

Socijalna anksioznost u studentskoj populaciji

Zetović, Mateo

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:469691>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
STUDIJ MEDICINE**

Mateo Zetović

**SOCIJALNA ANKSIOZNOST U
STUDENTSKOJ POPULACIJI**

Diplomski rad

Osijek, 2020.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
STUDIJ MEDICINE**

Mateo Zetović

**SOCIJALNA ANKSIOZNOST U
STUDENTSKOJ POPULACIJI**

Diplomski rad

Osijek, 2020.

Rad je ostvaren na Medicinskom fakultetu u Osijeku.

Mentor rada: izv. prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med., specijalistica psihijatrije na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek, izv. prof. dr. sc. na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Osijeku

Rad ima 28 listova, 8 tablica i 2 slike.

Zahvale

Posebno zahvaljujem svojoj mentorici, izv. prof. prim. dr. sc. Dunji Degmečić, dr. med., na strpljivosti, suradljivosti i stručnom vodstvu potrebnom za nastanak ovog rada.

Veliku zahvalnost dugujem Kristini Kralik, prof., na pomoći pri obradi statističkih podataka.

Zahvaljujem svim ljudima s kojima sam postao blizak i koji su mi bili velika podrška za vrijeme fakultetskog obrazovanja.

Posebno zahvaljujem malom krugu bliskih prijatelja koji su dijelili sa mnom vesele, kao i teške, trenutke koji su nas snažili u proteklih šest godina.

Hvala mojoj obitelji na trudu, odricanju te potpori koju su mi pružali sve ove godine.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Anksiozni poremećaj i socijalna anksioznost.....	1
1.1.1. Klinička slika.....	3
1.1.2. Dijagnostika.....	4
1.1.3. Liječenje	5
1.1.4. Prognoza	5
2. CILJEVI.....	7
3. ISPITANICI I METODE.....	8
3.1. Ustroj studije	8
3.2. Ispitanici.....	8
3.3. Metode.....	8
3.4. Statističke metode	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA	20
6. ZAKLJUČAK.....	25
7. SAŽETAK	26
8. SUMMARY	26
9. LITERATURA	27
10. ŽIVOTOPIS.....	33

Kratice

DSM-5	(prema engl. <i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition</i>) Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje
MAOI	(prema engl. <i>Monoamine oxidase inhibitors</i>) inhibitori monoaminoksidaze
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. izdanje
PCOS	(prema engl. <i>Polycystic ovary syndrome</i>) sindrom policističnih jajnika
PTSP	posttraumatski stresni poremećaj
SNRI	(prema engl. <i>Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors</i>) inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina
SSRI	(prema engl. <i>Selective serotonin reuptake inhibitors</i>) inhibitori ponovne pohrane serotonina

1. UVOD

1.1. Anksiozni poremećaj i socijalna anksioznost

U današnje doba, koje je puno novih dostignuća na područjima svakodnevnog života i znanosti, ljudima postaje sve teže nositi se sa svakodnevnim izazovima i očekivanjima koje takav oblik društva postavlja svakom pojedincu. Osoba se susreće s očekivanjima svoje okoline, što u radnom okruženju, što u obiteljskim uvjetima. Jedno od područja na kojemu je to posebno izraženo zacijelo je područje medicinskih znanosti, gdje su liječnici i studenti, posebno oni na završnoj godini studija, svakodnevno izloženi visokom vlastitom očekivanju i očekivanju okoline u kojoj se nalaze. Kao posljedica toga postoji povećana incidencija mentalnih oboljenja povezanih s visokom razinom stresa i neispunjenjem vlastitih očekivanja, kao što su anksioznost i depresija (1). Svakodnevno opterećenje pojedinca može dovesti do neželjenih promjena u njihovom načinu funkcioniranja, što se najčešće očituje pojavom psihičkih tegoba. Izražene razine stresa počinju izazivati povećanu pojavnost psihičkih bolesti, kao što su anksioznost i depresija, već u adolescentskoj dobi te se smatra da je za početak prevencije razvoja mentalnih bolesti potrebno raditi već od adolescentske dobi (2).

Anksioznost, sama po sebi, nipošto nije nova bolest. Iako se u današnje vrijeme značajno češće primjećuje, u svojem ju je djelu opisao već antički grčki liječnik Hipokrat kao fobiju. Ciceron odlazi korak dalje i u svojem zapisu Tuskulanski razgovori navodi brigu, tugu i anksioznost kao poremećaje. Seneka svojim djelom „*De tranquillitate animi*“ uvodi u povijest izraz eutimije, koja se i danas koristi u praksi, te opisuje moguća rješenja za smirenje zabrinutog uma. Stoički atenski filozof Epikur govori o činjenici kako je za sretan život potrebna odsutnost briga, koja se naziva ataraksija, a njegov rad nastavlja njegov učenik Lukrecije koji govori o bogatim ljudima anksiozna srca ili „*anxia corda*“. Početkom 18. stoljeća francuski liječnik i botaničar François Boissier de Sauvages de Lacroix uvodi prvu metodičku klasifikaciju bolesti u kojoj anksioznost naziva panofobijom, odnosno strahom od svega, te opisuje njezine simptome slične generaliziranom anksioznom poremećaju. Najvažniji za daljnji razvoj shvaćanja anksioznosti u 19. i 20. stoljeću bili su S. Freud, E. Kraepelin i P. Janet koji su je opisivali unutar sklopova podsvjesnog uma i utemeljili nazivlje koje se još i danas rabi u sklopu psihoanalitičkih metoda (3).

Socijalna anksioznost, iako ju je spominjao već Hipokrat u opisu čovjeka koji je uvjeren da ga svi promatraju i koji se voli izdvajati iz društva, nije prepoznata kao samostalna psihijatrijska dijagnoza sve do izdanja DSM-III/MKB-9 priručnika 1980. godine. Prije tog razdoblja smatrana je patološkom sramežljivošću kod pojedinaca kod kojih je uočena. Prva istraživanja vezana uz socijalnu anksioznost pokrenuli su psihijatar Michael Liebowitz i klinički psiholog Richard Heimberg. Konačni naziv socijalna anksioznost prihvaćen je 1994. godine.

Socijalna anksioznost ili, prema starijem nazivu, socijalna fobija čest je anksiozni poremećaj koji posebice zahvaća adolescentsku i studentsku populaciju (4, 5). Osoba koja boluje od socijalne anksioznosti osjeća strah u ponekim ili svim društvenim situacijama, kao što su upoznavanje novih ljudi, razgovori za posao, odgovaranje na pitanja koja postavljaju profesori za vrijeme nastave, razgovori s nadređenim osobama, razgovori s poslugom trgovine ako je osobi potrebna pomoć i sl. Svakodnevne stvari, kao što je obrok ili uzimanje pića u društvu drugih osoba te korištenje javnog zahoda, može kod pojedinaca sa socijalnom anksioznošću dovesti do iznenadnih napadaja straha i anksioznosti. Osoba koja boluje od socijalne anksioznosti u socijalnim situacijama postaje previše samosvjesna te počinje razmišljati kako će u navedenim situacijama biti osramoćena, ponižena, osuđivana ili će doživjeti odbacivanje okoline. Osobe sa socijalnom anksioznošću jako su zabrinute za vlastiti javni nastup te pokušavaju prikrivati znakove vlastite anksioznosti kako ih okolina ne bi negativno prosuđivala. U napadajima ovakvih strahova zahvaćeni pojedinci imaju jak osjećaj straha koji opisuju kao reakciju izvan mogućnosti njihove kontrole. Generalizirani oblik socijalne fobije uobičajeno je kroničan i izaziva značajnu onesposobljenost u svim segmentima funkcioniranja pojedinca, što je najkarakterističnije predočeno fobičnim izbjegavanjem većine društvenih situacija, zbog čega pojedincima propada društveni, a jednako tako i poslovni život. Socijalna anksioznost otežava svakodnevne obveze kao što su odlazak u školu, na fakultet, posao i na ostala mjesta gdje se okuplja velik broj ljudi. Situacije u kojima će se pojedinci naći mogu izazivati pojavu straha i tjednima prije nego što se neki događaj i odigra te osobe imaju običaj izbjegavati sva mjesta gdje imaju primisao da mogu biti javno osramoćeni. Poneke osobe koje boluju od socijalne anksioznosti nemaju manifestaciju iste u javnim situacijama, već se ona manifestira kao izvedbena anksioznost. Takva se vrsta anksioznosti manifestira tjelesnim znakovima anksioznosti u pojedinaca kada se oni nalaze u središtu pozornosti, a neke su od situacija u kojima je to vidljivo vođenje javnog govora pred publikom, sudjelovanje u sportskim

natjecanjima, gdje postoji mogućnost prisustvovanja publike, te poneke izvedbe kao što su glazbeni koncerti ili kazališne predstave. Prisutnost socijalne anksioznosti rizičan je faktor za kasniji razvoj depresivnog poremećaja i povećane sklonosti k zlouporabi sredstava ovisnosti zahvaćenih pojedinaca (6, 7). Životna prevalencija socijalne anksioznosti kreće se u rasponu između 2,6 do 13,3 %. Većina socijalnih fobija započinje prije dvadesete godine života.

