

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Никола М. Мириловић

**УТИЦАЈ ЕПИДЕМИЈЕ БОЛЕСТИ COVID-19 НА
МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ СТУДЕНАТА**

докторска дисертација

Београд, 2023

**UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE**

Nikola M. Mirilović

**THE IMPACT OF THE COVID-19 EPIDEMIC ON
STUDENT'S MENTAL HEALTH**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2023

Ментор: Проф. др Јанко Јанковић, ванредни професор, Медицински факултет Универзитета у Београду

Коментор: Проф др Милан Латас, ванредни професор, Медицински факултет Универзитета у Београду

Чланови комисије:

1. Проф. др Весна Бјеговић-Микановић, редовни професор Медицински факултет Универзитета у Београду
2. Проф. др Милош Максимовић, ванредни професор, Медицински факултет Универзитета у Београду
3. Проф. др Весна Мијатовић Јовановић, ванредни професор, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду

Датум одбране:

ЗАХВАЛНИЦА

Највећу захвалност за безусловну подшку и подстрек да своју дисертацију уопште и започнем, а касније и успешно приведем крају дугујем својим родитељима, Бранки и Милораду Мији Мириловић.

Такође, желим да се захвалим и свим осталим члановима своје уже и шире породице који су знали како да ме мотивишу у најтежим тренуцима током израде ове дисертације, а то су пре свега моје сестре Даница и Љубица и породица Анђелић, као и сестре Марија и Милена и породица Зупанц.

Такође, захвалност дугујем и оним члановима своје породице који су мој рад на изради ове дисертације пратили са неког другог места, али који би такође били поносни и срећни у овом тренутку, а то су баба Мирка и деда Борко, као и деда Драгутин и баба Милка.

Захвалност дугујем и свим својим пријатељима који су имали разумевања за мене и мој недостатак слободног времена које сам посвећивао раду на завршавању ове дисертације. Пре свега ту мислим на Бојану Стојановић, Бојану Бјегојевић, Бојану Вучићевић, Кристину Костић, Наталију Красојевић, Катарину Младеновић, Дарију Живковић и Светлану Цецу Илић.

Захвалност дугујем и свим својим колегама из Земунске гимназије и Регионалног центра за таленте Београд 1 – Земун, који су препознали и подржали мој професионални развој.

Велику захвалност дугујем свом ментору проф. др Јанку Јанковићу који је имао воље и стрпљења да ме води и усмерава на овом дугачком и тешком путу, чији крај сигурно не бих видео да није било његових корисних и добронамерних савета и инструкција.

Захваљујем се свим студентима медицине који су узели учешћа у овом истраживању и без чијих одговора овај рад никада не би могао да се напише.

На крају, желим да се захвалим свом коментору, свим члановима комисије, свим професорима са Института за социјалну медицину и свим оним људима који су одвојили време да прочитају овај рад и дају свој допринос да он данас изгледа овако како изгледа.

Omnia mea mecum porto

ЗАХВАЛНИЦА КОАУТОРИМА РАДОВА КОЈИ СУ ПОИЗИШЛИ ИЗ ОВО ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Захваљујем се свом ментору и коментуру за помоћ приликом објављивања рада који је проистекао из ове докторске дисертације. Захвалност пре свега дугујем за помоћ при раду на:

1. Креирању концепта тезе: Проф. др Јанку Јанковићу
2. Формалној анализи: Проф. др Јанку Јанковићу
3. Методологији: Проф. др Јанку Јанковићу, Проф. др Милану Латасу
4. Супервизији: Проф. др Јанку Јанковићу, Проф. др Милану Латасу
5. Писању – оригиналног нацрта: Проф. др Јанку Јанковићу
6. Писању – рецензији и уређивању: Проф. др Јанку Јанковићу, Проф. др Милану Латасу

РЕЗИМЕ

Светска јавност се 2019. године први пут суочила са болешћу COVID-19, када је нови корона вирус SARS-CoV-2 идентификован у кинеском граду Вухану. Пандемијска размера корона вируса довела је до највеће јавноздравствене кризе на глобалном нивоу у последњих сто година, док је посебан изазов постављен пред студенте који су због мера ограничења кретања посебно били погођени. Циљеви ове докторске дисертације били су да се процени ниво доживљеног стреса, анксиозности и депресије и утицај епидемије COVID-19 на ментално здравље студената у Србији, као и механизми превладавања стреса, опште, физичко и ментално здравље и задовољство животом. Истраживање је спроведено по типу студије пресека међу 580 испитаника који су били студенти медицине. За добијање података коришћени су општи упитник, скала опаженог стреса, скала депресије, анксиозности и стреса, упитник самопроцене здравља, кратки упитник механизма превладавања и скала задовољства животом. Према резултатима истраживања, пандемија COVID-19 негативно је деловала на ментално здравље студената. Као одговор на пандемију запажени су повишени нивои депресије, анксиозности и стреса као главни проблеми психолошке природе. Депресија се чешће среће код студената који више брину за своје здравље, код студената женског пола и оних са лошијим социо-економским статусом, као и код особа које су биле у контакту са зараженим људима. Студенти на почетку својих студија чешће доживљавају анксиозне реакције и оне су интензивније у односу на старије студенте. Студентска популација показала је високе нивое стресних реакција, који се чешће јављају код студенткиња, као и код оних студената који долазе из урбаних градских средина. Пандемија је имала велики утицај на перцепцију сопственог општег, физичког и менталног здравља. Самопроцена квалитета живота код студената током пандемије вируса SARS-CoV-2 била је лоша. Проблеми са менталним здрављем могу се превазићи ако се студентима обезбеди неки вид социјалне подршке и уколико студенти користе механизме превладавања. Корисне су и технике суочавања и технике избегавања са стресорима.

Кључне речи: Ментално здравље, депресија, анксиозност, стрес, COVID-19, студенти

Научна област: Медицина

Ужа научна област: Јавно здравље

УДК број: _____

ABSTRACT

In 2019, the world public was confronted with the disease COVID-19 for the first time, when the new corona virus SARS-CoV-2 was identified in the Chinese city of Wuhan. The corona virus pandemic has led to the biggest public health crisis at the global level in the last hundred years, while a special challenge was for professionals dealing with the preservation of mental health and students who were particularly affected due to the measures of movement restrictions. The goals of this doctoral dissertation were to assess the level of experienced stress, anxiety and depression, the impact of the COVID-19 epidemic on the mental health of students in Serbia and their mechanisms of overcoming stress, satisfaction with life, general, physical and mental health. The cross-sectional study was conducted among 580 respondents who were medical students. A general questionnaire, the perceived stress scale, the depression, anxiety and stress scale, health self-assessment questionnaire, brief coping inventory and the life satisfaction scale were used to obtain data. According to the research results, the COVID-19 disease pandemic had a negative effect on the mental health of students. In response to the COVID-19 pandemic elevated levels of depression, anxiety and stress were noted as the main problems of a psychological nature. Depression is more common in students who are more concerned about their health, in female students, those with a lower socio-economic status, and people who have been in contact with infected people. Students at the beginning of their studies experienced anxiety reaction more often compared to older students. The student population also showed high levels of stress reactions, which occur more often in female students and those students who come from urban areas. The pandemic had a great impact on the perception of one's own general, physical and mental health. Students' self-assessment of the quality of life during the SARS-CoV-2 pandemic was worse compared to the period before the pandemic. However, mental health problems can be overcome if students are provided with some form of social support and especially if students use some of the stress coping mechanisms. Coping techniques and techniques to avoid stressors proved to be useful in overcoming the problems caused by the emergence of a new virus.

Key words: Mental health, depression, anxiety, stress, COVID-19, students

Scientific field: Medicine

Scientific subfield: Public Health

UDK number: _____

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. ЕПИДЕМИЈА БОЛЕСТИ COVID-19	1
1.1.1. Основне информације о болести COVID-19 и вирусу SARS-CoV-2	1
1.1.2. Сродни вируси из групе корона вируса	2
1.1.3. Етиологија вируса SARS-CoV-2.....	3
1.1.4. Класификација и сојеви вируса SARS-CoV-2	4
1.1.5. Фактори ризика за појаву болести COVID-19.....	5
1.1.6. Превенција болести COVID-19.....	5
1.2. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ	6
1.2.1. Утицај социодемографских варијабли на ментално здравље.....	8
1.3. ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИЈЕ.....	9
1.4. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ СТУДЕНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ ВИРУСА SARS-CoV-2.....	11
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	14
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ	15
3.1. УЗОРАК И ТИП СТУДИЈЕ	15
3.2. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА	16
3.3. ВАРИЈАБЛЕ И ЊИХОВА ТРАНСФОРМАЦИЈА	17
3.3.1. Општи упитник	17
3.3.2. Упитник о опаженом стресу	21
3.3.3. Упитник о депресивности, анксиозности и стресу	21
3.3.4. Упитник самопроцене здравља.....	22
3.3.5. Упитник механизма превладавања.....	23
3.3.6. Скала задовољства животом	23
3.4. СТАТИСТИЧКЕ МЕТОДЕ ОБРАДЕ ПОДАТАКА.....	24
4. РЕЗУЛТАТИ.....	25
4.1. СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	25
4.2. САМОПРОЦЕНА СТРЕСА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	27
4.3. ПОВЕЗАНОСТ САМОПРОЦЕНЕ СТРЕСА СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	30
4.4. САМОПРОЦЕНА ДЕПРЕСИВНОСТИ У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	31
4.5. ПОВЕЗАНОСТ СУБСКАЛЕ ДЕПРЕСИВНОСТ СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	33

4.6. САМОПРОЦЕНА АНКСИОЗНОСТИ У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	36
4.7. ПОВЕЗАНОСТ СУБСКАЛЕ АНКСИОЗНОСТ СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	38
4.8. САМОПРОЦЕНА СТРЕСА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	40
4.9. ПОВЕЗАНОСТ СУБСКАЛЕ СТРЕСА СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	43
4.10. САМОПРОЦЕНА ОПШТЕГ ЗДРАВЉА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	45
4.11. ПОВЕЗАНОСТ ОПШТЕГ ЗДРАВЉА (ДОБРОГ НАСПРАМ ПРОСЕЧНОГ) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	48
4.12. САМОПРОЦЕНА ФИЗИЧКОГ ЗДРАВЉА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	51
4.13. ПОВЕЗАНОСТ ФИЗИЧКОГ ЗДРАВЉА (ДОБРОГ НАСПРАМ ПРОСЕЧНОГ) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	53
4.14. СТРУКТУРА ТЕЛЕСНИХ БОЛЕСТИ КОД СТУДЕНАТА КОЈИ БОЛУЈУ ОД НЕКЕ БОЛЕСТИ	55
4.15. САМОПРОЦЕНА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	56
4.16. ПОВЕЗАНОСТ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА (ПРОСЕЧНОГ НАСПРАМ ЛОШЕГ) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	59
4.17. ПОВЕЗАНОСТ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА (ДОБРОГ НАСПРАМ ЛОШЕГ) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	61
4.18. ПОВЕЗАНОСТ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА (ДОБРОГ НАСПРАМ ПРОСЕЧНОГ) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	64
4.19. СТРУКТУРА ПСИХИЧКИХ БОЛЕСТИ КОД СТУДЕНАТА КОЈИ БОЛУЈУ ОД НЕКЕ БОЛЕСТИ	66
4.20. ДЕСКРИПТИВНА СТАТИСТКА ЗА МЕХАНИЗМЕ ПРЕВЛАДАВАЊА	67
4.21. САМОПРОЦЕНА КОРИШЋЕЊА МЕХАНИЗАМА ПРЕВЛАДАВАЊА ИЗБЕГАВАЊЕМ У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	69
4.22. ПОВЕЗАНОСТ МЕХАНИЗМА ПРЕВЛАДАВАЊА ИЗБЕГАВАЊЕМ СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА, ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	71
4.23. САМОПРОЦЕНА КОРИШЋЕЊА МЕХАНИЗАМА ПРЕВЛАДАВАЊА СУОЧАВАЊЕМ У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	73
4.24. ПОВЕЗАНОСТ МЕХАНИЗМА ПРЕВЛАДАВАЊА СУОЧАВАЊЕМ СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	75

4.25. САМОПРОЦЕНА КОРИШЋЕЊА СВИХ МЕХАНИЗАМА ПРЕВЛАДАВАЊА У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	76
4.26. ПОВЕЗАНОСТ СВИХ МЕХАНИЗМА ПРЕВЛАДАВАЊА СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	78
4.27. САМОПРОЦЕНА ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ У ОДНОСУ НА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ	79
4.28. ПОВЕЗАНОСТ ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ (НЕОДЛУЧАН НАСПРАМ НЕЗАДОВОЉАН) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	81
4.29. ПОВЕЗАНОСТ ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ (ЗАДОВОЉАН НАСПРАМ НЕЗАДОВОЉАН) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	84
4.30. ПОВЕЗАНОСТ ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ (ЗАДОВОЉАН НАСПРАМ НЕОДЛУЧАН) СА СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИМ ВАРИЈАБЛАМА И ВАРИЈАБЛАМА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА СТУДИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ ТОКОМ ЕПИДЕМИЈЕ ВИРУСА КОРОНЕ.....	86
5. ДИСКУСИЈА.....	89
6. ЗАКЉУЧЦИ	106
7. ЛИТЕРАТУРА.....	108

1. УВОД

1.1. Епидемија болести COVID-19

1.1.1. Основне информације о болести COVID-19 и вирусу SARS-CoV-2

Светска јавност се у децембру 2019. године по први пут суочила са коронавирусном болешћу (енг. coronavirus disease 2019, COVID-19), када је идентификован тешки акутни респираторни синдром коронавирус 2 (енг. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2), односно нови коронавирус у кинеској провинцији Хубеј, у граду Вухану (Zhu et al., 2020). Иако је у почетку деловало да ће зараза остати на локалном нивоу и да ће се ова епидемија завршити слично ранијим које је такође покренуо неки од SARS вируса, након свега два месеца, било је јасно да се вирус проширио на веће подручје и да прети да зарази много више људи. Због тога је 11. 3. 2021. године Светска здравствена организација (СЗО) прогласила пандемију (Sohrabi et al., 2020), чије је окончање на глобалном нивоу обелодањено 5. 5. 2023. године, иако су поједине државе и пре тога проглашавале победу над вирусом на својој територији. Пандемијска размера овог новог корона вируса, довела је до највеће јавноздравствене кризе на светском нивоу у последњих сто година и тиме створила много проблема и питања које је човечанство морало у ходу да решава. Лака и брза трансмисија вируса SARS-CoV-2 која се, пре свега, остварује директним контактом и респираторним капљицама у затвореним просторијама, где борави већи број људи у присуству заражене особе (Chan et al., 2020) допринела је брзом пандемијском ширењу болести COVID-19. Посебан изазов је поставила за професионалце који се баве очувањем менталног здравља (Marazziti, 2020), а последице пандемије ће бити дугорочне.

Болест COVID-19 примарно је респираторна болест (Lai and Cavanagh, 1997), а период инкубације вируса SARS-CoV-2, код људи, износи између два и четрнаест дана (Linton et al., 2020). Најчешћи симптом болести је грозница, коју има чак 83,2% пацијената (Hasabo et al., 2021). Осим повишене температуре, односно грознице, умор, кашаљ и друге респираторне тегобе спадају међу главне симптоме оболелих од COVID-19 (Chen et al., 2020), док је код неких пацијената могућ и смртни исход (Lai et al., 2020). Умор у виду слабости мишића доживљава око 60% пацијенатана (Mirfazeli et al., 2020), док се код неких среће и бол у стомаку (Widyadharm et al., 2020), мучнина и повраћање (Sarkesh et al., 2020), али и губитак чула укуса и мириса (Meini et al., 2020). Трајније последице заражавања вирусом су запаљење плућа (Chen et al., 2020; Chu et al., 2020) и проблеми неуролошке природе (Flores-Silva et al., 2021; Govindaraj, Subbiah, and Mohan, 2021). Неповољни фактори за опоравак од болести су гојазност (Cai et al., 2020) и старија животна доб (Han et al., 2020; Hasabo et al., 2021). Ипак, забележени су и случајеви асимптоматских пацијената (Lee et al., 2020) које је такође важно упутити на мере самоизолације и кућног карантина.

Озбиљност и величину проблема коју је вирус SARS-CoV-2 донео са собом видимо у чињеници да је до средине јула 2021. године, од вируса преминуло 4,07 милиона људи, док је било чак 188 милиона заражених (Lokuruka, 2021), при чему је највећа смртност, од 14,8% забележена код пацијената старијих од 80 година (Verity et al., 2020). Притом, мора се узети у обзир чињеница да нису све земље имале адекватне услове за тестирање и извештавање о зараженом становништву, као и да постоје случајеви асимптоматских варијанти болести COVID-19, код којих ни сами пацијенти нису знали да су заражени. Такође, из дана у дан се подаци мењају, као и значај који светска јавност придаје овој теми.

1.1.2. Сродни вируси из групе корона вируса

До тренутка избијања пандемије COVID-19, већ су били познати и неки други вируси из ове групе, који су захватили одређене делове света, само што нису изазвали пандемију оваквих размера, као ни овако велике и несагледиве последице, попут вируса SARS-CoV-2. На самом почетку 21. века, свет се суочио са епидемијом облика корона вируса названог тешки акутни респираторни синдром (енг. severe acute respiratory syndrome coronavirus, SARS-CoV) идентификованог 2003. године, такође у Кини (Zhong et al., 2003), који је према наводима Светске здравствене организације само током те године однео 744 живота, док је преко 7000 људи било заражено (Su et al., 2007). Овај вирус, као и остали вируси из SARS породице, спада у групу респираторних обољења, чији су главни симптоми суви кашањ, температура и малаксалост (Thomas and Wai, 2010). Због брзе трансмисије болести коју је SARS-CoV вирус изазивао, власти су тада, као и током тренутне пандемије, захтевале спровођење мера изолације, као вида превенције даљег ширање вируса, што је без икакве сумње деловало негативно на ментално здравље људи (Nawgyluck et al., 2004). Истраживање спроведено у Јапану (Zheng, Jimba and Wakai, 2005), са студентима који су се задесили у земљи током избијања епидемије, а пореклом су из Кине, показује да је ова популација била веома осетљива група становништва и да је епидемија деловала негативно на њихово ментално здравље.

Друга велика епидемија, која је изазвана вирусом из групе SARS, десила се 2012. године у блискоисточним земљама (Memish et al., 2020), коју је покренуо вирус кога су научници назвали блискоисточни акутни респираторни синдром (енг. Middle East respiratory syndrome, MERS-CoV). Први пацијент који је био заражен од ове варијанте вируса био је држављанин Саудијске Арабије, који је преминуо од последица упале плућа коју је изазвао вирус који је детектован у његовом респираторном систему (Azhar et al., 2014). Како је и MERS-CoV, попут раније детектованог SARS-CoV вируса, зоозоо, преносник и резервоар вируса била је камила, а имајући у виду да је већ поменута, прва жртва MERS-CoV вируса била особа са Арабијског полуострва, где има доста камила, не чуди податак да је овај део света био баш и најпогођенији овом епидемијом (Yang et al., 2020). Главни симптоми овог вируса, били су слични симптомима SARS-CoV вируса, а огледају се пре свега у кашљу, респираторним тешкоћама и грозници (Petrosillo et al., 2020). Иако је присутност овог вируса била локализованог карактера и није достигла никада пандемијске размере попут болести COVID-19, MERS-CoV је до 2020. године однео 858 живота, док је биохемијским путем вирус потврђен код 2494 пацијената (Raoult et al., 2020).

1.1.3. Етиологија вируса SARS-CoV-2

Иако се зна да све варијанте из групе SARS вируса припадају РНК вирусима и зоонозама, још увек није до краја разјашњено њихово тачно порекло и начин настанка (Kooshkaki et al., 2020). Наиме, иако различите врсте дивљих животиња могу бити резервоари за вирус, попут камиле код MERS-а или слепог миша и панголина код SARS-CoV-2 варијанте вируса, још увек није до краја разјашњено како се на пијаци у Вухану догодило да настане овакав вирус са којим планета не може да се избори дуже од две године. Код 41 особе која је била заражена вирусом SARS-CoV-2 у првом тренутку, чак 27 особа је било на спорној пијаци (Feng et al., 2020). Људски фактор, као један од потенцијалних изазивача болести, који је бар делом допринео настанку и ширењу овог вируса не сме се искључити (Banerjee et al., 2021). Постоје и сумње и спекулације, па чак и истраге, које је покренула Светска здравствена организација како би се људски фактор у настанку SARS-CoV-2 вируса истражио. Циљ оваквих акција је да се утврди и да се детаљније испитају све околности настанка вируса, као и почетних реакција кинеских власти у борби за обуздавањем и стављањем под контролу вируса и његовог епидемијског, а касније и пандемијског ширења по читавом свету (Mitra, 2021).

Једна од околности која је допринела подгревању сумњи да је вирус ипак настао као резултат генетског инжењеринга и потенцијалног биолошког ратовања била је незгода која се 2012. године десила рударима из Мојианга у Кини (Frutos et al., 2022). Наиме, група од шест рудара се заразила и испољавала неке од главних симптома клиничке слике болести COVID-19, а пре свих суви кашаљ. Троје рудара је чак и преминуло, а контроверза се створила око чињенице да су тада послати у извиђање случаја управо људи запослени на Институту за вирусологију из Вухана, места у коме је након непуне деценије и избила пандемија вируса SARS-CoV-2. Ипак, анализе које су тада, али и накнадо урађене, не поткрепљују чињеницу да су ти људи имали овај вирус, нити било коју од раније познатих варијанти SARS вируса. И поред свих тих доказа, истраживање спроведено у Доминиканској Републици (Reyes et al., 2021) показује да међу становништвом постоји доста заблуда и дезинформација у вези са настанком вируса, па тако испитаници и даље најчешће верују у то да је вирус направио неки кинески стручњак у лабораторији, а да је прича о настанку вируса на пијаци само верзија за јавност. Према наводима ових истраживача са Доминиканске Републике, велики проблем у ширењу и одржавању оваквих непозданих и нетачних информација имају пре свега медији, који често „доливају уље на ватру“ и подстичу јавност да верује у овакве теорије завере.

Ипак, за сада је највероватнији сценарио у коме човек игра значајну улогу у ширењу ове пандемије, али не као директни креатор вируса, већ као неко ко је дозволио да се догоди катастрофа ових размера. Наиме, човек је исувише почео да се меша у процесе који се дешавају у природи. Последица тога је и довођење у контакт животиња које се у природи никада не би нашле заједно на истом месту, па се тако ни слепи миш и армадило не би могли срести заједно на местима попут оне пијаци у Вухану, где су животиње из свих крајева света довођене и продаване (Zhang, Wu and Zhang, 2020). Трговина најразличитијим животињама у сврху исхране, лова, узгајања или било које друге намене, узела је маха и евидентно је таква ситуација морала да ескалира у кризу која ће можда покренути једног дана, када све ово буде било иза нас, питање оправданости оваквих радњи и третмана животиња од стране људског рода.

1.1.4. Класификација и сојеви вируса SARS-CoV-2

Када говоримо о тренутно актуелном вирусу SARS-CoV-2, вирусу који је изазвао пандемију са којом се свет бори од 2019. године, морамо имати на уму да је за све то време овај вирус претрпео извесне трансформације. Разлог за то су разни процеси мутација, који нису нека специфичност само овог вируса, већ су општа и честа карактеристика и других вируса са којим се човечанство кроз историју сусретало.

Први сој, прва варијанта вируса SARS-CoV-2, која је настала у Кини, крајем 2019. године, накнадно је означена као алфа сој, док су касније варијанте именоване сукцесивно по словима грчког алфабета. Сходно томе, друга варијанта вируса названа је бета сој, који је детектован први пут у Јужној Африци (Shiehzađegan et al., 2021), након чега се попут алфа соја, проширио на читав свет. Иако различите, ове две варијанте су показале извесне сличности, па се тако оба поменута соја могу пре свега срести код сисара, односно ова група животиња најчешће преноси заразу (Mitra, 2021). Не сме се изгубити из вида да овај вирус није искључиво претња само за људски род, већ се он много учесталије може срести код различитих животињских врста, код којих се иначе и појавио прво. Трећа варијанта вируса SARS-CoV-2, гама сој, први пут је детектован код особе из Јужне Америке, односно код путника из Бразила (Shiehzađegan et al., 2021). Овај сој се, за ралику од алфа и бета варијанте, чешће детектовао код птица, у односу на сисаре, мада је наравно и код њих било случајева заразе овом варијантом вируса (Mitra, 2021). Слична ситуација ће бити и са наредним сојевима насталим мутацијама вируса SARS-CoV-2.

Годину дана након појаве вируса SARS-CoV-2, односно алфа соја овог вируса у Кини, појавила се у децембру 2020. године делта варијанта (Shiehzađegan et al., 2021) вируса у Индији. Иако су симптоми алфа и делта верзије вируса у почетку били слични и односили су се пре свега на кашаљ, респираторне тегобе, малаксалост, повишену температуру и грозницу, делта сој се касније показао као заразнији, па је у прва три месеца успео да зарази чак четвртину становништва Индије, односно, у поређењу са алфа варијантом, делта сој се показао за чак 10-20% инфективнијим (Yang and Shaman, 2021). Старија популација, која има и коморбидитет, посебно је била угрожена од овог соја вируса, који је за њих могао имати и летални исход (Bignardi et al., 2022). Међутим и код опште популације, делта сој може да изазове смртни исход, јер се показало да је најсмртоноснија верзија вируса SARS-CoV-2 (Hendaus and Jomha, 2021). Такође, овај сој је подложнији мутацијама, а оболели имају теже клиничке слике и мање су отпорни на вакцине у односу на раније познате сојеве овог вируса (Callaway, 2021).

Најновија, пета по реду варијанта вируса SARS-CoV-2, названа омикрон сој, појавила се у Боцвани, 26. 11. 2021. године (He et al., 2021), па затим након пар дана и у Јужноафричкој Републици, посебно у градовима Јоханезбургу и Преторији (Ettaboina, Nakkala, and Laddha, 2021). Она се у односу на делта сој показала као још заразнија, односно као најподложнија мутацијама, јер је заразила енормно велики број људи недуго након што се појавила, мада тај број није био праћен повећаним бројем преминулих пацијената (Papanikolaou et al., 2022). Омикрон сој достиже чак педесет мутација више у односу на раније верзије, док је највероватнији домаћин, у виду животиње код које се овај сој развио, био миш (Sun et al., 2022). За сада се показало да омикрон сој подстиче јачи и боље имуни одговор код људи (Dawood, 2022), у односу на раније сојеве, што може да има импликације на процес имунизације који се

спроводи, као и на постепено окончање ове пандемије и улазак у нову сферу живота, где ће човечанство морати да се навикне на живот са неким од сојева овог вируса.

1.1.5. Фактори ризика за појаву болести COVID-19

Према подацима из истраживања са кинеским студентима (Li et al., 2021), мушкарци чешће бивају заражени од SARS-CoV-2 вируса, у односу на жене, односно чак две трећине пацијената је мушког пола, док је просечна старост оболелих око 50 година живота (Moosavi et al., 2020). Осим година, које су се показале као добар предиктивни фактор за настанак ове болести и друге демографске варијабле, попут порекла, држављанства или места где су људи путовали током пандемијског периода могу бити од користи приликом процене популације под ризиком (Ahmad, 2020). Већи број година живота, као фактор ризика за оболевање, појављују се и у истраживању Alshimie и сарадника (2020), које наводи да мање од 2% оболеле популације спада у педијатријску групу пацијената. Како деца и адолесценти немају најчешће ни других, придружених болести, односно код њих није присутан коморбидитет, они ређе имају компликације чак и уколико оболе од болести COVID-19. Ипак, није искључено да и они имају теже облике, хиперинфламаторни одговор па чак и смртни исход, посебно уколико су се већ лечили од неке хроничне болести, попут малигнитета. Студија спроведена у Мексику (Murillo-Zamora et al., 2022), међу популацијом деце и адолесцената, показала је да чак и током периода када се ова земља борила са великим бројем заражених особа на дневном нивоу, проценат заражених није био велики, као и да нису имали упале плућа као пацијенти старије животне доби. Са друге стране, студија спроведена у Кини (Du et al., 2020) показује да у неким случајевима чак и деца могу имати симптоме попут запаљења плућа које се среће преваходно код одраслих, али да се ипак у овим млађим узрастима чешће срећу асимптоматске форме болести (57,1%).

Такође, предисторија респираторних, нефролошких и онколошких болести, као и гојазност, негативно су деловали на појаву и развој болести COVID-19, као и појаву запаљења плућа код млађих пацијената. Интересантна студија спроведена у Пакистану (Yousaf et al., 2022) указује на то да се на основу биохемијских параметара може чак вршити и предикција mortalитета код пацијената који су заражени вирусом SARS-CoV-2. Као значајне факторе ризика, између осталих, аутори студије наводе вредности D-dimera ≥ 400 ng/ml, као и CRP-a ≥ 30 ng/ml. Пацијенти са оваквим параметрима су захтевали обавезну болничку негу и појачан надзор над њиховим стањем како би се фатални исход избегао.

1.1.6. Превенција болести COVID-19

Како је једна од главних мера борбе против ове пошасте физичка дистанца, уз обавезно одржавање хигијенских мера и изолацију од других људи (ограничено кретање, затварање границе и увођење обавезног карантина) мере пандемије су штитећи соматско здравље становништва, проузроковале многобројне менталне проблеме и поремећаје код људи широм света (Casagrande et al., 2020). Важност изолације, а посебно самоизолације људи који су били у контакту са особама које су биле заражене вирусом SARS-CoV-2, истакнуто је у истраживању (Jia et al., 2020) које је показало да је праћење кластера заразе и идентификовање особа и у

периоду у коме су биле у контакту са зараженим особа од кључне важности за спречавање преноса и ширења вируса. Иако се вирус брзо проширио по целом свету, земље су се трудиле да не дође до „увоза“ пацијената оболелих од вируса SARS-CoV-2 из других држава како не би дошло до компликације епидемиолошке ситуације са особама које поседују другачије здравствене карактеристике или су оболеле од другачијег соја. Једна студија из Кине (Kang et al., 2021) показала је да су пацијенти који су ушли у ову земљу из Русије, а имали су позитиван тест на вирус SARS-CoV-2, били млађе животне доби, и чак 87,7% њих није имао друге придружене болести. Неки од фактора који су се показали као олакшавајуће околности у борби са пандемијским размерама вируса, код здравствених радника који су били под посебно великим притиском у овом периоду (Styga et al., 2008), били су: активно укључивање медицинских радника у санирање последица епидемије, конструктиван однос са медијима у циљу смањења панике, као и коришћење различитих механизма превладавања стреса (Maunder, 2004). Пандемија COVID-19 проузроковала је и затварање или реорганизацију већине образовних институција широм света, између осталих и високошколске установе, што је представљало велики изазов за ментално здравље студената. Посебан проблем се створио код студената медицине, који због пандемије нису могли да имају практичну наставу и контакт са пацијентима (Cao et al., 2020).

1.2. Ментално здравље

Ментално здравље је према Светској здравственој организацији дефинисано као: „Стање благостања у којем појединац схвата сопствене способности, може да се носи са нормалним животним стресовима, може да ради продуктивно и плодносно и у стању је да пружи допринос својој заједници“ (СЗО, 2001). Дакле, ментално здравље се не сме посматрати само кроз призму одсуства болести, већ као стање потпуног когнитивног и емоционалног благостања које је видљиво и у понашању особе у свакодневном функционисању (Fan and Zhang, 2006). Овакав приступ је без сумње много шири у односу на традиционални медицински модел који је у прошлости имао доминантну улогу у дефинисању здравља и болести.

Иако се савремена парадигма проучавања менталног здравља ослања пре свега на био-психо-социјални модел уз наглашавање холистичког присуца особама којима је потребна помоћ у очувању менталног здравља, и даље постоје недоумице шта се тачно сматра под овим појмом. Наиме, ако се напуштањем традиционалног медицинског модела напустило и веровање да је ментално здрава особа она особа која нема потврђену дијагнозу, није и даље јасно шта таква особа треба да уради да достигне потпуни ниво свеукупног благостања и да се развија и напредује. У покушају да одговоре на та питања, стручњаци за ментално здравље су често наводили „статистички модел“ менталног здравља, којим се инсистира да је здрава она особа која одговара просеку, већини људи. Ипак, ни овај модел није адекватан, јер занемарује постојање изузетних способности код људи, попут креативности, натпросечног количника интелигенције, високих моралних начела, фотографског памћења, итд. Према овом моделу, сви ови појединци који имају изузетне способности заправо истовремено и одступају од просека, па би се самим тим морале и окарактерисати као особе које нису ментално здраве, што би заправо био један парадокс (Sas, 2008). Из тог разлога, као адекватнија парадигма, наметнуо се „нормативни модел“ који заправо ставља у фокус одређене стандарде и идеале које би требало да испуни особа која је ментално здрава. На пример, према теорији личности оснивача

хуманистичке психологије, Абрахама Маслова, ментално здрава особа би била она која је достигла стадијум самоактуализације, односно она особа коју бисмо описали као самоостварену особу (Maslov, 1982). Ипак, и овај модел има својих недостатака у покушају да опише ментално здраву особу, јер је често те идеале који се узимају као референтна тачка тешко достићи, односно мали број људи може њима да овлада, што би имплицирало да је и број ментално здравих људи изузетно мали. Дакле, питање дефинисања менталног здравља није уопште једноставно питање, а самим тим ни радити на његовом очувању и унапређивању, па је из тог разлога најбоље имати интегративни приступ по овом питању.

Када се говори о здрављу, како физичком тако и менталном, мора се имати на уму да се заправо истовремено мора водити рачуна о неколико нивоа бриге о здрављу. Наиме, са једне стране мора се водити рачуна о превенцији менталног здравља, односно о методама које могу поспешити здраве навике, ојачати капацитете особе да се носи са стресом и кризама, спречити појаву деструктивних и самодеструктивних активности, обучити особу како да овлада различитим механизмима превладавања и како да препозна код себе када више не може самостално себи помоћи, већ треба да се обрати стручним лицима. Са друге стране, можда и највећи фокус када се говори о менталном здрављу заузима ниво лечења и пружања помоћи пацијентима који имају одређене психолошке тегобе. Без обзира да ли се говори о фармакотерапији или психотерапији, овај секундарни ниво бављења менталним здрављем је изузетно важан јер помаже особама да поврате баланс и да се ослободе тегоба. Ипак, он није једини, а често ни најпотребнији, како се често стиче утисак, јер без превенције која може да спречи нарушавање менталног здравља и уштеду материјалних и људских ресурса, приступ заштити менталног здравља не би био ни комплетан и коначан. На крају, трећи ниво заштите менталног здравља је рехабилитација, односно ресоцијализација и пружање помоћи особама које су се бориле са разним изазовима психолошке природе да живот наставе да живе квалитетно. Веома је битно да се овај ниво не изостави, јер уколико су то особе које се годинама лече, посебно у оквиру специјализованих установа, потребна им је помоћ и подршка да се врате уобичајеним животним навикама и да живот наставе и након лечења (Vlajković, 2009). У контексту великих криза на светком нивоу, попут пандемија, важно је водити рачуна о сва три нивоа заштите менталног здравља, јер особе које су адекватно прошле кроз процес превенције, мање ће захтевати помоћ у виду лечења, а оне особе које се адекватно ресоцијализују и оснаже да буду резилијентне након изласка из кризе психолошке природе, мање ће испољавати рецидива и неће захтевати поновну бригу и третман стручних лица.

Иако се о менталном здрављу, а самим тим и о менталном поремећају може говорити као о јединственом концепту, мора се имати у виду да је то само кровни појам за читав низ хетерогених стања. Постоји мноштво менталних поремећаја који су веома различити између себе, али сваки од њих може да угрози добробит и благостање особе и да наруши њено ментално здравље. Најшире гледано, менталне поремећаје можемо поделити на психозе, неурозе и поремећаје личности. Под психозама се пре свега мисли на поремећаје из спектра шизофреније и поремећаја са суманутошћу, али и на психотичне епизоде које се могу јављати у склопу неких других поремећаја. Афективни поремећаји су посебна категорија од којих су најчешћи депресија и биполарни поремећај. Анксиозни поремећаји су неуротични поремећаји, а међу њима су најистакнутији представници фобије, генерализована анксиозност, панични напади, опсесивно-компулзивни поремећаји, соматоформни поремећаји, посттрауматски стресни поремећај, дисоцијативни поремећаји и многи други поремећаји који отежавају свакодневно функционисање особе иако је контакт са реалношћу очуван, за разлику од психоза где су дереализација и деперсонализација честе појаве, док је контакт са реалношћу нарушен.

Међу честе поремећаје спадају и поремећаји личности, који су такође хетерогена група релативно трајних промена у структури личности које перманентно утичу на понашање и функционисање људи. У најпознатије поремећаје личности спадају гранични, нарцистички, параноидни, зависни, антисоцијални и многи други. Такође, постоје и органски психички поремећаји, попут разних врста деменција које такође нарушавају ментално здравље, а чији су узрочници пропадање или оштећење мозга или других делова нервног система. Постоје и поремећаји који су специфични за детињство и младалачко доба, попут стања из спектра аутизма, као и болести зависности које могу настати злоупотребом неке психоактивне супстанце. Посебну групу менталних поремећаја чине интелектуалне ометености које се пре свега огледају у когнитивним оштећењима (Jašović Gašić i Lečić Toševski, 2014).

1.2.1. Утицај социодемографских варијабли на ментално здравље

Актуелна пандемија је проузроковала многобројне менталне проблеме код становништва широм света. Италијански истраживачи су код опште популације препознали повишен ниво стреса, анксиозности и депресије као одговор на пандемију COVID-19 (Casagrande et al., 2020). Како је ментално здравље веома сложен концепт, на његову самопроцену утиче доста фактора. Тако на пример, жене чешће процењују своје ментално здравље као лошије од мушкараца. Разлог за то може бити чињеница да оне више воде рачуна о свом здрављу и више обраћају пажњу на симптоме болести (Seedat i sar., 2009). Старије особе чешће извештавају о својој бризи за ментално здравље, него млађи људи. Дакле, однос између старости и здравља је обрнуто пропорционалан (Parra and Niakas, 2006). Када говоримо о повезаности самопроцене менталног здравља и типа насеља у коме људи живе, истраживање спроведено у Великој Британији (Haynes and Gale, 1999) је показало да људи који живе на селу имају боље ментално здравље од људи из урбаних средина, а разлог би могао да буде тај што су становници руралних подручја заштићени од „брзог живота” и стреса којим су изложени становници градова, посебно великих метропола. Према истраживању спроведеном у Аустралији (McEvoy, Grove and Slade, 2011) самци имају лошије ментално здравље од особа које живе у брачној или ванбрачној заједници.

