МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ПОПУЛАЦИЈАТА ВО РСМ ВО ПЕРИОД НА КОВИД ПАНДЕМИЈА

СТУДЕНТ: **МАРИЈА СИМОНОВСКА АРСОВСКА**
БРОЈ НА ИНДЕКС: М173001
МЕНТОР: **ДОЦ.Д-Р СЛАЃАНА АНЃЕЛКОСКА**

Свети Николе, 2021

СОДРЖИНА

*Апстракт.....3

*Вовед.....4
1. Дефинирање на поимот ментално здравје.....7
1.1 Превенција за унапредување на менталното здравје.....10
1.2 Ковид пандемија.....13
1.3 Нарушување на менталното здравје и појава на психопатологија.....16
1.3.1 Анксиозно растројство.....15
1.3.2 Фобично растројство.....20
1.3.3 Опсесивно-компулсивно растројство.....25
1.3.4 Депресивно растројство.....29
1.3.5 Кардиоваскуларни заболувања.....34
1.3.6 Инхибиторност.....37
1.3.7Гастринтестинални заболувања.....38
1.3.8 Хипохиндрично растројство.....39
1.3.9 Агрсивност и импулсивност.....42
1.3.10Параноидност.....46
1.3.11 Хиперсензитивност.....48
2. Досегашни истражувања за менталното здравје во РСМ.....50
2.1 Досегашни истражувања за менталното здравје за време на Ковид-19 пандемија во РСМ.....56
2.2 Досегашни истражувања за менталното здравје за време на Ковид-19 пандемијата во САД.....56
3.0 МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....59
3.1 Цели и задачи на истражувањето.....59
3.2Методи и техники на истражувањето.....60
3.3 Хипотези во истражувањето.....61
3.4 Варијабли во истражувањето.....62
3.5 Мерни инструменти.....63
3.6 Избор на примерок.....64
3.7 Просторно и временско определување на истражувањето.....64
3.8 Обработка на податоците.....65
4. РЕЗУЛТАТИ.....65
5. ДИСКУСИЈА.....103
* Заклучок.....108
* Препораки.....110
*Користена литература.....111
* Прилог.....115

Апстракт

Во постојниот магистерски труд се истражуваше влијанието на Ковид-19 пандемијата која го зафати целиот свет, па и нашата мала држава која постојано е во транзиција, и нејзиното влијание врз менталното здравје на нашата популација. Истражувањето се одвиваше во период од еден месец на популацијата на РСМ, по пригоден примерок на истражувачот, и беа вклучени 101 испитаник од машки и женски пол, поделени во три категории според степенот на образование, и тоа со основно, средно и високо образование. Испитаниците беа поделени во три возрасни групи, и тоа од 25 до 39 години, од 40 до 59 години и третата група е 60+ години. Предмет на истражувањето е идентификување на психичките промени кои настанале кај популацијата на РСМ за време на Ковид-19 пандемијата, каде основна цел е да се даде еден профил на менталното здравје на нашата популација за време на истата.

Според резултатите од истражувањето, главната хипотеза е потврдена. Ковид-19 пандемијата има влијание врз менталното здравје кај популацијата од 26 до 60+ години на територијата на РСМ и тоа и кај двата пола, и машкиот и женскиот. Добиените резултати од истражувањето укажуваат дека и кај двата пола оваа пандемија оставила белег. Никој не е имун на случувањата и дури 13% од испитаниците пројавуваат умерен степен на невротизираност.

Клучни зборови: ментално здравје, Ковид-19 пандемија, психички промени

ВОВЕД

Термините „ментално здравје“ и „пандемија“ станаа неизоставен дел од комуникацијата во последниве две години. Поимот ментално здравје, според СЗО, претставува благосостојба во која поединецот ги остварува своите потенцијали, може да се носи со секојдневниот стрес, може да работи продуктивно и да придонесува за заедницата. Накратко, Светската здравствена организација дефинира дека менталното здравје е дел од општото здравје, а не само отсуство на болест. Доброто ментално здравје ни овозможува да ги прифатиме нашите емоции и да се справуваме со сите новонастанати проблеми, користејќи ги сите наши потенцијали и ресурси, стекнати вештини и способности. Менталното здравје и психолошките промени кај поединецот се одредени од повеќе индивидуални фактори, како што се: социјални, психолошки, биолошки и фактори на генералното здравје и болести, и затоа би можело да се потенцира дека под овој комплексен термин се подразбира и можност за промена, прилагодување и справување со тешкотиите и стресот. Актуелно, следат многу истражувања за менталното здравје кај луѓето, што придонесува за појава на психопатологија онаму каде што ја немало или ја потенцираат веќе постоечката психопатологија кај некои луѓе. Човекот освен што е биолошко, тој е и психосоцијално суштество. Во XXI век, светот го зафати најголемата пандемија до сега, Ковид-19. Пандемија е поим кој се користи за да се дефинира епидемија, којашто се распространила во поголеми региони, како што се континенти или низ целиот свет, додека епидемија е поим кој означува необично често појавување на некоја болест кај една популација, како што се: колера, грип, тифус, а сега и

Ковид-19 вирусот, кој досега имаше неколку мутации, станувајќи сè позаразен и поагресивен, во смисла на трансмисија и последици кои многу често беа смртоносни.

Имаме чувство дека каде и да одиме, наоколу сите зборуваат за тоа. Сите информации кои секојдневно ги добиваме од медиумите, а и социјалните мрежи, влијаат збунувачки и застрашувачки за нас. Сите добро знаеме дека најголемите човекови стравови се стравот од непознатото и стравот од смртта, она што не можеме да го видиме и допреме, а само го претчувствуваме. Во изминативе година и пол секој од нас стравуваше за својот живот или животот на блиските, или пак, беше дел од мерките на карантин и изолација коишто сите држави во светот ги применуваа по препораките на СЗО. Секој има потреба да комуницира, да се дружи, па тргнувајќи оттука, сите претпоставуваме, а и насетуваме какви последици би можела да остави оваа пандемија на нашето ментално здравје. Сите луѓе различно реагираат кога се во животозагрозувачка ситуација, некои со страв, кој е сосема очекуван феномен кога се работи за непозната опасност, депресија, анксиозност, некои соматизираат, некои само се плашат за своето соматско здравје, па завршуваат со соматизации или соматоформни растројства, параноидни растројства и сл., а кај некои се појавуваат разни видови на психопатолошки сипмтоми. Коронавирусот ги потресе сите аспекти на нашите животи, лични, семејни, социјални, деловни. Луѓето до пред почетокот на пандемијата функционираа на еден начин, одеа на работа, се дружеа, едноставно функционираа во некоја своја комфорна зона, но наеднаш се случи нешто што имаме чувство дека го измести светот наопаку. Луѓето работат од дома, учениците наставата ја следат онлајн дома, пред своите компјутери, сите јавни собири и групирања беа забранети, секаде се носи маска, забранети се прослави, а многу луѓе ги загубија своите работни места и беа доведени до работ на

егзистенцијата, поради економската криза која се појави поради сите овие мерки. Ова навистина има влијание врз нашето секојдневно функционирање, Тоа е навистина голем стрес за сите нас, како физички, така и психолошки стрес. Сите луѓе различно реагираат на него.

Пролонгираниот стрес, предизвикан од пандемијата која трае веќе скоро две години, кој најчесто е предизвикан од опкружувањето (во случајов ковид пандемијата), се претпоставува дека води до нарушување на менталното здравје. Поединецот не може да функционира во нормално опкружување, принуден е да ги следи препораките, загрижен е за својот живот и животот на своите блиски, со што и анксиозноста расте. Сето ова се претпоставува дека води до појава на невротична личност, односно појава на лутина, агресивност и импулсивно реагирање, иритабилност, депресија, соматски потешкотии, како кардиолошки или гастроинтестинални проблеми. Појавата на невротизираност најчесто се поврзува со ограничен или намален квалитет на живот, честа загриженост, проблеми во бракот. Некои истражувања укажуваат и на намален имун одговор при инфекции, кога се работи за невротизирана личност. Карактеристично за невротизираноста е што може да се јави во секоја животна доба, не е поврзана со возраста на луѓето, туку директно со појавата на тој пролонгиран стрес, кој ја ремети личноста во секојдневното функционирање. Но, сепак за тоа на кој начин човекот ќе реагира на оваа новонастаната ситуација зависи и од карактеристиките на личноста пред почетокот на пандемијата, но и претходно доживеаните трауматски искуства кои можат да ја зголемат ранливоста.

1. ДЕФИНИРАЊЕ НА ПОИМОТ МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Менталното здравје е компонента на општото здравје. Тоа не претставува само отсуство на некоја патологија. Според сите релевантни стручни дефиниции, здравјето е дефинирано како телесна, ментална и социјална благосостојба, баш поради тоа што човекот освен што е биолошко, тој е и психосоцијално суштество и токму ова е коренот за дефинирање на менталното здравје. Ова подразбира дека човекот, освен што има потреба да ги задоволи основните потреби, како што се потребите за храна, жед и сексуална репродукција, тој има потреба и од позитивно социјално опкружување, социјална интеракција, постигнување на друштвен статус, и за самоактуелизација, остварувајќи се себи си на професионален и друштвен план. Во психолошкиот дел се опфатени сите психички процеси и состојби, со чија помош човекот се остварува на биолошки и социјален план, односно когнитивно-мнестичките функции. Според СЗО, менталното здравје е дел од општото здравје, а не само отсуство на болест. Тоа е благосостојба во која една индивидуа може да ги реализира нејзините способности, притоа да се избори со нормалниот секојдневен стрес, може да работи продуктивно и способна е да придонесува за општеството.

На човековото ментално здравје влијаат повеќе фактори. Тие се поделени на:

- Внатрешни фактори (генетски предиспозиии, можен хередитет во семејството);
- Надворешни фактори (социјален, економски и здравствен).

Како основа за можно влијание секогаш прво се земаат предвид внатрешните фактори, како што се: генетските предиспозиции на поединецот за можен хередитет во

семејството, на пример, доколку еден од родителите или баба и дедо имаат некое физичко или ментално нарушување, па е можно нивно генетско пренесување. Но сепак, менталното здравје може да биде пореметено и од надворешни фактори, како што се: социјалниот статус на поединецот, невработеност, пензионирање, живеење под кирија или во домови за колективно домување во сопственост на државата, неможност за вработување поради некоја психофизичка пречка, поединецот да живее, расте и да се развива со социјално дисфункционално опкружување, да живее во маргинализирана група во која доминира некој облик на насилство, како што се: семејно насилство, врсничко насилство, или пак, во семејство на разведени родители, што претставува висок ризик за можна појава на психички потешкотии. Друг надворешен фактор кој влијае врз менталното здравје на поединецот е појава на некоја болест, или загуба на некој близок од некоја болест или во епидемија, којашто актуелно е присутна насекаде во светот, како што е пандемијата со Ковид-19. Економскиот статус или економската криза, како надворешен фактор има големо влијание врз менталното здравје. Постојаните миграции на луѓето како последица на економската криза и барањето услови за подобар и поквалитетен живот е доста стресен фактор за поединецот, затоа што неговото егзистирање е доведено во прашање. Битен фактор овде секако е и исхраната, која би требало да биде квалитетна, да ги содржи сите нутритивни вредности, кои се неопходни за правилен раст и развој како физички, така и психички. Неменувачки фактори кои можат да влијаат на менталното здравје се: полот, возраста и етничката припадност на индивидуата.

Доста типични и чести ментални нарушувања се: анксиозноста, растројствата на расположението, односно депресијата како најзастапена, како и шизофренијата. Никаде во светот не постои физички тест или скен којшто може да посочи и дијагностицира

ментално нарушување. Но, сепак, здравствените работници, психолозите и психотерапевтите можат да се водат според некои од следниве знаци за појава на нарушување на менталното здравје:

- Изолирање или повлекување од релациите со семејството, пријателите и колегите;
- Избегнување на активности во кои претходно индивидуата уживала и ја исполнувале;
- Премногу или премалку сон;
- Варијации во апетитот;
- Чувство на безнадежност;
- Константно ниска енергија;
- Користење на никотин, алкохол или дрога;
- Покажување на негативни емоции;
- Чувство на збунетост;
- Индивидуата не е во можност да ги исполни дневните задачи, како што се одење на работа и подготвување на оброк;
- Опстојување на константни мисли или сеќавања;
- Појава на мисли за самоповредување или повредување на друг;
- Слушање на гласови (халуцинации);
- Доживување делузии;
- Константна загриженост.

Во изминатите години сè поголем акцент се става на улогата на менталното здравје во постигнувањето на глобалните развојни цели и инклузија на менталното здравје во „Целите за одржлив развој на СЗО“, сметајќи дека депресијата е еден од

водечките пречки за постигнување на целите. Суицидалноста е втора водечка причина за смрт кај возрасната група од 15 до 29 години, и се смета дека луѓето со ментално нарушување умираат дури две декади порано од останатата популација. Нов Зеланд, како една нова модерна земја, пријавува загрижувачки податоци за 150 000 обиди за суицид во изминатата година, со поголема зачестеност кај младата популација. Се чини дека овде не само економскиот статус има влијание врз менталното здравје кај популацијата.

1.1 ПРЕВЕНЦИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

„Позитивното ментално здравје се однесува на менталното здравје како капацитет за опфаќање, разбирање и за интерпретирање на околината, за приспособување кон неа и за нејзино менување, како начин на размислување и комуникација. Напоменавме дека е определено од четирите главни влијанија, како што се: индивидуалните фактори и искуства, од социјалните фактори, од интеракцијата и од културните вредности“ (Клиничка социјална работа, Белевска. Д., Стаменкова-Трајкова. Б., Скопје, 2002).

„Негативното ментално здравје подразбира континиум кој се протега од најтешките ментални растројства до различни симптоми со различен интензитет и времетраење во секојдневниот живот, што резултира со различни последици“ (Клиничка социјална работа, Белевска. Д., Стаменкова-Трајкова. Б., Скопје, 2002).

Менталните болести се исто толку зачестени колку и соматските, а некаде истите се испреплетуваат во однос на причината за нивното појавување. Тие се водечки причини во повеќето држави во светот за намалување на наталитетот и зголемување на

морталитетот, кои придонесуваат во претрпување на економски загуби, предизвикани од изостанување од работа, изолираност од социјалниот живот. Типичен модел за превенција на менталното здравје на балканските простори е биомедицинскиот пристап, третирајќи ги само физичките симптоми, поради што повеќе има зачестеност на посета на психијатри за невротски заболувања, отколку промена на животниот стил, работа на себе, посетување психотерапевт и стекнување на нови вештини за справување со стресот. Изоставен е биопсихосоцијалниот модел, кој треба да биде начело за формирање на стратегиите за унапредување на менталното здравје од страна на Владата. Овој модел бара обиди за да се зацврстат факторите и процесите кои го зајакнуваат менталното здравје и ги намалуваат ризиците од факторите кои предизвикуваат негово оштетување.

„Промоцијата на менталното здравје на целокупната заедница претставува промоција на емоционалната и социјалната состојба и превенција на проблемите и на нарушувањата на планот на менталното здравје, онаму каде што е можно. Изразот промоција на менталното здравје вообичаено се користи на стратегиски пристапи и парадигми. Промоцијата на менталното здравје е насочена кон подобрување на опкружувањето, во смисла на социјално и физичко опкружување, кое влијае врз менталното здравје и го зголемува капацитетот на функционирање на заедницата и индивидуите. Целта на овие превентивни интервенции е да се редуцира инциденцијата на ментално здравствените проблеми и растројства и паралелно со тоа да се редуцира нивната преваленција и придружна неспособност“ (Клиничка социјална работа, Белевска. Д., Стаменкова-Трајкова. Б., Скопје, 2002).

Постои еден вид на превенција која се користи за превенција на менталното здравје кај целокупната популација и се нарекува универзална превенција. Доколку превенцијата

се врши врз групи кои се со утврден зголемен ризик, врз основа на биопсихосоцијалните фактори, тогаш истата се нарекува селективна превенција, и индицирана превенција е онаа кај групи кои имаат патолошки симтоми, но сепак се недоволни за утврдување на можно постоење на дијагноза.

Постојат три вида на превенција на менталното здравје:

1. Примарна превенција;
2. Секундарна превенција;
3. Терцијална превенција.

Примарната превенција се занимава со здравата популација, но сепак е под одреден ризик за појава на некое нарушување. Овде најчесто се занимаваат со стекнување на вештини за успешно менаџирање на стресот, стратегии за успешно родителство и слично.

Секундарната превенција е ориентирана кон спречување на менталните растројства, преку рана детекција и брзо лекување и справување со истите. Целта е да се намали ризикот од нивно повторно појавување.

Делот каде превенцијата се занимава со намалување на последиците од веќе појавено растројство, се нарекува терцијална превенција.

Унапредувањето на менталното здравје се врши преку различни кампањи за подигнување на свеста кај луѓето за значењето на менталното здравје, намалување на стигмата за менталните растројства, користејќи ги медиумите и институциите за унапредување на менталното здравје. Секоја држава во светот има своја национална програма за превенција и унапредување на менталното здравје, кое е регулирано со законски акти и подакти.

1.2 КОВИД-19 ПАНДЕМИЈА

Изминативе година и половина светот се окупираше со епидемијата која се појави во декември 2019-та година во Кина, поточно во градот Вухан. Кина информираше за појава на некој чуден вирус, којшто силно ги засегал респираторните органи. Светот и јавноста ги занемаруваа сите овие вести, сметајќи дека е уште еден тип на болест како што беа птичјиот или свинскиот грип, или пак, дека се работи само за ширење на лажни вести со цел да се заплаши народот. Но вирусот почна забрзано да се шири. Поради брзото ширење на виросот на сите континенти во светот, брзата трансмисија и високата смртност, епидемијата со Ковид -19 доби размери на пандемија. Секоја влада индивуално, но сепак по препораките на СЗО, донесуваше превентивни мерки, со цел да го заштити населението од новотото чудо кое го косеше светот и да го спаси својот здравствен систем од колабирање поради високиот наплив на пациенти кои имаа потреба од болничко лекување. Меѓу првите мерки кои беа донесени и остануваат на сила беа: миење раце, носење заштитна маска и држење на два метра растојание. Се воведе задолжителен двонеделен карантин за сите лица кои допатувале од странство, без разлика дали доаѓаа од земјите со висок ризик, се забранија сите собири, прослави, групирања повеќе од четири лица и она што можеби падна најтешко на сите, се воведе полициски час. Училиштата и градинките се затворија, луѓето беа приморани да работат онлајн од дома, децата следеа настава од дома, работа по систем на ротации, а во првиот борбен ред со вирусот останаа здравствените работници, кои сè уште макотрпно работат, со последните сили, исцрпени од досегашниот притисок, страв со кој се соочуваат и од лошите глетки низ болничките соби. Медуимите кои постојано известуваа за состојбата во светот и дневните статистики,

дополнително ја подгреваа состојбата на страв и неизвесност. Следеа многу теории за тоа дека вирусот е намерно направен во лабораторија во Вухан со цел да го покоси светот, а подоцна кога се појавија вакцините против оваа мистериозна болест, следеа теории за заговор од типот дека тие ја менуваат човековата ДНК и дека некој сака да ги контролира луѓето. Следствено на ова, сè повеќе почна да се пишува и зборува низ медиумите за менталното здравје. Сè повеќе луѓе се жалеа на појава на страв, анксиозност, депримираност, акутни психози. СЗО постојано даваше насоки како да се заштити менталното здравје и што треба да преземе секоја Влада. Но сето ова беше тешко да се спроведе токму поради економската криза која ја предизвика пандемијата, па луѓето повеќе беа насочени кон тоа да ги задржат своите работни места и да опстојат, да ги заштитат своите блиски, отколку да работат за да го подобрат своето ментално здравје кое е видно загрозено, освен физичката закана која доаѓаше од вирусот. Што ќе следи понатаму и кога би дошол крајот на оваа агонија предизвикана од пандемијата, останува само да следиме и нагодуваме, а за тоа време да пробаме да се заштитиме себе си и своите блиски .

1.3 НАРУШУВАЊЕ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И ПОЈАВА НА ПСИХОПАТОЛОГИЈА

Пролонгираниот стрес, несоодветните механизми на одбрана и непоседувањето на ментална сила и методи за успешно справување со стресот, доведуваат до појава на потешкотии на психички план. Доколку истите не бидат третирани, можна е појава на некое психичко растројство кое може да се јави самостојно или како дел од некоја подлабоко психичко нарушување. Дел од нив ќе бидат детално објаснети во долунаведената содржина.

1.3.1 ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО

Постојана загриженост, непријатна внатрешна напнатост, дури и за најмали нешта, е дефиниција за ова растројство. Хронична и неконтролирана грижа, којашто најчесто е поврзана за сопственото здравје, или некои дневни проблеми, како што се страв од доцнење на закажан термин или неодреден страв, исчекување на нешто непријатно и на загрозеност или притисок од самото чувство дека има премногу работни обврски. Други потешкотии кои ги носи самото растројство се потешкотии во концентрацијата, лесна заморливост, чувство дека колку и време да се одмора, пак владее чувството на замор, иритабилност и мускулна тензија. Пациентите со анксиозен страв наведуваат дека се целосно парализирани, беспомошни и обесхрабрени, дека тие немаат контрола над животот, туку дека животот ги контролира нив и одредува што им се случува. Овие луѓе имаат ниска самодоверба и имаат изградено лоша слика за себе, па поради тоа често се раздразливи и влегуваат во конфликт со некого. Сонот им е нарушен, тешко заспиваат, немаат квалитетен сон, или пак, рано се будат, и повторно секое утро се поуморни од кога легнале. Анксиозноста како реакција се појавува во ситуации на неуспех во остварување на целта, губење на самопочит, страв од сопствените агресивни импулси и како резултат на чувство на вина (Чадловски Г., Филиповска А., Белевска Д., Медицинска психологија, Спопје, 2004). Обично овие потешкотии се јавуваат во тинејџерските денови и обично траат цел живот. Моторната и внатрешната напнатост предизвикува затегнатост на мускулите на вратот, рамената, градите, половината, па сето тоа доведува до постојани главоболки и потешкотии при дишењето. Стресните ситуации во животот само ги

потенцираат овие симптоми. Интересно е да се напомене дека луѓето со генерализирано анксиозно растројство не бараат психотерапевтска помош, иако се напоменува дека околу 5% од популацијата во светот страда од ова нарушување (Wittchen et al., 1994). Некои неофицијални истражувања посочуваат дека е скоро дупло позастапено кај жените.