Neurobiološke teorije razvoja socijalnih fobija utemeljene su na slikovnim metodama korištenim u istraživanju mozga koje su pokazale da osobe sa socijalnim fobijama imaju pretjeran odgovor amigdala, koje su povezane s prepoznavanjem lica i stvaranjem negativnih emocija, te hipokampusa koji je moguće zadužen za pretjerani odgovor strahom. Slikovnim je metodama utvrđeno istovremeno sniženje u njihovoj dorzolateralnoj, prefrontalnoj i temporalnoj aktivaciji. Takav odgovor u konačnici dovodi do slabe mogućnosti učinkovite obrade, odnosno nemogućnosti inhibiracije pretjerane reakcije straha. Vjeruje se da je socijalna fobija djelomično nasljedna (8, 9). Neurološke slikovne metode pokazale su konzistentan nalaz snižene aktivnosti u limbičkim i paralimbičkim regijama mozga. Takva otkrića dovela su do zaključka da socijalna fobija nastaje kao posljedica bioloških, genetskih i okolišnih čimbenika (9). Psihološke teorije sagledavaju socijalnu fobiju u sklopu kognitivno-bihevioralnih mehanizama te psihoanalitičke teorije. Socijalna fobija može biti pokrenuta traumatičnim društvenim iskustvima ili deficitom socijalnih vještina, koje dovode do negativnog slijeda društvenih iskustava.

1.1.1. Klinička slika

Sramežljivost, povučенost te nelagoda u socijalnom okruženju nisu uvijek znak prisutne socijalne anksioznosti, pogotovo ako se radi o dječjem ili adolescentskom uzrastu. Ugoda unutar socijalnog okruženja uvelike ovisi o prijašnjim životnim iskustvima pojedinca (10, 11). Postoje i pojedinci koji su prirodno povučeni bez socijalne anksioznosti. Za razliku od svakodnevnog nervoze, socijalna anksioznost remeti normalan ritam života te uključuje strah, izbjegavanje i anksioznost, koji otežavaju odlazak na posao, u školu i obavljanje svakodnevnih zadaća. Ovaj poremećaj najčešće je vezan uz djetinjstvo i adolescenciju, no može biti prisutan i u odrasloj te starijoj dobi (12).

Znakovi i simptomi socijalne anksioznosti uključuju emocionalne i bihevioralne te tjelesne simptome.

Emocionalni i bihevioralni spektar simptoma uključuje perzistirajući strah od situacija u kojima osoba može biti osuđivana, zabrinutost oko mogućnosti sramoćenja samoga sebe, intenzivan strah od razgovora s nepoznatim ljudima, strah da će okolina primijetiti anksiozno ponašanje pojedinca, strah od pojave tjelesnih simptoma, kao što je crvenilo od srama, znojenje, drhtavica i drhtav glas, izbjegavanje razgovora s ljudima zbog straha od sramoćenja, izbjegavanje okolnosti u kojima je osoba u središtu pozornosti, strahovanje dok se iščekuje nekakav društveni događaj ili aktivnost, trpljenje društvenih situacija s izraženim strahom, prekomjerna analiza prošlih situacija i izrečenih riječi koje su mogle biti izrečene ili učinjene na, prema pojedincu, manje sramotan način, očekivanje najgorih mogućih ishoda nakon subjektivno negativnih iskustava u nekoj društvenoj situaciji (13).

Tjelesni su simptomi koji se pojavljuju crvenilo lica, palpitacije, drhtanje, prekomjerno znojenje, nelagoda u želucu te mučnina, nedostatak daha, vrtoglavica i omaglica, napetost u mišićima te osjećaj mentalne blokade u društvenim okolnostima. Uz navedene simptome za socijalnu je anksioznost karakteristično izbjegavanje potencijalno neugodnih situacija, što se može kretati u rasponu od bezazlenih situacija, kao što je izbjegavanje kontakta očima, pa sve do izbjegavanja odlaska u školu i na posao, što uvelike otežava život pojedinca (14). Istraživanja na području psihoneuroimunologije pokazuju povezanost stresa, anksioznosti i oslabljenog odgovora imunološkog sustava (15).

1.1.2. Dijagnostika

Dijagnoza socijalne anksioznosti postavlja se prema dijagnostičkim kriterijima Medicinske klasifikacije bolesti, 10. izdanje (MKB-10). U kriterije MKB-10 ubrajamo: zamjetan strah ili anksioznost u jednoj ili više socijalnih situacija u kojima je pojedinac izložen mogućim osudama svoje okoline u trajanju od najmanje šest mjeseci; strah od ponašanja koje bi moglo otkriti okolini kako pojedinac ima znakove anksioznosti, kako ga/je ne bi okolina negativno procijenila (kod djece taj strah mora biti prisutan i kada se nalaze u skupini svojih vršnjaka, a ne samo u prisustvu odraslih); ako društvene situacije gotovo uvijek izazivaju strah ili anksioznost; ako pojedinac izbjegava ili trpi društvene situacije sa značajnim strahom te ako je strah koji osoba osjeća neproporcionalan situaciji, odnosno društvenom riziku koji ta situacija nosi; ako strah onesposobljava osobu da izvršava svoje svakodnevne obveze; ako se stanje ne može pripisati

nekom drugom medicinskom poremećaju, kao što je zlouporaba alkohola ili drugih sredstava ovisnosti te tjelesnim bolestima (16).

1.1.3. Liječenje

Liječenje socijalne anksioznosti može se provoditi putem psihoterapije i/ili farmakoterapijom te tehnikama samopomoći, kao što su usredotočena ili puna svjesnost i metode samoprihvatanja (13, 17). Oblici su psihoterapija koje se najčešće primjenjuju kognitivno-bihevioralna terapija, kratkotrajna psihodinamska terapija, interpersonalna terapija te tehnike usredotočene ili pune svjesnosti za smanjenje odgovora na stresne događaje. Za vrijeme izvođenja ovih tehnika terapeuti upoznaju klijente s poremećajima koje imaju, s načinima kako mijenjati tijek misli, kako bi ih preusmjerili k mislima koje će povoljno djelovati na osobu koju preplavi strah u pojedinim situacijama te prihvatanju sebe, svojih osjećaja i iskustava kao validnih, kao i pronalaženju temeljnih uvjerenja koja uzrokuju pojavu pojedinih simptoma u određenim situacijama te razrješavanju unutarnjih konflikata. Nove tehnologije, kao što je virtualna stvarnost, omogućuju i sudjelovanje modernih dostignuća u terapijskom procesu (18).

Od farmakoterapijskih metoda u liječenju socijalne anksioznosti primjenjuju se, kao lijek prvog izbora, inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), koriste se inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI), antikonvulzivi, benzodiazepini kratko zbog tahifilaksije, zbog interakcija, rijetko i inhibitori monoaminoksidaze (MAOI). Kod izvedbene anksioznosti u liječenju se koriste i beta-blokatori te benzodiazepini alprazolam i lorazepam (13). Novije istraživanje pokazuje djelotvornost kanabidiola u liječenju socijalne anksioznosti, depresije i ovisnosti kod adolescenata (19). Ponekim mješavinama i biljkama iz narodnih medicina nedavno je dokazano anksiolitičko i antidepresivno djelovanje (20, 21).

1.1.4. Prognoza

Kako je svaki čovjek posebna jedinka, tako je i svaki slučaj socijalne anksioznosti kod pojedinaca poseban te može odstupati od uobičajenog. Neliječena socijalna anksioznost ima tendenciju postajati sve teža kako vrijeme prolazi te se oblik straha od pojedine situacije može pogoršati na strah od ljudi te odvesti osobu u samoizolaciju. Kronificirani neliječeni oblik dovodi

do propadanja društvenih odnosa pa i do prekida odlaska na posao i u školu. Uz liječenje socijalna anksioznost ima izrazito pozitivnu prognozu te omogućava normalno funkcioniranje pojedinca unutar društva i obitelji.

2. CILJEVI

Ciljevi su ovog istraživanja ispitati pojavnost socijalne anksioznosti u studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku te ispitati utjecaj socijalne anksioznosti na uspješnost izvršavanja studentskih obveza.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je presječna studija u kojoj se pomoću digitalne ankete, napravljene prema Liebowitzevoj skali socijalne anksioznosti i skali težine socijalne anksioznosti Američkog udruženja psihijatarata, odredilo postojanje i jačina simptoma socijalne anksioznosti i njihov utjecaj na izvršavanje obveza studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku (22). Ispitanici su popunili i upitnik o sociodemografskim podacima koji je dizajniran u svrhu ovog istraživanja (dob, spol, godina studija, prosjek ocjena, postojanje psihičkih bolesti, postojanje tjelesnih bolesti, obiteljski hereditet za psihičke bolesti, broj djece u obitelji te koji je ispitanik po redu rođenja od braće i sestara u obitelji, ukoliko ima braću i sestre). Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Osijek.

