenata nakon izlaska iz jedinice intenzivne njege.

Pored svega navedenog doprinos rada je i u tome da se naglasi potreba za pravovremenom rehabilitacijom i psihološkom podrškom, koja se po pojedinim istraživačima preporučuje 4-6 sedmica, nakon izlaska iz bolnice i prebolovanog teškog oblika infekcije (Nalbandian i sar., 2021).

Druga hipoteza se odnosi na polne razlike u odnosu na skale anksioznosti i depresivnosti, a u skladu sa tim izvršen je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke ukazuju da nisu identifikovane statistički značajne razlike između muškaraca i žena u odnosu na skalu anksioznosti ($t(129) = -1.29, p = .20, d = -.23$) i depresivnosti ($t(129) = 0.08, p = .94, d = .01$). Grafički prikaz prosječne vrijednosti na skalama anksioznosti i depresivnosti predstavljen je u prilogu 4.

Pored glavnih rezultata t-testa za nezavisne uzorke predstavljeni su i deskriptivni pokazatelji ove analiza u Tabeli 3.

Tabela 3. *Deskriptivna statistika polnih razlika u odnosu na skalu anksioznost i depresivnosti*

<i>Skala</i>	<i>Pol</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Anksioznost	Muškarci	65	13.47	8.07
	Žene	65	15.27	7.82
Depresivnost	Muškarci	65	14.64	9.32
	Žene	65	14.53	7.91

Na osnovu rezultata može se konstatovati da druga hipoteza nije potvrđena. Simptome i anksioznosti i depresivnosti će razviti osobe koje boluju od različitih hroničnih oboljenja bez

obzira na pol, što se poklapa sa istraživanjima (Taqueti sar., 2021). Koji u svojim istraživanjima navode da će se psihijatrijske bolesti pojaviti kod svake treće osobe koja se liječi od COVID-19 infekcije kako kod žena, tako i kod muškaraca. Sama činjenica za ovakav rezultat u istraživanju je i dužina trajanja pandemije, ako se uzme u obzir, da pojedine osobe na početku pandemije možda nisu bili pod stresom, ali dugotrajna izloženost restrikcijama, izolaciji, strahom od zaraze, povećala je razninu stresa kod oba pola, a samim tim i anksiozne smetnje. U našem mentalitetu je muškarac predstavljen kao jači pol, dok se za žene smatra da su nježnije i sklonije psihološkim tegobama, međutim bespomoćnost koju je izazvala pandemija, boravak u bolnicama, osjećaj nemoći i strah od smrti, doprinjeli su ranjivosti muškaraca i doveli u velikoj mjeri do anksiozno depresivnih smetnjih. Može se uzeti u obzir i činjenica da nije pronađena statistički značajna razlika kod polova od straha od smrti (Štambuk, 2018). U istraživanjima Leaune i saradnika (2020) predstavljeni su brojni izvještaji o suicidalnom ponašanju, zbog straha od infekcije i smrti od COVID-19 virusa i kod žena i kod muškaraca. Došlo je do razvoja potištenosti kod oba pola što je prethodilo depresiji (Leaune, 2020).

Ovim istraživanjem nisu ispitane razlike kod ljudi koji već imaju zdravstvene i psihološke tegobe. Osobe koje imaju bolesti kardiovaskularnog sistema, gojaznost, dijabetes mellitus, visok pritisak, bolesti pluća, imaju veći faktor rizika za razvoj teže kliničke slike COVID-19 infekcije (Jordan i sar., 2020). Nedostatak istraživanja je upravo to što u obzir nisu uzeta hronična oboljenja kod pacijenta.

Treća, posljednja, hipoteza je poput prve hipoteze provjerena putem ANOVA-e. Identifikovane su statistički značajne razlike između dužine hospitalizacije i skora na skali anksioznosti ($F(2, 127)=13.71, p<.001$, parcijalna $\eta^2=.18$) i depresivnosti ($F(2, 127)=6.24, p<.01$, parcijalna $\eta^2=.09$). U prilogu 5. predstavljen je grafikon prosječne vrijednosti na skalama anksioznosti i depresivnosti u odnosu na dužinu hospitalizacije. Ove razlike, u pogledu veličine efekta, se mogu klasifikovati kao veliki (skala anksioznosti) i srednji (skala depresivnosti). Rezultati deskriptivne statistike su predstavljeni i u sljedećoj tabeli.

Tabela 4. Deskriptivna statistika (ANOVA – dužina hospitalizacije)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	<i>Direktni premještaj</i>		<i>Do mjesec dana</i>		<i>Prekomjesec dana</i>	
Anksioznost	10.47	5.66	17.31	7.94	17.00	9.51
Depresivnost	11.62	7.64	16.51	7.97	17.68	7.10

Rezultati post hoc analize ukazuju na to da između pacijenata koji su imali direktni premještaj i onih koji se nalaze u grupama do mjesec dana i preko mjesec dana postoji statistički značajna razlika (na nivou $p < .001$), dok između grupe ispitanika koji su proveli do mjesec dana u hospitalizaciji i preko mjesec dana nema statistički značajnih razlika. Ovi rezultati se odnose i na skalu anksioznosti i depresivnosti. Ovim je treća hipoteza potvrđena. Samim tim, je u skladu sa ranijim istraživanima Sanatane i saradnika, da što je duži proces proces liječenja i oporavka, simptomi anksioznosti i depresivnosti su izraženiji (Santana, Fontana i Pitta, 2021). Prema Santani i saradnicima (2021) dužina hospitalizacije ima štetne efekte na psihološko stanje pojedinca, kako na kognitivne promjene, tako na razvoj anksioznosti i depresije. Poznato je da dužina boravka u bolnicama, prvenstveno u jedinicama intenzivne njege dovodi do slabosti mišića i samim tim ograničava funkcionalni oporavak. Kako se boravak u bolnici produžava pojedinci postaju uznemireni, strahuju od drugi bolesti (Miki i sar., 2017). Nakon hospitalizacije liječenja COVID-19 infekcije, kod velikog broja ljudi značajno je opao kvalitet života i ličnog dostojanstva, što je rezultiralo određenim psihološkim tegobama (Santana, Fontana i Pitta, 2021). Strah da će se nešto iskomplikovati, teže vraćanje svakodnevnim aktivnostima, oslabljenost organizma nakon mjesec i više dana provedenih u bolnici utiču na ljude da budu skloniji razvoju depresije i/ili anksioznosti. Dužina liječenja produžuje i proces oporavka, pojedinac postaje isfrustriran zbog nemogućnosti obavljanja aktivnosti na isti način kao pre hospitalizacije, sve to

dovodi do psiholoških smetnjih. Strah od vraćanja u svakodnevnicu i nemogućnost ispunjenja zadatih ciljeva, na način na koji pojedinac očekuje, dovodi do psihičke izmjenjenosti koja je primjetna kod većine post-covid pacijenata, nakon dugog boravka u bolnici.

4. ZAKLJUČAK

Pandemija COVID-19 virusom u velikoj mjeri je doprinjela promjenama u socijalnom, emocionalnom i kognitivnom funkcionisanju svakog pojedinca. U ovom istraživanju je predstavljeno na koji način se težina kliničke slike, dužina boravka u bolnici, kod žena i muškaraca, odrazila na razvoj simptoma anksioznosti i depresivnosti.

