# Odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata

**Brdar, Nina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:082545

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

Nina Brdar

# Odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata

Diplomski rad

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Sumentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij psihologije

Nina Brdar

# Odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata

Diplomski rad

Područje društvenih znanosti / Psihologija / Klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Sumentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

## Sadržaj

Uvod ... 1
Mentalno zdravlje kod studenata ... 2
Hedonizam i eudaimonija ... 3
Povezanost različitih mjera dobrobiti sa zdravljem ... 4
Povezanost osnovnih psiholoških potreba sa psihofizičkom prilagodbom pojedinca ... 6
Povezanost percepcije stresa sa psihofizičkom prilagodbom pojedinca ... 7
Cilj, problemi i hipoteze ... 8
Cilj ... 8
Problemi ... 8
Hipoteze ... 8
Metoda ... 9
Sudionici ... 9
Instrumenti ... 9
Postupak ... 12
Rezultati ... 12
Rasprava ... 23
Korelacije između ispitivanih varijabli ... 23
Izravan doprinos različitih modela dobrobiti mentalnom zdravlju ... 25
Neizravan doprinos različitih modela dobrobiti mentalnom zdravlju putem percepcije stresa i osnovnih psiholoških potreba ... 27
Nedostaci i implikacije za buduća istraživanja ... 29
Zaključak ... 30
Literatura ... 31

**Odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata**


## Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata te ispitati ulogu stresa i psiholoških potreba (autonomije, kompetentnosti i povezanosti) u tom odnosu. Istraživanje je provedeno na uzorku od 341 studenta. Hedonizam i eudaimonija ispitani su Skalom hedonističkih i eudaimonijskih motiva vezanih uz aktivnosti (Huta i Ryan, 2010), mentalno zdravlje kao i njegove komponente, odnosno pozitivno i negativno mentalno zdravlje ispitani su Inventarom mentalnog zdravlja (Veit i Ware, 1983), percepcija stresa ispitana je Ljestvicom percipiranog stresa (Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983), a psihološke potrebe ispitane su Skalom osnovnih psiholoških potreba (Ryan i Deci, 2000). Rezultati hijerarhijske regresijske analize ukazali su na izravan doprinos hedonizma, ali i eudaimonije mentalnom zdravlju studenata s tim da veći izravan doprinos globalnoj mjeri mentalnog zdravlja te pozitivnom i negativnom mentalnom zdravlju ima hedonizam. Kod provjere neizravnog doprinosa hedonizma globalnom mentalnom zdravlju, percipirani stres i sve tri psihološke potrebe imaju ulogu medijatora u tom odnosu. S druge strane, kod provjere neizravnog doprinosa eudaimonije globalnom mentalnom zdravlju, percipirani stres, potreba za autonomijom i kompetentnošću imaju ulogu medijatora, ali ne i potreba za povezanošću. Zaključak izveden iz provedenog istraživanja je da hedonizam omogućuje bolje predviđanje mentalnog zdravlja kod studenata u odnosu na eudaimoniju te da su ti odnosi posredovani percipiranim stresom i psihološkim potrebama.



*Ključne riječi:* mentalno zdravlje, hedonizam, eudaimonija, osnovne psihološke potrebe, percipirani stres

# Uvod

Postoje mnogi čimbenici koji su bitni za cjelovit i funkcionalan život osobe, a jedan od najvažnijih aspekata ljudskog života definitivno je zdravlje. Osim tjelesnog, zdravlje se još odnosi i na mentalno zdravlje. Mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, sposoban je nositi se s normalnim životnim stresom te biti produktivan i plodan i pridonositi zajednici (WHO, 2014). Ono može biti pozitivno i negativno. *Pozitivno mentalno zdravlje* može se opisati kao sposobnost uspješnog suočavanja sa stresnim situacijama, uklopljenost u životnu zajednicu, samoaktualizacija, zadovoljstvo životom, ostvarena psihička dobrobit te odgovarajuća percepcija realnosti (Lamers, 2012). S druge strane, *negativno mentalno zdravlje* podrazumijeva mentalne poteškoće koje uključuju disfunkciju u ponašanju pojedinca, otežano sudjelovanje u životu zajednice, radnu nesposobnost, slabljenje socijalnih veza i nezadovoljstvo životom. Često se smatra kako su pozitivno i negativno mentalno zdravlje dva kraja jednog kontinuuma te odsustvo jednoga, znači prisustvo drugoga. Međutim, postoje i oni koji tvrde da su mentalno zdravlje i bolest zasebne, ali još uvijek međusobno povezane kategorije. Prema tom drugom gledištu, nedostatak mentalne bolesti ne znači da je istovremeno prisutno pozitivno mentalno zdravlje (Keyes, 2002).

Mentalno zdravlje utječe na sve aspekte našeg života i uključuje faktore kao što su samopoštovanje, dobri odnosi s drugima, bolje suočavanje sa stresom, donošenje dobrih odluka i slično. Osoba koja je mentalno zdrava je zadovoljna, pozitivna, sposobna zasnovati obitelj i biti sretna u njoj, stvarati i održavati prijateljstva, prihvaća druge ljude, produktivna je i dobro se nosi sa životnim nedaćama i stresovima (Sujoldžić, Rudan i De Lucia, 2006). S druge strane, mentalni poremećaji pri samom su vrhu liste najčešćih bolesti i predstavljaju veliki zdravstveni problem. Oni čine 15% svih bolesti u svijetu što znači da više od 450 milijuna ljudi živi s mentalnim poremećajem (Aldiabat, Matani i Navenec, 2014). Pretpostavlja se da od mentalne bolesti pati jedna od četiri osobe (WHO, 2014). Mentalne bolesti su i veliki financijski problem za mnoge države pa se tako procjenjuje da engleska ekonomija izdvaja oko 105 milijardi funti godišnje za mentalne probleme (RSPH, 2012). U svijetu polako raste spoznaja da je dobro mentalno zdravlje osnova svega što radimo, kako mislimo, osjećamo i ponašamo se. Stoga je potrebno provoditi istraživanja kojima bi se utvrdilo koji sve prediktori pridonose zdravlju kako bi zdravstvene probleme bilo lakše prevenirati u budućnosti.

## Mentalno zdravlje kod studenata

U današnje vrijeme sve više mladih odlučuje se za studiranje nakon završene srednje škole. U tom razdoblju adolescenti se razvijaju u mlade odrasle osobe te to vrijeme sa sobom donosi različite prilike i promjene u životu. Iako mnogi smatraju kako je doba studiranja najljepše razdoblje u čovjekovom životu, pokazalo se kako mnogi mentalni poremećaji imaju početak upravo tada te čak jedan od tri studenta u SAD-u ima neki mentalni problem (Eisenberg, Goldrick-Rab, Lipson i Broton, 2016). Prevalencija mentalnih bolesti u mlađoj odrasloj dobi je velika i čak 25% do 40% mladih u industrijskim zemljama ispunjava kriterije za neki psihički poremećaj (Miech, Caspi, Moffitt, Wright i Silva, 1999). U usporedbi s općom populacijom, studenti mlađi od 25 godina posebno su podložni mentalnim bolestima poput: depresije, anksioznosti, suicidalnih misli, psihoze, ovisnosti, rizika od suicida i drugih kroničnih mentalnih poremećaja. Podaci govore da su najčešći poremećaji anksioznost i depresija, a simptome depresije pokazuje čak 43.2% studenata (Miller i Chung, 2009). Kao posljedica toga, može se javiti suicidalnost. Ona je najčešća među starijim adolescentima, tj. onima koji kreću na fakultete i vodeći je uzrok smrti među studentima (Swanke i Buila, 2010; prema Mitchell, 2015). Rezultati Cumminsove (2003) meta analize podataka dobivenih na studentima jasno su pokazali da studenti u zapadnim zemljama postižu nižu kvalitetu života u odnosu na one koji ne studiraju. Iako postoje mnogobrojne sličnosti studenata i opće populacije, studenti su rizičnija skupina za razvoj mentalnih poremećaja zbog različitih stresora s kojima se susreću. Tako postoji veći rizik od negativnog mentalnog zdravlja zbog izloženosti studenata dvama tranzicijskim stresorima: stresom povezanim s prelaskom iz srednje škole na fakultet te stresom povezanim s prelaskom iz adolescencije u odraslu dob. Osim tranzicijskih, stresori mogu biti i svakodnevni događaji poput nagomilavanja većeg broja obaveza, polaganja ispita, financijskih problema i pronalaženja studentskog posla, dok je za brucoše poseban izvor stresa preseljenje u nepoznato okruženje i prilagodba na novu okolinu (Thawabieh i Qaisy, 2012). Verger i sur. (2009) otkrili su kako su studenti prve godine podložniji većem stresu jer često imaju neadekvatne sposobnosti za suočavanje sa stresom i manjak autonomije. Oni se češće neuspješno prilagođavaju stresu i anksioznosti koje su povezane s fakultetskim obavezama čime se objašnjava javljanje mentalnih poremećaja. Razvijaju ovisnička ponašanja i probleme sa spavanjem. Tako je evidentirano da brucoši u prosjeku spavaju oko 6 sati dnevno (Aldiabat i sur., 2014). Također je utvrđeno da je konzumacija alkohola kod studenata najveća u prvom

semestru (Hughes, 2012), a slični podaci dobiveni su i za cigarete. Pritom puno oboljelih mladih ne traži pomoć, a tek njih 10-30% ju dobije (Miech i sur., 1999). Zabrinjava i činjenica da se učestalost mentalnih poremećaja kod studenata zadnjih godina sve više povećava. Zbog tog porasta i studentske savjetodavne službe imaju veći broj studenata koji im se obraćaju za pomoć.

## Hedonizam i eudaimonija

Od najranijih vremena ljudi se pitaju što je to sreća i kako ju postići. Ona je stoljećima pobuđivala interese mnogih, počevši od starogrčkih filozofa pa sve do današnjih znanstvenika. Razlog tomu je taj što je sreća ljudima iznimno važna te ju procjenjuju vrjednijom od novca, moralnih vrednota ili religije (Diener, Suh, Lucas i Smith, 1999). Ona se često izjednačava s pojmom subjektivne dobrobiti koja se definira kao kognitivna evaluacija života ispunjenog pozitivnim emocijama, uz što manje negativnih emocija (Diener, Lucas i Oishi, 2002). Subjektivna dobrobit kao konstrukt se sastoji od dva dijela: *afektivne komponente* koja podrazumijeva veći stupanj pozitivnih emocija u odnosu na negativne i *kognitivne komponente* koja se odnosi na zadovoljstvo životom (Lucas, Diener i Suh, 1996). Unazad 20-ak godina pojam subjektivne dobrobiti često se poistovjećivao s pojmom *hedonizma* (grčki: hedone- udobnost, užitak) koji definira stanje dobrobiti kao sreću, tj. doživljaj zadovoljstva životom te zastupljenost pozitivnih emocija i raspoloženja. Osnovna ideja sljedbenika hedonističkog pristupa je doživjeti što veću razinu užitka (McMahon, 2006; prema Vazquez, Hervas, Rahona i Gomez, 2009).

