

# MENTALNO ZDRAVLJE UČENIKA OSNOVNIH ŠKOLA PRIMORSKO GORANSKE ŽUPANIJE

---

Fazlić, Mirela

Master's thesis / Diplomski rad

2021

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:438091>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-09-14**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO-PROMICANJE I ZAŠTITA  
MENTALNOG ZDRAVLJA

MIRELA FAZLIĆ  
MENTALNO ZDRAVLJE UČENIKA OSNOVNIH ŠKOLA PRIMORSKO GORANSKE  
ŽUPANIJE  
DIPLOMSKI RAD

RIJEKA, 2021

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF PROMOTION AND PROTECTION OF  
MENTAL HEALTH

MIRELA FAZLIĆ  
MENTAL HEALTH OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS OF PRIMORSKO GORANSKA  
COUNTY  
FINAL THESIS

RIJEKA, 2021

# SADRŽAJ

## 1. UVOD

1.1 <i>Suvremeno shvaćanje mentalnog zdravlja</i> .....	1
1.2 <i>Mentalna bolest i poteškoće mentalnog zdravlja</i> .....	1
1.3 <i>Raširenost problema mentalnog zdravlja</i> .....	3
1.4 <i>Rizični i zaštitni faktori</i> .....	5
1.5. <i>Rano otkrivanje poteškoća u mentalnom zdravlju</i> .....	8

## 2. CILJ I HIPOTEZE.....13

## 3. MATERIJAL I METODE.....14

3.1 <i>Ispitanici</i> .....	14
3.2 <i>Mjerni instrumenti</i> .....	15
3.3 <i>Statističke metode</i> .....	16

## 4. REZULTATI.....17

4.1 <i>Sociodemografski podaci</i> .....	17
4.2 <i>Učestalost mentalnih poteškoća kod djevojaka i dječaka</i> .....	17
4.3 <i>Testiranje hipoteza</i> .....	23

## 5. RASPRAVA.....26

## 6. ZAKLJUČAK.....31

## 7. SAŽETAK.....33

## 8. ABSTRACT.....34

## 9. LITERATURA.....35

## 10. PRILOZI.....39

## 11. ŽIVOTOPIS.....41

## 1. UVOD

### *1.1 Suvremeno shvaćanje mentalnog zdravlja*

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 2004. mentalno zdravlje je »stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici«. Iz definicije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, koja kaže kako je »zdravlje stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti«, vidljivo je da nema zdravlja, ako nema mentalnog zdravlja. (1)

Komponente mentalnog zdravlja su emocionalno blagostanje (osjećaji), mentalno blagostanje (pozitivno funkcioniranje), društveno blagostanje (odnosi s drugima), fizičko blagostanje (fizičko zdravlje) i duhovno blagostanje ( smisao života ). (2)

Što znači mentalno zdravlje? Prije svega znači imati sposobnost uspješnog funkcioniranja, biti produktivan u svom poslu, imati ispunjene veze s drugima, riješavati probleme i biti otvoren za promjene. Psihičko zdravlje ne znači da smo uvijek radosni, dobre volje i ugodnog raspoloženja. Svi imamo probleme i svi se borimo s brojnim životnim teškoćama, doživljavamo različite stresove, gubitke i normalno je da se tada osjećamo prestrašeno, zabrinuto, ljutito i tužno. No, upravo dobro mentalno zdravlje pomaže nam da prihvatimo te emocije, da se uhvatimo u koštac s problemima i da ih rješavamo. Dakle, »mentalno zdravlje je ispravan put reagiranja, suočavanja i prilagodbe na probleme i promjene (intrapsihičke i one iz vanjskog svijeta)«. (3)

### *1.2. Mentalna bolest i poteškoće mentalnog zdravlja*

Mentalnu bolest karakteriziraju značajni i dugotrajni poremećaji u emocionalnom osjećanju, razmišljanju, zaključivanju i ponašanju, kao i poteškoće u obavljanju svakodnevnih poslova u radu, školi i obitelji. Prije 25. godine može se dijagnosticirati više od 70% svih mentalnih bolesti. Djetinjstvo i adolescencija je razdoblje u kojem su mladi osjetljiviji zbog svog psihosocijalnog razvoja, skloniji su utjecaju okoline i društva te se tada mogu otkriti i prvi simptomi mentalne bolesti. (2)

Mentalno zdravlje važan je čimbenik za pojedinca, obitelji i nacije i sastavni je dio općeg zdravlja, bez mentalnog zdravlja nema ni tjelesnog zdravlja. Poremećaji mentalnog zdravlja djece i adolescenata veliki su javnozdravstveni problem u svijetu, a i u Hrvatskoj.

Imaju relativno visoku prevalenciju, početak u djetinjstvu i mlađoj odrasloj dobi, mogući kronični tijek, štete kvaliteti života pacijenata i njihovih obitelji te čine veliki dio zdravstvene potrošnje. (5) Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata su anksioznost, depresija, intelektualne poteškoće, hiperaktivni poremećaji, rizična ponašanja, problemi u vršnjačkim odnosima. (8)

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije iz 2016. o ukupnom opterećenju bolestima u Hrvatskoj (Disability-adjusted life years - DALYs), mentalni poremećaji zauzimaju četvrto mjesto među primarnim uzrocima smrti, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti te trauma. Depresivne bolesti predstavljaju najveći opseg opterećenja (25,9%), a slijede poremećaji uzrokovani alkoholom (17,1%) i anksiozni poremećaji (14,6 %). (6)

Proces sazrijevanja je težak. Obuhvaća psihičke tegobe, međuljudske sukobe, a ponekad i ozbiljnije poteškoće. Djeca i mladi su posebno ranjiva skupina jer se suočavaju s pritiscima svakodnevnog života, a tek uče kako koristiti svoje sposobnosti da bi uspješno rješavali životne izazove. Doba djetinjstva i adolescencije važne su životne faze za mentalno zdravlje i dobrobit pojedinca ne samo zato što mladi tada razvijaju autonomiju, samokontrolu, društvenu interakciju i učenje već zato što sposobnosti oblikovane u ovom razdoblju utječu na mentalno zdravlje do kraja života. Mentalne bolesti ometaju učenje, remete odnose s prijateljima, roditeljima i učiteljima te otežavaju izvršavanje školskih zadataka. Neuspjeh u školi često je okidač za nastanak brojnih problema mentalnog zdravlja, ali i mentalne bolesti također mogu imati značajan utjecaj na školski uspjeh. Učenici s problemima mentalnog zdravlja teško se prilagođavaju školi zbog nedostatka unutarnje motivacije, teškoća jezika i govora, kreativnosti u rješavanju problema, nedostatka socijalnih vještina, češće izostaju s nastave, imaju lošiji školski uspjeh, manje sudjeluju u nastavi, imaju problematičnije vršnjačke odnose i uglavnom odustaju od školovanja. Učenici koji imaju slab školski uspjeh podložniji su razvoju emocionalnih problema, problematičnog ponašanja i slabijeg socijalnog funkcioniranja. (7)

Brojna istraživanja o povezanosti školskog uspjeha i mentalnog zdravlja to potvrđuju. Prema Burnett-Ziegler i sur. 2012., učenici s psihološkim problemima suočavaju se s raznim izazovima kao što su slabiji školski uspjeh, poremećajima tjelesnog zdravlja i zluporabom opojnih tvari. (7) Brojna velika istraživanja na djeci i adolescentima potvrdila su te nalaze. Istraživanje Veldman i suradnici, 2014 god. pokazalo je da su eksternalizirani, internalizirani i poremećaji pažnje u dobi od 11 godina i povećanje ovih problema tijekom adolescencije rizik lošeg školskog uspjeha učenika u dobi od 19 godina. (7) Također su razmatrali i druge

čimbenike rizika, poput niskog socioekonomskog položaja, spola učenika i samohranih roditelja. Nalazi su otkrili da je loše mentalno zdravlje najznačajniji čimbenik rizika za loše školske uspjehe. Opsežno istraživanje na uzorku od oko 150.000 američkih učenika osnovnih i srednjih škola pokazalo je da samo 29-45% njih ima zadovoljavajuće društvene kompetencije poput empatije, vještina odlučivanja i rješavanja sukoba, te da se oko 70 % učenika ne osjeća uključeno u školski život, a oko 30 % srednjoškolaca pokazuje više rizičnih ponašanja, uključujući suicidalne misli što utječe na njihov školski uspjeh i daljnji uspješan život prema Durlak i sur., 2011. (7) Prema Ryan i Patrick, 2001., djeca koja primaju učiteljsku podršku i imaju učitelje koji potiču uzajamno povezivanje i međusobno poštivanje to vide kao poticaj za školsku motivaciju i sudjelovanje u školskim aktivnostima. (7) Dodatna studija pokazuje da takve aktivnosti doprinose boljoj školskoj kulturi, boljoj komunikaciji učenika i nastavnika, poboljšanim odnosima s vršnjacima i uspjehu učenika u čitanju, pisanju i matematici. Prema Flemingu i sur., 2005., ta su poboljšanja značajno pridonijela smanjenju rizičnog ponašanja i izbjegavanju poremećaja u ponašanju. (7) Također je ključno uključiti učenike u takve programe što je prije moguće. Prema Reynoldsu i sur. 2007, sudjelovanje u takvim programima u dobi od tri do devet godina bilo je povezano s pozitivnim općim rezultatima dobrobiti kasnije u životu, kao što su redovitije pohađanje škole, veća stopa završene škole, bolja očekivanja u školi, sudjelovanje u životu zajednice, manje problema u ponašanju i manje depresivnih simptoma. (7)