3.2. Ispitanici

U studiju je uključeno 120 studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku, u rasponu od 19 do 28 godina, obaju spolova, sa svih šest godina Sveučilišnog integriranog preddiplomskog i diplomskog Studija medicine. Ne postoji kriterij po kojemu bi se ispitanici isključili iz studije, osim njihove odluke o nesudjelovanju u studiji.

3.3. Metode

Način prikupljanja podataka digitalni su upitnici koje ispitanici samostalno popunjavaju. Ispitanici popunjavaju upitnik o sociodemografskim podacima koji je dizajniran u svrhu ovog istraživanja (dob, spol, godina studija, prosjek ocjena, postojanje psihičkih bolesti, postojanje tjelesnih bolesti, obiteljski hereditet za psihičke bolesti, broj djece u obitelji te koji je ispitanik po redu rođenja od braće i sestara u obitelji, ukoliko ima braću i sestre). Ispitanici popunjavaju i upitnik Američkog udruženja psihijatarata, kojim se ispituje koliko su često ispitanici osjetili simptome socijalne anksioznosti u prethodnih sedam dana. Upitnik se sastoji od deset pitanja na koje ispitanici mogu izabrati, prema učestalosti simptoma, jedan od pet ponuđenih brojeva, koji

označavaju učestalost s 0 - nikad, 1 - povremeno, 2 - pola vremena, 3 - većinu vremena i 4 - cijelo vrijeme. Zbrojeno, bodovni se spektar kreće između 0 i 40, a jačina socijalne anksioznosti računa se preko prosječne ukupne vrijednosti za svaki odgovor i svodi se na skalu koja naznačava: 0 - nema, 1 - blaga socijalna anksioznost, 2 - umjerena, 3 - teška i 4 - ekstremna socijalna anksioznost. Druga je skala Liebowitzeva skala socijalne anksioznosti, koja se sastoji od 24 pitanja sa specifičnim situacijama, koje najviše uzrokuju pojavu socijalne anksioznosti i izbjegavanja. Ispitanici na ovoj skali odgovaraju o jačini anksioznosti i intenzitetu izbjegavanja koje je prouzročila svaka pojedina situacija u proteklih sedam dana. Za skale su ponuđeni brojevi za jačinu anksioznosti koju je uzrokovala situacija: 0 - nema, 1 - blaga, 2 - umjerena, 3 - jaka, a drugi dio za učestalost izbjegavanja svake pojedine situacije brojevima: 0 - nikad, 1 - povremeno, 2 - često, 3 - uobičajeno. Ukupni se rezultat zbraja prema brojevima odgovorenim za svako pitanje te naznačava: 50 - 65 (umjerena socijalna anksioznost), 65 - 80 (značajna socijalna anksioznost), 80 - 95 (teška socijalna anksioznost) i 95+ (vrlo teška socijalna anksioznost). Rezultati će se uspoređivati s uspjehom studenata u izvršavanju njihovih obveza. Oba su upitnika u širokoj kliničkoj uporabi te dostupna za korištenje.

3.4. Statističke metode

Kategorijski su podatci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann Whitneyevim U testom, a između triju i više nezavisnih skupina Kruskal Wallisovim testom (Post hoc Conover). Povezanost prosjeka ocjena sa skorovima socijalne anksioznosti ocijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije (23). Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 19.1.7 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020).

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 120 ispitanika (studenata), od kojih su 34 mladića (28,3 %) i 86 djevojaka (71,7 %). Medijan je dobi ispitanika 23 godine (interkvartilnog raspona od 21 do 24 godine), u rasponu od 19 do 28 godina. Po 17 je ispitanika (14,2 %) sa svake od prve tri godine studija, a najviše ih je sa 6. godine, njih 38 (31,7 %). Dijagnozu mentalne bolesti imaju tri ispitanika (2,5 %), i to anksiozno-depresivni poremećaj, mizofoniju, opsesivno-kompulzivni poremećaj i socijalnu anksioznost. Dijagnozu neke tjelesne bolesti ima 13 ispitanika (10,8 %), i to najučestalije gastritis i astmu, dok su ostale bolesti zastupljene kod manjeg broja ispitanika (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Mladići	34 (28,3)
Djevojke	86 (71,7)
Godina studija	
1.	17 (14,2)
2.	17 (14,2)
3.	17 (14,2)
4.	8 (6,7)
5.	23 (19,2)
6.	38 (31,7)
Imaju dijagnozu mentalne bolesti	3 (2,5)
Imaju dijagnozu neke tjelesne bolesti	13 (10,8)
Gastritis	6 (5)
Migrena	2 (1,7)
Astma	4 (3,3)
Hashimoto tiroiditis	2 (1,7)
Hemiblok desne grane	1 (0,8)
Supraventrikularna ekstrasistola	1 (0,8)
Urtikarija	1 (0,8)
Alergija	1 (0,8)
Sindrom policističnih jajnika (PCOS)	2 (1,7)
Hipotireoza	1 (0,8)

Pozitivnu obiteljsku anamnezu psihičkih bolesti navode 23 ispitanika (19,2 %). Najzastupljenija je dijagnoza depresije u obitelji kod 13 ispitanika (10,8 %). Do petero braće ili sestara ima 109 ispitanika (90,8 %), a samo jedan ispitanik navodi da ih ima više od petero. Prvo su dijete po redu u obitelji 63 ispitanika (52,5 %), a četvrto po redu 5 ispitanika (4,2 %) (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema obiteljskoj anamnezi psihičkih bolesti te prema broju braće ili sestara

	Broj (%) ispitanika
Pozitivna obiteljska anamneza psihičkih bolesti	23 (19,2)
Anksioznost	3 (2,5)
Depresija	13 (10,8)
Shizofrenija	4 (3,3)
Alkoholizam	3 (2,5)
Bipolarni poremećaj	2 (1,7)
Poremećaj ličnosti	2 (1,7)
Demencija / Alzheimerova bolest	1 (0,8)
Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	4 (3,3)
Koliko imaju braće ili sestara	
Nemaju braće ili sestara	10 (8,3)
Jedno	58 (48,3)
Dvoje	35 (29,2)
Troje	13 (10,8)
Četvero	3 (2,5)
Više od 5	1 (0,8)
Ispitanik je koje dijete po redu	
1.	63 (52,5)
2.	37 (30,8)
3.	15 (12,5)
4.	5 (4,2)

Medijan je prosjeka ocjena tijekom studiranja 4,2 (interkvartilnog raspona od 4 do 4,5), u rasponu od 3 do 5.

4.2. Učestalost osjećaja i tjelesnih manifestacija u socijalnom okruženju (upitnik Američkog udruženja psihijatara)

Osobne tjelesne i mentalne doživljaje, koji su obuzimali ispitanike tijekom socijalnog kontakta, ispitanici su procijenili putem deset tvrdnji, koje se odnose na osjećaje u proteklih sedam dana. Unutarnja je pouzdanost cijele skale Cronbach Alpha 0,897, što upućuje da je upitnik dobar dijagnostički pokazatelj promatranih tjelesnih i mentalnih doživljaja u socijalnom okruženju.

U posljednjih sedam dana većinu je ili cijelo vrijeme 27 ispitanika (22,5 %) provelo razmišljajući o tome što će reći/ učiniti, a njih je 17 (14,2 %) izbjegavalo ili nije pristupilo društvenim situacijama. Po 12 ispitanika (10 %) navode da su se većinu vremena ili cijelo vrijeme tijekom posljednjih sedam dana osjećali anksiozno, zabrinuto ili nervozno u društvu ili su se odvrćali od razmišljanja o društvenim situacijama (Tablica 3a i Tablica 3b).

Tablica 3a. Samoprocjena osobnih tjelesnih i mentalnih doživljaja u posljednjih 7 dana (1/2)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Nikad	Povremeno	Polovicu vremena	Većinu vremena	Cijelo vrijeme	
U posljednjih sam 7 dana osjećao/la iznenađan užas, strah ili preplašenost u društvenim situacijama.	77 (64,2)	25 (20,8)	8 (6,7)	6 (5)	4 (3,3)	120 (100)
U posljednjih sam se 7 dana osjećao/la anksiozno, zabrinuto ili nervozno u društvu.	53 (44,2)	39 (32,5)	16 (13,3)	8 (6,7)	4 (3,3)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana imao/la osjećaj odbačenosti, srama, poniženja, ismijavanja ili da sam uvrijedio/la druge.	70 (58,3)	24 (20)	16 (13,3)	7 (5,8)	3 (2,5)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana osjećao/la udaranje srca, oznojenost, otežano disanje, nesvjesticu ili drhtavicu u društvenim situacijama.	85 (70,8)	16 (13,3)	10 (8,3)	4 (3,3)	5 (4,2)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana osjećao/la napetost u mišićima, na rubu ili nemirno i nemogućnost opuštanja u društvenim situacijama.	75 (62,5)	22 (18,3)	14 (11,7)	5 (4,2)	4 (3,3)	120 (100)