Етиологија на генерализирано анксиозно растројство

Психоаналитичката теорија посочува дека анксиозноста настанува како резултат на несвесен конфликт помеѓу *егото* и *ид* импулсите. Импулсите обично се од сексуална или агресивна природа и страдаат да бидат покажани. Егото не дозволува да бидат прикажани поради стравот од отфрлање и стравот од казна. Сметаат дека изворот на анксиозноста всушност е еден ваков казнет конфликт, кој потсвесно тишти.

Когнитивно-бихевиорални погледи: Во обид да го дефинираат генерализираното анксиозно растројство, застапниците на теориите за учење (Wolpe, 1958) стават акцент на опкружувањето. На пример, тие посочуваат дека личноста којашто е анксиозна од самото нејзино будење, може да се плаши токму од социјалните контакти. Тие сметаат дека доколу личноста поминува повеќе време со други личности, можно е анксиозноста да се редуцира, преку начин дека ништо опасно не се случува со неа.

1. Наспороти когнитивно-бихевиоралните погледи, биолошката перспектива дава акцент дека генералзиираното анксиозно растројство има генетичка компонента. Најраспространетиот невробиолошки модел за генерализирано анксиозно растројство е базиран на знаење од употребата на бензодиазепини, група на лекови кои се наменети за третман на анксиозни растројства. Научниците имаат откриено рецептор во мозокот за бензодиазепини, кој е поврзан со инхибиторните

невротрансмитери, гама-аминобутерна киселина (Gerald C. Davison, John M. Neale, 2001, Abnormal psychology, NY).

Дијаностички критериуми според МКБ-10 за поставување на дијагноза генерализирано анксиозно растројство - потребно е да постои анксиозност повеќе денови во текот на неколку недели и обично во текот на повеќе месеци. Симтомите треба да вклучуваат:

а) страв, загриженост поради можна несреќа која може да се случи во иднина, чувство дека личноста живее на работ од животот, тешкотии во концентрација;

б) моторна напнатост (постојана вознемиреност, главоболки, тремор, неспособност на личноста да се опушти);

в) претерана вегетативна активност (вертиго, потење, такихардија, тахипнеа, епигастрични потешкотии, несвестица, сува уста).

Според DSM- IV се следниве критериуми:

а) претерана анксиозност или загриженост која се јавува повеќе денови во последните шест месеци во врска со разни настани или активности;

б) лицето со потешкотии ја контролира загриженоста;

в) анксиозноста или загриженоста се поврзани со три (или со повеќе) од следните симптоми (кај деца е потребен еден симптом):

1) немир или чувство на напнатост,

2) брз замор,

3) тешкотии во концетрацијата,

4) раздразливост,

5) растројство во спиењето,

г) фокусот на анксиозноста не е насочен кон другите растројства, како што е паничниот напад, опсесивно-компулсивните растројства, телесните потешкотии;

д) анксиозноста, загрижеността или телесните симптоми предизвикуваат значајни пречки или оштетувања во социјалните, професионалните или во другите подрачја на функционирање (Чадловски, Г., Психијатрија, Том 2, 2004, Скопје).

Анксиозноста понекогаш доаѓа сама, но многу често знае да се појави придружена со панични напади:

Анскиозност со панични растројства

Кај паничните растројства личноста пати од неочекуван напад со мноштво на симптоми, како што се: отежнато дишење, палтипации, гадење, градна болка, чувство на давење, вртоглавица, тресење на рацете или телото, чувство на притисок. Сето ова се случува наеднаш. Многу луѓе кои доживеале паничен напад, наведуваат дека доаѓа наеднаш, каса и бега. Деперсонализацијата, односно чувство дека сме надвор од нашето тело и дереализација, чувство дека опкружувањето околу нас не е реално, како и силно изразено чувство на губење на контрола, на полудување и крајно чувство дека личноста умира, што дополнително вознемирува, се типични симптоми за ова растројство.

Паничните напади може да се случуваат и зачестено, еднаш неделно, но и по неколку пати на ден. Обично траат околу една минута, но знаат да траат и со часови и најчесто се јавуваат во тригер ситуации, како што се возење во кола. Сепак, тие знаат да се јават и за време на релаксација, во фаза на опуштеност, во спиење, или пак, може да се јават сосема неочекувано и затоа се сметаат за неочекувани напади. Кај овој вид на

панични напади најчесто преовладува стравот од нивно повторно појавување. Личноста постојано е во исчекување на нов напад. Откако одеднаш ќе се појави, се јавува и чувство дека овој пат е поразлично, дека не се работи само за паничен напад, туку дека овој пат е срцев удар и дека е крај. Кај повеќето луѓе нападите на паника предизвикуваат хронично анксиозна состојба и агорофобија - изолација, односно страв од одредено место или одредена ситуација. Преваленцијата на паничните растројства обично е 2% кај мажите и 5% кај жените (Kessler et, al.,1994). Ова растројство обично започнува во периодот на адолесценција и продолжува сè до појавата на стресни искуства, каде се потенцира. Во Тајван преваленцијата на панични напади е помала, најверојатно поради стигмата да се има проблем со менталното здравје. Нарушувањата коишто имаат врска со паничните растројства ги има и во други култури, како на пример, помеѓу Ескимите во западен Гринленд, односно риболовците кои се сами во морето. Кај нив најчесто се јавува чувство на интензивен страв, дезориентација и чувство дека ќе се удават.

Според DSM-IV, паничните растројства се дијагностицирани со или без агорофобија. Агорофобија е страв од движење на јавни места, како што се: плоштади, пазари, страв од патување и слично. Луѓето коишто го имаат ова нарушување обично избегнуваат места каде тие би биле засрамени или би се чувствувале загрозени.

Теории за појава на панични напади

Биолошките теории за појава на паничните напади укажуваат на тоа дека во голем број случаи, физичките сензации предизвикани од некоја болест, водат кон појава на панично нарушувања. На пример, кај пациенти со пролапс на митралната валвуа, симптомите на палтипации само го потенцираат појавувањето на паничен напад. Друга

биолошката теорија е теоријата на претерана норадреналинска активност (кои користат норепинефрин како невротрансмитер). Друга теорија за можна појава на панични нади е поради хепервентилација, доведена од неправилно дишење, а со која се стимулира автономниот нервен систем.

Психолошката теорија за паничните напади произлегува од теоријата за агорофобија, односно теоријата на страв од страв, но најмногу од добивање на паничен напад на јавно место или место каде што лицето нема да може да добие помош.

Терапиите за третман на паничните растројства вклучуваат биолошки и психолошки пристап. Биолошкиот третман е со примена на неколку медикаменти, со примена на антидепресиви, анксиолитици. Во психолошкиот пристап кон решавање на проблемите со панични напади, најизразена е когнитвно-бихевиоралната терапија, најчесто со терапија на изложеност за откривање на причината за појава на панични напади.

1.3.2 ФОБИЧНО РАСТРОЈСТВО

Психолозите ја дефинираат фобијата како вознемирувачки страв поради кој човекот е со избегнувачко однесување, пропорционално многу поголемо од самата опасност која може да ја има од одреден објект. Друга дефиниција е страв и „избегнување на објекти или ситуации кои всушност и не претставуваат вистинска голема закана“ (Gerald C. Davison, John M. Neale, 2001, Abnormal psychology, NY). Најчесто тоа се екстремни стравови од висина, затворени и мали простори, како што се: лифтови, тунели,

тесни патеки, страв од пајаци и змии. Многу од овие стравови и навистина не бараат нивен третман, затоа што не го нарушуваат секојдневното функционирање на личноста. На пример, на личност којашто живее во голем град, каде што нема змии, реално и не ѝ треба некој третман, затоа што личноста уредно функционира, но сепак на личноста која има страв од затворен простор или лифт, а е приморана да живее во зграда со лифт, би ѝ бил потребен третман за да се надмине фобијата. Луѓето кои страдаат од некое фобично растројство се критични за ирационалноста и незаснованоста на стравот кој се јавува кај нив, но сепак тој е толку голем, што не можат да го надвладеат, па се појавува избегнувачко однесување на одредени објекти и ситуации кои ја зголемуваат анксиозноста и го потенцираат стравот.

Според некои епидемиолошки истражувања, прваленцијата се движи од 2 до 4%, со поголема зачестеност кај жените и кај помладата популација. Според студијата ECA, преваленцијата на агорафобијата би била од 2,7 до 5,8%, на социјални фобии од 1,2% до 2,2% и специфичните фобии 4,5 до 11,8%. Според некои автори, од 20% до 40% од сите психијатриски пациенти манифестираат одредени фобични симптоми (Чадловски, Г. 2004, Психијатрија, Том 2, Скопје).

Според МКБ -10, фобиите се класифицирани во неколку подгрупи:

1. Агорафобија
2. Социјални фобии
3. Специфични (или изолирани или прости) фобии.

АГОРАФОБИЈА - Интензивен фобичен страв од јавни места и од места во кои добивањето на медицинска помош, во случај на потреба, е отежнато. Најчесто тоа се места како широки плоштади, кина, концертни сали, автопат и слично. Обично лицата кои страдаат од агорафобија имаат силна потреба кога се движат надвор од дома да имаат придружник до нив, може да се и повеќе личности во кои тие имаат силна доверба за да се чувствуваат сигурно. Секојдневното функционирање на лицата со ова фобично растројство е засегнато и поради стравот од користење на јавен превоз, место каде има повеќе луѓе и доколку има потреба од помош, лицето смета дека тоа би било невозможно. Тоа дополнително ја зголемува анксиозноста и го потенцира стравот, што често знае да заврши и со напад на паника. Загрозено е и социјалното и професионалното функционирање на личноста. Честопати поради ова растројство лицата отсуствуваат од работа или битни настани, бидејќи самата помисла ги прави немоќни. Личноста се изолира, па тоа често знае да ја доведе и до депресивно расположение. Стравот кој се јавува секогаш е придружен и со вегетативни симптоми, како што се: потење, црвенило, такихардија, забрзано дишење, тресење на телото. Во однос дали агорафобијата е придружена со панично растројство, таа може да се јави во облик со или без панично растројство.

СПЕЦИФИЧНИ ФОБИИ се неосновани стравови причинети од присуство и исчекување на специфичен објект или ситуација. За тоа од кој објект или ситуација се стравува, за да биде означено како фобија, е одредено и од меѓукултурата. На пример, во Кина доминира стравот од ладно и личноста стравува дека тоа може да биде животозагрозувачко. Според DSM –IV, специфичните фобии се поделени

според изворот на стравот: страв од крв, страв од повреди и од инјекции, страв од одредени ситуации (авиони, лифтови, затворен простор), страв од животни, страв од природни опкружувања (страв од вода, висина).

СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА претставува постојан ирационален страв, кој генерално е поврзан со присуство на други луѓе, кој навистина може да биде исцрпувачки. Луѓето со социјална фобија избегнуваат одредени ситуации во кои тие можат да бидат евалуирани, оценувани и нивните знаци на анксиозност можат да бидат откриени и тие да бидат засрамени. Најголеми потешкотии за овие лица се јадење во присуство на друг или во ресторан, користење на јавни тоалети. Социјалната фобија обично започнува во адолесценцијата и продолжува да има влијание врз тоа како личноста би стекнувала пријателства во понатамошниот живот. Симптомите на страв секогаш се поврзани во однос на стравот од контакт со други лица, или пак се поврзани со присуство во одредени ситуации и секогаш се придружени со вегетативни симптоми доколу личноста е соочена со својот страв, како што се: потење, тресење, црвенило, такихардија. Поради овие причини личноста се изолира, го стеснува кругот на места во кои се движи, и дружењето е со акцент на најблиското семејство.

Социјалната фобија се јавува во неколку облици и тоа:

1. Општи социјални фобии кои се придружени со екстремна социјална срамежливост, страв од личности од спротивниот пол, страв од личности кои критикуваат.

2. Социјални фобии од губење контрола, како што се стравот дека личноста ќе падне во несвест на улица, страв дека ќе изгуби контрола над некои физиолошки активности и слично.
3. Социјални фобии од поглед и од критички процени, како што е стравот дека некој ги набљудува и критички го оценува низвниот изглед (дали се средени, убави).

Теории за фобични растројства

Етиологијата на ова растројство не е во целост позната, но сепак постојат голем број на теории, како што се: психоаналитичката и бихевиорално-когнитивната.

1. Психоаналитичката теорија на фобиите во голема мера се темели на теориите на репресија и преместување. Во оваа теорија се верува дека фобиите се производ на нерешени конфликти помеѓу *ид и суперего*-то. Психоаналитичарите веруваат дека генерално конфликтот е започнат некаде во периодот на детството и бил силно потиснат или поместен на стравот на објектот. Целта на фобијата не е оригиналниот извор на анксиозност.
2. Бихевиоралните теории посочуваат дека фобиите се прост пример за стекната условена бихевиорална реакција на одредени конфликтни ситуации. Тие трагаат по специфичните причинители од опкружувањето кои би можеле да влијаат врз развојот на фобичната реакција. Од овде произлегуваат теориите за трауматско условен страв и теориите за страв како нагон.

1.3.3 ОПСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНИ РАСТРОЈСТВА

Опсесивно-компулсивното растројство е анксиозно растројство, каде што личноста е преплавена со постојани и неконтролирани мисли и е принудена да повторува одредени активности одново и одново, причинувајќи си значителен дистрес, којшто негативно се одразува на секојдневното функционирање. Опсесивните мисли се перзистентни идеи, мисли, поттикнувања кои личноста ги доживува како не свои и присилни и нема контрола врз истите. Токму поради ова се јавува и чувството на раздразливост, непријатност, анксиозност. Содржините на опсесиите се повторувачки мисли за можна зараза, на пример, дека личноста ќе се зарази од некоја бактерија или вирус додека се ракува со некој друг или повторувачки сомненија, како на пример, дали шпоретот е исклучен, дали вратата е заклучена или доколку нештата не се подредени под одреден редослед, но и доминација на агресивни поттикувања, како што се да му се наштети на некој, да се удри дете. Овој тип на мисли кои се застрашувачки, личноста не ги доживува како секојдневна загриженост за она што ја ремети во реалниот живот. Компулсиите се повторени дејствија, кои се јавуваат како неодложна потреба за акција, која може да претставува како едно движење или допир, или пак некои стереотипни (некогаш и магични) ритуали кои постојано се повторуваат, а кои имаат за цел да ја спречат или намалат анксиозноста или нелагодноста, а не да создадат задоволство. Тие се извршуваат со строго определена последователност, со определен број повторувања, и доколку ритуалот биде прекинат, се почнува одново без можност за одложување. Во спротивно, анксиозноста ќе порасне до неиздржливи граници, и покрај тоа што личноста ги сфаќа како ирационални. И опсесивните и компулсивните дејства субјектот ги прима како болест, безуспешно е да се

бори со нив и на крајот запаѓа во депресивна состојба (Чадловски. Г., Психијатрија Том 2, 2004, Скопје). Опсесивно-компулсивното растројство има преваленција од 1 до 2% и ги афектира повеќе жените отколку мажите (Karno & Golding, 1991; Stein et al., 1997). Ова нарушување обично започнува во рана возрасна доба и најчесто се јавува околу стресни настани, како што се: бременост, породување, конфликти во семејството (Кринглен, 1970).

Етиологија на опсесивно-компулсивно растројство

Според психоаналитичката теорија, опсесиите и компулсиите се сметаат како слични и резултираат од инстинктни присили, сексуални или агресивни, кои не се под контрола поради грубо и насилно учење на навиките, како одење во тоалет во раната детска возраст. Сметаат дека личноста е фиксирана во таа анална фаза.

Според бихевиоралните и когнититивните теории, компулсиите се научени однесувања, кои се засилени со цел да се редуцира некој страв (Meyer & Chasser, 1970). На пример, компулсивното миење на раце го гледаат како одговор на бегање, коешто ја редуцира опсесивната преокупација од стравот за контаминација од бактерии, вируси и нечистотија. Друга идеја којашто ја посочуваат е поради дефицит во меморијата. Овие повторувачки опсесивни мисли може да се јават поради неможноста личноста да се сети дали го исклучила шпоретот. Но како може да се докаже дека ова се опсесивни мисли? Доколу анксиозноста е високо присутна сè додека не се провери дали шпоретот е исклучен , тогаш со сигурност се работи за опсесивна мисла.

Биолошките теории наведуваат дека можни причини за појава на опсесивно-компулсивно нарушување се енцефалитис, повреди на главата и тумори на мозокот, покажува истражувањето на Janike во 1996 година. Интересите се фокусирани на неколку

делови од мозокот, кои би можеле да бидат афектирани од некоја траума, а тоа се фронатални лобуси, базалните ганглии и амигдалното јадро. Резултатите прикажани од ПЕТ скеновите укажуваат на зголемена активност во фронталните лобуси, најверојатно како резултат на рефлексија од преокупираноста со нивните сопствени мисли. Фокусот на базалните ганглии, систем кој е поврзан за контрола на моториката, се смета дека е одговорен за појава на компулсии, а и веројатноста за Туретов синдром е многу голема гледана од овој аспект на поврзаност.

Дијагностички критериуми

По МКБ-10

За поставување на дијагнозата опсесивно-компулсивно растројство, потребно е симптомите бидат присутни повеќе од две недели и тие мора да бидат извор на страдање на лицето и тоа да го попречува неговото секојдневно функционирање.

а) пациентот мора да ги препознава мислите како сопствени мисли и импулси;

б) мора да постои барем една мисла или постапка која и покрај отпорот се повторува;

в) мислата или постапката која се повторува не смее сама по себе да биде пријатна;

г) мислите, сликите или импулсите мора непријатно да се повторуваат.

Дијагностички критериуми по DSM-IV

А. Или опсесија или компулсија

Опсесија како што е дефинирана под (1), (2), (3),(4)

(1) Повратни и перзистентни мисли, поттикнувања или предочувања кои се доживуваат како непријатни, незгодни и кои предизвикуваат значајни пречки и анксиозност.

(2) Мисли, поттикнувања и предочувања кои не претставуваат вообичаена грижа за секојдневните животни проблеми.

(3) Субјектот се обидува да ги занемари и да ги потисне мислите, поттикнувањата, предочувањата, или пак, да ги неутрализира со други мисли или постапки.

(4) Субјектот препознава дека опсесивните содржини се негови.

Компулсии како што се дефинирани под (1), (2)

(1) Повторувачко однесување (на пример, миење раце, подготвување, проверување) или ментални активности (на пример, молење, броење, тивко повторување на зборови) кои субјектот ги чувствува како присилени и кои мора да ги извршува како одговор на опсесијата или за ригидно задоволување на правилата.

(2) Однесувањето или психичките активности се насочени кон превенција или смалувања на непријатностите или кон спречување на опасните ситуации или случки.

Б. Во текот на растројството субјектот спознава дека опсесиите и компулсиите се претерани или ирационални.

В. Опсесиите и компулсиите предизвикуваат значајна непријатност, одземање време, или пак, значајно ги попречуваат секојдневните социјални релации.

Г. Доколку е присутно друго растројство, содржината на опсесијата и на компулсијата не се ограничени на нив.

Д. Растројството не настанува како резултат на физиолошкото влијание на психоактивните материи или на општата лоша здравствена состојба (Чадловски. **Ѓ**, Психијатрија Том 2, 2004, Скопје).

Терапија која дава голем придонес во третирање на опсесивно-компулсивните растројства е медикаментозен третман, во комбинација со психоаналитичка или бихевиорална терапија.

1.3.4 **ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО**

Депресијата е често ментално растројство во кое се засегнати волево-динамичките механизми на личноста. Се карактеризира со чувство на тага, незадоволство, чувство на вина и беспомошност, губење на интерес за секојдневните активности кои дотогаш причинувале задоволство на личноста, замор, слаба концентрација, намалена истрајност, нарушен сон и апетит, намалено либидо. Говорот кај депресивните личности е успорен, со чести паузи, користат ограничен број на зборови, со монотонија во гласот. Кога депресивните личности се соочени со некој проблем, тие не гледаат никакво решение за истиот и цело време чувствуваат голема тежина која ги влече надолу. Често ја запоставуваат личната хигиена и се со неуреден запоставен надворешен изглед, но се жалат и на потешкотии на соматски план, како главоболки или болки во стомакот. Во колинчката пракса сè почесто се прави и корелација помеѓу депресијата и деменцијата. Сè почесто кај луѓето кои патат од депресија се јавуваат и суицидални мисли или понекогаш се придружени и со психотични елементи. Се смета дека депресијата е втора водечка причина за смртност во светот кај возрасната популација од 15 до 29 години, веднаш по

сообраќајните несреќи. Во неодамнешно интервју со д-р Антони Новотни, пишува дека „СЗО соопштува дека за десет години, поточно од 2005 до 2015 година на светско ниво бројот на пациенти со депресија пораснал за 18% и дека во високоразвиените земји дури 50% од лицата со депресија не се лекуваат. Секој петти човек развива симптоми на депресија, а 75% од луѓето со голема депресија не се лекуваат. Четириесет милиони лица со депресивно нарушување има во Европа, а 128 000 годишно извршуваат самоубиство.“. Во Македонија бројот на лекувани пациенти за пет години се зголемил за 37%, односно во 2010 година се регистрирани 585 пациенти со депресија, а од кои 190 се мажи и 389 жени. Д-р Шабан Мемети, директор на Институтот за јавно здравје рече дека во 2015 година овој број пораснал на 803 пациенти, од кои 257 се мажи, а 546 се жени. Повеќе од 50% од лицата кои живеат со депресија се во земјите со низок и среден животен стандард. Нов Зеланд, како една од најразвиените и најпосакуваните земји за живот, која неколку пати е прогласувана на една од десетте најдобри држави за живот во светот, дава податоци дека во 2018-2019 година бројот на лица кои се суспектни дека починале од суицид е 685, и има најголем број на суициди во светот кај младата популација.