Učestvovalo 130 pacijenata, Pulmološkog odjeljenja "Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović-banja Slatina", koji se liječe od simptoma nastalih nakon prebolovane COVID-19 infekcije, to jeste post-covid simptoma. Pacijenti koji su imali teže kliničke slike, zahtjevali podršku kiseonikom ili respiratorom, su imali izraženije simptome anksioznosti i/ili depresivnosti, dok pacijenti koji su prošli sa lakšim kliničkim slikama bez kiseoničke podrške su imali manje izražene simptome anksioznosti i/ili depresivnosti. Dobijeni rezultati su donekle očekivani. Pretpostavka da će žene biti anksioznije i/ili depresivnije od muškaraca nije potvrđena. Bez obzira na pol i muškarci i žene su jednako strahovali od COVID-19 infekcije. Dužina boravka u bolnici, mjesec ili više dana je takođe doprinjela razvoju anksioznosti i/ili depresivnosti, čime je potvrđena i treća hipoteza.

Uprkos ograničenjima istraživanja, sam doprinos je da se ukaže na neophodnost psihološke pomoći i podrške u zdravstvenim ustanovama koje se bave rehabilitacijom postkovid pacijenta. Isto tako institucijama javnog zdravlja se mogu predložiti mogućnosti uključivanja psihologa u timove u borbi protiv trenutne pandemije, pa samim tim u budućnosti u borbi protiv pretećih agenasa, pa i nekog novog COVID-19 virusa.

5. LITERATURA

Abraham, K. (1957). Papers on psychoanalysis. New York: Basic Books.

Ahmed, H.(2020). Outbreak of novel Corona Virus (2019-nCoV). *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34, 101-571.

Ahmed H., Patel K., Greenwood D., Halpin S., Lewthwaite P., Salawu A., Eyre L., Breen A., Connor R., Jones A., (2020). Long- term clinical outcomes in survivors of coronavirus outbreaks after hospitalization on ICUadmission, a systematic review and meta analysis of follow-up. *Preprint version*, 52(5), 1650-1977.

Američka psihijatriska asocijacija (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM 5 (peto izdanje). Republika Hrvatska, Z. N. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM 5 (peto izdanje)*. Republika Hrvatska, Zagreb: Naklada Slap.

Beck, A. T., Steer, R.A., i Garbin, M.G,. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression. *Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.

Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Boland, R. J. i Keller, M. B. (2009). *Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib i C. L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (pp. 43-60)*. New York: Guilford Press.

Borodovitsyna,O., Joshi, N., Chandler,D. (2018). Acute stress persistently alters locus coeruleus function and anxietylike behavior in adolescent rats. *Neuroscience*, 373, 7-19.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith,L.E., Woodland, L., Wessely,S., Greenberg,N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 39, 912-920.

- Cai X., Hu X., Otte E.I., Wang J., An Y., Li Z. i Yuan B (2020). Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(10), 1030-1039.
- Cao Y., Liu X., Xiong L. i Cai K. (2020). Imaging and clinical features of patients with 2019. novel coronavirus SARSCoV-2. *A systematic review and metaanalysis, Journal of Medical Virology*, 92(9), 1449-1459.
- Karlović, D. (2022). *Depresija klinička obilježja i dijagnoza*,. Preuzeto sa <https://hrcak.srce.hr/file/278583>.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1988). *Psihologija abnormalnog ponašanja*. Naklada Slap.
- Deacon ,BJ. i Abramowitz, JS. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta- analytic Findings. *J Clin Psychol*. 60(4), 429-441.
- Dodig-Ćurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Elbay, RY., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu S. i Karadere E.(2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res.*, 113130;.
- Folnegović- Šmalc, V., Kocijan-Hercigonja D. i Barac B. (2001). *Prevenција suicidalnosti*. Zagreb.
- Gilbert P. (1992). *Depression The Evolution of Powerlessness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum,.
- Haefel, G. J. i Hames, J. L. (2014). Cognitive vulnerability to depression can be contagious. *Clinical Psychological Science*, 2(1), 75-85.
- Hegele, R. A. i Pollex, R. L. (2005). Genetic and physiological insights into the metabolic syndrome. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 289(3), R663-R669.

- Helms ,J., Kremer, S., Merdji H., Clere-Jehl R., Schenck M., Kummerlen C. i Meziani, F. (2020). Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *New England Journal of Medicine*, 382(23), 2268-2270.
- Hofmann, SG., Wu JQ. i Boettcher H. (2014). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders on Quality of Life: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*82(3):, 375-395.
- Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hossain, M.U. i Ng, S. T. (2020). Strategies for enhancing the accuracy of evaluation and sustainability performancw of building. *Journal of Environmental Management*, 261, 110-230.
- Hudolin, V. (1981). *Psihijatrija*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada.
- Hotujac, L. J. (2006). *Shizofrenija i sumanuti poremećaji*. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 147-64.
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bentall, R. P. i Vallières, F. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Scandinavia*, 142: Acta Psychiatrica.
- Ivezić, S., Folnegović Šmalc,V., i Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix*, XIII, br. 71., 56-58.
- Jelavić, S. (2015). *Kako liječiti anksioznost*. Preuzeto sa Plivazdravlje.hr: Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/26203/Kako-lijeciti-anksioznost.html>.
- Jordan R., Abab P. i Cheng K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ* 368, 1-2.
- Kaličanin, P. i Lečić-Toševski, D. (1995). *Depresija*. Beograd: Medicinska knjiga.
- Kaplan, H. I. i Sadock, B. J. (1998). *Dijagnoze i klasifikacija u psihijatriji*. Priručnik kliničke psihijatrije, prijevod 2. izd. Naklada Slap.

- Kecmanovic, J. (2020). Pandemic anxiety is making us sleepless forgetful and angry. *The Washington Post*.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H. i Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(10), 839-846.
- Khan, S. A. R., Sharif, A., Golpîra, H. i Kumar, A. (2019). A green ideology in Asian emerging economies: From environmental policy and sustainable development. *Sustainable development*, 27(6), 1063-1075.
- Krmek, M. (2006). Selektivni mutizam. *Pro mente Croatica: Za vašu dušu: mens sana in populo sano- zdrav duh u zdravom narodu* 23/24, 42-43.
- Leaune E., Samuel M., Oh H., Poulet E. i Brunelin J.(2020). Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic. *A systematic rapid review. Prev Med*; 141, 106-264.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression. *a review. Biological psychiatry*, 60(2), 84-92.
- Lebedina-Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Republika Hrvatska, Zagreb: Naklada Slap.
- Popović, M. (1982). Značenje i psihodinamika depresije. *Engrami*, 2, 19-25.
- Mahoney, M. J. (1995). *Cognitive and Constructivist Psychotherapies*. New York: Springer: Theory, Research, and Practice.
- Mamun, M.A. i Griffiths, M.D.(2020). First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 1876-2018.