Tablica 3b. Samoprocjena osobnih tjelesnih i mentalnih doživljaja u posljednjih 7 dana (2/2)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Nikad	Povremeno	Polovicu vremena	Većinu vremena	Cijelo vrijeme	
U posljednjih sam 7 dana izbjegavao/la i nisam pristupio/la društvenim situacijama.	67 (55,8)	21 (17,5)	15 (12,5)	11 (9,2)	6 (5)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana prerano napustio/la društvene situacije ili minimalno sudjelovao/la (npr. slaba komunikacija, izbjegavanje kontakta očima...).	75 (62,5)	23 (19,2)	12 (10)	6 (5)	4 (3,3)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana proveo/la puno vremena razmišljajući o tome što ću reći/učiniti.	32 (26,7)	38 (31,7)	23 (19,2)	20 (16,7)	7 (5,8)	120 (100)
U posljednjih sam se 7 dana odvrćao/la od razmišljanja o društvenim situacijama.	72 (60)	22 (18,3)	14 (11,7)	9 (7,5)	3 (2,5)	120 (100)
U posljednjih sam 7 dana trebao/la pomoć za nošenje s društvenim situacijama (npr. alkohol, lijekovi, predmeti praznovjerja).	105 (88)	7 (6)	4 (3)	2 (2)	2 (1,7)	120 (100)

Ukupna se skala kreće u rasponu od 0 do 40, gdje veći broj ukazuje na prisutniju socijalnu anksioznost. Medijan je ukupne skale socijalne anksioznosti 5 (interkvartilnog raspona od 2 do 10), u rasponu od 0 do 39. Nema značajnih razlika u prisutnosti socijalne anksioznosti u odnosu na spol, godinu studija, prisutnost neke tjelesne bolesti ili postojanja psihičkih bolesti u obitelji (Tablica 4).

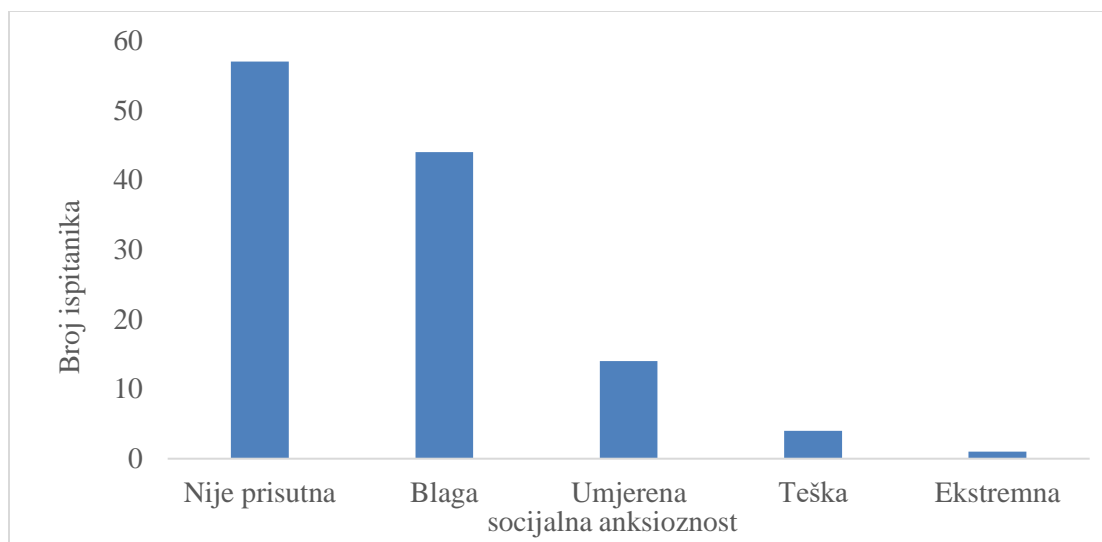
Tablica 4. Ocjena socijalne anksioznosti u odnosu na obilježja ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum	Hodges-Lehmann razlika (95% raspon pouzdanosti)	P*
Spol				
Mladići	4 (2 – 6)	0 - 22	2 (0 do 4)	0,09
Djevojke	7 (2 – 11)	0 - 39		
Godina studija				
1.	7 (3 – 11)	0 – 20	0,51 [†]	
2.	9 (4 – 18)	0 – 23		
3.	6 (2 – 11)	0 – 30		
4.	5 (2 – 16)	0 – 24		
5.	4 (1 – 10)	0 – 39		
6.	5 (2 – 9)	0 - 27		
Dijagnoza neke tjelesne bolesti				
Ne	4 (2 – 10)	0 – 39	2 (-1 do 6)	0,26
Da	9 (4 – 13)	0 - 28		
Psihičke bolesti u obiteljskoj anamnezi				
Ne	4 (2 – 10)	0 – 39	1 (-1 do 5)	0,35
Da	8 (2 – 13)	0 - 29		
Ukupna skala	5 (2 – 10)	0 - 39		

*Mann Whitney U test; [†]Kruskal Wallis test (Post hoc Conover)

Spearmanovim koeficijentom korelacije provjerili smo postoji li povezanost socijalne anksioznosti s uspjehom tijekom studiranja i uočili da je veza značajna i negativna (Spearmanov koeficijent korelacije $Rho = -0,203$ $P = 0,03$), što znači da ispitanici s nižim uspjehom tijekom studiranja imaju izraženiju socijalnu anksioznost, dok su manje socijalno anksiozni ispitanici koji imaju bolji prosjek studiranja.

U odnosu na jačinu, 57 ispitanika (47,5 %) nema prisutnu socijalnu anksioznost, njih 44 (36,7 %) ima blagu, a 14 (11,7 %) umjerenu socijalnu anksioznost, dok 4 (3,3 %) ispitanika imaju tešku, a samo jedan ispitanik (0,8 %) ekstremnu socijalnu anksioznost (Slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema socijalnoj anksioznosti

Nema značajne razlike u prosjeku ocjena s obzirom na jačinu socijalne anksioznosti (Tablica 5).

Tablica 5. Prosjek studiranja u odnosu na prisutnost socijalne anksioznosti

Socijalna anksioznost	Medijan (interkvartilni raspon) prosjeaka ocjena	Minimum – maksimum	P*
Nije prisutna	4,2 (4 – 4,5)	3 – 5	0,27
Blaga	4,2 (4 – 4,45)	3,5 – 4,8	
Umjerena	4 (3,6 – 4,4)	3,25 – 4,6	
Teška	4,4 (3,65 – 4,45)	3 – 4,5	
Ekstremna (n=1)	3,8	3,8	

*Kruskal Wallis test (bez ekstremne socijalne anksioznosti)

4.3. Skala socijalne anksioznosti (Liebowitz)

Razinu socijalne anksioznosti i izbjegavanje pojedinih situacija ocijenili smo kroz 24 pitanja koja se odnose na vrijeme u proteklih sedam dana. Unutarnja je pouzdanost Cronbach Alpha cijele skale 0,964, domene anksioznost/strah 0,938, a domene izbjegavanja 0,929.

Raspodjela odgovora vezanih uz anksioznost/strah ili izbjegavanje pojedinih situacija prikazana je u Tablici 6 i u Tablici 7.

Tablica 6. Raspodjela ispitanika prema anksioznosti/strahu i izbjegavanju pojedinih situacija u posljednjih sedam dana (1/2)

	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	Nema/ nikad	Blaga/ povremeno	Umjerena/ često	Jaka/ uobičajeno	
Telefoniranje u javnosti					
Anksioznost/strah	72 (60)	33 (27,5)	13 (10,8)	2 (1,7)	120 (100)
Izbjegavanje	67 (55,8)	28 (23,3)	16 (13,3)	9 (7,5)	120 (100)
Sudjelovanje u malim grupama					
Anksioznost/strah	88 (73,3)	21 (17,5)	9 (7,5)	2 (1,7)	120 (100)
Izbjegavanje	90 (75)	18 (15)	8 (6,7)	4 (3,3)	120 (100)
Konзумacija hrane na javnom mjestu					
Anksioznost/strah	94 (78,3)	19 (15,8)	6 (5)	1 (0,8)	120 (100)
Izbjegavanje	80 (66,7)	26 (21,7)	10 (8,3)	4 (3,3)	120 (100)
Konзумacija pića u društvu na javnom mjestu - bilo što, uključujući alkohol					
Anksioznost/strah	108 (90)	11 (9,2)	1 (0,8)	0	120 (100)
Izbjegavanje	105 (87,5)	14 (11,7)	1 (0,8)	0	120 (100)
Komunikacija s ljudima na višem položaju - šef, profesor...					
Anksioznost/strah	31 (25,8)	40 (33,3)	32 (26,7)	17 (14,2)	120 (100)
Izbjegavanje	40 (33)	39 (33)	25 (21)	16 (13)	120 (100)
Javni nastup bilo koje vrste pred publikom					
Anksioznost/strah	10 (8)	38 (32)	39 (33)	33 (28)	120 (100)
Izbjegavanje	27 (23)	38 (32)	25 (21)	30 (25)	120 (100)
Odlazak na zabavu					
Anksioznost/strah	81 (68)	25 (21)	11 (9)	3 (3)	120 (100)
Izbjegavanje	85 (71)	23 (19)	7 (6)	5 (4)	120 (100)
Rad pod nadzorom - netko promatra što radite					
Anksioznost/strah	31 (26)	38 (32)	30 (25)	21 (18)	120 (100)
Izbjegavanje	45 (38)	34 (28)	27 (23)	14 (12)	120 (100)
Pisanje dok netko promatra					
Anksioznost/strah	66 (55)	26 (22)	16 (13)	12 (10)	120 (100)
Izbjegavanje	45 (38)	34 (28)	27 (23)	14 (12)	120 (100)
Nazivanje nekoga koga ne poznajete dobro					
Anksioznost/strah	27 (23)	44 (37)	29 (24)	20 (17)	120 (100)
Izbjegavanje	39 (33)	35 (29)	22 (18)	24 (20)	120 (100)
Razgovor s ljudima koje ne poznajete dobro					
Anksioznost/strah	46 (38)	39 (33)	24 (20)	11 (9)	120 (100)
Izbjegavanje	52 (43)	41 (34)	14 (12)	13 (11)	120 (100)
Upoznavanje sa strancima					
Anksioznost/strah	52 (43)	36 (30)	25 (21)	7 (6)	120 (100)
Izbjegavanje	61 (51)	35 (29)	16 (13)	8 (7)	120 (100)