Skladan intelektualni, emocionalni, društveni i zdravstveni razvoj u djece i adolescenata preduvjet je za izvrsno mentalno zdravlje. (2)

### ***1.3 Raširenost problema mentalnog zdravlja***

Prevalencija poremećaja mentalnog zdravlja među djecom i adolescentima postoji posljednjih godina. Otprilike polovica svih mentalnih poremećaja javlja se prije 14. godine. Nedavni sustavni pregled Polanczyka i suradnika donio je objedinjenu prevalenciju u cijelom svijetu mentalnih poremećaja među djecom i adolescentima od 13,4% .U Hrvatskoj su provedena samo tri istraživanja, od kojih je jedno bilo u glavnom gradu Zagrebu koji je pokazao rasprostranjenost od 19,3% psihičkih simptoma, uključujući granične i teške simptome među adolescentima. (8) Drugo istraživanje je bilo provedeno u Rijeci i dalo prevagu od 15,8% graničnih i teških simptoma među adolescentima (28) dok je treće istraživanje provedeno u Zadarskoj županiji probirom učenika sedmih razreda osnovnih škola, ustanovljeno je da je 18%

učenika u školskoj godini 2014./2015. imalo umjeren ili ozbiljan rizik od mentalnog poremećaja, dok 15,9% učenika u školskoj godini 2015./2016 je imalo isti rizik. (29) (U ovim istraživanjima korišten je Upitnik snaga i poteškoća (SDQ). U gradu Osijeku tijekom pet školskih godina (2012./13. - 2016./17.) ispitano je ukupno 5787 učenika, s 5514 (95,3 %) učenika prvih razreda 16 srednjih škola i 273 (4,7 %) i učenika sedmih razreda osnovnih škola, dajući sljedeće rezultate: Na ljestvici ukupnih poteškoća 10,4% djece imalo je granični ili povišeni rezultat; djevojčice su češće iskazivale emocionalne poteškoće i hiperaktivnost, dok su dječaci iskazivali probleme u ponašanju i probleme s vršnjacima. (9)

Prema studijama, prevalencija emocionalnih problema u ranom djetinjstvu je oko 6 - 20 %, a stopa je gotovo ista i u kasnijoj dobi. Depresija pogađa 0,3 % do 2,1 % predškolaca i manifestira se kao socijalna i generalizirana anksioznost te separacijska anksioznost. Za razliku od eksternaliziranih bolesti, anksiozni poremećaji češći su u djevojčica već u predškolskoj dobi, dok je depresija jednako zastupljena i kod dječaka i djevojčica. (8)

Emocionalni poremećaji pogađaju 4,4 % petogodišnjaka, poremećaji ponašanja 9,6 %, a hiperaktivnost i nepažnja 8,0 %, pokazalo je istraživanje provedeno u sklopu pilot projekta »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba«. Komorbiditet, odnosno mogućnost dva mentalna poremećaja, otkriven je u 4% djece s umjerenim do teškim mentalnim poteškoćama. Dječaci su imali mnogo veću razinu općeg stresa, poteškoća u ponašanju, hiperaktivnosti i nepažnje te problema i interakcija s drugom djecom u odnosu na djevojčice, prema procjenama roditelja na SDQ -u. Emocionalni poremećaji pogađaju 7,7% dvanaestogodišnjaka, poremećaje ponašanja iskazivalo je 5,1 %, a hiperaktivnost i poremećaje pažnje 6,4 % dvanaestogodišnjaka. Dječaci su imali veću razinu općeg stresa i poteškoća u ponašanju, kao i hiperaktivnost i poteškoće s koncentracijom nego djevojčice, prema procjenama roditelja na SDQ -u. Prema vlastitim procjenama upitnika SDQ, djevojčice u 6. razredu imale su znatno više emocionalnih problema od dječaka i imale su veću vjerojatnost da će se uključiti u dobronamjerno i korisno ponašanje od dječaka. (8)

Emocionalni problemi uključuju anksioznost, depresiju, socijalno povlačenje i psihosomatske poremećaje. Doba puberteta kod djevojčica osjetljivo je razdoblje kada se razvoj simptoma anksioznosti i depresije brzo povećava. Razlozi povećanog rizika od anksioznosti i depresije kod djevojčica u pubertetu mogu uključivati psihološke i fizičke promjene i čimbenike socijalizacije. Djevojke u ovoj dobi postaju sve više zabrinute kako izgledaju i što



drugi misle o njima. Osim povećane negativne afektivnosti, djevojčice često izbjegavaju i zastrašujuće situacije. U odgoju se djevojke toliko ne potiče da budu autonomne i samodostatne, a više ih se od dječaka potiče na empatiju i pomoć. Pubertet je vrijeme u kojem se događaju velike hormonalne promjene koje dovode do razlika u samosvijesti-dječaci razvijaju veće samopoštovanje jer su fizički jači i viši, dok su djevojke nezadovoljnije svojim izgledom. Nadalje, djevojke su više društveno orijentirane, više se oslanjaju na društvene veze i podložnije su gubitku prijateljstva i roditeljske podrške od dječaka, što ih čini sklonijima depresiji. (8)

Rezultate ove studije o poteškoćama u ponašanju kod dvanaestogodišnjaka potvrđuju prethodna istraživanja, odnosno postojanje eksternaliziranih poremećaja kod dječaka. Poremećaji u ponašanju pogađaju 5% do 14% mladih osoba, a prema različitim istraživanjima dječaci imaju 3 do 4 puta veću učestalost od djevojaka. Loše ponašanje, poput pobune, bježanja, krađe, agresivnosti i destruktivnosti, primjeri su eksternaliziranog ponašanja. Dječaci pokazuju veću impulzivnost, borbenost i druge nekontrolirane karakteristike od djevojčica u različitim kulturama. (8)

#### ***1.4 Rizični i zaštitni faktori***

Za utvrđivanje uzroka i razvoja mentalnih poremećaja koristi se niz procjena osobnih i okolišnih karakteristika relevantnih za djetetovo okruženje. Budući da su djeca i adolescenti osjetljiviji na utjecaje okoline, poznavanje obiteljskog okruženja važno je za bolje razumijevanje psihopatoloških procesa u djetinjstvu i mlađoj dobi. Zbog toga je ključno razumjeti različite aspekte koji utječu na razvoj psihopatologije, kao i način na koji se dijete doživljava u višeslojnom društvenom okruženju. Slojevi ili sustavi bliži djetetu (obitelji) imaju izravniji utjecaj, ali oni udaljeniji (ekonomske i kulturne promjene, traumatični životni događaji) imaju neizravan utjecaj. Ponašanje djeteta promatra se u vezi s okruženjem u kojem živi. To znači da je djetetovo ponašanje u bilo kojoj fazi njegovog razvoja rezultat odnosa između njegovih osobnih karakteristika i sredine u kojoj odrasta.

Svi uvjeti i događaji koji povećavaju rizik od razvoja psihopatološkog procesa smatraju se čimbenicima rizika, dok zaštitni čimbenici podržavaju i čuvaju zdrav razvoj. Čimbenici rizika mogu razviti osjetljivost, funkcionirati kao »okidač« ili potaknuti bolest. Sve ovo doprinosi jačoj reakciji na stresnu situaciju. Stresni događaji izvan djetetove sposobnosti suočavanja (npr. smrt, roditeljsko zanemarivanje, odbacivanje ili zlostavljanje) ili stresni događaji koji utječu na cijelu obitelj, društvo ili okoliš mogu biti čimbenici rizika u obitelji (npr.

siromaštvo, rat). Zaštitni čimbenici s druge strane, sprječavaju daljnje pogoršanje, potiču ili održavaju zdrav razvoj i imaju značajan utjecaj na prognozu i liječenje. Toplina, podrška i naklonost roditelja imaju pozitivan utjecaj na emocionalnu i društvenu stabilnost i zrelost njihove djece. Ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i maltretiranje djece, s druge strane, doprinose raznim problemima i izazovima u djece. (11)

U odnosu na druge društvene rizike i zaštitne faktore, djetetova obitelj jedna je od najbližih. Dobri odnosi u obitelji umanjuju posljedice osobnih čimbenika rizika (temperament, nisko samopoštovanje, nesigurna vezanost) i udaljenih čimbenika rizika (siromaštvo, traumatični događaji, rat, nezaposlenost). (12)