Особе које имају виши степен образовања, своје ментално здравље чешће описују као добро, него особе са нижим образовањем (Patel i sar., 2010), што се може приписати чињеници да образовање људима пружа могућност да овладају вештинама за лакше савладавање стреса и свакодневних проблема, у приватном и пословном животу (Jankovic, Marinkovic and Simic, 2011) а то последично може довести до боље очуваног менталног здравља и одсуства болести психолошке природе. Незапослени људи своје ментално здравље процењују као лошије у односу на оне који су у радном односу (Patel i sar., 2010). Разлог за то може да буде објективне природе, попут губитка извора прихода који су неопходни за живот и бригу о здрављу, али и субјективне природе, као што је осећај неуспеха и мање вредности (Giatti, Barreto and César, 2010). Као један од честих извора стреса, који је узрочник неких менталних болести, може бити и изненадни губитак посла и брига за егзистенцију (Ziglio i sar. 2002). Повезаност индекса благостања (који представља меру социоекономског статуса) са менталним здрављем пронађена је у истраживању спроведеном у Србији (Santric-Milicevic et al., 2016) и говори да сиромашни људи чешће своје ментално здравље описују као лошије и имају већу вероватноћу да оболе од неке менталне болести у односу на богатије испитанике (Bauer et al., 2009). Тако испитаници из централног дела Текса (Villatoro et al., 2021) узраста од 18 до 21 године, који су учествовали у истраживању које је имало за циљ да сагледа последице које је пандемија вируса SARS-CoV-2

оставила за собом, известили су да су управо највећи проблеми били економске и социјалне природе. Пандемија је довела до читаве реорганизације начина живота и пословања, што је довело до масовних отпуштања, смањења производне делатности, туризма, итд. Студенти из Мексика (Flores-Silva et al., 2021) су извештавали како нису имали средства за плаћање режија и станарине, односно нису могли да извршавају своје обавезе због сопственог или губитка посла њихових родитеља. Социјални проблеми, код ових испитаника који долазе из краја света који је познат по важности коју има породица у пружању социјалне подршке, били су евидентни, тј. код оних студената који су били током студија у другим местима од места где су живеле њихове породице.

Током епидемије SARS-CoV вируса чак око 30% испитиваних пацијената из Канаде извештавало о својим стресним и депресивним реакцијама које су настале као последица увођења карантина у деловима земље који су се сматрали жариштима, при чему су испитаници старији од педесет година били више погођени од млађих испитаника (Hawryluck et al., 2004). Међутим, боравак код куће већи део времена, у самоизолацији, утицао је и позитивно на људе који су имали више времена за бављење физичком активношћу, провођењем времена са породицом или једноставно одмором од посла и свакодневних обавеза (Lau et al., 2006). Епидемија SARS вируса деловала је непогодно и на ментално здравље становништа погођених тајванских области, па је тако преваленција оболевања код становништа овог острва била 11,7%, док су се људи најчешће жалили на проблеме са стресом и последице до којих је он доводио (Peng et al., 2010).

1.3. Период адолесценције

Студентска популација се у развојном смислу може посматрати као период између детињства и одраслог доба, односно студенти би према узрасним категоријама били окарактерисани као адолесценти. Овај узрасни период је једна од фаза развоја кроз коју све јединке морају да прођу на путу стицања свеукупне зрелости. Адолесценција је важан развојни период, који су истраживали многи психолози, а пре свих развојни психолог Ерик Ериксон (Sacco, 2013) који је посебну пажњу посветио кризама адолесценције у погледу тражењу личног идентитета и прихватању себе као целовите особе са свим манама и врлинама. Дакле, адолесценција представља у сваком смислу једну важну животну транзицију, а најочигледније промене се огледају кроз призму бурних биолошких промена. Особе тада постају сексуално функционалне, развијају се у физичком смислу, хормони почињу интензивније да им се лучше, развијају им се секундарне полне карактеристике, итд. Осим биолошких промена, веома важне промене се дешавају и у психолошком свету адолесцената. Посебну важност у истраживању адолесцентске развојне фазе треба посветити емоционалном развоју особе (Garber and Little, 2001). Током овог периода, млади људи се по први пут упознају са одређеним емоцијама попут партнерске љубави, љубоморе у везама, осећања поноса приликом остварења неког већег успеха у процесу образовања, итд. Такође, особе су у адолесценцији много осетљивије на критику и много емотивније реагују на неуспех, па нису ретки ни изливи беса, афективно понашање, али могу се срести и депресивне и анксиозне реакције. Такође, током ове фазе долази и до значајних социо-културних промена у животу. Од особе се очекује да постане равноправни члан друштва са свим правима али и много већим обавезама. То се пре свега огледа у односу према школи и школовању (Eccles and Roeser, 2013). Адолесценти морају да преузму одређени степен

одговорности на себе, да воде рачуна не само о себи у физичком смислу, већ да воде рачуна о својим обавезама, друштвеним улогама и позицијама на којима се налазе и да науче како да постану равноправни чланови друшта. Адолесценција је управо због тога важан и веома осетљив период када се млади људи адаптирају на нове животне околности, на промене у свом физичком и психолошком развоју, али и на очекивања која друштво и појединци имају од њих. Све ово указује на осетљивост и специфичност адолесценције током регуларних околности, док се у ванредним ситуацијама попут елементарних непогода, епидемија, ратних ситуација и сличних екстремних промена на глобалном нивоу, све ове кризе адолесценције могу појачати, односно може се створити читав низ изазова за особе из ове популације. Приступ решавања таквих изазова код адолесцената мора бити холистички оријентисан, односно мора узети у обзир свеукупни био-психо-социјални контекст рада са адолесцентима.

Када се говори о адолесценцији, важно је поменути да је то дуг временски период који је подељен на неколико стадијума. Најчешће се адолесценција дели на три периода, јер сваки са собом доноси нове развојне задатке који су донекле различити у односу на изазове из претходних периода. То су: рана адолесценција која траје од 10. до 14. године, средња адолесценција која траје између 15. и 17. године и касна адолесценција која почиње око 18. године и траје до средине, односно краја двадесетих година живота (Cole & Cole, 1993). Када се говори о раној адолесценцији у фокус истраживања се ставља заправо први сусрет детета са променама које су настале уласком у нову развојну фазу. Дете се прво током овог периода упознаје са телесним променама које су наступиле, а пре свега са интензивним физичким растом и променама у репродуктивном систему, односно достизању почетних фаза сексуалне зрелости. Ово је такође и психолошки изазован период јер млади адолесценти желе да се полако осамостале од родитеља, за које су и даље веома везани. На социјалном плану промене које настају уласком у адолесценцију јесу пре свега захтеви које школа и прелазак на предметну наставу у старијим разредима доноси са собом, а то су већа одговорност, сложеније градиво и неопходност стицања и развијања радних навика. Средња адолесценција се поклапа са периодом средњошколског образовања и са собом доноси нове изазове. На физичком плану, особе настављају да се развијају физички и да достижу све већи степен телесне зрелости. Такође, ово је период када адолесценти улазе у сексуалне односе и када стварају прве трајније емотивне партнерске везе. Све ово доноси са собом и много изазова психолошке природе, попут прихватања сопственог физичког изгледа, родног идентитета, особина личности итд. Већа одговорност и захтеви у вези са школовањем сада долазе до изражаја, као и потреба да се донесу одлуке да ли и у ком смеру наставити своје школовање или почети са радом и зарађивањем за живот. На крају, период касне адолесценције је управо она фаза која се поклапа са студентским периодом. Иако је ово фаза која је најближа одраслом добу, она је и даље транзитни период јер особе нису још увек завршиле ни свој развој нити су достигле пун степен самосталности. Иако се сам физички раст у овом периоду најчешће завршава, брига о телесном изгледу је и даље веома важна и она се пре свега огледа у потреби за физичком активношћу, тренирањем или шетањем. На емотивном плану се стварају трајнија пријатељства за цео живот и стабилне партнерске везе. Што се тиче социјалног плана ово је веома интензиван период где се студентска популација остварује у разним друштвеним улогама. Млади се на овом узрасту упуштају у свет рада, стичу прве професионалне успехе и потврђују вредност своје личности кроз задовољење разних личних мотива, пре свега мотива постигнућа. Ипак, најчешће још увек у овом узрасту, адолесценти немају финансијку самосталност и још увек су делом зависни од своје породице и помоћи коју добијају од њих (Nišević i Marinković, 2013).

Дакле, због фазе развоја у којој се налазе, адолесценти се разликују од одраслих не само по когнитивним, психолошким и социјалним способностима, већ и по питању животног искуства и радног статуса. У контексту психолошког рада са адолесцентима, без обзира да ли се ради о редовном психолошком саветовању или интервенцијама у кризи са овом популацијом, мора се водити рачуна о принципима поверљивости и томе шта је заиста информација која остаје између адолесцента и стручњака за ментално здравље који са њима ради, а шта су информације које су доступне родитељима, односно особама које финансирају и прате овај процес психолошког консултативног рада (Mitchell et al., 2002). О овим стварима мора да се води рачуна када се након актуелне пандемије буде приступило организовању програма превенције и помоћи студентима који су били угрожени током овог периода.

1.4. Ментално здравље студентске популације током пандемије вируса SARS-CoV-2

Међу студентском популацијом, може се пронаћи чак и до 50% студената који испуњавају услове за дијагнозу бар једног менталног обољења, што је много више у односу на исти узраст младих који не студирају (Hunt and Eisenberg, 2010). Живот и студирање у 21. веку довео је до наглог повећања броја студената који имају проблеме менталне природе, а систематски преглед из Кине показује да чак 28,4% студената показује знаке депресије (Lei, Liu and Jiang, 2021). Захтеви које факултет ставља пред студенте може да доведе не само до појаве депресивних реакција већ и до суицида, а између 15% и 23% студената са менталним проблемима показује и знаке лошег академског постигнућа, док неки чак и напуштају студије (Bruffaerts et al., 2018). Ипак, нису овакве реакције и проблеми са менталним здрављем присутни код свих студената подједнако. Студенти медицине су показали више степене анксиозних и депресивних реакција у односу на општу популацију, према резултатима истраживања из Марока (Essangri et al., 2021). Такође, студенткиње и студенти који долазе из развијених земаља извештавају о вишим нивоима депресије и анксиозности, док мушки студенти ређе траже психолошку помоћ због страха од стигме (Seehuus, Moeller and Peisch, 2021).

Постоји много социо-демографских варијабли које утичу на ментално здравље студената током регуларних и уобичајених животних околности, али се тај утицај повећава током кризних периода, попут пандемијских услова са којима се свет суочио након појаве вируса SARS-CoV-2 крајем 2019. године. Студентска популација је и пре избијања ове кризе имала више или мање нарушено ментално здравље у зависности од различитих социо-демографских варијабли које се односе на услове студирања, као и у односу на свој здравствени статус и здравље људи из свог окружења генерално. Одређене демографске карактеристике су посебно лоше утицале на ментално здравље студената током пандемије, а то су биле пре свега варијабле које су се тичале пола, узраста, типа насеља, брачног статуса и религиозности (Сао et al., 2020), али и неких других варијабли везаних за услове живота и студирања попут доступности интернета, организације онлајн наставе током дана карантина и места где су живели током ових дана.

Једна од највише испитиваних демографских варијабли, пол испитаника, показала се као значајна приликом описивања психолошког стања не само опште већ и студентске популације током пандемије. Још током претходне епидемије коју је изазвао вирус SARS-CoV особе женског пола су имале више последица по ментално здравље у погледу симптома

посттрауматског стресног поремећаја, али су са друге стране показивале ипак и више скорове у самопроцени квалитета живота (Lau et al., 2005). Такође, током актуелне пандемије, 55,9% испитиваних студенткиња из Израела показало је умерене или озбиљне анксиозне реакције које су биле статистички значајно више у односу на студенте мушког пола (Savitsky et al., 2020). Код студената у Италији, добијени су налази који сугеришу да се испитаници женског пола чешће жале на анксиозност у односу на мушке студенте (Di Consiglio et al., 2021). У филипинском истраживању (Sarte, 2020) само 3,6% студента који долазе са различитих факултета, каже да није било забринуто у вези са актуелном пандемијском ситуацијом, при чему су и у овом истраживању жене, чешће него мушкарци, увиђали опасност од вируса. У истраживању које су спровели Шах и сарадници (2021), студенткиње су осим узнемирености доживеле и виши ниво стреса у односу на своје мушке колеге. Све те реакције биле су заправо психолошки одговор на пандемију. Ипак, постоје и истраживања код којих није пол нужно повезан са менталним здрављем током пандемије, па тако међу студентима из Пољске нису нађене статистички значајне разлике по полу у односу на самопроцењене нивое депресије (Zalewska et al., 2021).

Када се говори о узрасту, истраживање спроведено са општом популацијом током претходне епидемије коју је изазвао вирус SARS-CoV показало је да старије особе чешће имају депресивне реакције (Lee et al., 2006) у односу на млађе испитанике односно испитанике студентског узраста. Са друге стране, истраживања спроведена током актуелне пандемије са кувајтским студентима (Alsairafi et al., 2021), као и нигерисјским студентима (Shitandi, Efe and Sunday, 2021) показало је да су старији студенти показивали мање знакова депресије у односу на студенте који су били млађе животне доби. Такође, на почетку свог високошколског образовања, млађи студенти су током пандемије показали и више скорове анксиозности (Saeed and Javed, 2021) односно већу забринутост од својих колега који су пред крај својих студија. Ипак, постоје и истраживања где није потврђен значај узраста приликом самопроцене сопственог менталног здравља, односно аустралијански студенти (Lyons et al., 2020) су без обзира на свој узраст, подједнако често наводили проблеме психолошке природе. Такође, важна социо-демографска варијабла за процену менталног здравља студената услед пандемије изазване вирусом SARS-CoV-2 била је и брачни статус испитаника. Иако су се појавиле повећане депресивне, анксиозне и стресне реакције код већине људи (Shah et al., 2021) током ове јавноздравствене кризе, самци су показали израженије депресивне симптоме, док су са друге стране особе у браку показивале више степене анксиозности, а не депресивности. Исто тако, религиознији малезијски студенти (Al-Dubai et al., 2011) су имали мање проблема са менталним здрављем током суочавања са ситуацијама које су биле ризичне и кризне.

Студенти из Пољске (Zalewska et al., 2021) имали су умерене или озбиљне депресивне симптоме током пандемије корона вируса који су доведени у везу са организацијом наставе на факултетима, која је уместо уживо била организована на даљину, онлајн. Сам боравак на интернету у већем обиму за ове студенте је био сам по себи отежавајућа околност која је негативно утицала на појаву депресивних симптома. Овакве последице, испитивани студенти психотерапије, успели су да умање пре свега редовним физичким активностима које су упражњавали. Услед преласка на учење на даљину због увођења обавезног карантина и страха од заразе вирусом SARS-CoV-2 који је тада био на врхунцу, студенти који су се школовали за медицинске сестре у Израелу (Savitsky et al., 2020) показали су повишену анксиозност у односу на стање пре избијања пандемије. Управо због веома брзог ширења вируса и негативног ефеката на ментално здравље студената, појавила се додатна увећана потреба за очувањем и унапређењем менталног здравља, што је потврдила и студија спроведена у Јордану, где се као могући начини за борбу за очување менталног здравља наводи пре свега физичка активност и

вежбање (Seetan et al., 2021). Амерички студенти (Kelly et al., 2021) су такође били незадовољни условима студирања током пандемије јер су они били драстично другачији у односу на оне на које су навикли, а пре свега им је сметало то што је током студија изостао рад са пацијентима уживо, што је неизоставни део посла сваког лекара. Као решење за смањење стреса које је прелазак на учење на даљину донео, тајландски студенти (Puranachaikere et al., 2021) су предложили пружање веће социјалне подршке током овог периода.

Људи који имају предисторију психијатријских обољења, посебно су били погођени током пандемије (Dubey et al., 2020), а њихово ментално здравље се додатно урушавало услед дуготрајног излагања стресорима у виду присуства вируса у популацији и трајању пандемије месецима па и годинама. Проблеми са менталним здрављем и појава анксиозних и других емоционалних проблема среће се и код студентске популације из Словачке (Gavurova, Ivankova and Rigelsky, 2020). Претходна дијагноза депресије или неког другог менталног обољења код мексичких студената (García-Espinosa et al., 2021) показала се као неповољан фактор приликом процене сопственог здравља током пандемије. Такође, осим физичке активности и пружања социјалне подршке као успешних метода за смањења стреса, коришћење различитих механизма превладавања стреса била је метода којој су студенти прибегавали током актуелне пандемије како би се изборили са пробелмима менталне природе. Управо је важност механизма превладавања стреса евидентирана у истраживању са студентима из Израела (Savitsky et al., 2020), који су показивали ниже степене анксиозности уколико су користили механизме попут развијања резилијентности и коришћењу хумора. Студенти из Сједињених Америчких Држава (Polizzi, Lynn, and Perry, 2020) су прибегавали хобијима, физичким активностима и дружењу како би превазишли стрес.

Истраживање из Србије (Santric-Milicevic i sar., 2016) које се бавило испитивањем повезаности социо-демографских варијабли са самопроценом менталног здравља код опште популације показала је да попут многих других земаља у транзицији, социо-демографске неједнакости у самопроцени менталног здравља нису тема којој се посвећује много пажње и нису довољно истражене. Једно друго истраживање из Србије (Vujčić et al., 2021) је показало негативан утицај епидемије болести COVID-19 на психолошко стање опште популације. Међутим, према нашем сазнању нема података ни истраживања којим би се одговорило на питање како заправо студенти медицине из Србије реагују на пандемију вируса SARS-CoV-2. Управо се тим питањем бави ова дисертација.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

- 1) Proceniti ниво доживљеног стреса и утицај епидемије COVID-19 на ментално здравље студената у Србији.
- 2) Утврдити ниво депресивности и анксиозности код студената који се може приписати епидемији COVID-19 у Србији.
- 3) Испитати механизме превладавања које користе студенти током епидемије COVID-19 у Србији.
- 4) Proceniti опште, ментално и физичко здравље као и степен задовољства животом студентске популације у Србији у тренутку истраживања.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

3.1. Узорак и тип студије

Спроведено истраживање је по свом типу студија пресека, а испитивањем су обухваћени студенти медицине интегрисаних академских студија са Медицинског факултета Универзитета у Београду током школске 2020/2021. године. Истраживање је због епидемије COVID-19 и преласка студената на учење на даљину, спроведено у електронској форми. Линк за упитник, који је био направљен у LimeSurvey онлајн истраживачком алату, био је постављен на Ретикулуму (званичној платформи за електронско учење доступној свим студентима) Медицинског факултета и студенти су могли да га попуњавају у периоду од три месеца, од јанура до марта 2021. године. Студенти су подсећани у четири наврата да попуне упитник посредством Facebook група направљених за сваку генерацију студената. Испитаници су добили кратко саопштење у писаној форми, на почетку упитника, о томе шта су предмет и циљ истраживања, као и о значају саме студије. Испитаници су замољени да упитник попуњавају помоћу рачунара, а не мобилних телефона или таблета, због прегледности самих питања. Испитаницима је остављен контакт (мејл адреса) организатора истраживања, да уколико се појави нека недоумица или питање, могу да се обрате за помоћ или разјашњење. Испитаници су дали пристанак информисане особе и истраживању су приступили добровољно. Упитник је био анониман, а за његово попуњавање је било потребно 10-20 минута.

Испитаници су селектовани према принципу стратификованог кластер узорка. Сви студенти интегрисаних академских студија Медицинског факултета Универзитета у Београду посматрани су као један кластер, док су студенти сваке од шест година интегрисаних студија, посматрани као посебан кластер, односно посебна група. Сви редовни студенти медицине са интегрисаних студија могли су да уђу у процес узорковања и да буду изабрани за истраживање. Овако изабран узорак је репрезентативан узорак (репрезентативност је одређена на основу довољног броја јединица посматрања за оцену пропорција и случајним одабиром јединица посматрања), што омогућава генерализацију добијених закључака.

Онлајн упитник је попунило 980 студената, међутим елиминацијом делимично попуњених упитника формиран је коначан узорак од 580 студената који су у потпуности попунили упитник. Из сваког стратума је узет приближно једнак број испитаника. Студената прве године је било 105, студената друге године 85, студената треће године је било 93, студената четврте године је било 84, студената пете године је било 79, док је студената шесте године било 134. Процес узорковања и спровођења истраживања је протекао без икаквих проблема и у складу са унапред направљеним планом.

3.2. Инструменти истраживања

За потребе овог истраживања коришћено је шест упитника Два су конструисана специјално за потребе овог истраживања, док су остали упитници, који су преузети од других аутора, већ били лингвистички и културолошки валидирани на српском језику.

Коришћени су следећи упитници:

1) Општи упитник, којим се прикупљају демографске информације о испитаницима, подаци о условима становања и студирања пре и након избијања епидемије COVID-19, као и информације о активностима испитаника током онлајн наставе, сачињен је од 20 питања. Само је питање о узрасту испитаника конструисано као питање отвореног типа, док је осталих 19 питања било затвореног типа. Прву групу питања чинило је седам питања која су се односила на личне податке из живота испитаника (пол, узраст, брачни статус, религиозност, тип насеља...). Другу групу питања чинило је осам питања која су се односила на информације везане за студије и услове студирања током епидемије COVID-19 (година студија, организација наставе током епидемије, коришћене платформе за рад...). Трећу групу питања чинило је пет питања која су се односила на потенцијални контакт испитаника или њихове породице и пријатеља са корона вирусом, као и евентуалним радним или волонтерским ангажовањем испитаника током епидемије COVID-19.

2) Скала опаженог стреса (*the Perceived Stress Scale –PSS*) мери ниво перцепираног стреса током последњих месец дана (Cohen, Kamarck and Mermelstein, 1983). Коришћена је српска лингвистички и културолошки валидирана верзија овог упитника (Jovanović and Gavrilov-Jerković, 2015) како би се добиле самопроцене студената о изложености стресогеним догађајима. Ова скала садржи десет питања, на која се може одговорити заокруживањем једне од понуђених опција и тиме исказати степен изложености сваким од понуђених стресора, при чему су понуђене опције биле: никада, скоро никада, доста често и веома често. Понуђене категорије одговора односе се на различите аспекте перципираног стреса током последњих месец дана.

3) Скала депресије, анксиозности и стреса (*the Depression Anxiety Stress Scales -DASS-21*) је упитник који има 21 питање и три субскеале које мере ниво депресивности, анксиозности и стреса током периода од недељу дана пре спровођења испитивања (Henry and Crawford, 2005). Верзија упитника која је прошла лингвистичку и културолошку адаптација има Кронбахову алфу 0.92 (Jovanović et al., 2014). Иако се свака субскала може посебно користити, за потребе овог истраживања коришћен је упитник у целости. Свака субскала садржи седам тврдњи, а испитаници треба да искажу сопствену процену степена депресивности, анксиозности и стреса заокруживањем једне од четири опција, при чему су понуђене опције: никада, понекад, често и скоро увек. Понуђене категорије одговора односе се на степен доживљене депресивности, анксиозности или стреса у периоду од седам дана пре попуњавања упитника.

4) Упитник самопроцене здравља је конструисан за потребе овог истраживања и садржи пет питања. У три питања се од испитаника тражи да на петостепеној скали процене своје опште, физичко и ментално здравље. Могући одговори за ова питања су били: веома лоше, лоше, просечно, добро и веома добро. Преостала два питања су била отвореног типа. Испитаници су могли да наведу од које физичке и менталне болести су боловали или и даље болују.

5) Кратки упитник механизма превладавања (*Brief Coping Inventory*) садржи 28 питања на која испитаници треба да одговоре одабиром једне од четири опције и тиме се изјасне у којој мери им се описана ситуација из ставке десила у периоду након што је проглашена епидемија COVID-19 (Carver, 2013). Понуђене опције су биле: нисам уопште, јако мало, повремено и често. Категорије одговора описују учесталост коришћења сваке од активности из спектра механизма превладавања који се испитију овим упитником. Четрнаест различитих техника превладавања је представљено са по две ставке у упитнику. Поред тога, неки од механизма превладавања заједно су се груписали и тако креирали два надређена механизма. Механизми превладавања који заједно чине надређени механизам превладавања назван превладавање избегавањем су: порицање, злоупотреба супстанци, вентилирање, одустајање, самодистракција и самооптуживање. У други надређени механизам превладавања, назван превладавање суочавањем спадају: активно превладавање, позитивно преобликовање, планирање, прихватање ситуације, емоционална подршка и саветодавна подршка. Механизми превладавања побожност и хумор нису распоређени ни у један од ова два надређена механизма превладавања, већ се интерпретирају искључиво самостално. Упитник се односи, како на когнитивне, тако и на емотивне, бихевиоралне и друге механизме превладавања. Инструмент је прошао језичку и културолошку валидацију за српске испитанике (Genc, Pečić and Matanov, 2013).

6) Скала задовољства животом (*The 5-item Life Satisfaction Scale*) је коришћена за испитивање општег степена задовољства животом студената, уз помоћ пет питања за самопроцену на седмостепеној скали, где су понуђени одговори били: у потпуности се не слажем, не слажем се, углавном се не слажем, нити се слажем нити се не слажем, углавном се слажем, слажем се и у потпуности се слажем. Категорије понуђених одговора односе се на процењени степен задовољства животом код испитаника. Инструмент је валидиран за испитанике из Србије (Vasić, Šarčević and Trogrlić, 2011).

3.3. Варијабле и њихова трансформација

3.3.1. Општи упитник

Питања из општег упитника, варијабле, њихове категорије и кодови приказани су у Табели 1.

Табела 1: Варијабле и њихове категорије (кодови) коришћене у општем упитнику

Питање	Назив варијабле	Категорије	Кодови
Који је Ваш пол?	Пол	Мушки Женски	1 2
Колико имате година?	Узраст	Нумеричка варијабла	/
Која сте година студија?	Година студија	Прва Друга Трећа Четврта Пета Шеста	1 2 3 4 5 6

Докторска дисертација

Како бисте дефинисали Ваш брачни статус?	Брачни статус	Самац / Самаца У браку У ванбрачној заједници	1 2 3
Да ли сте религиозни?	Религиозност	Да Не	1 2
Наведите тип насеља у коме имате пријављено пребивалиште.	Тип насеља	Градско Сеоско	1 2
Са ким живите у месту где имате пријављено пребивалиште?	Укућани	Сам / Сама Са породицом Са партнером Остало	1 2 3 4
У каквој врсти смештаја живите током студија?	Смештај током студија	Властита кућа / стан Изнајмљена кућа / стан Студентски дом Остало	1 2 3 4
Са ким живите током студија?	Укућани током студија	Сам / Сама Са породицом Са партнером Са цимером / цимерком Остало	1 2 3 4 5
Где сте били током ванредног стања?	Ванредно стање	У Београду Изван Београда Изван Србије	1 2 3
Да ли сте током епидемије имали организован неки вид онлајн наставе?	Онлајн настава	Веома мало Мало Осредње Много Веома много	1 2 3 4 5
Да ли сте имали проблема са платформама за електронско учење (нпр. Moodle) током епидемије?	Средства за рад	Да Не	1 2
Колико сте током епидемије имали студентских обавеза, у поређењу са уобичајеним условима?	Обавезе	Веома мало Мало Осредње Много Веома много	1 2 3 4 5
Колико су Вам студентске обавезе	Стресогеност обавеза	Веома мало Мало	1 2

Докторска дисертација

током епидемије биле стресне у поређењу са уобичајеним условима?		Осредње Много Веома много	3 4 5
Колико су се Ваше свакодневне активности током епидемије разликовале од уобичајених?	Свакодневне обавезе	Веома мало Мало Осредње Много Веома много	1 2 3 4 5
Да ли сте током епидемије били заражени корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Зараженост	Да Не Не знам	1 2 3
Да ли је неко од чланова Ваше породице био заражен корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Зараженост чланова породице	Да Не Не знам	1 2 3
Да ли је неко од Ваших пријатеља / познаника био заражен корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Зараженост пријатеља	Да Не Не знам	1 2 3
Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали лекарима?	Помоћ стручњацима	Да Не	1 2
Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали људима из своје локалне заједнице / околине?	Помоћ заједници	Да Не	1 2

Само је једна варијабла, узраст испитаника, била континуирана нумеричка варијабла, док су остале варијабле биле категоријалне природе са две или више категорија. Варијабле: пол, религиозност, тип насеља, средства за рад, помоћ стручњацима и помоћ заједници су биле дихотомне варијабле. Варијабле: брачни статус, ванредно стање, зараженост, зараженост чланова породице и зараженост пријатеља су варијабле са три категорије. Варијабле: укућани и

Докторска дисертација

смештај током студија су варијабле са четири категорије, док је варијабла година студија имала је шест категорија, односно свака од њих је репрезентовала по једну годину студија. Све остале варијабле имале су пет категорија које су најчешће представљале скалу процене на којима су испитаници извештавали да ли се неке појава, на пример повећана стресогеност обавеза током епидемије, на њих односи веома мало, мало, осредње, много или веома много.

У Табели 2 су приказане трансформисане варијабле из општег упитника. Осим дихотомних варијабли и варијабле године студија, све остале варијабле су трансформисане због статистичке обраде.

Табела 2: Трансформисане варијабле и њихове категорије (кодови) коришћене у општем упитнику

Назив варијабле	Категорије трансформисане варијабле	Кодови трансформисане варијабле
Узраст	<=20	1
	21-30	2
	31+	3
Брачни статус	Самац / Сама	1
	У браку / ванбрачној заједници	2
Укућани	Сам / Сама	1
	Са породицом	2
Смештај током студија	Властити смештај	1
	Изнајмљени смештај	2
Укућани током студија	Сам / Сама	1
	Са породицом / Са цимером	2
Ванредно стање	У Београду	1
	Изван Београда / Србије	2
Онлајн настава	Мало	1
	Осредње	2
	Много	3
Обавезе	Мало	1
	Осредње	2
	Много	3
Стресогеност обавеза	Мало	1
	Осредње	2
	Много	3
Свакодневне обавезе	Мало	1
	Осредње	2
	Много	3
Зараженост	Да	1
	Не / Не знам	2
Зараженост породица	Да	1
	Не / Не знам	2
Зараженост пријатељи	Да	1
	Не / Не знам	2

Нумеричка варијабла узраст је трансформисана у категоријалну варијаблу са три категорије, односно на узраст испитаника испод двадесет година, на студенте између 21 и 30 година и на студенте старије од тридесет година. Код осталих варијабли је смањен број категорија. Категорије брачног статуса „у браку“ и „у ванбрачној заједници“ су обједињене. Код варијабли укућани и укућани током студија, само су особе које живе саме остале засебна категорија, док су остале категорије обједињене. Код варијабле смештај током студија, само су као засебна категорија остали испитаници који живе у властитој кући или стану. Испитаници који су током ванредног стања били ван Београда или ван Србије, обједињени су, па је тако и варијабла ванредно стање постала дихотомна варијабла. Код варијабли зараженост, зараженост породице и зараженост пријатеља, обједињене су категорије одговора „не“ и „не знам“. Варијабле: онлајн настава, обавезе, стресогеност обавеза и свакодневне обавезе су трансформисане у варијабле са по три категорије. Сажимање је урађено тако што су категорије „веома мало“ и „мало“ обједињене, као и категорије „пуно“ и „веома пуно“.

3.3.2. Упитник о опаженом стресу

Скала перципираног стреса садржи десет питања којима се испитује доживљени стрес, а свако питање је репрезентовано са по једном варијаблом, односно једном конкретном ситуацијом која је потенцијално могла да се доживи као стресна. Свака од тих варијабли је била категоријалне природе са по пет категорија које су се односиле на учесталост доживљеног стреса за сваку од десет испитиваних варијабли. Неке варијабле, односно питања су морала бити рекодирани пре самог поступка трансформације. Након тога, сабрани су одговори са свих варијабли. Тако је добијена сумарна варијабла, нумеричке природе, која је коришћена као исходна варијабла у даљем анализама. Она је представљала збирни перцепирани стрес код испитаника.

3.3.3. Упитник о депресивности, анксиозности и стресу

Упитник садржи 21 питање. Састоји се из три дела, три субскеале, које су репрезентоване са по седам питања. Свако питање представља заправо једну варијаблу, тако да овај упитник садржи 21 варијаблу категоријалне природе са четири категорије које се односе на учесталост доживљене депресије, анксиозности или стреса. Субскала депресивности је представљена питањима број 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, субскала анксиозности питањима број 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, док су питања број 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 представљала субскалу стреса, што се може видети увидом у прилог где је овај упитник приказан у целости. Како би добили исходне варијабле са сваку субскалу, сабрани су одговори за сваког испитаника са свих седам варијабли које се односе на депресију, анксиозност, односно стрес. Тако су добијене три нумеричке исходне варијабле. Следећи корак била је трансформација тих нумеричких варијабли у категоријалне варијабле са пет категорија: нормално, благо, умерено, озбиљно и веома озбиљно. Ове категорије су се односиле на степен изражености и озбиљности депресије, анксиозности, односно стреса код испитаника. У табели 3 су приказане граничне вредности трансформисаних варијабли за све три субскеале.

Табела 3: Граничне вредности уз помоћ којих је извршена трансформација нумеричке варијабле у категоријалне варијабле за субскеале депресивности, анксиозности и стреса

	Субскала депресивност	Субскала анксиозност	Субскала стрес
Нормално	0 - 4	0 - 3	0 - 7
Благо	5 - 6	4 - 5	8 - 9
Умерено	7 - 10	6 - 7	10 - 12
Озбиљно	11 - 13	8 - 9	13 - 16
Веома озбиљно	14 +	10 +	17 +

Након што су добијене трансформисане варијабле са по пет категорија, оне су потом обједињене у три категорије тако што су категорије „нормално“ и „благо“ обједињене као и категорије „озбиљно“ и „веома озбиљно“.

За потребе логистичке регресије, креиране су дихотомне варијабле које се односе на депресивност, анксиозност и стрес. Пошто нико од испитаника на субскали депресивности није класификован са благим симптомима депресивности, већ су сви распоређени у категорије умерене или озбиљне депресивности, исходна варијабла посвећена депресивности је уједно била и дихотомна варијабла која је репрезентовала испитанике са умереном депресијом наспрам испитаника са озбиљном депресијом. Иста ситуација је и са субскалом анксиозности, која је репрезентовала испитанике са умереном анксиозношћу наспрам испитаника са озбиљном анксиозношћу. Пошто је на субскали стреса било и испитаника који су имали благе симптоме стреса, а не само умерене или озбиљне, од ове номиналне варијабле су креиране три дихотомне варијабле које су репрезентовале испитанике са умереним стресом наспрам испитаника са озбиљним стресом; испитанике са благим стресом наспрам испитаника са умереним стресом и испитанике са благим стресом наспрам испитаника са озбиљним стресом. Ипак, због малог броја испитаника који су имали благе стресне симптоме, у даљој логистичкој регресионој анализи коришћене су само дихотомне варијабле које репрезентују испитанике са умереним стресом наспрам испитаника са озбиљним стресом.

3.3.4. Упитник самопроцене здравља

Упитник самопроцене здравља је садржао три варијабле отвореног типа са по пет категорија које су трансформисане како би се добиле нове варијабле по три категорије. Код све три варијабле, обједињене су категорије „веома лоше“ и „лоше“ као и категорије „добро“ и „веома добро“ опште, физичко, односно ментално здравље.

За потребе логистичке регресионе анализе, коришћене су исходне дихотомне варијабле. Од сваке варијабле креиране су по три дихотомне варијабле, што је укупно девет нових варијабли. Све оне су креиране по истом принципу. Прва дихотомна варијабла је представљала лоше здравље наспрам просечног, друга је представљала лоше наспрам доброг здравља, док је трећа представљала просечно здравље наспрам доброг.

3.3.5. Упитник механизма превладавања

Варијабле које су коришћене у кратком упитнику механизма превладавања су категоријалне природе са по четири категорије које представљају заправо скалу процене која испитује колико је свака од понуђених активности из спектра различитих механизма превладавања коришћена. Од изворних 28 варијабли (питања) трансформацијом је креирано 14 нових варијабали. У Табели 4 је приказано које две изворне варијабле су сабирањем креирале нову варијаблу, као и њихови називи.

Табела 4: Приказ начина како су креиране варијабле које репрезентују испитиване механизме превладавања

Механизми превладавања	Редни број прве варијабле	Редни број друге варијабле
Самодистракција	1	19
Активно превладавање	2	7
Порицање	3	8
Злоупотреба супстанци	4	11
Емоционална подршка	5	15
Саветодавна подршка	10	23
Одустајање	6	16
Вентилирање	9	21
Позитивно преобликовање	12	17
Планирање	14	25
Хумор	18	28
Прихватање ситуације	20	24
Побожност	22	27
Самооптуживање	13	26

3.3.6. Скала задовољства животом

Скала задовољства животом има пет варијабли са по седам категорија које се односе на степен задовољства животом. Сабирањем одговора са ових пет изворних варијабли добијена је нова трансформисана варијабла нумеричке природе. У Табели 5 приказано је које су граничне вредности ове нумеричке варијабле коришћене за добијање финалне категоријалне седмостепене варијабле степена задовољства животом.

Табела 5: Граничне вредности уз помоћ којих је извршена трансформација нумеричке варијабле у категоријалну седмостепену варијаблу.

Задовољство животом	Граничне вредности нумеричке варијабле
У потпуности незадовољан	5 - 9
Незадовољан	10 - 14
Углавном незадовољан	15 - 19
Нити задовољан нити незадовољан	20
Углавном задовољан	21 - 25
Задовољан	26 - 30
У потпуности задовољан	31 - 35

Након што је креирана седмостепена варијабла, на начин како је приказано у Табели 5, приступило се њеној трансформацији у варијаблу са три категорије. Обједињене су категорије „у потпуности незадовољан“, „незадовољан“ и „углавном незадовољан“ као и категорије „углавном задовољан“, „задовољан“ и „у потпуности задовољан“. За потребе логистичке регресионе анализе, конструисане су три исходне дихотомне варијабле. Све оне су креиране по истом принципу. Прва дихотомна варијабла је представљала особе незадовољане животом наспрам неодлучних; друга је репрезентовала незадовољне наспрам задовољних особа својим животом, а трећа неодлучне наспрам особа задовољних својим квалитетом живота.

3.4. Статистичке методе обраде података

Подаци су описани дескриптивном статистиком: мерама централне тенденције (фреквенције, аритметичка средина, 95% интервал поверења за аритметичку средину) као и мерама варијабилитета (распон, минимум, максимум и стандардна девијација). Разлика између група је анализирана уз помоћ статистичких тестова (t-тест, хи квадрат и ANOVA) зависно од природе варијабли.

Линеарне регресионе анализе, униваријантне и мултиваријантне, коришћене су у ситуацијама када је исходна варијабла била нумеричке природе, односно за варијабле перципираног стреса и коришћеног механизма превладавања. Сви предиктори су прво појединачно били укључени у униваријантне регресионе анализе, а затим, без обзира на то да ли су били статистички значајни или не, укључивани су у мултиваријантну линеарну регресиону анализу. Уколико је исходна варијабла била дихотомна, рађена је униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија (варијабле за процену депресивности, анксиозности и стреса, за самопроцену здравља, као и варијабле за упитник о задовољству животом). Рађене су прво униваријантне логистичке регресије, да би се након тога, сви предиктори, без обзира на то да ли су се показали као значајни или не, укључили у мултиваријантну логистичку регресију.