Osim hedonističkog poimanja dobrobiti, u literaturi o sreći prisutan je i pojam *eudaimonije* (grčki: eudaimonia- blaženstvo, sreća). Koncept eudaimonističke dobrobiti ostvaruje se putem obavljanja radnji koje podrazumijevaju potpunu predanost aktivnostima i koje odražavaju aktualizaciju osobnog potencijala (Waterman, 1993). U ovom slučaju, osjećaj sreće ne proizlazi iz trenutnog zadovoljstva i ugode, nego iz samog obavljanja aktivnosti i korištenja vlastitih sposobnosti, potencijala i vrlina. Ryff i Keyes (1995) eudaimoniju, u svrhu njezinog razlikovanja od konstrukta subjektivne dobrobiti koji je karakterističan za hedonistički pristup, nazivaju još i psihološkom dobrobiti koju opisuju kao stanje utemeljeno na samoprihvaćanju, pozitivnim odnosima s drugima, autonomiji, ovladavanju okolinom, smislenom životu te osobnom rastu i razvoju.

**Povezanost različitih mjera dobrobiti sa zdravljem**

Oba oblika dobrobiti imaju pozitivne učinke na ljudski život. Ryan i Huta (2009) pokazali su kako ljudi koji postižu visoke rezultate na skalama eudaimonije i hedonizma imaju veći stupanj psihičkog i fizičkog blagostanja od onih koji postižu niske rezultate. Pri tome je hedonizam imao kratkoročno bolji učinak, dok je eudaimonija imala dugoročno bolji učinak. Oba oblika dobrobiti imaju svoje prednosti pa se tako pokazalo da se osobe s visokom razinom hedonizma više sviđaju drugima, opuštenije su, imaju sretniji brak i kreativnije su od onih s niskom razinom hedonizma. S druge strane, osobe koje teže eudaimoniji češće će biti primljene na posao, sklonije su volontiranju i pokazuju više prosocijalnog ponašanja (Mišura, 2011). Međutim, od vrlo ranih razdoblja vodila se rasprava koji od ova dva oblika više doprinosi psihofizičkom blagostanju. Tako je primjerice Sokrat tvrdio da sva ljudska bića prirodno teže sreći, ali da je zadovoljstvo koje proizlazi iz ostvarivanja vrlina i znanja kvalitetnije od zadovoljstva koje proizlazi iz zadovoljenja pukih životinjskih nagona. Slično mišljenje imao je i Aristotel (350 g. pr.n.e.) koji je hedonističku sreću držao vulgarnim idealom jer ljude pretvara u robove vlastitih želja. Za njega se prava sreća nalazi u izražavanju vrlina. I danas se naglašava razlika u važnosti jednog oblika dobrobiti u odnosu na drugi. Kao posljedica takvih rasprava, provedena su mnoga istraživanja koja ispituju koji od ova dva oblika dobrobiti ima veći i pozitivniji utjecaj na zdravlje.

Danas se zna da je odnos zdravlja i dobrobiti dvosmjeran. Recimo, u istraživanju provedenom u Nizozemskoj pokazalo se da ljudi ističu zdravlje kao najvažniji kriterij koji mora biti zadovoljen kako bi se ostvarila sreća (Stegeman, 2014). Slično tome, u Hrvatskoj je utvrđeno da je zdravlje, u kontekstu ispitivanja što nam je potrebno da ostvarimo dobrobit, bitnije nego odnos sa članovima obitelji i prijateljima, osjećaj sigurnosti, osjećaj prihvaćenosti i materijalno blagostanje (Lipovčan i Prizmić-Larsen, 2006). Osim toga, ljudi koji svoje opće zdravstveno stanje procjenjuju dobrim ili odličnim, imaju višu razinu subjektivne i psihološke dobrobiti od onih čije je zdravlje, prema osobnim procjenama loše. Jedno longitudinalno istraživanje pokazalo je kako su manju stopu smrtnosti (uzrokovanu fizičkim oboljenjima i mentalnim poremećajima) imali oni koji su u životu postigli veću dobrobit (Xu, 2006). Također Layous, Chancellor i Lyubomirsky (2014) navode kako povećanjem i subjektivne i psihološke dobrobiti dolazi do smanjivanja učestalosti negativnih emocija, negativnih misli i ponašanja koje su rizični faktori za nastanak psihopatoloških stanja. Isto tako navode kako oba oblika

dobrobiti dovode do pozitivnih rezultata u radu, socijalnim odnosima i zdravlju koji mogu pomoći ljudima da lakše prebrode stanja koja vode do negativnog mentalnog zdravlja.

Nalazi ukazuju kako su efekti različitih mjera dobrobiti, kada je u pitanju zdravlje pojedinca, drugačiji. Hedonizam pridonosi nižem riziku od oboljenja, manjem broju simptoma, boljoj kvaliteti života te bržem oporavku (Derogatis, Abeloff i Melisaratos, 1979). Isto tako, Diener i Chan (2011) su utvrdili kako veći hedonizam pridonosi ne samo boljem zdravlju već i duljem životu. Eudaimonija se pak povezuje s manjom razinom stresa, nižom razinom anksioznosti i depresije, boljim socijalnim odnosima, većom produktivnosti i manjim korištenjem zdravstvenih usluga (Vasquez i sur., 2009). Xu i Roberts (2010; prema Kararić i sur., 2012) su također utvrdili kako je eudaimonija prediktor nižeg rizika smrtnosti podjednako i kod mlađih i kod starijih osoba. Dakle, čini se kako hedonizam i eudaimonija funkcioniraju kao zaštitni faktori od štetnog djelovanja negativnih iskustava što upućuje na činjenicu da oba koncepta imaju ulogu u prevenciji i oporavku kod raznih bolesti pa zato i pridonose duljem životu.

Međutim, neka novija istraživanja upućuju na veći doprinos eudaimonije zdravlju u odnosu na hedonizam. U istraživanju Keyesa, Shmotkina i Ryff (2002) pokazalo se kako je eudaimonija jače povezana s nižom stopom poteškoća na području fizičkog i mentalnog zdravlja nego hedonizam. Ryff, Singer i Love (2004) također su utvrdili kako su žene s većom eudaimonijom izložene manjem riziku od kardiovaskularnih oboljenja što nije slučaj kod hedonizma. Razlozi za ovakve nalaze su nejasni. Međutim pretpostavlja se da je eudaimonija povezana s mehanizmima važnim za preživljavanje i prilagodbu okolini (npr. osjećaj iskustva, traganje za pozitivnim u onome što nam se događa, podešavanje životnih ciljeva itd.). S druge strane, visoki hedonizam katkada je povezan s lošim zdravljem što je posebno slučaj u situacijama kada je osoba teško bolesna. Pretpostavka za takvu povezanost je da ljudi s visokim hedonizmom mogu podcijeniti simptome bolesti i biti previše optimistični te se ne pridržavati propisane terapije. Također, hedonizam se smatra lošim i zbog toga što je povezan s pasivnošću, pušenjem, prekomjernim jedenjem i pijenjem što smanjuje dugoročnu sreću. Ta se pojava još naziva paradoks hedonizma (Ryan i Deci, 2001). Slični nalazi pronađeni su i u drugim istraživanjima gdje je eudimonija bila jedini prediktor zdravstvenog stanja. U švedskoj studiji Lindforsa i Lundberga (2002) pronađena je pozitivna povezanost između eudaimonije i visoke razine dobroga kolesterola (Hdl) tijekom dana. Također, razina kortizola odnosno, hormona stresa bila je smanjena. Autori ističu kako svrha u životu i osobni rast, koji su obilježja eudaimonije, imaju različite prednosti po zdravlje te da eudaimonija ima relevantnu ulogu u ljudskom razvoju. S obzirom na to da se u dosadašnjim istraživanjima pokazalo kako

eudaimonija više doprinosi tjelesnom zdravlju od hedonizma, vrlo je vjerojatno kako će njezini pozitivni utjecaji biti veći i u slučaju mentalnog zdravlja.

**Povezanost osnovnih psiholoških potreba sa psihofizičkom prilagodbom pojedinca**

Brojni čimbenici se povezuju s mentalnim zdravljem i dobrobiti studenata. Neki od njih su dimenzije ličnosti, odnosi s roditeljima, podrška vršnjaka, samopouzdanje, tjelesno zdravlje i dr. U te čimbenike svakako se ubraja i zadovoljenje osnovnih psiholoških potreba. Osnovne psihološke potrebe proizašle su iz *Teorije samoodređenja* (Deci i Ryan, 1985) koja navodi da zdravlje, motivacija i prilagodba pojedinca ovise o zadovoljenju triju osnovnih psiholoških potreba. Te tri psihološke potrebe su: autonomija, kompetentnost i povezanost. *Autonomija* se odnosi na mogućnost izbora i snagu volje pri regulaciji ponašanja. *Kompetentnost* je osjećaj da se ponašamo uspješno i sposobno. *Povezanost* se odnosi na osjećaj povezanosti s drugima i osjećaj da je drugima stalo do nas.

Do danas su mnoga istraživanja pokazala kako zadovoljavanje ovih triju potreba doprinosi pozitivnim zdravstvenim ishodima, dok nezadovoljenje jedne ili više od ovih potreba može dovesti do negativnih psihofizičkih posljedica (Ryan i Deci, 2000). Pokazalo se i to da sve tri psihološke potrebe trebaju biti zadovoljene kako bi se postiglo optimalno mentalno funkcioniranje, sreća i dobrobit. Recimo, Ryan i Deci (2000) su utvrdili da su sve tri psihološke potrebe važne kako bi se ostvarila i hedonistička i eudaimonijska dobrobit. Da je zadovoljenje psiholoških potreba presudno za ostvarenje dobrobiti govore međukulturalna istraživanja poput onih u američkoj (Maslow, 1954; prema Ryan i Deci, 2000), grčkoj (Goulimaris, Mavridis, Genti i Rokka, 2014) i kineskoj kulturi (Tian, Chen i Huebner, 2014).

Neka istraživanja jasno ukazuju kako su psihološke potrebe u ulozi medijatora kojima se mogu objasniti neki odnosi. Gonzalez, Swanson, Lynch i Williams (2016) pronašli su da su zadovoljene psihološke potrebe medijatori odnosa između socioekonomskog statusa i mentalnog zdravlja. Isto tako, u istraživanju Martela i Ryana (2015) veći broj prosocijalnih aktivnosti je preko visoko zadovoljenih psiholoških potreba doprinijeo većoj dobrobiti. Ryff i Singer (2000) dobili su da eudaimonija doprinosi zdravlju putem visokog zadovoljenja potrebe za autonomijom. Takvi rezultati istraživanja mogu se objasniti činjenicom da zadovoljenje psiholoških potreba pruža mentalnu i emocionalnu stabilnost ljudima koja im omogućuje da se osjećaju ispunjeno i sposobno za svakodnevno funkcioniranje (Ryan i Deci, 2000). Naime, nisko zadovoljenje potrebe za autonomijom stvara uvjete u okviru kojih osobi nedostaje mogućnost samostalnog odlučivanja o vlastitom ponašanju, što dovodi do manjeg zadovoljstva

i veće frustracije. Potreba za povezanošću potiče brigu i osjećaj da je osoba važna drugima iz čega se da zaključiti kako osobe koje su bolje integrirane u socijalnu mrežu, imaju zadovoljavajuće odnose. To istovremeno znači da su izložene manjim stresorima, a s onima s kojima se susreću bolje se nose, što se odražava na način da je kod tih ljudi prisutno bolje zdravlje i dugovječnost. Primjerice, Ryff i sur. (2004) su pokazali da starije žene s većom svrhom u životu i zadovoljenom potrebom za povezanošću s drugima, pokazuju manji kardiovaskularni rizik i bolju neuroendokrinu regulaciju. Konačno, Ryan i Deci (2000) ističu kako je potreba za kompetencijom glavni preduvjet za ostvarenje samopoštovanja. Budući da je ono povezano s osjećajem bespomoćnosti, čini se kako ova potreba može pridonijeti mentalnom zdravlju pojedinca.