Tablica 1. Rizični faktori za razvoj problema mentalnog zdravlja

<b>DIJETE/ADOLESCENT</b>	<b>OBITELJ</b>	<b>ŠKOLA</b>	<b>ZAJEDNICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•genetika</li> <li>•intelektualne poteškoće</li> <li>•poteškoće u komunikaciji</li> <li>•naglašena negativnost</li> <li>•težak temperament</li> <li>•teško prihvaćanje promjena</li> <li>•fizička bolest</li> <li>•akademski neuspjeh</li> <li>•loša slika o sebi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•loši odnosi u obitelji</li> <li>•nedosljedni obrasci discipliniranja</li> <li>•mentalni poremećaji roditelja</li> <li>•ovisnost roditelja</li> <li>•fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje</li> <li>•zanemarivanje</li> <li>•kriminalitet roditelja</li> <li>•smrt ili gubitak članova obitelji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•vršnjačko zlostavljanje</li> <li>•diskriminacija</li> <li>•isključivanje od strane vršnjaka</li> <li>•nedostatak bliskih prijateljstava</li> <li>•druženje s vršnjacima neprilagođenog ponašanja</li> <li>•snažan vršnjački pritisak</li> <li>•loši odnosi nastavnik učenik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•socio-ekonomske neprilike</li> <li>•prirodne katastrofe, rat, stresni događaji i traumatska iskustva</li> <li>•diskriminacija</li> <li>•nedovoljan pristup podršci, savjetovalištima i uslugama</li> </ul>

Izvor: Briga za mentalno zdravlje, Edukativni materijal, Nastavno klinički centar Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta (prilagođeno prema Sadler i sur., 2018).(13)

Dodatni rizici za probleme mentalnog zdravlja su i:

- ženski spol – depresija, anksioznost, poremećaji hranjenja ( anoreksija, bulimija )
- muški spol –agresivnost, konzumiranje sredstava ovisnosti i druga rizična ponašanja
- rana seksualna aktivnost kod oba spola
- rodno uvjetovano nasilje
- pitanje seksualnog identiteta

Tablica 2. Zaštitni faktori koji pogoduju dobrom mentalnom zdravlju

DIJETE/ADOLESCENT	OBITELJ	ŠKOLA	ZAJEDNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>•iskustvo sigurne privrženosti</li> <li>•dobre komunikacijske vještine</li> <li>•osjećaj kontrole nad životom</li> <li>•pozitivan stav</li> <li>•iskustvo uspjeha i postignuća</li> <li>•kapacitet za promišljanje i refleksiju</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•skladni odnosi</li> <li>•podržavajuće roditeljstvo</li> <li>•snažne obiteljske vrijednosti</li> <li>•privrženost obitelji</li> <li>•jasna i dosljedna disciplina</li> <li>•podrška za obrazovanje</li> <li>•visoka očekivanja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pozitivna školska klima koja njeguje pripadanje i povezanost</li> <li>•jasna pravila ponašanja</li> <li>•jasna pravila oko zlostavljanja</li> <li>•politika otvorenih vrata gdje djeca i mladi mogu govoriti o problemima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•šira mreža podrške</li> <li>•dobri stambeni uvjeti</li> <li>•visok standard života</li> <li>•prilike za aktivnije uključivanje u društvo</li> <li>•kvalitetne mogućnosti za provođenje slobodnog vremena</li> <li>•dostupni resursi i podrška</li> </ul>

Izvor: Briga za mentalno zdravlje, Edukativni materijal, Nastavno klinički centar Edukacijskog rehabilitacijskog fakulteta (prilagođeno prema Sadler i sur., 2018).(13)

Štoviše, svi ti uzroci i njihove interakcije moraju se razmatrati u širem kontekstu međuljudskih odnosa (npr. odnosi majke i djeteta i intrapersonalni čimbenici (npr. temperament). (12)

Odnos majke i djeteta poseban je i važan, a rana iskustva uvelike određuju razvoj ličnosti pojedinca. Najraniji socijalni odnosi djeteta s okolinom, posebice s majkom kao primarnim objektom, određuju kasniji djetetov odnos s vanjskim svijetom. Rana iskustva utječu na neuronske veze koje su biološki supstrat osobnosti, adaptivnih sposobnosti i snage, odnosno osjetljivosti koja će se možda pojaviti kasnije tijekom života kao jedan od oblika patologije.

Podsvijest djece neprestano teži majčinskom ugledu, a sve životne osnove upijaju se kroz majčinu percepciju: samopoštovanje, suprotni spol i karijera. (14)

Različite komponente obiteljske interakcije igraju ključnu ulogu u psihopatološkim simptomima djece. Dojam odbačenosti od strane oca i majke jako je povezan sa svim elementima internaliziranih (depresija, anksioznost, somatizacija) i vanjskih poremećaja (agresivnost). U obiteljskim odnosima kod djece s psihičkim problemima uočeno je više sukoba i komunikacijskih problema, manje izražavanja emocija i međusobne podrške te češće odbacivanje, zanemarivanje i zlostavljanje. (10)

Istraživanje Moj svijet prema Dooley i Fitzgerald, 2012. pokazuje da prisutnost jedne odrasle osobe koja pruža podršku djetetu vrlo je važna za njegovu dobrobit, osjećaj povezanosti,

samopouzdanje i sposobnost suočavanja s teškoćama. Preko 70 % djece izvijestilo je da ima podršku jedne odrasle osobe u svom životu. Učitelji su ponekad ta »jedna dobra odrasla osoba« koja djeluje kao moćna zaštitna snaga u životu djeteta. (15)

### ***1.5 Rano otkrivanje poteškoća u mentalnom zdravlju***

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, 50% svih mentalnih problema javlja se prije 14. godine, a anksiozni poremećaj se javlja već u dobi od 6. do 14. godine. (2) Iz ovoga možemo zaključiti koliko je važno na vrijeme započeti s prevencijom programa mentalnog zdravlja, kako bi na vrijeme uočili učenike s poteškoćama mentalnog zdravlja te im pružili pravodobnu stručnu pomoć.

Istaživanja pokazuju da rane intervencije u zajednici, poput ulaganja u dobro roditeljstvo i promicanje mentalnog zdravlja u školama poučavanjem emocionalnih i društvenih vještina, imaju povoljan utjecaj na mentalno zdravlje djece i adolescenata koje traje i u odrasloj dobi. (8) Brz tempo života, život u svijetu tehnologije, društvene mreže utječu na život cjelokupne populacije, a posebno djece i mladih. I mnogi odrasli lako padnu pod utjecaj interneta i društvenih mreža, a upravo su oni ključni da djeci ukažu na zamke i rizike modernog života. Roditeljska podrška iznimno je važna kako bi smanjila rizične čimbenike i pridonijela zdravlju za cijeli život. Uloga je roditelja, odgajatelja, nastavnika, zdravstvenih djelatnika da djeci pruže stabilnu i odgovarajuću podršku te na vrijeme otkriju rizike za poteškoće mentalnog zdravlja. Mnoga djeca s poteškoćama mentalnog zdravlja pogotovo tiha i povučena djeca često prolaze kao neprimjetna kroz obiteljski i odgojno obrazovni sustav, a da simptomi anksioznosti i depresije ostanu nezapaženi. Zato je važno raditi na edukaciji svih odraslih koji djeci pružaju odgovarajuću skrb. (39)

Trostruki P ili pozitivni roditeljski program primjer je programa ulaganja u dobro ili pozitivno roditeljstvo. Matthew Sanders, 1999. i partneri sa Sveučilišta Queensland u Australiji uspostavili su program Triple P, koji pokušava spriječiti poteškoće u ponašanju, emocionalne i razvojne poteškoće kod djece povećanjem njihovog znanja i sposobnosti te promicanjem povjerenja roditelja. (38)

Program se provodi za roditelje i djecu od novorođenčake dobi do dvanaest godina te uključuje pet faza intervencije:

- prva razina je informiranje roditelja (pružanje korisnih informacija o roditeljstvu putem tiskanih i elektroničkih medija)
- druga razina je primarna javnozdravstvena intervencija putem specifičnog savjetovanja za djecu s manjim poteškoćama u ponašanju (telefonske konzultacije ili grupe podrške)
- treća razina se primjenjuje za djecu s blažim do umjerenim poteškoćama u ponašanju (edukacija roditelja)
- četvrta razina je individualna ili grupna edukacija roditelja za djecu koja imaju teže probleme u ponašanju
- peta razina za roditelje čije obitelji uključuju dijete s teškim poremećajem ponašanja i disfunkcionalne obitelji (bračni sukobi, depresija roditelja i prekomjerna količina stresa). ( prema Sanders, 1999.). (38)

Uz Triple P, još jedan od najpoznatijih programa je američki Strengthening Families SFP (Kumpfer, Whiteside, Greene i Allen, 2010). SFP ili Program osnaživanja roditeljstva koristi obiteljske sustave i pristupe bihevioralne terapije za jačanje otpornosti i smanjenje čimbenika rizika kako bi poboljšao obiteljske odnose, roditeljske vještine i društvene i životne vještine djece (programi SAMHSA Model). SAMHSA program namijenjen je osnovnoškolcima od 6 do 12 godina i njihovim roditeljima. Dok djeca uče životne i socijalne vještine (poput rješavanja problema i rješavanja sukoba, donošenja odluka i komunikacijskih vještina), roditelji se usredotočuju na jačanje obiteljske snage, poticanje i vrednovanje pozitivnih promjena, održavanje obiteljskih sastanaka, povećanje vremena provedenog s obitelji i razvoj nove obiteljske rutine. (Kumpfer i sur., 2010 ., Programi modela SAMHSA). (38)