Депресијата може да се јави како реакција на стрес, но може да се јави и како рекурентно депресивно растројство, кое епизодично се повторува низ животот на личноста, понекогаш ситуационо условена и потенцирана, но понекогаш и поради други причини. Доминацијата на оваа симптоматологија значително го ремети секојдневното функционирање на личноста, па може да се нарече и функционална депресија, за која многу автори истражуваат и пишуваат, но и тотално да ја изолира личноста и да ја натера да се повлече во темнината на своите песимистички мисли. Депресивното растројство спаѓа во растројствата на расположението. Според Светската здравствена организација,

депресијата е застапено ментално растројство, од кое во светот страдаат околу 15% од популацијата. Луѓето кои страдаат од ова растројство имаат потешкотии во училиште или на работа поради намалена концентрација или истрајност. На пример, мајка која страда од депресија, а е дома и не оди на работа, има потешкотии во секојдневното функционирање, а со тоа се засегнати и потесниот и поширокиот круг на семејството. Често се зборува дека ова ментално нарушување има голем импакт врз економијата, бидејќи често е причина за постојаното отсуство од работа, или пак намалената продуктивност на депресивните личности. Причините за појава на депресија сè уште не се разбрани, но сепак од истражувањата и од учебниците знаеме за факторите кои причинуваат појава на истата.

За една личност да биде дијагностицирана со депресивно растројство, треба да ги задоволува следниве критериуми:

Дијагностички критериум според DSM-IV

- Чувство на тага и депресивно расположение во поголемиот дел од денот, скоро секој ден;
- Губење на интерес и задоволство во вообичаените активности, кои дотогаш ѝ причинувале задоволство;
- Потешкотии во спиењето (несоница), потешкотии да се заспие, неможност да се презаспие откако ќе се разбуди ноќе, рано се буди или кај некои пациенти се јавува и прекумерно спиење, односно секој ден повеќе од девет часа;
- Психоморна изагитираност, летаргичност или успореност;

- Слаб апетит и губиток на телесната тежина, или пак, зголемен апетит и добивање на прекумерна тежина;
- Замор, намалена енергија;
- Негативна слика за себе, себеобвинување, чувство на безвредност и чувство на вина;
- Потешкотии во концентрацијата, како успорено мислење;
- Рекурентни мисли за смрт или суицид.

За личноста да биде дијагностицирана со депресивно растројство според дијагностичкиот критериум DSM-IV, треба да ги има барем три од горенаведените симптоми во период од две недели.

Дијагностички критериум според МКБ-10

Според МКБ-10 депресивнато растројство се карактеризира со три главни и седум споредни симптоми:

I.Главни симптоми

(1) намалување на расположението;

(2) губење на интересот и задоволството;

(3) намалување на психичката и физичката енергија за активност и умствен и телесен замор.

II.Споредни симптоми

(1) Намалување на вниманието и концентрацијата;

(2) Намалување на самодовербата и самопочитувањето;

(3) Чувство на вина и безвредност;

(4) Песимистичен поглед на иднината;

(5) Идеи за самоповредување и самоубиство;

(6) Растроен сон;

(7) Намален апетит.

Меѓу подтиповите на депресивната епизода, МКБ -10 разликува:

Блага депрсивна епизода

Од депресивните симтоми треба да постојат најмалку два од трите главни симптоми и уште два од споредните симптоми. Ниеден од тие симптоми не треба да биде интензивен и минималното траење на епизодата е околу две недели. Епизодата може да се манифестира со и без соматски симптоми.

Умерено јака депресивна епизода

Умерено јаката депресивна епизода е типична по тоа што се карактеризира со постоење на најмалку два од главните симптоми, и уште три од споредните. И умерената депресивна епизода може да биде со поплаки на соматски план, но и без нив.

Тешка депресивна епизода без психотични симптоми

Се карактеризира со три од главните симптоми на депресија и со уште најмалку четири од споредните. Може да се манифестира со зголемена моторна активност или изагитираност или со намалена или назначена психомоторна ретардација. Кај луѓето доминира чувството на безвредност, вина и суицидални размисли. Доминираат и соматските потешкотии.

Тешка депресивна епизода со психотични симптоми

Се карактеризира со главните критериуми за тешка депресија и со мноштво налудничави идеи за грешност, сиромаштво и за катастрофа, за кои болниот се чувствува одговорен. Се јавуваат и халуцинации во вид на непријатни мириси, или обвинувачки гласови со или без присуство на делузивни параноидни идеи. Овде психомоторната активност може да се движи од тешка психомоторна ретардација, до вистински депресивен ступор (Чадловски, Г., 2004, Скопје).

1.3.5 **КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА**

Човековиот организам може да биде подготвен да го прифати стресот, а за тоа е задолжен општиот адаптационен синдром. Ендокриниот и нервниот систем ни помагаат да се прилагодиме на константните промени кои се случуваат со нас и околу нас. Неадекватната проценка на некоја ситуација или пак настан, настанува како последица на погрешна претпоставка, или пак, на некои наши погрешни уверувања. Ирационалните уверувања настануваат како последица на некое наше непосредно искуство, кое е настанато уште во најраниот период, може и во детството. И со оглед на тоа дека не се работи за погрешна претпоставка, сите заклучоци произлезени од неа, иако следи некој логичен тек, не можат да бидат рационални и функционални. Па така на овој начин настанува погрешно мислење. На пример, доколку некој е уверен дека е беспомошен, кога би се нашол во некоја за него стресна ситуација, било да е некој секојдневен настан, болест или смрт на близок, би почнал да размислува: „Ова е катастрофа“, „Јас ова не

можам да го поднесам“. На овој начин личноста ја преценува опасноста, а ги потценува своите способности за да се справи со истата и тогаш настанува емоционална реакција, придружена со напнатост, страв, исчекување, анксиозност. Следствено на ова, се надоврзуваат и физиолошките реакции на страв, како што се: тахикардија, аритмија, покачен крвен притисок, прекумерно потење, забрзано дишење, црвенило. Тогаш личноста сите овие реакции на телото ги толкува како можен срцев удар, и се јавува стравот од смртта, која се јавува како недостаток на контрола. Недостатокот на контрола, или пак, мала контрола укажува на тоа дека проблемот не зависи од нас, што доведува до чувство на беспомошност и развој на анксиозност. Следствено на ова, личноста бара да ги контролира другите луѓе и настанати ситуации околу себе. Токму поради овие причини коронарната болест е најчеста кај луѓето со панично растројство, фобии или анксиозно растројство. Некои студии кои се занимавале со истражување и прибирање податоци за анксиозното растројство и неговото влијание врз појавата на коронарна болест, потврдиле поврзаност помеѓу анксиозноста и наглата срцева смрт. (Kawachi, 1994; Gorman, 2000; Haines 1987, 2011). Во други истражувања докажана е поврзаноста на анксиозноста за појава на артериска хипертензија, акутен миокарден инфаркт, срцева аритмија (Shapiro, 2000), ангина пекторис (Smith I Sar, 1996). Лицата кои спаѓаат во ризичната група да заболат од некоја коронарна артериска болест, главно се служат со еден за нив карактеристичен механизам на одбрана, а тоа е негација, со која ја негираат реалноста која за нив е неприфатлива. Ги негираат чувствата кои не се вклопуваат во нивната идеализирана слика за себе, затоа што си го нарушуваат нарцизмот и тоа влијае на нивното его. Нивниот нарцизам подразбира да се биде физички и телесно здрав, така што сите пропратни симптоми се негираат и отфрлаат. На овој начин се зголемува и ризикот

од ненадејна срцева смрт. Истото се случува и со неприфаќање на заморот, кога личноста е исправена пред некоја голема задача, затоа што тоа би можело да ја спречи во исполнување на своите задачи и постигнување на успех. Затоа во надминување на стресот, значајно е да се научат механизми за надвладување на стресот, за да се намали нивото на анксиозност.

Кардиоваскуларните и гастроинтестиналните заболувања се телесни заболувања, но се смета дека причина за нивно појавување е емоционалниот фактор. Тие поточно спаѓаат во групата психофизиолошки нарушувања, заедно со главоболката и астмата. За разлика од психосоматикатските нарушувања, психофизиолошките нарушувања се вистински заболувања кои прават голема штета на телото. Луѓето навистина можат да починат од психолошки предизвикан висок крвен притисок. Најчесто кај популацијата која страда од висок крвен притисок не постои огранска причина за појава на истото, па низ низа испитувања и носење на холтер, каде пациентот треба да ги запишува активностите, се забележува дека во момент на покачена анксиозност или под стрес и притисок, крвниот притисок се покачува.

Причината за појава на кардиоваскуларни заболувања зависи од животниот стил на човекот, како што е пушењето, внесување на премногу обилна исхрана која не е здрава, и консумација на алкохол, кои директно влијаат на артериите. Оттука и произлегува тоа дека кардиоваскуларните заболувања може да се превенираат со промена на животниот стил и стекнување на вештини за менаџирање на стресот.

1.3.6 **ИНХИБИТОРНОСТ**

Терминот инхибиторност потекнува од латинскот збор „inhibre“, што означува забрана. Кога станува збор на недостаток на инхибиторност, се мисли дека личноста е помалку свесна за себе и повеќе анксиозна. Ова е пожелен квалитет за повеќето луѓе, особено срамежливите, затоа што ги прави да бидат помалку антисоцијални. За овој тип на луѓе многу е тешко да се изразуваат себе си онака како што се чувствуваат и да се чувстуваат слободно, па дури и ги избегнуваат социјалните собири.

Најчесто овие луѓе имаат потешкотии изразени со:

- Пелтечење;
- Осип и силен јадеж кога се под стрес или се набљудувани;
- Тешкотии при дишењето (опструкции);
- Недоволна циркулација, односно поради изразената анксиозност, циркулацијата е намалена во екстремитетите (рацете и нозете);
- Страдаат од низок притисок;
- Чувство на тонење и вртоглавица;
- Месечарење (одење во сон) кога се под изразен стрес;
- Повремена неможност да се контролира мокрењето кога се под стрес.

Во некои неофицијални истражувања се прави корелација меѓу намаленото лачење на тироксин од тироидната жлезда и појавата на инхибираност кај луѓето.

1.3.7 **ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ПРОБЛЕМИ**

Еден интересен податок вели дека дури 70% од клетките на нашиот имунолошки систем се наоѓаат во цревата и затоа рамнотежата во цревата има многу важна улога во правилната работа на нашиот имунолошки систем. Кога гастроинтестиналните процеси не се одвиваат токму онака како што би требало, може да се појават тегоби, како што се: дијареа или запек, грчеви, нервозни врева, гасови и подуеност после оброк, потешкотии со варењето на храната, надразнет желудник, жегавица и киселини. Здравиот гастроинтестинален тракт подразбира и правилна обработка на храната и разнесување на сите минерали и витамини кои му се потребни на човекот и исфрлање на непотребните. Но што придонесува за проблеми со гастроинтестиналниот тракт? Тие можат да бидат причинети од лоша исхрана, прејадување или изгладнување, употреба на многу лекарства, неизбалансирана исхрана или внесување на премногу кофеин и алкохол, пушење, од микробиолошки причини (бактерии и вируси) кои ја нарушуваат микрофлората, и нешто за што во последно време многу се зборува - стресот.

Се смета дека стресот има директно влијание за појава на гастрични тегоби, на начин што анксиозноста, стравот и напнатоста, директно влијаат за забрзување на метаболизмот, неправилно разнесување на минералите и витамините и оштетување на желудникот, појава на дијареа или опстипација при долготраен стрес. Психосоматиката којашто ја истражува врската помеѓу социјалните, психолошките и бихевиоралните фактори за појава на некоја телесна болест, посочува на директна врска на стресот и појавата на стомачен улцер. Се посочува дека кога човекот не може да ги „свари“ емоциите и да ги процесоира, тогаш настануваат гастроинтестиналните проблеми, како што се: проблеми со варење на храната, подуеност и појава на чир. Во последно време

доста се зборува за поврзаноста на стресот и појава на нервозни црева или иритабилен колон и појава на дијареа. Синдромот на иритабилен колон или нервозни црева спаѓа во најчестите функционални гастроинтестинални тегоби. Под поимот функционални пореметувања во гастроинтестиналниот систем говориме тогаш кога со испитувањата не може да се најде физиолошка причина за настанатите тегоби и нема патолошки промени во гастроинтестиналниот тракт, а во исто време пациентите се жалат на изразени потешкотии кои во значителна мера влијаат на квалитетот на животот. Главни симптоми на ова пореметување се болка во стомакот, која се јавува барем еднаш неделно, променета е зачестеноста на столиците и променета е и конституцијата на столицата. Синдромот на иритабилен колон може да се јави и кај деца, бидејќи некои деца кога се изложени на психички и физички стрес, реагираат со болка во стомачето. Една од најстарите и најпознати студии во врска со тоа како стресот влијае за често празнење на цревата и појава на дијареа е направена уште во 1940 годиан од страна на Almy и Tulin, каде било утврдено дека стресот води кон појава на грчеви во стомакот и ова води кон појава на дијареа.

1.3.8 ХИПОХОНДРИСКО РАСТРОЈСТВО

Хипохондиското растројство спаѓа во групата на соматоформни нарушувања, во која личноста е преокупирана со стравови за можно постоење на сериозна болест и покрај тоа што ги има направено сите испитувања и анализи кои укажуваат дека е во добра состојба. Зборот соматоформно потекнува од зборот „*Soma“*, што во превод значи тело. За работите да бидат појасни, следи објаснувањето дека кај соматоформните растројства, психолошките проблеми добиваат телесна форма. Обично се поврзани со анксиозноста, а не со некои потешкотии на соматски план, па затоа и се смета дека причина за нивно

појавување е психолошкиот фактор. Ова нарушување обично се појавува во раната возрасна доба и обично трае подолго, а знае да добие и хроничен тек. Симптоми на хипохондриско растројство се:

- Страв од нормалните телесни функции – за личноста со хипохондриско растројство нормалните телесни функции, како што се отчукувањата на срцето, потење и кркорњето на желудникот претставуваат сериозни симптоми на некоја сериозна болест;
- Страв од најмали абнормалности, течење нос, зголемени лимфни јазли, чворови и рани;
- Честа егзаминација на своето тело, за да би пронашле некоја болест (самопроверка на гради, тироидна);
- Честа тема за разговор во друштво е болест;
- Чести посети кај лекари;
- Избегнување на лекари, поради помислата дека ќе им соопштат лоша вест;
- Избегнување на луѓе, места и активности, кои би можеле да влијаат на појава на некоја болест (на пример, избегнување на користење на јавни тоалети поради ризик од инфекции, избегнување на затворање на простории во сезона на грип и вируси и сл.).

Овие пациенти постојано вршат некои испитувања, убедени се дека имаат некое заболувања и после низата направени испитувања и мислења од неколку лекари дека сѐ е во ред со нив. Тие често ги користат здравствените услуги, најчесто на товар на фондот, понекогаш и по неколку пати во годината. Пациентите со оваа дијагноза, која во психијатриската пракса и доста ретко се користи, најчесто имаат некое нарушување на

расположението, обично депресивно растројство и генерализирана анксиозност (Noyes, 1993). Но во повеќето случаи знаат да имаат и друга веќе постоечка болест, па останатите сензации кои се појавуваат само се калемат на основната здравствена анксиозност. Во стресни ситуации, на пример, по смрт на блиска личност, овие потешкотии знаат да се потенцираат и личноста одново да почне со испитувањата. Лицата со хипохондриско растројство обично бурно реагираат на секоја мала сензација на нивното тело, како на пример, на прескокнување на срце (аритмија), потење, на кашлица, болка во стомакот и слично. Хипохондриците обично имаат катастрофични интерпретации за сè, на пример, некоја флека или црвенило на кожата ја интерпретираат и мислат дека се работи за рак на кожата. Но овие поплаки и ирационални мислења обично имаат долготраен тек и се пронижуваат низ животот на лицата со хипохондриско растројство.

Овие лица често се на интернет и пребаруваат за секој мал соматски симптом кој ќе им се појави, и го поврзуваат со некоја болест.

Како причина за појавување на хипохондриско растројство може да бидат:

- потреба за внимание (доколку личноста во детската возраст била занемарена или злоставувана);
- зголемено ниво на стрес;
- зголемена изложеност на информации за болести кои медиумите ги пренесуваат;
- кога се доближува возрасната доба, во која некој од родителите починале, посебно ако родителот починал млад и ненадејно;

Досега се сметало дека ризична група за појава на хипохондриско растројство е постари лица обично над 65 години, но сепак во едно истражување се покажало дека (Costa et al.,1987) оваа возрасна група има тенденција да ги потенцира веќе постоечките симтоми на соматски план, но не и кон хипохондрија. Во истражувањето се покажало дека постојаните соматски поплаки се должат на нивната невротизираност и потешкоиите во адаптација.

Ова нарушување може да биде дел и од некои од следниве нарушувања: шизофренија, психотична депресија, деменција и налудничавост.

1.3.9 АГРЕСИВНОСТ И ИМПУЛСИВНОСТ

Со поимот агресија се карактеризира еден вид на однесување при кое една личност се обидува физички или психички да повреди некој друг. Потекнува од латинскиот збор „ad“ што значи *кон* и од „gradus“ што значи *чекор* и во суштински превод би означувало *чекор кон нешто,* или во поширока смисла, *чекор кон остварување на некоја цел*. Развојот на поимот агресивност полека почнува да ја дефинира агресијата како предзнак за социјално негативно, непримерно, непристојно (недозволени активности) однесување. Социјалните психолози ја дефинираат агресијата како однесување кое е наменето да повреди друга индивидуа, која не би сакала да биде повредена (Baron & Richardson, 1994). Тие го користат зборот насилство за да ја опишат агресивноста како однесување кое содржи екстремно физичко насилство, како што е убиство или каде крајната цел е смрт. Овде важно е да се нагласи дека агресијата согледана на овој начин е само облик на однесување и не се изедначува со негативните емоции, или пак, со етничките предрасуди,

кои како такви сепак упатуваат на појава на агресија, што значи дека агресијата сама по себе не е емоција, туку облик и однесување на искажување на фрустрација и негативни чувства, која е типична за децата. Многу од психолозите сметаат дека агресијата се учи, и дека е прифатена како облик на однесување од потесното или поширокото опкружување на детето, обично дека агресијата била користена како облик на казнување за непримерно однесување. Сметаат дека е научен облик за остварување на некоја своја цел, или пак, уште во раното детство детето доколку забележи дека некој облик на насилство е награден, истото дете смета дека и тоа би требало да се однесува на истиот начин. Полот исто така има голема улога во појавата на агресија. Позастапена е кај машкиот пол, најверојатно поради моќта, силата и доминантноста која сакаат да ја изразат.

Постои една општа поделба на видовите на агресија и тоа:

1. Физичко агресивно однесување кое се карактеризира со физички напад врз друго лице, група или објект (удари, кршење, демолирање, намерно уништување со користење на фиичка сила);
2. Вербално агресивно однесување кое се карактеризира со вербални навреди, уцени, закани, омаловажувања и слично;
3. Социјална или индиректна агресивност се карактеризира со нанесување на штета преку ограничување или отстранување, како на пример, исклучување од групата на врсници, исклучување од работниот тим, нарушување на нечиј општествен углед и слично;

За една личност да се обележи како агресивна, потребно е да се набљудува нејзиното однесување, кон самата себе, кон другите во опкружувањто и кон околината.

Во последно време сè почесто се зборува за темата на семејно насилство, во која освен вербалната агресија (психички насочена кон навредување и понижување на партнерот и децата), сè позачестени се пријавите за доминација на физичко насилство. Но сепак се смета дека е мал бројот на пријавени случаи на семејно насилство токму поради недовербата во институтициите, стигматизацијата, како и степенот на сфаќање на поимот насилство во едно општество, односно културолошки прифатливите облици на однесување.

ИМПУЛСИВНОСТ - се дефинира како однесување кое е обележано со преземање на дејствие пред да се размисли за него, или пак, како нетрпеливост или прекинување на другите. Овој облик на однесување често во психолошката и психијатриската литература може да се најде како карактеристика на одредени димензии на личноста, или пак, како симптом во многу психички нарушувања. Импулсивноста е тесно поврзана и со агресивното однесување, како дел од непромислено, нагло, брзо донесуваање на одлуки и преземање на дејствија кои честопати се штетни. Затоа луѓето за кои се вели дека се импулсивни, се опишуваат како непредвидливи и нестабилни лица. Поради склоноста на овие лица кон нагло однесување, се смета дека имаат проблем со контролирање на емоциите, најчесто на тага, бес и лутина, поради што имаат проблем со воспоставување на стабилни врски со другите луѓе.

Импулсивното однесување се карактеризира со следниве модели на однесување, по кои може лесно може да биде препознаено, а тоа се:

- емоционална нестабилност;
- неможност да се контролира однесувањето;

- агресивно однесување;
- неодговорност;
- непредвидливост;
- неможност за воспоставување на блиски социјални релации;
- егоцентричност.