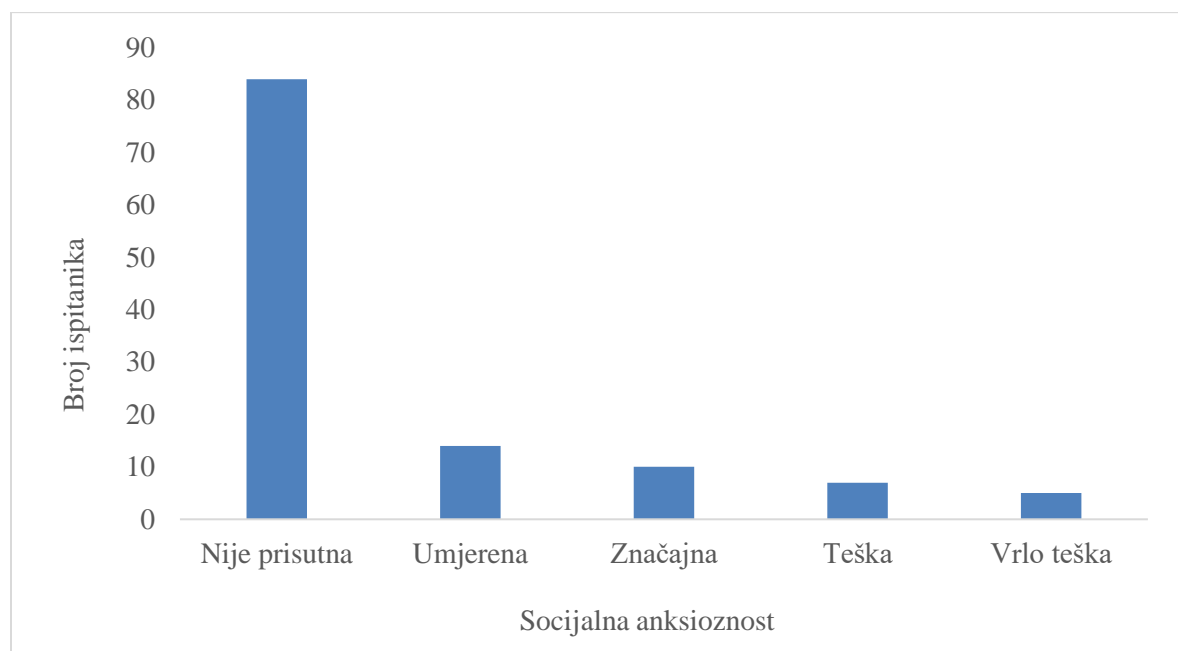
Tablica 7. Raspodjela ispitanika prema anksioznosti/strahu i izbjegavanju pojedinih situacija u posljednjih sedam dana (2/2)

	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	Nema/ nikad	Blaga/ povremeno	Umjerena/ često	Jaka/ uobičajeno	
Mokrenje u javnom zahodu uz prisutnost drugih					
Anksioznost/strah	64 (53)	29 (24)	17 (14)	10 (8)	120 (100)
Izbjegavanje	62 (52)	26 (22)	20 (17)	12 (10)	120 (100)
Ulazak u prostoriju kada drugi već sjede - mala skupina, bez da se itko mora pomicati					
Anksioznost/strah	60 (50)	36 (30)	15 (13)	9 (8)	120 (100)
Izbjegavanje	71 (59)	29 (24)	12 (10)	8 (7)	120 (100)
Bivanje u središtu pozornosti					
Anksioznost/strah	35 (29)	41 (34)	24 (20)	20 (17)	120 (100)
Izbjegavanje	38 (32)	37 (31)	24 (20)	21 (18)	120 (100)
Govor na sastanku - stajanje pred malom skupinom ljudi					
Anksioznost/strah	34 (28)	44 (37)	25 (21)	17 (14)	120 (100)
Izbjegavanje	51 (43)	35 (29)	22 (18)	12 (10)	120 (100)
Pisanje testa					
Anksioznost/strah	26 (22)	41 (34)	31 (26)	22 (18)	120 (100)
Izbjegavanje	81 (68)	17 (14)	12 (10)	10 (8)	120 (100)
Izražavanje primjerenog neslaganja ili neodobravanja prema ljudima koje ne poznajete dobro					
Anksioznost/strah	45 (38)	47 (39)	19 (16)	9 (8)	120 (100)
Izbjegavanje	45 (38)	46 (38)	21 (18)	8 (7)	120 (100)
Gledanje u oči ljudima koje ne poznajete dobro - primjeren kontakt očima					
Anksioznost/strah	70 (58)	33 (28)	14 (12)	3 (3)	120 (100)
Izbjegavanje	70 (58)	31 (26)	14 (12)	5 (4)	120 (100)
Davanje usmenog izvješća maloj grupi - grupni rad					
Anksioznost/strah	59 (49)	30 (25)	23 (19)	8 (7)	120 (100)
Izbjegavanje	72 (60)	24 (20)	17 (14)	7 (6)	120 (100)
Pokušaj zavođenja nepoznate osobe					
Anksioznost/strah	45 (38)	24 (20)	25 (21)	26 (22)	120 (100)
Izbjegavanje	40 (33)	32 (27)	16 (13)	32 (27)	120 (100)
Vraćanje proizvoda u trgovine gdje se uobičajeno prihvaća povrat robe					
Anksioznost/strah	65 (54)	27 (23)	19 (16)	9 (8)	120 (100)
Izbjegavanje	70 (58)	22 (18)	18 (15)	10 (8)	120 (100)
Organiziranje obične zabave					
Anksioznost/strah	73 (61)	28 (23)	14 (12)	5 (4)	120 (100)
Izbjegavanje	74 (62)	27 (23)	10 (8)	9 (8)	120 (100)
Odbijanje dugotrajnog slušanja osobe koja vam uporno želi nešto prodati					
Anksioznost/strah	82 (68)	26 (22)	8 (7)	4 (3)	120 (100)
Izbjegavanje	72 (60)	19 (16)	15 (13)	14 (12)	120 (100)

Ukupan je raspon bodova od 0 do 144. Medijan je cijele skale 38 (interkvartilnog raspona od 18 do 56), u rasponu od 0 do najviše 134.

Spearmanovim koeficijentom korelacije provjerili smo postoji li povezanost Liebowitzeve skale socijalne anksioznosti s prosjekom ocjena i uočili da je veza značajna i negativna (Spearmanov koeficijent korelacije $Rho = -0,215$ $P = 0,02$), što znači da ispitanici s nižim prosjekom imaju višu razinu socijalne anksioznosti, a manje razine socijalne anksioznosti imaju ispitanici s boljim prosjekom ocjena.

Podijelili smo ispitanike prema razini anksioznosti/straha te izbjegavanja pojedinih situacija. 84 ispitanika (70 %) nema prisutnu anksioznost, njih 14 (11,7 %) ima umjerenu, 10 (8,3 %) značajnu, a tešku socijalnu anksioznost njih 7 (5,8 %). Vrlo tešku socijalnu anksioznost ima 5 ispitanika (4,2 %) (Slika 2).



Slika 2. Raspodjela ispitanika prema Liebowitzevoj skali socijalne anksioznosti

Prosjek ocjena nešto je viši kod ispitanika kod kojih nema prisutne socijalne anksioznosti ili je ona umjerena, ali bez značajne razlike u prosjeku ocjena s obzirom na skupine prema razini socijalne anksioznosti (Tablica 8).