Postoje mnoge učinkovite intervencije koje promiču mentalno zdravlje i dobrobit mladih i djece u školama. EU - Kompas za mentalno zdravlje interaktivni je izvor za razmjenu informacije o mentalnom zdravlju te aktivnosti promicanja i prevencije diljem EU. Uključuje bazu podataka s primjerima dobre prakse. Drugi primjer je baza podataka ProMenPol koji je strukturirani izbor alata za promicanje mentalnog zdravlja u različitim okruženjima, uključujući škole. Mnoge intervencije imaju za cilj poboljšati životne ili socijalne vještine djece i adolescenata kako bi se znali nositi sa stresom, s različitim emocionalnim stanjima i poboljšati

osobne odnose. Ova vrsta intervencija obično se pruža u školama. Program Prijatelji vodeći je školski program za sprječavanje anksioznosti koji pomaže djeci u dobi od 7 do 11 godina i tinejdžerima u dobi od 12 do 16 godina da se nose s osjećajima straha, brige i depresije izgradnjom otpornosti i samopoštovanja te poučavanjem kognitivnih i emocionalnih vještina na jednostavan način. (26) Još jedan važan program mentalnog zdravlja je Trening životnih vještina ( TŽV) koji se u osnovnim školama u Primorsko-goranskoj županiji provodi od 2005/2006 šk. god. Program se provodi od 3-7 razreda. Cilj programa je smanjiti rizik i povećati zaštitne čimbenike koji su povezani s različitim rizičnim ponašanjima i lošim razvojnim ishodima. Program provodi razrednik ili stručni suradnik škole koji se dodatno usavršavao. Učenici kroz interaktivne aktivnosti grade sposobnosti osobne samoregulacije, komunikacijske i socijalne vještine te vještine otpornosti, što ih čini sposobnijim i spremnijima za rješavanje različitih životnih pitanja. Nekoliko dodatnih županija preuzelo je program. Prema istraživanju, sveobuhvatna i dosljedna primjena ovog programa dovodi do smanjenja anksioznosti, poboljšanja komunikacijskih vještina, manje eksperimentiranja sa tvarima ovisnosti i drugih željenih učinaka. (36)

Zbog velike prevalencije, teškog morbiditeta i mortaliteta, mogućnosti liječenja temeljenih na dokazima, mentalne bolesti u djece i adolescenata zadovoljavaju zahtjeve probira. Probir je prvi korak prema ranoj intervenciji djece i adolescenata s poremećajima mentalnog zdravlja. (8)

Probir ( *screening* ) je u medicini strategija koja se koristi za traženje još neprepoznatih stanja ili markera rizika. Može se primjeniti na pojedinca ili cijelu populaciju odnosno među skupinom zdravih asimptomatskih pojedinaca traži se oboljeli, ali koji ne mora imati konačnu dijagnozu. Probiri su osmišljeni da otkriju stanja koja bi se u nekom trenutku mogla pretvoriti u bolest, omogućujući tako raniju intervenciju i liječenje u nadi da će smanjiti smrtnost i oboljele od bolesti. (16)

Probir omogućuje aktivno ispitivanje o mentalnom zdravlju djece/adolescenata i njihovim problemima koji se rijetko priznaju u svakidašnjem životu i zdravstvenoj zaštiti. (8)

Bolesti mentalnog zdravlja jednako su opasne po zdravlje kao i tjelesne. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 10-20% djece ima mentalni poremećaj, a 50% psihičkih bolesti počinje u djetinjstvu i nastavlja se kroz pubertet. (21) Mentalne bolesti najveći su svjetski uzrok adolescentnog morbiditeta. Neliječene mentalne bolesti imaju negativan utjecaj na djetetov rast, akademski uspjeh i sposobnost sretnog i produktivnog života. Mentalna bolest

može imati tragične posljedice ako se ne prepozna i ne liječi, poput samoubojstva. U dobnom rasponu od 15 do 24 godine, samoubojstvo je drugi najveći uzrok smrti. Zbog stigme, izolacije i diskriminacije, djeca s mentalnim bolestima suočavaju se s brojnim izazovima u društvu. (8)

Tek svako peto dijete od onih koji imaju neki mentalni poremećaj dobiva adekvatnu stručnu pomoć. Razlog je prije svega u stigmati, ali i kasnom otkrivanju i prepoznavanju problema mentalnog zdravlja. Uloga odraslih, roditelja/staratelja i drugih odraslih osoba koje brinu o djeci (učitelji, odgajatelji, socijalni radnici) važna je u prepoznavanju psihičkih poremećaja djece i adolescenata. Naime, odrasli često ne mogu prepoznati mentalne poremećaje u djece i adolescenata jer nisu svjesni ili negiraju ozbiljnost problema te potrebu za liječenjem. (8)

Škole su odavno prepoznate kao dobro mjesto za provođenje preventivnih inicijativa za mentalno zdravlje djece i tinejdžera. Škole mogu doći do ogromnog broja djece i njihovih roditelja za programe probira zbog svoje organizacijske strukture. Stoga škole imaju važnu ulogu u ranom otkrivanju problema mentalnog zdravlja izvan zdravstvenog sustava. (8)

U 2010. godini Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ, Odjel za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i Odjel školske i sveučilišne medicine proveo je program probira mentalnog zdravlja učenika 7-ih razreda osnovne škole Grada Rijeke. Program uključuje ispunjavanje upitnika "Moje snage i poteškoće" (SDQ), koji su učenici popunjavali za vrijeme redovite nastave kao dio rutine sustavnih pregleda i cijepljenja. SDQ je dobro poznato i provjereno sredstvo koje se koristi u Europi i Sjedinjenim Državama za ranu dijagnostiku potencijalnih poremećaja mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata. (17)

Prema svim istraživanjima i praksi, 12-27 % mladih ima problema s mentalnim zdravljem. No, nažalost, samo 15-30 % onih kojima je potrebna pomoć dobivaju istu. Probir ili skrining je intervencija koja omogućuje ranu detekciju problema mentalnog zdravlja, a time i pružanje pravovremene i stručne pomoći onima kojima je najpotrebnija, kako bi se smanjio veliki jaz između stvarnih potreba adolescenata i pruženih usluga. (17) 15,8% od 1.900 ispitane djece dobilo je poziv na naknadni razgovor u Savjetovalištu za mlade ako su im rezultati upitnika bili iznad prosjeka. Oko 30-40 % djece odazvalo se savjetovanju. (8) Djeca i roditelji se u Savjetovalištu educiraju o mogućnosti sudjelovanja u aktivnostima koje im mogu pomoći u rješavanju postojećih problema ili sprječavanju budućih. Za djecu i adolescente usluge pružaju psiholozi, liječnik, psihijatar, a provodi se individualno i obiteljsko savjetovanje i

usluge psihoterapije, grupne radionice za emocionalno učenje za djecu, grupe za roditelje. Za korisnike s važećom zdravstvenom iskaznicom svi su pregledi i aktivnosti besplatni. (17)



## 2. CILJ I HIPOTEZE

Cilj ovog rada je prikazati rezultate provedbe skrininga mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji iz 2014. godine.

Prema cilju rada postavljene su sljedeće hipoteze:

H0. Ispitati učestalost poteškoća mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji

H1. Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim emocionalnim simptomima

H2. Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim problematičnim ponašanjima

H3. Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama mentalnog zdravlja vezanih uz hiperaktivnost i poremećaje pažnje

H4. Ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u vršnjačkim odnosima

H5. Ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim prosocijalnim odnosima

### **3. MATERIJAL I METODE**

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije od 2010 godine provodi Probir mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola Primorsko-goranske županije primjenom upitnika „Moje snage i poteškoće“ (SDQ) kao redovnu mjeru zdravstvene zaštite djece i mladih. Skrining je proveden u okviru redovitog kalendara sistematskih pregleda i cijepljenja učenika za vrijeme redovite nastave. Upitnik je kratak i jednostavan, a vrijeme ispunjavanja traje oko 10 minuta. To je dobro poznat i provjeren instrument koji se koristi u Europi i Sjedinjenim Državama za rano uočavanje problema u ponašanju, emocionalnih poteškoća i interakcija s vršnjacima. Probir su u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo proveli školovani psiholozi s dugogodišnjim iskustvom u radu s djecom i adolescentima, u suradnji sa Službom školske i sveučilišne medicine, školskim stručnim službama, a uz potporu Grada Rijeke, Pgz, te Ministarstva zdravstva. Nakon obrade rezultata, u školi smo zakazali poseban sastanak školskog liječnika, psihologa iz Odjela za mentalno zdravlje te školskog stručnog suradnika kako bi se napravila timska sinteza rezultata. Za djecu čiji su rezultati odstupali od preporučenih liječnik Školske medicine je pripremio internu uputnicu za Savjetovalište za mlade pri Nzzjz. Stručni suradnik škole je informaciju o uputnici dao roditeljima izravnim kontaktom uz preporuku da se jave školskom liječniku zbog uputnice za savjetovalište.