**Povezanost percepcije stresa sa psihofizičkom prilagodbom pojedinca**

Na psihofizičku prilagodbu djeluje i percepcija stresa koja se definira kao vlastita procjena toga koliko smo pod stresom u određenom trenutku (Phillips, 2013). Percipirani stres uključuje osjećaje o tome koliko je moguće kontrolirati i predvidjeti svoj život, koliko često se osoba mora nositi s raznim iritirajućim događajima, koliko se promjena događa u nečijem životu kao i uvjerenje u vlastite sposobnosti nošenja s problemima.

Visoka percepcija stresa može dovesti do različitih tjelesnih bolesti i psihičkih poremećaja. Jedno je istraživanje pokazalo kako je visoka percepcija stresa povezana s većim rizikom od rane smrti. Rizik od rane smrti je u tom slučaju veći čak za 43% (Keller i sur. 2012). Autori vjeruju da se takvi nalazi mogu objasniti time što osobe s većom percepcijom stresa imaju negativnija očekivanja vezana uz ishode situacija, a takva očekivanja pridonose lošijem fizičkom i psihičkom zdravlju. Osobe s negativnim očekivanjima ishoda češće pokazuju simptome bolesti čak i u placebo tretmanu. Osim toga, jednom kada osoba razvije lošije mentalno zdravlje, ono dalje povećava razinu percipiranog stresa u nizu različitih situacija s kojima se svakodnevno susreće. Nadalje, u istraživanju Kararića i sur. (2012) pokazalo se da su osobe s visokom percepcijom stresa lošijeg mentalnog i fizičkog zdravlja te imaju nisku eudaiomniju. Lamers (2012) pak objašnjava da osobe s većom percepcijom stresa češće koriste neefikasne strategije suočavanja sa stresom koje su nadalje, povezane s lošijim mentalnim zdravljem.

Percipirani stres najčešće je medijator odnosno, mehanizam putem kojeg se mogu objasniti neki odnosi pa tako i povezanosti različitih varijabli i zdravlja. Nima, Rosenberg, Archer i

Garcia (2013) su pokazali kako nizak pozitivni afekt, nisko samopoštovanje i visok stupanj anksioznosti putem visoke percepcije stresa pridonose većoj depresiji. Slične rezultate dobili su Lee, Joo i Choi (2013) u svojem istraživanju gdje se pokazalo da je percipirani stres medijator odnosa stresa na poslu i depresije. Ovi autori utvrdili su kako osobe visoko percipiranog stresa ulažu veće količine energije u reakcije poput tjeskobe i straha zbog čega kod takvih pojedinaca nerijetko dolazi do oštećenja raznih organskih sustava i narušavanja mentalnog zdravlja.

## Cilj, problemi i hipoteze

### Cilj

Ispitati odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata te ispitati ulogu stresa i psiholoških potreba u tom odnosu.

### Problemi

1. Ispitati izravne doprinose hedonizma i eudaimonije mentalnom zdravlju kod studenata.
2. Ispitati neizravne doprinose hedonizma i eudaimonije mentalnom zdravlju studenata putem percepcije stresa i psiholoških potreba.

### Hipoteze

H1. Eudaimonija i hedonizam će izravno doprinijeti mentalnom zdravlju studenata. Očekuje se da će visoka eudaimonija kao i visoki hedonizam doprinijeti pozitivnom mentalnom zdravlju studenata s tim da će doprinos eudaimonije biti veći.

H2. a) Pretpostavlja se da će visoki hedonizam i visoka eudaimonija neizravno doprinijeti pozitivnom mentalnom zdravlju studenata putem niske percepcije stresa.

b) Pretpostavlja se da će visoki hedonizam i visoka eudaimonija neizravno doprinijeti pozitivnom mentalnom zdravlju putem visokog zadovoljenja sve tri psihološke potrebe.

# Metoda

## Sudionici

U istraživanju je sudjelovao 341 student, od čega je 125 (36.7%) muškog, a 216 (63.3%) ženskog spola. Uzorak su činili studenti Pravnog fakulteta (30.2%), Poljoprivrednog fakulteta (32.6%) i Ekonomskog fakulteta (37.2%) u Osijeku. Većina tih studenata bili su studenti druge godine preddiplomskog studija (67.4%), a manji dio prve godine preddiplomskog studija (32.6%). Raspon dobi bio je od 18 do 30 godina, s prosječnom dobi $M$=19.78, $SD$=1.32. S obzirom na socioekonomski status studenata pokazalo se kako je 6.2% sudionika imalo ispodprosječni status, 75.7% prosječni, a 18.2% sudionika iznadprosječni socioekonomski status.

## Instrumenti

**Upitnik općih sociodemografskih podataka** konstruiran je za potrebe ovog istraživanja. Obuhvaćao je informacije o: 1) spolu, 2) dobi, 3) fakultetu kojeg sudionik pohađa, 4) godini studija (prva godina preddiplomskog, druga godina preddiplomskog, treća godina preddiplomskog, prva godina diplomskog i druga godina diplomskog studija) i 5) socioekonomskom statusu obitelji sudionika (izrazito ispodprosječan, ispodprosječan, prosječan, iznadprosječan i izrazito iznadprosječan).

**Skala hedonističkih i eudaimonijskih motiva vezanih uz aktivnosti** (Hedonic and Eudaimonic Motives for Activities; HEMA; Huta i Ryan, 2010) koristila se za mjerenje dva oblika dobrobiti: hedonizma i eudaimonije. Sadrži 9 čestica od kojih 4 pripadaju subskali eudaimonije, a 5 subskali hedonizma. Sadržaj tvrdnji kojima se ispituje eudaimonija glase poput: "Nastojim dati najbolje od sebe", dok za mjerenje hedonizma glase poput: "Nastojim se opustiti". Zadatak sudionika je procijeniti u kojem stupnju svakodnevnim aktivnostima pristupaju s navedenim namjerama. Odgovori se daju na skali Likertovog tipa od sedam stupnjeva (od 1- potpuno neistinito do 7- potpuno istinito). Rezultati se utvrđuju za svaku skalu

zbrajanjem svih odgovora pri čemu veći rezultat ukazuje na veći stupanj hedonizma odnosno eudaimonije. U istraživanju Ryana i Hute (2010) pouzdanost unutarnjeg tipa (Cronbach alfa) za subskalu eudaimonije iznosi α=.82, a za subskalu hedonizma α=.85.

Kako ovaj instrument nije ranije korišten u istraživanjima na našim prostorima, njegova priprema započela je dobivanjem odobrenja za korištenje od autora. Nakon toga, skala je prevedena od dva neovisna prevoditelja te je provedena konfirmatorna faktorska analiza kojom je potvrđena izvorna faktorska struktura instrumenta. Naime, Eigen vrijednosti i Scree plot ukazivali su na postojanje dva faktora. Za ekstrakciju faktora korištena je metoda zajedničkih faktora uz kosokutnu rotaciju. Prvi faktor nazvan je hedonizam te sadrži 5 čestica i objašnjava 32.25% varijance. Drugi faktor nazvan je eudaimonija te sadrži 4 čestice i objašnjava 14.95% varijance. Izračunate su i vrijednosti koeficijenata pouzdanosti pojedinih ljestvica. Za ljestvicu hedonizma pouzdanost unutarnjeg tipa iznosi α=.81, a za eudaimoniju α=.76.

**Inventar mentalnog zdravlja** (Mental Health Inventory; MHI-38; Veit i Ware, 1983) je upitnik koji je konstruiran za procjenu mentalnog zdravlja nekliničke (kao i kliničke) populacije. Sadrži 38 čestica kojima se ispituju dva aspekta mentalnog zdravlja, pozitivno i negativno. Skala *negativnog mentalnog zdravlja* obuhvaća tvrdnje kojima se mjere simptomi anksioznosti, depresije i gubitak ponašajne/emocionalne kontrole pojedinca (npr. „Koliko često vam se plakalo u posljednjih mjesec dana?“), dok su čestice namijenjene ispitivanju *pozitivnog mentalnog zdravlja* usmjerene na ispitivanje emocionalnih odnosa i generalnog pozitivnog afekta osobe (npr. „Koliko vremena ste se u posljednjih mjesec dana osjećali veseli i bezbrižni?“). Također postoji i *globalni indeks mentalnog zdravlja* koji predstavlja kompozitnu mjeru mentalnog zdravlja i uključuje sve čestice iz inventara. Odgovori se daju na skali koja je prilagođena pojedinoj čestici te sadrži pet, odnosno šest stupnjeva. Rezultati se utvrđuju za svaku skalu na način da se zbroje odgovori njihovih čestica pri čemu veći rezultat ukazuje na veći stupanj globalnog odnosno, pozitivnog, tj. negativnog mentalnog zdravlja. Pritom je za izračun konačnog rezultata za indeks mentalnog zdravlja određene čestice potrebno rekodirati. Na australskom uzorku studenata Cronbach alpha cijelog inventara iznosi α=.93, dok pouzdanost subskale za negativno mentalno zdravlje iznosi α=.94, a za pozitivno mentalno zdravlje α=.92 (Heubeck i Neill, 2000).

Za potrebe ovog istraživanja prvo je traženo odobrenje autora za korištenje inventara u ovom radu. Zatim je preveden od strane dva neovisna prevoditelja. Slijedila je konfirmatorna

faktorska analiza čestica. Keisser-Guttmanov kriterij ukazivao je na prisutnost više neinterpretabilnih faktora. S druge strane, Scree test ukazivao je na prisutnost dva faktora. Kako je ovakva struktura bila sukladnija teoretskim postavkama odlučili smo se za taj izbor. Putem metode zajedničkih faktora uz kosokutnu rotaciju izdvojena su dva faktora. Prvi faktor nazvan je *negativno mentalno zdravlje* te objašnjava 39.587% varijance i uključuje sve čestice koje u originalnoj veziji ispituju negativni aspekt mentalnog zdravlja. Drugi faktor nazvan je *pozitivno mentalno zdravlje* te objašnjava 4.373% varijance i uključuje sve čestice koje u originalnoj verziji instrumenta ispituju pozitivno mentalno zdravlje. Ukupan broj čestica kod ljestvice negativnog mentalnog zdravlja je 23, a pozitivnog 15. Provjerene su i pouzdanosti ljestvica. One iznose α=.94 za skalu negativnog mentalnog zdravlja i α=.91 za skalu pozitivnog mentalnog zdravlja, dok Cronbach alpha za mjeru ukupnog indeksa mentalnog zdravlja iznosi α=.96.