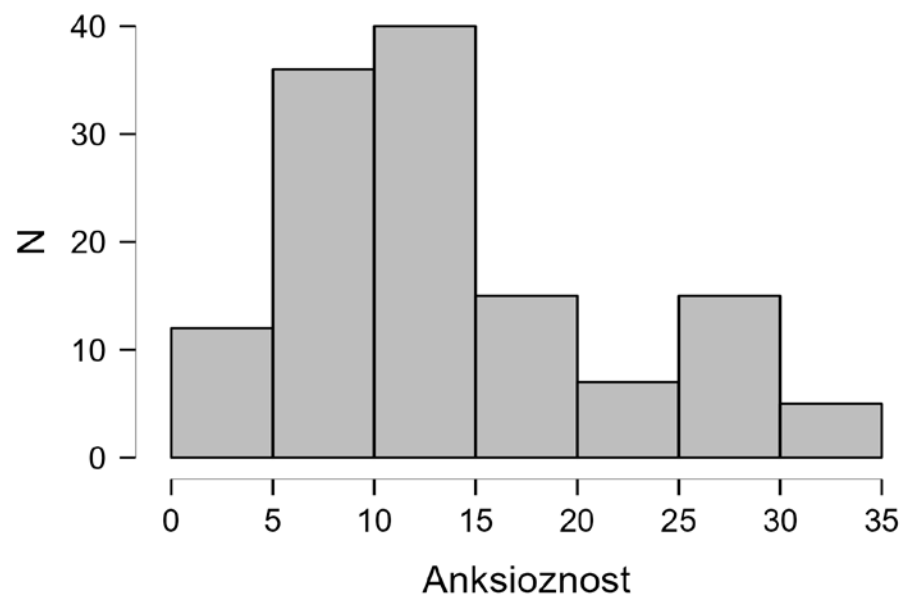
- Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. (1994).
Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada.
- Mesić, A. (2021). *Anksioznost i depresivnost-prijetnja modernom društvu.* University of Osijek. Faculty of Dental Medicine and Health Osijek: Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer.
- Meys, R., Delbressine, JM., Goërtz ,YMJ., Vaes, AW., Machado, FVC., Van Herck, M., Burtin, C., Posthuma R., Spaetgens, B., Franssen, FME., Spies, Y., Vijlbrief, H., Van't Hul AJ., Janssen, DJA., Spruit, MA. i Houben-Wilke, S. (2020). Generic and RespiratorySpecific Quality of Life in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *J Clin Med* (12), 3993.
- Miki, K., Maekura R. i Kitada, S. (2017). Pulmonary rehabilitation for COPD improves exercise time rather than exercise tolerance: effects and mechanisms. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 1061-1070.
- Milovanović, D., Stojković, Đ. i Švrakić, D. (1982). Opšti pregled na spektar aktuelnih problema u domenu depresije. *Engrami*, 2, 7-18.
- Mimica, N., Folnegović-Šmalc,V., Uzun, S. i Makarić ,G. (2004). Suvremena klasifikacij depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*, 13,, 19-29.
- Mion ,G., Hamann ,P., Saleten, M., Plaud ,B. i Baillard ,C. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic and burnout severity in French residents. *A national study. European Journal of Psychiatry*, 35(3), 173-180.
- Moro, Lj. i Frančisković, T. (2011). *Psihijatrija udžbenik za više zdravstvene studije.* Zagreb: Medicinska naklada.
- Nalbandian, A., Sehgal, K. i Gupta, A. (2021). Post-acute COVID syndrome. *Nature Medicine*, 601-615.

- Nicastri, E., Petrosillo, N., Ascoli Bartoli, T., Lepore, L., Mondì, A., Palmieri, F., D'Offizi, G., Marchioni, L., Murachelli, S. i Ippolito, G.(2020). Antinori for the INMI COVID-19 Treatment Group A. National Institute for the Infectious Diseases “L. Spallanzani” IRCCS. Recommendations for COVID-19 . *Clinical Management. Infectious Disease Reports*, 12(1), 3-9.
- Penga, M., Mob, B., Liub Y., Xub, M., Songa, X., Liua, L., Fangb, Y., Guoc, T., Yec, J., Yud ,Z., Dengd, Q. i Zhange, X .(2020). Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 119-124.
- Reiss, S., Silverman, W. K. i Weems, C. F. (2001). Anxiety sensitivity. U M. W. Vasey i M. R. Dadds (Ur.), The developmental psychopathology of anxiety . *Oxford University Press*, 92-111.
- Santana, A.V., Fontana, A.D. i Pitta. F. (2021). Reabilitação pulmonar pós-COVID-19. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,47(1), 1-3.
- Sharfstein, J. M. (2020). Diagnostic testing for the novel coronavirus. *Jama*, 323(15), 1437-1438.
- Skarlew, B. H. i Blum, H. P. (2006). Trauma and depression. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 859-861.
- Standart, S. i Couteur, A. L. (2003). The quiet child A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 4(3), 231-249.
- Štrkalj Ivezić, S. i Vuković, A.(2007). Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja. *Medix*, XIII broj 71.
- Tadić, N. (2000). *Psihijatrija djetinstva i mladosti*. Beograd: Naučna knjiga.

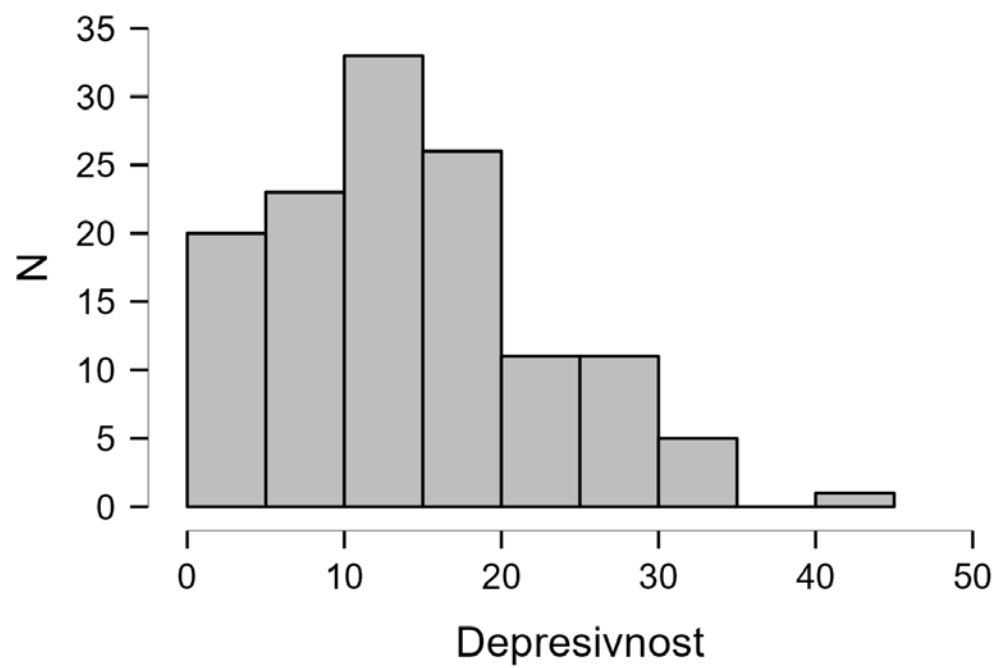
- Taquet, M., Geddes, JR., Husain, M., Luciano, S. i Harrison, P.J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, 8(5), 416-427.
- Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9, 171-193.
- Wang, D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X. i Zhang ,J.(2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus. *Infected Pneumonia in Wuhan, China*. 323(11), 1061-1069.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S. i Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*,87, 40-48.
- Wheaton, M. J., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E. i Olatunji, B. O. (2012). Psychological Predictors of Anxiety in Response to the H1N1 (Swine Flu) Pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 210-218.
- World Health Organization (WHO). (2021, July 22). *Official COVID-19 Information*. Preuzeto sa <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