Tablica 8. Prosjek ocjena u odnosu na prisutnost socijalne anksioznosti (Liebowitz)

Socijalna anksioznost	Raspon bodova	Medijan (interkvartilni raspon) prosječna ocjena	Minimum – maksimum	P*
Nije prisutna	do 50	4,2 (4 – 4,5)	3 – 5	
Umjerena	51 - 65	4,2 (4 – 4,4)	3,25 – 4,5	
Značajna	66 – 80	4,1 (3,7 – 4,3)	3 – 4,07	0,44
Teška	81 – 95	4,1 (4 – 4,5)	3,5 – 4,5	
Vrlo teška	više od 95	4 (3,4 – 4,5)	3 – 4,6	

*Kruskal Wallis test (Post hoc Conover)

5. RASPRAVA

Prema rezultatima studije, Spearmanovim koeficijentom primijećeno je da postoji negativna povezanost jačine socijalne anksioznosti s prosjekom ocjena studenata, odnosno studenti koji imaju višu razinu socijalne anksioznosti imaju niži prosjek ocjena. U slučaju Liebowitzeve skale socijalne anksioznosti mala razlika vidljiva je među studentima koji nemaju znakove socijalne anksioznosti te je ona umjerena, kod kojih je prosjek ocjena nešto viši i onih koji imaju teži oblik, ali nije primijećena značajna razlika unutar spektra prisutne socijalne anksioznosti. U jednoj provedenoj studiji uspoređivale su se prethodne studije u kojima je postojala korelacija između pojavnosti anksioznosti, društvenog i akademskog funkcioniranja adolescenata u dobi između 10 i 19 godina (25). Adolescenti koji su patili od anksioznosti pokazivali su slabije socijalno funkcioniranje i kompetenciju u odnosu na svoje zdrave vršnjake. Prema subjektivnim mišljenjima lošije su funkcionirali u interpersonalnim odnosima. Prema osobnim dojmovima i dojmovima roditelja lošije su funkcionirali u akademskom životu te su imali niže ocjene od svojih zdravih vršnjaka (26).

Istraživanje provedeno na 2319 nasumično odabranih studenata u Sao Paulu i Porto Alegreu u Brazilu pokazalo je kako ispitanice ženskog spola sa socijalnom anksioznošću u provedenom istraživanju imaju značajno niže ocjene u odnosu na kontrolne ispitanice ženskog spola koje nisu imale socijalnu anksioznost. Muški ispitanici sa socijalnom anksioznošću također su imali niži prosjek u odnosu na kontrolne ispitanike koji nisu imali socijalnu anksioznost, ali je ta razlika bila nešto niža nego u slučaju ženskog spola. Muški su ispitanici u skupini kontrole, kao i u skupini sa znakovima socijalne anksioznosti, imali niži prosjek od ženskih ispitanika (36).

Istraživanje je provedeno na 120 ispitanika (studenata), od kojih su 34 mladića (28,3 %) i 86 djevojaka (71,7 %). Medijan je dobi ispitanika 23 godine. Najviše je ispitanika bilo sa 6. godine, dok je s prve tri godine broj podjednak. Dijagnozu mentalne bolesti ima malen broj ispitanika. Njih oko petine navodi postojanje neke psihičke bolesti u obiteljskoj povijesti. Dijagnozu neke tjelesne bolesti ima desetina ispitanika. Slični podatci dobiveni su na studiji provedenoj na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Gondaru u Etiopiji. Istraživanje je uključivalo 503 studenta. U tom istraživanju većinom se radilo o muškim ispitanicima - 362 (72 %). Medijan dobi

ispitanika bio je 22 godine. Povijest mentalne bolesti imalo je 13 ispitanika (2,6 %), a pozitivnu anamnezu neke kronične tjelesne bolesti navodi 84 ispitanika (16,7 %) (26).

U provedenom istraživanju, u odnosu na jačinu, oko polovine ispitanika nema prisutnu socijalnu anksioznost, njih više od trećinu ima blagu, a desetina umjerenu, mali broj ispitanika ima tešku, a samo jedan ispitanik ekstremnu socijalnu anksioznost. U navedenom istraživanju u Etiopiji 84 je ispitanika (16,7 %) imalo blagu razinu socijalne fobije, a 47 ispitanika studenata (9,3 %) imalo je znakove umjerene socijalne anksioznosti. Malen broj ispitanika, njih 19 (3,8 %), imalo je znakove teške socijalne anksioznosti, dok je ekstremnu razinu anksioznosti imalo 7 ispitanika (1,39%) (26).

Slična studija provedena je u ruralnom području u južnoj Indiji na 1018 ispitanika. Od ukupnog broja ispitanika njih 738 (72,5 %) bilo je u ranoj adolescentskoj dobi, između 10 i 13 godina, a njih 280 (27,2 %) između 14 i 16 godina. Od ukupnog je broja ispitanika 557 bilo muških ispitanika (51,1 %), a 978 ispitanika (96,1 %) imalo je braću ili sestre. Pojavnost socijalne anksioznosti iznosila je 22,9 %. Pojavnost blage socijalne anksioznosti primijećena je u 183 ispitanika (18%), umjerena razina socijalne anksioznosti bila je prisutna kod 41 ispitanika (4 %), teška se pojavljivala u 7 slučajeva (0,7 %), a vrlo težak oblik socijalne fobije bio je prisutan kod 2 ispitanika (0,2 %) (27).

Jedna studija provedena na studentima 2. i 3. godine medicine u Indiji obuhvaćala je 150 studenata. Od ukupnog broja 64 su ispitanika (43 %) bili muški ispitanici, a njih je 86 (57 %) bilo ženskog spola. U tom istraživanju uočeno je da 81 ispitanik (54 %) nije imao prisutnu socijalnu anksioznost, 41 ispitanik (21,33 %) imao je znakove blage socijalne anksioznosti, dok je 28 (18,67 %) pokazivalo znakove izražene socijalne anksioznosti. Skupina s izraženim simptomima sastojala se od pojedinaca koji imaju umjerene znakove socijalne anksioznosti, njih 9 (12,67 %), tešku socijalnu anksioznost imalo je 8 (5,33 %), a vrlo tešku socijalnu anksioznost imao je 1 ispitanik (0,67 %) (35).

U provedenom istraživanju primijećeno je da je petina ispitanika provelo značajnu količinu vremena razmišljajući o tome što će reći ili učiniti. Kako je vidljivo u rezultatima, neke od najznačajnijih situacija u kojima osobe pate od napadaja socijalne anksioznosti telefonski su razgovori sa strancima ili osobama koje ne poznaju dobro te ova situacija izaziva izbjegavanje

kod velikog broja ispitanika. Razgovor licem u lice sa strancima izaziva različit spektar anksioznosti kod velikog broja ispitanika, kao i pojavu izbjegavanja. Izražene kategorije u istraživanju bile su i razgovor s nadređenim osobama, bilo da su profesori ili šefovi na radnim mjestima, te vođenje govora pred publikom. Bilo kakav oblik anksioznosti u ovoj kategoriji navodi čak tri četvrtine ispitanika u različitom spektru. Najveću razinu anksioznosti i izbjegavanja kod ispitanih pojedinaca izazivao je govor pred publikom, koji, ako može, uobičajeno izbjegava četvrtina ispitanih. Slične podatke dobili su na jednom istraživanju u Švedskoj, koje je provedeno u više škola te je uključivalo 2128 učenika i učenica u dobi od 11 do 14 godina. Primijećeno je da je naznačenu, samoprijavljenu, socijalnu fobiju imalo 93 ispitanika (4,4 %), dok je sveukupna pojavnost prema rezultatima pretpostavljena za 671 učenika (31,6 %), uz uklanjanje dijela kriterija za dijagnozu. U tom istraživanju primijećeno je da su navedene situacije izazivale najveće razine anksioznosti kod ispitanih adolescenata (28).

U istraživanju nije primijećena značajna razlika u pojavnosti socijalne anksioznosti prema spolu. Pretpostavlja se da je to zbog malog broja ispitanika. Provedene su studije obično pokazale veću učestalost socijalne anksioznosti kod ženskog spola (26, 27, 28). Na studiji provedenoj na Sveučilištu u Gondaru primijećeno je da ispitana ženska populacija 2-3 puta češće pati od pojave socijalne anksioznosti u odnosu na ispitanu mušku populaciju. Studija provedena u južnoj Indiji pokazala je dvaput više slučajeva socijalne anksioznosti u ispitanoj ženskoj populaciji u odnosu na muške ispitanike (26, 27). Istraživanje provedeno u Etiopiji pokazalo je više od triput veću učestalost socijalne fobije u ispitivanoj ženskoj populaciji, nego u muških ispitanika (29). U sklopu istraživanja na studentima 2. i 3. godine medicine u Indiji primijećena je pet puta veća učestalost pojave socijalne anksioznosti u ženskog spola u odnosu na muške ispitanike (35).

Provedeno istraživanje nije pokazalo značajnu povezanost između dobi ispitanika i pojavnosti socijalne anksioznosti. Navedena studija u Gondaru u Etiopiji pokazala je obrnutu povezanost godine studija s pojavom socijalne anksioznosti. Studenti 1. godine studija pokazali su 5,5 puta veću pojavnost socijalne anksioznosti, nego studenti na 5. godini studija (26). Druga studija, također provedena u Gondaru, pokazala je dvaput veću pojavnost socijalne anksioznosti kod ispitanih adolescenata mlađih od 19 godina, nego u grupi starijih od 19 godina (29). Pretpostavlja se da ključnu ulogu u toj razlici ima mali broj ispitanika.