**Skala osnovnih psiholoških potreba** (Basic Psychological Needs Scale; BPNS; Ryan i Deci, 2000) sastoji se od 21 tvrdnje, od čega 7 tvrdnji mjeri stupanj zadovoljenja potrebe za *autonomijom* (npr. „Živim pod pritiskom“), 6 tvrdnji ispituje stupanj zadovoljenja potrebe za *kompetencijom* (npr. „Često se ne osjećam previše sposobnim/om“) , dok 8 tvrdnji utvrđuje mjeru u kojoj je zadovoljena potreba za *povezanošću* (npr. „Ljudi u mom životu brinu o meni“). Sudionici daju odgovore na skali Likertovog tipa od sedam stupnjeva (od 1-potpuno neistinito do 7-potpuno istinito). Rezultati se utvrđuju za svaku skalu na način da se zbroje odgovori njihovih čestica pri čemu već rezultat ukazuje na veću zastupljenost te potrebe. Skala je već ranije prevedena i korištena u istraživanjima na hrvatskim uzorcima. Unutarnja konzistencija za subskalu potrebe za autonomijom u tim istraživanjima iznosila je α=.73, za subskalu potrebe za kompetencijom α=.71, a za subskalu potrebe za povezanošću α=.74 (Sabol, 2005). U ovom istraživanju pouzdanost subskale potrebe za autonomijom iznosi α=.74, za subskalu potrebe za kompetencijom α=.61, a za subskalu potrebe za povezanošću α=.76.

**Ljestvica percipiranog stresa** (The Perceived Stress Scale; PSS-10; Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983) mjeri stupanj u kojem sudionici svoj život doživljavaju nepredvidivim, nekontrolabilnim i preopterečujućim. Ljestvica se sastoji od 10 čestica koje glase poput: "Koliko ste često u proteklih mjesec dana bili uznemireni zbog nečega što se dogodilo nepredviđeno". Odgovori se daju na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva (od 0-nikad do 4-vrlo često). Zbrajanjem svih odgovora formira se ukupan rezultat kod kojeg veća vrijednost

ukazuje na prisutnost veće percepcije stresa. Ljestvica je već ranije korištena u istraživanjima na uzorku hrvatskih studenata (Hudek-Knežević, Kardum i Lesić, 1999) gdje je potvrđena originalna faktorska struktura instrumenta. U tom istraživanju Scree test upućivao je na postojanje jednog faktora koji objašnjava 44.1% zajedničke varijance. Pouzdanost ove ljestvice na uzorku sudionika tog istraživanja iznosi α=.88, dok u ovom istraživanju pouzdanost ljestvice iznosi α=.84.

**Postupak**

Na početku istraživanja slučajnim su odabirom odabrana tri fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku (Ekonomski, Pravni i Poljoprivredni), nakon čega su kontaktirani s ciljem dobivanja odobrenja provođenja istraživanja na njima. Zatim su slučajnim odabirom na tim fakultetima izdvojena odjeljenja na kojima su se prikupljali podaci sve dok se nije dobio željeni broj sudionika. Prikupljanje podataka bilo je grupno i odvijalo se u dogovoru s profesorima u terminima njihovih predavanja. Prije početka istraživanja sudionicima je usmeno dana opća uputa kojom se sudionike upoznalo sa svrhom istraživanja kao i s tim da se istraživanje provodi u sklopu diplomskog rada. Rečeno im je da će se njihovi rezultati analizirati samo na grupnoj razini i koristiti isključivo u znanstvene svrhe. Zatim im se objasnilo da je sudjelovanje dobrovoljno i anonimno te da u bilo kojem trenutku mogu odustati od istraživanja. Rečeno im je i to da se od njih očekuje da na pitanja odgovaraju što iskrenije te da odgovore na sva postavljena pitanja. Osim toga, obratila im se pažnja da na početku svakog upitnika postoji specifična uputa instrumenta koju prije nego počnu odgovarati, trebaju pročitati. Ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo 15 minuta.

## Rezultati

Prije početka statističke obrade podataka provjereno je distribuiraju li se dobiveni rezultati po normalnoj raspodjeli. Korišten je Kolmogorov–Smirnovljev test normaliteta distribucije koji je pokazao da većina distribucija statistički značajno odstupa od normalne distribucije, dok odstupanja nema samo kod varijabli indeksa mentalnog zdravlja (MHI) i pozitivnog mentalnog zdravlja (MHI). Međutim, ograničenje ovog testa je što se pri velikim uzorcima čak i mala odstupanja od normalnosti smatraju značajnima (Field, 2013). Odluku o normalnosti distribucija najbolje je donijeti na temelju pregleda histograma (Field, 2013) i računanja

stupnjeva asimetričnosti i spljoštenosti distribucija (Petz, Kolesarić i Ivanec, 2012). Pregledom stupnjeva asimetričnosti i spljoštenosti utvrđeno je da se dobivene vrijednosti nalaze u rasponu od -2 do 2, što je kriterij za normalnu distribuciju. Jedino varijabla dobi pokazuje odstupanje od normalne distribucije, no pregledom histograma utvrđeno je da je i ona približno normalna. Stoga su u daljnjoj obradi korišteni parametrijski postupci.

Izračunati su deskriptivni podaci za sve ispitane varijable. U tablici 1. prikazani su deskriptivni rezultati (aritmetičke sredine, standardne devijacije, teorijski i ostvareni rasponi rezultata) ispitivanih varijabli.

*Tablica 1.* Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli (*N*=341).

| | *M* | *SD* | $T_{min}$ | $T_{max}$ | $P_{min}$ | $P_{max}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Indeks mentalnog zdravlja | 157.09 | 27.13 | 38 | 226 | 76 | 223 |
| Negativno mentalno zdravlje | 61.84 | 17.31 | 24 | 142 | 25 | 129 |
| Pozitivno mentalno zdravlje | 52.93 | 11.53 | 14 | 84 | 19 | 84 |
| Hedonizam | 29.16 | 4.17 | 5 | 35 | 12 | 35 |
| Eudaimonija | 23.18 | 3.35 | 4 | 28 | 6 | 28 |
| Autonomija | 36.45 | 6.72 | 7 | 49 | 15 | 49 |
| Povezanost | 46.27 | 6.91 | 8 | 56 | 8 | 56 |
| Kompetentnost | 29.28 | 5.43 | 6 | 42 | 16 | 42 |
| Percipirani stres | 27.31 | 6.56 | 10 | 50 | 10 | 50 |

**Legenda:** *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; $T_{min}$ – teorijski minimum; $T_{max}$ – teorijski maksimum; $P_{min}$ – postignuti minimum; $P_{max}$ – postignuti maksimum

Dobiveni rezultati na inventaru mentalnog zdravlja pokazuju kako su sudionici dobrog mentalnog zdravlja jer je prosječna vrijednost visoka. Također, nitko od sudionika nije postigao najniži teorijski rezultat što ukazuje na to da nitko od studenata nema ozbiljnije narušeno mentalno zdravlje. Također teorijski maksimum gotovo je dostignut što znači da su neki studenti mentalno vrlo zdravi. U prilog tome idu i rezultati dobiveni na subskalama pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja. Rezultati pozitivnog mentalnog zdravlja su nešto veći u odnosu na negativno mentalno zdravlje s obzirom na teorijske centralne vrijednosti. Također najveći rezultat pozitivnog mentalnog zdravlja postiže svoj maksimum, dok to nije slučaj za

negativno mentalno zdravlje što govori da studenti uglavnom nemaju većih mentalnih poteškoća, dok su neki studenti iznimno dobrog mentalnog zdravlja.

Prosječne vrijednosti ostvarene na skalama hedonističkih i eudaimonijskih motiva vezanih uz aktivnosti su visoke. U oba slučaja postignut je teorijski maksimum, dok teorijski minimumi nisu postignuti što znači da neki od studenata iznimno teže postizanju ugode odnosno aktualizaciji vlastitih potencijala, dok nema onih kojima postizanje eudaimonije i hedonizma uopće nije važno.

Skala osnovnih psiholoških potreba pokazuje relativno visoko zadovoljenje psiholoških potreba autonomije, povezanosti i kompetentnosti. Dok na skalama autonomije i kompetentnosti sudionici postižu prosječne rezultate, na skali povezanosti rezultati su dosta visoki što upućuje na to da je studentima najbolje zadovoljena potreba povezanosti s drugim ljudima što je u skladu s očekivanjima za njihovu dob. Međutim, skala povezanosti pokazuje i najveće oscilacije jer su postignuti i teorijski minimum i teorijski maksimum pa se može reći da je kod nekih sudionika potreba za povezanošću izrazito zadovoljena, dok kod drugih uopće nije.

Na ljestvici percipiranog stresa aritmetička sredina je u prosjeku što znači da sudionici svoj život doživljavaju umjereno stresnim. Rezultati se kreću od teorijskog minimuma do maksimuma te se može reći da neki sudionici svoj život procjenjuju kao iznimno stresan, dok ga drugi uopće ne doživljavaju stresnim.

Kako bi se provjerilo postoji li statistički značajna povezanost između korištenih varijabli, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 2.

*Tablica 2.* Pearsonovi koeficijenti korelacije ispitanih varijabli.

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.spol | / | -.03 | .21** | -.08 | -.08 | .03 | .08 | .05 | -.08 | .11* | .12* | -.07 | -.10 |
| 2.dob | | / | .39** | -.01 | -.05 | .09 | .02 | -.05 | .12* | -.03 | -.10 | .10 | .11* |
| 3.godina studija | | | / | .12* | -.10 | .06 | .12* | .08 | .11* | .03 | -.01 | .03 | .02 |
| 4.SES | | | | / | -.02 | -.02 | .11* | .07 | .21** | -.12* | -.18** | .15** | .18** |
| 5.hedonizam | | | | | / | .32** | .25** | .24** | .15** | -.23** | -.20** | .32** | .27** |
| 6.eudaimonija | | | | | | / | .23** | .09 | .35** | -.17** | -.14** | .25** | .19** |
| 7.autonomija | | | | | | | / | .58** | .54** | -.58** | -.58** | .62** | .63** |
| 8.povezanost | | | | | | | | / | .44** | -.43** | -.44** | .46** | .48** |
| 9.kompetentnost | | | | | | | | | / | -.51** | -.48** | .51** | .52** |
| 10.percipirani stres | | | | | | | | | | / | .81** | -.66** | -.80** |
| 11.negativno mentalno zdravlje | | | | | | | | | | | / | -.76** | -.96** |
| 12.pozitivno mentalno zdravlje | | | | | | | | | | | | / | .91** |
| 13.indeks mentalnog zdravlja | | | | | | | | | | | | | / |

**Legenda:** *p< 0.05; **p< 0.01

Dobiveni koeficijenti korelacije iz tablice 2. pokazuju da sociodemografski podaci imaju vrlo niske ili neznačajne korelacije s drugim varijablama. Ipak, po povezanosti s kriterijem se ističe varijabla socioekonomskog statusa koja je nisko povezana s indeksom mentalnog zdravlja kao i njegovim subskalama što znači da bogatiji sudionici imaju bolje mentalno zdravlje.

Hedonizam i eudaimonija nisko su pozitivno povezani s indeksom mentalnog zdravlja kao i sa subskalom pozitivnog mentalnog zdravlja, dok su nisko negativno povezani sa subskalom negativnog mentalnog zdravlja. To znači da su studenti koji više teže hedonizmu i eudaimoniji ujedno i mentalno zdraviji. Također, korelacije hedonizma s indeksom mentalnog zdravlja i njegovim subskalama su nešto veće pa se može reći da je hedonizam bolje povezan s mentalnim zdravljem studenata od eudaimonije.