Ниво статистичке значајности у свим коришћеним анализама био је на нивоу $p < 0.05$. Подаци су обрађени уз помоћ статистичког пакета IBM SPSS V.24.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 6 су приказане основне карактеристике социо-демографских варијабли, варијабли које се односе на услове студирања током епидемије вируса короне, као и оних које се односе на оболевање током епидемије SARS-CoV-2. Жене су чиниле већину узорка са 80,3%, док је 68,4% испитаника било старости између 21 и 30 година. Најмање је било студената пете године, њих 79, док је највише било студената завршне године, њих 134. Чак 78,6% студената се изјаснило као самац / самица, 63,3% их је религиозно, а 85,9% долази из градских средина. Скоро сви испитаници (94,1%) живе са породицом у месту где имају пријављено пребивалиште, док током студија, њих 79,8% живи са породицом. Скоро подједнак број испитаника током студија живи у свом (55%) и изнајмљеном (45%) смештају. Током ванредног стања 40,9% студената је било у Београду, док су остали били ван главног града или ван Србије. Нешто више од једне трећине испитаника мисли да је било мало организоване онлајн наставе током епидемије (37,1%) и да су имали проблема са материјалима и платформама за електронско учење (32,4%). За 15,3% студената током епидемије је било више обавеза везаних за студије у односу на регуларне услове, док њих 27,4% мисли да су те обавезе биле стресније у односу на уобичајене. Чак 69,3% студената своје свакодневне активности види другачије у односу на период пре епидемије. Што се тиче заражености вирусом короне, 25,5% студената је било заражено, 43,1% студената је имало чалана породице који је био позитиван на вирус корону, а 93,1% њих познаника или пријатеља који је боловао од вируса короне. Током епидемије вируса короне 11% студената је волонтерски помагалао лекарима, док је њих 16,9% помагало својим суграђанима.

Табела 6. Дистрибуција социо-демографских варијабли и варијабли које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабла / Питање	Укупно N=580 (100%)	
	N	%
Пол – Који је Ваш пол?		
Мушки	114	19,7
Женски	466	80,3
Узраст – Колико имате година?		
<=20	174	30
21-30	397	68,4
31+	9	1,6
Година студија – Која сте година студија?		
Прва	105	18,1
Друга	85	14,7

Докторска дисертација

Трећа	93	16
Четврта	84	14,5
Пета	79	13,6
Шеста	134	23,1
Брачни статус – <i>Како бисте дефинисали Ваши брачни статус?</i>		
Самац / самица	456	78,6
У браку / ванбрачној заједници	124	21,4
Религиозност - <i>Да ли сте религиозни?</i>		
Да	367	63,3
Не	213	36,7
Тип насеља		
Градско	498	85,9
Сеоско	82	14,1
Укућани - <i>Са ким живите у месту где имате пријављено пребивалиште?</i>		
Сам / Сама	34	5,9
Са породицом	546	94,1
Смештај током студија - <i>У каквој врсти смештаја живите током студија?</i>		
Властити смештај	319	55
Изнајмљени смештај	261	45
Укућани током студија - <i>Са ким живите током студија?</i>		
Сам / Сама	117	20,2
Са породицом / Са цимером	463	79,8
Ванредно стање - <i>Где сте били током ванредног стања?</i>		
У Београду	237	40,9
Изван Београда / Србије	343	59,1
Онлајн настава - <i>Да ли сте током епидемије имали организован неки вид онлајн наставе?</i>		
Мало	215	37,1
Осредње	235	40,5
Много	130	22,4
Средства за рад - <i>Да ли сте имали проблема са платформама за електронско учење (нпр. Moodle) током епидемије?</i>		
Да	188	32,4
Не	392	67,6
Обавезе - <i>Колико сте током епидемије имали студентских обавеза, у поређењу са уобичајеним условима?</i>		
Мало	282	48,6
Осредње	209	36
Много	89	15,3
Стресогеност обавеза - <i>Колико су Вам студентске обавезе током епидемије биле стресне у поређењу са уобичајеним условима?</i>		
Мало	258	44,5
Осредње	163	28,1
Много	159	27,4

Докторска дисертација

Свакодневне активности - <i>Колико су се Ваше свакодневне активности током епидемије разликовале од уобичајених?</i>		
Мало	52	9
Осредње	126	21,7
Много	402	69,3
Зараженост корона вирусом - <i>Да ли сте током епидемије били заражени корона вирусом (SARS-CoV-2)?</i>		
Да	148	25,5
Не / Не знам	432	74,5
Зараженост у породици - <i>Да ли је неко од чланова Ваше породице био заражен корона вирусом (SARS-CoV-2)?</i>		
Да	250	43,1
Не / Не знам	330	56,9
Зараженост међу пријатељима - <i>Да ли је неко од Ваших пријатеља/познаника био заражен вирусом SARS-CoV-2?</i>		
Да	540	93,1
Не / Не знам	40	6,9
Помоћ стручњацима - <i>Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали лекарима?</i>		
Да	64	11
Не	516	89
Помоћ заједници - <i>Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали људима из своје локалне заједнице / околине?</i>		
Да	98	16,9
Не	482	83,1

4.2. Самопроцена стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 7 приказана је дистрибуција скорова самопроцене стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Просечни скор самопроцене стреса током последњих месец дана код испитаника је био 29,72, док је стандардна девијација износила 2,43. Минимални скор код испитаника, који упућује на то да никада у том периоду нису били под стресом је био 21, док је максимални скор код испитаника био 40, што говори о томе да се за све испитиване аспекте опаженог стреса, испитаник изјаснио да га је доживео веома често за протеклих месец дана. Статистички значајна разлика добијена је једино за варијаблу пол, односно жене су у просеку извештавале да су доживеле чешће стрес од мушкараца током испитиваног периода.

Табела 7. Дистрибуција скорa самопроцене стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	PSS 10 скала	P
	As (Sd)	
Пол Мушки Женски	29,10 (2,43) 29,88 (2,41)	0,002 ^a
Узраст <=20 21-30 31+	29,70 (2,43) 29,76 (2,44) 28,67 (2,00)	0,461 ^b
Година студија Прва Друга Трећа Четврта Пета Шеста	29,76 (2,45) 29,58 (2,54) 29,92 (2,45) 30,23 (2,60) 29,42 (2,37) 29,14 (2,22)	0,781 ^b
Брачни статус Самац / самица У браку / ванбрачној заједници	29,75 (2,47) 29,62 (2,28)	0,594 ^a
Религиозност Да Не	29,67 (2,46) 29,82 (2,38)	0,462 ^a
Тип насеља Градско Сеоско	29,73 (2,43) 29,68 (2,46)	0,868 ^a
Укућани Сам / Сама Са породицом	29,32 (2,47) 29,75 (2,43)	0,322 ^a
Смештај током студија Властити смештај Изнајмљени смештај	29,66 (2,46) 29,80 (2,39)	0,471 ^a
Укућани током студија Сам / Сама Са породицом / Са цимером	29,49 (2,75) 29,78 (2,34)	0,248 ^a

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	29,92 (2,39) 29,59 (2,49)	0,099 ^a
Онлајн настава Мало Осредње Много	29,75 (2,46) 29,80 (2,39) 29,55 (2,46)	0,650 ^b
Средства за рад Да Не	29,86 (2,40) 29,66 (2,45)	0,364 ^a
Обавезе Мало Осредње Много	29,86 (2,46) 29,67 (2,38) 29,43 (2,42)	0,636 ^b
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	29,71 (2,47) 29,71 (2,36) 29,76 (2,44)	0,386 ^b
Свакодневне активности Мало Осредње Много	29,73 (3,13) 29,74 (1,98) 29,72 (2,46)	0,439 ^b
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	29,91 (2,52) 29,66 (2,39)	0,293 ^a
Зараженост у породици Да Не / Не знам	29,84 (2,53) 29,64 (2,35)	0,335 ^a
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	29,73 (2,39) 29,70 (2,98)	0,948 ^a
Помоћ стручњацима Да Не	29,80 (2,40) 29,72 (2,43)	0,800 ^a
Помоћ заједници Да Не	29,88 (2,19) 29,69 (2,47)	0,493 ^a

^a *t* тест за независне узорке; ^b Једнофакторска униваријантна анализа варијансе

4.3. Повезаност самопроцене стреса са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 8 приказани су резултати биваријантне и мултиваријантне линеарне регресије уз помоћ којих је испитивана повезаност самопроцене стреса и социо-демографских варијабли и варијабли које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне. Резултати обе регресионе анализе су показале да су студенткиње чешће доживљавале стрес, док се увидом у резултате мултиваријантне линеарне регресије види да су чешће под стресом били и они студенти који су током епидемије били у Београду (у односу на оне ван Београда или Србије), као и они студенти који су имали мање обавеза на факултету (у односу на регуларне услове студирања).

Табела 8. Повезаност самопроцене стреса и социо-демографских варијабли и варијабли које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Биваријантна линеарна регресија	Мултиваријантна линеарна регресија
	В (р)	В (р)
Пол	0,78 (0,002)	0,84 (0,001)
Узраст	-0,03 (0,873)	0,21 (0,530)
Година студија	-0,04 (0,419)	-0,18 (0,084)
Брачни статус	-0,13 (0,594)	-0,19 (0,466)
Религиозност	0,15 (0,462)	0,18 (0,394)
Тип насеља	-0,05 (0,868)	0,01 (0,972)
Укућани	0,43 (0,322)	0,03 (0,956)
Смештај током студија	0,15 (0,471)	0,36 (0,116)
Укућани током студија	0,30 (0,238)	0,24 (0,406)
Ванредно стање	-0,39 (0,099)	-0,46 (0,048)
Онлајн настава	-0,09 (0,521)	-0,07 (0,676)
Средства за рад	-0,20 (0,364)	-0,17 (0,442)
Обавезе	-0,21 (0,125)	-0,39 (0,031)
Стресогеност обавеза	0,02 (0,842)	0,02 (0,897)
Свакодневне активности	-0,01 (0,948)	-0,12 (0,473)
Зараженост корона вирусом	-0,24 (0,293)	-0,25 (0,337)
Зараженост у породици	-0,2 (0,335)	-0,16 (0,467)
Зараженост међу пријатељима	-0,03 (0,948)	0,03 (0,944)
Помоћ стручњацима	-0,08 (0,800)	-0,03 (0,940)
Помоћ заједници	-0,19 (0,493)	-0,16 (0,583)

В – Нестандардизовани коефицијент регресије; Референтна категорија – без опаженог стреса

4.4. Самопроцена депресивности у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 9 приказане су дистрибуције самопроцене депресивности (добијене субскалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Нико од испитаника није проценио свој степен депресивности као благ, већ су студенти извештавали да је њихова депресивност била или умерено или озбиљно изражена у периоду од недељу дана пре спровођења истраживања. Озбиљне депресивне симптоме имало је 64,5% студената узраста између 21 и 30 година, 34,5% млађих студената и 1,1% студената старијих од 30 година. Највише озбиљних депресивних симптома има међу студентима прве (21,6%) и шесте (19,5%) године студија, док се најмање озбиљних депресивних симптома јавља код студената пете године (10,8%). Такође, 60% студената који су имали озбиљне депресивне симптоме за себе је рекло да су религиозни. Код 36,3% студената који нису имали адекватне платформе за рад уочени су озбиљни депресивни симптоми. Овакви симптоми су евидентирани и код 91,3% оних који су имали познаника или пријатеља оболелог од вируса короне. Умерени депресивни симптоми су се јавили код 15%, а озбиљни код 8,9% студената који су били током епидемије ангажовани у помагању локалној заједници.

Табела 9. Дистрибуција скорa самопроцене депресивности у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	DASS – скала депресивности		p ^a
	Умерено (%)	Озбиљно (%)	
Пол			0,417
Мушки	21,5	18,7	
Женски	78,5	81,3	
Узраст			0,003
<=20	21,5	34,5	
21-30	76	64,5	
31+	2,5	1,1	
Година студија			<0,001
Прва	11,5	21,6	
Друга	13	15,5	
Трећа	14	17,1	
Четврта	12,5	15,5	
Пета	19	10,8	
Шеста	30	19,5	
Брачни статус			0,490
Самац / самица	77	79,5	
У браку / ванбрачној заједници	33	20,5	

Докторска дисертација

Религиозност			0,024
Да	69,5	60	
Не	30,5	40	
Тип насеља			0,749
Градско	86,5	85,5	
Сеоско	13,5	14,5	
Укућани			0,918
Сам / Сама	6	5,8	
Са породицом	94	94,2	
Смештај током студија			0,725
Власти смештај	64	54,5	
Изнајмљени смештај	44	45,5	
Укућани током студија			0,311
Сам / Сама	22,5	18,9	
Са породицом / Са цимером	77,5	81,1	
Ванредно стање			0,686
У Београду	42	40,3	
Изван Београда / Србије	58	59,7	
Онлајн настава			0,429
Мало	38,5	36,3	
Осредње	37	42,4	
Много	24,5	21,3	
Средства за рад			0,006
Да	25	36,3	
Не	75	63,7	
Обавезе			0,222
Мало	53	46,3	
Осредње	34,5	36,8	
Много	12,5	16,8	
Стресогеност обавеза			<0,001
Мало	57,5	37,6	
Осредње	28	28,2	
Много	14,5	34,2	
Свакодневне активности			0,435
Мало			
Осредње	9,5	8,7	
Много	24,5	20,3	
	66	71,1	
Зараженост корона вирусом			0,552
Да	27	24,7	
Не / Не знам	73	75,3	
Зараженост у породици			0,231
Да	46,5	41,3	
Не / Не знам	53,5	58,7	

Докторска дисертација

Зараженост међу пријатељима			0,019
Да	96,5	91,3	
Не / Не знам	3,5	8,7	
Помоћ стручњацима			0,027
Да	15	8,9	
Не	85	91,1	
Помоћ заједници			0,455
Да	18,5	16,1	
Не	81,5	83,9	

^a Коришћен је Хи квадрат

4.5. Повезаност субскеале депресивност са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену депресивности (добијене субскалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 10. Као значајни предиктори за зависну варијаблу озбиљно наспрам умерено депресивно стање издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији испитаници узрасне категорије старости 21-30 година и студенти пете и шесте године, као и варијабле религиозност, средства за рад, стресогеност обавеза, зараженост међу пријатељима и помоћ стручњацима. Студенти узраста од 21 до 30 година ређе су процењивали своју депресивност као озбиљну у односу на студенте млађе од 20 година, као што су и студенти пете и шесте године студија ређе процењивали своју депресивност као озбиљну у односу на студенте прве године. Са друге стране испитаници који нису религиозни имали су један и по пут већу шансу да доживе озбиљну депресивну епизоду ($УО=1,52$) у односу на религиозне студенте, што је потврђено и у мултиваријантној логистичкој регресији ($УО=1,78$). Студенти који су имали адекватне материјале за онлајн учење, ређе су своју депресивност процењивали као озбиљну, у односу на студенте који нису имали адекватна средства за рад. Студенти који су проценили своју стресогеност обавеза као осредњу имају један и по пут већу шансу ($УО=1,54$) да доживе озбиљне депресивне сметње у односу на оне који сматрају своје обавезе током епидемије мање стресним. Студенти који су проценили стресогеност својих обавеза као озбиљну, имали су чак три и по пута већу шансу да доживе озбиљну депресију ($УО=3,60$), односно три пута већу шансу гледајући резултате мултиваријантне логистичке регресије ($УО=3,18$) у односу на студенте који су сматрали стресогеност догађаја током епидемије мањом у односу на период пре избијања ове јавноздравствене кризе. Студенти чији познаници и пријатељи нису били заражени вирусом корона чешће су своју депресивност процењивали као озбиљну, него умерену, у односу на студенте који су познавали неког ко је био заражен овим вирусом, што је потврђено и у мултиваријантној логистичкој регресији. Испитаници који су помагали лекарима током епидемије имали су 1,8 пута већу шансу да доживе озбиљне депресивне симптоме од оних студената који се нису били ангажовали у волонтерској помоћи медицинским радницима.

Табела 10. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за субскалу депресивност у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	DASS – скала депресивности			
	Озбиљно насрам умерено			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,19 (0,78-1,82)	0,418	1,23 (0,77-1,96)	0,390
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	0,53 (0,35-0,79)	0,002	0,89 (0,32-2,45)	0,816
31+	0,26 (0,07-1,02)	0,054	0,36 (0,06-2,14)	0,263
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,64 (0,33-1,22)	0,175	0,64 (0,30-1,34)	0,237
Трећа	0,65 (0,34-1,23)	0,189	0,75 (0,22-2,53)	0,646
Четврта	0,66 (0,34-1,28)	0,219	0,75 (0,21-2,70)	0,664
Пета	0,30 (0,16-0,57)	<0,001	0,34 (0,092-1,23)	0,101
Шеста	0,35 (0,19-0,61)	<0,001	0,40 (0,11-1,43)	0,162
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	0,86 (0,57-1,30)	0,490	1,06 (0,67-1,69)	0,797
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,52 (1,05-2,19)	0,024	1,78 (1,19-2,66)	0,005
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,08 (0,66-1,78)	0,749	1,19 (0,69-2,07)	0,524
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,04 (0,50-2,14)	0,918	0,59 (0,24-1,43)	0,245
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	1,06 (0,75-1,50)	0,725	1,09 (0,72-1,66)	0,690
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	1,24 (0,82-1,89)	0,311	1,36 (0,82-2,27)	0,233

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 1,07 (0,75-1,52)	0,686	1,00 ^a 1,08 (0,70-1,65)	0,730
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,24 (0,82-1,80) 0,92 (0,59-1,45)	0,332 0,726	1,00 ^a 0,95 (0,60-1,50) 0,59 (0,33-1,07)	0,819 0,084
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 0,58 (0,40-0,86)	0,006	1,00 ^a 0,86 (0,56-1,33)	0,500
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,22 (0,84-1,78) 1,54 (0,91-2,60)	0,296 0,104	1,00 ^a 0,83 (0,53-1,31) 0,71 (0,35-1,44)	0,427 0,344
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,54 (1,02-2,30) 3,60 (2,25-5,78)	0,038 <0,001	1,00 ^a 1,46 (0,93-2,28) 3,18 (1,81-5,57)	0,100 <0,001
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,90 (0,46-1,76) 1,18 (0,64-2,15)	0,769 0,594	1,00 ^a 0,82 (0,40-1,70) 1,07 (0,55-2,08)	0,593 0,830
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,12 (0,76-1,66)	0,552	1,00 ^a 0,85 (0,53-1,36)	0,499
Зараженост у породици Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,23 (0,87-1,74)	0,231	1,00 ^a 1,28 (0,85-1,93)	0,233
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	1,00 ^a 2,62 (1,14-6,04)	0,024	1,00 ^a 2,74 (1,09-6,90)	0,033
Помоћ стручњацима Да Не	1,00 ^a 1,80 (1,06-3,03)	0,029	1,00 ^a 1,34 (0,72-2,49)	0,350
Помоћ заједници Да Не	1,00 ^a 1,19 (0,76-1,86)	0,455	1,00 ^a 1,17 (0,69-1,97)	0,551

^a Референтна категорија

4.6. Самопроцена анксиозности у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 11 приказана је дистрибуција скова самопроцене анксиозности (добијена субскалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне као и њихове разлике. Нико од испитаника није проценио свој степен анксиозности као благ, већ су студенти извештавали да је њихова анксиозност била или умерено или озбиљно изражена у периоду од недељу дана пре спровођења овог истраживања. Од свих студената који су проценили своју анксиозност као умерену, 69,8% су биле жене, док је пропорција жена које су своју анксиозност доживљавале као озбиљну била 81,4. Озбиљан степен анксиозности код себе препознало је и 66,8% студенат узраста 21-30 година, а 1,5 % студената који је имао озбиљне анксиозне симптоме има преко 30 година. Највише је било студената шесте (23,1%) и прве (19,5%) године студија који су своју анксиозност доживели као озбиљну, док је таква процена најмање била заступљена код студената пете (12,5%) године.

Табела 11. Дистрибуција скова самопроцене анксиозности у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	DASS – скала анксиозности		P ^a
	Умерено (%)	Озбиљно (%)	
Пол			0,043
Мушки	30,2	18,6	
Женски	69,8	81,4	
Узраст			0,020
<=20	13,2	31,7	
21-30	84,9	66,8	
31+	1,9	1,5	
Година студија			0,012
Прва	3,8	19,5	
Друга	17	14,4	
Трећа	22,6	15,4	
Четврта	9,4	15	
Пета	24,5	12,5	
Шеста	22,6	23,1	
Брачни статус			0,640
Самац / самица	81,1	78,4	
У браку / ванбрачној заједници	18,9	21,6	
Религиозност			0,890
Да	64,2	63,2	
Не	35,8	36,8	

Докторска дисертација

Тип насеља			0,583
Градско	88,7	85,6	
Сеоско	11,3	14,1	
Укућани			0,246
Сам / Сама	9,4	5,5	
Са породицом	90,6	95,5	
Смештај током студија			0,965
Власти смештај	54,7	55	
Изнајмљени смештај	45,3	45	
Укућани током студија			0,122
Сам / Сама	28,3	19,4	
Са породицом / Са цимером	71,7	80,6	
Ванредно стање			0,847
У Београду	39,6	41	
Изван Београда / Србије	60,4	59	
Онлајн настава			0,275
Мало	43,4	36,4	
Осредње	30,2	41,6	
Много	26,4	22,0	
Средства за рад			0,057
Да	20,8	33,6	
Не	79,2	66,4	
Обавезе			0,263
Мало	58,5	47,6	
Осредње	26,4	37	
Много	15,1	15,4	
Стресогеност обавеза			0,093
Мало	58,5	43,1	
Осредње	22,6	28,7	
Много	18,9	28,3	
Свакодневне активности			0,925
Мало			
Осредње	7,5	9,1	
Много	22,6	21,6	
	69,8	69,3	
Зараженост корона вирусом			0,875
Да	26,4	25,4	
Не / Не знам	73,6	74,5	
Зараженост у породици			0,737
Да	45,3	42,9	
Не / Не знам	54,7	57,1	
Зараженост међу пријатељима			0,347
Да	96,2	92,8	
Не / Не знам	3,8	7,2	

Докторска дисертација

Помоћ стручњацима			0,596
Да	13,2	10,8	
Не	86,8	89,2	
Помоћ заједници			0,986
Да	17	16,9	
Не	83	83,1	

^a *Коришћен је Хи квадрат*

4.7. Повезаност субскеале анксиозност са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену анксиозности (добијени субскалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 12. Као значајни предиктори за зависну варијаблу озбиљно наспрам умерено анксиозно стање издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији варијабле: пол, узраст (категорија 21-30 година), година студија (категорије - друга, трећа, пета и шеста година студија). Жене су скоро два пута чешће (УО=1,89) процењивале своју анксиозност као озбиљну у односу на мушкарце. Студенти узраста од 21 до 30 година су ређе своју анксиозност процењивали као озбиљну, у односу на студенте млађе од 20 година, што је такође случај и са студентима друге, треће, пете и шесте године студија у односу на студенте прве године студија медицине. У мултиваријантној логистичкој регресији није било статистички значајних предиктора.

Табела 12. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за субскалу аксиозности у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	DASS – скала анксиозности			
	Озбиљно наспрам умерено			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,89 (1,01-3,54)	0,046	1,97 (1,00-3,91)	0,051
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	0,33 (0,15-0,74)	0,007	0,31 (0,08-1,26)	0,102
31+	0,34 (0,04-3,06)	0,333	0,16 (0,01-2,14)	0,180
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,16 (0,03-0,78)	0,023	0,24 (0,04-1,28)	0,095
Трећа	0,13 (0,03-0,60)	0,009	0,36 (0,04-2,90)	0,339

Докторска дисертација

Четврта	0,30 (0,06-1,62)	0,164	0,85 (0,09-8,06)	0,889
Пета	0,10 (0,02-0,45)	0,003	0,33 (0,04-2,92)	0,317
Шеста	0,20 (0,04-0,90)	0,036	0,66 (0,07-5,87)	0,709
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,19 (0,58-2,44)	0,640	1,37 (0,63-2,96)	0,426
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,04 (0,58-1,88)	0,890	1,31 (0,69-2,50)	0,403
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,32 (0,55-3,19)	0,538	1,29 (0,49-3,35)	0,607
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,79 (0,66-4,83)	0,252	1,19 (0,34-4,08)	0,787
Смештај током студија				
Власити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,99 (0,56-1,74)	0,965	1,07 (0,54-2,09)	0,849
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	1,64 (0,87-3,10)	0,125	1,49 (0,69-3,24)	0,310
Ванредно стање				
У Београду	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изван Београда / Србије	0,95 (0,53-1,68)	0,847	0,95 (0,47-1,91)	0,892
Онлајн настава				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,64 (0,84-3,19)	0,146	1,50 (0,70-3,21)	0,296
Много	0,99 (0,49-2,00)	0,983	0,83 (0,33-2,08)	0,686
Средства за рад				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,52 (0,26-1,03)	0,061	0,62 (0,29-1,33)	0,219
Обавезе				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,72 (0,89-3,32)	0,106	1,28 (0,60-2,74)	0,518
Много	1,25 (0,55-2,83)	0,592	0,84 (0,28-2,57)	0,767
Стресогеност обавеза				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,72 (0,86-3,45)	0,128	1,52 (0,71-3,28)	0,280
Много	2,03 (0,97-4,27)	0,061	1,42 (0,58-3,48)	0,438

Докторска дисертација

Свакодневне активности				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,79 (0,24-2,58)	0,698	0,74 (0,21-2,60)	0,636
Много	0,82 (0,28-2,41)	0,721	0,70 (0,22-2,24)	0,554
Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,05 (0,55-2,00)	0,875	0,89 (0,42-1,90)	0,772
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,10 (0,63-1,95)	0,737	1,15 (0,60-2,20)	0,679
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,98 (0,46-8,46)	0,365	2,19 (0,46-10,33)	0,322
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,26 (0,54-2,91)	0,597	0,78 (0,28-2,13)	0,623
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,01 (0,47-2,14)	0,986	1,16 (0,49-2,72)	0,732

^a Референтна категорија

4.8. Самопроцена стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 13 приказана је дистрибуција скова самопроцене стреса (добијена субскалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне као и њихове разлике. Од свих студената који су проценили свој стрес као благ 55 % је жена, док је пропорција жена које су свој стрес доживљавале као озбиљан износила 83,1. Озбиљан степен стреса код себе је препознало 66,7% студената узраста 21-30 година, умерен стрес у овој старосној категорији код себе је препознало 73,4%, док је истој узрасној категорији са самопроценом благог стреса припадало чак 95% студената. Као и код осталих субскала, најозбиљни стрес препознали су код себе студенти шесте године (21,8%) и прве године (20,2%), док је најмање студената пете године (12,7%) проценило свој стрес као озбиљан. Од свих студената који су доживели благи стрес, њих 65% је живело са породицом током студија. Скоро исти проценат (65,5%) студената који су живели са породицом током студија проценило је свој стрес као умерен, док је 82,3% оних који су доживели озбиљан стрес. Озбиљан стрес код себе је препознало 41,9% студената којима су факултетске обавезе током епидемије биле мало стресније него обично, док је 28,4%, односно

Докторска дисертација

29,6% оних којима су студентске обавезе биле осредње, односно много стресније у односу на период пре епидемије. Највећи стрес доживели су испитаници који су активности током епидемије процењивали као много другачије у односу на уобичајене, њих 71,4%.

Табела 13. Дистрибуција скова самопроцене стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	DASS – скала стреса			P ^a
	Благо (%)	Умерено (%)	Озбиљно (%)	
Пол				<0,001
Мушки	45	32,8	16,9	
Женски	55	67,2	83,1	
Узраст				0,009
<=20	5	21,9	32,1	
21-30	95	73,4	66,7	
31+	0	4,7	1,2	
Година студија				0,016
Прва	0	7,8	20,2	
Друга	5	17,2	14,7	
Трећа	30	17,2	15,3	
Четврта	10	9,4	15,3	
Пета	30	15,6	12,7	
Шеста	25	32,8	21,8	
Брачни статус				0,199
Самац / самица	90	84,4	77,4	
У браку / ванбрачној заједници	10	15,6	22,6	
Религиозност				0,309
Да	50	68,8	63,1	
Не	50	31,2	36,9	
Тип насеља				0,156
Градско	90	78,1	86,7	
Сеоско	10	21,9	13,3	
Укућани				0,057
Сам / Сама	5	12,5	5	
Са породицом	95	87,5	95	
Смештај током студија				0,387
Властити смештај	40	56,3	55,4	
Изнајмљени смештај	60	43,8	44,6	
Укућани током студија				0,002
Сам / Сама	35	34,4	17,7	
Са породицом / Са цимером	65	65,6	82,3	
Ванредно стање				0,713
У Београду	35	37,5	41,5	
Изван Београда / Србије	65	62,5	58,5	

Докторска дисертација

Онлајн настава				0,849
Мало	30	39,1	37,1	
Осредње	50	35,9	40,7	
Много	20	25	22,2	
Средства за рад				0,251
Да	30	23,4	33,7	
Не	70	76,6	66,3	
Обавезе				0,204
Мало	60	57,8	47	
Осредње	35	25	37,5	
Много	5	17,2	15,5	
Стресогеност обавеза				0,008
Мало	75	54,7	41,9	
Осредње	20	28,1	28,4	
Много	5	17,2	29,6	
Свакодневне активности				0,012
Мало	20	10,9	8,3	
Осредње	45	25	20,4	
Много	35	64,1	71,4	
Зараженост корона вирусом				0,539
Да	15	25	26	
Не / Не знам	85	75	74	
Зараженост у породици				0,454
Да	35	37,5	44,2	
Не / Не знам	65	62,5	55,8	
Зараженост међу пријатељима				0,680
Да	95	90,6	93,3	
Не / Не знам	5	9,4	6,7	
Помоћ стручњацима				0,711
Да	10	14,1	10,7	
Не	90	85,9	89,3	
Помоћ заједници				0,280
Да	5	20,3	16,9	
Не	95	79,7	83,1	

^a *Коришћен је Хи квадрат*

4.9. Повезаност субскеале стреса са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену стреса (добијени субскеалом упитника DASS-21) у односу на социо-демографске варијабле, варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 14. Као значајни предиктори за зависну варијаблу озбиљног наспрам умереног стреса издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији варијабле: пол, узраст (категорија испитаника старијих од 31 године), година студија (категорије – друга, пета и шеста година студија), укућани, укућани током студија, стресогеност обавеза (категорија – много стресогених обавеза). Жене су два пута више ($УО=2,39$) свој стрес доживљавале као озбиљан у односу на мушкарце. Студенти старији од 31 године су ређе свој стрес описивали као озбиљан у односу на студенте млађе од 20 година. Такође и студенти друге, пете и шесте године студија ређе су свој стрес карактерисали као озбиљан, у односу на студенте прве године. Студенти који су у месту пријављеног пребивалишта живели са породицом су више од два и по пута ($УО=2,69$) доживљавали стрес као озбиљан од испитаника који су живели сами у месту где имају пријављено пребивалиште. Студенте који су живели са породицом током студија доживљавали су стрес 2,43 пута чешће као озбиљан у односу на студенте који су током студија живели сами. Студенти који су обавезе везане за факултет током епидемије описивали као много стресније у односу на уобичајену ситуацију, чак 2,25 пута су чешће доживљавали стрес као озбиљан, од оних студената који су стресогеност студентских обавеза описивали као мало стресније у односу на уобичајене. Значајни предиктори у мултиваријантној логистичкој регресији су варијабле: пол, узраст (категорија студената друге године студија), тип насеља и укућани током студија. Жене су чешће ($УО=2,61$) доживљавале стрес као озбиљан у односу на мушкарце. Такође, потврђено је да су студенти друге године студија ређе стрес перципирани као озбиљан у односу на студенте прве године, као и да су студенти који су живели са породицом током студија 2,26 пута чешће стрес доживљавали као озбиљан у односу на испитанике који су живели сами током студентских дана. Испитаници са села су ређе ($УО=0,44$) перципирани стрес као озбиљан, у односу на студенте из градова.

Табела 14. Унакрсни односи ($УО$) и 95% интервали поверења (ИП) за субскеалу стреса у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	DASS – скала стреса			
	Озбиљно наспрам умерено			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	2,39 (1,35-4,24)	0,003	2,61 (1,37-4,97)	0,004
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	

Докторска дисертација

21-30	0,62 (0,33-1,16)	0,135	1,33 (0,32-5,50)	0,696
31+	0,18 (0,04-0,78)	0,022	0,27 (0,03-2,28)	0,227
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,33 (0,11-0,99)	0,049	0,25 (0,07-0,84)	0,025
Трећа	0,34 (0,12-1,04)	0,058	0,20 (0,03-1,24)	0,084
Четврта	0,63 (0,19-2,15)	0,464	0,38 (0,05-2,83)	0,348
Пета	0,04 (0,10-0,96)	0,043	0,17 (0,02-1,24)	0,081
Шеста	0,01 (0,09-0,71)	0,009	0,16 (0,02-1,04)	0,056
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,58 (0,78-3,19)	0,208	1,91 (0,88-4,17)	0,103
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,29 (0,74-2,25)	0,378	1,52 (0,81-2,82)	0,190
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	0,55 (0,29-1,05)	0,069	0,44 (0,21-0,93)	0,033
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	2,69 (1,16-6,25)	0,021	1,18 (0,40-3,52)	0,756
Смештај током студија				
Власити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	1,03 (0,61-1,75)	0,903	1,36 (0,73-2,53)	0,338
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	2,43 (1,38-4,27)	0,002	2,26 (1,11-4,61)	0,025
Ванредно стање				
У Београду	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изван Београда / Србије	0,85 (0,49-1,45)	0,538	0,93 (0,49-1,78)	0,837
Онлајн настава				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,19 (0,66-2,18)	0,564	0,81 (0,40-1,66)	0,577
Много	0,93 (0,48-1,83)	0,842	0,51 (0,21-1,25)	0,142
Средства за рад				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,60 (0,33-1,11)	0,103	0,87 (0,44-1,74)	0,697
Обавезе				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,85 (0,99-3,42)	0,052	1,63 (0,79-3,36)	0,185
Много	1,11 (0,54-2,28)	0,774	0,75 (0,27-2,08)	0,582

Докторска дисертација

Стресогеност обавеза				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,32 (0,72-2,42)	0,373	1,14 (0,58-2,27)	0,698
Много	2,25 (1,11-4,57)	0,025	1,71 (0,71-4,13)	0,230
Свакодневне активности				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,08 (0,41-2,81)	0,878	0,97 (0,33-2,82)	0,954
Много	1,47 (0,62-3,50)	0,379	1,07 (0,41-2,81)	0,889
Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,95 (0,52-1,73)	0,862	1,10 (0,53-2,31)	0,791
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,76 (0,44-1,30)	0,313	0,71 (0,37-1,36)	0,306
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,69 (0,28-1,72)	0,423	0,79 (0,27-2,29)	0,664
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,37 (0,64-2,93)	0,419	1,02 (0,40-2,58)	0,969
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,25 (0,65-2,40)	0,502	1,48 (0,69-3,17)	0,308

^a Референтна категорија

4.10. Самопроцена општег здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 15 приказана је дистрибуција скора самопроцене општег здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Највећи број испитаника, њих 71,9% рекло је да има добро опште здравље. Од свих испитаника који своје здравље процењују као добро, 72,2% је узраста од 21 до 30 година, 27,1% су испитаници млађи од 21 године, док је свега 0,7% испитаника старијих од 31 године. Ни један студент прве године студија своје здравље није перципирао као лоше, док чак 26,7% студената четврте године и 33,3% студената завршне године студија своје здравље је видело као лоше. Од свих студената који су се изјаснили да имају лоше опште здравље, њих 26,7% није имало адекватна средства за рад током епидемије,

Докторска дисертација

док је 40% студената доживело факултетске обавезе током епидемије као стресније у односу на уобичајене. Са друге стране, 48,7% студената је известило да им обавезе нису биле стресније него иначе и уједно су своје здравље проценили као добро. Међу студентима који своје здравље описују као лоше, има 40% оних којима је неки члан породице оболео од вируса короне, као и 73,3% студената којима је неки познаник или пријатељ био позитиван на вирус корону. Нешто више од 13% испитаника (13,3% и 13,4%) који су помагали лекарима током епидемије известило је да је имало лоше, односно добро опште здравље.

Табела 15. Дистрибуција скорa самопроцене општег здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Опште здравље			P ^a
	Лоше (%)	Просечно (%)	Добро (%)	
Пол				0,495
Мушки	20	23	18,5	
Женски	80	77	81,5	
Узраст				0,001
<=20	13,3	39,9	27,1	
21-30	80	56,8	72,2	
31+	6,7	3,4	0,7	
Година студија				0,006
Прва	0	24,3	16,5	
Друга	13,3	18,2	13,4	
Трећа	6,7	20,3	14,9	
Четврта	26,7	14,2	14,1	
Пета	20	10,8	14,4	
Шеста	33,3	12,2	26,6	
Брачни статус				0,053
Самац / самица	53,3	79,7	79,1	
У браку / ванбрачној заједници	46,7	20,3	20,9	
Религиозност				0,148
Да	40	65,5	63,3	
Не	60	34,5	36,7	
Тип насеља				0,409
Градско	93,3	83,1	86,6	
Сеоско	6,7	16,9	13,4	
Укућани				0,329
Сам / Сама	6,7	3,4	6,7	
Са породицом	93,3	96,6	93,3	
Смештај током студија				0,561
Властити смештај	60	51,4	56,1	
Изнајмљени смештај	40	48,6	43,9	
Укућани током студија				0,356
Сам / Сама	6,7	18,9	21,1	
Са породицом / Са цимером	93,3	81,1	78,9	

Докторска дисертација

Ванредно стање				0,811
У Београду	33,3	41,9	40,8	
Изван Београда / Србије	66,7	58,1	59,1	
Онлајн настава				0,575
Мало	46,7	32,4	38,4	
Осредње	40	41,9	40	
Много	13,3	25,7	21,6	
Средства за рад				0,048
Да	26,7	40,5	29,7	
Не	73,3	59,5	70,3	
Обавезе				0,080
Мало	40	39,2	52,3	
Осредње	46,7	41,9	33,6	
Много	13,3	18,9	14,1	
Стресогеност обавеза				0,012
Мало	26,7	34,5	48,7	
Осредње	33,3	29,7	27,3	
Много	40	35,8	24	
Свакодневне активности				0,745
Мало				
Осредње	6,7	7,4	9,6	
Много	33,3	20,9	21,6	
	60	71,6	68,8	
Зараженост корона вирусом				0,139
Да	33,3	19,6	27,3	
Не / Не знам	66,7	80,4	72,7	
Зараженост у породици				0,026
Да	40	33,8	46,5	
Не / Не знам	60	66,2	53,5	
Зараженост међу пријатељима				0,008
Да	73,3	92,6	94	
Не / Не знам	26,7	7,4	6	
Помоћ стручњацима				0,007
Да	13,3	4,1	13,4	
Не	86,7	95,9	86,6	
Помоћ заједници				0,231
Да	26,7	20,3	15,3	
Не	73,3	79,7	84,7	

^a Хи квадрат

4.11. Повезаност општег здравља (доброг наспрам просечног) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену општег здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 16. Као значајни предиктори издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији варијабле: пол, узраст (категорија студената између 21 и 30 година), година студија (студенти шесте године студија), средства за рад, обавезе, стресогеност обавеза (категорија много више стреснијих догађаја у односу на уобичајено стање), зараженост у породици и помоћ стручњацима. Студенти узраста између 21 и 30 година скоро два пута чешће ($УО=1,97$) су своје здравље проценили као добро у односу на студенте млађе старосне доби. Такође и студенти завршне године, чешће су своје здравље проценили као добро, а не као просечно у односу на студенте прве године студија. Студенти који нису имали проблем са средствима за онлајн учење током епидемије, 1,61 пута чешће су своје здравље проценили као добро, а не као просечно, у односу на оне студенте који су имали проблема са платформама за учење на даљину. Ипак, студенти који су своје обавезе током епидемије процењивали као много или осредње захтевније у односу на уобичајену ситуацију имали су 0,56, односно 0,60 пута мању шансу да процене своје опште здравље као добро у односу на оне студенте који су своје обавезе проценили као мање захтевније у односу на период пре епидемије. Студенти који су стресогеност академских обавеза проценили као много већу у односу на услове пре епидемије имали су за скоро 0,5 пута мању шансу ($УО=0,47$) да своје опште здравље процене као добро у односу на студенте који су стресогеност својих обавеза проценили као мању у односу на период пре избијања епидемије. Испитаници којима ниједан члан породице није био заражен вирусом корона имали су мању шансу да процене своје здравље као добро ($УО=0,59$) у односу на студенте чија породица је била заражена. Они студенти који нису помагали лекарима и осталим медицинским радницима током епидемије ($УО=0,27$) имали су мању шансу да процене своје здравље као добро у односу на студенте који су помагали лекарима у обављању медицинског посла са зараженим пацијентима. У мултиваријантној логистичкој регресији, следеће варијабле су се издвојиле као значајни предиктори: пол, узраст (категорија испитаника 31+ година), зараженост у породици, помоћ стручњацима, као и помоћ заједници. Жене су имале више од један и по пут ($УО=1,70$) већу шансу да своје здравље процене као добро, у односу на мушкарце, док су студенти старији од тридесет година имали мању шансу да своје здравље процене као добро, у односу на студенте млађе од двадесет година. Испитаници који нису имали оболелог члана породице од вируса короне, као и они који нису помагали стручњацима током епидемије имали су мању шансу да своје здравље процене као добро ($УО=0,57$ и $УО=0,29$) у односу на студенте који су имали зараженог члана породице, односно који су помагали лекарима током епидемије. Са друге стране, студенти који нису помагали својим суграђанима током епидемије имали су 1,77 пута већи шансу да своје здравље процене као добро од оних који су били волонтерски ангажовани у помагању људима из локалне заједнице.