6. PRILOG

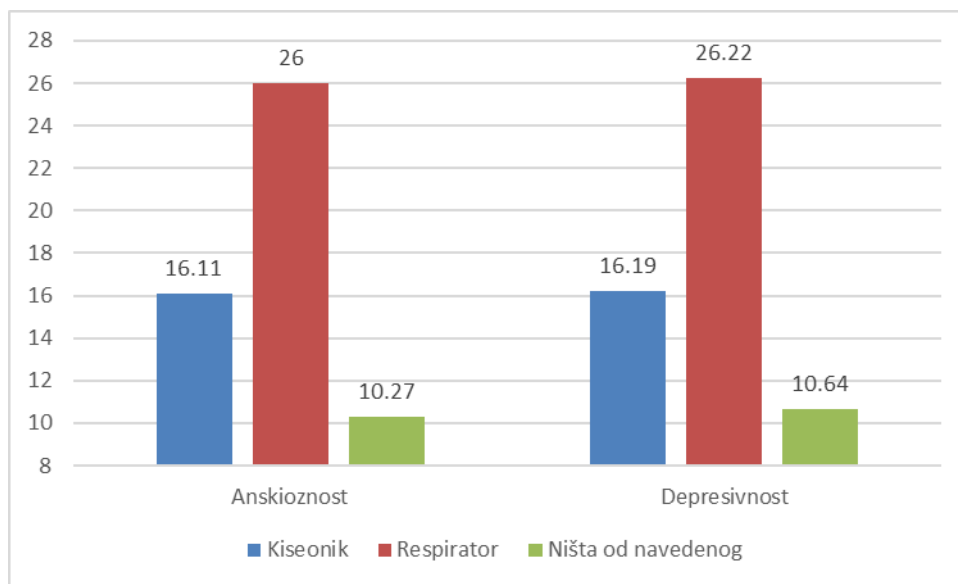
Prilog 1. *Grafički prikaz distribucije skorova na skali anksioznosti*



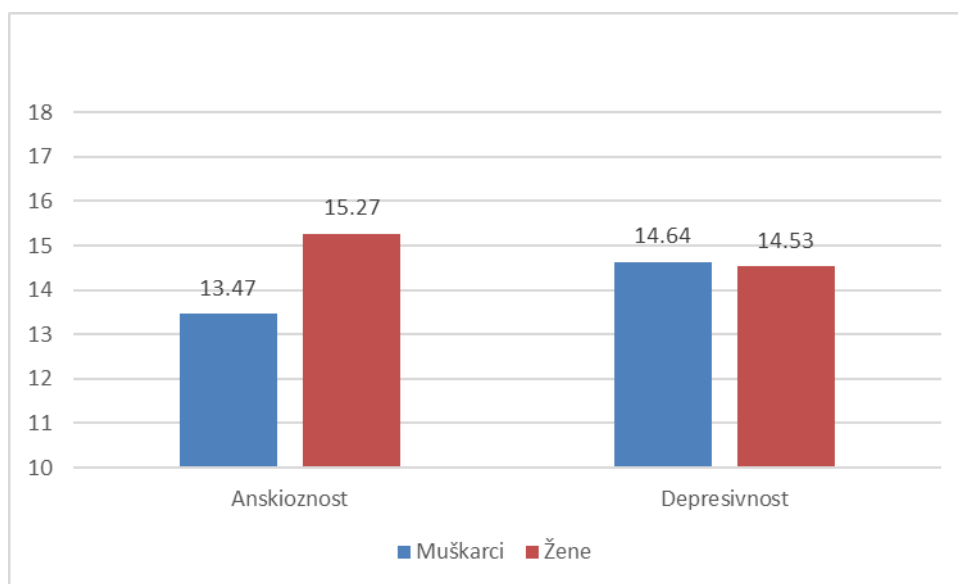
Prilog 2. Grafički prikaz distribucije skorova na skali depresivnosti



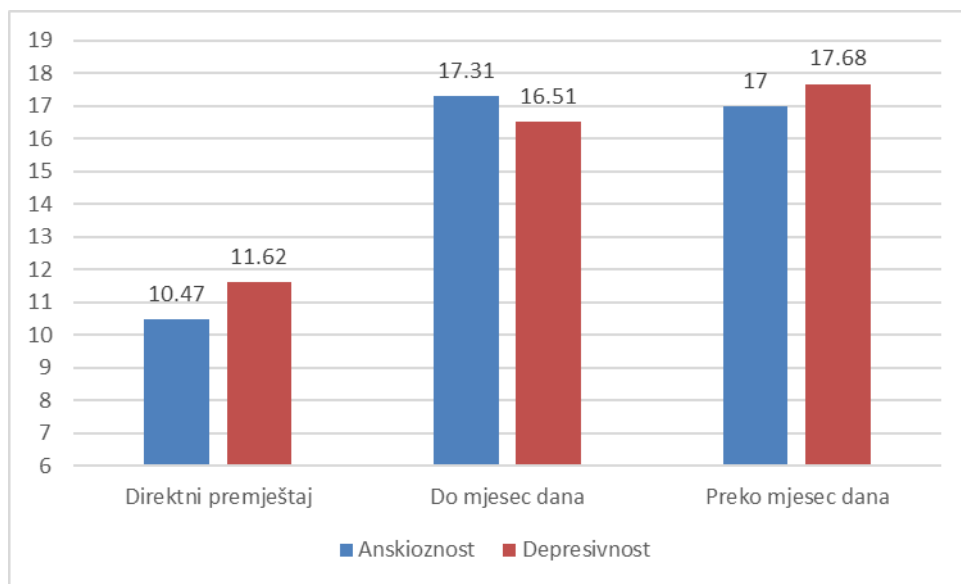
Prilog 3. *Grafički prikaz prosječne vrijednosti na skali anksioznosti i depresivnosti u zavisnosti od težine kliničke slike COVID-19*



Prilog 4. *Grafički prikaz prosječne vrijednosti na skali anksioznosti i depresivnost odnosu na pol*



Prilog 5. *Grafički prikaz prosječne vrijednosti na skali anksioznosti i depresivnost u odnosu na dužinu hospitalizacije*



Prilog 6.

Upitnik osnovnih podataka:

1. **Ime i prezime pacijenta** _____

2. **Pol** M Ž

3. **Starost** a) do 30 godina b) od 31-50 godina c) od 51-65 godina d)
preko 65 godina

4. **Sa kim žive** a) sam b) sa porodicom c) nešto drugo, napišite-----

5. **Mjesto stanovanja** a) gradska sredina b) seoska sredina c) prigradska sredina

6. **Nivo obrazovanja** a) osnovna škola b) srednja škola c) viša škola d) fakultet

7. **Radni status** a) zaposlen b) nezaposlen c) penzioner d) student

8. **Materijalni status** a) ispod prosjeka b) prosječan c) iznad prosjeka

9. **Broj hospitalizovanih dana:** a) do 7 dana b) od 8 do 20 c) preko 20 dana

10. **Da li je bilo potrebe za terapijom:** a) kisonikom b) respiratorom c) ništa od navedenog

11. **Vrijeme prošlo nakon završetka hospitalizacije** a) direktan premještaj b) do mjesec dana c) preko mjesec dana.