Psihološke potrebe umjereno su povezane s mentalnim zdravljem i njegovim subskalama. Sve tri psihološke potrebe pozitivno su povezane s indeksom mentalnog zdravlja i s pozitivnim mentalnim zdravljem što znači da što su psihološke potrebe više zadovoljene, to su studenti mentalno zdraviji. Također, povezanost sve tri psihološke potrebe s negativnim mentalnim zdravljem negativnog je smjera što znači da što su psihološke potrebe studenata bile manje zadovoljene, to je negativno mentalno zdravlje bilo izraženije. Potreba za autonomijom ima najveću povezanost s indeksom mentalnog zdravlja te pozitivnim i negativnim mentalnim zdravljem, dok potreba za povezanošću ima najmanju povezanost s istim tim varijablama. Uočeno je i da od svih psiholoških potreba najveću povezanost s eudaimonijom ima potreba za kompetentnosti, a najmanju i neznačajnu korelaciju potreba za povezanošću. S druge strane, hedonizam ima veću povezanost s potrebom za autonomijom i potrebom za povezanošću nego s potrebom za kompetentnosti.

Percipirani stres je visoko negativno povezan s indeksom mentalnog zdravlja i s pozitivnim mentalnim zdravljem, dok je visoko pozitivno povezan s negativnim mentalnim zdravljem. Nadalje, percipirani stres je nisko negativno povezan sa skalama hedonizma i eudaimonije pri čemu je povezanost nešto veća sa skalom hedonizma. To znači da sudionici koji percipiraju više stresa, ne samo da postižu hedonizam i eudaimoniju, već imaju negativnije mentalno zdravlje.

Kako bi se utvrdio doprinos hedonizma i eudaimonije objašnjenju mentalnog zdravlja studenata, provedeno je šest hijerarhijskih regresijskih analiza. U obradu su uključene i sociodemografske varijable budući da se pokazalo kako neke od njih koreliraju s kriterijem.

Field (2013) navodi da je prije same provedbe potrebno utvrditi da među prediktorima ne postoji multikolinearnost, tj. da korelacija među prediktorima nije previsoka. Taj kriterij je zadovoljen te je utvrđeno da su tolerancije između svih prediktora veće od 0.1, dok nijedan faktor zasićenja varijance nije veći od 10.

Testiranje izravnog doprinosa hedonizma objašnjenju indeksa mentalnog zdravlja, pozitivnog mentalnog zdravlja i negativnog mentalnog zdravlja studenata provedeno je na način da su u prvi korak hijerarhijske regresijske analize uvršteni sociodemografski podaci, a u drugom koraku je dodan hedonizam. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 3.

Iz rezultata regresijske analize u kojoj je kriterij bio indeks mentalnog zdravlja, vidljivo je da sociodemografski podaci objašnjavaju 5% varijance kriterija. Kao značajni prediktori pokazale su se varijable dob i socioekonomski status. Prema vrijednostima standardiziranih β koeficijenata starija dob i viši socioekonomski status doprinose boljem općem mentalnom zdravlju. Kada se u drugi korak uvrsti hedonizam, on objašnjava dodatnih 7% ukupne varijance kriterija te se također pokazuje kao značajan prediktor pri čemu veći hedonizam pridonosi boljem općem mentalnom zdravlju sudionika.

U regresijskoj analizi gdje je kriterij bio pozitivno mentalno zdravlje, pokazalo se da sociodemografski podaci objašnjavaju 3% varijance kriterija te je značajnog doprinosa bio jedino socioekonomski status. Pri tome, viši socioekonomski status doprinosi većem pozitivnom mentalnom zdravlju. U drugom koraku hedonizam objašnjava dodatnih 11% varijance kriterija te je također značajan prediktor kriterija pri čemu veći hedonizam doprinosi većem pozitivnom mentalnom zdravlju.

U regresijskoj analizi u kojoj je kriterij bilo negativno mentalno zdravlje, utvrđeno je da sociodemografski podaci objašnjavaju 6% varijance kriterija te su značajne varijable bile socioekonomski status i dob. Prema vrijednostima β koeficijenata viši socioekonomski status doprinosi nižem negativnom mentalnom zdravlju. Također starija dob doprinosi nižem negativnom mentalnom zdravlju. No, uvidom u korelacijsku matricu, vidi se da ne postoji korelacija između dobi i negativnog mentalnog zdravlja te se može zaključiti da se radi o supresorskom efektu. Supresor je varijabla koja ima jako nisku ili nultu korelaciju s kriterijem, ali relativno visoku korelaciju s nekim od značajnih prediktora, te povećava udio objašnjene varijance kriterijske varijable. Ona umanjuje varijabilitet prediktora i time poboljšava prognozu rezultata. Prema tome, uključivanjem supresora u regresijsku jednadžbu povećava se prediktivna valjanost druge varijable ili seta varijabli, što se očituje u povećanju njihovog

regresijskog koeficijenta (Friedman i Wall, 2005). U drugom koraku hedonizam objašnjava dodatnih 4% varijance te je također značajan prediktor kriterija. Pokazalo se kako visoki hedonizam doprinosi niskom negativnom mentalnom zdravlju.

*Tablica 3*. Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza kod ispitivanja doprinosa hedonizma indeksu mentalnog zdravlja, pozitivnom i negativnom mentalnom zdravlju.

| Kriterij | Model | Prediktor | *R* | $R^2$ | $\Delta R^2$ | *F* | β |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indeks mentalnog zdravlja | 1. korak | | .23** | .05** | / | 4.59** | |
| | | Spol | | | | | -.08 |
| | | **Dob** | | | | | .12* |
| | | Godina studija | | | | | -.04 |
| | | **SES** | | | | | .18** |
| | 2. korak | | .35** | .12** | .07** | 9.31** | |
| | | Spol | | | | | -.06 |
| | | **Dob** | | | | | .13* |
| | | Godina studija | | | | | -.02 |
| | | **SES** | | | | | .19** |
| | | **Hedonizam** | | | | | .27** |
| Pozitivno mentalno zdravlje | 1. korak | | .18* | .03* | / | 2.84* | |
| | | Spol | | | | | -.05 |
| | | Dob | | | | | .10 |
| | | Godina studija | | | | | -.01 |
| | | **SES** | | | | | .14** |
| | 2. korak | | .37** | .14** | .11** | 10.73** | |
| | | Spol | | | | | -.03 |
| | | Dob | | | | | .11 |
| | | Godina studija | | | | | .01 |
| | | **SES** | | | | | .15** |
| | | **Hedonizam** | | | | | .33** |
| Negativno mentalno zdravlje | 1. korak | | .24** | .06** | / | 4.93** | |
| | | Spol | | | | | .09 |
| | | **Dob** | | | | | -.12* |
| | | Godina studija | | | | | .04 |
| | | **SES** | | | | | -.18** |
| | 2. korak | | .31** | .10** | .04** | 6.98** | |
| | | Spol | | | | | .08 |
| | | **Dob** | | | | | -.12* |
| | | Godina studija | | | | | .02 |
| | | **SES** | | | | | -.18** |
| | | **Hedonizam** | | | | | -.20** |

**Legenda:** **p< 0.01; *p< 0.05; R – koeficijent multiple korelacije; $R^2$ - koeficijent multiple determinacije; $\Delta R^2$ - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent

Testiranje izravnog doprinosa eudaimonije objašnjenju indeksa mentalnog zdravlja odnosno, pozitivnog mentalnog zdravlja te negativnog mentalnog zdravlja studenata provedeno je na način da su u prvi korak hijerarhijske regresijske analize uvršteni sociodemografski podaci, a u drugom koraku dodana je eudaimonija. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 4.

U hijerarhijskoj regresijskoj analizi gdje je kriterij bio indeks mentalnog zdravlja, sociodemografski podaci objašnjavaju 5% varijance kriterija pri čemu su se varijable dobi i socioekonomskog statusa pokazale značajnim prediktorom. Pritom, starija dob i viši socioekonomski status doprinose boljem općem mentalnom zdravlju. Dodavanjem eudaimonije u analizu pokazalo se kako ona objašnjava dodatnih 4% varijance kriterija te je značajni prediktor kriterija. Prema vrijednosti standardiziranog β koeficijenta vidljivo je da veća eudaimonija doprinosi boljem općem mentalnom zdravlju.

U hijerarhijskoj regresijskoj analizi u kojoj je kriterij bilo pozitivno mentalno zdravlje, pokazalo se da sociodemografski podaci objašnjavaju 3% varijance kriterija, a jedini značajni prediktor je socioekonomski status. Viši socioekonomski status doprinosi većem pozitivnom mentalnom zdravlju. U drugom koraku pokazalo se da eudaimonija objašnjava dodatnih 6% varijance kriterija te je također značajan prediktor kriterija. Pri tome veća eudaimonija doprinosi većem pozitivnom mentalnom zdravlju.

Rezultati zadnje regresijske analize u kojoj je kriterij bilo negativno mentalno zdravlje pokazuju kako sociodemografski podaci objašnjavaju 6% varijance kriterija te su ovdje značajni prediktori dob i socioekonomski status. Pri tome starija dob i viši socioekonomski status doprinose nižem negativnom mentalnom zdravlju. Dodavanjem eudaimonije u drugom koraku pokazalo se da ona objašnjava dodatnih 2% varijance kriterija te se također pokazuje kao značajan prediktor. Beta ponder upućuje na to da veća eudaimonija doprinosi nižem negativnom mentalnom zdravlju.

*Tablica 4*. Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza kod ispitivanja doprinosa eudaimonije indeksu mentalnog zdravlja, pozitivnom i negativnom mentalnom zdravlju.

| Kriterij | Model | Prediktor | *R* | $R^2$ | $\Delta R^2$ | *F* | β |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indeks mentalnog zdravlja | 1. korak | | .23** | .05** | / | 4.59** | |
| | | Spol | | | | | -.08 |
| | | **Dob** | | | | | .12* |
| | | Godina studija | | | | | -.04 |
| | | **SES** | | | | | .18** |
| | 2. korak | | .30** | .09** | .04** | 6.32** | |
| | | Spol | | | | | -.08 |
| | | Dob | | | | | .11 |
| | | Godina studija | | | | | -.04 |
| | | **SES** | | | | | .18** |
| | | **Eudaimonija** | | | | | .19** |
| Pozitivno mentalno zdravlje | 1. korak | | .18* | .03* | / | 2.84* | |
| | | Spol | | | | | -.05 |
| | | Dob | | | | | .10 |
| | | Godina studija | | | | | -.01 |
| | | **SES** | | | | | .14** |
| | 2. korak | | .31** | .10** | .06** | 6.95** | |
| | | Spol | | | | | -.05 |
| | | Dob | | | | | .08 |
| | | Godina studija | | | | | -.02 |
| | | **SES** | | | | | .15** |
| | | **Eudaimonija** | | | | | .25** |
| Negativno mentalno zdravlje | 1. korak | | .24** | .06** | / | 4.93** | |
| | | Spol | | | | | .09 |
| | | **Dob** | | | | | -.12* |
| | | Godina studija | | | | | .04 |
| | | **SES** | | | | | -.18** |
| | 2. korak | | .27** | .08** | .02** | 5.40** | |
| | | Spol | | | | | .10 |
| | | Dob | | | | | -.11 |
| | | Godina studija | | | | | .04 |
| | | **SES** | | | | | -.18** |
| | | **Eudaimonija** | | | | | -.14** |

**Legenda:** **p< 0.01; *p< 0.05; R – koeficijent multiple korelacije; $R^2$ - koeficijent multiple determinacije; $\Delta R^2$ - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent

Osim izravne povezanosti, u ovom istraživanju se provjeravalo doprinose li različiti oblici dobrobiti mentalnom zdravlju i neizravno. Provjeravalo se doprinosi li eudaimonija,

odnosno hedonizam kriterijima putem osnovnih psiholoških potreba i percepcije stresa. Za procjenu postojanja medijacijskog utjecaja postoji model od 4 regresijske analize koji su opisali Baron i Kenny (1986): 1) predviđa li prediktor kriterij, 2) predviđa li prediktor medijator, 3) predviđa li medijator kriterij i 4) pridonose li prediktor i medijator objašnjenju varijance kriterijske varijable. Prema tom modelu, medijacija se dogodila kada se uključivanjem medijatora u drugi korak zadnje analize β ponder prediktora smanji ili postane neznačajan, dok je doprinos medijatora objašnjenju varijance kriterija značajan. Također, postoji djelomična i potpuna medijacija. Potpuna medijacija je slučaj u kojemu prediktor više ne utječe na kriterij nakon što je uključen medijator, a djelomična medijacija je slučaj u kojem nakon uvođenja medijatora dođe do značajnog smanjenja utjecaja prediktora na kriterij, ali taj utjecaj nije u potpunosti nestao (Shrout i Bolger, 2002).