Табела 16. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за опште здравље (добро наспрам просечно) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Опште здравље			
	Добро наспрам просечно			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,32 (0,83-2,08)	0,237	1,70 (1,03-2,82)	0,038
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	1,97 (1,26-2,78)	0,002	1,49 (0,53-4,14)	0,446
31+	0,31 (0,07-1,36)	0,121	0,12 (0,02-0,81)	0,029
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	1,08 (0,59-1,99)	0,800	0,80 (0,40-1,59)	0,519
Трећа	1,08 (0,60-1,95)	0,804	0,56 (0,17-1,80)	0,329
Четврта	1,47 (0,77-2,78)	0,242	0,80 (0,22-2,88)	0,738
Пета	1,96 (0,99-3,87)	0,054	0,85 (0,22-3,22)	0,812
Шеста	3,22 (1,69-6,11)	<0,001	1,76 (0,47-6,58)	0,400
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,04 (0,65-1,65)	0,878	0,77 (0,45-1,31)	0,333
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,10 (0,74-1,63)	0,627	1,02 (0,67-1,57)	0,909
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	0,76 (0,46-1,28)	0,303	0,66 (0,37-1,19)	0,170
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	0,49 (0,18-1,28)	0,145	0,57 (0,19-1,75)	0,326
Смештај током студија				
Власти́ти смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,82 (0,57-1,20)	0,317	0,78 (0,49-1,22)	0,272
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,87 (0,54-1,40)	0,572	1,23 (0,69-2,18)	0,478

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 1,05 (0,72-1,53)	0,811	1,00 ^a 1,44 (0,91-2,30)	0,121
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,81 (0,52-1,25) 0,71 (0,43-1,17)	0,337 0,178	1,00 ^a 1,10 (0,66-1,84) 1,17 (0,62-2,21)	0,708 0,635
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 1,61 (1,09-2,38)	0,016	1,00 ^a 1,42 (0,91-2,21)	0,122
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,60 (0,40-0,91) 0,56 (0,33-0,96)	0,016 0,034	1,00 ^a 0,75 (0,45-1,24) 0,85 (0,42-1,72)	0,260 0,649
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,65 (0,41-1,03) 0,47 (0,30-0,75)	0,070 0,001	1,00 ^a 0,67 (0,40-1,12) 0,70 (0,39-1,21)	0,125 0,193
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,80 (0,36-1,75) 0,74 (0,37-1,50)	0,573 0,411	1,00 ^a 0,84 (0,36-1,96) 0,75 (0,34-1,61)	0,692 0,455
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,65 (0,41-1,03)	0,064	1,00 ^a 0,94 (0,54-1,64)	0,839
Зараженост у породици Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,59 (0,40-0,87)	0,008	1,00 ^a 0,57 (0,36-0,91)	0,019
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,79 (0,38-1,66)	0,539	1,00 ^a 1,34 (0,58-3,13)	0,495
Помоћ стручњацима Да Не	1,00 ^a 0,27 (0,11-0,65)	0,003	1,00 ^a 0,29 (0,11-0,75)	0,011
Помоћ заједници Да Не	1,00 ^a 1,40 (0,87-2,27)	0,168	1,00 ^a 1,77 (1,01-3,08)	0,044

^a Референтна категорија

4.12. Самопроцена физичког здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса корона

У Табели 17 приказана је дистрибуција скорa самопроцене физичког здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса корона, као и њихове разлике. Две трећине испитаника (66,7%) је рекло да имају добро физичко здравље, иако је било и оних студената који су боловали од неке телесне болести (17,41%). Међу испитаницима који су имали неког оболелог члана породице, чак 46% студената је известило о свом лошем физичком здрављу, док је 79,4% студената чији чланови породице нису били заражени са вирусом корона рекло да је имало добро телесно здравље током епидемије.

Табела 17. Дистрибуција скорa самопроцене физичког здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса корона и њихове разлике.

Варијабле	Физичко здравље			P ^a
	Лоше (%)	Просечно (%)	Добро (%)	
Пол				0,402
Мушки	23,5	22,6	18,1	
Женски	76,5	77,4	81,9	
Узраст				0,545
<=20	29,4	34,6	28,2	
21-30	67,6	63,5	70,5	
31+	2,9	1,9	1,3	
Година студија				0,165
Прва	14,7	21,4	17,1	
Друга	20,6	12,6	15	
Трећа	14,7	17,6	15,5	
Четврта	17,6	19,5	12,1	
Пета	11,8	13,8	13,7	
Шеста	20,6	15,1	26,6	
Брачни статус				0,492
Самац / самица	70,6	78,6	79,3	
У браку / ванбрачној заједници	29,4	21,4	20,7	
Религиозност				0,857
Да	58,8	63,5	63,6	
Не	41,2	36,5	36,4	
Тип насеља				0,331
Градско	88,2	82,4	87,1	
Сеоско	11,8	17,6	12,9	
Укућани				0,614
Сам / Сама	2,9	5	6,5	
Са породицом	97,1	95	93,5	

Докторска дисертација

Смештај током студија				0,269
Властити смештај	50	50,3	57,4	
Изнајмљени смештај	50	49,7	42,6	
Укућани током студија				0,297
Сам / Сама	11,8	18,2	21,7	
Са породицом / Са цимером	88,2	81,8	78,3	
Ванредно стање				0,548
У Београду	32,4	40,3	41,9	
Изван Београда / Србије	67,6	59,7	58,1	
Онлајн настава				0,799
Мало	32,4	35,2	38,2	
Осредње	44,1	44	38,8	
Много	23,5	20,8	23	
Средства за рад				0,064
Да	38,2	39	29,2	
Не	61,8	61	70,8	
Обавезе				0,469
Мало	35,3	48,4	49,9	
Осредње	41,2	35,2	35,9	
Много	23,5	16,4	14,2	
Стресогеност обавеза				0,179
Мало	32,4	40,3	47,3	
Осредње	32,4	27	28,2	
Много	35,3	32,7	24,5	
Свакодневне активности				0,952
Мало	8,8	7,5	9,6	
Осредње	23,5	22,6	21,2	
Много	67,6	69,8	69,3	
Зараженост корона вирусом				0,532
Да	17,6	25,2	26,4	
Не / Не знам	82,4	74,8	73,6	
Зараженост у породици				0,013
Да	20,6	40,9	46	
Не / Не знам	79,4	59,1	54	
Зараженост међу пријатељима				0,137
Да	91,2	89,9	94,6	
Не / Не знам	8,8	10,1	5,4	
Помоћ стручњацима				0,794
Да	8,8	10,1	11,6	
Не	91,2	89,9	88,4	
Помоћ заједници				0,294
Да	17,6	20,8	15,2	
Не	82,4	79,2	84,8	

^a Хи квадрат (Chi-square)

4.13. Повезаност физичког здравља (доброг наспрам просечног) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену телесног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 18. Као значајни предиктори за зависну варијаблу добро наспрам просечно телесно здравствено стање издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији варијабле: година студија (за студенте шесте године), средства за рад, стресогеност обавеза (категија много стреснијих обавеза током епидемије у односу на уобичајене услове рада). Студенти шесте године студија 2,21 пут чешће су процењивали своје телесно здравље као добро, у односу на студенте прве године студија. Такође, студенти који нису имали проблема са платформама и материјама за учење на даљину су један и по пут (УО=1,55) чешће процењивали своје телесно здравље као добро у односу на студенте који су имале тешкоће у учењу на даљину. Студенти који су процењивали стресогеност обавеза током епидемије као много већу у односу на уобичајено стање, ређе су своје телесно здравље процењивали као добро (УО=0,64) у односу на студенте који су стресогеност својих обавеза проценили као мању у односу на период пре епидемије. У мултиваријантној логистичкој регресији, као значајни предиктори зависне варијабле, издвојиле су се једино варијабле: узраст (за категорију студената узраста између 21 и 30 година) и година студија (категија студената четврте године). Студенти који имају између 21 и 30 година су чак 4,63 пута чешће процењивали своје здравље као добро уместо као просечно, у односу на млађе студенте, док су студенти четврте године ређе своје телесно здравље процењивали као добро у односу на студенте прве године (УО=0,16).

Табела 18. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за физичко здравље (добро наспрам просечно) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Физичко здравље			
	Добро наспрам просечно			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,32 (0,84-2,08)	0,223	1,49 (0,91-2,43)	0,109
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	1,36 (0,92-2,03)	0,125	4,63 (1,19-17,96)	0,027*
31+	0,84 (0,19-3,65)	0,817	2,39 (0,31-18,67)	0,405
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	1,49 (0,78-2,88)	0,230	1,06 (0,51-2,17)	0,880

Докторска дисертација

Трећа	1,10 (0,60-2,03)	0,751	0,23 (0,05-1,01)	0,051
Четврта	0,78 (0,42-1,44)	0,430	0,16 (0,03-0,77)	0,022*
Пета	1,24 (0,65-2,37)	0,513	0,243 (0,05-1,19)	0,082
Шеста	2,21 (1,20-4,06)	0,010*	0,45 (0,09-2,16)	0,318
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	0,96 (0,61-1,50)	0,853	0,82 (0,50-1,37)	0,454
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,00 (0,68-1,46)	0,992	0,90 (0,59-1,36)	0,620
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	0,69 (0,42-1,15)	0,156	0,62 (0,36-1,09)	0,097
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	0,77 (0,34-1,74)	0,526	0,97 (0,37-2,59)	0,958
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,75 (0,52-1,09)	0,133	0,75 (0,48-1,15)	0,191
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,80 (0,50-1,29)	0,364	0,84 (0,47-1,47)	0,538
Ванредно стање				
У Београду	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изван Београда / Србије	0,94 (0,64-1,36)	0,729	1,09 (0,69-1,70)	0,712
Онлајн настава				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,81 (0,53-1,23)	0,326	0,83 (0,51-1,35)	0,454
Много	1,02 (0,62-1,69)	0,937	1,03 (0,55-1,94)	0,919
Средства за рад				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,55 (1,05-2,28)	0,026*	1,29 (0,84-2,00)	0,245
Обавезе				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,99 (0,66-1,49)	0,963	1,17 (0,72-1,91)	0,531
Много	0,84 (0,49-1,44)	0,535	1,11 (0,54-2,27)	0,780
Стресогеност обавеза				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,89 (0,56-1,39)	0,603	0,84 (0,51-1,38)	0,490
Много	0,64 (0,41-0,99)	0,047*	0,74 (0,43-1,28)	0,282

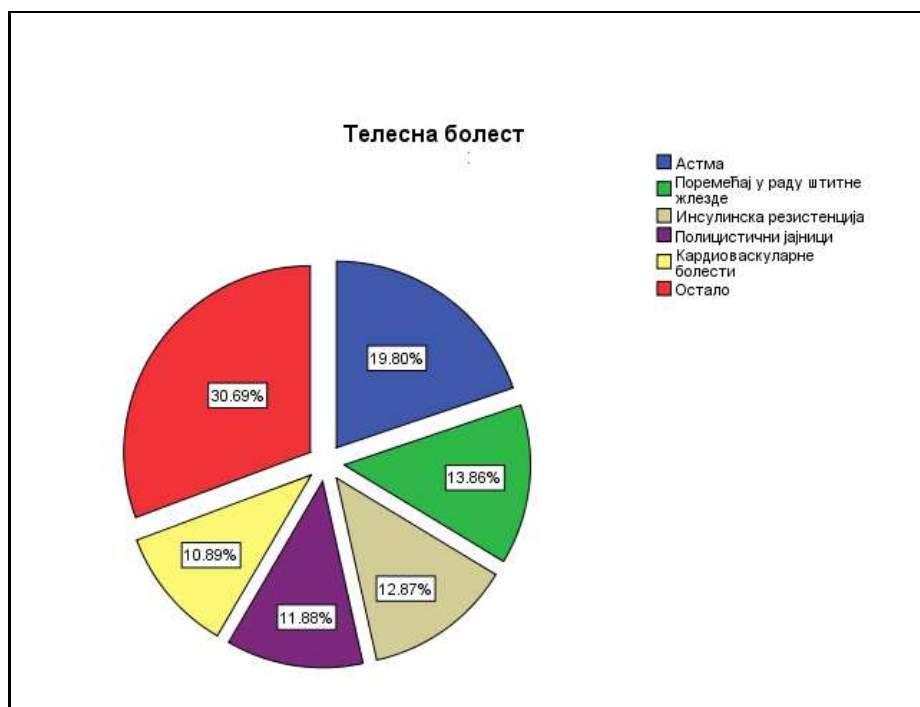
Докторска дисертација

Свакодневне активности				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,74 (0,35-1,58)	0,435	0,77 (0,34-1,72)	0,518
Много	0,78 (0,39-1,56)	0,486	0,76 (0,36-1,59)	0,463
Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,94 (0,61-1,43)	0,772	1,09 (0,66-1,80)	0,732
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,81 (0,56-1,18)	0,275	0,75 (0,48-1,16)	0,197
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,51 (0,26-1,01)	0,054	0,58 (0,27-1,23)	0,157
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,85 (0,46-1,55)	0,598	0,90 (0,45-1,81)	0,778
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,46 (0,91-2,34)	0,120	1,51 (0,89-2,57)	0,124

^a Референтна категорија

4.14. Структура телесних болести код студената који болују од неке болести

На графикону 1 приказане су врсте болести од којих су испитаници најчешће наводили да болују или су боловали. Од свих испитаних студената, 17, 41% је известило да болују од неке телесне болести. Појединачно гледано, скоро једна петина (19,8%) свих наведених обољења испитиваних студената била је астма. Остале болести од којих студенти болују су: поремећаји у раду тироидне жлезде (13,86%), инсулинска резистенција (12,87%), полицистични јајници (11,86%), док кардиоваскуларне проблеме има 10,89%. Такође, 30,9% испитаника је навео да болује од неких болести које се нису могле класификовати у ове категорије, попут проблема офталмолошке природе, проблема са кожом, костима, аутоимунином системом, итд. Све укупно 101 испитаник је имао или има неку соматску болест.



Графикон 1. Структура телесних болести код студената који болују од неке болести.

4.15. Самопроцена менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 19 приказана је дистрибуција скова самопроцене менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Половина испитаника (50,5%) је рекло да има добро ментално здравље, иако је било и оних студената који су боловали од неке психичке болести (9,48%). Од свих испитаника који су своје ментално здравље описали као лоше, 41,5% су били студенти млађи од 20 година, 57,4% је било оних између 21 и 30 година, док је свега 1,1% студената старијих од 30 година известило да има лоше ментално здравље. Што се тиче године студија скоро четвртина студената која има лоше психичко здравље долази са прве године студија (24,5%), петина са друге (20,2%), док је 18,1% студената треће године известило да има лоше ментално здравље. Најмање психичких тегоба је било међу студентима четврте године, свега 10,6%. Од свих студената који имају лоше ментално здравље, њих 37,2% је сматрало да су им обавезе током епидемије биле стресније него уобичајене факултетске обавезе. У исто време половина студената (50,5%) који за себе сматрају да имају добро ментално здравље сматрало је да су им обавезе током епидемије мање стресне у односу на регуларне услове студирања.

Табела 19. Дистрибуција скорa самопроцене менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Ментално здравље			P ^a
	Лоше (%)	Просечно (%)	Добро (%)	
Пол				0,336
Мушки	24,5	17,1	19,8	
Женски	75,5	82,9	80,2	
Узраст				0,032
<=20	41,5	32,1	24,9	
21-30	57,4	65,8	73,7	
31+	1,1	2,1	1,4	
Година студија				0,014
Прва	24,5	20,2	14,7	
Друга	20,2	11,9	14,7	
Трећа	18,1	17,1	14,7	
Четврта	10,6	18,7	13	
Пета	14,9	11,4	14,7	
Шеста	11,7	20,7	28,3	
Брачни статус				0,514
Самац / самица	83	77,2	78,2	
У браку / ванбрачној заједници	17	22,8	21,8	
Религиозност				0,064
Да	54,3	61,7	67,2	
Не	45,7	38,3	32,8	
Тип насеља				0,279
Градско	87,2	88,6	83,6	
Сеоско	12,8	11,4	16,4	
Укућани				0,548
Сам / Сама	4,3	7,3	5,5	
Са породицом	95,7	92,7	94,5	
Смештај током студија				0,424
Власти смештај	52,1	52,3	57,7	
Изнајмљени смештај	47,9	47,7	42,3	
Укућани током студија				0,753
Сам / Сама	22,3	18,7	20,5	
Са породицом / Са цимером	77,7	81,3	79,5	
Ванредно стање				0,809
У Београду	38,3	40,4	42	
Изван Београда / Србије	61,7	59,6	58	
Онлајн настава				0,231
Мало	37,2	38,9	35,8	
Осредње	35,1	44	39,9	
Много	27,7	17,1	24,2	

Докторска дисертација

Средства за рад				0,054
Да	34	38,3	28	
Не	66	61,7	72	
Обавезе				0,758
Мало	42,6	49,2	50,2	
Осредње	39,4	35,2	35,5	
Много	18,1	15,5	14,3	
Стресогеност обавеза				0,015
Мало	36,2	39,4	50,5	
Осредње	26,6	30,1	27,3	
Много	37,2	30,6	22,2	
Свакодневне активности				0,375
Мало				
Осредње	5,3	10,4	9,2	
Много	18,1	24,4	21,2	
	76,6	65,3	69,6	
Зараженост корона вирусом				0,341
Да	27,7	21,8	27,3	
Не / Не знам	72,3	78,2	72,7	
Зараженост у породици				0,434
Да	40,4	40,4	45,7	
Не / Не знам	59,6	59,6	54,3	
Зараженост међу пријатељима				0,167
Да	89,4	95,3	92,8	
Не / Не знам	10,6	4,7	7,2	
Помоћ стручњацима				0,066
Да	5,3	9,8	13,7	
Не	94,7	90,2	86,3	
Помоћ заједници				0,608
Да	20,2	15,5	16,7	
Не	79,8	84,5	83,3	

^a Хи квадрат

4.16. Повезаност менталног здравља (просечног наспрам лошег) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 20. У биваријантној логистичкој регресији није било значајних предиктора за зависну варијаблу просечно наспрам лоше ментално здравствено стање. Ипак, у мултиваријантној логистичкој регресији, као значајни предиктори су се издвојиле варијабле: године студије (за студенте четврте и шесте године студија), зараженост и зараженост међу пријатељима. Студенти четврте године студија су чак 13,68 пута чешће описивали своје ментално здравље као просечно, у односу на студенте прве године студија. Слично њима, студенти завршне године студија су 10,74 пута чешће процењивали своје психичко здравље као просечно у односу на студенте прве године. Студенти који нису били заражени вирусом корона су више од два пута ($УО=2,15$) чешће своје здравље процењивали као просечно у односу на студенте који су били заражени, док су студенти чији пријатељи нису били заражени овим вирусом ређе своје ментално здравље процењивали као просечно ($УО=0,29$) у поређењу са студентима који су имали заражене пријатеље.

Табела 20. Унакрсни односи ($УО$) и 95% интервали поверења ($ИП$) за ментално здравље (просечно наспрам лоше) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Ментално здравље			
	Просечно наспрам лоше			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,57 (0,86-2,87)	0,141	1,87 (0,92-3,79)	0,081
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	1,48 (0,89-2,47)	0,134	0,20 (0,03-1,27)	0,087
31+	2,52 (0,27-23,34)	0,417	0,19 (0,01-4,02)	0,288
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,71 (0,32-1,58)	0,407	0,97 (0,38-2,48)	0,950
Трећа	1,14 (0,52-2,50)	0,734	5,54 (0,73-41,98)	0,098
Четврта	2,12 (0,89-5,07)	0,090	13,68 (1,60-117,17)	0,017
Пета	0,93 (0,40-2,16)	0,860	4,92 (0,57-42,50)	0,148
Шеста	2,14 (0,92-4,98)	0,076	10,74 (1,17-98,58)	0,036

Докторска дисертација

Брачни статус Самац / самица У браку / ванбрачној заједници	1,00 ^a 1,44 (0,76-2,71)	0,260	1,00 ^a 1,10 (0,52-2,36)	0,800
Религиозност Да Не	1,00 ^a 0,74 (0,45-1,21)	0,232	1,00 ^a 0,69 (0,39-1,22)	0,204
Тип насеља Градско Сеоско	1,00 ^a 0,88 (0,41-1,86)	0,737	1,00 ^a 0,71 (0,30-1,69)	0,446
Укућани Сам / Сама Са породицом	1,00 ^a 0,57 (0,18-1,78)	0,331	1,00 ^a 0,49 (0,12-1,91)	0,303
Смештај током студија Власти смештај Изнајмљени смештај	1,00 ^a 0,99 (0,61-1,62)	0,974	1,00 ^a 1,16 (0,61-2,12)	0,640
Укућани током студија Сам / Сама Са породицом / Са цимером	1,00 ^a 1,25 (0,68-2,30)	0,463	1,00 ^a 1,50 (0,71-3,16)	0,288
Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 0,91 (0,55-1,52)	0,731	1,00 ^a 1,03 (0,54-1,95)	0,926
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,20 (0,68-2,12) 0,59 (0,31-1,14)	0,525 0,115	1,00 ^a 1,13 (0,56-2,26) 0,65 (0,28-1,49)	0,734 0,306
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 0,83 (0,49-1,39)	0,479	1,00 ^a 0,69 (0,38-1,27)	0,237
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,77 (0,45-1,33) 0,74 (0,37-1,50)	0,356 0,406	1,00 ^a 0,91 (0,46-1,81) 0,86 (0,32-2,26)	0,784 0,753
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,04 (0,56-1,93) 0,75 (0,42-1,35)	0,906 0,342	1,00 ^a 1,49 (0,72-3,07) 1,13 (0,50-2,54)	0,277 0,764
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,69 (0,22-2,13) 0,44 (0,16-1,22)	0,520 0,113	1,00 ^a 0,61 (0,17-2,11) 0,36 (0,11-1,12)	0,433 0,079

Докторска дисертација

Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,37 (0,78-2,42)	0,271	2,15 (1,02-4,57)	0,045
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,00 (0,60-1,65)	0,999	0,79 (0,42-1,50)	0,476
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,41 (0,16-1,05)	0,063	0,29 (0,09-0,90)	0,033
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,51 (0,19-1,42)	0,201	0,37 (0,11-1,24)	0,107
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,38 (0,73-2,60)	0,325	1,84 (0,85-3,99)	0,122

^a Референтна категорија

4.17. Повезаност менталног здравља (доброг наспрам лошег) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 21. У биваријантној логистичкој регресији за зависну варијаблу добро наспрам лоше ментално здравствено стање као значајни предиктори су се издвојиле варијабле: узраст (за испитанике старости од 21 до 30 година), године студија (за испитанике шесте године), религиозност, стресогеност обавеза (за категорију испитаника којима су обавезе биле много стресније него уобичајене) и помоћ стручњацима. Студенти узраста 21 до 30 година су више од два пута чешће ($УО=2,14$) процењивали своје здравље као добро уместо као лоше, у односу на млађе студенте, док су студенти шесте године своје здравље процењивали као добро чак четири пута чешће ($УО=4,04$) од студената прве године. Студенти који нису религиозни ређе су своје здравље процењивали као добро ($УО=0,58$) у односу на религиозне студенте. Студенти који су своје обавезе током епидемије посматрали као много стресније у односу на студентске обавезе из ранијег периода, ређе су своје ментално здравље процењивали као добро ($УО=0,43$) у односу на студенте којима су тренутне обавезе биле мање стресне. Студенти који нису помагали лекарима и другим медицинским радницима током епидемије вируса короне, своје ментално здравље ређе су процењивали као лоше ($УО=0,35$) у односу на студенте који су помагали лекарима. У мултиваријантној логистичкој регресији као и у биваријантној, показано је да су нерелигиозни и студенти који нису помагали лекарима током епидемије своје ментално здравље ређе процењивали као добро у односу на религиозне и студенте који су помагали лекарима.

Табела 21. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за ментално здравље (добро наспрам лоше) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Ментално здравље			
	Добро наспрам лоше			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,31 (0,76-2,28)	0,333	1,29 (0,70-2,37)	0,415
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	2,14 (1,31-3,49)	0,002	1,94 (0,58-6,51)	0,283
31+	2,14 (0,23-19,78)	0,504	1,29 (0,08-19,94)	0,853
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	1,21 (0,58-2,54)	0,613	1,18 (0,50-2,77)	0,701
Трећа	1,35 (0,63-2,88)	0,433	0,71 (0,17-2,99)	0,646
Четврта	2,03 (0,86-4,81)	0,106	1,15 (0,24-5,57)	0,858
Пета	1,64 (0,75-3,61)	0,217	0,75 (0,16-3,66)	0,727
Шеста	4,04 (1,80-9,05)	0,001	2,09 (0,43-10,04)	0,359
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,36 (0,74-2,49)	0,316	1,02 (0,51-2,01)	0,962
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,58 (0,36-0,93)	0,023	0,50 (0,30-0,85)	0,010
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,34 (0,68-2,64)	0,401	1,19 (0,55-2,56)	0,659
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	0,77 (0,25-2,36)	0,647	0,77 (0,20-2,94)	0,705
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,80 (0,50-1,27)	0,345	0,79 (0,45-1,37)	0,399
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	1,12 (0,64-1,96)	0,699	1,43 (0,70-2,89)	0,324

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 0,86 (0,53-1,38)	0,528	1,00 ^a 1,04 (0,58-1,87)	0,893
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,18 (0,69-2,03) 0,91 (0,50-1,64)	0,547 0,755	1,00 ^a 1,36 (0,72-2,57) 1,26 (0,57-2,76)	0,341 0,571
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 1,33 (0,81-2,18)	0,263	1,00 ^a 1,05 (0,59-1,88)	0,871
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,76 (0,46-1,28) 0,67 (0,35-1,30)	0,306 0,240	1,00 ^a 1,04 (0,53-2,03) 1,26 (0,51-3,10)	0,904 0,609
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,73 (0,41-1,32) 0,43 (0,24-0,74)	0,301 0,003	1,00 ^a 0,76 (0,39-1,48) 0,55 (0,27-1,11)	0,423 0,096
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,67 (0,23-2,02) 0,52 (0,19-1,41)	0,482 0,202	1,00 ^a 0,67 (0,21-2,14) 0,56 (0,19-1,62)	0,502 0,282
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,02 (0,60-1,71)	0,946	1,00 ^a 1,49 (0,78-2,84)	0,230
Зараженост у породици Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,80 (0,50-1,29)	0,367	1,00 ^a 0,81 (0,45-1,43)	0,463
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,65 (0,29-1,43)	0,284	1,00 ^a 0,69 (0,27-1,76)	0,442
Помоћ стручњацима Да Не	1,00 ^a 0,35 (0,14-0,93)	0,035	1,00 ^a 0,30 (0,10-0,93)	0,038
Помоћ заједници Да Не	1,00 ^a 1,26 (0,70-2,27)	0,440	1,00 ^a 1,50 (0,77-2,94)	0,236

^a Референтна категорија

4.18. Повезаност менталног здравља (доброг наспрам просечног) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену менталног здравља у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 22. У биваријантној логистичкој регресији за зависну варијаблу добро наспрам просечно ментално здравствено стање као значајни предиктори су се издвојиле варијабле: године студија (за студенте шесте године), средства за рад и стресогеност обавеза (за студенте који обавезе током епидемије процењују као много стресније у односу на уобичајне обавезе пре епидемије). Студенти завршне године медицине су скоро два пута ($UO=1,88$) чешће своје психичко здравље процењивали као добро у односу на студенте прве године. Слично томе, студенти који нису имали проблема са платформама за учење на даљину су више од један и по пут ($UO=1,60$) чешће своје ментално здравље процењивали као добро у односу на студенте који су имали проблеме са платформама за учење на даљину. Студенти који су проценили своје обавезе током епидемије као стресније у односу на оне обавезе које су имали у ранијем периоду, ређе су своје ментално здравље процењивали као добро ($UO=0,57$) у односу на студенте чије су обавезе биле мање стресне у односу на период пре епидемије. У мултиваријантној логистичкој регресији као значајни предиктори су се издвојиле следеће варијабле: онлајн настава (за категорију студената који су сматрали да је током епидемије било доста онлајн наставе) и зараженост међу пријатељима. Студенти који су сматрали да је онлајн настава током епидемије била много заступљена су скоро два и по пута ($UO=2,39$) чешће своје ментално здравље процењивали као добро, у односу на студенте који су сматрали да није било много онлајн наставе током периода епидемије вируса короне. Такође, студенти чији познаници и пријатељи нису били заражени вирусом корона су два и по пута чешће ($UO=2,54$) процењивали своје психичко здравље као добро у односу на студенте чији су пријатељи били позитивни на вирус корону.

Табела 22. Унакрсни односи (UO) и 95% интервали поверења (IP) за ментално здравље (добро наспрам просечно) у односу на социо-демографске варијабле, варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Ментално здравље			
	Добро наспрам просечно			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	UO (95% IP)	P	UO (95% IP)	P
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	0,84 (0,52-1,34)	0,456	0,83 (0,50-1,38)	0,479
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	1,44 (0,96-2,16)	0,074	3,32 (0,95-11,66)	0,061
31+	0,85 (0,20-3,54)	0,822	1,38 (0,20-9,72)	0,747

Докторска дисертација

Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	1,79 (0,87-3,30)	0,120	1,27 (0,60-2,70)	0,535
Трећа	1,18 (0,63-2,13)	0,602	0,40 (0,10-1,62)	0,201
Четврта	0,96 (0,51-1,80)	0,892	0,29 (0,07-1,27)	0,102
Пета	1,77 (0,90-3,47)	0,095	0,67 (0,15-3,04)	0,600
Шеста	1,88 (1,06-3,34)	0,031	0,76 (0,17-3,31)	0,715
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	0,95 (0,61-1,46)	0,804	0,79 (0,48-1,29)	0,344
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,78 (0,54-1,14)	0,207	0,74 (0,49-1,12)	0,159
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,52 (0,89-2,62)	0,128	1,74 (0,96-3,15)	0,068
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,35 (0,64-2,84)	0,423	2,13 (0,86-5,24)	0,100
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,81 (0,56-1,16)	0,246	0,68 (0,44-1,06)	0,090
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,89 (0,56-1,41)	0,621	0,77 (0,44-1,34)	0,352
Ванредно стање				
У Београду	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изван Београда / Србије	0,94 (0,65-1,36)	0,732	1,01 (0,65-1,57)	0,967
Онлајн настава				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,98 (0,65-1,48)	0,935	1,35 (0,83-2,19)	0,223
Много	1,54 (0,92-2,55)	0,098	2,39 (1,24-4,60)	0,009
Средства за рад				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,60 (1,09-2,35)	0,017	1,17 (0,76-1,81)	0,475
Обавезе				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,99 (0,66-1,47)	0,954	1,06 (0,65-1,71)	0,823
Много	0,90 (0,53-1,54)	0,714	1,06 (0,51-2,19)	0,875
Стресогеност обавеза				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	

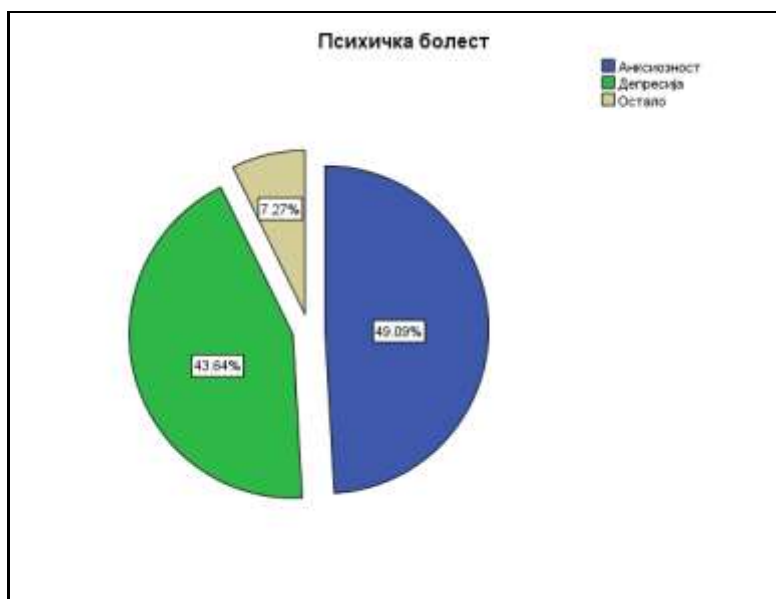
Докторска дисертација

Осредње	0,71 (0,46-1,10)	0,122	0,67 (0,41-1,08)	0,100
Много	0,57 (0,36-0,88)	0,013	0,62 (0,36-1,08)	0,092
Свакодневне активности				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,98 (0,49-1,95)	0,948	1,06 (0,50-2,24)	0,881
Много	1,20 (0,65-2,23)	0,565	1,43 (0,73-2,82)	0,299
Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,74 (0,48-1,14)	0,169	0,75 (0,45-1,25)	0,269
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,80 (0,56-1,16)	0,248	0,83 (0,54-1,28)	0,404
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	1,58 (0,71-3,53)	0,265	2,54 (1,03-6,29)	0,043
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,69 (0,39-1,23)	0,210	0,86 (0,44-1,69)	0,664
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,92 (0,56-1,50)	0,730	0,93 (0,53-1,64)	0,807

^a Референтна категорија

4.19. Структура психичких болести код студената који болују од неке болести

На графикону 2 приказане су врсте болести од којих су испитаници најчешће наводили да болују или су боловали. Од свих испитаних студената, 9, 48% је известило да болује од неке психичке болести. Појединачно гледано, скоро половина (49,09%) свих наведених обољења испитиваних студената била је анксиозност. Нешто мање испитаника, њих 43,64% болује од неке болести из спектра афективних поремећаја, најчешће депресије. Још 7,27% испитиваних студената из ове групе навело је да има или је имало психичке тегобе које би се могле класификовати у неки психотични поремећај или поремећај личности. Све укупно 55 испитаника је имао или има неку менталну болест.



Графикон 2. Структура психичких болести код студената који болују од неке болести.

4.20. Дескриптивна статистика за механизме превладавања

У Табели 23 приказани су основни подаци дескриптивне статистике за све механизме превладавања стреса које су испитаници користили. Од шест механизма превладавања који спадају у надређени механизам превладавања - превладавање избегавањем, највећу просечну вредност одговора имао је механизам превладавања дистракција ($As=6,50$) што упућује на то да су скретањем пажње са стресних догађаја испитивани студенти најчешће превладавали проблеме. Вентилирање ($As=5,00$) и самооптуживање ($As=4,60$) су такође често коришћени механизми борбе са стресом. Најређе коришћен механизам превладавања из ове групе је злоупотреба психоактивних супстанци ($As=2,76$), док су испитаници ретко прибегавали и порицању ($As=3,10$) и одустајању ($As=3,22$). Од механизма превладавања који спадају у други надређени механизам превладавања – превладавање суочавањем, прихватање ситуације ($As=6,70$) је био убедљиво најчешће коришћени механизам. Испитаници су у борби са стресом прибегавали у великом степену и прихватању емоционалне подршке ($As=6,15$), планирању ($As=6,08$) и позитивном преобликовању ситуације ($As=6,03$). Нешто ређе коришћени механизми превладавања из ове групе су били активно превладавање ($As=5,75$) и саветодавна подршка ($As=5,18$). Ипак, свеукупно гледајући, у просеку механизми превладавања суочавањем су чешће коришћени од механизма превладавања избегавањем (осим превладавања дистракцијом). Механизми превладавања који нису класификовани у ове две надређене категорије су ређе коришћени. Хумор као механизам превладавања ($As=5,79$) је био чешће коришћен од побожности и окретању вери као начину борбе са стресом ($As=4,00$).