#### **3.1 ISPITANICI**

Ispitanici su bili učenici 7-ih razreda osnovnih škola Primorsko-goranske županije što znači da su skriningom obuhvaćeni dječaci i djevojčice u dobi od 12-14 godina. Skrining mentalnog zdravlja redovna je metoda zdravstvene zaštite pa stoga nisu tražene suglasnosti učenika i roditelja. Ipak, ostavljena je mogućnost da škola može odbiti sudjelovati u provedbi ovog istraživanja, kao što i svako dijete može odbiti ispuniti upitnik. Uzorak ispitanika je namjeran, a upitnik je namijenjen djeci i mladima u dobi od 11-16 godina. Učenici 7-ih razreda odabrani su upravo jer su u razdoblju puberteta kada počinju doživljavati mnogobrojne psihofizičke promjene te im se povećava razina samovrednovanja.

### 3.2 MJERNI INSTRUMENTI

Upitnik snaga i poteškoća djeteta (The Strengthsand Difficulties Questionnaire – SDQ) koristi se za procjenu emocionalnih teškoća i teškoća u ponašanju djece i adolescenata, ali i za procjenu snaga. Upitnik se sastoji od 25 čestica koje su podijeljene u pet kategorija: kategorija emocionalnih simptoma, kategorija problema u ponašanju, kategorija hiperaktivnosti, kategorija problema u odnosima s vršnjacima, kategorija odnosa prema društvu. Svaka podljestvica sastoji se od 5 čestica.

Pitanja vezana za **emocionalne probleme** odnose se na: Često imam glavobolje, bolove u trbuhu ili mučninu, Imam puno briga, često sam nesretan, potišten ili plačljiv, Nervozan sam u novim situacijama, Imam puno strahova, lako se uplašim. Odgovori su Netočno, Djelomično točno i Potpuno točno, pri čemu netočno nosi 0 bodova, djelomično točno jedan bod i potpuno točno dva boda. Rezultat kategorije emocionalnih simptoma normalan od 0-5 bodova, graničan 6 bodova, abnormalan 7-10 bodova.

Pitanja u kategoriji **problema u ponašanju** su: Često se razljutim i gubim kontrolu, Obično radim ono što mi se kaže, Često se tučem, Često me optužuju da lažem ili varam, Uzimam stvari koje nisu moje iz škole, kuće ili od drugdje. Rezultat kategorije problema u ponašanju 0-3 normalan, 4 graničan, 5-10 abnormalan.

Pitanja u kategoriji **hiperaktivnosti** su: Nemiran sam, ne mogu dugo ostati miran, Stalno sam nemiran i vrpeljim se, Lako izgubim pažnju, teško se koncentriram, Razmislim prije nego nešto učinim, Ono što započnem završim do kraja. Rezultat kategorije hiperaktivnosti 0-5 normalan, 6 graničan i 7-10 bodova abnormalan.

Pitanja u kategoriji **problemi u odnosu s vršnjacima** su: Pretežno sam usamljen, Uglavnom se igram sam, imam najmanje jednog dobrog prijatelja, Vršnjaci me uglavnom vole, Druga djeca ili mlađi ljudi me zadirkuju ili maltretiraju, Bolje se slažem sa odraslima nego sa vršnjacima. Rezultat kategorije problema u odnosima s vršnjacima 0-3 normalan, 4-5 graničan, 6-10 abnormalan.

Pitanja u kategoriji **odnosa prema društvu** su: Imam obzira prema osjećajima drugih, Spreman sam dijeliti sa drugima, Pomoći ću ako je netko povrijeđen, uznemiren ili se osjeća bolesno, Ljubazan sam prema mlađoj djeci, često dobrovoljno pomažem drugima. Rezultat kategorije odnosa prema društvu 6-10 bodova normalan, 5 bodova graničan i 0-4 abnormalan.

Odgovori se daju na ljestvici od tri stupnja (0 – netočno, 1 – djelomično točno i 2 – potpuno točno).

Obično je najlakše bodovati svih pet kategorija, a zatim se određuje **ukupan rezultat** poteškoća. »Djelomično točno« se uvijek boduje sa 1, no bodovanje »Netočno« i »Potpuno točno« , se razlikuje ovisno o čestici, odnosno kako je prikazano u tablici. Za svaku od 5 kategorija rezultat se može kretati od 0 do 10, ako su svih 5 čestica ispunjene. Ukupan rezultat poteškoća dobiva se na način da se zbroje rezultati svih kategorija osim kategorije odnosa prema društvu. Dobiveni rezultat se može kretati od 0-40 (i smatra se nepostojanim ako nema rezultata jedne od kategorija). Normalan rezultat od 0-16 bodova, graničan rezultat od 20-21 bodova i abnormalan rezultat od 25-40 bodova.

Rezultat kategorije se može razmjerno ocijeniti ako su najmanje 3 čestice ispunjene. Rezultati se klasificiraju kao normalni, granični i abnormalni. Abnormalan rezultat u jednoj kategoriji ili ukupnom rezultatu poteškoća može se koristiti za identifikaciju vjerojatnih »slučajeva« s mentalnim tegobama dok se kod učenika s graničnim rezultatom smatra »mogućim slučajevima« s mentalnim poteškoćama.

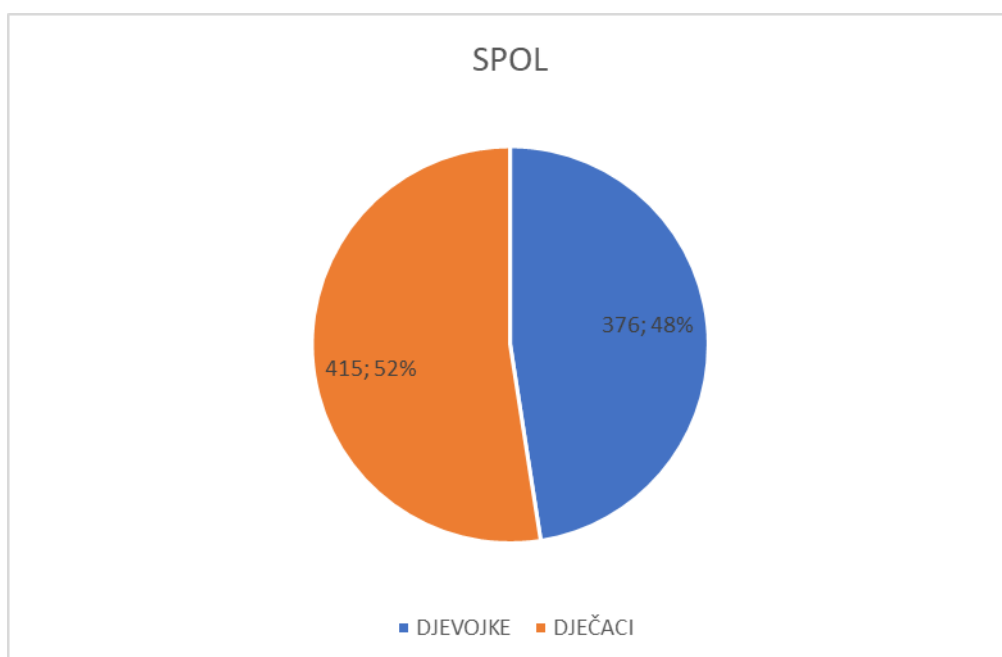
### 3.3 STATISTIČKE METODE

Podatci su obrađeni pomoću programa Statistica. Za obradu statističkih podataka korištena je deskriptivna i inferencijalna statistika. Rezultati su prikazani tekstualno, tablično i slikovno (grafikoni). Da bi prihvatili ili odbacili hipoteze korišten je Hi kvadrat test. Za prikaz značajnosti razlike između grupa korištena je Analiza varijance odnosno F test.

## 4. REZULTATI

### 4.1 Sociodemografski podaci

U istraživanju se od sociodemografskih podataka ispitanika tražio podatak o spolu. Istraživanju je prisustvovalo ukupno 415 (52%) dječaka i 376 (48%) djevojaka koji su odgovorili na pitanja iz svih kategorija.



Grafikon 1. Spol

### 4.2 Učestalost mentalnih poteškoća kod djevojaka i dječaka

Tablica 3. Deskriptivni podatci i prosječne vrijednosti na ljestvicama mentalnih poteškoća kod djevojaka i dječaka

Spol		EMOC. PROBLEMI	PROB. U PONAŠANJU	HIPERAKT.	VRŠNJACI	PROSOC. PONAŠANJA	UKUPNO
Djevojke	Aritmetička sredina	2,1421	1,5271	2,4840	1,7243	8,6528	7,9096
	N	401	406	405	399	409	376
	Std.devijacija	2,00929	1,23248	2,01918	1,67578	1,47919	5,09665
Dječaci	Aritmetička sredina	1,6583	1,9333	2,8182	1,8861	7,7381	8,2289
	N	436	435	440	439	443	415
	Std.devijacija	1,69792	1,50044	2,08883	1,72433	1,85542	4,86366
Ukupno	Aritmetička sredina	1,8901	1,7372	2,6580	1,8091	8,1772	8,0771
	N	837	841	845	838	852	791
	Std.devijacija	1,86823	1,39170	2,06131	1,70229	1,74531	4,97517

U tablici 3. prikazani su rezultati aritmetičkih sredina za poteškoće mentalnog zdravlja kod djevojaka i dječaka. Ukupan prosječan rezultat na upitniku Moje snage i poteškoće je 8,07 iz čega je vidljivo da postoje poteškoće mentalnog zdravlja kod oba spola. Dječaci (8,22) u odnosu na djevojke (7,90) procjenjuju nešto više poteškoća mentalnog zdravlja.