U prvom djelu obrade, provjeravalo se posreduju li percepcija stresa i psihološke potrebe (autonomija, povezanost i kompetentnost) u odnosu između hedonizma i indeksa mentalnog zdravlja. Rezultati se nalaze u tablici 5. U tablici je prikazan samo zadnji korak onih analiza gdje je potvrđen medijacijski odnos.

Iz navedene se tablice može vidjeti da su percepcija stresa i sve tri psihološke potrebe medijatori povezanosti hedonizma i indeksa mentalnog zdravlja. U svim slučajevima riječ je o djelomičnoj medijaciji. Dobiveno je da visoki hedonizam preko nisko percipiranog stresa doprinijeo boljem ukupnom mentalnom zdravlju studenata. Također, visoki hedonizam preko visoko zadovoljenih psiholoških potreba za autonomijom, povezanošću i kompetentnosti doprinosi boljem ukupnom mentalnom zdravlju studenata.

*Tablica 5.* Rezultati zadnjeg koraka regresijskih analiza prilikom provjere uloge percepcije stresa i osnovnih psiholoških potreba kao medijatora u odnosu između hedonizma i indeksa mentalnog zdravlja: statistički značajni rezultati.

| | Prediktor | $R$ | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$ | β |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.korak | | .27** | .07** | / | 25.35** | |
| | Hedonizam | | | | | .27** |
| 2.korak | | .80 | .64 | .57 | 292.84** | |
| | Hedonizam | | | | | .09** |
| | Percipirani stres | | | | | -.78** |
| 1.korak | | .26 | .07 | / | 24.28** | |
| | Hedonizam | | | | | .26** |
| 2.korak | | .64 | .41 | .34 | 112.97** | |
| | Hedonizam | | | | | .11* |
| | Autonomija | | | | | .60** |
| 1.korak | | .25 | .07 | / | 22.57** | |
| | Hedonizam | | | | | .25** |
| 2.korak | | .50 | .25 | .19 | 54.62** | |
| | Hedonizam | | | | | .15** |
| | Povezanost | | | | | .45** |
| 1.korak | | .27 | .08 | / | 26.39** | |
| | Hedonizam | | | | | .27** |
| 2.korak | | .56 | .31 | .24 | 73.27** | |
| | Hedonizam | | | | | .20** |
| | Kompetentnost | | | | | .49** |

**Legenda:** **p< 0.01; *p< 0.05; R – koeficijent multiple korelacije; $R^2$ - koeficijent multiple determinacije; $\Delta R^2$ - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent

U drugom koraku obrade, provjeravalo se posreduju li percepcija stresa i psihološke potrebe (autonomija, povezanost i kompetentnost) u odnosu između eudaimonije i indeksa mentalnog zdravlja. Rezultati se nalaze u tablici 6. U tablici je prikazan samo zadnji korak onih analiza gdje je potvrđen medijacijski odnos.

U ovim analizama se također pokazala prisutnost neizravnih odnosa. Percepcija stresa, potreba za autonomijom i potreba za kompetentnosti medijatori su povezanosti eudaimonije i indeksa mentalnog zdravlja. U sve tri analize radi se o potpunoj medijaciji. Pri tome je visoka eudaimonija preko nisko percipiranog stresa doprinijela boljem općem mentalnom zdravlju studenata. Također, visoka eudaimonija je preko visoko zadovoljenih psiholoških potreba za autonomijom i kompetentnosti doprinijela boljem ukupnom mentalnom zdravlju.

*Tablica 6.* Rezultati zadnjeg koraka regresijskih analiza prilikom provjere uloge percepcije stresa i osnovnih psiholoških potreba kao medijatora u odnosu između eudaimonije i indeksa mentalnog zdravlja: statistički značajni rezultati.

| | Prediktor | *R* | $R^2$ | $\Delta R^2$ | *F* | β |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.korak | | .19 | .04 | / | 12.15** | |
| | Eudaimonija | | | | | .19** |
| 2.korak | | .80 | .64 | .60 | 288.15** | |
| | Eudaimonija | | | | | .07 |
| | Percipirani stres | | | | | -.79** |
| 1.korak | | .19 | .04 | / | 12.36** | |
| | Eudaimonija | | | | | .19** |
| 2.korak | | .63 | .40 | .36 | 108.67** | |
| | Eudaimonija | | | | | .05 |
| | Autonomija | | | | | .62** |
| 1.korak | | .18 | .03 | / | 11.37** | |
| | Eudaimonija | | | | | .18** |
| 2.korak | | .52 | .27 | .24 | 60.91** | |
| | Eudaimonija | | | | | .00 |
| | Kompetentnost | | | | | .52** |

**Legenda:** **p< 0.01; *p< 0.05; R – koeficijent multiple korelacije; $R^2$ - koeficijent multiple determinacije; $\Delta R^2$ - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent

## Rasprava

### Korelacije između ispitivanih varijabli

Dobiveni koeficijenti korelacije pokazuju da su stariji studenti boljeg općeg mentalnog zdravlja. Takav nalaz u skladu je s drugim istraživanjima u kojima se proučavao odnos dobi i mentalnog zdravlja. Naime, adolescencija se spominje kao razdoblje kada se najčešće javljaju prvi simptomi mentalnih poremećaja (Thawabieh i Qaisy, 2012). Također, mladi su na početku obrazovanja suočeni s više stresora nego bilo koja druga populacija jer se u to vrijeme suočavaju s brojnim razvojnim i okolinskim promjenama, što doprinosi lošijem mentalnom zdravlju (Eisenberg i sur., 2016). Neki ovakvu povezanost obrazlažu time da se stariji ljudi bolje nose s

vlastitim mentalnim poteškoćama i prihvaćaju ih kao dio sebe. To bi impliciralo da su stariji studenti prošli razdoblje prilagodbe na životne promjene te se bolje nose sa svakodnevnim stresorima u odnosu na mlade.

Koeficijenti korelacije također su pokazali da su studenti s višim socioekonomskim statusom općenito mentalno zdraviji te imaju izraženije pozitivno mentalno zdravlje. S druge strane, oni s nižim socioekonomskim statusom imaju izraženije negativno mentalno zdravlje. Takva povezanost u skladu je s očekivanjima budući da druga istraživanja pokazuju da su bogatiji pojedinci u pravilu boljeg zdravlja (Adler i Ostrove, 1999). Mnogi su znanstvenici došli do zaključka da je ta povezanost rezultat činjenice da osobe visokog socioekonomskog statusa imaju bolje uvjete življenja, veću podršku okoline, veće mogućnosti za napredovanje te doživljavaju manje stresa. Suprotno tome, osobe lošijeg socioekonomskog statusa češće doživljavaju stres s obzirom da imaju osjećaj nesigurnosti glede budućnosti te oni ili njihove obitelji češće obavljaju teže i slabo plaćene poslove u lošim uvjetima rada što negativno djeluje na zdravlje (Hudson, 2005). S obzirom na rezultate drugih istraživanja, utvrđeno je kako siromaštvo može dovesti do slabijeg zdravlja, dok lošije mentalno zdravlje može smanjiti mogućnost za zaradom jer utječe na mogućnost zapošljavanja.

Nadalje, u ovom je istraživanju utvrđeno kako su studenti s visokim stupnjem hedonizma i eudaimonije općenito mentalno zdraviji te imaju zastupljenije pozitivno mentalno zdravlje i manje prisutno negativno mentalno zdravlje. Takvi rezultati su u skladu s očekivanjima jer se u mnogim istraživanjima pokazalo kako osobe s visokim hedonizmom i eudaimonijom imaju bolje fizičko i psihičko zdravlje te manje obolijevaju. To se objašnjava time što su ljudi s većim stupnjem dobrobiti obično optimističniji, imaju bolje strategije suočavanja sa stresom i usmjeravaju se na pozitivne aspekte u stresnim situacijama. Takav način razmišljanja pogoduje pozitivnom mentalnom zdravlju jer potiče zdravi način života, adaptivna ponašanja i kognitivnu fleksibilnost (Conversano i sur. 2010). Negativna korelacija hedonizma i eudaimonije s negativnim mentalnim zdravljem također je logičnog smjera jer su poremećaji i lošije zdravlje povezani s neugodom i boli. Nadalje, bolest često ograničava funkcioniranje što smanjuje mogućnost opuštanja i općeg zadovoljstva (Ryan i Deci, 2001).

Povezanosti hedonizma sa indeksom mentalnog zdravlja i njegovim subskalama veće su nego povezanosti eudaimonije s istim tim varijablama. Iako takvi rezultati nisu u skladu s očekivanjima, oni upućuju na to da stanja ugode i opuštanja, koja proizlaze iz hedonistički orijentiranih aktivnosti, imaju veću ulogu za mentalno zdravlje studenata nego realizacija

ljudskih potencijala i postizanje ciljeva. Dobivena razlika može se objasniti time da ugoda u životu pojedinca podrazumijeva stanje bez problema i stresa koje se odražava i na mentalno zdravlje (Boškivić i Šendula-Jengić, 2008), dok proces samoaktualizacije iziskuje više napora i ulaganja te može mentalno opteretiti pojedinca i izložiti ga većem stresu.

**Izravan doprinos različitih modela dobrobiti mentalnom zdravlju**

Kod ispitivanja doprinosa hedonizma mentalnom zdravlju, pokazalo se da je **dob** sudionika značajan prediktor indeksa mentalnog zdravlja studenata. Pritom su stariji studenti bili boljeg općeg mentalnog zdravlja u odnosu na mlađe studente. Rezultati su sukladni nalazima da većina psihičkih poremećaja ima svoj početak u dobi adolescencije koje zahvaća i početak studiranja. Naime razdoblje početka studiranja stresnije je nego kasniji periodi studija jer mnogi mladi doživljavaju velike promjene u načinu života poput preseljenja, novih obaveza i odgovornosti, nove okoline na koju se trebaju priviknuti i slično. Stariji studenti su već prošli razdoblje privikavanja i prihvaćanja vlastitih nedostataka tako da nisu izloženi većim stresorima kao oni koji su na početku obrazovanja na fakultetu. Verger i sur. (2009) su, recimo, utvrdili kako studenti prve godine često imaju neadekvatne sposobnosti za suočavanje sa stresom i manjak autonomije te se zbog neuspješne prilagodbe na fakultetske obaveze javljaju mentalni poremećaji. Ujedno, Shallcross, Ford, Floerke i Mauss (2013) navode kako ljudi s godinama bolje prihvaćaju svoja negativna iskustva te se bolje nose sa životnim problemima što doprinosi boljem mentalnom zdravlju.