Импулсивноста е мултидимензионална црта која се состои од најмалку две димензии:

1) Дезинхибиција или импулсивни реакции - претставува комплексно однесување, кое опфаќа снижена инхибиторна контрола, намалена сензитивност на негативни консеквенци на однесување, неадекватна сензорна обработка на стимулансите, ризично однесување во контекст на донесување на одлуки, како и истрајување во однесувањето коешто е потенцијално штетно или казниво. Импулсивноста може да биде изразена на повеќе начини, вклучувајќи ја и агресијата. Импулсивната агресија е еруптивна, непланирана, со недостаток на контрола, може да трае о неколку минути до неколку часа (NEUROBIOLOŠKE OSNOVE IMPULSIVNOG I KOMPULZIVNOG PONAŠANJA – IMPLIKACIJE ZA FARMAKOLOŠKE I PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE Borjanka Batinić1, 2 Dragana Duišin1 Tatiana Vukosavljević-Gvozden2 UDK: 616.93-008.452-097 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija 2 Odeljenje za psihologiju, Filozofski Fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbi). Најчесто се јавува кај гранични личности, манично растројство на расположението, патолошко коцкање, злоупотреба на супстанции.

2) Импулсивно донесување на одлуки (импулсивни избори) - може да се сретне и кај нормалната популација и најчесто се донесува во стресни ситуации или кога личноста се чувствува силно притисната и мисли дека нема време за размислување за последиците.

1.3.10 ПАРАНОЈА

Паранојата е растројство на личноста кое се карактеризира со склоност туѓите дејствија да се толкуваат како понижувачки или со омраза, прекумерна сомничавост и омраза. Параноичните личности тешко забораваат факти и настани и полни се со омраза. Луѓето со пароноидни карактеристики, односно параноидни тенденции се чувствителни на критицизам, емоционално се ригидни и постојано се на некој штрек. Овие луѓе често имаат неоправдана и длабока недоверба во другите луѓе, што претставува црна дамка или потешкотија во релациите со семејството и пошироките социјални интеракции, како и довербата во институциите. Параноичните личности, односно личностите со параноидни тенденции постојано мислат дека другите луѓе ќе им нанесат некоја штета и дека ќе бидат измамени и постојано другите луѓе ги гледаат како закана. Многу често ова знае да ги држи настрана од другите луѓе и да ги прави да чувствуваат недоверба и да бидат ригидни во однесувањето. Наизглед тие делуваат како самобендисани, самоуверени, но всушност длабоко во нив се крие недовербата кон другите луѓе. Во некои неофицијални истражувања се смета дека дури 4,1% од популацијата во светот страда од параноичност. Но, што точно предизвикува истата да се појави кај луѓето? Можеби тоа е напреднатата

технологија и можноста да се добиваат дури и лични податоци за секој на социјалните мрежи, или пак, можноста за непречено следење на движењето и комуникациите со другите луѓе, придружена со постојаните објави на медиумите за можна злоупотреба на лични податоци, хакерски пробивања на банкарски сметки, или пак, разните измами кои се присутни на интеренет, од карактер за донации за лажни болести и слично.

Параноичните личности се карактеризираат со следниве особини:

- Упатените забелешки (и добронамерни) ги сфаќаат како закана без да имаат било каков доказ за тоа;
- Љубоморни се и сомничави кон својот брачен партнер;
- Реагираат импулсивно и со агресија кога некој упатува забелешки кон нивниот карактер;
- Постојано се незадоволни и се расправаат;
- Избегнуваат конфликтни ситуации, зашто мислат дека некој може тоа да го искористи против нив и да им наштети;
- Имаат голема доза на недоверба кон членовите на потесното и поширокото семејство;
- Имаат недоверба во институциите;
- Често мислат дека се искористувани од другите луѓе и експлоатирани на работа.

Кај луѓето со параноидни тенденции или параноидни црти на личноста постои одредена доза на критичност, тие се отворено сомничави, додека луѓето со параноидно растројтво се хостилни, сомничави, со мноштво на налудничави идеи на прогон и според DSM-IV, тоа е опишано како налудничаво растројство. Еден од првите психијатри кој го опишува ова растројство е Ласег, кој во 1852 година го опишува како душевно растројство

кое се карактеризира со присуство на налудничави идеи, сомневање и прогонување, кое го нарекува „delire de persecution“ (Чадловски, Г., 2004, Скопје). Обично пациентите со ова растројство не бараат психијатриска помош, поради самата некритичност, туку тоа се нивните блиски кои ги забележуваат промените во нивното мислење и однесување и најчесто тие се хоспитализирани под присила.

Дијагностички критериуми според МКБ-10 за паранојата се:

- Присуство на налудничави идеи;
- Присутноста да е од најмалку три месеци наназад;
- Налудничавите идеи треба да бидат лични.

1.3.11 **ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ**

Терминот хиперсензитивност може да се дефинира како акутен физички, ментален и емоционален одговор на стимуланси предизвикани од надворешната средина или од внатре. Хиперсензитивната личност ги чувствува работите премногу длабоко или премногу силно. Оваа особина на личноста прави личноста да ги процесира стимулансите со зголемена сензитивност на централниот нервен сиситем и со подлабоко когнитивно процесирање на емоционалните, менталните и физичките стимуланси. Терминот хиперсензитивност бил измислен во деведесеттите години на минатиот век од страна на психологот Елен Арон и нејзинит сопруг Артур Арон, коишто заеднички ја имаат креирано скалата за мерење на хиперсензитивност (Прашалник за проценка на високосензитивна личност). Се смета дека дури околу 15% од популацијата во светот ја има оваа карактеристика. Поради преголемата сензитивност на стимулансите личноста

често знае да има физички, психички потешкотии како одговор на преголемата стимулираност, а тоа се:

- Чести главоболки;
- Неможност да функционира кога не се чувствува добро;
- Чести потреби за физички одмор во темна просторија;
- Чувство на гадење и намален апетит кога личноста е презаситена со стимуланси кои ја раздразнуваат;
- Вртоглавици и несвестици;
- Иритабилност;
- Чувствителност кога се набљудувани од други лица;
- Осетливост на критики, дури и позитивни;
- Изразена анксиозност кога се изложени на некои од овие стимуланси;
- Избувливост кога личноста е емоционално презаситена;

Хиперсензитивните личности често знаат да се споредуваат со другите, како во социјалниот живот, така и во кариерниот развој. Кај нив доминира стравот да не бидат отфрлени и неприфатени. Избегнуваат простории каде што има луѓе или каде би можеле да бидат набљудувани.

Хиперсензитивната личност скоро никогаш не бара помош од психолог или психијатар поради самата сензитивност, туку поради анксиозноста или депресивноста, гастроинтестиналните или кардиолошките тегоби кои спонтано се јавуваат доколку личноста не пронашла начин како истите да ги менаџира успешно и поради нивното егзистирање се појавиле други тегоби. Во некои неофицијални истражувања се добиваат и

податоци дека често овој тип на личности можат да имаат некоја зависност, како што се: злоупотреба на алкохол, цигари и други супстанции со цел да ги редуцира стресот и анксиозноста.

2.0 ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО РСМ

Во едно истражување коешто е спроведено од страна на Институтот за јавно здравје на РСМ, насловено како „Информација за менталното здравје во Република Македонија, 2005-2014“, изготвено од Секторот за промоција, анализа и превенција на незаразни болести, а објавено во 2015 година во Скопје, се наведува податок дека „во Светот 450 милиони луѓе постојано страдаат од ментални и невролошки растројства, а 1,5 милијарди луѓе, од кои три четвртини живеат во земјите во развој, страдаат од едно или повеќе невропсихијатриски заболувања“. Наведуваат дека бројот на лица на кои периодично им е потребна психијатриска помош или некој вид на советување или помош секако е многу повисок и во основа не може точно да се утврди. Многу искуства и истражувања покажуваат дека, како и многу други заболувања, менталните заболувања се резултат на интеракција меѓу биолошките, социјалните и психолошките фактори, а имаат големо влијание на квалитетот на животот на поединците, па и на нивните семејства. Менталните заболувања влијаат на хроничните состојби, како канцер, срцеви и кардиоваскуларни заболувања, дијабетис, HIV/AIDS“ (ИЈЗ, Информација за ментално здравје во Македонија, Скопје, 2005).

Во 2020 година, според СЗО, се очекува процентот на ментални заболувања да се зголеми за 50% (Извештај на СЗО, 2001).

Менталните заболувања во РСМ, во целокупниот болнички морбидитет, се застапени со 4% во 1996 година, со 4,5% во 2000 година, со 3,6% во 2005 година, 3,8% во 2006 година, 2,9% во 2010 година, 2,8 % во 2011 година, 2,6% во 2012 година, 2,7% во 2013 година и 2,6% во 2014 година.

Целта на истражувањето на ИЈЗ на РСМ е да се согледа состојбата со психијатриските болници, Клиниката за психијатрија и невропсихијатриските и психијатриските болници во РСМ во период 2005, 2010-2014 година, односно состојбата со менталното здравје во РСМ и дали има некое остварување на предложените стратегии, како и политиката на СЗО „Здравје за сите во 21-от век“, кој се стреми да ја оствари визијата „Здравје за сите“.

Табела 1: Лекувани болни од ментални заболувања во психијатриските болници, Клиника за психијатрија, невропсихијатриските и психијатриските одделинија на општите болници по пол во РСМ, период 2005,2010-2014 година

		2005	2010	2011	2012	2013	2014	Индекс 2014/05	Индекс 2014/10
Психијатриски болници: Психијатриска болница Негорци-Гевгелија, Демир Хисар и "Скопје"	СЕ	3287	2810	3099	2901	2923	2824	85,9	100,5
	М	2386	2026	2244	2037	2110	2052	86,0	98,5
	Ж	901	784	855	864	813	772	85,7	106,2
Клиника за психијатрија	СЕ	575	429	696	643	507	531	92,3	72,5
	М	268	220	468	279	225	209	78,0	60,2
	Ж	307	209	228	364	282	322	104,9	83,6
Невропсихијатриски и психијатриски одделенија при општите болници	СЕ	4208	3379	2960	2611	3214	3643	86,6	118,4
	М	1851	1413	1127	1165	1322	1498	80,9	116,5
	Ж	2357	1966	1833	1446	1892	2145	91,0	119,8
ВКУПНО	СЕ	8070	6618	6755	6155	6644	6951	86,1	105,0
	М	4505	3716	3839	3481	3657	3738	83,1	100,6
	Ж	3565	2902	2916	2674	2987	3213	90,1	110,7

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија
Анкета спроведена во соработка со 10-те ЦЈЗ

Бројот на лекувани од ментални заболувања од машки пол е поголем од бројот на лекувани жени, при што бројот на мажите кои се лекуваат од ментални заболувања во периодот 2005-2014 е намален за 16%, а бројот на лекуваните жени за 9,9%.

Табела 2: Лекувани болни по групи на ментални заболувања во трите психијатриски болници, Клиника за психијатрија, невропсихијатриските и психијатриските одделинија во РСМ 2005,2010-2014.

ВКУПНО

ДИЈАГНОЗА (МКБ-10 шифра)	БРОЈ	%
Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29)	2280	32.8
Душевни растројства и растројства на обноските настанати поради употреба на психоактивни супстанци (F10-F19)	1437	20.7
Невротски растројства поврзани со стрес о соматоформни растројства (F40-F48)	1217	17.5
Првите 3 причини за хоспитализација	4934	71.0
Вкупно (F00-F99)	**6951**	**100.0**

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија

МАЖИ

ДИЈАГНОЗА (МКБ-10 шифра)	БРОЈ	%
Душевни растројства и растројства на обноските настанати поради употреба на психоактивни супстанци (F10-F19)	1666	44,6
Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29)	1371	36,7
Невротски растројства поврзани со стрес о соматоформни растројства (F40-F48)	382	10,2
Првите 3 причини за хоспитализација	3419	91.5
Вкупно (F00-F99)	**3738**	**100.0**

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија

ЖЕНИ

ДИЈАГНОЗА (МКБ-10 шифра)	БРОЈ	%
Невротски растројства поврзани со стрес о соматоформни растројства (F40-F48)	1077	33.5
Шизофренија, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29)	1012	31.5
Душевни растројства и растројства на обноските настанати поради употреба на психоактивни супстанци (F10-F19)	254	7.9
Првите 3 причини за хоспитализација	2343	72.9
Вкупно (F00-F99)	**3213**	**100.0**

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија

Табела 3: Лекувани болни од чести ментални заболувања (Ф 00-Ф99)во психијатриските болници, Клиника за психијатрија, невропсихијатриските одделинија и психијатриските одделенија на општите болници во 2014 година за сите возрасти и по пол.

Групи на заболувања	Пол	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Индекс 2014/05	Индекс 2014/10
F00-F99	Се	8070	6618	6755	6155	6644	6951	86,1	105,0
	м	4505	3716	3839	3481	3657	3738	83,0	100,6
	ж	3565	2902	2916	2674	2987	3213	90,1	110,7
F00 – F09	Се	292	669	1038	404	255	223	76,4	33,3
	м	147	310	561	196	118	102	69,4	32,9
	ж	145	359	477	208	137	134	92,4	37,3
F10 – F19	Се	1894	1872	1654	1511	1570	1437	75,9	76,8
	м	1702	1684	1460	1362	1389	1267	74,4	75,2
	ж	192	188	194	149	181	172	89,6	91,5
F20 – F29	Се	2719	2226	2231	2118	1932	2280	83,9	102,4
	м	1552	1355	1394	1243	1194	1445	93,1	106,6
	ж	1167	871	734	875	738	974	83,5	111,8
F30 – F39	Се	1304	915	825	732	1295	1229	94,2	134,3
	м	476	328	285	282	454	456	95,8	139,0
	ж	828	587	539	450	841	836	101,0	142,4
F40 – F48	Се	1482	1444	1305	1196	1201	1217	82,1	84,3
	м	397	339	333	319	292	317	79,8	93,5
	ж	1085	1105	972	877	909	948	87,4	85,8
F50 – F59	Се	18	22	21	14	23	10	55,6	45,5
	м	2	7	11	3	5	4	200,0	57,1
	ж	16	15	10	11	18	2	12,5	13,3
F60 – F69	Се	78	174	118	76	90	39	50,0	22,4
	м	55	154	75	43	55	51	92,7	33,1
	ж	23	20	43	33	35	31	134,8	155,0
F70 – F79	Се	220	253	237	154	196	70	31,8	27,7
	м	132	147	150	100	104	52	39,4	35,4
	ж	88	106	87	54	92	43	48,9	40,6
F80 – F89	Се	-	2	2	2	5	4	-	200,0
	м	-	0	0	2	3	4	-	-
	ж	-	2	2	0	2	0	-	0,0
F90 – F98	Се	43	1169	38	42	22	79	183,7	6,8
	м	22	1152	16	16	12	36	163,6	3,1
	ж	21	17	22	26	10	43	204,8	252,9
F99	Се	20	0	2	585	0	1	5,0	-
	м	10	0	1	271	0	0	0,0	-
	ж	-	0	1	314	0	1	-	-

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија

Во 2014 година по групи на ментални заболувања, во болничката дејност на прво место е шизофренијата, шизотипни и налудничави растројства (F20-F29) со 32,8%, застапеност во вкупниот број на лекувани болни од ментални заболувања, на второ место е групата душевни растројства и растројства настанати поради злоупотреба на психоактивни супстанции (F10-F19) со 20,7%, а на трето место се невротските растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства – неврози (F30-F39), со 17,5% застапеност.

Од групата F30-F39, во болничката дејност има 1142 лекувани болни во 1998 година, 1063 во 2000 година, 1203 во 2008 година, 1229 во 2014 година. Растројствата на расположението, односно депресиите во вкупните ментални заболувања во болниците во 2008 година учествуваат со 15,5%, а во 2014 година со 17,7%, а од нив бројот на лекувани жени е два пати поголем, од бројот на лекувани мажи.

Вкупниот број на лекувани болни од невротски заболувања поврзани со стрес и соматоформни растројства – неврози во 1998 година е 1008, во 2008 година е 1459 и во 2014 година 1217. Бројот на лекуваните болни е зголемен за 20,7% во однос на 1998 година, а намален за 16,6% во однос на 2008 година, од кој бројот на жените е еден и пол пат поголем од бројот на лекувани мажи.

Синдром на обноските придружени со физиолошки нарушувања и физикални фактори (F50-F59) во 1998 изнесува 23 лекувани, 14 во 2008 година, и 10 во 2014 година.

Растројства на личноста и на обноските кај возрасен (F60-F69) во 1998 година изнесува вкупно 102, во 2008 година изнесува 105, и во 2014 година изнесува 109.

Бројот на суицидални случаи во однос на 2005 година изнесува 143 случаи, додека во 2014 година 147 случаи, со поголема застапеност кај мажите на возраст од 45 до 54 години. Суицидалната личност се карактеризира со висок степен на невротизираност, анксиозност, депресивност, агресивност и импулсивност (ИЈЗ на РСМ, Скопје, 2015 година, Информација за менталното здравје во Македонија 2005-2014).

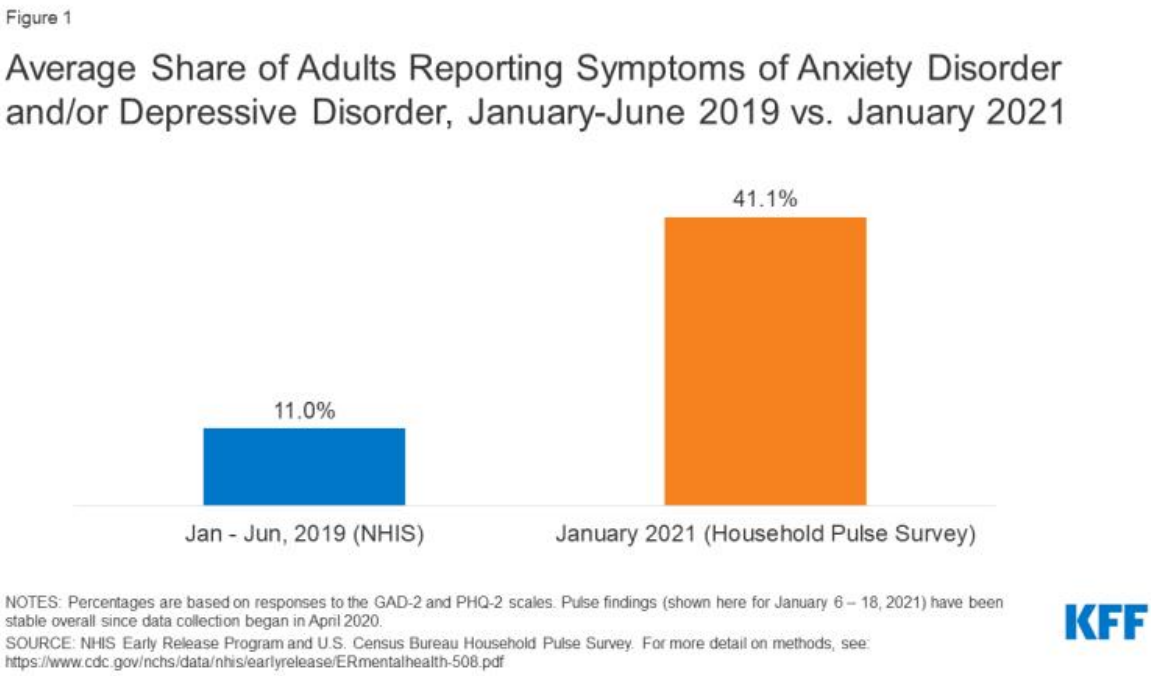
2.1 Досегашни истражувања за менталното здравје за време на Ковид-19 пандемијата во РСМ

Во истражувањето „Влијанието на Ковид-19 врз мажите и жените во РСМ“, објавено во јуни 2020 година, спроведено од UN Women, се наведува дека влијанието на Ковид-19 пандемијата врз менталното здравје се зголемило со појава на стрес и анксиозност, кое најмногу е застапено кај жените во возрасните групи од 35 до 44 години, со 30%, и возрасната група од 45 до 54 години со 26%, додека жените на возраст од 55 до 64 години се најмалку погодени со 13%. Наодите од анкетата исто така покажуваат дека 3% од анкетираните слушнале или биле жртва на некој вид на насилство за време на пандемијата.

2.2 Досегашни истражувања за менталното здравје за време на Ковид-19 пандемијата во САД

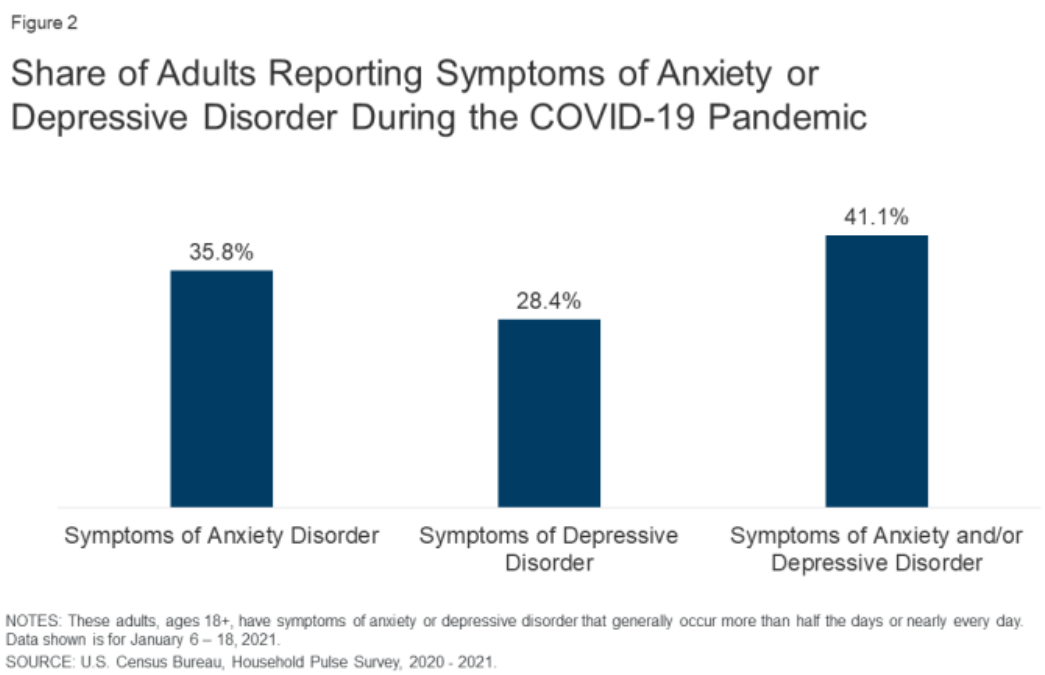
Во едно друго истражување спроведено од страна на Nirmita P., Rabah, K.,Cynthia C.,Rachel G,. објавено во февруари, 2021 година, направено врз популацијата во САД, добиени се податоци дека 4 од 10 возрасни во САД пријавиле симптоми на анксиозност и депресија, како резултат на стресот предизвикан од панемијата со Ковид-19, споредувајќи со јануари 2019 година, кога само 1 од 10 Американци пријавиле симптоми на

анксиозност и депресија, пред почетокот на пандемијата. Во истото истражување, според добиените резултати, 36% пријавиле проблеми со спиењето, 32% пријавиле промена во апетитот, злоупотреба на супстанции пријавиле 12%, додека 12% пријавиле дека досегашните соматски потешкотии им се влошиле како резултат на стресот предизвикан од пандемијата со Ковид-19.