12. **Da li su prije pandemije imali psihičke smetnje?** a) nikada b) povremeno c) često

13. **Da li su koristili neku psihijatrisku terapiju?** a) ne b) da, navedite koju:

14. **Da li su prije pojave simptoma Covida 19 strahovali od zaraze?** a) ne

b) malo c) jako

15. **Smatrate li da vas je ovo iskustvo promijenilo?** a) ne b) da

Prilog 7.

BAI

Ime i prezime: _____ Datum: _____

Pred sobom imate popis uobičajenih simptoma anksioznosti. Molimo vas da ga pažljivo pročitate te da označite kako ste često svaki od njih doživjeli **tokom protekle sedmice**, uključujući **i danas**, na taj način da zaokružite odgovarajući broj pored svakog simptoma.

Gotovo Ponekad Često Stalno Nikad

1. Obamrlost ili trnjenje.	0	1	2	3
2. Osjećaj vrućine.	0	1	2	3
3. Klecanje nogu.	0	1	2	3
4. Nemogućnost opuštanja.	0	1	2	3
5. Strah da će se dogoditi najgore.	0	1	2	3
6. Vrtoglavicu ili omaglicu.	0	1	2	3
7. Lupanje ili brzo udaranje srca.	0	1	2	3
8. Nesigurnost, nestabilnost.	0	1	2	3
9. Prestrašenost, užasnutost.	0	1	2	3
10. Nervozu.	0	1	2	3

11. Osjećaj gušenja.	0	1	2	3
12. Drhtanje ruku.	0	1	2	3
13. Drhtavost.	0	1	2	3
14. Strah od gubitka kontrole.	0	1	2	3
15. Poteškoće disanja.	0	1	2	3
16. Strah od umiranja.	0	1	2	3
17. Prestrašenost (uplašenost).	0	1	2	3
18. Poteškoće s probavom ili nelagodu u trbuhu.	0	1	2	3
19. Klonulost (slabost).	0	1	2	3
20. Užarenost lica.	0	1	2	3
21. Znojenje (ne zbog vrućine).	0	1	2	3

Prilog 8.

BDI

Ime i prezime: _____ Godište: _____ Datum: _____

Uputstvo: Ovaj se upitnik sastoji od 21 skupine tvrdnji. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku od njih i zatim odaberete jednu tvrdnju u svakoj skupini koja najbolje opisuje kako ste se osjećali tokom **protekle dvije sedmice, uključujući danas**. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako vam se čini da vam više tvrdnji podjednako odgovara, zaokružite najveći broj za tu skupinu. Pazite da ne zaokružite više tvrdnji u pojedinoj skupini, uključujući česticu 16 (promjene u navikama spavanja) i česticu 18 (promjene apetita).

1. Žalost 0 Nisam žalostan. 1 Većinu vremena sam žalostan. 2 Cijelo vrijeme sam žalostan. 3 Toliko sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati. 2. Pesimizam 0 Nisam obeshrabren u vezi svoje budućnosti. 1 Obeshrabren sam u vezi svoje budućnosti više nego prije. 2 Ne očekujem da će se stvari za mene	6. Osjećaji kažnjavanja 0 Ne osjećam se kažnjavano. 1 Osjećam da bih mogao biti kažnjen. 2 Očekujem da ću biti kažnjen. 3 Osjećam se kažnjavano. 7. Nezadovoljstvo sobom 0 Prihvatam se jednako kao inače. 1 Izgubio sam povjerenje u sebe. 2 Razočaran sam sobom. 3 Ne volim sebe.
--	---

dobro odvijati. 3 Osjećam da mi je budućnost beznadna i da će se samo pogoršavati. 3. Prošli neuspjesi 0 Ne osjećam se neuspješnim. 1 Imao sam više promašaja nego što sam trebao. 2 Kad se osvrnem na svoj život, vidim niz promašaja. 3 Osjećam se kao potpuno promašena osoba. 4. Gubitak zadovoljstva 0 Jednako sam zadovoljan kao i prije. 1 Ne uživam u stvarima kao što sam prije. 2 Stvari u kojima sam prije uživao mi sada pružaju slabo zadovoljstvo. 3 Uopšte ne mogu uživati u stvarima u kojima sam prije uživao. 5. Osjećaji krivnje 0 Ne osjećam se osobito krivim. 1 Osjećam se krivim u vezi mnogih stvari koje sam učinio ili sam trebao učiniti. 2 Većinu vremena se osjećam krivim. 3 Stalno se osjećam krivim.	8. Samokritičnost 0 Ne kritikujem se i ne okrivljujem više nego obično. 1 Kritičniji sam prema sebi nego što sam bio. 2 Kritikujem se za sve svoje pogreške. 3 Okrivljujem se za sve loše što se događa. 9. Suicidalne misli i želje 0 Uopće ne razmišljam o samoubistvu. 1 Pomišljam na samoubistvo, ali ne bih to mogao učiniti. 2 Želio bih se ubiti. 3 Ubio bih se kad bih imao prilike. 10. Plakanje 0 Ne plačem više nego prije. 1 Plačem više nego ranije. 2 Plačem za svaku sitnicu. 3 Plače mi se, ali ne mogu se isplakati. 11. Uznemirenost 0 Nisam nemirniji ili napetiji nego ranije. 1 Nemirniji sam ili napetiji nego obično. 2 Toliko sam nemiran ili uznemiren da mi je teško ostati na miru. 3 Toliko sam nemiran ili uznemiren da se stalno moram kretati ili nešto raditi.
--	--

12. Gubitak interesa 0 Nisam izgubio interes za druge ljude ili aktivnosti. 1 Manje me zanimaju drugi ljudi ili stvari nego ranije. 2 Izgubio sam većinu interesa za druge ljude ili stvari. 3 Teško mi je zainteresirati se za bilo što. 13. Neodlučnost 0 Donosim odluke podjednako dobro kao uvijek. 1 Teže mi je donositi odluke nego obično. 2 Imam većih teškoća u donošenju odluka nego prije. 3 Teško mi je donositi bilo kakve odluke. 14. Bezvrijednost 0 Ne osjećam se bezvrijedno. 1 Ne smatram se vrijednim i korisnim kao prije. 2 Osjećam se manje vrijednim od drugih ljudi. 3 Osjećam se krajnje bezvrijedno. 15. Gubitak energije 0 Imam podjednako energije kao obično. 1 Imam manje energije nego prije. 2 Nemam dovoljno energije da puno napravim. 3 Nemam dovoljno energije za bilo što.	17. Razdražljivost 0 Nisam jače razdražljiv nego obično. 1 Razdražljiviji sam nego obično. 2 Puno sam jače razdražljiv nego obično. 3 Cijelo vrijeme sam razdražljiv. 18. Promjene apetita 0 Nisam primijetio nikakve promjene u svom apetitu. _____ 1a Apetit mi je nešto slabiji nego obično. 1b Apetit mi je nešto jači nego obično. 2a Apetit mi je puno slabiji nego obično. 2b Apetit mi je puno jači nego obično. 3a Uopšteće nemam apetita. 3b Cijelo vrijeme žudim za hranom.
---	---