Od sociodemografskih varijabli kao značajan prediktor indeksa mentalnog zdravlja, pozitivnog mentalnog zdravlja i negativnog mentalnog zdravlja pokazao se još **socioekonomski status**. Pritom viši socioekonomski status omogućuje predviđanje boljeg mentalnog zdravlja studenata. Takvi su rezultati očekivani s obzirom da visoki socioekonomski status pruža brojne pogodnosti koje nemaju siromašniji pojedinci. Naime, bogatiji studenti popularniji su u društvu te imaju više poznanstava koja im pružaju osjećaj pripadanja. Također, manje su izloženi stresu jer im financijska situacija omogućava da budu bezbrižni glede uvjeta življenja i izdataka prilikom studiranja. S druge strane, siromašniji pojedinci nemaju tu privilegiju te se često svakodnevno moraju boriti kako bi si mogli osigurati kvalitetan život i mogućnost za napredovanjem. Posljedično doživljavaju više stresa koji vodi narušenom mentalnom zdravlju. U ostalim istraživanja u kojima je socioekonomski status bio prediktor

mentalnog zdravlja pronađeni su slični rezultati. U istraživanju kojeg su proveli Ardington i Case (2010) utvrđeno je da nizak socioekonomski status doprinosi simptomima depresije i anksioznosti. Autori smatraju kako je siromaštvo temeljni uzrok mentalnim poremećajima jer ograničava pristup izvorima koji promoviraju zdravlje. Drugim riječima, siromašne obitelji često nemaju novca kako bi si priuštile zdravi život niti kako bi se obratile za pomoć službama za psihološko savjetovanje. Ukoliko se uzme podatak da oko 85% ljudi s težim mentalnim problemima u zemljama s niskim dohotkom ne prima nikakvu terapiju, u usporedbi s 50% ljudi u zemljama s visokim dohotkom (RSPH, 2012), to ukazuje u kojoj mjeri niski standard života ograničava osobu da ukloni mentalne teškoće.

Mnoga su istraživanja diljem svijeta potvrdila da dobrobit može predvidjeti fizičko i mentalno zdravlje ljudi. Takvi nalazi u skladu su s rezultatima ovog istraživanja koje je pokazalo da **hedonizam** i **eudaimonija** značajno pridonose mentalnom zdravlju studenata. Pritom veći hedonizam i veća eudaimonija omogućuju predviđanje boljeg mentalnog zdravlja studenata, dok osobe s niskim hedonizmom i eudaimonijom imaju lošije mentalno zdravlje. S obzirom da raniji nalazi upućuju da dobrobit doprinosi kratkoročnim i dugoročnim zdravstvenim ishodima te kontroli simptoma (Howell, Kern i Lyubomirsky, 2007), potiče na zaključak da dobrobit ima blagotvoran učinak na zdravlje. U smjeru ovog zaključka govori istraživanje Xua (2006) kojim se pokazalo da sretnije osobe imaju manju stopu smrtnosti uzrokovanu fizičkim i mentalnim oboljenjima. Pokazalo se i to da pozitivni osjećaji ne samo da imaju zaštitnu ulogu, već i predviđaju manju mogućnost tragične smrti od npr. samoubojstva ili mentalnih poremećaja. Objašnjenje se može pronaći u biološkim istraživanjima koja pokazuju kako su pozitivne emocije koje uključuju hedonizam i eudaimonija povezane s optimalnim fiziološkim procesima. Hedonizam utječe na autonomni živčani sustav na način da aktivira parasimpatikus koji usporava rad srca i snižava krvni tlak i tako inicira opuštanje. Također, smanjuje se aktivacija hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi što smanjuje otpuštanje kortizola, tzv. hormona stresa. Događaju se i promijene na razini imunološkog sustava uslijed kojih dolazi do lučenja veće količine imunoglobulina A koji pomaže u sprječavanju bolesti (Steptoe, Wardle i Marmot, 2005). Osim toga, pozitivne emocije mogu poništiti učinke negativnih emocija smanjenjem psihofiziološke reaktivnosti na stresore zbog čega se pojedinci bolje suočavaju s njima (Vasquez i sur., 2009).

Suprotno očekivanjima pokazalo se da hedonizam više doprinosi globalnom mentalnom zdravlju, pozitivnom mentalnom zdravlju i negativnom mentalnom zdravlju u odnosu na eudaimoniju. S obzirom da u doba studiranja studenti nemaju puno vremena za opuštanje,

hedonizam očito ima veće pogodnosti za mentalno zdravlje. U vrijeme kada se mladi često susreću s obavezama i napetostima, za pretpostaviti je da im je u interesu zabaviti se i opustiti, tj. postići veći hedonizam u što kraćem roku. Ovaj nalaz također upućuje na jednu važnu stvar koja se zamijetila uspoređivanjem naših rezultata i podataka ranijih istraživanja. Raniji radovi govore kako eudaimonija ima veće pozitivne efekte na zdravlje nego hedonizam. Međutim, u tim se radovima uglavnom ispitivao odnos različitih oblika dobrobiti i tjelesnog zdravlja (Diener i Chan, 2011; Ryff i sur., 2004), dok je kod nas kriterij bio mentalno zdravlje. Imajući u vidu kako hedonistički stil života podrazumijeva prisutnost pasivnosti, pušenja, pijenja alkohola, prekomjernog jedenja nije iznenađujući njezin veći efekt na tjelesno zdravlje. Suprotno tome, čini se da upravo pružanje neposrednog zadovoljstva i uživanja ima pozitivniji učinak za mentalno zdravlje. Uostalom, prosječna dob sudionika ovog istraživanja je 19.78 (*SD*=1.32) tako da hedonistički aspekti života sigurno značajno i doprinosi općem mentalnom zdravlju mladog čovjeka. Istovremeno, štetne posljedice hedonizma vjerojatno se još nisu mogle evidentirati u tako ranoj dobi posebno ako se uzme u obzir da se negativne posljedice hedonizma i pozitivni učinci eudaimonije mogu uočiti tek nakon dužeg razdoblja života (Ryan i Huta, 2009).

### Neizravan doprinos različitih modela dobrobiti mentalnom zdravlju putem percepcije stresa i osnovnih psiholoških potreba

U ovom istraživanju ispitivalo se postoji li neizravan doprinos eudaimonije i hedonizma mentalnom zdravlju putem percepcije stresa i osnovnih psiholoških potreba. Pokazalo se kako je **percepcija stresa** medijator odnosa između hedonizma i mentalnog zdravlja. To znači da su osobe sa visokim hedonizmom ostvarile visoko pozitivno mentalno zdravlje putem niske percepcije stresa. Pritom se radilo o djelomičnoj medijaciji što znači da je povezanost hedonizma i mentalnog zdravlja djelomično posredovana percepcijom stresa te pored percepcije stresa postoje i neki drugi medijatori toga odnosa. Dobiveni rezultati mogu se objasniti time što hedonizam podrazumijeva stanje koje proizlazi iz doživljaja užitka i zadovoljstva životom te prisutnosti pozitivnih emocija. Samim tim, osobe takvog statusa vjerojatno situacije na koje nailaze ne smatraju prijetećim te uz pozitivni pogled na život imaju nisku percepciju stresa, a postoje i indicije kako su osobe visokog hedonizma sklone pozitivnom suočavanju sa stresom te zato percipiraju niske razine stresa (Lemars, 2012). Sve se to zajedno pozitivno odražava na mentalno zdravlje. Također hedonizam doprinosi aktivaciji

parasimpatičkog sustava koji dalje inhibira rad hipofize i nadbubrežnih žlijezda. Time je smanjeno lučenje adrenalina, kortizola i drugih biokemijskih sastojaka koji, u prekomjernim količinama, štete zdravlju (Steptoe i sur., 2005). Parasimpatikus, stoga, potiče štednju energije, djeluje umirujuće te oporavlja i opušta organizam što rezultira manjom percepcijom stresa i konačno očuvanim mentalnim zdravljem.

U ovom istraživanju percepcija stresa pokazala se medijatorom u odnosu eudaimonije i mentalnog zdravlja. To znači da su studenti koji imaju visoku eudaimoniju putem niske percepcije stresa ostvarili visoko pozitivno mentalno zdravlje. U ovom slučaju radilo se o potpunoj medijaciji što znači da osim percepcije stresa eudaimonija neizravno pridonosi ovom kriteriju jedino kroz nisko percipirani stres. Takvi rezultati objašnjavaju se time što eudaimonistička dobrobiti proizlazi iz obavljanja radnji koje uključuju potpunu predanost u aktivnostima (Waterman, 1993) zbog čega se javlja osjećaj zadovoljstva i opuštenosti. Također, osobe koje teže samoaktualizaciji, većinu situacija s kojima se u životu susreću ne doživljavaju stresno već na njih gledaju kao na pozitivne izazove koji potiču njihov osobni razvoj. Samim tim, kroče kroz svakodnevne situacije u životu opušteno i bez stresa što se posljedično pozitivno odražava na njihovo mentalno zdravlje.

Medijatorima u odnosu hedonizma i mentalnog zdravlja pokazale su se i **osnovne psihološke potrebe** što znači da su osobe s visokim hedonizmom ostvarile visoko pozitivno mentalno zdravlje putem visoko zadovoljenih potreba za autonomijom, kompetentnosti i povezanosti. Pritom se radilo o djelomičnoj medijaciji što znači da je povezanost hedonizma i mentalnog zdravlja djelomično posredovana psihološkim potrebama, a djelomično i nekim drugim medijatorima toga odnosa. Takvi rezultati mogu se objasniti time da osobe visokog hedonizma ugađaju sebi i nastoje zadovoljiti svoje nagone. Ta tendencija pridonosi zadovoljenju osnovnih psiholoških potreba što potiče pozitivno mentalno zdravlje. Ovaj odnos odvija se na način da zadovoljena potreba za autonomijom pruža ljudima slobodu odlučivanja što smanjuje vjerojatnost nezadovoljstva u životu koji vodi k frustraciji i narušenom mentalnom zdravlju. Potreba za kompetentnosti podrazumijeva da osoba vjeruje u svoje sposobnosti što znači da će, u susretu sa svakodnevnim situacijama imati manji strah od neuspjeha i manje napetosti. Zadovoljena potreba za povezanošću pak znači da je osoba važna drugima zbog čega se ostvaruju bliske veze koje štite osobu od raznih stresora i nastanka psihičkih problema (Ryff i sur., 2004).

Nadalje, u ovom istraživanju, psihološke potrebe za autonomijom i kompetentnosti pokazale su se medijatorima u odnosu eudaimonije i mentalnog zdravlja. To znači da visoka

eudaimonija preko visoko zadovoljenih potreba za autonomijom i kompetentnosti doprinosi boljem mentalnom zdravlju studenata. U ovom slučaju medijacije su bile potpune što znači da eudaimonija isključivo preko ovih potreba doprinosi mentalnom zdravlju studenata. Objašnjenje za ove odnose nalazi se u sljedećem. Eudaimonija kao stanje proizlazi iz autonomije te samoprihvaćanja i ovladavanja okolinom (Ryff i Keyes, 1995) tako da ne iznenađuje njezina povezanost sa zadovoljenjem ovih psiholoških potreba. Istovremeno, imajući u vidu da eudaimonija, ali i zadovoljenje ovih potreba, potiče različite procese u smjeru ostvarenja osobnog potencijala pojedinca, prisutnost optimalnog mentalnog zdravlja kod tih je osoba sljedeći logičan korak tog razvoja.