Provedeno istraživanje nije pokazalo značajnu povezanost između pojavnosti mentalnih bolesti u obitelji i socijalne anksioznosti kod ispitanika. U istraživanju provedenom na 1053 roditelja primijećena je povezanost pojave socijalne anksioznosti kod djece roditelja koji su imali povijest mentalnih bolesti ili obilježja drugih oblika anksioznosti. Najveća povezanost otkrivena je kod djece roditelja koji su i sami bolovali od socijalne anksioznosti. Djeca tih roditelja imala su više od triput veću priliku da i sama obole od socijalne anksioznosti, nego djeca čiji su roditelji bili zdravi, a slično je bilo i s drugim poremećajima iz spektra anksioznosti. Slična je poveznica nađena kod djece čiji su roditelji imali depresiju i bili su alkoholičari. Ta su djeca također imala triput veću učestalost pojavnosti socijalne anksioznosti u odnosu na djecu zdravih roditelja (30). Za točnije podatke i eventualne poveznice potreban je veći broj ispitanika, a drugi aspekt loše povezanosti može biti i mali udio dijagnostike mentalnih bolesti u ovdašnjoj populaciji, u kojoj se, zbog stigmatizacije, mali broj pojedinaca odlučuje posjetiti profesionalce u području mentalnog zdravlja.

Istraživanje je sadržavalo pitanja o pojavnosti dijagnosticiranih tjelesnih bolesti kod ispitanika. Gledala se povezanost između pojavnosti kroničnih tjelesnih bolesti kod ispitanika s pojavnošću socijalne anksioznosti. Na osnovu rezultata nije pronađena značajna poveznica između pojavnosti kroničnih tjelesnih bolesti, koje je navelo više od desetine ispitanika, s pojavnošću socijalne anksioznosti kod istih. Istraživanje provedeno u Turskoj gledalo je pojavu socijalne anksioznosti kod bolesnika starijih od 18 godina koji imaju dijagnozu akni i vitiliga. U istraživanje je uključeno 37 ispitanika s aknama i isti broj s dijagnozom vitiliga. Napravljena je kontrolna skupina od 74 ispitanika koji su bili slični po godinama i spolu. Obje skupine imale su zadatak riješiti Liebowitzovu skalu socijalne anksioznosti, skale vezane uz depresiju i kvalitetu života povezanu s dermatološkim bolestima. U istraživanju je uočena značajna povezanost između pojavnosti vitiliga i akni te manifestacije socijalne anksioznosti kod zahvaćenih ispitanika u odnosu na zdravu kontrolnu skupinu (31).

Istraživanje provedeno u Turskoj na 50 žena koje imaju dijagnozu kronične urtikarije pokazalo je poveznicu između dijagnoze te kronične tjelesne bolesti i učestalije pojavnosti anksioznosti i depresije u odnosu na skupinu žena koje su činile zdravu kontrolnu skupinu. Žene koje imaju dijagnozu kronične urtikarije imale su više vrijednosti rezultata na bolničkim skalama za pojavnost anksioznosti i depresije (32).

U jednoj studiji provedenoj u SAD-u obuhvaćena je skupina od 765 srednjoškolaca iz dviju škola, od čega je bilo 76,9 % djevojaka. Ispitanici su trebali riješiti dvije ankete, koje su obuhvaćale pitanja vezana uz pojavnost socijalne anksioznosti te jednu anketu koja je ispitivala pojavnost astme u ispitanika. Prema rezultatima anketa pojavnost anksioznosti bila je 13,7 % te 15,6 %, dok se astma pojavljivala kod 18,6 % ispitanika, a kod 11,2 % radilo se o aktivnom obliku bolesti. Kada su se uspoređivali rezultati anketa, primijećeno je da je proporcionalno veći broj studenata s astmom, nego onih bez nje, ušao u skupinu klinički značajnog spektra socijalne anksioznosti (33). Razlike u rezultatima mogu se objasniti razlikama u promatranj skupini pojedinaca, koji su s ciljem bili razdijeljeni u posebne skupine, u kojima je promatrana pojavnost socijalne anksioznosti ili fobije sa specifičnom bolešću, što u slučaju provedenog istraživanja nije rađeno, nisu postojale kontrolne skupine, niti su se isključivo uvrštavali pojedinci koji boluju od nekih specifičnih tjelesnih bolesti, kako bi se tražila povezanost njihove pojavnosti.

Desetina ispitanika u provedenom istraživanju izjasnila se kako je morala konzumirati alkohol ili neke supstance kako bi im pomogle s anksioznošću u društvenim situacijama. Studija provedena u SAD-u obuhvatila je 70 adolescenata u dobi između 12 i 17 godina, koji su se prethodno morali izjasniti da su nedavno konzumirali alkohol. Kod tih je ispitanika promatrana razina socijalne anksioznosti, gledali su se motivi konzumacije alkohola kod pojedinaca, kao što je zaboravljanje svakodnevnih problema te njihova želja za ponovnom konzumacijom alkohola. Studija je pronašla poveznicu između pojačane konzumacije alkohola i razine socijalne anksioznosti kod pojedinaca, povezanost razine anksioznosti sa svakodnevnim problemima i konzumacijom alkohola te povećanu želju za alkoholom kod pojedinaca koji su se u vrijeme provedenog istraživanja našli u situaciji koja je izazvala pojavu anksioznosti (34). Mali broj podataka u provedenoj studiji onemogućuje stvaranje jasne poveznice između konzumacije alkohola i razine socijalne anksioznosti.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata može se zaključiti sljedeće:

- Pojavnost socijalne anksioznosti nešto je viša kod studenata na Medicinskom fakultetu u Osijeku u odnosu na pregledane studije.
- Nema vidljive razlike u pojavnosti socijalne anksioznosti u odnosu na godinu studija.
- Studenti s prisutnom umjerenom ili težom socijalnom anksioznošću imaju nešto niži prosjek ocjena u odnosu na zdrave pojedince ili one s blagom pojavnošću socijalne anksioznosti, kao što je primijećeno u provedenim istraživanjima.
- Ne postoje značajne razlike u prosjeku ocjena unutar skupine s umjerenom do vrlo teškom socijalnom anksioznošću.
- Nema značajne razlike između pojave socijalne anksioznosti u odnosu na spol.
- Nema značajne poveznice između dijagnosticirane kronične tjelesne bolesti ili mentalnih bolesti u obitelji s pojavnošću socijalne anksioznosti u ispitanika.
- Potrebna je veća količina istraživanja koja povezuju pojavnost socijalne anksioznosti u studentskim populacijama s različitim životnim aspektima.
- Potrebno je uvesti programe ranog suzbijanja socijalne anksioznosti, kao i programa podrške za pojedince koji boluju od iste.

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ciljevi su ovog istraživanja ispitati pojavnost socijalne anksioznosti u studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku te utjecaj socijalne anksioznosti na uspješnost izvršavanja studentskih obveza.

Nacrt studije: Presječna studija

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno na 120 studenata obaju spolova, medijana dobi 23 godine. Pomoću digitalnog upitnika bilježeni su dob, spol, godina studija, postojanje dijagnoze mentalne ili kronične tjelesne bolesti, mentalne bolesti u obitelji, broj braće i sestara te redoslijed rođenja u obitelji. Nakon toga ispitanici su popunjavali upitnik Američkog udruženja psihijatarata, u kojem su odabirali ponuđene intenzitete tjelesnih i mentalnih pojava povezanih sa socijalnom anksioznošću te Liebowitzovu skalu socijalne anksioznosti, u kojoj su navedene specifične situacije koje izazivaju napade anksioznosti i izbjegavanja. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 19.1.7 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020).

Rezultati: Prema skali Američkog udruženja psihijatarata socijalna se anksioznost pojavljuje u različitom spektru kod 52,5 % ispitanika (4,1 % ukupnog broja pripada teškoj i ekstremnoj skupini). Liebowitzeva skala pokazuje da kod 30 % ispitanika postoji pojava nekog oblika socijalne anksioznosti, pri čemu je trećina teška i vrlo teška. Spearmanovim koeficijentom ($Rho = -0,203$ $P = 0,03$ za 1. skalu i $Rho = -0,215$ $P = 0,02$ za Liebowitzovu skalu) primijećena je negativna povezanost prosjeka ocjena s pojavnošću socijalne anksioznosti, što pokazuje da jači stupanj socijalne anksioznosti negativno djeluje na ocjene.

Zaključak: Socijalna se anksioznost pojavljuje kod značajnog broja studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku te ona negativno djeluje na uspjeh studenata.

Ključne riječi: socijalna anksioznost, studentska populacija, studentske obveze

8. SUMMARY

SOCIAL ANXIETY IN STUDENT POPULATION

Objective: The aim of the study was to examine the prevalence of social anxiety in students of Faculty of Medicine in Osijek and to determine its influence on carrying out student duties.

Study design: Cross-sectional study.