*Приказ од истражувањето објавено за пријава на симптоми на анксиозност и депресија во периодот од јануари до јуни 2019 година, споредено со јануари 2021 година.

Figure 2



*Приказ на резултати од истражувањето на испитаници кои пријавиле симптоми на анксиозност и депресија во периодот од 6 до 18 јануари 2021 година.

Во истото истражување објавено од U.S. Census Bureau Household Pulse Survey 2020-2021, возрасната група од 18 до 24 години, пријавиле сиптоми на анксиозност и депресија со 56%.

3.МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1 Цели и задачи на истражувањето

Пролонгираниот стрес кој трае скоро две години, а е поврзан со Ковид-19 пандемијата која го зафати целиот свет и неизвесноста за нејзиниот крај, последиците кои ги остава, а се јавуваат во вид на економска криза, проблеми со физичкото и менталното здравје, дава голема подлога за спроведување на истражување во полето на менталното здравје. Тргнувајќи од самите рестриктивни мерки кои беа воведени со самиот почеток на пандемијата (изолација, карантини, носење маски, избегнување на социјални контакти и забрана за групирање) се смета дека имаат големо влијание врз менталното здравје, бидејќи човекот освен што е биолошко, тој е и психосоцијално суштество кое има потреба од интеракција, а не да функционира излолирано. Тоа значи дека доколку личноста нема развиено соодветни механизми на одбрана и нема начини успешно да го изменаџира стресот предизвикан од промените настанати со Ковид-19 панедемијата, има совршена подлога за појава на некои потешкотии на психички план. Пролонгираниот стрес, предизвикан од пандемијата која трае веќе скоро две години се претпоставува дека води до нарушување на менталното здравје. Поединецот не може да функционира во нормално опкружување, принуден е да ги следи препораките, загрижен е за својот живот и животот на своите блиски, со што и анксиозноста расте. Сето ова се претпоставува дека води до појава на невротична личност, односно појава на лутина, агресивност и импулсивно реагирање, иритабилност, депресија, соматски потешкотии, како кардиолошки или

гастроинтенстинални проблеми. Појавата на невротизираност најчесто се поврзува со ограничен или намален квалитет на живот, честа загриженост, проблеми во бракот. Некои истражувања укажуваат и на намален имун одговор при инфекции, кога се работи за невротизирана личност. Карактеристично за невротизираноста е што може да се јави во секоја животна доба, не е поврзана со возраста на луѓето, туку директно со појавата на тој пролонгиран стрес, кој ја ремети личноста во секојдневното фунционирање.

Поради ова, произлегува и потребата за ова истражување, каде во долунаведеното се образложува и на кој начин ќе биде спроведено.

3.2 МЕТОДИ И ТЕХНИКИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во истражувањето како метод ќе биде користен дескриптивниот статистички метод, при што на крај ќе бидат претставени вкупниот број на испитаници на секое ниво на степен на невротизираност по возрасна група, пол и степен на образование. За да се одговорат прашањата на истражувањето, ќе бидат земени предвид вкупниот број на испитаници на секој степен на невротизираност, во комбинација со средната вредност на степенот на невротизираност за секоја возрасна група. Степенот на невротизираност ќе биде одреден по Cornel indeks Cornel index - тестот на невротизираност, кој се состои од 110 прашања, со кои се опфатени 11 тенденции, како што се: анксиозни, фобични, хиперсензитивни, депресивни, кардиоваскуларни, гастроинтенстинални, хипохондриски, опсесивно-компулсивни, агресивно-импулсивни и параноидни тенденции. На испитаниците ќе им биде даден и дополнителен наменски прашалник, кој ќе ги бара и следниве информации: полот и возраста и степенот на образование на испитаниците.

Секој вид од податоците кои ќе бидат добиени од ова истражување, ќе бидат прегледани, а потоа пресметани основните показатели, кои ќе се користат во статистичко заклучување.

3.3 ХИПОТЕЗИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

Главна хипотеза:

Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу Ковид-19 пандемијата и менталното здравје кај машката и женската популација на возраст од 25 до 60 години во Република Северна Македонија.

Со оглед на тоа што истражувачките варијабли се претставени преку категории, потребно е дефинирање на попрецизни и поспецифични претпоставки за нивните меѓусебни односи. Конкретно, за постапката за докажување на главната хипотеза на истражувањето, поставени се следниве потхипотези, кои ќе помогнат во докажување на главната хипотеза:

Помошни хипотези:

X_1 - Присутна е статистички значајна разлика во изразеноста на депресијата кај машката и женската популација во периодот на Ковид-19 пандемијата кај популацијата на РСМ.

X_2 - Анксиозната е поизразена кај женската популација на возраст од 60+, во однос на женската популација од 25 до 39 години во време на Ковид-19 пандемијата во РСМ.

X_3 - Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу опсесивната компулсивност, паранојата, полот на испитаниците и нивната возраст.

X_4 - Во период на Ковид-19 пандемија, агресивноста е позастапена кај машката популација на возраст од 25 до 39 години, во однос на машката популација на возраст од 39 до 59 години.

X_5 - Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анксиозност кај машката и женската популација во време на Ковид-19 пандемијата во РСМ.

X_6 - Присутна е статистички значајна разлика во степеност на анксиозност, депресивност, параноја и опсесивна компулсивност на испитаниците според степеност на образование кај популацијата на РСМ за време на Ковид-19 пандемијата.

3.4 Варијабли на истражувањето

Од поставениот проблем и хипотези во истражувањето, јасно произлегуваат варијаблите кои ќе бидат испитувани. Независните варијабли се: возраста, полот и степенот на образование на испитаниците, а зависната варијабла е настанатата психичка промена (анксиозност, депресија, опсесивна компулсивност, хиперсензитивност, кардиоваскуларни и гастроинтестинални проблеми, инхибиторност, хипохондријаза, параноја и агресија) кај популацијата на РСМ.

Степенот на невротизираност и настанатите психички промени, односно тенденции, ќе бидат мерени со Cornel Index Test на невротизираност, во кој ќе биде пресметан и изразен степенот на доверба на испитаниците: од 0 до 1 - висок степен на доверба, 2 - умерен степен на доверба и од 3 до 5 - низок степен на доверба. Степенот на

невротизираност е бодуван доколку испитаникот одговорил со „Да“ на 0-27 прашања - незначителен, од 28 до 49 - умерен и 50+ - висок степен на невротизираност.

Возраст - Во истражувањето ќе бидат опфатени лица од 25 до 60+ години. Ќе бидат поделени во три возрасни категории, и тоа од 25 до 39, од 40 до 59 и третата група е од 60+ години.

Пол - Во ова истражување ќе бидат опфатени лица од машки и женски пол.

Степен на образование - во истражувањето испитаниците ќе бидат поделени во три групи според степенот на образование и тоа лица со оформено: основно, средно и високо образование.

3.5 Мерни инструменти

За прибирање на податоците користени е мерен инснтрумент Cornel Indext Тест на невротизираност и Прашалник со информации за полот, возраста и нивото на образование на испитаниците, кој ќе биде прикачен на самиот тест, во кој испитаниците треба сами да ги внесат своите податоци.

Cornel Index - тестот на невротизираност содржи 110 ајтеми. Откако испитаникот ќе одговори на сите 110 прашања, треба да се одреди вредноста на L-скалата, односно на подготвеноста на испитаникот да одговара искрено на сите прашања. Висок степен на доверба има од 0 до 1 отстапка, умерен степен на доверба има доколу има 2 отстапки, и низок степен на доверба доколку има од 3 до 5 отстапки. Потоа се одредува степенот на невротизираност, така што се бројат сите одговори со „Да“ на дадените тврдења од 11 до

110. Степенот на невротизираност на испитуваниот од 0 до 27 е незначителен, 28-49 умерен и 50+ висок степен на невротизираност.

Потоа поединечно со клучот се одредува степенот на секоја поединечна тенденција: анксиозни, фобични, хиперсензитивни, депресивни, кардиоваскуларни, инхибиторни, гастроинтенстинални, хипохондриски, опсесивно-компулсивни, агресивно-импулсивни и параноидни тенденции и потоа се внесуваат на графикон. Интерпретацијата на тестот се врши посебно во однос на степенот на невротизираност и тенденциите кои доминираат.

Прашалникот за полот, возраста и степенот на образование на испитаниците ќе биде прикачен заедно со тестот и секој испитаник, кој сам ќе се изјасни за своите податоци.

3.6 Избор на примерок

Во примерокот на ова истражување ќе бидат вклучени вклучени 101 испитаник, по пат на пригоден примерок. Пригодниот примерок се состои од познаници на истражувачот, кои ќе бидат поделени во три возрасни групи и тоа од 25 до 39 години, од 40 до 59 и третата група од 60+години.

3.7 Просторно и временско определување на истражувањето

Истражувањето, податоците и анализата на состојбата се однесува на територијата на РСМ. Се планира истражувањето да се реализира во времетраење од еден еден месец.

3.8 Обработка на податоците

За опис на квантитативните податоци, добиени од ова истражување, ќе се користи аритметичка средина, која претставува збир на мерни податоци поделени со бројот на мерења. За мерење на варијабилноста на податоците ќе се користи мерката варијабилност, односно стандардна девијација, која е најдобар индикатор за растурањето на скоровите во примерокот и претставува основа за проценка на варијабилноста на појава во испитуваната популација.

Од мерките за статистичко заклучување во истражувањето ќе се користи стандардната грешка на аритметичка грешка, која е пропорционална со стандардната девијација. Бидејќи во истражувањето има вклучено повеќе примероци кои ќе бидат споредувани, разликата помеѓу нив ќе биде пресметана преку стандардна грешка на разликата меѓу аритметички средини, додека пак поврзаноста помеѓу нив ќе се испитува со помош на корелација.

4. РЕЗУЛТАТИ

Добиените податоци во однос на промените на психички план, како и биографските податоци на испитаниците (пол, возрасна група, степен на образование) се презентирани во следните табели и графикони и пити.

Табела1: Број на испитаници според пол во возрасната група од 25 до 39 години

Пол	Број на испитаници
1. **Машки**	15
2. **Женски**	19

Во табела 1 е даден преглед на застапеноста на испитаниците според пол во возрасната група од 25 до 39 години и од истата може да се забележи дека 44% испитаници се од машки пол, додека 56% се од женски пол. Графичкиот приказ следи на графиконот 1.



Графикон 1: Приказ на испитаници според пол во возрасната група од 25 до 39 години

Во приказот на Табела 1, се гледа дека 56% од испитаниците во возрасната група од 25 до 39 години се жени, а во истата возрасна група 44% од испитаниците се мажи.

Табела 2: Приказ на степен на образование кај возрасна група од 25 до 39 години од машки пол.

Степен на образование кај возрасната група од 25 до 39 години, кај машкиот пол	**Фреквенција**
Основно образование	5
Средно образование	4
Високо образование	6

Во табела 2 и графикон 2 е даден бројот на испитаници од машки пол во возрасната група од 25 до 39 години и нивната застапеност според степенот на образование, при што бројот на испитаници од машки пол со основно образование изнесува 5 и е вкупно 33% од вкупниот број во оваа возрасна група, бројот на испитаници со средно образование изнесува 4 и е со застапеност 27 % во оваа возрасна група, и со високо образование од машки пол се 6 испитаника, со 40% од вкупниот број на испитаници во оваа возрасна група од 25 до 39 години.



Графикон 2: Процентуален приказ на испитаници од машки пол во возрасна група од 25 до 39 години според степен на образование

Табела3: Приказ испитаниците од женски пол според степен на образование во возрасната група од 25 до 39 години

Степен на образование кај возрасна група од 25 до 39 години, кај женскиот пол	**Фреквенција**
Основно образование	4
Средно образование	7
Високо образование	8



Графикон 3: Процентуален приказ на испитаниците од женски пол, според степенот на образование во возрасната група од 25 до 39 години

Од податоците во табела 3 и графикон 3 се гледа дека бројот на испитаници од женски пол во возрасната група од 25 до 39 години со основно образование изнесува 4 и е 21% , додека со средно образование изнесува 7, и е 37% и со високо образование изнесува 8, што претставува 42% од вкупниот број на женски испитаници во ова возрасна група.

Табела 4: Приказ на бројот на испитаници по пол во возрасната група од 40 до 59 години

Пол	Број на испитаници
1. **Машки пол**	19
2. **Женски пол**	14

Од податоците во табела 4 и графикон 4 се гледа процентот на испитаниците според пол кај возрасната група од 40 до 59 години, при што кај машкиот пол во истражувањето се вклучени 19 испитаника или вкупно 58% во оваа возрасна група, и женски испитаници се 14 или вкупно 42% во оваа возрасна група.



Графикон 4: Процентуален приказ на испитаниците според пол во возрасната група од 40 до 59 години

Табела 5: Приказ на фреквенција на испитаници од машки пол во возрасна група од 40 до 59 години според степенот на образование

Степен на образование	**Фреквенција**
Основно	5
Средно	7

Високо	7

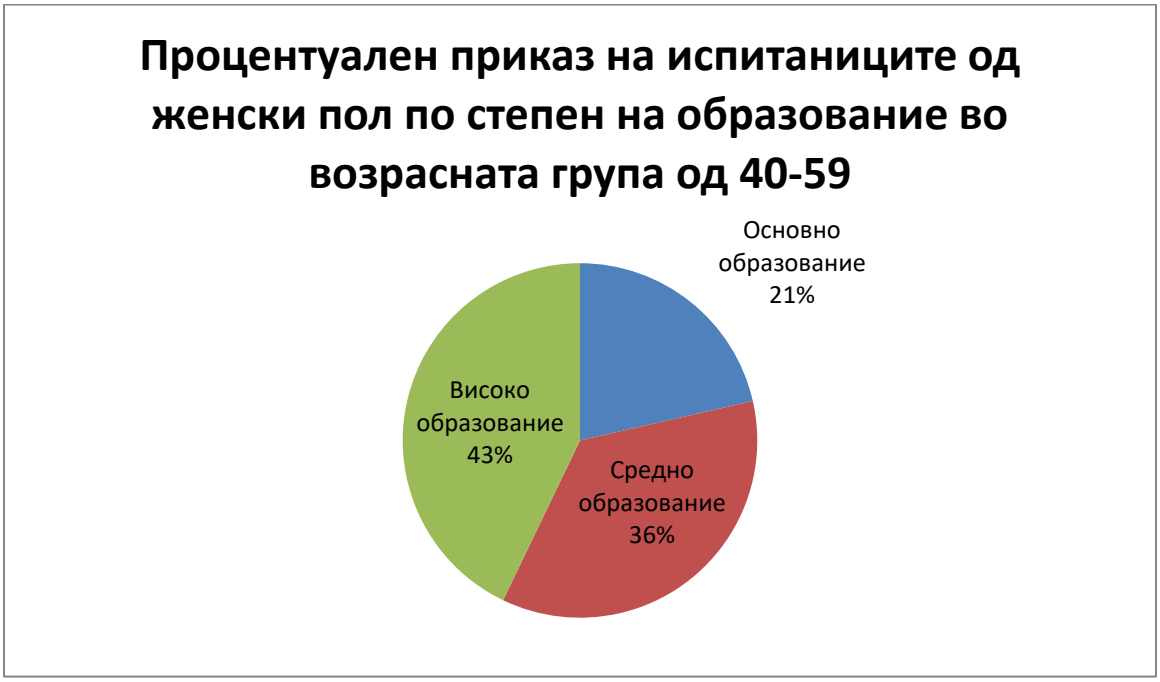


Графикон 5: Процентуален приказ на испитаниците од машки пол според степенот на образование во групата од 40 до 59 години

Од податоците во табела 5 и графикон 5 се гледа дека бројот на испитаници од машки пол со завршено основно образование изнесува 5 или 26%, бројот на испитаници со средно образование е 7 или 37%, и бројот на испитаници со оформено високо образование изнесува 7 или вкупно 37% од вкупниот број на испитаници од машки пол, кај возрасната група од 40 до 59 години.

Табела 6: Приказ на бројот на испитаници од женски пол, по степен на образование во возрасната група од 40 до 59 години

Степен на образование	Фреквенција
Основно образование	3
Средно образование	5
Високо образование	6



Графикон 6: Процентуален приказ на испитаниците од женски пол по степен на образование во возрасната група од 40 до 59 години

Табела 7: Приказ на испитаници по пол во возрасната група 60+

Пол	Фреквенција
1.Машки пол	17
2.Женски пол	17

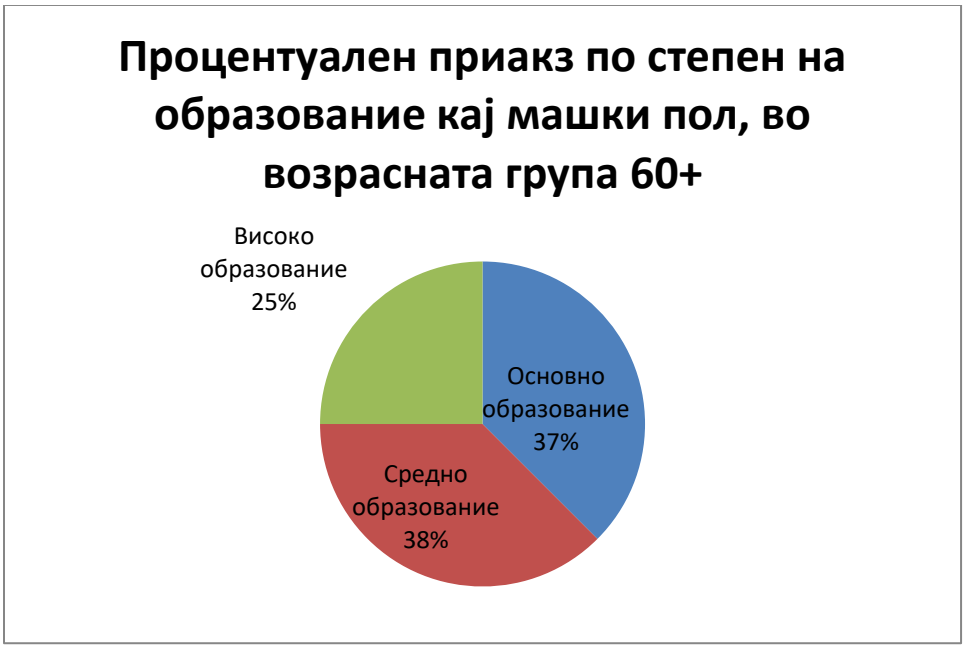


Графикон 7: Процентуален приказ на испитаниците по пол според степен на образование во возрасната група 60+

Од податоците во табела 7 и графикон 7 се гледа дека бројот на машки и женски испитаници во возрасната група 60+ е подеднаков , односно по 50% во двете категории.

Табела 8: Приказ на испитаниците по степен на образование од машки пол во возрасната група 60+

Степен на образование	Фреквенција
Основно образование	6
Средно образование	6
Високо образование	4



Графикон 8: Процентуален приказ на испитаниците од машки пол, според степен на образование, кај возрасната група 60+

Во табела 8 и на графикон 8 се претставени бројот на испитаници од машки пол по степен на образование во возрасната група 60+, каде со основно образование се 6 испитаника или 37%, со средно образование се 6 испитаника или 38% и со виско образование се 4 испитаника, односно 25%.