Povezanost eudaimonije s nekim, ali ne sa svim psihološkim potrebama evidentirana je i u nekim ranijim istraživanjima (Sheldon i Elliot, 1999). Na primjer, Lonsdale, Hodge i Rose (2009) utvrdili su da zadovoljenje potrebe za povezanošću najmanje povezano s eudaimonijom i izbjegavanjem bolesti. Razlog za nepovezanost eudaimonije i potrebe za povezanošću je taj što se eudaimonija odnosi na predanost u radu i ostvarivanje vlastitih potencijala što često ne uključuje bliskost s drugim ljudima, već ovisi o karakteristikama i motivaciji same osobe.

**Nedostaci i implikacije za buduća istraživanja**

Provedeno istraživanje ima neka ograničenja zbog kojih je važno biti oprezan prilikom generalizacije dobivenih rezultata. Prvo, podaci su prikupljeni na tri osječka fakulteta pa je upitno koliko se rezultati mogu generalizirati na druge studente u Osijeku ili u Hrvatskoj. Nadalje, sudionici su prilikom ispunjavanja upitnika sjedili jedni pored drugih u velikim grupama te su mogli vidjeti tuđe odgovore i raspravljati o njima. Moguće je da zbog toga sudionici nisu bili iskreni prilikom odgovaranja na pitanja ili da su davali socijalno poželjne odgovore. Nadalje, sudionici su bili studenti, a s obzirom na prošla istraživanja u kojima je utvrđeno da neobrazovane osobe više teže eudaimoniji (Keyes i sur., 2002), postavlja se pitanje postoje li razlike između njih i njihovih vršnjaka koji ne studiraju.

U budućim istraživanjima bilo bi dobro ispitati studente drugih fakulteta i smjerova u Hrvatskoj kako bi se dobila realnija slika i rezultati koji bi se mogli generalizirati na širu populaciju. Također, bilo bi dobro osigurati bolje uvjete za ispunjavanje upitnika, primjerice organizirati ispitivanje u manjim grupama te osigurati anonimnost na način da sudionici sjede udaljeni jedni od drugih. Isto tako, korisno bi bilo provjeriti i postoje li razlike između utjecaja

hedonizma i eudaimonije na zdravlje s obzirom na obrazovanje budući da su sudionici u ovom istraživanju bile isključivo osobe sa započetim akademskim obrazovanjem. U buduća istraživanja trebalo bi uključiti i mlade odrasle osobe koje ne studiraju.

## Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos različitih modela dobrobiti i mentalnog zdravlja kod studenata te ispitati ulogu stresa i psiholoških potreba u tom odnosu. U sklopu prvog problema ispitan je izravan doprinos različitih oblika dobrobiti (hedonizma i eudaimonije) mentalnom zdravlju kod studenata. Očekivalo se kako će doprinos eudaimonije mentalnom zdravlju biti veći u odnosu na doprinos hedonizma, međutim rezultati pokazuju suprotno. Od pojedinačnih prediktora, hedonizam, eudaimonija i socioekonomski status doprinose indeksu mentalnog zdravlja, pozitivnom mentalnom zdravlju i negativnom mentalnom zdravlju s tim da je dob još predviđala ukupni indeks mentalnog zdravlja. Pritom veći hedonizam, veća eudaimonija, viši socioekonomski status te starija dob predviđaju bolje mentalno zdravlje studenata. Najveći doprinos kriterijima od svih varijabli imao je hedonizam što ukazuje da je za mentalno zdravlje studenata važan doživljaj zadovoljstva životom, zastupljenost pozitivnih emocija te što veća razina užitka. Na kraju je utvrđeno i da su percipirani stres i psihološke potrebe medijatori između hedonizma, eudaimonije i mentalnog zdravlja. Iz dobivenih se rezultata općenito može zaključiti da visoki hedonizam te visoka eudaimonija preko niske percepcije stresa i visoko zadovoljenih psiholoških potreba doprinose dobrom mentalnom zdravlju studenata.

## Literatura


Adler, N. E. i Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences, 896* (1), 3-15.

Aldiabat, K. M., Matani, N. A. i Navenec, C. L. (2014). Mental Health among Undergraduate University Students: A Background Paper for Administrators, Educators and Healthcare Providers. *Universal Journal of Public Health, 2* (8), 209-214.

Ardington, C. i A. Case (2010). Interactions between mental health and socioeconomic status in the South African: National Income Dynamics Study. *Studies in Economics and Econometrics ,34* (3), 69-84.

Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–1182.

Bošković, G. i Šendula-Jengić, V. (2008). Mental Health as Eudaimonic Well-Being? *(Editorial) Psychiatria Danubina, 20* (4), 452-455.

Cohen, S., Kamarck, T. i Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior,* 24, 386-396.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F. i Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical wellbeing. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 6,* 25-9.

Cummins, R. A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research, 64,* 225-256.

Deci, E. L., i Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *New York: Plenum*.

Deci, E. L. i Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychological Inquiry,* 11, 227-268.

Derogatis, L. R., Abeloff, M. D. i Melisaratos, N. (1979). Pyichological coping mechanisms and survival time in metastetic breast cancer. *Journal of the American Medical Association, 242,* 1504-1508.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. i Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125,* 276-302.

Diener, E., Oishi, S., i Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York : Oxford University Press.

Diener, E. i Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3* (1), 1-43.

Eisenberg, D., Goldrick-Rab, S., Lipson, S. i Broton, K. (2016). *Too Distressed to Learn? Mental Health Among Community College Students*. Wisconsin HOPE Lab, Madison WI.

Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th Edition).* London: Sage publications.

Gonzalez, M. G., Swanson, D. P., Lynch, M. i Williams, G. C. (2016). Testing satisfaction of basic psychological needs as a mediator of the relationship betwwen socioeconomic status and physical and mental health. *Journal of health psychology, 21* (6), 972-82.

Goulimaris, D., Mavridis, G., Genti, M. i Rokka, S. (2014). Relationships between basic psychological needs and psychological well-being in recreational dance activities. *Journal of Physical Educations and Sport, 14* (2), 277-284.

Heubeck, B. G. i Neill, J. T. (2000). Internal validity and reliability of the 30 item Mental Health Inventory for Australian adolescents. *Psychological Reports*, 87, 431-440.

Howell, R. T., Kern, M. L. i Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1,* 83-136.

Hudek – Knežević, J., Kardum, I. i Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, 4* (42), 543-561.

Hudson, C.G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry, 75,* 3-18.

Hughes, C. (2012). All beer and skittles? A qualitative pilot study of the role of alcohol in university college life. *Australian Universities' Review, 54*, 22–28.

Kararić, D., Sindik, J., Raguž, V., Klokoč, P., Milovčević, V. i Burum, M. (2012). Odnos zadovoljstva životom i psihološke dobrobiti sa stresom i mentalnom čvrstoćom kod studenata sestrinstva. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 29* (8), 35-48.

Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L. E., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D. i Witt, W. P. (2012). Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 31* (5), 677–684.

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research, 43*, 207-222.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. i Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 1007-1022.

Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.

Layous, K., Chancellor, J. i Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology, 123*, 3-12.

Lee, J. S., Joo, E. J. i Choi, K. S. (2013). Perceived Stress and Self-esteem Mediate the Effects of Work-related Stress on Depression. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 29* (1), 75–81.

Lindfors, P. i Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health, 18* (4), 153-60.

Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z. (2006). *Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i osjećaj sreće u Hrvatskoj i europskim zemljama*. Zagreb : Institut za javne financije i Friedrich Ebert Stiftung, 181-197.

Lonsdale, C., Hodge, K. i Rose, E. (2009). Athlete burnout in elite sport: A self-determination perspective. *Journal of Sports Science, 27*, 785-795.

Lucas, R. E., Diener, E., i Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616–628.

Martel, F. i Ryan, R. M. (2015). The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *Journal of personality.*

Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E. i Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology, 104*, 1096–1131.

Miller, E. J. i Chung, H. (2009). A literature review of studies of depression and treatment outcomes among U.S. College students. *Psychiatric Services, 60*, 1257-1260.

Mišura, D. (2011). Model održive sreće. Vuletić, G. (ur.) *Kvaliteta života i zdravlja*. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku: Filozofski fakultet.

Mitchell, J. (2015). College Students' Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention Strategies. *Departmental Honors Projects, 36.*

Nima, A. A., Rosenberg, P., Archer, T. i Garcia, D. (2013). Anxiety, Affect, Self-Esteem, and Stress: Mediation and Moderation Effects on Depression. *PLoS ONE, 8* (9), e73265.

Petz, B., Kolesarić, V. i Ivanec, D. (2012). *Petzova statistika*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Phillips, A. C. (2013). Perceived Stress. *In: Encyclopedia of Behavioral Medicine.* Springer New York, 1453-1454.

RSPH (2012). Mental Health in the New Public Health System: Seminar Briefing. Preuzeto s: http://www.rsph.org.uk/en/about-us/latest-news/press-releases/pressrelease1.cfm/pid/B91EBBC5-1CED-4AA7-B25ED10E392353E1

Ryan, R. M. i Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,* 141-166.

Ryan, R. M. i Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: The importance of Eudaimonic Thinking. *Journal of Positive Psychology, 4*, 202–204.

Ryan, R. M. i Huta, V. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735-762.

Ryff, C. i Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 719–727.

Ryff, C. D. i Singer, B. H. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review, 4* (1), 30-44.

Ryff, C. D., Singer, B. H. i Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B, 359*, 1383-1394.

Sabol, J. (2005). Osobine linosti i osnovne psihološke potrebe kao prediktori zadovoljstva životom. *Diplomski rad*. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. A. i Mauss, I. B. (2013). Getting better with age: The relationship between age, acceptance, and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 734-749.

Sheldon, K. M. i Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 482-497.

Shrout, P. E. i Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. Psychological Methods, 7, 422–445.

Stegeman, M. (2014). The relation between health and wellbeing. Faculty of Behavioral Sciences.

Steptoe A., Wardle J. i Marmot M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 102* (18), 6508–6512.

Sujoldžić, A., Rudan, V. i De Lucia, A. (2006). *Adolescencija i mentalno zdravlje*. Institut za antropologiju. Hrvatsko antropološko društvo. Zagreb.

Thawabieh, A. i Qaisy, L. (2012). Assessing stress among university students. *American International Journal of Contemporary Research, 2* (2), 110-16.

Tian, L. Chen, H. i Huebner, E. S. (2014). The longitudinal relationships between basic psychological needs satisfaction at school and school related subjective well-being in adolescents. *Social Indicators Research, 119*, 353-372.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. i Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology, 5*, 15-27.

Veit, C. i Ware, J. (1983) The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.

Verger, P., Combes, J. B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F. i Peretti-Watel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44* (8), 643–650.

Waterman, A. S. (1993) Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 678-691.

WHO-World Health Organization (2014). Mental health: A state of well-being. Geneva.

Xu, J. (2006). Subjective well-being as predictor of mortality, heart disease, and obesity: Prospective evidence from the Alameda Country study (California). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering, 66, 7-B*, 3671.