16. Promjene u navikama spavanja 0 Nisam primijetio nikakve promjene u svojim navikama spavanja. _____ 1a Spavam nešto više nego obično 1b Spavam nešto manje nego obično 2a Spavam puno više nego obično. 2b Spavam puno manje nego obično 3a Spavam veći dio dana. 3b Probudim se 1-2 sata prerano i ne mogu ponovno zaspati.	19. Teškoće koncentracije 0 Mogu se koncentrisati jednako dobro kao prije. 1 Ne mogu se koncentrisati kao obično. 2 Teško se duže koncentrišem na bilo što. 3 Primjećujem da se više ne mogu ni na što koncentrsati. 20. Zamaranje ili umor 0 Nisam umorniji, niti se brže umaram nego obično. 1 Umaram se brže nego obično. 2 Previše sam umoran za mnoge stvari koje sam ranije radio. 3 Previše sam umoran da bih radio većinu stvari koje sam ranije radio. 21. Gubitak seksualnog interesa 0 Ne primjećujem nikakve nedavne promjene u svom interesu za seks. 1 Manje sam zainteresovan za seks nego prije. 2 Sada sam puno manje zainteresovan za seks. 3 Potpuno sam izgubio interes za seks.
---	--

Ukupan broj bodova: _____

BIOGRAFIJA

Simonida Paštar, rođena 30.03.1987. godine u Banjoj Luci. Srednju medicinsku školu pohađala u periodu od 2002-2006. godine, nakon čega upisuje Filozofski fakultet, odsjek psihologija, Univerziteta u Banjoj Luci. Osnovne studije završava 2009.godine sa prosječnom ocjenom 7,16. Dalje nastavlja drugi ciklus studija-master studije do 2011. god koje završavam sa prosječnom ocjenom 7.75.

Udata, majka dvoje djece. U slobodno vrijeme voli da čita, druži se sa porodicom i prijateljima.

Od 2011-2012. godine obavljala je volonterski staž kao psiholog u Osnovnoj školi "Milan Rakić", Karanovac. Od 2013-2021. godine radila je u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“, Banja Luka na poslovima medicinske sestre-tehničar. Od 2014-2015. godine završila je pripravničko-volonterski staž kao psiholog u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“. Od 2021. godine radi u Banji Slatini na mjestu psihologa za individualni i grupni rad (psihodijagnostičko intervjuisanje, psihološko savjetovanje, psihološko testiranje, relaksacija) sa pacijentima ustanove u sklopu timskog pristupa rehabilitaciji.

УНИВЕРЗИТЕТУ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ПОДАЦИ О АУТОРУ ОДБРАЊЕНОГ МАСТЕР/МАГИСТАРСКОГ РАДА

Име и презиме аутора мастер/магистарског рада- **Симонида Наштар**

Датум, мјесто и држава рођења аутора- **30.03.1987. године, Бања Лука, БиХ**

Назив завршеног факултета/Академије аутора и година дипломирања- **Филозофски факултет
Универзитет у Бањој Луци- одејек Психологија**

Датум одбране завршног/дипломског рада аутора- /

Наслов завршног/дипломског рада аутора- /

Академско звање коју је аутор стекао одбраном завршног/дипломског рада- **Дипломирани
психолог**

Академско звање које је аутор стекао одбраном мастер/магистарског рада- **Мастер психологије**

Назив факултета/Академије на коме је мастер/магистарски рад одбрањен- **Филозофски факултет,
Универзитет у Бањој Луци- одејек Психологија**

Наслов мастер/магистарског рада и датум одбране- **Симптоми анксиозности и депресивности
код пост-ковид-19 пацијената , 20. 04. 2023. године**

Научна област мастер/магистарског рада према CERIF шифрарику- **C 260**

Имена ментора и чланова комисије за одбрану мастер/магистарског рада- **Ментор проф. др
Нада Васелић**

Чланови комисије- **проф. др Сања Радетић Ловрић**

проф. др Страхинја Димитријевић

У Бањој Луци, дана 18.04. 2023. године



Печат

Komisija za ocjenu master rada:

„SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI KOD POST-COVID-19 pacijenata“,
kandidatkinje Simonide Paštar.

**NAUČNO-NASTAVNOM VIJEĆU
FILOZOFSKOG FAKULTETA
BANJA LUKA**

Na sjednici Naučno-nastavnog vijeća Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci održanoj 08. 02. 2023. godine, br. 07/3.158-6/23 imenovana je Komisija za ocjenu master rada, kandidatkinje Simonide Paštar.

Komisija je radila u sljedećem sastavu:

1. Prof. dr. Sanja Radetić Lovrić, redovni profesor Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci, predsjednik
2. Prof. dr. Strahinja Dimitrijević, vanredni profesor Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci, član
3. Prof. dr. Nada Vaselić, redovni profesor Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci, član-mentor.

Nakon uvida u master rad, Komisija podnosi sljedeći

IZVJEŠTAJ

o ocjeni master rada Simonide Paštar

1) Podaci o kandidatkinji:

Simonida Paštar je rođena 30.03.1987. godine u Banjoj Luci. Srednju medicinsku školu pohađala je u periodu od 2002-2006. godine, nakon čega je upisala Filozofski fakultet, Studijski program za psihologiju, Univerziteta u Banjoj Luci. Osnovne studije je završila 2009. godine sa prosječnom ocjenom 7,16. Drugi ciklus studija-master studije je završila 2011. god sa prosječnom ocjenom 7.75. Udata je, majka dvoje djece.

Od 2011-2012. godine obavljala je volonterski staž kao psiholog u Osnovnoj školi "Milan Rakić", Karanovac. Od 2013-2021. godine radila je u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“, Banja Luka na poslovima medicinske sestre-tehničara. U periodu 2014-2015. godine završila je pripravničko-volonterski staž kao psiholog u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“. Od 2021. godine radi u Banji Slatini na mjestu psihologa za individualni i grupni rad (psihodijagnostičko intervjuisanje, psihološko savjetovanje, psihološko testiranje i relaksaciju sa pacijentima ustanove u sklopu timskog pristupa rehabilitaciji).

2) Obim i struktura master teze

Master rad „SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI KOD POST-COVID-19 pacijenata“, kandidatkinje Simonide Paštar napisan je na 50 stranica teksta, A 4 formata, font Times New Roman, veličina 12, prored 1,5. Strukturu rada čine sljedeća poglavlja: Uvod-Teorijski okvir (str. 1-11), Problem, ciljevi i hipoteze istraživanja (str.14-15), Metod istraživanja (str. 16-20), Rezultati i diskusija rezultata (str. 21-26), Zaključak (str. 27-28), Literatura (str. 28-33), Prilozi, sadrže instrumente korištene u istraživanju i 5 grafičkih prikaza rezultata (str. 34-46).

Rezime je napisan na srpskom i engleskom jeziku i ukratko predstavlja problem istraživanja, metodološki pristup i važnije rezultate.

Uvod se odnosi na teorijski okvir sa određenjima pojmova i koncepata koji su korišteni u istraživanju, a obuhvata tri podnaslova (COVID-19, Anksioznost i Depresija). Sljedeće poglavlje se odnosi na određenje problema, cilj i hipoteze istraživanja. Naredno poglavlje obuhvata metodološki dio u okviru kojeg se nalazi šest podnaslova sa opisom tipa nacrt, operacionalizacijom varijabli, uzorkom, instrumenatima, postupakom istraživanja i planom obrade podataka. Slijedi poglavlje posvećeno rezultatima i diskusiji rezultata, a zatim poglavlje koje se odnosi na zaključke sa ograničenjima i preporukama. Šesto i sedmo poglavlje su integralni.