Табела 23. Дескриптивна статистика за механизме превладавања

СКАЛА МЕХАНИЗАМА ПРЕВЛАДАВАЊА			
Порицање		Активно превладавање	
Средња вредност	3,10	Средња вредност	5,75
Стандардна девијација	1,45	Стандардна девијација	1,62
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
Злоупотреба супстанци		Позитивно преобликовање	
Средња вредност	2,76	Средња вредност	6,03
Стандардна девијација	1,45	Стандардна девијација	1,54
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
Вентилирање		Планирање	
Средња вредност	5,00	Средња вредност	6,08
Стандардна девијација	1,62	Стандардна девијација	1,48
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
Одустајање		Прихватање ситуације	
Средња вредност	3,22	Средња вредност	6,70
Стандардна девијација	1,55	Стандардна девијација	1,33
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
Самодистракција		Емоционална подршка	
Средња вредност	6,50	Средња вредност	6,15
Стандардна девијација	1,35	Стандардна девијација	1,74
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
Самооптуживање		Саветодавна подршка	
Средња вредност	4,60	Средња вредност	5,18
Стандардна девијација	1,97	Стандардна девијација	1,89
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
ПРЕВЛАДАВАЊЕ ИЗБЕГАВАЊЕМ		ПРЕВЛАДАВАЊЕ СУОЧАВАЊЕМ	
Средња вредност	25,19	Средња вредност	35,90
Стандардна девијација	5,44	Стандардна девијација	6,26
Распон	32	Распон	31
Минимум	12	Минимум	17

Докторска дисертација

Максимум	44	Максимум	48
Хумор		Побожност	
Средња вредност	5,79	Средња вредност	4,00
Стандардна девијација	1,95	Стандардна девијација	2,03
Распон	6	Распон	6
Минимум	2	Минимум	2
Максимум	8	Максимум	8
СВИ МЕХАНИЗМИ ПРЕВЛАДАВАЊА			
Средња вредност			70,88
Стандардна девијација			10,41
Распон			65
Минимум			34
Максимум			99

4.21. Самопроцена коришћења механизма превладавања избегавањем у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 24 приказана је дистрибуција коришћења механизма превладавања избегавањем у односу на социо-демографске варијабле, и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Статистичка значајност добијена је за варијабле: пол, узраст, године студија, средства за рад и стресогеност обавеза. Жене ($A_s=25,42$) су чешће извештавале да користе механизме превладавања избегавањем у односу на мушкарце ($A_s=24,23$). Такође, овакве механизме превладавања најчешће су користили студенти млађи од 20 година, док најређе они који су били узрасне доби између 21 и 30 година. Студенти прве године су у просеку најчешће прибегавају механизмима превладавања избегавањем ($A_s=27,08$), док су избегавањем најмање били склони студенти пете године ($A_s=23,59$). Студенти који су имали проблема са платформама за учење на даљину, у просеку су чешће проблемима прибегавали избегавајућим механизмима превладавања ($A_s=25,92$) од оних студената који нису имали проблем са платформама за онлајн наставу ($A_s=24,84$). Како се повећавала процена стресогености обавеза, тако је у просеку расло и коришћење избегавајућих механизма превладавања. Студенти који су проценили стресогеност обавеза током епидемије као малу у односу на регуларне услове, у просеку ($A_s=23,90$) су најмање користили избегавајуће механизме превладавања, затим их следе испитаници који су студентске обавезе сматрали осредње стресогеним ($A_s=25,52$), док су студенти који су проценили обавезе током епидемије као веома стресне, у просеку ($A_s=26,95$) највише користили механизме превладавања избегавањем.

Табела 24. Дистрибуција коришћења механизма превладавања избегавањем у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Превладавање избегавањем	P
	As (Sd)	
Пол		0,035 ^a
Мушки	24,23 (5,55)	
Женски	25,42 (5,40)	
Узраст		0,016 ^b
<=20	25,98 (5,37)	
21-30	24,84 (5,45)	
31+	25,44 (5,32)	
Година студија		0,003 ^b
Прва	27,08 (5,10)	
Друга	24,11 (5,25)	
Трећа	25,45 (5,20)	
Четврта	26,05 (5,79)	
Пета	23,95 (5,64)	
Шеста	24,41 (5,22)	
Брачни статус		0,919 ^a
Самац / самица	25,18 (5,56)	
У браку / ванбрачној заједници	25,23 (5,01)	
Религиозност		0,461 ^a
Да	25,06 (5,56)	
Не	25,41 (5,25)	
Тип насеља		0,750 ^a
Градско	25,22 (5,41)	
Сеоско	25,01 (5,64)	
Укућани		0,763 ^a
Сам / Сама	24,85 (6,72)	
Са породицом	25,21 (5,36)	
Смештај током студија		0,742 ^a
Властити смештај	25,26 (5,32)	
Изнајмљени смештај	25,11 (5,60)	
Укућани током студија		0,937 ^a
Сам / Сама	25,15 (5,82)	
Са породицом / Са цимером	25,20 (5,35)	
Ванредно стање		0,699 ^a
У Београду	25,08 (5,61)	
Изван Београда / Србије	25,26 (5,33)	
Онлајн настава		0,362 ^b
Мало	25,33 (5,58)	
Осредње	24,88 (5,28)	
Много	25,52 (5,51)	

Докторска дисертација

Средства за рад		0,025 ^a
Да	25,92 (5,51)	
Не	24,84 (5,38)	
Обавезе		0,090 ^b
Мало	24,58 (5,21)	
Осредње	25,53 (5,65)	
Много	26,33 (5,47)	
Стресогеност обавеза		<0,001 ^b
Мало	23,90 (5,29)	
Осредње	25,52 (5,14)	
Много	26,95 (5,47)	
Свакодневне активности		0,099 ^b
Мало	24,98 (5,29)	
Осредње	24,23 (5,23)	
Много	25,52 (5,50)	
Зараженост корона вирусом		0,530 ^a
Да	25,43 (5,44)	
Не / Не знам	25,11 (5,45)	
Зараженост у породици		0,983 ^a
Да	25,18 (5,47)	
Не / Не знам	25,19 (5,43)	
Зараженост међу пријатељима		0,360 ^a
Да	25,13 (5,45)	
Не / Не знам	25,95 (5,31)	
Помоћ стручњацима		0,329 ^a
Да	24,56 (6,18)	
Не	25,17 (5,34)	
Помоћ заједници		0,974 ^a
Да	25,17 (5,91)	
Не	25,19 (5,35)	

^a *t* тест за независне узорке; ^b Једнофакторска униваријантна анализа варијансе

4.22. Повезаност механизма превладавања избегавањем са социо-демографским варијаблама, варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 25 приказани су резултати биваријантне и мултиваријантне линеарне регресије уз помоћ којих је испитивана повезаност механизма превладавања избегавањем са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне. У биваријантној линеарној регресији, као значајни предиктори су се издвојили: пол, узраст, година студија, средства за рад, обавезе и стресогеност обавеза. Жене су процењивале себе чешће као неког ко користи механизме превладавања избегавањем у односу на мушке студенте, док су томе такође склонији били и млађи студенти (по старосној доби и по години студија). Студенти који нису имали проблема са платформама за учење на даљину, ређе

Докторска дисертација

су користили механизме превладавања избегавањем, док они студенти који су сматрали да су имали више обавеза током епидемије и да су те обавезе биле стресније у односу на регуларне студентске обавезе, склонији су били избегавајућим механизмима превладавања. У мултиваријантној линеарној регресији, као значајни предиктор издвојила се једино варијабла стресогеност обавеза, чиме је још једном потврђена веза ове варијабле и коришћења избегавајућих механизма превладавања, односно студенти који су перципирали да су обавезе током епидемије вируса короне биле стресније у односу на регуларне студентске обавезе, склонији су били коришћењу избегавајућих механизмима превладавања.

Табела 25. Повезаност механизма превладавања избегавањем са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Превладавање избегавањем	
	Биваријантна линеарна регресија	Мултиваријантна линеарна регресија
	В (р)	В (р)
Пол	1,20 (0,035)	1,09 (0,057)
Узраст	-0,99 (0,034)	0,59 (0,424)
Година студија	-0,39 (0,002)	-0,38 (0,090)
Брачни статус	0,06 (0,919)	0,41 (0,477)
Религиозност	0,35 (0,461)	0,53 (0,263)
Тип насеља	-0,21 (0,750)	0,08 (0,901)
Укућани	0,36 (0,710)	-0,05 (0,962)
Смештај током студије	-0,15 (0,742)	-0,44 (0,383)
Укућани током студија	0,04 (0,937)	-0,37 (0,558)
Ванредно стање	0,18 (0,699)	0,29 (0,572)
Онлајн настава	0,04 (0,887)	-0,41 (0,247)
Средства за рад	-1,08 (0,025)	-0,32 (0,519)
Обавезе	0,89 (0,004)	0,25 (0,531)
Стресогеност обавеза	1,53 (<0,001)	1,25 (<0,001)
Свакодневне активности	0,59 (0,093)	0,28 (0,429)
Зараженост корона вирусом	-0,33 (0,530)	-0,73 (0,203)
Зараженост у породици	0,01 (0,983)	0,19 (0,708)
Зараженост међу пријатељима	0,82 (0,360)	0,59 (0,509)
Помоћ стручњацима	0,70 (0,329)	0,22 (0,779)
Помоћ заједници	0,02 (0,974)	0,19 (0,755)

В – Нестандардизовани коефицијент регресије; Референтна категорија – механизам превладавања избегавањем се никад не користи

4.23. Самопроцена коришћења механизма превладавања суочавањем у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 26 приказана је дистрибуција коришћења механизма превладавања суочавањем у односу на социо-демографске варијабле, варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне, као и њихове разлике. Статистичка значајна разлика добијена је за варијабле: пол, религиозност и средства за рад. Као и код механизма превладавањем избегавањем, жене су и механизам превладавања суочавањем у просеку ($As=36,24$) користиле чешће од мушкараца ($As=34,49$). Религиозни студенти су такође у просеку чешће прибегавали коришћењу механизма превладавања где се суочавају са проблем ($As=36,30$) у односу на студенте који нису религиозни ($As= 35,21$). Испитаници који су имали проблема са коришћењем платформи за учење на даљину, у просеку ($As=35,11$) су ређе користили механизме превладавања суочавањем од студената који такве проблеме нису имали ($As=36,28$).

Табела 26. Дистрибуција коришћења механизма превладавања суочавањем у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Превладавање суочавањем	P
	As (Sd)	
Пол		0,007 ^a
Мушки	34,49 (6,47)	
Женски	36,24 (6,16)	
Узраст		0,427 ^b
<=20	35,16 (6,37)	
21-30	36,24 (6,20)	
31+	35,22 (6,18)	
Година студија		0,142 ^b
Прва	35,89 (6,07)	
Друга	34,82 (6,82)	
Трећа	35,63 (6,43)	
Четврта	36,10 (6,14)	
Пета	36,01 (6,53)	
Шеста	36,59 (5,82)	
Брачни статус		0,193 ^a
Самац / самица	35,72 (6,33)	
У браку / ванбрачној заједници	36,55 (5,95)	
Религиозност		0,042 ^a
Да	36,30 (6,25)	
Не	35,21 (6,22)	
Тип насеља		0,055 ^a
Градско	36,10 (6,22)	
Сеоско	34,67 (6,37)	

Докторска дисертација

Укућани		0,325 ^a
Сам / Сама	36,21 (6,85)	
Са породицом	35,88 (6,22)	
Смештај током студија		0,116 ^a
Власти смештај	36,27 (6,12)	
Изнајмљени смештај	35,45 (6,40)	
Укућани током студија		0,431 ^a
Сам / Сама	36,31 (6,71)	
Са породицом / Са цимером	35,80 (6,14)	
Ванредно стање		0,992 ^a
У Београду	35,90 (6,19)	
Изван Београда / Србије	35,90 (6,31)	
Онлајн настава		0,383 ^b
Мало	35,50 (6,03)	
Осредње	35,65 (6,53)	
Много	37,02 (6,05)	
Средства за рад		0,034 ^a
Да	35,11 (6,28)	
Не	36,28 (6,22)	
Обавезе		0,610 ^b
Мало	35,73 (6,34)	
Осредње	36,04 (6,16)	
Много	36,11 (6,29)	
Стресогеност обавеза		0,176 ^b
Мало	36,31 (6,38)	
Осредње	35,95 (5,82)	
Много	35,17 (6,46)	
Свакодневне активности		0,475 ^b
Мало	35,38 (6,31)	
Осредње	35,57 (6,04)	
Много	36,07 (6,32)	
Зараженост корона вирусом		0,775 ^a
Да	36,03 (6,47)	
Не / Не знам	35,86 (6,19)	
Зараженост у породици		0,915 ^a
Да	35,87 (6,31)	
Не / Не знам	35,92 (6,22)	
Зараженост међу пријатељима		0,464 ^a
Да	35,95 (6,20)	
Не / Не знам	35,20 (6,97)	
Помоћ стручњацима		0,793 ^a
Да	36,09 (5,92)	
Не	35,88 (6,30)	
Помоћ заједници		0,835 ^a
Да	36,02 (5,65)	
Не	35,88 (6,38)	

^a *t* тест за независне узорке; ^b Једнофакторска униваријантна анализа варијансе

4.24. Повезаност механизма превладавања суочавањем са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 27 приказани су резултати биваријантне и мултиваријантне линеарне регресије уз помоћ којих је испитивана повезаност механизма превладавања суочавањем са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне. У биваријантној линеарној регресији, као значајни предиктори су се издвојили: пол, религиозност, онлајн настава и средства за рад. Жене су биле склоније од мушкараца да користе механизме превладавања суочавањем, као и религиознији студенти. Такође, студенти који су сматрали да су имали веома много организоване онлајн наставе током епидемије, као и они који нису имали проблем са организацијом наставе преко платформи за онлајн учење чеће су користили механизме превладавања суочавањем. Мултиваријантна линеарна регресија, показала је да су значајни предиктори пол и онлајн настава, односно жене и студенти који нису имали проблем са организацијом наставе преко платформи за онлајн учење чеће су користили механизме превладавања суочавањем.

Табела 27. Повезаност механизма превладавања избегавањем са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Превладавање суочавањем	
	Биваријантна линеарна регресија	Мултиваријантна линеарна регресија
	В (р)	В (р)
Пол	1,75 (0,007)	1,58 (0,017)
Узраст	0,90 (0,093)	0,41 (0,631)
Година студија	0,21 (0,137)	0,23 (0,382)
Брачни статус	0,82 (0,193)	0,65 (0,328)
Религиозност	-1,10 (0,042)	-1,03 (0,060)
Тип насеља	-1,43 (0,055)	-1,25 (0,105)
Укућани	-0,32 (0,769)	0,41 (0,745)
Смештај током студија	-0,821 (0,116)	-0,98 (0,092)
Укућани током студија	-0,51 (0,431)	-0,69 (0,350)
Ванредно стање	-0,01 (0,992)	0,564 (0,341)
Онлајн настава	0,69 (0,043)	0,82 (0,046)
Средства за рад	1,17 (0,034)	0,89 (0,129)
Обавезе	0,22 (0,543)	0,63 (0,170)
Стресогеност обавеза	-0,55 (0,078)	-0,51 (0,160)
Свакодневне активности	0,39 (0,330)	0,30 (0,461)
Зараженост корона вирусом	-0,17 (0,775)	-0,07 (0,920)
Зараженост у породици	0,06 (0,915)	0,07 (0,895)

Докторска дисертација

Зараженост међу пријатељима	-0,75 (0,464)	-0,46 (0,658)
Помоћ стручњацима	-0,22 (0,793)	-0,25 (0,776)
Помоћ заједници	-0,14 (0,835)	-0,07 (0,924)

B – Нестандардизовани коефицијент регресије; Референтна категорија – механизам превладавања суочавањем се никад не користи

4.25. Самопроцена коришћења свих механизма превладавања у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 28 приказана је дистрибуција коришћења свих механизма превладавања у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике. Статистичка значајна разлика добијена је само за варијабле пол и религиозност. Жене су у просеку ($As=71,45$) чешће користиле механизме превладавања као начин борбе са стресом у односу на мушкарце ($As=68,54$). Такође, религиознији студенти су били склонији коришћењу менанизама превладавања ($As=71,83$) од оних студената који не верују у Бога ($As=69,23$).

Табела 28. Дистрибуција коришћења свих механизма превладавања у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Сви механизми превладавања	P
	As (Sd)	
Пол		0,007 ^a
Мушки	68,54 (10,85)	
Женски	71,45 (10,23)	
Узраст		0,604 ^b
<=20	71,11 (10,41)	
21-30	70,76 (10,41)	
31+	71,67 (11,75)	
Година студија		0,404 ^b
Прва	73,31 (10,07)	
Друга	68,38 (10,13)	
Трећа	70,82 (10,03)	
Четврта	72,00 (11,16)	
Пета	69,48 (10,83)	
Шеста	70,71 (10,05)	
Брачни статус		0,429 ^a
Самац / самица	70,70 (10,61)	
У браку / ванбрачној заједници	71,53 (9,68)	
Религиозност		0,004 ^a
Да	71,83 (10,81)	
Не	69,23 (9,49)	

Докторска дисертација

Тип насеља		0,268 ^a
Градско	71,07 (10,34)	
Сеоско	69,70 (10,85)	
Укућани		0,943 ^a
Сам / Сама	71,00 (12,72)	
Са породицом	70,87 (10,27)	
Смештај током студија		0,177 ^a
Властити смештај	71,40 (10,11)	
Изнајмљени смештај	70,23 (10,75)	
Укућани током студија		0,436 ^a
Сам / Сама	71,55 (11,07)	
Са породицом / Са цимером	70,71 (10,25)	
Ванредно стање		0,688 ^a
У Београду	70,67 (10,79)	
Изван Београда / Србије	71,02 (10,15)	
Онлајн настава		0,431 ^b
Мало	70,70 (9,74)	
Осредње	70,00 (11,01)	
Много	72,75 (10,23)	
Средства за рад		0,790 ^a
Да	71,04 (10,41)	
Не	70,80 (10,43)	
Обавезе		0,725 ^b
Мало	70,01 (10,10)	
Осредње	71,47 (10,99)	
Много	72,21 (9,87)	
Стресогеност обавеза		0,281 ^b
Мало	69,85 (10,47)	
Осредње	71,24 (10,29)	
Много	72,17 (10,35)	
Свакодневне активности		0,407 ^b
Мало	70,33 (10,58)	
Осредње	69,73 (10,40)	
Много	71,31 (10,39)	
Зараженост корона вирусом		0,383 ^a
Да	71,52 (10,16)	
Не / Не знам	70,66 (10,50)	
Зараженост у породици		0,879 ^a
Да	70,80 (10,45)	
Не / Не знам	70,93 (10,40)	
Зараженост међу пријатељима		0,876 ^a
Да	70,86 (10,32)	
Не / Не знам	71,13 (11,69)	
Помоћ стручњацима		0,353 ^a
Да	69,73 (9,21)	
Не	71,02 (10,55)	

Помоћ заједници		0,773 ^a
Да	71,15 (9,79)	
Не	70,82 (10,54)	

^a *t* тест за независне узорке; ^b Једнофакторска униваријантна анализа варијансе

4.26. Повезаност свих механизма превладавања са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 29 су приказани резултати биваријантне и мултиваријантне линеарне регресије уз помоћ којих је испитивана повезаност свих механизма превладавања са социо-демографским варијаблама, варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне. У биваријантној линеарној регресији, као значајни предиктори су се издвојили: пол, религиозност, обавезе и стресогеност обавеза. Жене су биле склоније од мушкараца да користе механизме превладавања, као и религиознији студенти. Коришћењу механизма превладавања су склонији били и они студенти који су препознали да је за време епидемије било много више студентских обавеза и да су оне биле много стресније него обавезе које су имали пре епидемије. Мултиваријантна линеарна регресија, показала је да су значајни предиктори пол и религиозност, односно жене и студенти који су религиознији били су склонији коришћењу механизма одбране током епидемије вируса короне, у односу на мушкараце и нерелигиозне студенте из овог истраживања.

Табела 29. Повезаност свих механизма превладавања са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Механизми превладавања	
	Биваријантна линеарна регресија	Мултиваријантна линеарна регресија
	В (р)	В (р)
Пол	2,91 (0,007)*	2,49 (0,025)*
Узраст	-0,25 (0,783)	1,07 (0,457)
Година студија	-0,26 (0,278)	-0,20 (0,648)
Брачни статус	0,83 (0,429)	1,05 (0,345)
Религиозност	-2,61 (0,004)*	-2,37 (0,010)*
Тип насеља	-1,37 (0,268)	-1,02 (0,427)
Укућани	-0,13 (0,943)	0,92 (0,662)
Смештај током студија	-1,17 (0,177)	-1,89 (0,52)
Укућани током студија	-0,84 (0,436)	-1,70 (0,167)
Ванредно стање	0,35 (0,688)	0,82 (0,406)
Онлајн настава	0,85 (0,138)	0,48 (0,479)
Средства за рад	-0,25 (0,790)	0,27 (0,784)
Обавезе	1,18 (0,047)*	0,74 (0,337)

Докторска дисертација

Стресогеност обавеза	1,18 (0,024)*	0,94 (0,124)
Свакодневне активности	0,83 (0,215)	0,32 (0,642)
Зараженост корона вирусом	-0,86 (0,383)	-1,35 (0,227)
Зараженост у породици	0,13 (0,879)	0,47 (0,623)
Зараженост међу пријатељима	0,27 (0,876)	0,43 (0,805)
Помоћ стручњацима	1,28 (0,353)	0,68 (0,650)
Помоћ заједници	-0,33 (0,773)	-0,01 (0,998)

B – Нестандардизовани коефицијент регресије; Референтна категорија – механизми преваладања се никад не користе

4.27. Самопроцена задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

У Табели 30 приказана је самопроцена задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне. Од свих испитиваних студената, две трећине, односно њих 69,7% је известило да су били задовољни својим животом, док је једна четвртина, односно 24% њих било незадовољно својим животом током дана епидемије. Преосталих 6,3% студената је било неодлучно приликом процене сопственог степена задовољства животом. Статистички значајна разлика при процени степена задовољства живота добијена је за варијабле узраст и религиозност. Међу студентима који су били задовољни својим животом, две трећине (66,3%) њих налазило се у старосној групи између 21 и 30 година, док је трећина (32,7%) спадала у студенте млађе старосне доби. Свега један посто студената који су били задовољни својим животом имао је преко 30 година. Међу студентима који нису били задовољни својим животом, било је 70,5% оних између 21 и 30 година, четвртина (25,9%) их је била млађа, док је било 3,6% студената који су незадовољни својим животом, а сврставали су се у старосну групу изнад 30 година живота. Религиозност и степен задовољства животом су били повезани, па је тако међу студентима задовољним животом било чак 65,8% њих, док је код испитаника који су били незадовољни животом, верујућих студената било 53,2%.

Табела 30. Дистрибуција самопроцене задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне и њихове разлике.

Варијабле	Самопроцена задовољства животом			P ^a
	Незадовољан (%)	Неодлучан (%)	Задовољан (%)	
Пол				0,611
Мушки	22,3	16,2	19,1	
Женски	77,7	83,8	80,9	
Узраст				0,028
≤20	25,9	16,2	32,7	
21-30	70,5	83,8	66,3	
31+	3,6	0	1	

Докторска дисертација

Година студија				0,538
Прва	14,4	10,8	20	
Друга	12,9	10,8	15,6	
Трећа	19,4	18,9	14,6	
Четврта	18	18,9	12,9	
Пета	11,5	13,5	14,4	
Шеста	23,7	27	22,5	
Брачни статус				0,145
Самац / самица	82,7	86,5	76,5	
У браку / ванбрачној заједници	17,3	13,5	23,5	
Религиозност				0,013
Да	53,2	73	65,8	
Не	46,8	27	34,2	
Тип насеља				0,569
Градско	87,8	81,1	85,6	
Сеоско	12,2	18,9	14,4	
Укућани				0,497
Сам / Сама	7,9	5,4	5,2	
Са породицом	92,1	94,6	94,8	
Смештај током студија				0,545
Власти смештај	51,1	54,1	56,4	
Изнајмљени смештај	48,9	45,9	43,6	
Укућани током студија				0,469
Сам / Сама				
Са породицом / Са цимером	18,7 81,3	13,5 86,5	21,3 78,7	
Ванредно стање				0,083
У Београду	48,2	45,9	37,9	
Изван Београда / Србије	51,8	54,1	62,1	
Онлајн настава				0,724
Мало	39,6	32,4	36,6	
Осредње	41,7	45,9	39,6	
Много	18,7	21,6	23,8	
Средства за рад				0,349
Да	37,4	29,7	30,9	
Не	62,6	70,3	69,1	
Обавезе				0,873
Мало	48,9	51,4	48,3	
Осредње	37,4	37,8	35,4	
Много	13,7	10,8	16,3	
Стресогеност обавеза				0,061
Мало	38,8	43,2	46,5	
Осредње	28,1	43,2	26,7	
Много	33,1	13,5	26,7	
Свакодневне активности				0,805
Мало	9,4	5,4	9,2	

Докторска дисертација

Осредње	19,4	18,9	22,8	
Много	71,2	75,7	68,1	
Зараженост корона вирусом				0,359
Да	21,6	21,8	27,2	
Не / Не знам	78,4	78,4	72,8	
Зараженост у породици				0,779
Да	41	40,5	44,1	
Не / Не знам	59	59,5	55,9	
Зараженост међу пријатељима				0,111
Да	89,9	89,2	94,6	
Не / Не знам	10,1	10,8	5,4	
Помоћ стручњацима				0,253
Да	8,6	5,4	12,4	
Не	91,4	94,6	87,6	
Помоћ заједници				0,808
Да	18,7	16,2	16,3	
Не	81,3	83,8	83,7	

^a Хи квадрат

4.28. Повезаност задовољства животом (неодлучан наспрам незадовољан) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 31. Као значајни предиктор за зависну варијаблу неодлучан наспрам незадовољан у биваријантној и мултиваријантној логистичкој регресији издвојила се варијабла религиозност. Студенти који нису религиозни ређе су били неодлучни поводом процене свог квалитета живота ($UO=0,42$) у односу на испитанике који су религиозни.

Табела 31. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за самопроцену задовољства животом (неодлучан наспрам незадовољан) у односу на социо-демографске варијабле, варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Самопроцена задовољства животом			
	Неодлучан наспрам незадовољан			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,48 (0,57-3,88)	0,422	1,58 (0,53-4,71)	0,414
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	1,90 (0,73-4,93)	0,188	2,74 (0,26-28,64)	0,400
31+	/	0,999	/	0,999
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	1,11 (0,24-5,11)	0,892	1,55 (0,25-9,71)	0,642
Трећа	1,30 (0,33-5,04)	0,708	0,43 (0,03-5,47)	0,515
Четврта	1,40 (0,36-5,46)	0,628	0,68 (0,05-9,27)	0,776
Пета	1,56 (0,36-6,79)	0,552	0,83 (0,05-12,45)	0,893
Шеста	1,51 (0,42-5,48)	0,526	0,95 (0,07-13,61)	0,968
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	0,75 (0,26-2,12)	0,585	0,71 (0,20-2,46)	0,590
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,42 (0,19-0,94)	0,034	0,36 (0,14-0,92)	0,033
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,67 (0,64-4,40)	0,296	1,61 (0,49-5,29)	0,436
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,04 (0,23-4,63)	0,957	1,74 (0,24-12,54)	0,584
Смештај током студија				
Власти смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,91 (0,46-1,78)	0,780	0,68 (0,26-1,78)	0,430
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,58 (0,22-1,53)	0,269	1,12 (0,29-4,40)	0,869

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 1,09 (0,53-2,26)	0,807	1,00 ^a 1,17 (0,47-2,90)	0,740
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,34 (0,59-3,07) 1,41 (0,51-3,87)	0,484 0,504	1,00 ^a 1,91 (0,67-5,50) 2,02 (0,49-8,34)	0,228 0,331
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 1,41 (0,64-3,10)	0,388	1,00 ^a 1,24 (0,47-3,30)	0,663
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,96 (0,44-2,10) 0,642 (0,23-2,48)	0,926 0,642	1,00 ^a 0,91 (0,33-2,49) 1,05 (0,19-5,70)	0,959
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,38 (0,62-3,10) 0,37 (0,12-1,08)	0,429 0,068	1,00 ^a 1,33 (0,51-3,43) 0,39 (0,10-1,49)	0,559 0,171
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 1,68 (0,31-9,27) 1,84 (0,39-8,63)	0,549 0,440	1,00 ^a 1,45 (0,21-10,03) 1,58 (0,28-8,95)	0,709 0,608
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,00 (0,41-2,41)	0,996	1,00 ^a 1,00 (0,31-3,20)	0,997
Зараженост у породици Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,02 (0,49-2,13)	0,959	1,00 ^a 1,16 (0,45-3,00)	0,760
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	1,00 ^a 1,08 (0,33-3,51)	0,895	1,00 ^a 2,71 (0,64-11,37)	0,174
Помоћ стручњацима Да Не	1,00 ^a 1,65 (0,35-7,74)	0,523	1,00 ^a 1,27 (0,21-7,56)	0,795
Помоћ заједници Да Не	1,00 ^a 1,19 (0,45-3,14)	0,727	1,00 ^a 1,44 (0,44-4,79)	0,548

^a Референтна категорија

4.29. Повезаност задовољства животом (задовољан наспрам незадовољан) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 32. Као значајни предиктори за зависну варијаблу задовољан наспрам незадовољан животом издвојили су се у биваријантној логистичкој регресији варијабле: узраст (категорија студената старијих од тридесет година), религиозност и ванредно стање. Испитаници који су старији од 30 година, као и они студенти који нису религиозни, ређе су извештавали да су задовољни својим животом, у односу на студенте млађе од 20 година и оне који су религиозни, који су склонији да свој живот процене позитивније. Студенти који су током ванредног стања били ван Београда или ван Србије један и по пут ($UO=1,53$) чешће су наводили да су задовољнији животом, у односу на студенате који су ванредно стање провели у престоници, који чешће за себе наводе да су незадовољни животом. У мултиваријантној логистичкој регресији, као значајни предиктори, издвојиле су се варијабле: брачни статус, религиозност, смештај током студија и ванредно стање. Студенти који живе у брачној или ванбрачној заједници 1,82 пута су чешће били задовољни својим животом у односу на студенате који су самци. Студенти који су нерелигиозни ређе су наводили да су задовољни својим животом у односу на религиозне студенте ($UO=0,55$). Студенти који су током студија живели у изнајмљеном смештају ређе су наводили да су задовољни својим животом ($UO=0,51$) у поређењу са студентима које имају властити смештај током студентских дана. Студенти који су били ван Београда или ван Србије 1,77 пута чешће су наводили да су задовољни својим животом, у односу на студенте које су током ванредног стања били у Београду.

Табела 32. Унакрсни односи (UO) и 95% интервали поверења (IP) за самопроцену задовољства животом (задовољан наспрам незадовољан) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Самопроцена задовољства животом			
	Задовољан наспрам незадовољан			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	UO (95% IP)	P	UO (95% IP)	P
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	1,22 (0,76-1,95)	0,409	1,29 (0,77-2,16)	0,329
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	0,75 (0,48-1,15)	0,187	1,08 (0,34-3,36)	0,899
31+	0,22 (0,06-0,85)	0,029	0,25 (0,04-1,60)	0,144
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,86 (0,42-1,77)	0,864	0,74 (0,33-1,64)	0,454

Докторска дисертација

Трећа	0,54 (0,28-1,05)	0,540	0,38 (0,10-1,41)	0,149
Четврта	0,51 (0,26-1,02)	0,056	0,37 (0,09-1,51)	0,166
Пета	0,89 (0,43-1,87)	0,769	0,54 (0,12-2,31)	0,404
Шеста	0,68 (0,36-1,28)	0,232	0,43 (0,10-1,76)	0,239
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,47 (0,90-2,42)	0,126	1,82 (1,04-3,18)	0,037
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,59 (0,40-0,87)	0,008	0,55 (0,36-0,85)	0,006
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	1,20 (0,67-2,15)	0,531	0,93 (0,49-1,75)	0,822
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,04 (0,23-4,63)	0,957	2,53 (0,97-6,55)	0,057
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,91 (0,46-1,78)	0,780	0,51 (0,32-0,83)	0,006
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,58 (0,22-1,53)	0,269	0,59 (0,32-1,10)	0,098
Ванредно стање				
У Београду	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изван Београда / Србије	1,53 (1,03-2,25)	0,033	1,77 (1,10-2,83)	0,018
Онлајн настава				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,02 (0,67-1,59)	0,910	0,99 (0,60-1,63)	0,986
Много	1,37 (0,81-2,34)	0,244	1,22 (0,61-2,41)	0,570
Средства за рад				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,33 (0,89-2,00)	0,161	1,23 (0,78-1,95)	0,375
Обавезе				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,96 (0,63-1,46)	0,845	1,03 (0,62-1,72)	0,907
Много	1,21 (0,68-2,16)	0,517	1,21 (0,56-2,61)	0,628
Стресогеност обавеза				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	0,79 (0,49-1,28)	0,345	0,71 (0,42-1,19)	0,196
Много	0,67 (0,43-1,07)	0,092	0,57 (0,32-1,02)	0,059

Докторска дисертација

Свакодневне активности				
Мало	1,00 ^a		1,00 ^a	
Осредње	1,20 (0,56-2,57)	0,644	1,33 (0,57-3,10)	0,511
Много	0,98 (0,50-1,91)	0,943	0,95 (0,45-2,03)	0,901
Зараженост корона вирусом				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,74 (0,46-1,16)	0,190	0,67 (0,39-1,17)	0,161
Зараженост у породици				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,88 (0,60-1,30)	0,531	1,02 (0,64-1,61)	0,936
Зараженост међу пријатељима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не / Не знам	0,51 (0,25-1,03)	0,063	0,66 (0,29-1,47)	0,305
Помоћ стручњацима				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	0,67 (0,34-1,30)	0,234	0,50 (0,23-1,08)	0,079
Помоћ заједници				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,18 (0,71-1,95)	0,521	1,35 (0,76-2,39)	0,303

^a Референтна категорија

4.30. Повезаност задовољства животом (задовољан наспрам неодлучан) са социо-демографским варијаблама и варијаблама које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне

Резултати биваријантне и мултиваријантне логистичке регресије за самопроцену задовољства животом у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне приказани су у Табели 33. Као значајан предиктор за зависну варијаблу задовољан наспрам неодлучан животом издвојила се у биваријантној логистичкој регресији варијабла узраст, односно студенти узраста између 21 и 30 година ређе су били задовољни животом који воде ($UO=0,21$) у односу на студенте млађе од 20 година. Мултиваријантна логистичка регресија је показала да постоје два значајна предиктора: брачни статус и помоћ стручњацима. Студенти који живе у брачној или ванбрачној заједници су чак три пута чешће ($UO=3,04$) наводили да су задовољни животом, у односу на студенте који су самци. Студенти који нису помагали лекарима током епидемије ређе су извештавали да су били задовољни својим животом ($UO=0,19$) у односу на студенте који су активно помагали медицинским стручњацима током епидемије вируса короне.

Табела 33. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за самопроцену задовољства животом (задовољан наспрам неодлучан) у односу на социо-демографске варијабле и варијабле које се односе на студирање и оболевање током епидемије вируса короне.

Варијабле	Самопроцена задовољства животом			
	Задовољан наспрам неодлучан			
	Биваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	УО (95%ИП)	Р	УО (95%ИП)	Р
Пол				
Мушки	1,00 ^a		1,00 ^a	
Женски	0,82 (0,33-2,04)	0,672	1,02 (0,38-2,78)	0,963
Узраст				
<=20	1,00 ^a		1,00 ^a	
21-30	0,39 (0,16-0,96)	0,042	0,21 (0,03-1,65)	0,138
31+	/	0,999	/	0,999
Година студија				
Прва	1,00 ^a		1,00 ^a	
Друга	0,78 (0,19-3,23)	0,730	1,35 (0,21-8,61)	0,748
Трећа	0,42 (0,12-1,49)	0,177	1,41 (0,12-16,50)	0,786
Четврта	0,37 (0,10-1,31)	0,124	1,13 (0,09-14,54)	0,923
Пета	0,57(0,15-2,23)	0,421	1,04 (0,07-14,99)	0,975
Шеста	0,45 (0,14-1,49)	0,190	1,24 (0,10-16,04)	0,870
Брачни статус				
Самац / самица	1,00 ^a		1,00 ^a	
У браку / ванбрачној заједници	1,97 (0,75-5,19)	0,172	3,04 (1,06-8,72)	0,038
Религиозност				
Да	1,00 ^a		1,00 ^a	
Не	1,40 (0,66-2,98)	0,381	1,62 (0,71-3,71)	0,253
Тип насеља				
Градско	1,00 ^a		1,00 ^a	
Сеоско	0,72 (0,30-1,71)	0,455	0,54 (0,19-1,49)	0,234
Укућани				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом	1,04 (0,23-4,63)	0,957	3,20 (0,42-24,48)	0,263
Смештај током студија				
Властити смештај	1,00 ^a		1,00 ^a	
Изнајмљени смештај	0,91 (0,46-1,78)	0,780	0,55 (0,23-1,32)	0,181
Укућани током студија				
Сам / Сама	1,00 ^a		1,00 ^a	
Са породицом / Са цимером	0,58 (0,22-1,53)	0,269	0,33 (0,09-1,20)	0,093

Докторска дисертација

Ванредно стање У Београду Изван Београда / Србије	1,00 ^a 1,39 (0,71-2,74)	0,336	1,00 ^a 2,04 (0,86-4,82)	0,105
Онлајн настава Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,76 (0,35-1,65) 0,97 (0,38-2,47)	0,493 0,954	1,00 ^a 0,69 (0,29-1,69) 0,61 (0,18-2,06)	0,422 0,431
Средства за рад Да Не	1,00 ^a 0,94 (0,45-1,97)	0,879	1,00 ^a 1,06 (0,45-2,51)	0,889
Обавезе Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,99 (0,48-2,05) 1,61 (0,53-4,90)	0,990 0,403	1,00 ^a 1,15 (0,47-2,82) 1,14 (0,27-4,81)	0,765 0,861
Стресогеност обавеза Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,57 (0,28-1,19) 1,84 (0,655-5,16)	0,138 0,247	1,00 ^a 0,52 (0,22-1,21) 2,00 (0,57-7,02)	0,129 0,278
Свакодневне активности Мало Осредње Много	1,00 ^a 0,71 (0,14-3,58) 0,53 (0,12-2,32)	0,679 0,400	1,00 ^a 0,71 (0,12-4,00) 0,40 (0,08-2,01)	0,695 0,269
Зараженост корона вирусом Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,74 (0,33-1,66)	0,462	1,00 ^a 0,60 (0,22-1,64)	0,321
Зараженост у породици Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,87 (0,44-1,72)	0,680	1,00 ^a 1,10 (0,48-2,51)	0,819
Зараженост међу пријатељима Да Не / Не знам	1,00 ^a 0,47 (0,15-1,46)	0,194	1,00 ^a 0,26 (0,07-1,01)	0,052
Помоћ стручњацима Да Не	1,00 ^a 0,41 (0,09-1,73)	0,223	1,00 ^a 0,19 (0,04-0,96)	0,045
Помоћ заједници Да Не	1,00 ^a 0,99 (0,40-2,47)	0,985	1,00 ^a 1,37 (0,50-3,75)	0,539

^a Референтна категорија

5. ДИСКУСИЈА

Проблеми са менталним здрављем били су веома заступљени код испитиваних студената медицине из Београда, а огледали су се пре свега у појави депресивних, анксиозних и стресних реакција. Као последица епидемије вируса SARS-CoV-2 испитивани студенти су извештавали о нарушеном менталном здрављу. Чак 65,5% испитаника је известило да има озбиљне депресивне симптоме, 91% студената је проценило да је имало озбиљне анксиозне симптоме, док је 85,6% испитиваних студената имало озбиљне стресне реакције. Интересантан је податак да нико од 580 студената који су комплетно попунили упитник, своје депресивне и анксиозне симптоме није проценио као благе, већ искључиво као озбиљне или умерене, што још једном показује озбиљност ситуације и размере угрожености менталног здравља испитиване студентске популације. Сличне резултате који говоре о високој преваленцији депресије, анксиозности и стреса у доба пандемије срећемо и у једној другој студији рађеној у Србији на узорку опште популације (Vujić et al., 2021), где је 42% испитаника известило да код себе препознаје депресивне симптоме, 44,5% анксиозне симптоме, а 65% испитаника симптоме стреса. Могуће објашњење добијених резултата у нашем истраживању може се приписати испитиваној популацији, што је у складу са објашњењем из студије коју су спровели Вујчић и сарадници (2021) које говори о стигми у тражењу помоћи код студената медицине. Ипак, постоји још разлога који могу објаснити овако високе нивое стресних, депресивних и анксиозних реакција који су добијени у нашем истраживању. Студенти медицине су више од опште популације били током пандемије усмерени на контакт са пацијентима, кретали су се на местима где је трансмисија вируса била већа и знали су генерално више о вирусу, начину трансмисије и последицама по здравље, од осталих људи, што је према истраживању аутора из Ниша (Antonijevic et al., 2020) могло више да наруши њихово ментално здравље. Управо овакво објашњење, да због природе студија, а касније и посла, будући лекари показују више степене депресивних и анксиозних реакција у односу на општу популацију, срећемо и у истраживању аутора из Марока (Essangri et al., 2021). Истраживачи из Француске (Arsandaux et al., 2021) су показали да студенти генерално (без обзира да ли студирају медицину или неки други факултет) имају већу шансу да код себе препознају депресивне, анксиозне или стресне реакције у односу на остатак популације, а аутори чак наводе да када су студенти у питању, ни одсуство претходне психичке болести не смањује шансу за нарушавањем менталног здравља током пандемије, док се код опште популације, добро ментално здравље које је постојало пре корона кризе, показало као протективан фактор.