Tablica 4. Razlike između spolova na pojedinim ljestvicama Analiza varijance (ANOVA)

		SS	df	MS	F	Sig.
EMOCIONANI PROBLEMI * Spol	Između grupa	48,910	1	48,910	14,235	,000
	Unutar grupa	2868,978	835	3,436		
	Ukupno	2917,888	836			
PROBLEMI U PONAŠANJU * Spol	Između grupa	34,656	1	34,656	18,261	,000
	Unutar grupa	1592,269	839	1,898		
	Ukupno	1626,925	840			
HIPERAKTIVNOST * Spol	Između grupa	23,558	1	23,558	5,574	,018
	Unutar grupa	3562,600	843	4,226		
	Ukupno	3586,159	844			
VRSNJACI * Spol	Između grupa	5,472	1	5,472	1,890	,170
	Unutar grupa	2419,979	836	2,895		
	Total	2425,451	837			
PROSOCIJANA PONAŠANJA * Spol	Između grupa	177,914	1	177,914	62,637	,000
	Unutar grupa	2414,325	850	2,840		
	Ukupno	2592,238	851			
UKUPNO * Spol	Između grupa	20,117	1	20,117	,813	,368
	Unutar grupa	19534,179	789	24,758		
	Ukupno	19554,296	790			

ANOVA je metoda za usporedbu aritmetičkih sredina nekoliko uzoraka i donošenje zaključka o postojanju (ili nedostatku istih) značajnih razlika između aritmetičkih sredina nekoliko populacija na temelju F-testa. Nulta hipoteza tvrdi da su prosjeci svih populacija jednaki, dok alternativna hipoteza pretpostavlja da nisu. (35)

U tablici 4. prikazani su rezultati prosječne ukupne vrijednosti poteškoća mentalnog zdravlja između pojedinih grupa. Analizom varijance testirano je razlikuju li se prosječni dobiveni rezultati između pojedinih grupa ( spol ) i unutar grupa. Dobivena je statistički značajna razlika u prosječnom ukupnom rezultatu poteškoća mentalnog zdravlja u kategoriji emocionalnih problema, problema u ponašanju, hiperaktivnosti i prosocijalnih odnosa stoga zaključujemo da postoje razlike u intenzitetu izraženih mentalnih poteškoća između djevojaka i dječaka pojedinih kategorija i da se nulta hipoteza može odbaciti. U kategoriji Emocionalni problemi postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p < 0,05$  ( Sig. ,000 ). U kategoriji

Problemi u ponašanju postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p < 0,05$  ( Sig. ,000 ). U kategoriji Hiperaktivnost postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p < 0,05$  ( Sig. ,018 ). U kategoriji Vršnjački odnosi ne postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p > 0,05$  ( Sig. ,170). U kategoriji Prosocijalno ponašanje postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p < 0,05$  ( Sig. ,000 ). U kategoriji Ukupno ne postoji statistički značajna razlika, na razini značajnosti  $p > 0,05$  ( Sig., 368).

Tablica 5. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici emocionalnih problema

			Emocionalni problemi			UKUPNO
			Normalan	Granični	Abnormalni	
Spol	Djevojke	N	373	15	13	401
		POSTOTAK	93,00%	3,70%	3,20%	100,00%
	Dječaci	N	418	9	9	436
		POSTOTAK	95,90%	2,10%	2,10%	100,00%
UKUPNO		N	791	24	22	837
		POSTOTAK	94,50%	2,90%	2,60%	100,00%

U tablici 5. prikazani su rezultati za kategoriju emocionalnih problema kod djevojaka i dječaka čiji su rezultati svrstani u normalne, granične i abnormalne. Ukupno 94,5 % učenika ostvarilo je normalni rezultat, njih 2,9% granični, a 2,6% abnormalni. Za provjeru postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim emocionalnim simptomima korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 3,330$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992 zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5 % jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od granične. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u učestalosti emocionalnih simptoma kroz iskazane tri kategorije na razini značajnosti  $p > 0,05$ .

Tablica 6. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici problema u ponašanju

			Problemi u ponašanju			UKUPNO
			Normalan	Granični	Abnormalni	
Spol	Djevojke	N	374	18	14	406
		POSTOTAK	92,10%	4,40%	3,40%	100,00%
	Dječaci	N	368	40	27	435
		POSTOTAK	84,60%	9,20%	6,20%	100,00%
UKUPNO		N	742	58	41	841
		POSTOTAK	88,20%	6,90%	4,90%	100,00%

U tablici 6. prikazani su rezultati za kategoriju problemi u ponašanju kod djevojaka i dječaka koji su svrstani u normalne, abnormalne i granične. Ukupno 88,2 % učenika ostvarilo je normalni rezultat, njih 6,9% granični, a 4,9% abnormalni. Za provjeru postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim problematičnim ponašanjima korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=11,529$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa veća od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika ( $p<0,0$ ) između djevojaka i dječaka u učestalosti problema u ponašanju na način da otprilike dvostruko više dječaka iskazuje granični i abnormalni rezultat.

Tablica 7. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici hiperaktivnosti

			Hiperaktivnost			UKUPNO
			Normalan	Granični	Abnormalni	
Spol	Djevojke	N	365	24	16	405
		POSTOTAK	90,10%	5,90%	4,00%	100,00%
	Dječaci	N	392	21	27	440
		POSTOTAK	89,10%	4,80%	6,10%	100,00%
UKUPNO		N	757	45	43	845
		POSTOTAK	89,60%	5,30%	5,10%	100,00%

U tablici 7. prikazani su rezultati za kategoriju hiperaktivnosti. Ukupno 89,6 % učenika ostvarilo je normalni rezultat, njih 5,3% granični, a 5,1% abnormalni. Za provjeru postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama mentalnog zdravlja



vezanih uz hiperaktivnost i poremećaje pažnje korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=2,532$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u učestalosti hiperaktivnosti i poremećaja pažnje kroz iskazane tri kategorije na razini značajnosti  $p>0,05$ .

Tablica 8. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici problema s vršnjacima

		Problemi s vršnjacima			UKUPNO	
		Normalan	Granični	Abnormalni		
Spol	Djevojke	N	339	49	11	399
		POSTOTAK	85,00%	12,30%	2,80%	100,00%
	Dječaci	N	365	56	18	440
		POSTOTAK	83,10%	12,80%	4,10%	100,00%
UKUPNO		N	704	105	29	838
		POSTOTAK	84,00%	12,50%	3,50%	100,00%

U tablici 8. prikazani su rezultati kategorije problemi s vršnjacima kod djevojaka i dječaka svrstani u normalne, granične i abnormalne. Ukupno 84,0 % učenika ostvarilo je normalni rezultat, njih 12,5% granični, a 3,5% abnormalni. Za provjeru, postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u vršnjačkim odnosima korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=1,210$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u učestalosti poteškoća u vršnjačkim odnosima kroz iskazane tri kategorije na razini značajnosti  $p>0,05$ .

Tablica 9. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici prosocijalni odnosi

			Prosocijalni odnosi			UKUPNO
			Normalan	Granični	Abnormalni	
Spol	Djevojke	N	395	7	7	409
		POSTOTAK	96,60%	1,70%	1,70%	100,00%
	Dječaci	N	386	34	23	443
		POSTOTAK	87,10%	7,70%	5,20%	100,00%
UKUPNO		N	781	41	30	852
		POSTOTAK	91,70%	4,80%	3,50%	100,00%

U tablici 9. prikazani su rezultati kategorije prosocijalni odnosi kod djevojaka i dječaka svrstani u normalne, granične i abnormalne. Ukupno 91,7 % učenika ostvarilo je normalni rezultat, njih 4,8% granični, a 3,5% abnormalni. Za provjeru postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim prosocijalnim odnosima korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=25,101$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa veća od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika ( $p<0,05$ ) između djevojaka i dječaka u učestalosti problema prosocijalnih odnosa na način da 7,7% dječaka nasuprot 1,7 % djevojaka ostvaruje granični rezultat, dok 5,2% dječaka te 1,7% djevojaka ostvaruje abnormalni rezultat.

Tablica 10. Ukupan rezultat na ljestvici mentalnih poteškoća

			UKUPNO			UKUPNO
			Normalan	Granični	Abnormalni	
Spol	Djevojke	N	345	18	13	376
		POSTOTAK	91,80%	4,80%	3,50%	100,00%
	Dječaci	N	379	26	10	415
		POSTOTAK	91,30%	6,30%	2,40%	100,00%
UKUPNO		N	724	44	23	791
		POSTOTAK	91,50%	5,60%	2,90%	100,00%

U tablici 10. prikazani su rezultati svih kategorija ukupno kod djevojaka i dječaka svrstani u normalne, granične i abnormalne. Postoji li značajna razlika između dječaka i djevojaka u ukupnim rezultatima svih kategorija provjerili smo hi kvadrat testom. Vrijednost  $\chi^2=1,523$ .

Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama mentalnog zdravlja na ukupnom rezultatu SDQ upitnika, na razini značajnosti  $p>0,05$ .

#### 4.3 Testiranje hipoteza

**Testiranje hipoteze H0:** Ispitati učestalost poteškoća mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji.

Raširenost poteškoća mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji vidljiva je iz rezultata u tablicama 5-10. Emocionalne poteškoće iskazuje nešto više od 5% učenika, malo više od 11 % učenika iskazuje probleme u ponašanju, nešto više od 10% učenika iskazuje probleme s hiperaktivnosti i poremećaja pažnje, 16 % učenika iskazuje probleme s vršnjacima, malo više od 8 % učenika iskazuje probleme u prosocijalnim odnosima. 8,5 % učenika iskazuje učestalost poteškoća mentalnog zdravlja u ukupnom rezultatu.

**Testiranje hipoteze H1:** Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim emocionalnim simptomima

Da bi utvrdili da li postoje značajne razlike u učestalosti emocionalnih simptoma između djevojaka i dječaka korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 3,330$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992 zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5 % jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od granične. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti emocionalnih simptoma između djevojaka i dječaka u iskazanim, na razini značajnosti  $p>0,05$ . Nadalje, da bi prihvatili ili odbacili navedenu hipotezu koristimo i F test koji donosi zaključak o (ne)postojanju značajnih razlika između sredina više populacija. S obzirom da je prosječni rezultat na ovoj ljestvici statistički značajno veći kod djevojaka ( $M=2,1421$ ) nego kod dječaka ( $M=1,6583$ ) ( $F(1,835) = 14,235$ ,  $p < .000$ ) - znači da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim emocionalnim simptomima.

Iz tog razloga - Hipoteza H1 se djelomično prihvaća.

**Testiranje hipoteze H2:** Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim problematičnim ponašanjima

Da bi utvrdili da postoje značajne razlike u učestalosti problema u ponašanju između djevojaka i dječaka korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=11,529$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa veća od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u učestalosti iskazanih problematičnih ponašanja, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Nadalje, da bi potvrdili ili odbacili navedenu hipotezu koristimo F test. Prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički veći kod dječaka ( $M= 1,9333$ ) nego kod djevojaka ( $M=1,5271$ ) ( $F(1,839)=18,261, p<.000$ ) - što znači da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u razini iskazanih problema u ponašanju.

Iz tog razloga - Hipoteza H2 se prihvaća.

**Testiranje Hipoteze H3** = Postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama mentalnog zdravlja vezanih uz hiperaktivnost i poremećaje pažnje.

Da bi utvrdili postoje li značajne razlike između djevojaka i dječaka u učestalosti iskazanih poteškoća mentalnog zdravlja vezanih uz hiperaktivnost i poremećaje pažnje korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=2,532$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti poteškoća mentalnog zdravlja vezanih uz hiperaktivnost i poremećaje pažnje, na razini značajnosti  $p>0,05$  između djevojaka i dječaka. Nadalje, da bi potvrdili ili odbacili navedenu hipotezu koristimo F test. Prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod dječaka ( $M=2,8182$ ) nego kod djevojaka ( $M=2,4840$ ) ( $F(1,843)=5,574, p<.018$ ) - što znači da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u prosječnoj razini iskazanih poteškoća hiperaktivnosti i poremećaja pažnje.

Iz tog razloga - Hipoteza H3 se djelomično prihvaća.

**Testiranje hipoteze H4** = Ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u vršnjačkim odnosima

Da bi utvrdili da ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u učestalosti iskazanih poteškoća u vršnjačkim odnosima korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=1,210$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa manja od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u vršnjačkim odnosima, na razini značajnosti  $p>0,05$ . Nadalje, da bi prihvatili ili odbacili navedenu hipotezu koristimo F test. Prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod dječaka ( $M=1,8861$ ) nego kod djevojaka ( $M=1,7243$ ) ( $F(1,836)=1,890$ ,  $p > .170$ )- što znači da ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim poteškoćama u vršnjačkim odnosima.

Iz tog razloga - Hipoteza H4 se prihvaća.

**Testiranje hipoteze H5** = Ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u iskazanim prosocijalnim odnosima

Da bi utvrdili da ne postoje značajne razlike između djevojaka i dječaka u učestalosti iskazanih prosocijalnih odnosa korišten je hi kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=25,101$ . Kako granična vrijednost za  $df=2$ , dva stupnja slobode, iznosi 5,992, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na razini značajnosti od 5% jer je empirijska vrijednost hi kvadrat testa veća od tablične vrijednosti. Prema navedenom možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u iskazanim prosocijalnim odnosima, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Nadalje, da bi prihvatili ili odbacili navedenu hipotezu koristimo F test. Prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod djevojaka ( $M=8,6528$ ) nego kod dječaka ( $M=7,7381$ ) ( $F(1,850)=62,637$ ,  $p<.000$ )- što znači da postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u prosječnom rezultatu poteškoća u prosocijalnim odnosima.

Iz tog razloga - Hipoteza H5 se odbacuje.

## 5. RASPRAVA

Cilj ovog rada je prikazati rezultate provedbe skrininga mentalnog zdravlja kod učenika 7 -ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji iz 2014. godine te ispitati učestalost poteškoća mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji. Analizom sociodemografskih podataka dobiveni su podatci o spolu, te su u istraživanju prisustvovali i dječaci i djevojke što nam je bilo važno kako bi utvrdili učestalost poteškoća mentalnog zdravlja kod oba spola. U istraživanju je prisustvovalo ukupno 376 dječaka (48%) i 415 djevojaka ( 52% ).

Raširenost poteškoća mentalnog zdravlja kod učenika 7-ih razreda osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji vidljiva je iz rezultata u tablicama 5-10. Emocionalne poteškoće iskazuje nešto više od 5% učenika, malo više od 11 % učenika iskazuje probleme u ponašanju, nešto više od 10% učenika iskazuje probleme s hiperaktivnosti i poremećajima pažnje, 16 % učenika iskazuje probleme s vršnjacima, malo više od 8 % učenika iskazuje probleme u prosocijalnim odnosima. U ukupnom rezultatu na ljestvici mentalnih poteškoća, granične i abnormalne rezultate iskazuje 8,5 % učenika što je blizu podacima Svjetske zdravstvene organizacije da 10-20 % djece ima mentalni poremećaj, a 50% psihičkih bolesti počinje u djetinjstvu i nastavlja se kroz pubertet. Navedeno možemo usporediti i s rezultatima Istraživanja u sklopu pilot projekta »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba« koje je pokazalo da emocionalni poremećaji pogađaju 7,7% dvanaestogodišnjaka, poremećaji ponašanja njih 5,1 %, a hiperaktivnost i poremećaje pažnje ima 6,4 % dvanaestogodišnjaka.

U kategoriji emocionalnih problema djevojke imaju 3,7 % graničnih rezultata i 3,2 % abnormalnih rezultata što je ukupno 6,9 % dok dječaci imaju 2,1 % graničnih i 2,1 % abnormalnih što je ukupno 4,2 %. Iz ovoga proizlazi da djevojčice pokazuju nešto veću razinu emocionalnih poteškoća od dječaka, ali hi kvadrat test pokazuje da ova razlika nije statistički značajna. S druge strane prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod djevojaka ( $M=2,1421$ ) nego kod dječaka ( $M=1,6583$ ) ( $F(1,835) = 14,235, p < .000$ ). Iz toga zaključujemo kako djevojke u prosjeku iskazuju ukupno nešto višu razinu emocionalnih simptoma, ali nedovoljno da bi značajno više bilo graničnih ili abnormalnih rezultata, prema predloženim graničnim vrijednostima za svaku kategoriju. Navedeno možemo usporediti s rezultatima Istraživanja u sklopu pilot projekta »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim

školama Grada Zagreba« koje je pokazalo da su djevojčice u 6. razredu prema vlastitim procjenama upitnika SDQ, imale znatno više emocionalnih problema od dječaka i imale su veću vjerojatnost da će se uključiti u dobronamjerno i korisno ponašanje od dječaka. (8) Emocionalni problemi spadaju u internalizirane poremećaje. Previše kontrolirana ponašanja spadaju u internalizirane probleme u ponašanju. Budući da dijete sve svoje brige i probleme zadržava za sebe i često se povlači iz društva, teže ih je primijetiti. Strahovi, napetost, sramežljivost, osjećaji mržnje, inferiornosti, melankolija, povlačenje i depresija simptomi su ovog stanja. Djevojke su sklonije pretjerano kontroliranom ponašanju. (31) Ovo prije svega proizlazi iz toga da su djevojke osjetljivije i ranjivije u odnosu na dječake, a pogotovo u periodu puberteta i adolescencije.