Participants and methods: The study was carried out on 120 students of both sexes, median age 23. The data was collected through an online survey. The information about age, sex, year of study, existence of mental illness or physical illness was collected, as well as the existence of mental disorders in the family history, the number of siblings and as which one of the siblings was the examined born into the family. After those questions, the examined had to fill out two different surveys- one by The American Association of Psychiatrists which contained various physical and mental sensations linked to social anxiety which may have occurred in social situations in the past 7 days, and the other, the Liebowitz Social Anxiety Scale, which contained various described situations and asked the examined to rate the occurrence of anxiety and avoidance in those specific situations. The statistical program MedCalc Statistical Software version 19.1.7 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020) was used in the statistical analysis.

Results: According to the first scale, social anxiety is occurring, in a wide spectrum, in 52,5 % of the examined students. According to the second scale, social anxiety is occurring in 30 % of the examined, one third which of belonging to severe and very severe social anxiety. Using Spearman coefficient ($Rho = -0,203$ $P = 0,03$ for the first scale and $Rho = -0,215$ $P = 0,02$ for Liebowitz Scale) a negative correlation between severity of social anxiety and grades was perceived. The examined who had more severe varieties of social anxiety had lower grades than those who had mild symptoms or none of them.

Conclusion: Social anxiety is occurring in a significant number of students of the Medical Faculty of Osijek and it has adverse effects on carrying out student duties.

Key words: Social anxiety, student population, student duties

9. LITERATURA

1. Kumar B, Shah MAA, Kumari R, Kumar A, Kumar J, Tahir A. Depression, Anxiety, and Stress Among Final-year Medical Students. *Cureus* 2019; 11(3): e4257.
2. Feiss R, Dolinger SB, Merritt M, Reiche E, Martin K, Yanes JA, i sur. A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of youth and adolescence* 2019;48(9):1668-1685.
3. Marc-Antoine C. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience* 2015;(3): 319–325.
4. Yuvaraj K, Kumar GD, Priyan S, Yamini M, Kumar SG, Subitha L. Prevalence and Associated Factors for Social Phobia Among School-Going Adolescents in a Rural Area of Puducherry, South India. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2018; /j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2018-0037/ijamh-2018-0037.xml.
5. Desalegn GT, Getinet W, Tadie G. The prevalence and correlates of social phobia among undergraduate health science students in Gondar, Gondar Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019; 12(1):438.
6. Wong J, Morrison AS, Heimberg RG, Goldin PR, Gross JJ. Implicit associations in social anxiety disorder: the effects of comorbid depression. *J Anxiety Disord*. 2014;28(6):537-46.
7. Dannenhoffer CA, Kim EU, Saalfeld J, Werner DF, Varlinskaya EI, Spear LP. Oxytocin and Vasopressin Modulation of Social Anxiety Following Adolescent Intermittent Ethanol Exposure. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018;235(10):3065-3077.

8. Stein MB, Chen CY, Jain S, Jensen KP, He F, Heeringa SG, i sur. Genetic Risk Variants for Social Anxiety.
Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2017;174(2):120-131.
9. Filaković P, i sur. Psihijatrija. 1. Izdanje. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
10. Meyer N, Jenikejew J, Richter SH, Kaiser S, Sachser N. Social experiences during adolescence affect anxiety-like behavior but not aggressiveness in male mice.
Behav Brain Res. 2017;326:147-153.
11. Burke AR, McCormick CM, Pellis SM, Lukkes JL. Impact of adolescent social experiences on behavior and neural circuits implicated in mental illnesses.
Neurosci Biobehav Rev. 2017;76(Pt B):280-300.
12. Karlsson B, Klenfeldt IF, Sigström R, Waern M, Ostling S, Gustafson D, i sur. Prevalence of social phobia in non-demented elderly from a swedish population study.
Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17(2):127-35.
13. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder.
N Engl J Med. 2017;376(23):2255-2264.
14. Toth I, Neumann ID. Animal models of social avoidance and social fear.
Cell Tissue Res. 2013;354(1):107-18.
15. Ray A, Gulati K, Rai N. Stress, Anxiety, and Immunomodulation: A Pharmacological Analysis.
Vitam Horm. 2017;103:1-25.
16. Lemyre A, Gauthier-Légaré A, Bélanger RE. Shyness, social anxiety, social anxiety disorder, and substance use among normative adolescent populations: A systematic

- review.
Am J Drug Alcohol Abuse. 2019;45(3):230-247.
17. Kocovski NL, Fleming JE, Blackie RA, MacKenzie MB, Rose AL. Self-Help for Social Anxiety: Randomized Controlled Trial Comparing a Mindfulness and Acceptance-Based Approach With a Control Group.
Behav Ther. 2019;50(4):696-709.
18. Geraets CNW, Veling W, Witlox M, Staring ABP, Matthijssen SJMA, Cath D. Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study.
Behav Cogn Psychother. 2019;47(6):745-750.
19. Laczkovics C, Kothgassner OD, Felnhofer A, Klier CM. Cannabidiol treatment in an adolescent with multiple substance abuse, social anxiety and depression.
Neuropsychiatr. 2020 Feb 12.
20. Carmona F, Coneglian FS, Batista PA, Aragon DC, Angelucci MA, Martinez EZ, i sur. Aloysia polystachya (Griseb.) Moldenke (Verbenaceae) powdered leaves are effective in treating anxiety symptoms: A phase-2, randomized, placebo-controlled clinical trial.
J Ethnopharmacol. 2019;242:112060.
21. Ito N, Hirose E, Ishida T, Hori A, Nagai T, Kobayashi Y, i sur. Kososan, a Kampo medicine, prevents a social avoidance behavior and attenuates neuroinflammation in socially defeated mice.
J Neuroinflammation. 2017;14(1):98.
22. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.

23. Ivanković D. i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.
24. de Lijster JM, Dieleman GC, Utens EMWJ, Dierckx B, Wierenga M, Verhulst FC, i sur. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018;230:108-117.
25. Soohinda, G., Sampath, H. Social phobia among school students-prevalence, demographic correlates and socio-academic impairment. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health* 12, 211-229.
26. Desalegn GT, Getinet W, Tadie G. The prevalence and correlates of social phobia among undergraduate health science students in Gondar, Gondar Ethiopia. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):438.
27. Yuvaraj K, Kumar GD, Priyan S, Yamini M, Kumar SG, Subitha L. Prevalence and associated factors for social phobia among school-going adolescents in a rural area of Puducherry, South India. *Int J Adolesc Med Health.* 2018:/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2018-0037/ijamh-2018-0037.xml.
28. Gren-Landell M, Tillfors M, Furmark T, Bohlin G, Andersson G, Svedin CG. Social phobia in Swedish adolescents: prevalence and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(1):1-7.
29. Mekuria K, Mulat H, Derajew H, Mekonen T, Fekadu W, Belete A, i sur. High Magnitude of Social Anxiety Disorder in School Adolescents. *Psychiatry J.* 2017;2017:5643136.

30. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Lieb R, Wittchen HU. Associations of familial risk factors with social fears and social phobia: evidence for the continuum hypothesis in social anxiety disorder?
J Neural Transm (Vienna). 2009;116(6):639-48.
31. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study.
Am J Clin Dermatol. 2016;17(3):305-11.
32. Tat TS. Higher Levels of Depression and Anxiety in Patients with Chronic Urticaria.
Med Sci Monit. 2019;25:115-120.
33. Bruzzese JM, Fisher PH, Lemp N, Warner CM. Asthma and Social Anxiety in Adolescents.
J Pediatr. 2009; 155(3): 398–403.
34. Blumenthal H, Ham LS, Cloutier RM, Bacon AK, Douglas ME. Social anxiety, disengagement coping, and alcohol-use behaviors among adolescents.
Anxiety Stress Coping. 2016;29(4):432-46.
35. Amit JJ, Anurag G. Social anxiety disorder in medical students: socio-demographic correlates.
Int J Community Med Public Health. 2017;4(9):3293-3296
36. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osório F, Zuardi AW, Magalhães PV, Kapczinski F, i sur. Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women.
J Affect Disord. 2012;136(3):857-61.

10. ŽIVOTOPIS

MATEO ZETOVIĆ

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Medicinski fakultet Osijek, Studij medicine
Adresa: Ulica Josipa Huttlera 4, Osijek

OSOBNI PODATCI:

Datum i mjesto rođenja: 10. svibnja 1995., Osijek
Adresa: Mihanovićeve 38, Donji Miholjac
Mobitel: 091/753-2265
E-mail: mateo.zetovic@gmail.com

OBRAZOVANJE:

- **2014. – 2020.** Studij medicine, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera
- **2010. – 2014.** Opća gimnazija, Donji Miholjac
- **2002. – 2010.** Osnovna škola “August Harambašić”, Donji Miholjac

OSTALE AKTIVNOSTI:

- **3. - 7. travnja 2017.** sudjelovanje na Tjednu znanja i vještine
- **13. – 16. listopada 2016.** pasivno sudjelovanje na 4. PIN kongresu (Kongres psihijatrije, interne i neurologije za liječnike obiteljske medicine) u Opatiji