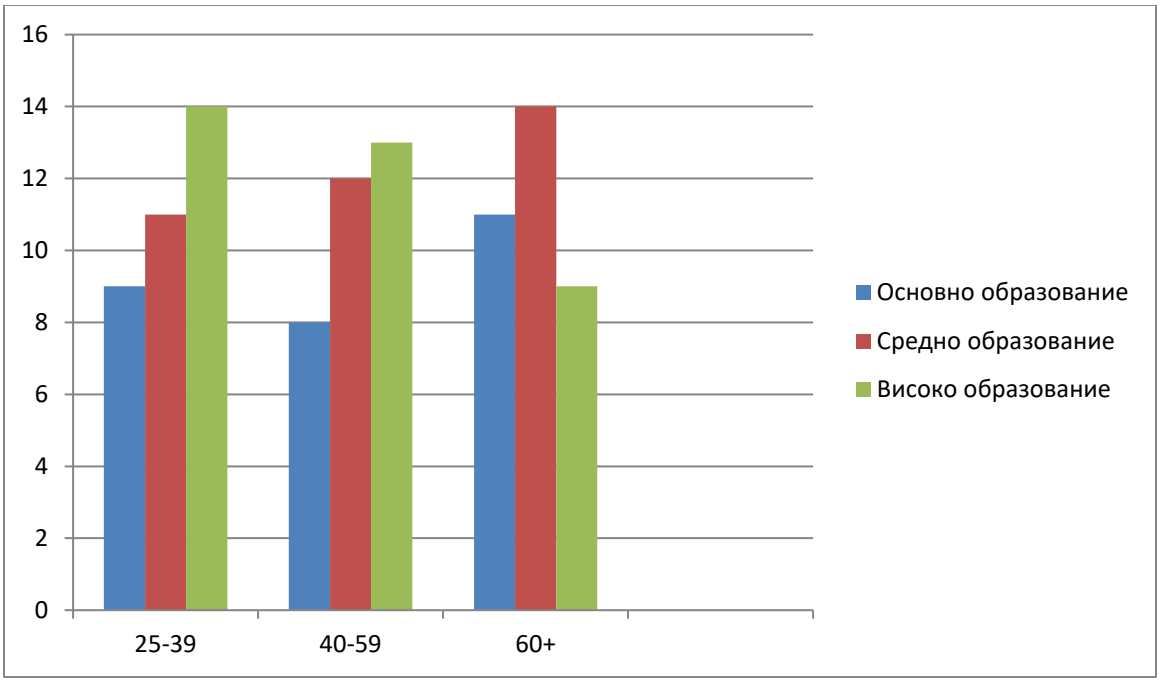
Табела 9: Приказ на испитаниците по степен на образование, кај женски пол во возрасна група 60+

Степен на образование	**Фреквенција**
Основно образование	4
Средно образование	8
Високо образование	5



Графикон 9: Процентуален приказ по степен на образование кај женскиот пол во возрасната група 60+

Од податоците во табела 9 и графикон 9 се гледа дека бројот на испитаници од женски пол кај возрасната група 60+ со основно образование изнесува 4, односно 24%, со средно образование изнесува 8, односно 47% и со високо образование бројот на испитаниците изнесува 5 или 29% од вкупниот број на испитаници од женски пол во возрасната група 60+.



Графикон 10: Вкупен број на испитаници по степен на образование во сите возрасни групи

Табела 10: Дескриптивна статисктика со M, аритметичка средина и SD - стандардна девијација за сите варијабли

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Пол	101	1.4950	.50247	.020	.240	-2.040	.476
Образование	101	4.0792	.79603	-.144	.240	-1.403	.476
Анксиозност	101	25.9901	20.49073	1.057	.240	1.270	.476
Фобичност	101	20.1584	21.99851	1.243	.240	1.405	.476
Хиперсензитивност	101	21.0000	19.91632	.841	.240	.090	.476
Депресија	101	9.2475	17.70051	2.272	.240	5.263	.476
Кардиоваскуларни	101	13.2871	24.54642	2.127	.240	4.098	.476
Инхибиторни	101	8.5743	11.93260	1.973	.240	4.881	.476
Гастроинтестинални	101	12.3564	18.48328	2.323	.240	6.059	.476
Хипохондриски	101	24.9010	21.65479	1.060	.240	1.175	.476
Опсесивно-компулсивни	101	9.1485	15.77871	2.041	.240	4.160	.476

Агресивно - импулсивни	101	17.4752	15.10536	.813	.240	.562	.476
Паранојa	101	12.2673	12.41925	1.100	.240	1.768	.476
i	0						
Невротизираност	101	17.4455	12.25763	1.879	.240	4.291	.476
Valid N (listwise)	0						

X_1 - Присутна е статистички значајна разлика по изразеноста на депресијата кај машката и женската популација во периодот на Ковид-19 пандемијата кај популацијата на РСМ.

One-Sample Test						
	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Пол	29.902	100	**.000**	1.49505	1.3959	1.5942
Депресивни тенденции	5.250	100	**.000**	9.24752	5.7532	12.7418

Според добиените резултати од истражувањето се добиени резултати кои укажуваат на статистички значајна разлика помеѓу полот на испитаниците и депресијата на ниво на значајност $p < .01$.

Табела 10: Статистички показатели на депресија кај машкиот пол

M	4.96078
SD	2.818
Min	1.4250
Max	8.4965

Табела 11: Статистички показатели на депресија кај женскиот пол

M	13.62000
SD	4.594 7.6620
Min	7.6620
Max	19.5780

Степенот на депресивност прикажан во табелите 10 и 11, укажува дека депресивноста е позастапена кај женскиот пол - 13.62000, со стандардно отстапување од 4.594, додека кај машкиот пол е значително пониска - 4.96078, со стандардно отстапување од 2.818.

One-Sample Test							
Пол		Test Value = 0					
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Машки	Депресија	2.818	50	.007	4.96078	1.4250	8.4965
Женски	Депресија	4.594	49	**.000**	13.62000	7.6620	19.5780

Од оваа табела се гледа дека депресивноста е позастапена кај женската популација на ниво на значајност $p < .01$.

X_2 - Анксиозната е поизразена кај женската популација на возраст од 60+, во однос на женската популација од 25 до 39 години во време на Ковид-19 пандемијата во РСМ.

Табела 11: Приказ на поврзаност помеѓу анксиозноста кај женската популација кај возрасната група од 25 до 39 години

Pearson Corelation	**.252**
Ниво на значајност	.150
N	34

Табела 12: Приказ на резултатите на статистичка поврзаност на анксиозноста кај женската популација на возраст од 40 до 59 години

Pearson Corelation	**.242**
Ниво на значајност	.175
N	33

Табела 13: Приказ на степенот на анксиозност кај женската популација во возрасната група 60+години

Pearson Corelation	**.372**
Ниво на значајност	.030
N	34

Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу анксиозноста и полот кај испитаниците над 60 години, на ниво на значајност $p < .05$.

One-Sample Test							
Пол		Test Value = 0					
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Машки	Анксиозност	7.318	50	.000	19.84314	14.3968	25.2894
Женски	Анксиозност	11.480	49	.000	32.26000	26.6131	37.9069

Според добиените резултати се забележува дека е присутна статистички значајна разлика помеѓу полот и анксиозноста кај испитаниците. Анксиозноста е позастапена кај женската популација на возраст 60+.

X_3- Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу опсесивната компулсивност, паранојата, полот на испитаниците и нивната возраст.

Correlations					
Возраст			Пол	Опсес-комп.	Параноја
25-39	Пол	Pearson Correlation	1	-.023	.036
		Sig. (2-tailed)		.899	.839
		N	34	34	34
	Опс-комп.	Pearson Correlation	-.023	1	.014
		Sig. (2-tailed)	.899		.938
		N	34	34	34
	Параноја	Pearson Correlation	.036	.014	1
		Sig. (2-tailed)	.839	.938	
		N	34	34	34
40-59	Пол	Pearson Correlation	1	.105	-.110
		Sig. (2-tailed)		.562	.544
		N	33	33	33
	Опс-комп.	Pearson Correlation	.105	1	.212
		Sig. (2-tailed)	.562		.236
		N	33	33	33

	Параноја	Pearson Correlation	-.110	.212	1
		Sig. (2-tailed)	.544	.236	
		N	33	33	33
60+	Пол	Pearson Correlation	1	.243	-.199
		Sig. (2-tailed)		.166	.260
		N	34	34	34
	Опсес-комп.	Pearson Correlation	.243	1	**.580****
		Sig. (2-tailed)	.166		.000
		N	34	34	34
	Параноја	Pearson Correlation	-.199	**.580****	1
		Sig. (2-tailed)	.260	.000	
		N	34	34	34
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					

Делумно се потврдува хипотезата, т.е. присутна е статистички значајна поврзаност на паранојата и опсесивна компулсивност кај испитаниците над 60 години.

X_4 - Во период на Ковид-19 пандемијата агресивноста е позастапена кај машката популација на возраст од 25 до 39 години, во однос на машката популација на возраст од 39 до 59 години.

Correlations				
Возраст			Пол	Агресивно-импулисни тенденции
25-39	Пол	Pearson Correlation	1	.017
		Sig. (2-tailed)		.924
		N	34	34
	Агресивно-импулсивни тенденции	Pearson Correlation	.017	1
		Sig. (2-tailed)	.924	
		N	34	34
40-59	Пол	Pearson Correlation	1	-.050
		Sig. (2-tailed)		.783
		N	33	33
	Агресивно-импулсивни тенденции	Pearson Correlation	-.050	1
		Sig. (2-tailed)	.783	
		N	33	33
60+	Пол	Pearson Correlation	1	-.021

		Sig. (2-tailed)		.905
		N	34	34
	Агресивно-импулсивни тенденции	Pearson Correlation	-.021	1
		Sig. (2-tailed)	.905	
		N	34	34

Според добиените резултати, се забележува дека не постои поврзаност помеѓу агресивноста, машкиот пол и возраста на испитаниците. Зададената хипотеза не се потврдува.

X_5 – Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анксиозност кај машката и женската популација во време на Ковид-19 пандемијата во РСМ.

One-Sample Test								
Возраст	Пол		Test Value = 0					
			t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
25-39	М.	Анксиозност	3.847	16	.001	22.35294	10.0348	34.6711
	Ж.	Анксиозност	7.128	16	.000	33.35294	23.4331	43.2728
40-59	М.	Анксиозност	3.834	18	.001	16.21053	7.3267	25.0944
	Ж.	Анксиозност	6.388	13	.000	24.42857	16.1672	32.6899
60+	М.	Анскиозност	5.672	14	.000	21.60000	13.4321	29.7679
	Ж.	Анксиозност	7.063	18	.000	37.05263	26.0306	48.0746

Во табелата се прикажани резултатите за присутност на статистички значајна разлика помеѓу анксиозноста и полот, и тоа анксиозноста е поизразена кај женските испитаници на млада и средна возраст, додека кај старите лица е присутна и кај машки и кај женски.

X_6 - Присутна е статистички значајна разлика во степеност на анксиозност, депресивност, параноја и опсесивна-компулсивност на испитаниците според степеност на образование кај популацијата на РСМ за време на Ковид-19 пандемијата.

One-Sample Test							
Образование		Test Value = 0					
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Основно	Анксиозност	7.345	27	**.000**	22.57143	16.2663	28.8766
	Депресија	3.279	27	.003	9.60714	3.5951	15.6192
	Опсес-комп.	4.152	27	**.000**	8.32143	4.2096	12.4333
	Паранојa	6.580	27	**.000**	15.03571	10.3474	19.7240
Средно образование	Анксионост	8.189	36	**.000**	31.70270	23.8507	39.5547
	Депресија	3.258	36	.002	11.83784	4.4689	19.2068
	Опсес-комп.	4.085	36	**.000**	14.13514	7.1175	21.1528
	Паранојa	5.117	36	**.000**	10.62162	6.4120	14.8312
Високо образование	Анскиозност	7.098	35	**.000**	22.77778	16.2629	29.2927
	Депресија	2.736	35	.010	6.30556	1.6271	10.9840
	Опсес-ком.	2.541	35	.016	4.66667	.9382	8.3951
	Паранојa	5.694	35	**.000**	11.80556	7.5968	16.0144

Хипотезата делумно се потврдува, присутна е статистички значајна разлика во изразеноста на анксиозноста, опсесивноста и паранојата кај испитаниците со основно, средно и високо образование, додека не е присутна статистички значајна разлика во изразеноста на депресивноста кај испитаниците. Кај испитаниците со високо образование не е присутна статистички значајна разлика и во застапеноста на опсесивноста.

Главна хипотеза: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу Ковид-19 пандемијата и менталното здравје кај машката и женската популација на возраст од 25 до 60+ години во РСМ.

Correlations

Пол	Возраст			Анксиознос	Фобичност	Хиперсензитивност	Депресивно	Кардиоваск.	Инхибиторн	Гастроинтестинални	Хипохондриски	Опс-компу	Агресив-импулс.	Параноидни	Невротизир
1.00	25-39	Анксиозност	Pearson Correlation	1	.767**	.804**	.527*	.657**	.511*	.376	.598*	.745**	.641**	.261	.908**
			Sig. (2-tailed)		.000	.000	.030	.004	.036	.137	.011	.001	.006	.312	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Фобични	Pearson Correlation	.767**	1	.693**	.411	.451	.426	.067	.478	.804**	.521*	.652**	.788**
			Sig. (2-tailed)	.000		.002	.102	.069	.089	.798	.052	.000	.032	.005	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Хиперсензитивни	Pearson Correlation	.804**	.693**	1	.701**	.576*	.292	.325	.649**	.788**	.664**	.361	.892**
			Sig. (2-tailed)	.000	.002		.002	.016	.256	.203	.005	.000	.004	.155	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Депресивни тенденции	Pearson Correlation	.527*	.411	.701**	1	.596*	.324	.455	.574*	.765**	.528*	.165	.755**
			Sig. (2-tailed)	.030	.102	.002		.012	.204	.066	.016	.000	.029	.528	.000

			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Кардиоваскуларни	Pearson Correlation	.657**	.451	.576*	.596*	1	.376	.516*	.442	.694**	.410	-.039	.731**
			Sig. (2-tailed)	.004	.069	.016	.012		.137	.034	.076	.002	.102	.881	.001
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Инхибиторни	Pearson Correlation	.511*	.426	.292	.324	.376	1	.293	.193	.372	.419	.273	.540*
			Sig. (2-tailed)	.036	.089	.256	.204	.137		.254	.458	.142	.094	.289	.025
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Гастроинтестинални	Pearson Correlation	.376	.067	.325	.455	.516*	.293	1	.127	.313	.364	-.120	.481
			Sig. (2-tailed)	.137	.798	.203	.066	.034	.254		.627	.221	.151	.646	.051
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Хипохондриски	Pearson Correlation	.598*	.478	.649**	.574*	.442	.193	.127	1	.494*	.539*	.440	.696**
			Sig. (2-tailed)	.011	.052	.005	.016	.076	.458	.627		.044	.026	.078	.002
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Опс.-комул.	Pearson Correlation	.745**	.804**	.788**	.765**	.694**	.372	.313	.494*	1	.541*	.347	.869**
			Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.002	.142	.221	.044		.025	.173	.000

			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Агресивно-импулсивни тенденции	Pearson Correlation	.641**	.521*	.664**	.528*	.410	.419	.364	.539*	.541*	1	.477	.759**
			Sig. (2-tailed)	.006	.032	.004	.029	.102	.094	.151	.026	.025		.053	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Параноидни тенденции	Pearson Correlation	.261	.652**	.361	.165	-.039	.273	-.120	.440	.347	.477	1	.429
			Sig. (2-tailed)	.312	.005	.155	.528	.881	.289	.646	.078	.173	.053		.086
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Невротизираност	Pearson Correlation	.908**	.788**	.892**	.755**	.731**	.540*	.481	.696**	.869**	.759**	.429	1
			Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.001	.025	.051	.002	.000	.000	.086	
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	40-59 години	Анксиозост	Pearson Correlation	1	.395	.169	.678**	.546*	.208	-.212	.436	.382	.291	.385	.570*
			Sig. (2-tailed)		.094	.489	.001	.016	.393	.384	.062	.106	.226	.104	.011
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Фобичност	Pearson Correlation	.395	1	.689**	.658**	.462*	.262	.368	.722**	.552*	.554*	.434	.853**
			Sig. (2-tailed)	.094		.001	.002	.047	.279	.121	.000	.014	.014	.063	.000

			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Хиперсензитивност	Pearson Correlation	.169	.689**	1	.311	.404	.249	.578**	.759**	.730**	.272	.462*	.787**
			Sig. (2-tailed)	.489	.001		.194	.086	.304	.010	.000	.000	.261	.047	.000
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Депресивни тенденции	Pearson Correlation	.678**	.658**	.311	1	.798**	.139	-.118	.558*	.573*	.707**	.242	.746**
			Sig. (2-tailed)	.001	.002	.194		.000	.569	.629	.013	.010	.001	.319	.000
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Кардиоваскуларни	Pearson Correlation	.546*	.462*	.404	.798**	1	.077	-.146	.639**	.541*	.685**	.243	.737**
			Sig. (2-tailed)	.016	.047	.086	.000		.754	.552	.003	.017	.001	.316	.000
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Инхибиторни	Pearson Correlation	.208	.262	.249	.139	.077	1	.494*	.430	.116	.243	.161	.411
			Sig. (2-tailed)	.393	.279	.304	.569	.754		.032	.066	.635	.315	.509	.080
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Гастроинтестинални	Pearson Correlation	-.212	.368	.578**	-.118	-.146	.494*	1	.216	.337	-.055	.134	.306
			Sig. (2-tailed)	.384	.121	.010	.629	.552	.032		.374	.158	.824	.583	.203

			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Хипохондриски	Pearson Correlation	.436	.722**	.759**	.558*	.639**	.430	.216	1	.517*	.589**	.408	.897**
			Sig. (2-tailed)	.062	.000	.000	.013	.003	.066	.374		.024	.008	.083	.000
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Опсесивно-компулсивни	Pearson Correlation	.382	.552*	.730**	.573*	.541*	.116	.337	.517*	1	.299	.378	.706**
			Sig. (2-tailed)	.106	.014	.000	.010	.017	.635	.158	.024		.213	.110	.001
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Агресивно-импулсивни	Pearson Correlation	.291	.554*	.272	.707**	.685**	.243	-.055	.589**	.299	1	.039	.666**
			Sig. (2-tailed)	.226	.014	.261	.001	.001	.315	.824	.008	.213		.875	.002
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Параноидни тенденции	Pearson Correlation	.385	.434	.462*	.242	.243	.161	.134	.408	.378	.039	1	.528*
			Sig. (2-tailed)	.104	.063	.047	.319	.316	.509	.583	.083	.110	.875		.020
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Невротизираност	Pearson Correlation	.570*	.853**	.787**	.746**	.737**	.411	.306	.897**	.706**	.666**	.528*	1
			Sig. (2-tailed)	.011	.000	.000	.000	.000	.080	.203	.000	.001	.002	.020	

			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
	60+ години	Анксиозност	Pearson Correlation	1	.284	.354	-.223	.429	.282	.032	.374	.239	.334	.184	.530*
			Sig. (2-tailed)		.305	.196	.424	.111	.308	.909	.170	.390	.224	.512	.042
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Фобичност	Pearson Correlation	.284	1	.437	-.296	.188	.589*	.297	.175	.004	.532*	-.181	.549*
			Sig. (2-tailed)	.305		.103	.283	.503	.021	.282	.532	.988	.041	.519	.034
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Хиперсензитивност	Pearson Correlation	.354	.437	1	-.272	.253	.441	.134	.802**	.644**	.390	.159	.802**
			Sig. (2-tailed)	.196	.103		.327	.363	.100	.633	.000	.010	.150	.571	.000
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Депресија	Pearson Correlation	-.223	-.296	-.272	1	-.227	-.219	-.117	-.262	-.188	-.208	--.132	-.301
			Sig. (2-tailed)	.424	.283	.327		.415	.432	.678	.346	.503	.458	.638	.276
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Кардиоваскуларни	Pearson Correlation	.429	.188	.253	-.227	1	.231	.092	.187	.195	.341	.478	.456
			Sig. (2-tailed)	.111	.503	.363	.415		.407	.745	.503	.486	.213	.072	.087

			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Инхибиторни	Pearson Correlation	.282	.589*	.441	-.219	.231	1	.763**	.500	.216	.477	.071	.764**
			Sig. (2-tailed)	.308	.021	.100	.432	.407		.001	.058	.440	.072	.801	.001
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Гастро интестинални	Pearson Correlation	.032	.297	.134	-.117	.092	.763**	1	.237	.003	.275	.245	.516*
			Sig. (2-tailed)	.909	.282	.633	.678	.745	.001		.395	.990	.322	.379	.049
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Хипохондриски	Pearson Correlation	.374	.175	.802**	-.262	.187	.500	.237	1	.576*	.324	-.010	.756**
			Sig. (2-tailed)	.170	.532	.000	.346	.503	.058	.395		.025	.239	.971	.001
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Опсесивно-компулсивни	Pearson Correlation	.239	.004	.644**	-.188	.195	.216	.003	.576*	1	.539*	.517*	.633*
			Sig. (2-tailed)	.390	.988	.010	.503	.486	.440	.990	.025		.038	.048	.011
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Агресивно-импулсивни	Pearson Correlation	.334	.532*	.390	-.208	.341	.477	.275	.324	.539*	1	.303	.718**
			Sig. (2-tailed)	.224	.041	.150	.458	.213	.072	.322	.239	.038		.273	.003

			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Параноја	Pearson Correlation	.184	-.181	.159	-.132	.478	.071	.245	-.010	.517*	.303	1	.343
			Sig. (2-tailed)	.512	.519	.571	.638	.072	.801	.379	.971	.048	.273		.211
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
		Невротизираност	Pearson Correlation	.530*	.549*	.802**	-.301	.456	.764**	.516*	.756**	.633*	.718**	.343	1
			Sig. (2-tailed)	.042	.034	.000	.276	.087	.001	.049	.001	.011	.003	.211	
			N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Ж.	25-39	Анксиозност	Pearson Correlation	1	.672**	.819**	.485*	.462	.493*	.682**	.543*	.646**	.361	.321	.925**
			Sig. (2-tailed)		.003	.000	.049	.062	.045	.003	.024	.005	.154	.208	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Фобичност	Pearson Correlation	.672**	1	.621**	.198	.262	.437	.667**	.274	.493*	.552*	.256	.753**
			Sig. (2-tailed)	.003		.008	.447	.310	.080	.003	.288	.044	.022	.321	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Хиперсензитивност	Pearson Correlation	.819**	.621**	1	.159	.226	.325	.464	.270	.296	.467	.453	.767**
			Sig. (2-tailed)	.000	.008		.542	.382	.203	.061	.294	.249	.059	.068	.000