Као последица епидемије вируса SARS-CoV-2 чак 65,5% испитаника је известило да има озбиљне депресивне симптоме, што је у складу са опсежном метаанализом (Guo, Kaminga, and Xiong, 2021) која је потврдила да је депресија често евидентирана последица пандемије вируса у многим студијама спроведеним током пандемије. Студија коју су спровели Li и сарадници (2020) пратила је ментално стање студентске популације у више таласа пандемије у Кини, а резултати су показали управо да је присуство депресивних, анксиозних и стресних реакција представљало велики и значајни проблем за све стручњаке који се баве очувањем менталног здравља, јер ово нису само тренутне реакције и одговор организма на привремену претњу, већ

проблем који има тенденцију да опстаје и да у континуитету нарушава ментално здравље и нормално свакодневно функционисање људи.

Резултати овог истраживања говоре о томе да свега 32,4% испитаника код којих су забележене озбиљне депресивне реакције има добро ментално здравље, као и да нема разлике у доживљају депресивних реакција по полу. Истраживање спроведено са студентима из Швајцарске (Volken et al., 2021), показало је такође да су депресивни симптоми генерално веома присутни међу студентском популацијом, као и да се депресија чешће среће код студената који долазе из породица које су лошијег социо-економског статуса као и код испитаника који су више бринули за своје здравље или су већ имали неке здравствене проблеме пре избијања пандемије. Иста студија указује да се депресивне реакције много чешће јављају код студената женског пола, у односу на мушкарце, а у складу са поменутом студијом су и налази студије спроведене са италијанским студентима (Di Consiglio et al., 2021) где су такође студенткиње чешће извештавале о присуству депресивних реакција у односу на студенте. Ипак, истраживање из Индије (Rehman, et al., 2021) је показало да не постоји разлика по полу, што је у складу са резултатима овог нашег истраживања.

Резултати овог истраживања говоре да студенти пете и шесте године студија ређе процењују своју депресивност као озбиљну у односу на студенте прве године. Такође, студенти узраста од 21 до 30 година ређе процењују своју депресивност као озбиљну у односу на студенте млађе од 20 година. Попут налаза из овог истраживања, истраживање са студентима из Нигерије (Shitandi, Efe and Sunday, 2021) показало је разлике по питању узраста испитаника, односно да су млађи испитаници извештавали о озбиљнијим депресивним реакцијама у односу на своје старије колеге. Студенти из Кувајта (Alsairafi et al., 2021) који су старији од 30 година, такође су известили мање присуство депресивних реакција у односу на студенте узраста од 18 до 30 година, што је у складу са резултатима нашег истраживања. Иста студија је показала да је боље ментално здравље и мање депресивних реакција код студената уколико у ранијем периоду нису имали неки облик афективног поремећаја. Опсежна студија спроведена у девет земаља света (Ochnik et al., 2021) показала је да млађи студенти у почетним годинама студија чешће доживљавају депресивне реакције.

У Србији је током епидемије у неколико наврата било забрањено излажење из куће ради спречавања ширења корона вируса, што је негативно деловало на ментално здравље студената којима су се живот и начин студирања значајно променили. Томе у прилог говоре и подаци овог истраживања да су студенти током карантина своје факултетске обавезе, због новог начина организовања наставе, доживљавали као другачије у односу на период пре избијања епидемије и да су имали јаче и озбиљније психолошке реакције у односу на оне студенте које ове промене нису задесиле. Аутори из Њујорка (Seidel et al., 2020) су нагласили важност очувања менталног здравља током пандемије вируса SARS-CoV-2 када је било отежано кретање људи и истакли су значај пружања подршке студентима, не само директно и личним контактом, већ и путем веб портала у виду електронских консултација на даљину. На овај начин студенти су могли да се изборе са стресом и током периода када су били у кућној изолацији или ван места где уживо могу да добију стручну помоћ и подршку. Закључак је да би један овакав модел био сигурно значајан ресурс и помоћ за очувањем менталног здравља и студентима из Београда. У прилог значаја пружања социјалне подршке говоре и резултати студије спроведене међу студентима из Русије (Gritsenko et al., 2020), који су попут испитаника из нашег истраживања показали више нивое депресивности током пандемије, у односу на студенте из Белорусије, где мере социјалне дистанце нису биле на снази у првим месецима пандемије и где су белоруски студенти могли

једни другима да буду подршка и ослонац, што је евидентно погодовало очувању њиховог менталног здравља и бољем ношењу са ситуацијом у односу на руске и српске студенте.

Једна од највећих промена која је наступила услед ширења епидемије вируса SARS-CoV-2 било је затварање образовних установа и њихов рад на даљину. Ово су биле веома велике промене које су погодиле студенте широм света, па тако и студенте медицине из Србије, где су факултети прешли на онлајн облик реализације наставе. Студенти из овог истраживања који су имали адекватне материјале за онлајн учење (приступ онлајн платформама, рачунар, интернет, итд.) ређе су своју депресивност процењивали као озбиљну, у односу на студенте који нису имали адекватна средства за рад. Истраживање са студентима медицине из Јордана (Seetan et al., 2021) показује да су они због пандемије вируса и затварања високошколских установа показивали велику забринутост за начин организације својих студија, а пре свега практичне наставе. Истраживачи из Филадельфије (Kelly et al., 2021) су спровели квалитативну студију са студентима медицине која је такође јасно показала да су били незадовољни условима организације практичне наставе и контактима које нису могли да остваре са пацијентима, па су због тога исказали и забринутост за сопствену компетентност у будућем професионалном раду. Ипак, амерички студенти су уједно показали и изванредан степен разумевања, односно сагледавши глобалну слику проблема који је пандемијских размера, увидели су да њихова лична незадовољства нису могла да се избегну, а да се при томе не угрози здравље целокупног становништва. Без обзира да ли разумеју неопходност овакве организације наставног процеса или не, студенти који процењују стресогеност својих обавеза као озбиљну, имају чак три и нешто пута већу шансу да доживе озбиљну депресију у односу на студенте који су сматрали да је стресогеност догађаја током епидемије била мања у односу на период пре избијања ове јавноздравствене кризе. Ипак, не слажу се сви студенти са оваквим виђењем наставе на даљину. Студенти стоматологије из Румуније (Iurcov, Pop, and Iorga, 2021) сматрају да је настава на даљину добра алтернатива настави уживо и да је она омогућила мању трансмисију вируса, те да је погодна деловала на ментално здравље студената. Ипак, гледајући све чињенице из нашег али и из истраживања спроведених широм света, можемо рећи да већина студената мисли да је било мало средстава за рад и учење од куће и да су обавезе које су тада имали биле захтевније у односу на обавезе током регуларних студентских дана о чему треба водити рачуна у будућем периоду током поновних евентуалних кризних ситуација са којима ће се свет суочити.

Значајна социо-демографска варијабла у доживљају депресивних реакција код испитаника из овог истраживања, била је религиозност студената. Испитаници који нису религиозни имали су један и по пут већу шансу да извештају да су доживели озбиљну депресивну епизоду ($UO=1,52$) у односу на религиозне студенте, што је у складу са налазима истраживања спроведеног са студентима из Малезије (Al-Dubai et al., 2011) који су се генерално у кризним ситуацијама било које природе, окретали религији и борби против насталих проблема уз помоћ молитве и окретању ка Богу. Интересантно је приметити да је религиозност начелно битан фактор који доприноси у борби за очување менталног здравља, невезано за то која вероисповест је конкретно у питању, јер су малезијски студенти претежно исламске, а српски студенти из овог истраживања углавном хришћанске православне вероисповести.

Такође, још једна значајна социо-демографска варијабла која је била укључена у наше истраживање била је и брачни статус испитаника. Међутим, она се међу студентима није показала као значајна у процени нивоа доживљених депресивних реакција. Резултати студије из САД-а (Rudenstine et al., 2020) такође показују да варијабла брачни статус није била значајна за процену перцепираног нивоа депресивних, али ни анксиозних реакција. Објашњење за то може

да буде то што је циљна популација у овим истраживањима била студентска популација, па је мали број испитаника и био у брачном односу. Конкретно у нашем истраживању је свега петина испитаника била у неком виду брачне или ванбрачне заједнице, док се осталих 80% испитаника изјаснило да су самци.

Студенти из овог истраживања који су помагали другим лекарима током епидемије имају 1,8 пута већу шансу да доживе озбиљне депресивне симптоме од оних студената који се нису ангажовали у помоћи медицинским радницима. Потврду ових налаза имамо у метаанализи (Luo, Zhong and Chiu, 2021) коју су спровели кинески истраживачи који су показали да су особе које су биле у контакту са зараженим особама имале озбиљније депресивне реакције у односу на оне које нису имале такав контакт. Такође, сам боравак у местима која су жаришта и која су посебно била погођена вирусом имао је за последицу изазивање озбиљнијих депресивних симптома, према речима истраживача из Кине. У нашем истраживању није пронађена разлика у степену процењених депресивних реакција у односу на лично заражавање испитаника и у односу на зараженост неког члана породице. Ипак, студенти чији познаници и пријатељи нису били заражени вирусом (или нису имали тај податак) чешће су своју депресивност процењивали као озбиљну, него као умерену, у односу на студенте који су познавали неког ко је био заражен вирусом. Сличан налаз се наводи и у кинеској студији (Han et al., 2021) која показује да лошије ментално здравље имају они студенти који су били изложенији вирусу кроз контакт са неким ко је оболео, на пример са својим пријатељима или породицом. Исти резултати су добијени и у једном другом истраживању из Кине (Zhang et al., 2021).

Чак 91% студената је код себе препознало анксиозне реакције које су озбиљно нарушиле њихово психолошко здравље, што је у складу са резултатима истраживања са студентима из Милана (Marelli et al., 2021) које је показало да су анксиозност и проблеми са сном биле реакције испитаника на појаву пандемије корона вируса. Испитаници из нашег истраживања нису доживљавали благе анксиозне реакције, већ искључиво озбиљне или умерене, што указује на велику вулнерабилност српских студената на пандемијске услове. Овако високу преваленцију анксиозних реакција срећемо и на узорку кинеских студената (Xiao et al., 2020) код којих се јављају заједно и поремећаји анксиозности и стреса, што нам говори о повезаности ових стања и њиховом негативном деловању на психолошко функционисање испитаника. Не само што се поремећаји расположења јављају заједно, већ је код кинеских студената била учестала и инсомнија удружена са другим проблемима спавања. Оно што се показало као мера која погодује смањењу анксиозних реакција у наведеној студији било је пружање социјалне подршке и боравак са породицом и пријатељима.

Податак да су студенти медицине из овог истраживања извештавали о анксиозности током епидемије и да су анксиозне реакције код њих биле чак и израженије у односу на општу популацију, може се наћи и у истраживању Lavergne и Kennedy (2021), који су такво стање објаснили стигмом која се јавља код студената медицине у случајевима када желе да потраже стручну помоћ, те се они због тога ослањају чешће на сопствене ресурсе, који се нису показали као довољни, што је последично могло проузроковати овако високу анксиозност. Истраживање спроведено са кинеским студентима медицине (Cao et al., 2020) показало је да је 25% студената имало проблема са анксиозношћу због пандемије вируса и последица које је она оставила по свакодневни живот и образовање. Код студената медицине из Мексика скорови анксиозности на упитницима су били изузетно високи (García-Espínosa et al., 2021), попут скорова код испитаника из овог истраживања, што је узроковало велике проблеме за нормално функционисање и обављање свакодневних факултетских обавеза.

Резултати овог истраживања нису показали разлику у извештавању присуства анксиозних реакција у зависности од тога како су студенти перципирали услове студирања током епидемије у виду онлајн насте и доступности средстава за рад. Анксиозност је генерално била честа реакција и код студената из САД-а (Browning et al., 2021), али су они на пандемију реаговали тако што су извештавали о већој неизвесности коју је криза донела са собом, попут финансијских проблема, социјалне изолације, али и брига везаних за услове студирања и организацију наставе на даљину, што је супротно налазима добијеним у нашој студији. Онлајн настава је такође узроковала и повећане анксиозне реакције код студената из Пољске (Wieczorek et al., 2021). Разлог за овакве резултате може лежати у чињеници да су испитаници из нашег истраживања свакако имали генерално много више израженије анксиозне реакције у односу на студенте из америчке и пољске студије, па сама организација наставе током пандемије није могла додатно да утиче и повећа већ ионако високе нивое анксиозности.

Резултати овог истраживања показују да жене скоро два пута чешће ($UO=1,89$) процењују своју анксиозност као озбиљну у односу на мушкарце, што потврђују и резултати истраживања из Њујорка (Gupta, Anurama and Ramakrishna, 2021). Значај пола у процени анксиозних реакција потврђен је и у метаанализи групе аутора (Batra et al., 2021) из Сједињених Америчких Држава који су на основу десетине радова из различитих земаља широм света потврдили поменуте резултате и показали да су особе женског пола склоније доживљавању анксиозних реакција у односу на особе мушког пола.

У овом истраживању студенти друге, треће, пете и шесте године студија ређе своју анксиозност процењују као озбиљну у односу на студенте прве године медицине. Година студија се и у резултатима из истраживања које су спровели Saeed и Javed (2021) показала као значајни фактор, односно студенти на почетку својих студија чешће доживљавају анксиозне реакције и оне су јачег интензитета у односу на студенте старијих година студија. Такође, у нашем истраживању студенти узраста од 21 до 30 година ређе своју анксиозност процењују као озбиљну, у односу на студенте млађе од 20 година. Ипак, једна студија из Немачке (Jungmann and Witthöft, 2020) показује донекле другачије резултате по питању узраста испитаника. Наиме, када се посматра целокупна општа популација, а не само студентска као у нашем истраживању, највеће анксиозне реакције показују људи средње животне доби, дакле људи старији од 30 година (они су у нашем истраживању били класификовани као трећа, узрасно најстарија категорија студената) јер су они осим бригае за себе били оптерећени и бригом за своју породицу и посао, што најчешће нису проблеми о којима студентска популација мора да размишља.

Брачни статус, као још једна важна демографска варијабла, није се показала као значајна у овом истраживању по питању самопроцене анксиозних реакција код студената, иако се показала као значајна у пакистанској студији (Shah et al., 2021), где више нивое анксиозних реакција срећемо код људи који су у браку или ванбрачним заједницама. У поменутој студији је коришћен DASS-21 упитник за прикупљање података о дересивности, анксиозности и стресу, као и у нашем истраживању, међутим на узорку српских испитаника разлике по питању брачног статуса нису пронађене. Објашњење може бити то што је истраживање из Пакистана рађено са општом популацијом, док је ово истраживање укључило само студенте, који су у око 80% случајева били самци, док су 15% чиниле особе које су биле у брачној или ванбрачној заједници.

Резултати овог истраживања показују да су сви студенти без обзира да ли живе сами или са породицом имали високе скорове анксиозних реакција на упитницима за самопроцену, односно да социјална подршка коју су могли да добију студенти који живе са породицом није

довољна да смањи ниво процењене анксиозности. Недостатак излазака, виђања са пријатељима и познаницама није могла очигледно ни на који начин да се компензује током дана карантина. Такође, подједнако високе скорове анксиозности имали су сви наши испитаници, неvezано за то да ли су пореклом из Београда или из неких других насељених места у земљи или чак ван ње. Анксиозност се појавила и код адолесцената и студената током пандемије у Пакистану (Imran, Zeshan and Pervaiz, 2020), а као могући узрок овог стања наводи се и потпуна изолација која је посебно тешко пала овој категорији становништва која је веома активна, радознала и дружељубива и која те своје потребе није могла да задовољи у испитиваном периоду. У нашем истраживању степен анксиозности није био више изражен ни код студената који су обавезе током вандроног стања процењивали као теже у односу на период пре избијања корона кризе, иако је таква разлика била забележена код кинеских студената (Fu et al., 2021), који су наводили израженије симптоме анксиозности када су услови школовања током пандемије били лошији.

Озбиљне стресне реакције је према сопственој процени доживело чак 85,6% испитиваних студената. Остали испитаници из овог истраживања су известили да су имали умерен или благ стрес. У једној бразилској студији (Esteves, Oliveira, and Argimon, 2021) проценат доживљених озбиљних стресних реакција је такође био висок, односно 49% испитаних студента показало је знаке умерених до озбиљних стресних реакција.

У овом истраживању добијени су налази који говоре о томе да студенткиње процењују више нивое стресних реакција, односно жене су скоро два и по пута више ($VO=2,39$) свој стрес описивале као озбиљан у поређењу са мушким колегама. Резултати који говоре о заступљенијим стресним реакцијама код особа женског пола су добијени у нашем истраживању и на скали перципираног стреса (PSS-10) и на скали депресије, анксиозности и стреса (DASS-21). Студентска популација у Кини (Li et al., 2021), слично резултатима из других земаља (Di Consiglio et al., 2021; Gupta, Anurama and Ramakrishna, 2021), показује високе нове стресних реакција, које се чешће јављају код особа женског пола, него код мушких испитаника.

У нашем истраживању није добијена разлика између религиозних и нерелигиозних студената по питању доживљавања стресних реакција. Са друге стране студенти у Србији, према резултатима истраживања које су спровели Вујичић и сарадници из 2021. године, такође показују висок ниво стреса, при чему религиозност испитаника и страх од болести повећавају стрес и анксиозност, док виша примања и виши социо-економски статус умањују проблеме психичке природе.

Резултати овог истраживања говоре да млађи испитаници, односно студенти на почетку својих студија чешће процењују да су доживели снажније стресне реакције у односу на своје старије колеге. Показало се да су студенти старији од 31 године ређе свој стрес описивали као озбиљан у односу на студенте млађе од 20 година. Такође, студенти друге, пете и шесте године студија ређе су свој стрес описивали као озбиљан, у односу на студенте прве године. И у истраживању спроведеном у Италији (Casagrande et al., 2020), млађи студенти, посебно уколико су и женског пола, чешће и снажније су доживљавали стресне реакције. Ипак, има и истраживања где нису добијене значајне разлике између студената са различитих година студија приликом самопроцене доживљеног стреса, као што је и истраживање са студентима из Аустралије (Lyons et al., 2020) где су сви испитаници подједнако извештавали о присуству психолошких проблема, без озбира на којој години студија су се налазили у тренутку спровођења испитивања.

Значајна варијабла у овом истраживању била је и тип насеља из кога долазе студенти. Испитаници са села ређе ($UO=0,44$) стрес који су доживели перцепирају као озбиљан, у односу на студенте из градова, што је у складу са истраживањем кинеских аутора (Huang et al., 2020) који дају предност животу на селу у контексту очувања менталног здравља. Урбанизација и живот у градским срединама, који су индустријски центри и подстичу „брз живот“ познати су узрочници стреса и проблема са менталним здрављем и у другим истраживањима (Haunes and Gale, 1999). Међутим, постоје и налази који показују другачију перцепцију стреса, па тако испитаници из Грузије који долазе из малих, руралних средина (Gazmararian et al., 2021), уколико су старији, показују веће знаке стреса у односу на млађе испитанике, без озбира што долазе из сеоских средина.

Резултати овог истраживања говоре о томе да студенти који су током карантина били у Београду чешће перцепирају појаву стреса код себе у односу на студенте који су те дане провели у другим местима у Србији или ван ње. Овакав резултат нас упућује на закључак да место одакле долазе студенти и где су били током карантина може да буде значајан фактор у процени менталног здравља, о чему говори и истраживање из Бразила (De Oliveira Araújo et al., 2020). Бразилска студија посебно истиче важност очувања менталног здравља страних студената који се школују у некој другој земљи, а не земљи порекла, који су због те чињенице додатно били погођени мерама изолације и немогућношћу да буду са породицом и пријатељима. Умерен или озбиљан стрес доживела је и општа популација становништва у Италији (Moccia et al., 2020) током почетка пандемије, када је недостатак слободе кретања и виђања са блиским особама представљало посебно значајне стресоре, а и ситуација у нашој земљи је на почетку епидемије била таква да није било дозвољено у сваком тренутку да се особе крећу из једног места у друго, што је евидентно утицало на ментално здравље испитиване студентске популације.

У овом истраживању пронађена је разлика по питању тога колико су се свакодневне активности испитиваних студената промениле у односу на период пре избијања епидемије корона вируса. Студенти који обавезе везане за факултет током епидемије описују као много стресније у односу на уобичајену ситуацију, чак 2,25 пута чешће доживљавају стрес као озбиљан, од оних студената који стресогеност студентских обавеза описују као мало стреснију у односу на уобичајене услове живота и студија. Такође, студенти који су имали мање обавеза на факултету у односу на регуларне услове студирања чешће су извештавали о стресним реакцијама. Ипак, ово истраживање није пронашло разлику у перцепцији стреса зависно од тога да ли је и како организована онлајн настава, односно прелазак на учење на даљину није код наших испитаника представљао главни окидач за стресне реакције. Оваква разлика није пронађена ни у румунској студији (Iurcov, Pop, and Iorga, 2021), где је било чак око 40% студената који нису били под већим стресом током наставе на даљину. Ипак, већина других истраживања показује да је прелазак на онлајн наставу изазвао проблеме код студентске популације, па су тако подаци истраживања од групе аутора из Азије (Puranachaikere et al., 2021) указали да проблем са онлајн наставом има више аспеката. Они су у свом истраживању са студентима који су наставу пратили на даљину навели да је један од највећих страхова везан за такав облик наставе, страх да ће се током теста прекинути интернет конекција, као и страх да сама техничка организација предавања неће бити адекватна и на високом нивоу. Такође, у овом истраживању су испитаници показали страх да се практичне вештине, клиничка знања али и теоријске поставке концепата о којима уче, оваквим наставним методама неће адекватно усвојити и научити. Такође, истраживање спроведено са студентима са Тајланда (Puranachaikere et al., 2021) показује да је смањење стреса изазваног пандемијом и преласком на онлајн наставу студирања, успешније уколико се студентима пружи неки вид социјалне подршке и помоћи.

Дакле, промене које су наставиле дефинитивно негативно делују на ментално здравље студентске популације.

Интересантно је ипак да у овом истраживању није добијена потврда да социјална подршка, која се огледа између осталог и у животу са породицом, делује протективно на ментално здравље. Испитаници који живе са породицом два и по пута ($УО=2,57$) чешће су извештавали да су доживели озбиљан стрес у односу на своје колеге које су живеле саме и свој стрес описивале као умерен или благ. Овакви резултати су добијени и када се посматра живот са породицом у месту где студенти имају пријављено место пребивалишта, као и за живот са породицом у месту студирања. Дакле, резултати нису у кохезији са приказаним подацима о значају социјалне подршке која је добијена у тајландској студији (Puranachaikere et al., 2021), али могу се објаснити подацима из истраживања кинесних аутора (Li et al., 2020), који сугеришу да лоши породични односи и живот са породицом може утицати на више нивое процењеног стреса код испитаника. Такође, транзиција друштва и система вредности које влада у Србији последњих деценија може бити делом одговорна за овакво стање и одсуство социјалне подршке у неким породичним окружењима, док у земљама колективистичке културе, попут Тајланда, вредност социјалне подршке се и даље негује у савременом добу.

Пандемија је значајно нарушила здравље студената, при чему је ментално здравље било највише угрожено. Више од две трећине испитаних студената (71,9%) у овом истраживању наводи како има добро опште здравље, 66,7% њих наводи како има добро физичко здравље, док добро ментално здравље код себе препознаје свега половина испитаника (50,5%). Лоше ментално здравље има 16,2% испитаника, а лоше физичко здравље код себе препознаје 5,9% студената. Резултати који говоре о лошем менталном здрављу, које је настало као последица промењених услова живота и студирања, потврђени су и у једној америчкој студији, која је попут овог истраживања за циљну популацију имала студенте медицине из области јавног здравља (Kesojevic et al., 2020).

Једна од најчешће испитиваних демографских варијабли у контексту процене здравља у овом истраживању јесте пол испитаника. Жене су више од један и по пут ($УО=1,70$) чешће своје опште здравље процењивале као добро, у односу на мушкарце. Код самопроцена телесног и психичког здравља разлике по питању пола нису добијене. Иначе, жене су критичније према свом здрављу у односу на мушкарце, више воде рачуна о здрављу и чешће и преданије примећују симптоме болести (Seedat i sar., 2009) и чешће своје здравље процењују као лошије (Ghazawy et al., 2020). У истраживању из Саудијске Арабије спроведеном са студентском популацијом (Alyoubi et al., 2021) женски испитаници су показали лошије ментално здравље у односу на мушке студенте, а као примарни проблем за појаву психичких проблема се наводи карантин и немогућност да се слободно крећу и остварују дневну рутину, као и социјалне интеракције, што су активности које жене чешће упражњају у односу на мушкарце.

У овом истраживању узраст испитаника је био значајни предиктор све три компоненте здравља. Резултати су показали да студенти који имају више година процењују боље своје здравље у односу на млађе колеге. Када се посматра општа популација старији испитаници генерално извештавају о лошијем здрављу (Kinsella и Velkoff, 2001). Такође према истраживању које су спровели Parra и Niakas из 2006. године, постоји негативна корелација између старости и здравља. Међутим, у нашем истраживању циљна популација су били студенти, те нису обухваћени људи свих узрасних категорија, као у претходна два споменута истраживања и стога не чуди податак да су студенти виших година студија извештавали о бољем здравственом стању у односу на студенте који су на почетку својих студија. Образованије особе су мање склоне

негативним проценама свог менталног здравља (Farkas, Pahor and Zaletel-Kragelj, 2011). Студенти завршних година медицине су несумњиво образованији од својих колега бруцоша, па се наши подаци могу интерпретирати кроз призму образовања. Такође, осим што поседују више знања, имају и боље механизме превладавања стреса (Farkas, Pahor and Zaletel-Kragelj, 2011) што свакако може допринети очувању менталног здравља и развоју позитивнијег погледа на сопствено здравствено стање.

Студенти из овог истраживања који су стресогеност академских обавеза проценили као много већу у односу на услове пре епидемије имали су мању шансу ($УО=0,47$) да своје опште здравље процене као добро у односу на студенте који су стресогеност својих обавеза проценили као мању у односу на период пре пандемије. Такође, студенти који су процењивали стресогеност обавеза током епидемије као много већу у односу на уобичајено стање, ређе су своје телесно здравље ($УО=0,64$) и ментално здравље ($УО=0,57$) процењивали као добро у односу на студенте који су стресогеност својих обавеза проценили као мању у односу на период пре епидемије. Овакви резултати су у складу са истраживањем спроведеним у Пољској (Fila-Witecka et al., 2021) које је показало везу између психолошког профила студената и промена насталих услед пандемије. Наиме, пољски студенти, попут наших студената, показали су утолико мање психолошких проблема уколико су се услови живота и студија мање променили, што се такође може видети и на узорку студената из Египта (Ghazawy et al., 2020). Могло би се закључити да дневна рутина (Kelly et al., 2021), као и позната ситуација у кризним периодима, попут актуелне пандемије, повољно утичу на све три компоненте здравља.

Резултати овог истраживања такође сугеришу да су студенти имали негативну процену све три компоненте здравља уколико су били незадовољни организацијом наставе током епидемије, односно уколико су они сматрали да немају потребне материјале за рад те су проценили своје опште, телесно и ментално здравље као лошије. Студенти који нису имали проблема са платформама за учење на даљину један и по пут ($УО=1,60$) чешће своје ментално здравље процењују као добро у односу на студенте који су имали проблем са платформама за учење на даљину. Такође, студенти који су сматрали да је онлајн настава током епидемије била превише заступљена скоро два и по пута ($УО=2,39$) чешће своје ментално здравље процењују као добро, у односу на студенте који су сматрали да није било много онлајн наставе током периода епидемије вируса короне. У прилог оваквим резултатима иду и налази једне друге студије из Јордана (Seetan et al., 2021) која је показала негативан утицај лоше организоване онлајн наставе на ментално здравље студената.

Испитаници из овог истраживања којима ниједан члан породице није био заражен вирусом корона ређе описују своје опште здравље као добро ($УО=0,59$) у односу на студенте чија је породица била заражена, док студенти који лично нису били заражени вирусом корона више од два пута ($УО=2,15$) чешће своје ментално здравље процењују као просечно у односу на студенте који су били заражени што је потврдила и студија са кинеским студентима (Liu et al., 2021). Она је указала на везу између сазнања о потенцијалном заражавању због контакта са особом која је заражена вирусом и лошијег менталног здравља. Интересантан је податак да у овом истраживању студенти, чији познаници и пријатељи нису били заражени вирусом корона, два и по пута чешће ($УО=2,54$) процењују своје психичко здравље као добро у односу на студенте чији су пријатељи били позитивни на корона вирус, док је у кинеској студији (Liu et al., 2021), супротно нашим резултатима, присуство болести COVID-19 код блиских особа било повезано са лошијим менталним здрављем. Објашњење за наше резултате може да буде то да су испитаници, поредећи своје здравље са здрављем оболелих особа из свог окружења, преценили

своје здравље, јер у том тренутку нису имали симптоме болести COVID-19, односно нису имали респираторних или кардиоваскуларних проблема (Lai et al., 2020) који су се могли срести код њихових пријатеља и чланова породице који су били позитивни на вирус SARS-CoV-2. Такође, потврду наших резултата налазимо у истраживању са студентима прве године из Сједињених Америчких Држава (Fruehwirth, Biswas and Perreira, 2021).

Студенти из овог истраживања који нису волонтерски помагали лекарима који су радили са пацијентима оболелим од вируса SARS-CoV-2 ређе су процењивали своје опште и ментално здравље као лоше у односу на студенте који су помагали лекарима у обављању медицинског посла са зараженим пацијентима. Овакви налази су добијени и код студената из Бразила (Ferreira et al., 2021) који су чешће злоупотребљавали супстанце и имали психолошке тешкоће уколико су били у контакту са оболелим пацијентима, што је последично доводило и до њихове лошије перцепције сопственог здравственог стања. Овакви налази се могу објаснити страхом од заразе који влада међу медицинским радницима, али и свим осталим људима који проводе време са пацијентима оболелим од неке заразне болести (Ho et al., 2005).

У овом истраживању 101 испитаник је имао неку хроничну болест, односно петина студената болује од неке болести, од чега су астма, инсулинска резистенција и проблеми са штитном жлездом највише заступљени, мада има и пацијената који се лече од гинеколошких или кардиоваскуларних болести. Такође, наши испитаници су негативније процењивали сопствено телесно здравље уколико су имали потешкоћа са платформама за учење на даљину, или уколико су имали поред себе оболелог члана породице. Овакви налази нам говоре да лошији услови живота и рада, негативно утичу на самопроцену здравља јер покрећу забриност за сопствено здравље, што је у складу са налазима студије са студентима из Шпаније (Giner-Murillo et al., 2021) који су такође своје здравље процењивали лошије уколико су имали више животних потешкоћа.

Од свих испитаника у нашем узорку, њих 10% је навело да има неку психијатријску болест, а најчешћа је управо била анксиозност од које болује 27 испитаних студената. Друга најчешће навођена ментална болест била је депресија, јер око 5% испитаника има предисторију овог поремећаја. Истраживање Liu и сарадника (2012) показује да пацијенти који су имали предисторију депресивних поремећаја имају тенденцију да кризне ситуације, попут пандемије, поднесу теже. Ово је налаз који је познат још из времена пандемије вируса SARS, а свакако је у складу и са резултатима овог истраживања. Раније присуство депресије или других психичких обољења код студената из Мексика (García-Espinosa et al., 2021) деловало је непогодно на очување менталног здравља током пандемије. Такође, анксиозност везана за сопствено здравље појавила се код испитаника из Немачке (Jungmann and Witthoft, 2020), где је половина испитаника извештавала о појачаној забринутости током пандемије болести COVID-19. Веза између болести и самопроцене менталног здравља евидентирана је код студената из Египта (Ghazawy et al., 2020) који су показивали више скорове депресије, анксиозности и стреса уколико су патили од неке хроничне болести.

Механизми превладавања су се и у овом истраживању показали као често коришћен начин у борби за очување менталног здравља студената, а резултати студије Luberto и сарадника (2020) су показали да они доста значе и помажу студентима. Механизми превладавања стреса у овом истраживању су подељени на стратегије које су усмерене ка избегавању и на стратегије које су усмерене ка суочавању са проблемом.

У овом истраживању су жене статистички значајно чешће користиле механизме превладавања који се односе на суочавање са проблемом, односно корона вирусом. Овакви налази говоре о значају пола приликом коришћења механизма превладавања, а слични резултати се срећу и код кинеских истраживача (Zhong et al., 2020) који су приметили да су особе које су информисаније о новом вирусу, а то су у њиховој студији биле пре свега особе које имају неки вид медицинског образовања и особе женског пола, оптимистичније по питању завршетка пандемије и њеном успешном окончавању. Везу између пола и механизма превладавања пронашли су и истраживачи из Пакистана (Amin, Asadullah and Sultan, 2019), који су такође приметили да жене чешће користе механизме усмерене на решавање проблема, као и да чешће него мушкарци траже емоционалну подршку када су у стресним ситуацијама. Веза између пола и преференције у коришћењу одређених стратегија превладавања стреса пронађена је и у истраживању спроведеном над кинеским студентима током једне од пандемије од пре десетак година која је била изазвана вирусом SARS-CoV (Main et al., 2011), а која је показала да су жене чешће расположене да користе спољашње изворе помоћи, попут тражења социјалне подршке, док су мушкарци чешће примењивали унутрашње стратегије, попут мобилизације личних когнитивних ресурса.

У овом истраживању најчешће коришћена стратегија превладавања суочавањем са проблемом је било прихватање ситуације. Показало се да ову групу механизма превладавања чешће користе испитаници који нису задовољни организацијом онлајн наставе и доступним средствима за рад, што је потпуно у складу са истраживањем спроведеним у Италији (Bansal et al., 2020), где се прихватање ситуације везане за услове студирања током карантина показало као добра мера у спречавању јачих стресних реакција. Попут наших испитаника и амерички студенти (Polizzi, Lynn, and Perry, 2020) често користе механизме превладавања који укључују планирање начина за решење ситуације, али се окрећу и механизмима одбране који укључују социјалну подршку, примену физичких активности и ствари које воле и које им пријају.

Једна од такође врло често коришћених стратегија у суочавању са стресом у овом истраживању било је тражење емоционалне подршке од блиских људи. Студија спроведена у Кини (Xiong et al., 2021) показује управо значај коришћења оваквих и сличних механизма превладавања код студентске популације. Међутим, студија из Кине сугерише да је ефикасност механизма превладавања мања код студената медицине у поређењу са студентима других факултета. Како је наш узорак обухватао само студенте медицине, остаје за нека будућа истраживања да се види да ли оваква разлика постоји и код српских студената, мада се може претпоставити да ће целокупна студентска популација, уколико прихвати актуелну ситуацију и емоционалну подршку која им се нуди, осетити у мањој мери последице пандемије. У студији из Ирана (Ghafari et al., 2021) је пронађена позитивна корелација између пружања подршке и менталног здравља студентске популације. Кинески истраживачи (Zhong et al., 2020) су доказали да су фокусирање на позитивне аспекте ситуације као и оптимистичан поглед на здравствену ситуацију, били такође често коришћене стратегије за превладавање стреса. Ови механизми, уз планирање реакције и активно решавање проблема били су методе које су адолесценти и из других земаља користили како би се изборили са стресом изазваним пандемијом корона вируса (Pigaiani et al., 2020).

Попут резултата добијених за механизме превладавања суочавања са стресом и код групе механизма превладавања односно механизма одбране избегавањем доказано је да их жене статистички значајно чешће користе у односу на своје мушке колеге. Ипак, у студији из Пакистана (Amin, Asadullah and Sultan, 2019) мушкарци су били ти који чешће прибегавају

механизмима који подразумевају игнорисање и избегавање проблема, што је опречно резултатима нашег истраживања.

У нашем истраживању испитаници млађе животне доби чешће користе групу механизма превладавања избегавањем, у односу на своје старије колеге. Такође, студенти на почетку својих студија користе чешће овакве механизме избегавања у односу на студенте завршних година медицине. Овакве разлике и преференције у коришћењима механизма превладавања налазимо и у једној пакистанској студији (Baloch et al., 2021) која сугерише да жене и млађе особе чешће користе избегавајуће механизме превладавања стреса у односу на мушкарце и старије студенте.

У овом истраживању студенти су од механизма превладавања избегавањем најчешће примењивали скретање мисли, вентилирање или чак самооптуживање, које је вероватно било одговорно за лошије ментално здравље студената. Ипак, оно што се показало као добро, јесте да генерално гледано, много ређе студенти користе ове механизме превладавања засноване на избегавању суочавања са проблемом и да су много више окренути конструктивнијим и активнијим механизмима у борби против стреса изазваног епидемијом вируса SARS-CoV-2. Оваква ситуација и овај избор механизма превладавања среће се и у студији Nurunnabi и сарадника (2020) чији су испитаници више били наклоњени механизмима суочавања са стресом. Међу поменуте механизме превладавања избегавањем, између осталог спада и један од честих анксиолитика, а то је злоупотреба супстанци, пре свега дрога, алкохола и цигарета. Сама њихова конзумација представља врсту копинг механизма избегавања проблема, која је у овом истраживању била један од најређе коришћених механизма превладавања. Међу француском популацијом (Tavolacci et al., 2021) током дана карантина злоупотреба супстанци је била веома заступљена. Са друге стране, студенти који су под стресом који је изазван реорганизацијом услова школовања, показују већу тенденцију да користе управо ову групу механизма превладавања, где је у фокусу избегавање, а не прихватање тренутне ситуације. Иако су студенти из нашег истраживања чешће користили механизме превладавања суочавањем са стресом, уколико су своју тренутну ситуацију студирања процењивали као стресогенију у односу на период пре пандемије, они су се опредељивали чешће за неки од механизма превладавања избегавањем. Студенти из Кине (Yang, Chen, and Chen, 2021) су такође у оваквим ситуацијама чешће користили стратегије избегавања, а не суочавања са проблемом.