Rad sadrži 4 tabele i 5 grafičkih prikaza. Prilikom izrade ovog rada kandidatkinja je koristila 68 bibliografskih jedinica, od kojih je 47 napisano engleskim jezikom.

3) Teorijska zasnovanost i metodološka utemeljenost istraživanja

Teorijski dio rada odnosi se na objašnjenje osnovnih pojmova vezanih za pojavu, rasprostranjenost i osnovne simptome teškog, akutnog respiratornog sindroma koji se proširio čitavim svijetom, COVID-19. Pandemija koju je izazvao virus SARS-CoV-2 ostavila je posljedice na sve segmente ljudskog života - zdravstvene, ekonomske, socijalne, a predstavljala je i prijetnju mentalnom zdravlju cijelokupnog stanovništva. Osobe koje su već imale istoriju psihičkih problema imale su veću vjerovatnoću za lošiji ishod usljed infekcije COVID-19 virusom u odnosu na opštu populaciju. Virus je prouzrokovao veliku smrtnost, a strah od infekcije i smrti bliskog člana su dodatno pogoršali mentalno zdravlje pojedinaca.

Kandidatkinja detaljno objašnjava pojam i vrste anksioznosti, koristeći nekoliko teorija o nastanku. Jedna od teorija je biološka teorija, po kojoj je genetska predispozicija odgovorna za pojavu anksioznih simptoma (Steimer, 2002). Bihevioralni teoretičari smatraju da prema teoriji učenja uslovljavanjem, anksioznost nastaje kao uslovna reakcija zbog podražaja iz okoline (Deacon i Abramowitz, 2004). Strah koji nastaje kod pojedinaca zbog osjećanja nesposobnosti i gledanja na svijet kao na opasno mjesto, izaziva anksioznu reakciju prema shvatanju kognitivnih teoretičara. Strah da će se nešto loše desiti je anksioznost (Begić, 2014). U daljem tekstu kandidatkinja ukratko opisuje anksiozne poremećaje među kojima su detaljnije opisani:

separacijski anksiozni poremećaj, fobije, selektivni mitizam, panični poremećaj i generalizovani anksiozni poremećaj.

U dijelu koji se odnosi na depresije kandidirala je objašniti osnovne pojmove koji se odnose na depresiju kao i etiologiju i klasifikaciju depresije. Za teorijsko objašnjenje nastanka depresije koristila je tri koncepcije: biološku, psihološku i sociokulturnu.

Problem istraživanja

Veliki dio populacije je bio zaražen virusom COVID-19, što je izazvalo i značajne psihičke tegobe. Panika, zabrinutost za budućnost, strah za vlastito zdravlje i zdravlje bližnjih, nesigurnost finansijske situacije, gubitak zadovoljstva i razdražljivost u velikoj mjeri su doprinijeli razvoju anksiozno-depresivne simptomatologije (Brooks i sar., 2020). U vrijeme pandemije COVID-19 anksioznost i depresiju najviše su razvile osobe koje su u bliskom kontaktu sa oboljelim, koji neprestano prate medije, zdravstveni radnici, osobe oboljele od drugih bolesti, trudnice, djeca, adolescent i ljudi koji stanuju u blizini žarišta pandemije (Elbay, 2020). Ovo istraživanje je pokušaj da se ispita da li je tokom hospitalizacije i liječenja od infekcije COVID-19 virusom, a u zavisnosti od težine kliničke slike, pola i trajanja hospitalizacije došlo do pojave i razvijanja simptoma anksioznosti i depresivnosti.

Ciljevi i zadaci istraživanja

U teorijskom smislu cilj ovog istraživanja je da se ispita da li postoje razlike u pogledu učestalosti i specifičnosti anksioznih i depresivnih simptoma kod osoba koje su imale teži oblik infekcije COVID-19 virusom tj. bili na kiseoniku u odnosu na osobe sa blažim tokom bolesti bez potreba za kiseonikom. Rezultati istraživanja imaju i praktični cilj, koji je od značaja u kliničkoj psihologiji i psihijatriji. Ovo je bio i pokušaj približavanja zdravstvenim ustanovama koje se bave rehabilitacijom postcovid pacijenata i na koji način pandemija COVID-19 virusa je bila povezana sa mentalnim zdravljem ljudi.

U metodološkom dijelu predstavljeni su: metod, uzorak, instrumenti, te postupak ispitivanja i postupci obrade podataka.

Tip nacрта je varijanski, jer je najpogodniji iz razloga što se želi ustanoviti da li postoje razlike između dvije grupe pacijenata u odnosu na zavisne varijable koje su numeričkog tipa. Istraživanje je sprovedeno u Banja Luci na „Post-covid rehabilitaciji-pulmološkog odjeljenja” Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović-Banja Slatina. Svaki ispitanik pojedinačno je popunjavao Upitnik sa osnovnim podacima i podacima o mentalnom zdravlju prije infekcije COVID-19 virusom, Bekov test anksioznosti (BAI) i Bekov test depresivnosti (BDI), a zatim se pristupilo skorovanju i interpretaciji, te statističkoj obradi podataka.

dva nivoa. Pored ovih statističkih tehnika koje su dale odgovor na istraživačka pitanje, u analizi su korišteni pokazatelji deskriptivne statistike i analiza interne konzistencije zavisne varijable.

Rezultati istraživanja

Rezultati istraživanja su predstavljani tabelarno i grafički, a prema postavljenim hipotezama. Svi podaci su obrađeni primjenom statističkog programa, pri čemu su odabrane odgovarajuće statističke procedure. U prvoj cjelini predstavljeni su rezultati deskriptivne statistike za skale anksioznosti i depresivnosti. Obje skale imaju zadovoljavajuću internu konzistenciju mjerenu Kronbahovim alfa koeficijentom.

Sa ciljem provjere prve hipoteze (Pretpostavlja se da će osobe koje su imale težu kliničku sliku u postcovid fazi oporavka razviti simptome anksioznosti i depresivnosti, dok osobe sa blažom kliničkom slikom neće razviti anksioznost i depresiju) sprovedena je analiza varijanse (ANOVA) gdje je nezavisna varijabla vrsta terapije tokom hospitalizacije, a zavisne varijable su skorovi na skalama anksioznosti i depresivnosti. Identifikovane su statistički značajne razlike između načina tretiranja COVID-19 i skora na skali anksioznosti ($F(2, 127) = 25.19, p < .001$, parcijalna $\eta^2 = .28$) i depresivnosti ($F(2, 127) = 19.29, p < .001$, parcijalna $\eta^2 = .23$). Ove razlike, u pogledu veličine efekta, se mogu klasifikovati kao velike. Kako bi se utvrdilo da li postoje statistički značajne razlike između nivoa, izvršen je post hoc test sa Bonferronijevom korekcijom. Rezultati post hoc testa ukazuju da postoje statistički značajne razlike između svih vrsta tretmana na nivou $p < .001$ za obje skale. Prva hipoteza je potvrđena.