			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Депресивни тенденции	Pearson Correlation	.485*	.198	.159	1	.481	.495*	.561*	.651**	.691**	.057	-.113	.608**
			Sig. (2-tailed)	.049	.447	.542		.051	.044	.019	.005	.002	.827	.665	.010
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Кардиоваскуларни	Pearson Correlation	.462	.262	.226	.481	1	.657**	.462	.188	.729**	-.178	.005	.537*
			Sig. (2-tailed)	.062	.310	.382	.051		.004	.062	.470	.001	.494	.983	.026
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Инхибиторни	Pearson Correlation	.493*	.437	.325	.495*	.657**	1	.579*	.600*	.655**	-.019	-.228	.641**
			Sig. (2-tailed)	.045	.080	.203	.044	.004		.015	.011	.004	.941	.378	.006
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Гастроинтестинални	Pearson Correlation	.682**	.667**	.464	.561*	.462	.579*	1	.505*	.720**	.199	.016	.837**
			Sig. (2-tailed)	.003	.003	.061	.019	.062	.015		.039	.001	.444	.953	.000
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Хипохондриски	Pearson Correlation	.543*	.274	.270	.651**	.188	.600*	.505*	1	.605*	-.041	-.416	.568*
			Sig. (2-tailed)	.024	.288	.294	.005	.470	.011	.039		.010	.875	.097	.017

			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Опсесивно-компулсивни	Pearson Correlation	.646**	.493*	.296	.691**	.729**	.655**	.720**	.605*	1	-.073	-.216	.724**
			Sig. (2-tailed)	.005	.044	.249	.002	.001	.004	.001	.010		.782	.406	.001
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Агресивно-импулсивни	Pearson Correlation	.361	.552*	.467	.057	-.178	-.019	.199	-.041	-.073	1	.604*	.433
			Sig. (2-tailed)	.154	.022	.059	.827	.494	.941	.444	.875	.782		.010	.082
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Параноја	Pearson Correlation	.321	.256	.453	-.113	.005	-.228	.016	-.416	-.216	.604*	1	.281
			Sig. (2-tailed)	.208	.321	.068	.665	.983	.378	.953	.097	.406	.010		.275
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
		Невротизираност	Pearson Correlation	.925**	.753**	.767**	.608**	.537*	.641**	.837**	.568*	.724**	.433	.281	1
			Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.010	.026	.006	.000	.017	.001	.082	.275	
			N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	40-59	Анксиозност	Pearson Correlation	1	.166	-.235	-.006	-.305	-.121	.027	-.134	-.228	.183	-.239	.095
			Sig. (2-tailed)		.572	.419	.984	.288	.680	.927	.649	.434	.532	.411	.746

			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Фобични	Pearson Correlation	.166	1	.506	.355	-.143	.512	-.502	-.297	-.193	-.010	-.151	.115
			Sig. (2-tailed)	.572		.065	.214	.625	.061	.067	.302	.509	.973	.605	.695
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		hipersenzitiven	Pearson Correlation	-.235	.506	1	.526	.286	.451	-.626*	.003	.164	-.198	-.293	.219
			Sig. (2-tailed)	.419	.065		.053	.322	.105	.017	.991	.575	.497	.310	.452
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Депресивни	Pearson Correlation	-.006	.355	.526	1	.015	.410	-.035	.580*	-.205	.333	-.120	.724**
			Sig. (2-tailed)	.984	.214	.053		.959	.146	.907	.030	.481	.244	.682	.003
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Кардиоваскуларни	Pearson Correlation	-.305	-.143	.286	.015	1	.070	-.248	.348	.869**	-.131	-.031	.248
			Sig. (2-tailed)	.288	.625	.322	.959		.812	.392	.223	.000	.655	.916	.393
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Инхибиторни	Pearson Correlation	-.121	.512	.451	.410	.070	1	-.408	.153	.187	.227	.333	.458
			Sig. (2-tailed)	.680	.061	.105	.146	.812		.147	.601	.523	.435	.245	.099

			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Гастроинтестинални	Pearson Correlation	.027	-.502	-.626*	-.035	-.248	-.408	1	.298	-.262	.592*	.055	.280
			Sig. (2-tailed)	.927	.067	.017	.907	.392	.147		.300	.366	.026	.851	.332
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Хипохондриски	Pearson Correlation	-.134	-.297	.003	.580*	.348	.153	.298	1	.282	.412	.147	.784**
			Sig. (2-tailed)	.649	.302	.991	.030	.223	.601	.300		.329	.143	.616	.001
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Опсесивно-компулсивни	Pearson Correlation	-.228	-.193	.164	-.205	.869**	.187	-.262	.282	1	-.152	-.006	.180
			Sig. (2-tailed)	.434	.509	.575	.481	.000	.523	.366	.329		.604	.985	.537
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Агресивно-импулсивни	Pearson Correlation	.183	-.010	-.198	.333	-.131	.227	.592*	.412	-.152	1	-.040	.690**
			Sig. (2-tailed)	.532	.973	.497	.244	.655	.435	.026	.143	.604		.892	.006
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Параноја	Pearson Correlation	-.239	-.151	-.293	-.120	-.031	.333	.055	.147	-.006	-.040	1	.058
			Sig. (2-tailed)	.411	.605	.310	.682	.916	.245	.851	.616	.985	.892		.844

			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
		Невротизираност	Pearson Correlation	.095	.115	.219	.724**	.248	.458	.280	.784**	.180	.690**	.058	1
			Sig. (2-tailed)	.746	.695	.452	.003	.393	.099	.332	.001	.537	.006	.844	
			N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	60+	Анксиозност	Pearson Correlation	1	.583**	.215	.666**	.405	.335	.339	.472*	.516*	.574*	.395	.775**
			Sig. (2-tailed)		.009	.376	.002	.085	.160	.155	.041	.024	.010	.094	.000
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Фобичност	Pearson Correlation	.583**	1	.085	.395	.085	.100	-.019	.055	.383	.511*	.352	.477*
			Sig. (2-tailed)	.009		.729	.094	.729	.685	.940	.824	.106	.025	.139	.039
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Хиперсензитивност	Pearson Correlation	.215	.085	1	.128	.409	.341	.329	.284	.459*	.177	.447	.535*
			Sig. (2-tailed)	.376	.729		.601	.082	.153	.168	.239	.048	.468	.055	.018
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Депресивност	Pearson Correlation	.666**	.395	.128	1	.418	.276	.289	.494*	.683**	.496*	.582**	.737**
			Sig. (2-tailed)	.002	.094	.601		.075	.254	.231	.031	.001	.031	.009	.000

			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Кардиоваскуларни тенденции	Pearson Correlation	.405	.085	.409	.418	1	.132	.565*	.395	.497*	.620**	.507*	.643**
			Sig. (2-tailed)	.085	.729	.082	.075		.589	.012	.094	.030	.005	.027	.003
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Инхибиторни	Pearson Correlation	.335	.100	.341	.276	.132	1	.561*	.261	.339	.323	.162	.507*
			Sig. (2-tailed)	.160	.685	.153	.254	.589		.012	.281	.155	.177	.508	.027
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Гастрични тенденции	Pearson Correlation	.339	-.019	.329	.289	.565*	.561*	1	.574*	.505*	.441	.130	.636**
			Sig. (2-tailed)	.155	.940	.168	.231	.012	.012		.010	.028	.058	.596	.003
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Хипохондриски тенденции	Pearson Correlation	.472*	.055	.284	.494*	.395	.261	.574*	1	.538*	.108	.249	.649**
			Sig. (2-tailed)	.041	.824	.239	.031	.094	.281	.010		.017	.660	.304	.003
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Опссивно-компулсивни	Pearson Correlation	.516*	.383	.459*	.683**	.497*	.339	.505*	.538*	1	.621**	.729**	.873**
			Sig. (2-tailed)	.024	.106	.048	.001	.030	.155	.028	.017		.005	.000	.000

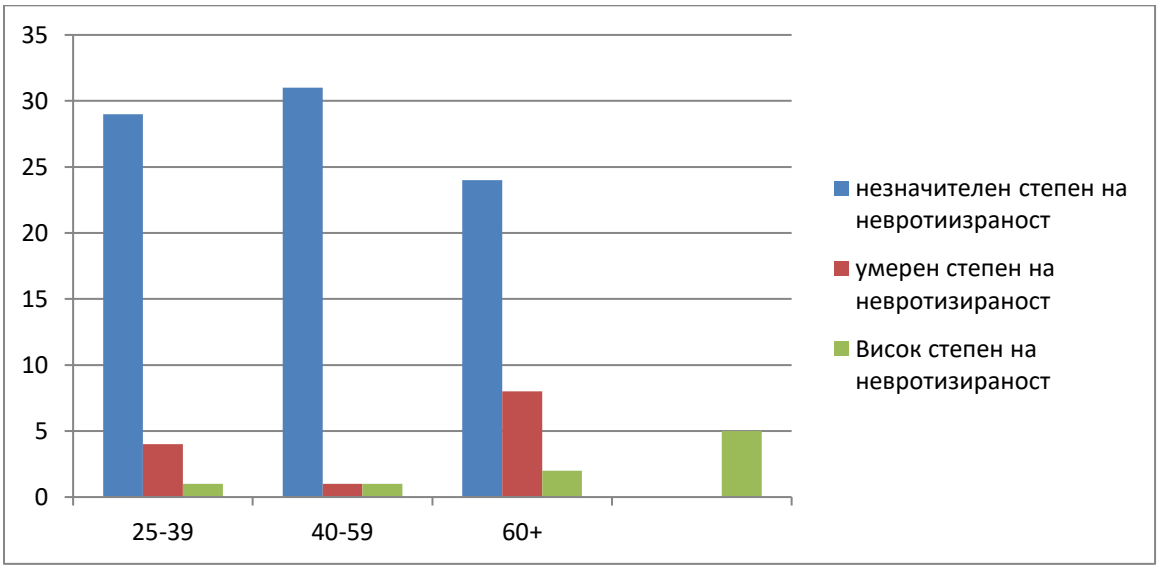
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Агресивно-импулсивни	Pearson Correlation	.574*	.511*	.177	.496*	.620**	.323	.441	.108	.621**	1	.673**	.711**
			Sig. (2-tailed)	.010	.025	.468	.031	.005	.177	.058	.660	.005		.002	.001
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Параноја	Pearson Correlation	.395	.352	.447	.582**	.507*	.162	.130	.249	.729**	.673**	1	.691**
			Sig. (2-tailed)	.094	.139	.055	.009	.027	.508	.596	.304	.000	.002		.001
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
		Невротизираност	Pearson Correlation	.775**	.477*	.535*	.737**	.643**	.507*	.636**	.649**	.873**	.711**	.691**	1
			Sig. (2-tailed)	.000	.039	.018	.000	.003	.027	.003	.003	.000	.001	.001	
			N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).															
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).															

Според добиените резултати од истражувањето, се потврдува главната хипотеза. Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу Ковид-19 пандемијата и менталното здравје кај машката и женската популација на возраст од 25 до 60+ години во РСМ.

Табела14: Приказ на степен на невротизираност кај испитаниците по возрасни групи

Возрасна група	Незначителен степен на невротивираност	Умерен степен на невротивираност	Висок степен на невротизираност
25-39	29	4	1
40-59	31	1	1
60+	24	8	2

Од табела и графикон 14 се забележува дека во возрасната група од 25 до 39 години имаме 29 испитаника, со незначителен степен на невротизираност, 4 испитаника со умерен и 1 испитаник со висок степен на невротизираност. Во следната возрасната група 31 испитаник се со незначителен степен на невротизираност, 1 испитаник со умерен степен и 1 испитаник со висок степен на невротизираност. Во последната возрасна група, односно 60+, 24 испитаника се со незначителен степен на невротизираност, додека дури 8 испитаника се со умерен степен, кој до сега е и највисок во сите возрасни групи, и 2 испитаника со висок степен на неворотизираност.



Графикон 14: Приказ на степенот на невротиизраност кај возрасните групи, во истражувањето

Табела 15: Приказ на степен на невротизираност по степен на образование

Степен на образование	Незначителен степен на невротизираност	Умерен степен на невротизираност	Висок степен на невротизираност
Основно образование	25	3	0
Средно образование	27	6	4
Високо образование	32	4	0

Табела 16: Приказ на степен на невротизираност по пол

Пол	Незначителен степен на невротизираност	Умерен степен на невротизираност	Висок степен на невротизираност
Машки	45	4	2
Женски	39	9	2

Од табела 15 се гледа дека дека со умерен степен на невротизираност со основно образование се 3 испитаника, со средно образование се 6 испитаника и со високо образование 4 испитаника, додека со висок степен на невротизираност имаме само во категоријата со средно образование, 4 испитаника .

Во табела 16 се прикажани резултатите според полот, и кај машкиот пол забележуваме бројка од 4 испитаника со умерен степен и 2 испитаника со висок степен на

невротизираност. Кај женскиот пол 9 испитаника се со умерен степен на невротизираност и 2, односно подеднаков со машкиот пол со висок степен на невротизираност.

5.ДИСКУСИЈА

Во изминативе години сè повеќе јавно се зборува за важноста на менталното здравје и негово унапредување, но се чини дека во реалноста сè помалку навистина се прави нешто за негово унапредување. Постојат многу дефиниции за менталното здравје, но главно сите кажуваат дека менталното здравје е дел од општото здравје и тоа не претставува само отсуство на болест. Поимот ментално здравје, според СЗО, претставува благосостојба во која поединецот ги остварува своите потенцијали, може да се носи со секојдневниот стрес, може да работи продуктивно и да придонесува за заедницата. Менталното здравје кај поединецот зависи од различни фактори, индивидуални фактори, како што се: социјални, психолошки, биолошки и фактори на генералното здравје и болести. Факторите кои влијаат за нарушување на менталното здравје можат да бидат внатрешни фактори, а тоа се генетските предизпозиции кои сите ги наследуваме од нашите предци (хередитет во семејството) и надворешни фактори, како што се: економскиот статус на поединецот, социјалниот статус, што вклучува дали поединецот расте и се развива во дисфункционално семејство или магринализирана група, во семејство каде има насилство, или пак, е жртва на врсничко насилство, загуба на близок, или појава на болест. Економските кризи, постојаната миграција на луѓето во борбата за подобри услови за живот имаат силно негативно влијание врз менталното здравје. Скоро сите држави во светот се окупирани со сè поголемиот број на пријавени психички

потешкотии и поголем број на пријавени зависници од супстанции и алкохол, зголемен број на обиди за суицид и слично.

Актуелно, случувањата во последнава година и половина, со појавата на епидемија на Корона-19 вирусот во Кина, која подоцна доби светски размери и прерасна во пандемија, ја препотенцираше актуелната психопатологија, но и поголем број на луѓе пријавуваа симптоми на анксиозност и депресија, кај кои дотогаш имало отсуство на психопатологија. Големата улога која ја играат медиумите и социјалните мрежи во брзото пренесување на информации, како дополнително да врши притисок врз луѓето. Самите промени кои се случуваа од појавата на вирусот до сега предизвикаа различни реакции кај луѓето. Почнувајќи со негација за постоење на истиот, до појава на различни теории за заговор, но сепак реалноста е друга. Сведоци сме на многу изгубени животи, многу компликации кај излекуваните, збунетост. Сè уште кај секого постои загриженост за сопственото здравје. Мерките кои беа донесени од страна на Владата, по препорака на СЗО, како задолжителен карантин за сите допатувани од странство, изолација по контакт со заразен или суспектен на ковид, носењето маски, долгите редици пред продавниците, воведување на полициски час, забрани за групирање и прослави, го промени досегашниот живот на сите и луѓето мораа да се адаптираат на новонастанатата ситуација. Знаеме дека човекот е најсовршено суштество и без проблем се адаптира на новонастанати ситуаци, но сепак оваа настаната промена ги засегна сите. Човекот освен што е биолошко, исто така е и психосоцијално суштество, кое има потреба да се дружи, самоактуелизира, да има интеракција со други, да ги изразува и споделува своите емоции. Овој сегмент е навистина засегнат во изманатиов период и предизвикува стрес кај сите. Борба или бегство. Опцијата бегство не постои во случајов, па останува борбата. Пролонгираниот стрес, со кој една

индивидуа тешко се справува или не успева да се справи поради различни причини, како што се неадекватни механизми на одбрана, неадекватни начини на редуцирање на стресот, некои научени однесувања и начини на реакција, предизвикуваат појава на некоја психопатологија. Невротизираната личност може да пројави депресивни симптоми или анксиозност, да соматизира, да пројави хипохондриски фиксации, појава на опсесивно-компулсивни мисли и дејствија и слично. Но сепак, генерално, дали се работи за психолозите, психијатрите или матичните лекари, сите тргнуваат од едни исти показатели кога се работи за утврдување дали менталното здравје е засегнато. Доколку една индивидуа се изолира или повлекува, или постои нарушување на волево-нагонските динамизми, нарушен мисловен процес, без разлика дали по форма или содржина, промени во однесувањето или злоупотреба на алкохол или други супстанции, појава на константна загриженост, автодеструктивни мисли и обиди, тогаш со сигурност личноста има потреба од помош. Може да се каже дека менталното здравје е предизвик, како за истражувачите и теоретичарите, така и за луѓето кои работат во институции за унапредување на менталното здравје. Знаејќи кои фактори придонесуваат за негово нарушување, како предизвик за истражувањето претставува потребата да се увиди како новонастанатата ситуација со Ковид-19 пандемијата се рефлектираше врз менталното здравје на нашата популација. Резултатите од истражувањето, односно главната хипотеза е потврдена. Ковид-19 пандемијата има големо влијание врз менталното здравје кај популацијата од 26 до 60+ години на територијата на РСМ и тоа и кај двата пола, и машкиот и женскиот. Добиените резултати од истражувањето укажуваат дека и кај двата пола оваа пандемија оставила белег. Никој не е имун на случувањата. Губење на секојдневните интереси, безнадежност, ниско ниво на енергија, повлекување, односно депресивни тенденции,

според добиените резултати, доминира кај женската популација. Можеби и очекувано, бидејќи женскиот пол се смета дека поемотивно ги доживува работите, но незамарувачки се и добиените резултати од машкиот пол. Анксиозноста, која се карактеризира со загриженост, напрегнатост, чувство на неизвесност, се претпоставува дека секогаш е прва и очекувана реакција во некоја новонастаната ситуација во која една индивидуа треба да се прилагоди. Според добиените статистички податоци, анксиозноста е најзастапена кај популацијата од 25 до 39 и од 40 до 59 години кај женскиот пол, додека кај возрасната популација од 60+ години скоро подеднакво и кај двата пола. Можеби и очекувани се резултатите, бидејќи во првиот бран на пандемијата најзасегната беше постарата популација, луѓето со коморбидитети кои се доста присутни кај скоро секој граѓанин на нашата држава, предизвикани токму поради лошиот животен стил, нездрава исхрана, нечист воздух, стресот предизвикан од долгата транзиција на нашата држава, економскиот статус на поединците. После возрасната група 60+, доаѓаат младите на возраст од 25 до 39 години, и од 40 до 59 години со поголема застапеност кај женскиот пол, кои можеби беа засегнати од новонастанатата ситуација, која ги спречи во нивното досегашно функционирање, излегувања, дружење, преминување кон онлајн настава, кај родителите работа од дома, помагање во извршувањето на училишните обврски на своите деца и слично. Се претпоставува дека појавата на вирусот може да предизвика: реакција на стрес, придружена со параноја, опсесивно-компулсивни мисли и однесувања, кои би можело да се очекува да бидат зголемени токму поради појавата на различните теории за заговор дека вирусот е измислен во лабораторија со цел да ја намали популацијата во светот и дека претставува биолошко оружје, како и честото миење на рацете сè со цел да не се врши трансмисија на вирусот. Оваа статистичка поврзаност, според добиените резултати,

се забележува поизразено кај популацијата над 60+ години. Изминатиов период медиумите доста често известува за сè поголем број пријавени случаи на семејно насилство за време на карантин, кои сè почесто се приметуваат и во клиничката пракса, а се појавиле во период на изолација и слично. Очекувајќи дека обично жените се жртви на семејно насилство или на некој друг вид на агресија, вербална и невербална, во последниов период слушавме и за мажи кои пријавуваат насилство. Поставената хипотеза за поврзаноста на агресивно-импулсивно однесување кај машкиот пол и возраста не се потврди според добиените статистички резултати.

Истражувањето покажа дека најголем број на испитаници кои го надминале незначителниот степен на невротизираност, е кај возрасната група 60+. Кај оваа возрасна група се забележува најголем број на испитаници кои имаат умерен степен на невротизираност. Овој резултат, најверојатно, се должи на покачената анксиозност, која е најчеста кај оваа возрасна група, а се јавила како резултат на стравот и неизвесноста од пандемијата и загриженоста за својот живот. Најчесто во оваа возрасна група испитаниците се со коморбидитети кои би можеле да ја влошат здравствената состојба доколку би се заразиле со коронавирусот, па најверојатно и поради тоа се овие показатели.

Добиените резултати покажуваат дека дури 13% од испитаниците пројавуваат умерен степен на невротизираност, кој според степенот на образование, поизразен е кај испитаниците со завршено средно образование, додека според пол, скоро двојно поизразен е кај женската популација. Со 0,4% висок степен на невротизираност е кај испитаниците со високо образование. Овие резултати укажуваат дека оваа категорија најверојатно има создадено соодветни механизми на одбрана и начини на справување со стресот предизвикан од пандемијата која го зафати целиот свет, но можеби и овие

реузлтати се должат на степенот на информираност и на можните високи интелектуални способности на испитаниците.

ЗАКЛУЧОК

Менталното здравје во нашето транзиционо општество, кое сè уште се чини дека го нема најдено своето место во светот, кој моментално е зафатен со најголемата пандемија, може многу лесно да биде нарушено. Кога спомнувам нарушено, не мислам само на оние кои веќе страдаат од некое психичко нарушување, туку и на оние кои до сега успешно пловеле и се обидувале да го пронајдат своето место во светот, кој постојано ни задава некои нови начела и правила, на кои треба да се адаптираме, доколку сакаме успешно да опстоиме. Но, сепак се чини дека новите начела и правила на живот, кои беа донесени со цел успешно да се справиме со пандемијата, која дефинитивно ни го промени досегашниот начин на живот, каде што освен што бевме засегнати за нашиот социо-економски статус, сега сме значително засегнати со тоа да се преживее и да се биде здрав, не се доволни и сепак оваа пандемија остава голема лузна врз нашето ментално здравје.