Два независна механизма превладавања стреса, који се не могу класификовати ни у механизме суочавања ни у механизме избегавања су: хумор и побожност. Ово нису често коришћени механизми у овом истраживању, напротив, побожност спада у најређе коришћене стратегије у борби против стреса, док је хумор осредње коришћен механизам у борби против стреса. Ипак треба напоменути да је побожност као механизам превладавања стреса био чешће коришћен код религиозних студената који су учествовали у нашем истраживању него код студената који не верују у Бога. Такође, важно је приметити да религиознији студенти из овог истраживања чешће од својих нерелигиозних колега наводе како су имали добро ментално здравље током пандемије, упућујући нас тиме на закључак да религиозност протективно делује на ментално здравље. Студенти из истраживања које су спровели Kar, Kar и Kar (2021) су супротно налазима нашег истраживања, навели хумор и окретање религијским мислима као посебно корисне начине за очување менталног здравља током пандемије, а посебно често су их користили управо они студенти који су се декларисали као религиозне особе. Хумор као делотворно средство за борбу против проблема са менталним здрављем, срећемо и у студији из Израела (Savitsky et al., 2020), чији су аутори приметили да студенти који су користили хумор

имају мање анксиозних проблема и поремећаја. Студија коју су спровели Bansal и сарадници (2020) такође доводи у везу начине превладавања стреса са применом религиозних и спиритуалних активности посебно код религиозних испитаника. Једно друго, онлајн спорведено истраживање (Kar, Kar and Kar, 2021) међу студентима, указало је генерално на значај коришћења механизма превладавања, али и на важност информисања људи о томе који све начини за превладавање стреса и анксиозности постоје. Када се људи налазе у тешким ситуацијама и када желе да се носе успешно са стресом, важно их је информисати о томе да постоје механизми који им у томе могу помоћи.

Студенти медицине из овог истраживања извештавали су о томе како је њихов квалитет живота опао током дана епидемије корона вируса. Лошију самопроцену квалитета живота срећемо и код америчких студената (Villanueva, Meissner and Walters, 2021). Студенти медицине из Београда су различито процењивали степен животног задовољства у односу на узрасну категорију којој припадају, па је тако, на пример, међу студентима задовољним својим животом, две трећине њих који спадају у старосну категорију између 21 и 30 година, док трећина њих спада у групу млађе старосне доби. Ово се показало као тренд који постоји и у неким другим истраживањима (Tang et al., 2021), где су старији студенти процењивали свој живот бољим у односу на студенте млађе животне доби. Иако је прелазак на онлајн наставу донео са собом многе проблеме менталне природе код наших студената, прелазак на учење на даљину није негативно утицао на процену њиховог задовољства животом. Ипак, супротно нашим налазима, онлајн настава и учење на даљину изазвало је пад квалитета живота студената из Бразила (Silva et al., 2021). Такође, на квалитет живота код студената из Турске утицале су промене настале по питању обавеза, као и њихова стресогеност током периода пандемије (Göl and Erkin, 2021). Испитаници из турске студије су имали лошије ментално здравље због промена начина рада факултета због пандемије, имали су инсомнију и друге проблеме спавања што је све заједно смањило њихов квалитет живота. Са друге стране студенти из нашег истраживања који нису помагали лекарима током епидемије су ређе извештавали да су задовољни својим животом ($UO=0,19$) приликом процене задовољства животом у односу на студенте који су активно помагали медицинским стручњацима током епидемије вируса короне. Дакле, у нашем истраживању лошију процену квалитета живота имали су студенти који су били у контакту са пацијентима који су били заражени од вируса, док је у Ирану (Alinia et al., 2021) самопроцена лошијег квалитета живота била код оних испитаника који су и сами били пацијенти и лечили се од болести COVID-19. Брачни статус се показао као значајан фактор у процени квалитета живота. Наиме, особе у браку или ванбрачној заједници у нашем истраживању квалитет живота перцепирају као бољи у односу на студенте који су самци, што је у складу са резултатима из Саудијске Арабије (Algamdi, 2021).

Свака криза, па тако и ова јавноздравствена, носи са собом осим опасности и неке могућности (Влајковић, 2005) које нам могу помоћи да из те кризне ситуације изађемо са новим значајним искуствима за даљи живот. Како ово није једина, нити прва пандемија која је захватила човечанство, неке лекције и искуства смо могли да научимо и из сличних ситуација које су у прошлости представљале јавноздравствене изазове. Тако је на пример из искуства са епидемијом вируса MERS на Блиском истоку (Al Shehri, 2015), али из искуства са актуелном пандемијом као позитаван исход проистекао рад на већој промоцији здравља, бољем превентивном деловању, реорганизацији медицинских установа и клиничких пракси, као и професионалном усавршавању медицинског особља. Такође, из ових кризних ситуација исто тако може да проистекне боља организација и устројство здравственог система на глобалном, али и на локалним нивоима. Резултати овог истраживања су показали да студентима на

факултету недостаје подршка и моћ у превазилажењу проблема менталне природе и да се такав вид подршке у виду различитих програма стручне помоћи, вршњачког саветовања и видова самопомоћи морају увести у редовну академску праксу у будућности.

Још једна лекција коју смо научили из пандемије вируса SARS-CoV, јесте да је улога медија у преношењу вести о самој болести, мерама превенције, броју оболелих и генерално о току пандемије, веома важна ставка у превазилажењу кризне ситуације код студентске популације (Bergeron and Sanchez, 2005). Услед технолошког развоја очекивано је било да и актуелна пандемија буде под утицајем медија и да информационо-комуникациона средства играју важну улогу у очувању менталног здравља. Студија из Кине (Gao et al., 2020) је показала, да је током пандемије болести COVID-19 утицај и значај медија за очување менталног здравља веома битан. Ипак, треба имати на ума да медији, како они писани, тако и друштвене мреже, осим позитивног утицаја у виду тачног и правовременог информисања људи о вирусу, мерама превенције и лечења, могу и негативно деловати на људе уколико се злоупотребе у схвре пропаганде и ширења страха. Оваква сазнања могу подстаћи медијске стручњаке у развоју својих професионалних компетенција везаних за извештавање о питањима из области јавног здравља. Такође, ова сазнања треба да послуже и здравственим радницима како би схватили значај комуникације са медијским стручњацима, важност правилне комуникације са њима и преношење тачног и правовременог информисања јавности о важним и актуелним здравственим питањима.

Ово истраживање покренуло је неколико значајних питања и отворило дискусију о ефикасности здравственог система у Србији и адекватности реаговања у кризним ситуацијама попут ове пандемије. Наиме, према нашем сазнању ово је прво истраживање спорведено у Србији које се бави утицајем актуелне епидемије на ментално здравље студената медицине. Овим истраживањем су процењени сви релевантни аспекти менталног здравља (депресивне, анксиозне и стресне реакције које студенти испољавају) који су потенцијално могли бити угрожени епидемијом корона вируса. Испитивано је петнаест различитих механизма превладавања стреса које су користили испитаници како би се изборили са проблемима које је изазвала пандемија. Такође је испитивана и самопроцена испитаника о општем, телесном и менталном здрављу, као и процена испитаника о задовољству својим животом. Исто тако, узорак који је коришћен у овом истраживању је био репрезентативан како би се резултати могли применити на остале студенте медицине. Ипак, најзначајнији допринос је идентификација предиктора у виду демографских, варијабли везаних за услове живота и студирања студената, као и варијабли које се односе на заражавање корона вирусом. Уз помоћ њих идентификовани су студенти који су под највећим ризиком за лоше ментално здравље, односно они којима је стручна помоћ најпотребнија током и након епидемије. Резултати овог истраживања пружају добру основу за покретање програма подршке студентима при факултетима који могу бити организовани у виду вршњачког саветовања, читања литературе за самопомоћ, активирање СОС линија за интервенције у кризи итд. На крају, ово истраживање је пружило увид у то како се са пандемијом боре студенти у Србији и омогућило поређење ситуације у нашој земљи са резултатима из осталих земаља широм света.

Иако је према нашем сазнању ово прво истраживање којим су утврђени предиктори важни за настанак депресивних, анксиозних и стресних реакција код студената медицине из Србије током епидемије корона вируса, оно има и одређене недостатке, односно ограничења. Истраживањем су обухваћени само студенти који су похађали Медицински факултет Универзитета у Београду, тако да се генерализација резултата не може применити на студенте

других високошколских установа у Београду или друге Медицинске факултете у Србији. Због епидемиолошке ситуације истраживање је спроведено у онлајн форми, што је могло да доведе до неуједначених услова за попуњавање упитника међу испитаницима. Ово ограничење је делимично отклоњено детаљним писаним упуством и инструкцијама које су се односиле на услове у којима би се попуњавање упитника требало организовати, али ипак се можда неко од испитаника оглушио о те инструкције и тако нарушио сам процес прикупљања података.

Као недостатак овог истраживања може се навести и одсуство варијабле које се односе на социо-економски статус испитаника. Овакве варијабле, иако су од великог значаја у јавноздравственим истраживањима, нису укључене, јер су циљна популација били студенти, који су најчешће особе које нису запослене и које издржава породица или се финансирају уз помоћ стипендија. Иако је можда могло да се испита какав социо-економски статус имају родитељи испитаника и тако посредно сазна нешто и о просечним примањима самих испитиваних студената то у овом истраживању није урађено. Још један потенцијални проблем код оваквог типа испитивања, где испитаници дају самопроцене, може довести до тога да су били неискрени у свом одговору и самопроценама, што због свесних намера да се прикажу у одређеном светлу, што због несвесних тежњи и лоше интроспективности. Недостатак ове студије може бити и то што је читаво истраживање рађено квантитативном методологијом. Наиме, да је део истраживања применио квалитативну методологију могло се доћи и до личних значења које испитаници приписују пандемији болести COVID-19 као и до детаљнијих информација како су механизми превладавања, које су користили наши испитаници, примењивани уз навођење специфичности које су они евентуално имали у том процесу.

Истраживачи из Туниса (Zgueba et al., 2020) су предложили интересантан модел интервенције у четири корака који би могао да помогне очувању менталног здравља младих. Моделом би се обухватили људи различитог медицинског предзнања у процесу пружања подршке па би тако на нивоу најблажих менталних проблема обучени волонтери пружали помоћ пацијентима, док би код озбиљнијих депресивних, анксиозних и стресних реакција учешће узели студенти медицине или у крајњем случају стручњаци за ментално здравље - терапеути, психијатри и психолози. На тај начин би се постигла и економичност модела, интеграција различитих делова друштвене заједнице, али и помоћ и прилика младим лекарима да стекну практичне вештине. Слични модели би се могли применити и у Србији уз поштовање специфичности владајућег друштвеног система и културе, а имајући у виду чињеницу да је 11% наших испитаника већ самоиницијативно узело учешће у волонтерској помоћи лекарима током дана карантина, као и да је 17% њих помагало суграђанима у набавци хране и других неопходних ствари за живот, можемо закључити да заинтересованих студената за овакав програм има и у Србији.

Истраживање је показало да студентима из Србије недостају управо поменути видови подршке. Током епидемије вируса корона, факултети су се трудили пре свега да наставу организују на даљину и да тај онлајн режим рада буде што боље спроведен, док је брига за ментално здравље студената и њихово ношење са новонасталом ситуацијом препуштено њима самима. Резултати овог истраживања, са друге стране, показују да су студенти извештавали о умереним и озбиљним депресивним, анксиозним и стресним реакцијама током епидемије вируса корона, што је показатељ да се неки вид подршке студентима мора увести. Факултети могу организовати курсеве и предмете посвећене вештинама очувања менталног здравља које сви студенти могу похађати као изборне или факултативне предмете. Осим тога, корисно би било када би се периодично на факултету организовала нека трибина, округли сто или пленарно

предавање где би студенти који код себе примете неке знаке нарушеног менталног здравља могли да оду и добију потребне информације где и како могу да потраже помоћ. Радионице и фокус групе исто тако могу допринети превенцији анксиозних и афективних поремећаја, а увођење СОС телефона, кутија поверења, едукативних билтена и флајера могу успешно информисати студенте о темама везаним за ментално здравље. Такође, факултетске библиотеке би требало да набаве књиге које се баве превенцијом проблема психолошке природе, које би студенти могли да користе као вид самопомоћи уколико код себе препознају одређене психолошке потешкоће. На огласним таблама и зидовима факултета могу се поставити едукативни панои и информације о томе шта студенти могу да раде уколико код себе примете неки од знакова психолошког дистреса, као и коме се могу обратити за стручну помоћ (Мириловић, Јанковић и Латас, 2022).

Осим тога, студенти могу да се подстакну да уз посредство студентских организација које делују и раде на факултетима (студентски парламент, на пример) осмисле и покрену групе вршњачке помоћи и вршњачког саветовања. Овакве групе би се могле састајати једном недељно или неколико пута месечно, како би студенти могли да размењују исуства у превенцији менталних болести. На овај начин студенти би могли да буду једни другима помоћ и подршка и у тренуцима када не могу да буду са члановима своје породице или пријатељима који живе ван места њиховог студирања. Код реализације оваквих манифестација, важно је да оне буду континуирано и без прекида организоване у одређеним временским интервалима и да буду доступне свим студентима без обзира на којој години студија се тренутно налазе. Такође, студенти старијих година могу да организују дане отворених врата за млађе колеге студенте где би их информисали како да препознају код себе прве знаке неког менталног поремећаја, како да превенирају појаву истих, али и коме могу све на факултету и ван њега да се обрате за стручну помоћ. Такође, важно је укључити и спољашњу заштитну мрежу у процес помоћи студентима чије је ментално здравље нарушено. Наиме, важно је да студенти знају у којим све установама могу да потраже помоћ психијатара и психолога, попут Студентских поликлиника, специјализованих одељења у оквиру Клиничког центра Србије, итд. Студенте треба охрабрити да на време потраже помоћ стручних лица и да уколико је то потребно своје лечење започну у специјализованим установама које им могу пружити најадекватнију помоћ.

Такође, пошто су испитаници из овог истраживања будући лекари важно је знати шта је то потребно урадити како на њихов даљи рад у пракси не би негативно утицало искуство епидемије и школовање током карантина које се одвијало пре свега на даљину и које је онемогућило студенте медицине да имају непосредни контакт са пацијентима и да на тај начин стичу неопходне практичне вештине. Управо студија спроведена у Кини (Han et al., 2021) са младим лекарима који су тек завршили студије, указује да је њима потребно пружити додатну психолошку подршку, пре свега у очувању менталног здравља, односно, пружити им помоћ у превазилажењу депресивних, анксиозних и стресних реакција. Због свега наведеног, треба организовати превентивне програме за здравствене раднике, на којима ће се они обучавати како да овладају адекватним механизмима превладавања стреса, али и како да се опходе према пацијентима који су заражени корона вирусом.

Ово истраживање које је указало на нарушено ментално здравље студентске популације услед појаве епидемије ће такође покренути и истраживања која имају за циљ да прикажу да ли и које дугорочне последице на ментално здравље оставља епидемија вируса короне. Истраживачи из Калифорније (Troyer, Kohn and Hong, 2020) су истакли управо ове дугорочне последице по ментално здравље као веома важно питање коме тек треба посветити пажњу, како

не би дошло до трангенерацијског преноса трауме и трансмисије проблема са менталним здравље на наредне генерације.

Јавноздравствени проблеми, посебно ако су овако великог обима, не могу се превазићи појединачним напорима, већ се сваки сегмент друштва мора укључити у рад и решавање проблема у складу са својим могућностима. Пандемија SARS-CoV вируса у Сингапуру (Sars Investigation Team from DMERI and SGH, 2005) показала је како је важно мобилисати све расположиве ресурсе у борби против вируса, као што је сектор одбране и коришћење војних простора за изолацију оболелих људи, а овај модел био је успешно примењиван и у нашој земљи током првих месеци епидемије болести COVID-19.

6. ЗАКЉУЧЦИ

У складу са задатим циљевима истраживања, а на основу представљених резултата, могу се извести следећи закључци:

1. Самопроценом стреса, 85,6% испитаника је известило да је препознало код себе озбиљне стресне реакције. При томе жене су преко два и по пута ($UO=2,61$) чешће стрес описивале као озбиљан у поређењу са мушкарцима. Студенти медицине са села су ређе ($UO=0,44$) опажали озбиљан стрес код себе, у односу на студенте који су долазили из градова. Такође, студенти друге године стрес су ређе описивали као озбиљан у односу на студенте прве године, док су студенти који су живели са породицом током студија 2,26 пута чешће стрес доживљавали као озбиљан у односу на испитанике који су живели сами током студентских дана.

2. Своје депресивне реакције 65,5% испитиваних студената процењивало је као озбиљне. Студенти од 21 до 30 година процењивали су своју депресивност ређе као озбиљну у поређењу са студентима млађима од 20 година, док су студенти пете и шесте године студија ређе процењивали своју депресивност као озбиљну у односу на студенте прве године. Нерелигиозни студенти имали су више од један и по пут већу шансу ($UO=1,78$) за озбиљну депресивну реакцију у односу на студенте који су били религиозни. Студенти који су проценили стресогеност обавеза као озбиљну, имали су три пута већу шансу ($UO=3,18$) да доживе депресивну реакцију у односу на студенте који су стресогеност догађаја током епидемије описивали као мању у односу на период пре појаве новог корона вируса. Студенти који су проценили стресогеност својих обавеза као осредњу имали су један и по пут већу шансу ($UO=1,54$) да доживе озбиљне депресивне реакције у односу на студенте који су сматрали да су њихове обавезе током епидемије биле мање стресне. Студенти медицине који су помагали лекарима током епидемије имали су више од један и по пут ($UO=1,80$) већу шансу да испоље озбиљне депресивне реакције у односу на студенте који нису помагали лекарима.

3. Анксиозне реакције код себе је препознало чак 91% испитиваних студената. У односу на мушке студенте, студенткиње су скоро два пута чешће ($UO=1,89$) описивале своју анксиозност као озбиљну. Студенти друге, треће, пете и шесте године студија ређе су процењивали своје анксиозне реакције као озбиљне у односу на студенте прве године студија медицине, као што су то чинили и студенти узраста од 21 до 30 година, у односу на студенте млађе од 20 година.

4. Најчешће коришћени механизми превладавања односили су се на механизме превладавања суочавањем са проблемом, попут планирања решења ($As=6,08$), активног преобликовања ситуације ($As=6,03$), као и прихватање социјалне подршке ($As=5,18$). Мало ређе, али ипак значајно коришћени били су механизми превладавања избегавањем, попут вентилирања ($As=5,00$) и игнорисања постојања кризне ситуације ($As=6,50$). Хумор ($As=5,79$) и

окретање религијским и спиритуалним техникама ($A_s=4,00$) за превазилажење стреса су такође често коришћени механизми превладавања, при чему, религиознији студенти чешће користе механизме превладавања који се односе на веру и окретање ка Богу. Регресионим анализама је показано да су жене себе чешће процењивале као неког ко користи механизме превладавања избегавањем, али и механизме превладавања суочавањем у односу на мушкарце. Млађи студенти, као и студенти нижих година студија чешће су себе описивали као особе које користе механизме превладавања избегавањем у односу на старије студенте. Студенти који су имали више обавеза током епидемије у односу на регуларне студентске обавезе и да су те обавезе биле стресније чешће су наводили да су користили механизме превладавања избегавањем. Студенти који су имали адекватне платформе за учење на даљину, ређе су користили механизме превладавања избегавањем. Студенти који су имали много онлајн наставе током епидемије, као и они који су били задовољни организацијом наставе на даљину, чешће су користили механизме превладавања суочавањем.

5. Ово истраживање је показало да претходно присуство неког психичког обољења, најчешће поремећаја из спектра депресије или анксиозности, негативно делује на самопроцену здравља студената. Студенткиње су више од један и по пут ($UO=1,70$) имале већу шансу да своје опште здравље процене као добро, у односу на студенте. Студенти оба пола који нису имали оболелог члана породице од вируса короне имали су мању шансу ($UO=0,57$) да своје здравље процене као добро у односу на студенте који су имали зараженост члана породице, а студенти који нису помагали стручњацима током епидемије имали су мању шансу ($UO=0,29$) да своје опште здравље процене као добро у односу на студенте који јесу помагали. Студенти који нису помагали комшијама и осталим угроженим људима из своје околине током епидемије имали су 1,77 пута већу шансу да опште здравље опишу као добро у односу на оне људе који су били волонтерски ангажовани у помагању људима из локалне заједнице. Међу студентима који су имали оболелог члана породице, 46% њих је известило о свом лошем физичком здрављу. Студенти који имају између 21 и 30 година су 4,63 пута чешће описивали своје телесно здравље као добро а не као просечно, у односу на студенте млађе од двадесет година. Студенти четврте године студија ређе су физичко здравље описивали као добро у односу на студенте прве године ($UO=0,16$). Студенти који су мислили да је настава на даљину током епидемије била много заступљена на факултету скоро су два и по пута ($UO=2,39$) чешће ментално здравље описивали као добро, у односу на студенте који су сматрали да није било много онлајн наставе. Студенти чији познаници и пријатељи нису били заражени корона вирусом два и по пута су чешће ($UO=2,54$) описивали своје ментално здравље као добро у односу на студенте чији су пријатељи били заражени корона вирусом.

6. Процењени квалитет живота испитиваних студената је био лошији у односу на период пре избијања епидемије вируса короне. Старији студенти су проценили свој квалитет живота бољим у односу на млађе студенте. Студенти који живе у некој врсти заједнице скоро два пута ($UO=1,82$) су чешће били задовољни својим животом у односу на студенте који су живели сами. Студенти који су током студија живели у изнајмљеном стану или кући ређе су наводили да су задовољни животом ($UO=0,51$) у поређењу са студентима које су имали сопствени стан или кућу током студија. Студенти који су били ван Београда или ван Србије 1,77 пута чешће су наводили да су задовољни својим животом, у односу на студенте које су током карантина били у престоници. Нерелигиозни студенти ређе су наводили да су задовољни својим животом у односу на студенте који су били религиозни ($UO=0,55$).

7. ЛИТЕРАТУРА

- Ahmad, S. (2020) 'Potential of age distribution profiles for the prediction of COVID-19 infection origin in a patient group', *Informatics in medicine unlocked*, 20, pp. 100364-100381.
- Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A. and Rampal, K. G. (2011) 'Stress and coping strategies of students in a medical faculty in Malaysia', *The Malaysian journal of medical sciences*: 18 (3), pp 57-64.
- Algamdi, M. M. (2021) 'Assessment of Post-COVID-19 Quality of Life Using the Quality of Life Index', *Patient preference and adherence*, 15, pp. 2587-2597.
- Alinia, C., Yaghmaei, S., Abdullah, F. Z., Ahmadi, A., Samadi, N., Pourteymour, S., Safari, H., Mahmoudi, H., Moradi, G. and Piroozi, B. (2021) 'The health-related quality of life in Iranian patients with COVID-19', *BMC infectious diseases*, 21 (1), pp. 1-8.
- Alsairafi, Z., Naser, A., Alsaleh, F. M., Awad, A. and Jalal, Z. (2021) 'Mental health status of healthcare professionals and students of health sciences faculties in Kuwait during the COVID-19 pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), pp. 2203-2218.
- Al Shehri, A. M. (2015) 'A lesson learned from Middle East respiratory syndrome (MERS) in Saudi Arabia', *Medical Teacher*, 37 (1), pp. S88-S93.
- Alsohime, F., Temsah, M. H., Al-Nemri, A. M., Somily, A. M. and Al-Subaie, S. (2020) 'COVID-19 infection prevalence in pediatric population: Etiology, clinical presentation, and outcome', *Journal of infection and public health*, 13 (12), pp. 1791-1796.
- Alyoubi, A., Halstead, E. J., Zambelli, Z. and Dimitriou, D. (2021) 'The impact of the COVID-19 pandemic on students' mental health and sleep in Saudi Arabia', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (17), pp. 9344-9360.
- Amin, R., Asadullah, M. A. and Sultan, S. (2019) 'Perceived Stress and Coping Strategies among Undergraduate University Students: Role of Gender', *Bahria Journal of Professional Psychology*, 18 (1), pp. 63-76.
- Antonijevic, J., Binic, I., Zikic, O., Manojlovic, S., Tosic-Golubovic, S. and Popovic, N. (2020) 'Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic', *Brain and Behavior*, 10 (12), pp. e01881-e01890.
- Arsandaux, J., Montagni, I., Macalli, M., Texier, N., Pourielle, M., Germain, R., Mebarki, A., Kinouani, S., Tournier, M., Schuck, S. and Tzourio, C. (2021) 'Mental health condition of college students compared to non-students during COVID-19 lockdown: the CONFINS study', *BMJ open*, 11 (8), pp. e053231-e053239.

Azhar, E. I., El-Kafrawy, S. A., Farraj, S. A., Hassan, A. M., Al-Saeed, M. S., Hashem, A. M. and Madani, T. A. (2014) 'Evidence for camel-to-human transmission of MERS coronavirus', *New England Journal of Medicine*, 370 (26), pp. 2499-2505.

Baloch, G. M., Kamaludin, K., Chinna, K., Sundarasan, S., Nurunnabi, M., Khoshaim, H. B., Hossain, S. F., Sukayt, A. A. and Baloch, L. G. (2021) 'Coping with COVID-19: The Strategies Adapted by Pakistani Students to Overcome Implications', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), pp. 1799-1809.

Batra, K., Sharma, M., Batra, R., Singh, T. P. and Schvaneveldt, N. (2021) 'Assessing the psychological impact of COVID-19 among college students: an evidence of 15 countries.', *Healthcare*, 9 (2), pp. 222-240)

Banerjee, A., Doxey, A. C., Mossman, K. and Irving, A. T. (2021) 'Unraveling the zoonotic origin and transmission of SARS-CoV-2', *Trends in ecology & evolution*, 36 (3), pp. 180-184.

Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D. and Shaker, M. (2020) 'Clinician wellness during the COVID-19 pandemic: extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist', *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8 (6), pp. 1781-1790.

Bauer, G. F., Huber, C. A., Jenny, G. J., Müller, F. and Hämmig, O. (2009) 'Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women', *International journal of public health*, 54 (1), pp. 23-30.

Bergeron, S. L. and Sanchez, A. L. (2005) 'Media effects on students during SARS outbreak'. *Emerging infectious diseases*, 11 (5), 732-734.

Bignardi, E., Brogna, C., Capasso, C. and Brogna, B. (2022) 'A fatal case of COVID-19 breakthrough infection due to the delta variant', *Clinical case reports*, 10 (1), e05232-e05237.

Browning, M., Larson, L., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., Cloutier, S., Vu, T., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E., D'Antonio, A., Helbich, M., Bratman G. and Alvarez, H. (2021) 'Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States', *PloS one*, 16 (1), pp. e0245327-e0245354.

Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K. and Kessler, R. C. (2018) 'Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning', *Journal of affective disorders*, 225, pp. 97-103.

Cai, S. H., Liao, W., Chen, S. W., Liu, L. L., Liu, S. Y., Zheng, Z. D. (2020) 'Association between obesity and clinical prognosis in patients infected with SARS-CoV-2', *Infectious Diseases of Poverty*, 9 (1), pp. 80-87.

Callaway, E. (2021) 'Delta coronavirus variant: scientists brace for impact', *Nature*, 595 (7865), pp. 17-18.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. and Zheng, J. (2020) 'The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China', *Psychiatry research*, 287, pp. 112934-112944.

Carver, C. S. (2013) . COPE Inventory

Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R. and Forte, G. (2020) 'The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population', *Sleep medicine*, 75, pp. 12-20.

Chan, J., Yuan, S., Kok, K., To, K., Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, C., Poon, R., Tsoi, H., Lo, S., Chan, K., Poon, V., Chan, W., Ip, J., Cai, J., Cheng, V., Chen, H., Hui, C. and Yuen, K. (2020) 'A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster', *The lancet*, 395 (10223), pp. 514-523.

Chen, G., Wu, D. I., Guo, W., Cao, Y., Huang, D., Wang, H., Wang, T., Zhang, X., Chen, H., Yu, H., Zhang, H., Zhang, M., Wu, S., Song, J., Chen, T., Han, M., Li, S., Luo, X., Zhaoand, J. and Ning, Q. (2020) 'Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019', *The Journal of clinical investigation*, 130 (5), pp. 2620-2629.

Chen, X., Tang, Y., Mo, Y., Li, S., Lin, D., Yang, Z., Sun, H., Qiu, J., Liao, Y., Xiao, J., Chen, X., Wu, X., Wu, R. and Dai, Z. (2020) 'A diagnostic model for coronavirus disease 2019 (COVID-19) based on radiological semantic and clinical features: a multi-center study', *European radiology*, 30 (9), pp. 4893-4902.

Chu, H., Chan, J. F. W., Wang, Y., Yuen, T. T. T., Chai, Y., Hou, Y., Shuai, H., Yang, D., Hu, B., Huang, X., Zhang, H., Cai, J., Zhou, J., Yuan, S., Kok, K., To, K. K., Chan, I. H., Zhang, A. J., Sit, K., Au, W. and Yuen, K. Y. (2020) 'Comparative replication and immune activation profiles of SARS-CoV-2 and SARS-CoV in human lungs: an ex vivo study with implications for the pathogenesis of COVID-19', *Clinical Infectious Diseases*, 71 (6), pp. 1400-1409.

Cole, M. and Cole, S. (1993) *The development of children*. New York: Scientific American books.

Dawood, A. A. (2022) 'Increasing the frequency of omicron variant mutations boosts the immune response and may reduce the virus virulence', *Microbial Pathogenesis*, 105400 (164), pp. 1-10.

De Oliveira Araújo, F. J., de Lima, L. S. A., Cidade, P. I. M., Nobre, C. B. and Neto, M. L. R. (2020) 'Impact of Sars-Cov-2 and its reverberation in global higher education and mental health', *Psychiatry research*, 288, pp. 112977-112979.

Di Consiglio, M., Merola, S., Pascucci, T., Violani, C. and Couyoumdjian, A. (2021) 'The Impact of COVID-19 Pandemic on Italian University Students' Mental Health: Changes across the Waves', *International journal of environmental research and public health*, 18 (18), pp. 9897-9900.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985) 'The Satisfaction with Life Scale', *Journal of Personality Assessment*, 49, pp. 71-75

Du, W., Yu, J., Wang, H., Zhang, X., Zhang, S., Li, Q. and Zhang, Z. (2020) 'Clinical characteristics of COVID-19 in children compared with adults in Shandong Province, China', *Infection*, 48 (3), pp. 445-452.

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., and Lavie, C. (2020) 'Psychosocial impact of COVID-19', *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14 (5), pp. 779-788.

- Eccles, J. S. and Roeser, R. W. (2013) 'Schools as developmental contexts during adolescence', *Journal of Research on Adolescence*, 21 (1), pp. 225-241.
- Essangri, H., Sabir, M., Benkabbou, A., Majbar, M. A., Amrani, L., Ghannam, A., Lekehal, B., Mohsine, R. and Souadka, A. (2021) 'Predictive factors for impaired mental health among medical students during the early stage of the COVID-19 pandemic in Morocco', *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 104 (1), pp. 95-103.
- Esteves, C. S., Oliveira, C. R. D., and Argimon, I. I. D. L. (2021) 'Social distancing: prevalence of depressive, anxiety, and stress symptoms among Brazilian students during the COVID-19 pandemic', *Frontiers in Public Health*, 8, pp. 923-928.
- Fan, B. and Zhang, C. (2006) 'Standard and evaluation of mental health in undergraduates', *Chinese Journal of Tissue Engineering Research*, 10 (46), pp. 223-225.
- Farkas, J., Pahor, M. and Zaletel-Kragelj, L. (2011) 'Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study', *International journal of public health*, 56 (1), pp. 45-54.
- Feng, W., Zong, W., Wang, F. and Ju, S. (2020) 'Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a review', *Molecular cancer*, 19 (1), pp. 1-14.
- Ferreira, L. C., Amorim, R. S., Melo Campos, F. M. and Cipolotti, R. (2021) 'Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-Cov-2/COVID-19', *PloS one*, 16 (5), e0251525-e0251535.
- Fila-Witecka, K., Senczyszyn, A., Kołodziejczyk, A., Ciułkiewicz, M., Maciaszek, J., Misiak, B., Szczesniak, D. and Rymaszewska, J. (2021) 'Lifestyle Changes among Polish University Students during the COVID-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (18), pp. 9571-9589.
- Flores-Silva, F. D., García-Grimshaw, M., Valdés-Ferrer, S. I., Viguera-Hernández, A. P., Domínguez-Moreno, R., Tristán-Samaniego, D. P., Michel-Chavez, A., Gonzalez-Duarte, A., Vega-Boada, F. A., Reyes-Melo, I., Jimenez-Ruiz, A., Chavez-Martinez, O. A., Rebolledo-Garcia, D., Marche-Fernandez, O. A., Sanchez-Torres, S., Garcia-Ramos, G., Cantu-Brito, C. and Chiquete, E. (2021) 'Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19 in Mexico City', *PLoS One*, 16 (4), pp. e0247433-e0247446.
- Fruehwirth, J. C., Biswas, S. and Perreira, K. M. (2021) 'The Covid-19 pandemic and mental health of first-year college students: Examining the effect of Covid-19 stressors using longitudinal data', *PloS one*, 16 (3), pp. e0247999-e0248014.
- Frutos, R., Javelle, E., Barberot, C., Gavotte, L., Tissot-Dupont, H. and Devaux, C. A. (2022) 'Origin of COVID-19: Dismissing the Mojiang mine theory and the laboratory accident narrative', *Environmental Research*, 204, pp. 112141-112146.
- Fu, W., Yan, S., Zong, Q., Anderson-Luxford, D., Song, X., Lv, Z. and Lv C. (2021) 'Mental health of college students during the COVID-19 epidemic in China', *Journal of Affective Disorders*, 280, pp. 7-10.

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. and Dai, J. (2020) 'Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak', *Plos one*, pp. 15 (4), e0231924-e0231935.

Garber, J. and Little, S. A. (2001) 'Emotional autonomy and adolescent adjustment', *Journal of Adolescent Research*, 16 (4), pp. 355-371.

García-Espinosa, P., Ortiz-Jiménez, X., Botello-Hernández, E., Aguayo-Samaniego, R., Leija-Herrera, J. and Góngora-Rivera, F. (2021) 'Psychosocial impact on health-related and non-health related university students during the COVID-19 pandemic. Results of an electronic survey', *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50 (3), pp. 214-224.

Gavurova, B., Ivankova, V. and Rigelsky, M. (2020) 'Relationships between perceived stress, depression and alcohol use disorders in university students during the COVID-19 pandemic: a socio-economic dimension', *International journal of environmental research and public health*, 17 (23), pp. 8853-8878.

Gazmararian, J., Weingart, R., Campbell, K., Cronin, T. and Ashta, J. (2021) 'Impact of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Students From 2 Semi-Rural High Schools in Georgia', *Journal of School Health*, 91 (5), pp. 356-369.

Genc, A., Pekić, J. and Matanov, J. (2013) 'Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoefikasnost kao prediktori psihofizičkog zdravlja', *Primenjena psihologija*, 6 (2), pp. 155-174.

Ghafari, R., Mirghafourvand, M., Rouhi, M. and Tabrizi, S. O. (2021) 'Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID-19 pandemic', *BMC psychology*, 9 (1), pp. 1-8.

Ghazawy, E. R., Ewis, A. A., Mahfouz, E. M., Khalil, D. M., Arafa, A., Mohammed, Z., Mohammed, F., Hassan, E. E., Hamid, S. A., Ewis, S. A. and Mohammed, A. E. N. S. (2021) 'Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the university students in Egypt', *Health Promotion International*, 36 (4), pp. 1116-1125.

Cohen, S., Kamarck, T. and Mermelstein, R. (1983) 'A global measure of perceived stress', *Journal of health and social behavior*, 24 (4), pp. 385-396.

Giatti, L., Barreto, S. M. and César, C. C. (2010) 'Unemployment and self-rated health: neighborhood influence', *Social Science & Medicine*, 71 (4), pp. 815-823.

Giner-Murillo, M., Atienza-Carbonell, B., Cervera-Martínez, J., Bobes-Bascarán, T., Crespo-Facorro, B., De Boni, R. B., Esteban, C., García-Portilla, M. P., Gomes-da-Costa, S., González-Pinto, A., Jaén-Moreno, M. J., Kapczinski, F., Ponce-Mor, A., Sarramea, F., Tabarés-Seisdedos, R., Vieta, E., Zorrilla, I. and Balanzá-Martínez, V. (2021) 'Lifestyle in undergraduate students and demographically matched controls during the COVID-19 pandemic in Spain', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (15), 8133-8150.

Göl, İ. and Erkin, Ö. (2021) 'Mental status of nursing students assessed using the general health questionnaire during the COVID-19 pandemic in Turkey', *Perspectives in Psychiatric Care*, 1, pp. 1-7.

- Govindaraj, P., Subbiah, R. and Mohan, M. (2021) 'Current scenario of Sars-Coronavirus 2: Epidemiology, post-COVID-19 and global impacts', *Journal of microbiology, biotechnology and food sciences*, 11 (3), pp. e4066-e4066.
- Gritsenko, V., Skugarevsky, O., Konstantinov, V., Khamenka, N., Marinova, T., Reznik, A. and Isralowitz, R. (2020) 'COVID 19 fear, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian university students', *International Journal of Mental Health and Addiction*, pp. 1-7.
- Guo, S., Kaminga, A. C. And Xiong, J. (2021) 'Depression and coping styles of college students in china during COVID-19 pandemic: a systemic review and meta-analysis', *Frontiers in Public Health*, 9, pp. 735-745.
- Gupta, P., Anupama, B. K. and Ramakrishna, K. (2021) 'Prevalence of Depression and Anxiety Among Medical Students and House Staff During the COVID-19 Health-Care Crisis', *Academic Psychiatry*, pp. 1-6.
- Han, S., Choi, S., Cho, S. H., Lee, J. and Yun, J. Y. (2021) 'Associations between the working experiences at frontline of COVID-19 pandemic and mental health of Korean public health doctors', *BMC psychiatry*, 21 (1), pp. 1-18.
- Han, Z., Tang, X., Li, X., Shen, Y., Li, L., Wang, J., Chen, X. and Hu, Z. (2021) 'COVID-19-related stressors and mental health among Chinese college students: a moderated mediation model', *Frontiers in Public Health*, 9, pp. 803-809.
- Han, Y., Luo, Z., Zhai, W., Zheng, Y., Liu, H., Wang, Y., Wu, E., Xiong, F. and Ma, Y. (2020) 'Comparison of the clinical manifestations between different age groups of patients with overseas imported COVID-19', *Plos one*, 15 (12), pp. e0243347-e0243359.
- Hasabo, E. A., Ayyad, F. A., Alam Eldeen, S. A., Noureldaim, M. K., Abdallah, T. A., Ahmed, Y. T., Badi, S., Khalid, W. K., Mirghani, H. A., Mohammed, Y. A., Alkhider, L. A., Hamad, S. A., Tagelseed, A. M., Elsheikh, E. H., Khalid, N. H., Mohammed, S. A., Elmobark, S. O., Ali, O. O., Mohammed Ali, D. A. Muneer, M. S., Awadalla, H. and Malik, E. M. (2021) 'Clinical manifestations, complications, and outcomes of patients with COVID-19 in Sudan: a multicenter observational study', *Tropical Medicine and Health*, 49 (1), pp. 1-13.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. and Styra, R. (2004) 'SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada', *Emerging infectious diseases*, 10 (7), pp. 1206-1013.
- Haynes, R. and Gale, S. (1999) 'Mortality, long-term illness and deprivation in rural and metropolitan wards of England and Wales', *Health & place*, 5 (4), pp. 301-312.
- He, X., Hong, W., Pan, X., Lu, G. and Wei, X. (2021) 'SARS-CoV-2 Omicron variant: characteristics and prevention', *MedComm*, 2, pp. 838-845.
- Hendaus, M. A. and Jomha, F. A. (2021) 'Delta variant of COVID-19: A simple explanation', *Qatar Medical Journal*, 2021 (3), pp. 49-54.
- Henry, J. and Crawford, J. (2005) 'The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample', *British journal of clinical psychology*, 44 (2), pp. 227-239.