Druga hipoteza (Pretpostavlja se da će osobe ženskog pola nakon prebolovane COVID-19 infekcije razviti simptome anksioznosti i depresivnosti, dok osobe muškog pola neće razviti simptome anksioznosti i depresivnosti) se odnosila na polne razlike u odnosu na skale anksioznosti i depresivnosti, a u skladu sa tim izvršen je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke ukazuju da nisu identifikovane statistički značajne razlike između muškaraca i žena u odnosu na skalu anksioznosti ($t(129) = -1.29, p = .20, d = -.23$) i depresivnosti ($t(129) = 0.08, p = .94, d = .01$). Na osnovu rezultata može se konstatovati da druga hipoteza nije potvrđena.

Treća hipoteza (Pretpostavka je da će osobe koje su duži period bile hospitalizovane imati izraženije simptome anksioznosti i depresivnosti) je provjerena putem ANOVA-e. Identifikovane su statistički značajne razlike između dužine hospitalizacije i skora na skali anksioznosti ($F(2, 127) = 13.71, p < .001$, parcijalna $\eta^2 = .18$) i depresivnosti ($F(2, 127) = 6.24, p < .01$, parcijalna $\eta^2 = .09$). Ove razlike, u pogledu veličine efekta, se mogu klasifikovati kao veliki (skala anksioznosti) i srednji (skala depresivnosti). Rezultati post hoc analize ukazuju da između pacijenata koji su imali direktni premještaj i onih koji se nalaze u grupama do mjesec dana i preko mjesec dana postoji statistički značajna razlika (na nivou $p < .001$), dok između grupe ispitanika koji su proveli do mjesec dana u hospitalizaciji i preko mjesec dana nema statistički značajnih razlika. Ovi rezultati se odnose i na skalu anksioznosti i depresivnosti. Ovim je treća hipoteza potvrđena.

Ovo istraživanje je teorijski utemeljeno, kreiran je prikladan metodološki koncept istraživanja, a rezultati su adekvatno interpretirani.

Rezultati istraživanja

Rezultati istraživanja su korektno prikazani, a ovdje su navedeni glavni rezultati:

- u uzorku je bilo najviše ispitanika srednje i starije životne dobi: 51-65 godina (43,07%), zatim starijih od 65 godina (26,92%).
- 90% ispitanika je bilo hospitalizovano do 20 dana, odnosno njih 42,30%;
- tokom hospitalizacije 51,53% je imalo terapiju kiseonikom, odnosno 41,53% respiratorom.
- najveći broj ispitanika je izašao iz perioda hospitalizacije nakon više od mjesec dana (89,23%);
- prije hospitalizacije, više od 3/4 ispitanika je izjavilo da nije nikada imalo psihičke smetnje;
- više od polovine ispitanika je prije nego što će se zaraziti imalo strah od zaraze u nekom obliku, preciznije rečeno 50% ispitanika umjeren, a njih 16,92% veliki strah;
- nakon hospitalizacije, oko 2/3 ispitanika smatra da ih je iskustvo sa hospitalizacijom promijenilo;
- identifikovana je statistički značajna korelacija između skorova na skalama depresivnosti i anksioznosti ($r=.79, p<.001$).
- rezultati post hoc testa ukazuju da postoje statistički značajne razlike između svih vrsta tretmana na nivou $p<.001$ za obje skale;
- osobe sa teškom kliničkom slikom COVID-19 infekcije su razvili izraženije simptome anksioznosti i depresivnosti;
- nisu identifikovane statistički značajne razlike između muškaraca i žena u odnosu na skalu anksioznosti ($t(129)=-1.29, p=.20, d=-.23$) i depresivnosti ($t(129)=0.08, p=.94, d=.01$);
- identifikovane su statistički značajne razlike između dužine hospitalizacije i skora na skali anksioznosti ($F(2, 127)=13.71, p<.001$, parcijalna $\eta^2=.18$) i depresivnosti ($F(2, 127)=6.24, p<.01$, parcijalna $\eta^2=.09$);
- što je duži proces liječenja i oporavka, simptomi anksioznosti i depresivnosti su izraženiji;
- pacijenti koji su imali teže kliničke slike, zahtjevali podršku kiseonikom ili respiratorom, su imali izraženije simptome anksioznosti i/ili depresivnosti;
- postoji statistički značajna razlika (na nivou $p<.001$) između pacijenata koji su imali direktni premještaj na rehabilitaciju i onih koji su uključeni do mjesec i preko mjesec dana;
- dužina liječenja povezana je i sa dužinom procesa oporavka;
- strah od vraćanja u svakodnevnicu i nemogućnost ispunjenja zadatih ciljeva, na način na koji pojedinac očekuje, dovodi do psihičke izmjenjenosti koja je primjetna kod većine post-covid pacijenata, što je povezano sa dužinom boravka u bolnici.

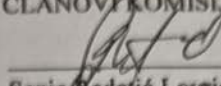
U radu su naglašene prednosti i nedostaci istraživanja, a predstavljene su ideje i za buduće istraživanja. Isto tako institucijama javnog zdravlja se mogu predložiti mogućnosti uključivanja psihologa u timove u borbi protiv ove i drugih pandemija.

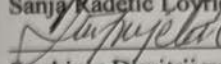
4) Zaključak i prijedlog

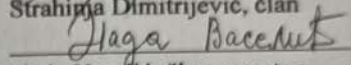
Komisija je zaključila da master rad pod naslovom „**SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI KOD POST-COVID-19 pacijenata**“, Simonide Paštar teorijski i praktično ispunjava kriterijume predviđene za izradu i odbranu master rada na drugom ciklusu Studijskog programa psihologije, te predlaže Nastavno-naučnom vijeću Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci da ovaj Izvještaj prihvati i imenuje komisiju za usmenu odbranu master teze.

Banja Luka, mart, 2023. godine.

ČLANOVI KOMISIJE:


Sanja Radečić Loyrić, predsjednik


Strahinja Dimitrijević, član


Nada Vasečić, član-mentor

Изјава 1

Прилог 3.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је мастер/магистарски рад

Наслов рада **Симптоми анксиозности и депресивности код пост-ковид-19 пацијента**

Наслов рада на енглеском језику **Symptoms of anxiety and depression in post-covid 19 patients**

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да докторска дисертација, у цјелини или у дијеловима, није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

У Бањој Луци, 10.03.2023.godine

Потпис кандидата

Stevica Patar

Изјава 2

Изјава којом се овлашћује Универзитет у Бањој Луци да мастер/магистарски рад учини јавно доступном

Овлашћујем Филозофски Универзитет у Бањој Луци да мојмастер/магистарски рад под насловом:

Симптоми анксиозности и депресивности код пост-ковид-19 пацијената

која је моје ауторско дјело, учини јавно доступном.

Мастер/магистарски рад са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Мојмастер/магистарски рад похрањен у дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце

Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
- ☒ 2. Ауторство – некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – дијелити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – дијелити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Бањој Луци, 10.03.2023. године

Потпис кандидата

Severida Pastor

Изјава 3

Изјава о идентичности штампане и електронске верзије мастер/магистарског рада

Име и презиме аутора **Симонида Паштар**

Наслов рада **Симптоми анксиозности и депресивности код пост-ковид-19 пацијената**

Ментор **Проф. др Нада Васелић**

Изјављујем да је штампана верзија мог мастер/магистарског рада идентична електронској верзији коју сам предао/ла за дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци.

У Бањој Луци, 10.03.2023. године

Потпис кандидата