Ова прашање за тоа дали Ковид-19 пандемијата има влијание врз менталното здравје кај популацијата е често поставувано, и актуелно се прават истражувања за истото поради зголемениот број на луѓе кои побарале психијатриско-психолошка помош од самиот почеток на пандемијата. Податоците од истражувањата во некои поголеми држави како САД, покажуваат зголемен број на луѓе кои пријавиле симптоми на анксиозност и депресија со почетокот на пандемијата, како и актуелните истражувања во СРМ, кои укажуваат на тоа дека симптомите на стрес и анксиозност се зголемиле за 30% кај

возрасната група од 35 до 44 години, кај возрасната група од 45 до 54, каде се зголемиле за 26% и кај 55-64 за 13% и тоа изразени кај женската популација. Споредено со добиените резултати од ова истражување, каде анксиозноста е позастапена кај женскиот пол и тоа најмногу кај популацијата 60+, потоа кај младите во возрасната група од 25 до 39 години, со некаде слични резултати со возрасната група од 40 до 59 години, но сепак најмалку пријавиле симптоми на анксиозност. Што се однесува на депресијата, која може да се јави како реакција на пролонгиран стрес, кој донесува чувство на незадоволство, тага, губење на секојдневните интереси, повлекување, промена во волево-нагонските динамизми, во истражувањето значително е повисока и доминира кај женскиот пол, и споредувајќи ги резултатите од истражувањето на ИЈЗ на СРМ, каде во 2014 година изнесува 17,7% од вкупно лекуваните пациенти и е во благ пораст од претходните години, и во 2008 година изнесувала 15,5%, при што и тогаш поизразена била кај женската популација.

Со ова истражување се покажува дека менталното здравје кај полулацијата во СРМ е засегнато од Кодид-19 пандемијата. Според добиените резултати, кај 13% од вкупниот број на испитаници, се забележува умерен степен на невротизираност, поизразен кај испитаниците со оформено средно образование и 0.4% од испитаниците се со висок степен на образование. Според пол, доминира изразена умерена невротизираност кај женскиот пол, додека кај испитаниците со висок степен на невротизираност е подеднаков и кај двата пола. Анксиозноста доминира кај женскиот пол од 25 до 39 и од 40 до 59 години, додека подеднакво е застапена кај женскиот пол и машкиот на 60+ години. Депресијата, која беше опфатена во истражувањето и мерена како засебна скала во

зададениот тест, според добиените статистички резултати, поизразена е и доминира кај женскиот пол.

Со цел да се надминат тешкотиите предизвикани од Ковид-19 пандемијата, а бараат внесување на дополнителна енергија и време, сè со цел да не предизвикаат негативни промени врз менталното здравје на луѓето, следат неколку препораки за истите да се надминат:

Препораки

- *Поголема информираност за причините, начинот на трансмисија на коронавирусот*, сè со цел зголемување на свесноста за себе и околината за навремено да се заштитат и себе си и своите блиски;
- *Поголема грижа за физичкото здравје,* кое може да се постигне преку редовна физичка активност, внесување на доволна количина на храна и течности, потребни за нормално функционирање, сонот да биде квалитетен и минимум осум часа;
- *Посветување внимание на себе си* - преку активности кои му причинуваат задоволство на поединецот, медитација, вежби за дишење, слушање на музика дружење со најблиските, почитувајќи ги протоколите, споредување на емоциите и работа на себе си со цел надминување на емоционалните конфликти и кризи;
- *Правење план на буџетот* - со кој би се намалил стресот, доколку трошоците (дополнителните предизвикани од економската криза, губење на работни места поради ковид кризата) бидат внимателно пресметани заедно со ризиците и паричните средства бидат насочени онаму каде се најпотребни.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1.Adler, A. (1929) Pronlems of neurosis, NY

1 Alexander, F. (1950) Psihosomatic Medicine, NY

2 Alloy, L. B, Kelly, K. A., Mineka, S. & Clements, C. M. (1990) Comorbidity of anxiety and mood disorder

3 Barlow, D. H, Blanchard, E. B Vermilyea, B. B& Di-Nardo, P. A. (1986) Generalized anxiety and generalized anxiety disorder, American Journal of psichiatry

4 Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilye B., DiNardo, P.,& Cerny, J. (1985) The phenomen of panic, Journal of abnormal psychology

5 Bensaba, S. (1999) Стрес је живот, Белград

6 Berger, K. S. & Zarit, S. H. (1978) Late life paranoid states: Assestment and treatment. American Journal of Ortophihiatry, 48, 528-537

7 Erick, Lj. Panicna stanja (1991) Medicinska kniga, Begrad, Zagreb

8 Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992) Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stres dissorder, Psychological Bulletin112.218-238

9 Gerald, C. Davison, John M. Neale (2001) Abnormal psychology, NY

10 Heim, E., Valach, L & Schaffner, L. (1997) Coping and psychosocial adaptation, Psychosomatic medice , 59, 408-418

11 https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health

12 https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00682-8

13 https://hr.wikipedia.org/wiki/Mentalno_zdravlje

14 https://mentalhealth.org.nz/suicide-prevention/suicide-statistics

15 https://mentalhealth.org.nz/suicide-prevention/suicide-statistics

16 https://mk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%98%D0%B0

17 https://sdk.mk/index.php/makedonija/za-40-otsto-se-zgolemil-brojot-na-lekuvani-patsienti-depresija-vo-poslednite-5-godini/

18 https://sdk.mk/index.php/makedonija/za-40-otsto-se-zgolemil-brojot-na-lekuvani-patsienti-depresija-vo-poslednite-5-godini/)

19 https://www.addictionhelper.com/addiction/symptoms-signs/lack-of-inhibition/

20 https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-articulo-prevalence-depression-during-covid-19-outbreak-S1697260020300545

21 https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-mental-health-and-wellbeing-surveillance-report/2-important-findings-so-far

22 https://www.healthline.com/health/can-stress-cause-diarrhea#link

23 https://www.healthline.com/health/can-stress-cause-diarrhea#link

24 https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/

25 https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/

26 https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543#early-signs

27 https://www.mentalhealth.org.uk/news/pandemic-one-year-landmark-mental-health-study-reveals-mixed-picture

28 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126869/

29 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7644184/

30 https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health

31 https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

32 Lazarus, R. S. (1991) Emotions and adaptation, NY

33 NEUROBIOLOŠKE OSNOVE IMPULSIVNOG I KOMPULZIVNOG PONAŠANJA – IMPLIKACIJE ZA FARMAKOLOŠKE I PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE Borjanka Batinić1, 2 Dragana Duišin1 Tatiana Vukosavljević-Gvozden2 UDK: 616.93-008.452-097 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija 2 Odeljenje za psihologiju, Filozofski Fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbi

34 Oliner, M. (1991) Psychosomatic Symptoms. Psychodynamic Treatment of the Underlying Personality Disorder. Edited by C. Philip Wilson, M.D. and Ira L. Mintz, M.D. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, Inc., 1989. Psychoanal Q., 60:124-9.

35 Seamon, J. G & Kenrick, A. (1994) Bassic of the stress, New Jearsy

36 Ајдуковиќ, М. (1994) Помоќ и самопомоќ у скрби за ментално здравље помагача, Загреб

37 Белевска, Д., Рихтер Соколовска, К., Ортаков, В. (2006) Ментално здравје во заедница, збирка трудови, Скопје

38 Биро Миклош (1990) Клиничка психологија, Загреб

39 Брунтланд, Г. Х. (2000) Ментално здравје во XXI век, Билтен на СЗО,(4), 411

40 Вујич, Ф. В (1952) Медицинска психологија и општа психопатологија, Белград-Загреб

41 Георги Чадловски (2004) Психијатрија, Том 2, Скопје

42 Георги Чадловски, Ангелина Филиповска, Диана Белевска (2004) Медицинска психологија, Скопје

43 Десимирович, Владимир (1997) Медицинска психологија са основама психопатологије, Белград

44 Жиропача, Љ. (2009) Свод у психологију, Белград

45 Каличанин, П. (1992) Реактивни психички поремечаји(психички поремечаји изазвани стресом) Белград

46 Каличанин, П., Петрович, Д. (2001) Приручник о стресу , Белград

47 Предраг, Ј. (1996) Стрес, таума и опоравак, Загреб

48 Стефановски, С. (1993) Медицинска психологија, Скопје

49 Стоилкович, С. (1977) Психијатрија са медицинском психологијом, Белград Загреб

50 Стоилкович, С. (1975) Психијатрија са медицинском психологијом, Белград, Загреб

51 Трајков, И. (2017) Психосоцијална интервенција во криза, Скопје

52 Чадловски, Г., Мицев .В. (1994) Психијатрија 2, Скопје

53 Чадловски, Г. (2000) Психијатриско-дијагностички прирачни, Скопје

54 Ценкинс, Р. (1993) Ментално здравје на работното место, Медицина на трудот

Прилог

Почитувани испитаници!
Ова истражување се спроведува за изработка на магистерски труд и неговите резултати нема да бидат искористени за други цели. Резултатите ќе бидат покажани збирно, така што секој испитаник ќе остане анонимен.
За да се исполни целта на ова истражување, Ве молам внимателно да го пополните тестот заедно со графата за пол, возраст и степен на образование.

Однапред Ви благодарам!

ПОЛ ---------- А) Машки Б) Женски

ВОЗРАСТ-------- А) 25-39 Б) 40-59 В) 60+

СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ А) основно Б) средно В) високо образование

C I – N 4

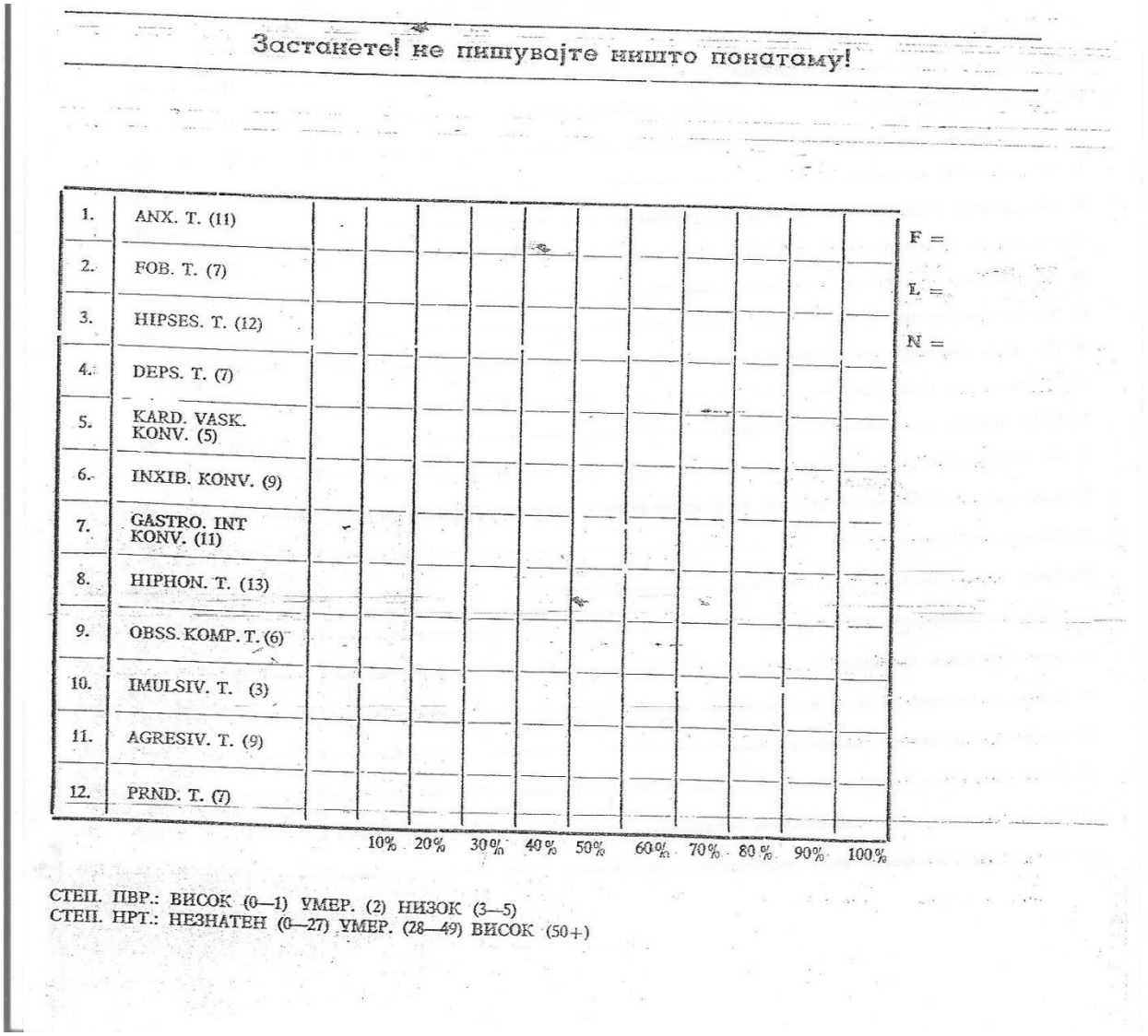
УПАТСТВО: Заокружете ја буквата **Т** (под точно) ако се сложувате со тврдењето, а буквата **Н** (под неточно) ако не се сложувате со тврдењето или главно не се сложувате. Треба да одговорите на сите тврдења. Не треба премногу да мислите за значењето на секое тврдење, туку работете брзо.

1. Ја сакам пролетта_____Т____Н
2. Некои луѓе се нечесни_____Т____Н
3. Човек има најмногу доверба во себе_____Т____Н
4. Не е паметно да се каже вистината во очи_____Т____Н
5. На паметен човек и еден збор му е доволен_____Т____Н
6. Никогаш не сум имал главоболка_____Т___Н
7. Понекогаш ќе излажам_____Т____Н
8. Ги сакам сите луѓе што ги познавам_____Т____Н
9. Во мојот живот имало настани кои не би сакала да ги знаат сите_____Т____Н
10. Јас од ништо не се плашам_____Т____Н
11. Често ме фаќа несвестица_____Т____Н
12. Понекогаш чувствувам како да ме обземаат морници_____Т____Н
13. Чувствувам трема пред непознати луѓе или на непознати места_____Т____Н
14. Во животот повеќе од два пати сум паднал во несвест_____Т____Н
15. Често имам напади на вртоглавица_____Т____Н
16. Се нервирам и несигурен сум кога му приоѓам на претпоставениот_____Т____Н
17. Ми иде да паднам во несвест кога гледам крв_____Т____Н
18. Повеќе грешам кога гледам дека претпоставениот ме гледа_____Т____Н
19. Многу ми е непријатно кога ќе се најдам сам без ниеден пријател во близина _Т__Н
20. Токму сега се чувствувам нервозен и збунет_____Т__Н
21. Често се збркувам и збунувам кога морам брзо да работам_____Т__Н
22. Стално добивам грешни наредби и упатства_____Т__Н
23. Стално се потам и имам трема кога некој ја контролира мојата работа_____Т__Н
24. Подобро се чувствувам кога знам дека секогаш можам од некого да побарам совет _____Т__Н
25. Морам да работам многу полека за да бидам сигурен дека работам точно_____Т__Н
26. Непријатно ми е да јадам било каде освен дома_____Т__Н
27. Чувствувам неодложна потреба да повторувам некои движења и тоа силно ме вознемирува_____Т__Н

28. Тешко се решавам за било што_____Т__Н
29. Ретко кога се чувствувам расположен и среќен_____Т__Н
30. Обично сум лошо расположен без разлика што правам_____Т__Н
31. Честопати сум несреќен и тажен_____Т___Н
32. Животот обично ми изгледа безнадежен_____Т___Н
33. Главо се чувствувам потиштен_____Т___Н
34. Тешко ми успева да се орасположам_____Т___Н
35. Често посакувам да сум мртов и далеку од сè_____Т__Н
36. Луѓето мислат дека сум нервозен_____Т__Н
37. Се плашам од некои работи од кои другите луѓе не се плашат_____Т__Н
38. Тешко заспивам_____Т___Н
39. Секоја ситница ми иде на живци_____Т___Н
40. Ме исцрпува стална загриженост_____Т___Н
41. Во мојот живот имало моменти кога нервите сосема ми попуштиле_____Т___Н
42. Имам барано совет од специјалист за нервни блести_____Т__Н
43. Се задишувам побрзо од повеќемина кои ги познавам_____Т____Н
44. Чувствувам болки околу срцето и градите_____Т____Н
45. Срцето често ми чука силно без некоја посебна причина_____Т____Н
46. Често тешко дишам_____Т____Н
47. Често ме вознемирува чукањето на срцето_____Т____Н
48. Понекогаш ќе ми се случи да се исплашам одненадеж додека размислувам за нешто_____Т____Н
49. Често се тресам или рацете силно ми треперат_____Т___Н
50. Често ми се случува во сон да ме вознемират страшни нешта_____Т____Н
51. Секогаш се преплашувам кога ноќе ќе слушнам тресок или бучава одненадеш_____Т____Н
52. Кога некој вика на мене честопати малаксувам и почувам да треперам____Т____Н
53. Ненадејни шумови ме тераат да потскокнам и треперам_____Т____Н
54. Брзо избувнувам и брзо се закарувам_____Т____Н
55. Имам мисли од кои не можам да се ослободам, а многу ме вознемируваат и плашат_____Т____Н
56. Многу страдам од чести и тешки главоболки_____Т____Н
57. Се потам и кога е ладно иако не работам некоја тешка работа_____Т___Н
58. Често ме вознемирува силно чешање_____Т____Н
59. Понекогаш пелтечам (запирам при зборувањето)_____Т___Н
60. Понекогаш ми заигрува лицето, главата или рамото и тешко ги совладувам_Т___Н
61. Понекогаш мокрев во кревет меѓу својата 8 до 14 година_____Т___Н
62. Чувствувам дека рацете и нозете ми се ладни и кога е топло_____Т__Н
63. Имам напади кога едвај дишам_____Т___Н
64. Ми се случува да се измочам во кревет_____Т___Н

65. Ми кажуваат дека ми се случува да одам во сонот_____Т___Н
66. Сум имал напади со грчеви_____Т___Н
67. Понекогаш често ме болат крстот и грбот така што едвај одам_____Т___Н
68. Понекогаш очите така ме болат да едвај гледам_____Т__Н
69. Лесно се заморувам и кога не работам тешка работа_____Т__Н
70. Имам толку тешки болки што не можам да си ја вршам работата_____Т__Н
71. Често запаѓам во состојба на тежок замор и исцрпеност_____Т__Н
72. Ме загрижува моето здравје_____Т__Н
73. Стално нешто ме боли_____Т__Н
74. Често наутро се будам уморен како да не сум спиел_____Т__Н
75. Не можам да работам кога силно ме боли главата или чувствувам притисок во неа_____Т__Н
76. Чувствувам како да сум стално со слабо здравје_____Т__Н
77. Стално се чувствувам така уморен и исцрпен да некогаш не можам ни да јадам_____Т__Н
78. Имам лош апетит_____Т__Н
79. Стално страдам од тврда столица_____Т__Н
80. Често имам проблеми со желудникот_____Т__Н
81. Страдам од лошо варење_____Т__Н
82. Често чувствувам гадење_____Т__Н
83. Често ме боли желудникот_____Т__Н
84. Желудникот и цревата обично лошо ми работат_____Т__Н
85. Болките во стомакот ми се засилуваат после секој оброк_____Т__Н
86. Редовно имам пречки при варењето на храната_____Т__Н
87. Често имам пролив_____Т__Н
88. На лекар ми рекле дека имам чир во стомакот_____Т__Н
89. Луѓето не ме разбираат_____Т__Н
90. Има чувство како некој да ме следи_____Т___Н
91. Со мене обично не постапувале убаво_____Т__Н
92. Кога одам по улица, имам впечаток како луѓето да ме гледаат или зборуваат за мене_____Т__н
93. Обично ме зафркаваат_____Т__Н
94. Многу сум срамежлив и чувствителен_____Т_Н
95. Лесно се возбудувам и раздразнувам_____Т_Н
96. Тешко создавам пријателство_____Т_Н
97. Стално се плашам да не направам некоја глупост_____Т__Н
98. Повеќето луѓе немаат доверба во мене _____Т__Н
99. Би се чувствувал подобро кога сите закони би биле отфрлени_____Т__Н
100. Мислам дека често сум бил казуван без причина _____Т__Н
101. Во училиште понекогаш имав проблеми со недисциплината_____Т__Н

102. Моите лични непријатели бескрајно ме вознемируваат_____Т__Н
103. Ме нервира ако некој ми дели совети, а не сум го прашал за тоа_____Т__Н
104. Страшно ме нервира кога некој ме критикува или кара_____Т__Н
105. Ја сум човек кој нагло реагира_____Т__Н
106. Луѓето стално ме лажат_____Т__Н
107. Се разбеснувам ако не можам да го имам она што го сакам_____Т__Н
108. Од време на време имам силна потреба да сторам нешто штетно, нечуено_Т__Н
109. Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели_____Т__Н
110. Честопати ужасно се разбеснувам_____Т__Н



Застанете! не пишувајте ништо понатаму!

1.	ANX. T. (11)												F =
2.	FOB. T. (7)												L =
3.	HIPSES. T. (12)												N =
4.	DEPS. T. (7)												
5.	KARD. VASK. KONV. (5)												
6.	INXIB. KONV. (9)												
7.	GASTRO. INT KONV. (11)												
8.	HIPHON. T. (13)												
9.	OBSS. KOMP. T. (6)												
10.	IMULSIV. T. (3)												
11.	AGRESIV. T. (9)												
12.	PRND. T. (7)												
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		

СТЕП. ПВР.: ВИСОК (0—1) УМЕР. (2) НИЗОК (3—5)
СТЕП. НРТ.: НЕЗНАТЕН (0—27) УМЕР. (28—49) ВИСОК (50+)