Ho, S. M., Kwong-Lo, R. S., Mak, C. W. and Wong, J. S. (2005) 'Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers', *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (2), pp. 344-349.

Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H. and Yu, L. (2020) 'Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study', *PloS one*, 15 (8), pp. e0237303-e0237315.

Hunt, J. and Eisenberg, D. (2010) 'Mental health problems and help-seeking behavior among college students', *Journal of adolescent health*, 46 (1), pp. 3-10.

Imran, N., Zeshan, M. and Pervaiz, Z. (2020) 'Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic', *Pakistan journal of medical sciences*, 36 (S4), pp. S67-S72.

Iurcov, R., Pop, L. M. and Iorga, M. (2021) 'Impact of COVID-19 Pandemic on Academic Activity and Health Status among Romanian Medical Dentistry Students; A Cross-Sectional Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (11), pp. 6041-6058.

Jankovic, J., Marinkovic, J. and Simic, S. (2011) 'Utility of data from a national health survey: Do socioeconomic inequalities in morbidity exist in Serbia?', *Scandinavian journal of public health*, 39 (3), pp. 230-238.

Jašović Gašić, M. i Lečić Toševski, D. (2014) *Psihijatrija: Udžbenik za student medicine*. Beograd: Centar za izdavačku, bibliotečku i informacionu deltnost Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Jia, J., Hu, X., Yang, F., Song, X., Dong, L., Zhang, J., Jiang, F. and Gao, R. (2020) 'Epidemiological characteristics on the clustering nature of COVID-19 in Qingdao City, 2020: a descriptive analysis', *Disaster medicine and public health preparedness*, 14 (5), pp. 643-647.

Jovanović, V. and Gavrilov-Jerković, V. (2015) 'More than a (negative) feeling: Validity of the Perceived Stress Scale in Serbian clinical and non-clinical samples', *Psihologija*, 48 (1), pp. 5-18.

Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D. and Brdarić, D. (2014) 'Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21) na uzorku studenata u Srbiji' *Psihologija*, 47 (1), pp. 93-112.

Jungmann, S. and Witthoft, M. (2020) 'Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?', *Journal of anxiety disorders*, 73, pp. 102239-102248.

Kar, N., Kar, B. and Kar, S. (2021) 'Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey', *Psychiatry research*, 295, pp. 113598-113604.

Kang, K., Yang, Y., Guan, X., Kang, Y., Zhao, M., Yu, J., Zeng, X., Xie, F., Chenand, G. and Yu, K. (2021) 'Clinical features of 375 COVID-19 cases imported from Russia through the Suifenhe port and countermeasures', *Plos one*, 16 (12), e0261437-e0261449.

Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M. and Davi, N. K. (2020) 'The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study', *PloS one*, 15 (9), e0239696-e0239712.

Kelly, E. L., Casola, A. R., Smith, K., Kelly, S. and de la Cruz, M. S. D. (2021) 'A qualitative analysis of third-year medical students' reflection essays regarding the impact of COVID-19 on their education', *BMC Medical Education*, 21 (1), pp. 1-9.

Kinsella, K. and Velkoff, V. A. (2001) An Aging World: 2001. US Census Bureau. *International Population Reports*.

Kooshkaki, O., Derakhshani, A., Conradie, A. M., Hemmat, N., Barreto, S. G., Baghbanzadeh, A., Singh, P. K., Safarpour, H., Asadzadeh, Z., Najafi, S., Brunetti, O., Racanell, V., Silvestrisand, N. and Baradaran, B. (2020) 'Coronavirus disease 2019: a brief review of the clinical manifestations and pathogenesis to the novel management approaches and treatments', *Frontiers in Oncology*, 2021, pp. 1-17

Lai, C., Shih, T., Ko, W., Tang, H. and Hsueh, P. (2020) 'Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges', *International journal of antimicrobial agents*, 55 (3), pp.105924-105934.

Lai, M. M. and Cavanagh, D. (1997) 'The molecular biology of coronaviruses', *Advances in virus research*, 48, pp. 1-100.

Lau, J. T., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E. and Wing, Y. K. (2005) 'SARS-related perceptions in Hong Kong', *Emerging infectious diseases*, 11 (3), pp. 417-423.

Lau, J. T., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E. and Wing, Y. K. (2006) 'Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts', *Journal of Infection*, 53 (2), pp. 114-124.

Lavergne, J. A. and Kennedy, M. L. (2021) 'Telepsychiatry and Medical Students: a Promising Mental Health Treatment for Medical Student Use Both Personally and Professionally', *Current Psychiatry Reports*, 23 (6), pp.1-6.

Lee, T. M. C., Chi, I., Chung, L. M. and Chou, K. L. (2006) 'Ageing and psychological response during the post-SARS period', *Aging and Mental Health*, 10 (3), pp. 303-311.

Lee, Y. H., Hong, C. M., Kim, D. H., Lee, T. H. and Lee, J. (2020) 'Clinical course of asymptomatic and mildly symptomatic patients with coronavirus disease admitted to community treatment centers, South Korea', *Emerging infectious diseases*, 26 (10), 2346-2354.

Lei, X., Liu, C. and Jiang, H. (2021) 'Mental health of college students and associated factors in Hubei of China', *Plos one*, 16 (7), pp. 0254183-0254194.

Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. and Mak, Y. W. (2020) 'The psychological impacts of a COVID-19 outbreak on college students in China: a longitudinal study', *International journal of environmental research and public health*, 17 (11), pp. 3933-3944.

Li, X., Fu, P., Fan, C., Zhu, M. and Li, M. (2021) 'COVID-19 stress and mental health of students in locked-down colleges', *International journal of environmental research and public health*, 18 (2), pp. 771-783.

Li, X., Lv, Q., Tang, W., Deng, W., Zhao, L., Meng, Y., Guo, W., and Li, T. (2021) 'Psychological stresses among Chinese university students during the COVID-19 epidemic: The effect of early life adversity on emotional distress', *Journal of Affective Disorders*, 282, pp. 33-38.

Li, Y., Wang, Y., Jiang, J., Valdimarsdóttir, U. A., Fall, K., Fang, F., Song, H., Lu, D. and Zhang, W. (2020) 'Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak', *Psychological Medicine*, 1, pp. 1-3.

Linton, N., Kobayashi, T., Yang, Y., Hayashi, K., Akhmetzhanov, A., Jung, S., Zuan, B., Kinoshita, R. and Nishiura, H. (2020) 'Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data', *Journal of clinical medicine*, 9 (2), pp. 538-547.

Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guand, Z. and Wu, P. (2012) 'Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic', *Comprehensive psychiatry*, 53 (1), pp. 15-23.

Liu, Z., Liu, R., Zhang, Y., Zhang, R., Liang, L., Wang, Y., Wei, Y., Zhu, R. and Wang, F. (2021) 'Latent class analysis of depression and anxiety among medical students during COVID-19 epidemic', *BMC Psychiatry*, 21, pp. 498-508.

Lokuruka, M. (2021) 'COVID-19: a review of what you should know and do to keep safe', *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 21 (6), pp. 8170-8191.

Luberto, C. M., Goodman, J. H., Halvorson, B., Wang, A. and Haramati, A. (2020) 'Stress and Coping Among Health Professions Students During COVID-19: A Perspective on the Benefits of Mindfulness', *Global Advances in Health and Medicine*, 9, pp. 2164956120977827-2164956120977836.

Luo, W., Zhong, B. L. and Chiu, H. F. K. (2021) 'Prevalence of depressive symptoms among Chinese university students amid the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis', *Epidemiology and psychiatric sciences*, 1, pp.1-50.

Lyons, Z., Wilcox, H., Leung, L. and Dearsley, O. (2020) 'COVID-19 and the mental well-being of Australian medical students: impact, concerns and coping strategies used', *Australasian Psychiatry*, 28 (6), pp. 649-652.

Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J. and Liu, X. (2011) 'Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic', *Journal of counseling psychology*, 58 (3), pp. 410-424.

Marazziti, D. (2020) 'The COVID-19 outbreak: the latest challenge to psychological and psychiatric intervention', *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), pp. 39-40.

Marelli, S., Castelnuovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Bottoni, D., Caterina, L., Fossati, A. And Ferini-Strambi, L. (2021) 'Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff', *Journal of Neurology*, 268 (1), pp. 8-15.

Maslov, A. (1982) *Motivacija i ličnost*. Beograd: Nolit.

Maunder, R. (2004) 'The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned', *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359 (1447), pp. 1117-1125.

McEvoy, P.M., Grove, R. and Slade, T. (2011) 'Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing', *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45 (11), pp. 957-967.

Meini, S., Suardi, L. R., Busoni, M., Roberts, A. T. and Fortini, A. (2020) 'Olfactory and gustatory dysfunctions in 100 patients hospitalized for COVID-19: sex differences and recovery time in real-life', *European archives of oto-rhino-laryngology*, 277 (12), pp. 3519-3523.

Memish, Z. A., Perlman, S., Van Kerkhove, M. D. and Zumla, A. (2020) 'Middle East respiratory syndrome', *The Lancet*, 395 (10229), pp. 1063-1077.

Mirfazeli, F. S., Sarabi-Jamab, A., Jahanbakhshi, A., Kordi, A., Javadnia, P., Shariat, S. V., Aloosh, O., Almasi-Dooghaee, M. and Faiz, S. H. R. (2020) 'Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 can be clustered in three distinct symptom categories', *Scientific Reports*, 10 (1), pp. 1-9.

Mirilović, N., Janković, J. and Latas, M (2022) 'The impact of the COVID-19 epidemic on students' mental health: A cross-sectional study', *PLOS ONE*, 17 (9), pp. e0275167-e0275182.

Mitchell, C. W., Disque, J. G. and Robertson, P. (2002) 'When parents want to know: Responding to parental demands for confidential information', *Professional School Counseling*, 6 (2), pp. 156-161.

Mitra, A. (2021) 'Investigations into the origin of SARS-CoV-2: an update', *Current Science*, 121 (1), pp. 77-84.

Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiria, L., Fiorillo, A., Sani, G. and Di Nicola, M. (2020) 'Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population', *Brain, behavior, and immunity*, 87, pp. 75-79.

Moosavi, S. A., Mashhadiagha, A., Motazedian, N., Hashemazar, A., Hoveidaei, A. H. and Bolignano, D. (2020) 'COVID-19 clinical manifestations and treatment strategies among solid-organ recipients: a systematic review of cases', *Transplant Infectious Disease*, 22 (6), e13427-e13438.

Murillo-Zamora, E., Trujillo, X., Huerta, M., Ríos-Silva, M., Baltazar-Rodríguez, L. M., Guzmán-Esquível, J., Benites-Godínez, V., Ortega-Ramírez, A.D. and Mendoza-Cano, O. (2022) 'Decreased risk of COVID-19 pneumonia in children and adolescents during the Delta variant emergence', *Public health*, 204, pp. 9-11.

Nišević, S. i Marinković L. (2013) *Psihologija detinjstva i adolescencije*. Novi Sad: Mediterran Publishing.

Nurunnabi, M., Hossain, S. F. A. H., Chinna, K., Sundarasan, S., Khoshaim, H. B., Kamaludin, K., Baloch, G., Sukayt, A. and Shan, X. (2020) 'Coping strategies of students for anxiety during the COVID-19 pandemic in China: a cross-sectional study', *F1000Research*, 9, pp. 1-6.

Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E., Pavlova, I., Blažková, I., Aslan, I., Çınar, O. and Cuero-

- Acosta, Y. A. (2021) 'Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: A cross-national study', *Scientific reports*, 11 (1), pp. 1-13.
- Papanikolaou, V., Chrysovergis, A., Ragos, V., Tsiambas, E., Katsinis, S., Manoli, A., Papouliakos, S., Roukasf, D., Mastronikolis, S., Peschos, D., Batistatou, A., Kyrodimos, E. and Mastronikolis, N. (2022) 'From Delta to Omicron: S1-RBD/S2 mutation/deletion equilibrium in SARS-CoV-2 defined variants', *Gene*, 146134 (814), pp. 1-5.
- Pappa, E. and Niakas, D. (2006) 'Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area', *BMC health services research*, 6 (1), pp. 146.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M. and Flisher, A. J. (2010) 'Mental disorders: equity and social determinants', In: Blas, A. and Kurup, A.S. (eds.) *Equity, Social Determinants and Public Health Programs*. Geneva: WHO Press, pp. 115-134.
- Peng, E. Y. C., Lee, M. B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., Weng, Y. L. and Lyu, S. Y. (2010) 'Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan', *Journal of the Formosan Medical Association*, 109 (7), pp. 524-532.
- Petrosillo, N., Viceconte, G., Ergonul, O., Ippolito, G. and Petersen, E. (2020) 'COVID-19, SARS and MERS: are they closely related?', *Clinical microbiology and infection*, 26 (6), pp. 729-734.
- Pigaiani, Y., Zocante, L., Zocca, A., Arzenton, A., Menegolli, M., Fadel, S., Ruggeri, M. and Colizzi, M. (2020) 'Adolescent lifestyle behaviors, coping strategies and subjective wellbeing during the COVID-19 pandemic: an online student survey', *Healthcare*, 8 (4), pp. 472-484
- Polizzi, C., Lynn, S. J. and Perry, A. (2020) 'Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery', *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), pp. 59-62.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D. and Schützwohl, M. (2010) 'Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries', *Archives of general psychiatry*, 67 (5), pp. 518-528.
- Puranachakere, T., Hataiyusuk, S., Anupansupsai, R., In-Iw, S., Saisavoey, N., Techapanuwat, T., Arunrodpanya, F., Charonpongsuntorn, C., Wiwattanaworaset, P., Siripongpan, A., Pruttithavorn, W., Wonglertwisawakorn, C., Pojanapotha, P., Rueangrong, B., Pattrakornkul, N., Piyawattanametha, N., Piyawattanametha, S. and Ratanapichayachai, D. (2021) 'Stress and associated factors with received and needed support in medical students during COVID-19 pandemic: a multicenter study', *Korean Journal of Medical Education*, 33 (3), pp. 203-214.
- Raoult, D., Zumla, A., Locatelli, F., Ippolito, G. and Kroemer, G. (2020) 'Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses', *Cell stress*, 4 (4), pp. 66-76.
- Rehman, U., Shahnawaz, M. G., Khan, N. H., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., Kashyap, D. and Uniyal, R. (2021) 'Depression, anxiety and stress among Indians in times of Covid-19 lockdown', *Community mental health journal*, 57 (1), pp. 42-48.
- Reyes, L. M., Ortiz, L., Abedi, M., Luciano, Y., Ramos, W. and Reyes, P. J. D. J. (2021) 'Misinformation on COVID-19 origin and its relationship with perception and knowledge about social distancing: A cross-sectional study', *PloS one*, 16 (3), pp. e0248160-e0248174.

Rudenstine, S., McNeal, K., Schulder, T., Ettman, C. K., Hernandez, M., Gvozdieva, K. and Galea, S. (2021) 'Depression and anxiety during the covid-19 pandemic in an urban, low-income public university sample', *Journal of traumatic stress*, 34 (1), pp. 12-22.

Sacco, R. G. (2013) 'Re-envisaging the eight developmental stages of Erik Erikson: the Fibonacci life-chart method (FLCM)', *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3 (1), pp. 140-146.

Saeed, N. and Javed, N. (2021) 'Lessons from the COVID-19 pandemic: Perspectives of medical students', *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37 (5), pp. 1402-1407.

Santric-Milicevic, M., Jankovic, J., Terzic-Supic, Z., Petrovic, M., Trajkovic, G. and Babic, U. (2016) 'Socioeconomic inequalities in mental health of adult population: Serbian National Health Survey', *Balkan medical journal*, 33 (1), pp. 36-44.

Sars Investigation Team from DMERI and SGH. (2005) 'Strategies adopted and lessons learnt during the severe acute respiratory syndrome crisis in Singapore', *Reviews in medical virology*, 15 (1), pp. 57-70.

Sarte, C. (2020) 'Knowledge, attitude, and practices of University students towards Covid-19 prevention', *Journal of health and caring sciences*, 2 (2), pp. 135-149.

Sas, T. (2008) *Mentalna bolest kao mit*. Beograd: Clio.

Savitsky, B., Findling, Y., Erel, A. and Hendel, T. (2020) 'Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic', *Nurse Education in Practice*, 46 (1), pp. 102809-102817.

Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha, T.S., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. ., Williams, D. and Kessler, R. C. (2009) 'Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys', *Archives of general psychiatry*, 66 (7), pp. 785-795.

Seehuus, M., Moeller, R. W., & Peisch, V. (2021) 'Gender effects on mental health symptoms and treatment in college students', *Journal of American college health*, 69 (1), pp. 95-102.

Seetan, K., Al-Zubi, M., Rubbai, Y., Athamneh, M., Khamees, A. and Radaideh, T. (2021) 'Impact of COVID-19 on medical students' mental wellbeing in Jordan', *Plos one*, 16 (6), pp. e0253295-e025305.

Seidel, E. J., Mohlman, J., Basch, C. H., Fera, J., Cosgrove, A. and Ethan, D. (2020) 'Communicating mental health support to college students during COVID-19: an exploration of website messaging', *Journal of community health*, 45 (6), pp. 1259-1262.

Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M. Z. and Aleem, S. (2021) 'Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic', *Community mental health journal*, 57 (1), pp. 101-110.

Shiehzadegan, S., Alaghemand, N., Fox, M. and Venketaraman, V. (2021) 'Analysis of the delta variant B. 1.617. 2 COVID-19', *Clinics and Practice*, 11 (4), pp. 778-784.

Shitandi, O. B., Efe, J. O. J. and Sunday, I. P. (2021) 'Impact of COVID-19 on the mental health of Delta State University students, Nigeria', *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92 (4), pp. e2021316-e2021328.

Silva, P. G. D. B., de Oliveira, C. A. L., Borges, M. M. F., Moreira, D. M., Alencar, P. N. B., Avelar, R. L., Sousa, R. M. R. and Sousa, F. B. (2021) 'Distance learning during social seclusion by COVID-19: improving the quality of life of undergraduate dentistry students', *European Journal of Dental Education*, 25 (1), pp. 124-134.

Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C. and Agha, R. (2020) 'World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)', *International journal of surgery*, 76, pp. 71-76.

Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., Kasapinovic, S., Fones, C. and Gold, W. L. (2008) 'Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak', *Journal of psychosomatic research*, 64 (2), pp. 177-183.

Su, T. P., Lien, T. C., Yang, C. Y., Su, Y. L., Wang, J. H., Tsai, S. L. and Yin, J. C. (2007) 'Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan', *Journal of psychiatric research*, 41 (1-2), pp. 119-130.

Sun, Y., Lin, W., Dong, W. and Xu, J. (2022) 'Origin and evolutionary analysis of the SARS-CoV-2 Omicron variant', *Journal of Biosafety and Biosecurity*, 4 (1), pp. 33-37.

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T. and Xiang, Y. T. (2021) 'Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion', *Journal of affective disorders*, 279, pp. 353-360.

Tavolacci, M. P., Wouters, E., Van de Velde, S., Buffel, V., Déchelotte, P., Van Hal, G. and Ladner, J. (2021) 'The Impact of COVID-19 Lockdown on Health Behaviors among Students of a French University', *International journal of environmental research and public health*, 18 (8), pp. 4346-4360.

Thomas, S. T. L. and Wai, C. Y. (2010) 'The lessons of SARS in Hong Kong', *Clinical medicine*, 10 (1), pp. 50-53.

Troyer, E. A., Kohn, J. N. and Hong, S. (2020) 'Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms', *Brain, behavior, and immunity*, 87, pp. 34-39.

Vasić, A., Šarčević, D. and Trogrlić, A. (2011) 'Zadovoljstvo životom u Srbiji', *Primenjena psihologija*, 4 (2), pp. 151-177.

Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., Fitz, R., Gaythorpe, K., Green, W., Hamlet, A., Hinsley, W., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Riley, S., van Elsland, S., Volz, E., Wang, H., Wang, Y., Xi, X., Donnelly, C. A., Ghani, A. C., Ferguso, N. M. and Ferguson, N. M. (2020) 'Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis', *The Lancet infectious diseases*, 20 (6), pp. 669-677.

Villanueva, E. W., Meissner, H. and Walters, R. W. (2021) 'Medical student perceptions of the learning environment, quality of life, and the school of medicine's response to the COVID-19 pandemic: a single institution perspective', *Medical science educator*, 31 (2), pp. 589-598.

Villatoro, A. P., Wagner, K. M., Salgado de Snyder, V. N., Garcia, D., Walsdorf, A. A. and Valdez, C. R. (2021) 'Economic and social consequences of COVID-19 and mental health burden among Latinx young adults during the 2020 pandemic', *Journal of Latinx Psychology*, 10 (1), pp. 25-38.

Vlajković, J. (2005) *Životne krize: Prevencija i prevazilaženje*. Beograd: IP „Žarko Albulj“.

Vlajković, J. (2009) *Od žrtve do preživelog: Psihološka pomoć u nesrećama*. Beograd: IP „Žarko Albulj“.

Volken, T., Zysset, A., Amendola, S., Klein Swormink, A., Huber, M., von Wyl, A. and Dratva, J. (2021) 'Depressive symptoms in Swiss university students during the covid-19 pandemic and its correlates', *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), 1458-1462.

Vujčić, I., Safiye, T., Milikić, B., Popović, E., Dubljanin, D., Dubljanin, E., Dubljanin, J. and Čabarkapa, M. (2021) 'Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic and Mental Health Status in the General Adult Population of Serbia: A Cross-Sectional Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), pp. 1957-1973.

World Health Organization. (2001) *'Strengthening Mental Health Promotion'*, World Health Organization: Geneva.

Widyadharma, I. P. E., Sari, N. N. S. P., Pradnyaswari, K. E., Yuwana, K. T., Adikarya, I. P. G. D., Tertia, C., Wijayanti, I. A. S., Indrayani, I. A. S. and Utami, D. K. I. (2020) 'Pain as clinical manifestations of COVID-19 infection and its management in the pandemic era: a literature review', *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 56 (1), pp. 1-8.

Wieczorek, T., Kołodziejczyk, A., Ciułkiewicz, M., Maciaszek, J., Misiak, B., Rymaszewska, J. and Szcześniak, D. (2021) 'Class of 2020 in Poland: Students' Mental Health during the COVID-19 Outbreak in an Academic Setting', *International journal of environmental research and public health*, 18 (6), pp. 2884-2898.

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. and Yang, N. (2020) 'The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China', *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, pp. e923549-e923557.

Xiong, P., Zhang, F., Zhang, C., Bai, J., Luo, C., Cao, W. and Tao, Q. (2021) 'Factors influencing mental health among Chinese medical and non-medical students in the early stage of COVID-19 pandemic', *Frontiers in Public Health*, 9, pp. 417-426.

Yang, C., Chen, A. and Chen, Y. (2021) 'College students' stress and health in the COVID-19 pandemic: the role of academic workload, separation from school, and fears of contagion', *PloS one*, 16 (2), pp. e0246676-e0246692.

Yang, W. and Shaman, J. (2021) 'COVID-19 pandemic dynamics in India, the SARS-CoV-2 Delta variant, and implications for vaccination' (preprint).

Yang, Y., Peng, F., Wang, R., Yang, M., Guan, K., Jiang, T., Xue, G., Sun, J. and Chang, C. (2020) 'The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China', *Journal of autoimmunity*, 111, pp. 102487-102503.

Yousaf, M. N., Sarwar, S., Tarique, S., Ahmed, M. and Tahir, H. (2022) 'Mortality in Patients of COVID-19 Infection: Biochemical Markers and its Cut-off Values for Predicting Outcome', *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 32 (1), pp. 37-41.

Zalewska, A., Gałczyk, M., Sobolewski, M. and Białokoz-Kalinowska, I. (2021) 'Depression as compared to level of physical activity and internet addiction among polish physiotherapy students during the COVID-19 pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (19), pp. 10072-10084.

Zgueb, Y., Bourgou, S., Neffeti, A., Amamou, B., Masmoudi, J., Chebbi, H., Somranij, N. And Bouasker, A. (2020) 'Psychological crisis intervention response to the COVID 19 pandemic: A Tunisian centralised Protocol', *Psychiatry research*, 289, pp. 113042-113046.

Zhang, L., Qi, H., Wang, L., Wang, F., Huang, J., Li, F. and Zhang, Z. (2021) 'Effects of the COVID-19 pandemic on acute stress disorder and career planning among healthcare students', *International Journal of Mental Health Nursing*, 1, pp. 1-10.

Zhang, T., Wu, Q. and Zhang, Z. (2020) 'Probable pangolin origin of SARS-CoV-2 associated with the COVID-19 outbreak', *Current biology*, 30 (7), pp.1346-1351.

Zheng, G., Jimba, M. and Wakai, S. (2005) 'Exploratory study on psychosocial impact of the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak on Chinese students living in Japan', *Asia Pacific Journal of Public Health*, 17 (2), pp. 124-129.

Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T. and Li, Y. (2020) 'Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey', *International journal of biological sciences*, 16 (10), pp. 1745-1752.

Zhong, N., Zheng, J., Li, M., Poon, L., Xie, H., Chan, H., Li, P., Tan, S., Chang, Q., Xie, J., Liu, X., Xu, J., Li, D., Yuen, K., Peiris, J. and Guan, Y. (2003) 'Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003', *The Lancet*, 362 (9393), pp. 1353-1358.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu W., Wu, G., Gao, G. and Tan, W. (2020) 'A novel coronavirus from patients with pneumonia in China', *New England journal of medicine*, 382, pp. 727-733.

Ziglio, E., Levin, L., Levi, L. and Bath, E. (2002) *Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants*. Copenhagen: World Health Organization European Office.

ПРИЛОЗИ

Епидемија COVID-19 представља тренутно једну од највећих јавноздравствених претњи и изазова за професионалце који се баве очувањем менталног здравља. Због брзог ширења вируса и негативног ефеката на ментално здравље студената, појавила се потреба за очувањем и унапређењем менталног здравља, квалитета живота и задовољства животом код студентске популације. Један од циљева истраживања је да се процени ниво доживљеног стреса и утицај епидемије COVID-19 на ментално здравље студената Медицинског факултета Универзитета у Београду. У случају да имате додатна питања или недоумице контакт особа је: Никола Мириловић; мејл: nikolamirilovic320@gmail.com

Драги студенти,

Позивамо Вас да учествујете у овом истраживању. Интересује нас само Ваша лична процена, тако да нема „тачних“ или „погрешних“ одговора. Молимо Вас да одговорите на упитник тако да не размишљате предуго о појединачним одговорима. Ако нисте сигурни, једноставно означите одговор који Вам највише одговара. Упитник је анониман, а за његово попуњавање ће вам бити потребно око 15 минута. Због техничких ограничења, молимо Вас да упитник попуњавате преко рачунара, а не преко телефона, како бисте успешно могли да приступите свим питањима и да без проблема видите све понуђене одговоре. Сви подаци добијени уз помоћ овог упитника биће коришћени искључиво у научно-истраживачке сврхе.

Општи део

Који је Ваш пол?	Мушки			Женски		
Колико имате година?						
Која сте година студија?	Прва	Друга	Трећа	Четврта	Пета	Шеста
Како бисте дефинисали Ваш брачни статус?	Сам / Сама		У браку		У ванбрачној заједници	
Наведите тип насеља у коме имате пријављено пребивалиште.	Градско насеље			Сеоско насеље		
Са ким живите у месту где имате пријављено пребивалиште?	Сам / Сама	Са породицом	Са партнером		Остало	
У каквој врсти смештаја живите током студија?	Властина кућа / стан	Изнајмљена кућа / стан		Студентски дом	Остало	
Са ким живите током студија?	Сам / Сама	Са породицом	Са партнером	Са цимером / цимерком		Остало
Где сте били током ванредног стања?	У Београду		Изван Београда		Изван Србије	

Докторска дисертација

Да ли сте током епидемије имали организован неки вид онлајн наставе?	Веома мало	Мало	Осредње	Много	Веома много
Да ли сте имали проблема са платформама за електронско учење (нпр. Moodle) током епидемије?	Да		Не		
Колико сте током епидемије имали студентских обавеза, у поређењу са уобичајеним условима?	Веома мало	Мало	Осредње	Много	Веома много
Колико су Вам студентске обавезе током епидемије биле стресне у поређењу са уобичајеним условима?	Веома мало	Мало	Осредње	Много	Веома много
Колико су се Ваше свакодневне активности током епидемије разликовале од уобичајених?	Веома мало	Мало	Осредње	Много	Веома много
Да ли сте током епидемије били заражени корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Да		Не		Не знам
Да ли је неко од чланова Ваше породице био заражен корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Да		Не		Не знам
Да ли је неко од Ваших пријатеља / познаника био заражен корона вирусом (SARS-CoV-2)?	Да		Не		Не знам
Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали лекарима?	Да		Не		
Да ли сте током епидемије били радно / волонтерски ангажовани како бисте помагали људима из своје локалне заједнице / околине?	Да		Не		
Да ли сте религиозни?	Да		Не		

Скала опаженог стреса

Питања у овом делу упитника се односе на Ваша осећања и размишљања током протеклих месец дана. На свако питање треба да одговорите колико често сте се осећали или размишљали на наведени начин, тако што ћете одабрати једну од понуђених 5 опција.

Колико често сте током последњих месец дана...					
... били узнемирени због нечега што се неочекивано десило?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали да не можете да контролишете важне ствари у Вашем животу?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали нервозно и под стресом?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... веровали у своје способности да можете да изађете на крај са личним проблемима?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали да се ствари одвијају баш онако како желите?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
...имали доживљај да не можете да изађете на крај са свим стварима које треба да урадите?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... успевали да исконтролишете осећај изиритираности?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали да имате контролу над оним што Вам се дешава у животу?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали изнервирано због ствари које су изван Ваше контроле?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често
... осећали да су се тешкоће толико нагомилале да не можете да их превазиђете?	Никад	Скоро никад	Понекад	Доста често	Веома често

Скала депресије, анксиозности и стреса

Молим Вас, прочитајте сваку тврдњу и одаберите једну од понуђених опција, у складу са тим колико се тврдња односи на Вас током протекле недеље. Не постоје тачни и погрешни одговори. Не задржавајте се предуго на тврдњама.

Никад - Не односи се на мене уопште

Понекад - Односи се на мене у неком степену или у неким тренуцима

Често - Односи се на мене у значајном степену или током дужег периода

Скоро увек - Односи се на мене врло често или већину времена

Докторска дисертација

Било ми је тешко да се смирим.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Приметио/ла сам да ми се суше уста.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Нисам имао/ла никакво лепо осећање.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Имао/ла сам потешкоћа са дисањем.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Приметио/ла сам да ми је тешко да остварим иницијативу и започнем било шта.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Претерано реагујем у неким ситуацијама.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осетио/ла сам да се тресем (нпр. тресле су ми се руке).	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Приметио/ла сам да имам доста „негативне енергије”.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Бојао/ла сам се ситуација у којима бих могао/ла да се успаничим и направим будалу од себе.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам да немам чему да се надам.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Приметио/ла сам да се нервирам.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Тешко ми је да се опустим.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам се тужно и јадно.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Нервирало ме је када ме нешто прекида у ономе што радим.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам да сам близу стања панике.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Ништа није могло да ме заинтересује.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам се, да као особа, не вредим много.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Био/ла сам јако осетљив/а.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осетио/ла сам рад срца, иако се нисам физички заморио/ла.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам се уплашено без разлога.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек
Осећао/ла сам да је живот бесмислен.	Никад	Понекад	Често	Скоро увек

Самопроцена здравља

Какво је Ваше здравље у целини?	Веома лоше	Лоше	Просечно	Добро	Веома добро
Какво је Ваше физичко здравље у целини?	Веома лоше	Лоше	Просечно	Добро	Веома добро
Ако болујете или сте боловали од неке телесне болести, молим Вас, наведите која је то болест / које су то болести.					
Какво је Ваше ментално здравље у целини?	Веома лоше	Лоше	Просечно	Добро	Веома добро
Ако болујете или сте боловали од неке психичке болести, молим Вас, наведите која је то болест / које су то болести.					

Превладавање (превазилажење стреса)

Следећи искази се односе на начине на које сте се Ви борили са стресом у Вашем животу након сазнања о проглашењу епидемије COVID-19. Постоји много начина за решавање проблема. Сваки исказ говори о неком специфичном начину превладавања (превазилажењу стреса). У ком обиму бисте Ви урадили оно о чему исказ говори? Покушајте да оцените сваки исказ самостално, независно од осталих исказа. Одговорите што искреније можете.

Окренуо/ла сам се послу и активностима које су ми помогле да мислим на нешто друго.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Све сам своје снаге усмерио/ла на то да урадим нешто у вези са ситуацијом у којој сам се нашао/ла.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Рекао/ла сам себи: „Ово се стварно не догађа мени”.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Пио/ла сам алкохол или лекове да бих се осећао/ла боље.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Имао/ла сам емоционалну подршку од других.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често

Докторска дисертација

Одустао/ла сам од покушаја да се изборим са тим.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Предузео/ла сам неке активности у циљу побољшања ситуације.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Одбијао/ла сам да поверујем да се то стварно дешавало.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Рекао/ла сам неке ствари како бих се ослободио/ла непријатних осећања.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Добио/ла сам помоћ и савет од других људи.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Алкохол или лекови су ми помагали да прођем кроз то.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Покушао/ла сам да ситуацију сагледам из другог, позитивнијег угла.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Критиковао/ла сам самог/саму себе.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Настојао/ла сам да испланирам шта све треба да се уради.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Добио/ла сам утеху и разумевање од неког.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Дигао/ла сам руке од покушаја да решим проблем.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Тражио/ла сам нешто добро у свему што се десило.	Нисам радио/ла ово	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често

Докторска дисертација

	уопште			
Шалио/ла сам се на рачун тога.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Радио/ла сам нешто да бих мање мислио/ла о томе (нпр. гледао/ла ТВ, читао/ла, маштао/ла или ишао/ла у куповину).	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Прихватио/ла сам чињеницу да се то стварно десило.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Испољио/ла сам своја негативна осећања.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Покушао/ла сам да пронађем утеху у вери или духовности.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Покушао/ла сам да тражим савет или помоћ од других људи.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Научио/ла сам да живим с тим.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Добро сам промислио/ла о сваком наредном кораку који је требало да предузmem.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Кривио/ла сам себе за ствари које су се десиле.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Молио/ла сам се или медитирао/ла.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често
Збијао/ла сам шале на рачун ситуације у којој сам се нашао/ла.	Нисам радио/ла ово уопште	Радио/ла сам ово јако мало	Радио/ла сам ово повремено	Радио/ла сам ово често

Задовољство животом

Испод се налази 5 изјава са којима можете да се слажете или не. Изаберите једну од опција које изражавају степен слагања. Молим Вас будите отворени и искрени приликом одговарања.

Мој живот је близак идеалном.	У потпуности се не слажем	Не слажем се	Углавном се не слажем	Нити се слажем нити се не слажем	Углавном се слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
Услови живота су одлични.	У потпуности се не слажем	Не слажем се	Углавном се не слажем	Нити се слажем нити се не слажем	Углавном се слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
Задовољан/на сам својим животом.	У потпуности се не слажем	Не слажем се	Углавном се не слажем	Нити се слажем нити се не слажем	Углавном се слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
До сада сам остварио/ла битне ствари које желим у животу.	У потпуности се не слажем	Не слажем се	Углавном се не слажем	Нити се слажем нити се не слажем	Углавном се слажем	Слажем се	У потпуности се слажем
Када бих се поново родио/ла не бих ништа мењао.	У потпуности се не слажем	Не слажем се	Углавном се не слажем	Нити се слажем нити се не слажем	Углавном се слажем	Слажем се	У потпуности се слажем

Публиковани радови који су изашли као резултат истраживања у оквиру доктората

Mirilović, N., Janković, J. and Latas, M (2022) 'The impact of the COVID-19 epidemic on students' mental health: A cross-sectional study', PLOS ONE, 17 (9), pp. e0275167. doi:10.1371/journal.pone.0275167

Биографија аутора

Никола Мириловић рођен је 15. октобра 1993. године у Београду. Основну школу завршио је 2008. године као носилац Вукове дипломе. Након тога уписује Земунску гимназију, коју завршава 2012. године, такође као носилац Вукове дипломе. Исте године уписује Филозофски факултет Универзитета у Београду, одељење за психологију, где студије завршава 2016. године са просечном оценом 9,13 и добија звање дипломирани психолог. Одмах након тога, уписује мастер академске студије психологије на Филозофском факултету које завршава са просечном оценом 9,71. Докторске академске студије из јавног здравља уписује 2018. године на Медицинском факултету Универзитета у Београду.

Године 2017. почиње да ради као стручни сарадник психолог – приправник у једној београдској предшколској установи. Након годину дана, полаже приправнички испит у установи, а затим и испит за лиценцу. Исте године завршава и двогодишњи курс из конструктивистичке коучинг психологије, сертификован од стране Удружења конструктивиста Србије. Од школске 2018/2019. године ради у Земунској гимназији као предметни наставника, а од 2019/2020. године ради и као ментор ученицима који похађају Регионални центар за таленте Београд 1 – Земун. Као ментор талентованих ученика из области психологије освојио је више награда са регионалних и републичких такмичења. Професионално се бави статистичком обрадом и анализом података. Годишње успешно похађа и заврши по неколико стручних скупова, семинара и симпозијума, а у реализацији једног и сам учествује као предавач. Објавио је до сада два рада у међународним научним часописима и два у домаћим часописима. Говори енглески језик и служи се рачунаром (MS Office и IBM SPSS Statistics).

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Никола Мириловић

Број индекса 2018 / 5006

Изјављујем

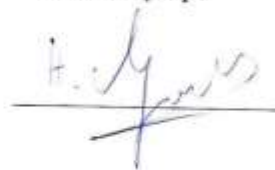
да је докторска дисертација под насловом

Утицај епидемије болести COVID-19 на ментално здравље студената

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

У Београду, 15. 6. 2023.

Потпис аутора



**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије
докторског рада**

Име и презиме аутора Никола Мириловић

Број индекса 2018 / 5006

Студијски програм Јавно здравље

Наслов рада Утицај епидемије болести COVID-19 на ментално здравље студената

Ментор Проф. др Јанко Јанковић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду, 15. 6. 2023.

Потпис аутора



Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Утицај епидемије болести COVID-19 на ментално здравље студената

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.

Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 15. 6. 2023.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'H. Marković', written over a horizontal line.