U kategoriji problema u ponašanju djevojke imaju 4,4 % graničnih rezultata i 3,4 % abnormalnih rezultata što je ukupno 7,8%, dok dječaci imaju 9,2 % graničnih i 6,2% abnormalnih rezultata što je ukupno 15,4%. Iz ovoga proizlazi da dječaci češće pokazuju veću razinu problema u ponašanju u odnosu na djevojke, a i hi kvadrat test pokazuje statistički značajnu razliku. Jednako tako i prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod dječaka ( $M= 1,9333$ ) nego kod djevojaka ( $M=1,5271$ ) ( $F(1,839) = 18,261, p < .000$ ). Navedeno također možemo usporediti s podacima iz istraživanja »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba« koje je pokazalo da je razina problema ponašanja bila značajno više izražena u dječaka. Eksternalizirani problemi su najčešće poteškoće mentalnog zdravlja djece od najranije dobi do adolescencije i najčešći su razlog traženja stručne skrbi. Rezultate ove studije o poteškoćama u ponašanju kod dvanaestogodišnjaka potvrđuju prethodna istraživanja, odnosno postojanje eksternaliziranih poremećaja kod dječaka. Poremećaji u ponašanju pogađaju 5% do 14% mladih osoba, a prema različitim istraživanjima dječaci imaju 3 do 4 puta veću učestalost od djevojaka. Loše ponašanje, poput pobune, bježanja, krađe, agresivnosti i destruktivnosti, primjeri su eksternaliziranog ponašanja. Dječaci pokazuju veću impulzivnost, borbenost i druge nekontrolirane karakteristike od djevojčica u različitim kulturama. U ovoj je dobi otvorena agresivnost kod djevojčica neuobičajena, a problemi u ponašanju, poput otpora i protivljenja, ozbiljne su vrste disregulacije i oslabljenog funkcioniranja. (8)

U kategoriji hiperaktivnosti djevojke imaju 5,9% graničnih i 4,0% abnormalnih rezultata što je ukupno 9,9% dok dječaci imaju 4,8% graničnih i 6,1% abnormalnih rezultata što je ukupno 10,9 %. Iz ovoga proizlazi da dječaci u odnosu na djevojke češće pokazuju nešto

veću razinu problema s hiperaktivnosti i poremećajem pažnje, ali hi kvadrat test pokazuje da ova razlika nije statistički značajna. S druge strane prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod dječaka ( $M=2,8182$ ) nego kod djevojaka ( $M=2,4840$ ) ( $F(1,843)=5,574, p < .018$ ). Iz toga zaključujemo kako dječaci u prosjeku iskazuju ukupno nešto višu razinu problema s hiperaktivnosti i poremećaja pažnje, ali nedovoljno da bi značajno više bilo graničnih ili abnormalnih rezultata, prema predloženim graničnim vrijednostima za svaku kategoriju. Navedeno je samo djelomično u skladu s podacima iz istraživanja »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba«. Dječaci imaju četiri do pet puta veću vjerojatnost od djevojaka za poremećaj hiperaktivnosti. Radi se o omjeru 2: 1. Međutim, kako vrijeme prolazi, taj se omjer smanjuje i gotovo izjednačava. Neki autori smatraju da je ovaj zaključak povezan s činjenicom da dečki češće otkrivaju probleme nego djevojčice budući da su dječaci skloniji nasilju. Dječaci su skloniji hiperaktivnosti više od djevojaka koje češće imaju problema s poremećajem pažnje. (30)

U kategoriji problemi s vršnjacima djevojke imaju 12,3 % graničnih i 2,8% abnormalnih rezultata što je ukupno 15,1% dok dječaci imaju 12,8% graničnih i 4,1% abnormalnih rezultata što je ukupno 16.9%. Iz ovoga proizlazi da dječaci u odnosu na djevojke pokazuju nešto veću razinu problema u vršnjačkim odnosima, ali hi kvadrat test pokazuje da ova razlika nije statistički značajna. S druge strane prosječni rezultat na ovoj ljestvici je statistički značajno veći kod dječaka ( $M=1,8861$ ) nego kod djevojaka ( $M=1,7243$ ) ( $F(1,836)=1,890, p > .170$ ). Iz toga zaključujemo kako dječaci u prosjeku iskazuju ukupno nešto višu razinu problema s vršnjacima, ali nedovoljno da bi značajno više bilo graničnih ili abnormalnih rezultata, prema predloženim graničnim vrijednostima za svaku kategoriju. Ovo također odgovara podacima iz istraživanja »Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba«. Dijete zadovoljava svoju potrebu za intimnošću, gradi sliku o sebi, uči društvene vještine i uči pomagati, dijeliti i surađivati u skupini vršnjaka. Vršnjaci, osim roditelja i nastavnika, imaju bitnu ulogu u rastu i prilagodbi djeteta. (32) Odnosi s vršnjacima vrlo su utjecajni u adolescenciji. Djeca i mladi skloni su tražiti podršku najprije od svojih vršnjaka vjerujući da ih oni najbolje razumiju. Bliske veze mogu pozitivno utjecati na samopouzdanje i dobrobit mladih kao što izostanak istih ili neadekvatne veze mogu doprinijeti osjećaju usamljenosti i depresije. Snažna privrženost i prijateljski odnosi s vršnjacima mogu



poboljšati dobrobit mlade osobe, dok problemi u odnosima s vršnjacima, poput nasilja, mogu imati značajne psihološke, fizičke, akademske i socijalne posljedice. (18)

U kategoriji prosocijalnih odnosa djevojke imaju 1,7% graničnih i 1,7 % abnormalnih rezultata što je ukupno 3,4% dok dječaci imaju 7,7 % graničnih i 5,2% abnormalnih rezultata što je ukupno 12,9%. Iz ovoga proizlazi da dječaci pokazuju veću razinu problema u prosocijalnim odnosima u odnosu na djevojke, a i hi kvadrat test pokazuje statistički značajnu razliku. S tim je u skladu i prosječni rezultat na ovoj ljestvici koji je statistički značajno veći kod djevojaka ( $M=8,6528$ ) nego kod dječaka ( $M=7,7381$ ) ( $F 1,850=62,637, p < .000$ ). Moralno ponašanje obuhvaća prosocijalno ponašanje. Kad netko djeluje prosocijalno ili altruistički, djeluje na način koji je društveno koristan. Dijeljenje, suradnja, pomaganje, tješjenje i briga za druge primjeri su takvog ponašanja. (33) Navedeno također možemo usporediti s Istraživanjem »Prosocijalno i agresivno ponašanje te socijalne vještine djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi i djece iz cjelovitih obitelji« gdje su također dobiveni rezultati da djevojčice pokazuju veće prosocijalno ponašanje u odnosu na dječake. (34)

U kategoriji ukupno djevojke imaju 4,8 % graničnih i 3,5 % abnormalnih rezultata što je ukupno 8,3% dok dječaci imaju 6,3 % graničnih i 2,4% abnormalnih rezultata što je ukupno 8,7% što ukazuje na nešto veću razinu poteškoća mentalnog zdravlja kod dječaka, ali hi kvadrat test pokazuje da nema statistički značajne razlike između ove dvije skupine. Također i prosječni rezultat na ovoj ljestvici nije statistički značajno veći kod dječaka ( $M=8,2289$ ) nego kod djevojaka ( $M=7,9096$ ) ( $F 1,789 = ,813, p > .368$ ). Iz toga zaključujemo kako nema značajnih razlika u ukupnom rezultatu između djevojaka i dječaka.

Iz testa Analize varijance vidljiva je statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka za kategoriju emocionalni problemi, problemi u ponašanju, hiperaktivnost i prosocijalni odnosi. Međutim na hi kvadrat testu, razlike između spolnih skupina dosegnule su statistički značajnu razliku za djecu s graničnim i abnormalnim rezultatima samo za kategoriju problema u ponašanju i prosocijalni odnosi. Iz toga zaključujemo kako je učestalost problema u ponašanju i problema u prosocijalnim odnosima značajno viša kod dječaka

Navedeni rezultati pokazuju nam koliko je važno započeti sa što ranijim probirima mentalnog zdravlja u doba djetinjstva i adolescencije kako bi se na vrijeme otkrila djeca s poteškoćama i kako bi im bila pružena pravovremena i stručna pomoć. Rezultati ovog istraživanja poklapaju se s podacima ostalih istraživanja koja pokazuju učestalost mentalnih poteškoća kod djece do 18 godine.

Kao nedostatak ovog istraživanja navela bi taj što je upitnik bio namijenjen samo učenicima 7-ih razreda osnovnih škola, a kao što sam ranije navela primjenjen je za djecu dobi od 11-16 godina. Nedostatak ovog upitnika je i taj što svi učenici nisu odgovorili na pitanja iz svih kategorija da li zbog neznanja, straha, osude ili stigme da će to netko vidjeti i krivo ih procijeniti pa je uzorak ispitanika puno manji od očekivanog. Ovi podatci se mogu koristiti za daljnja istraživanja, a isto tako bilo bi dobro napraviti ovaj probir i kod učenika 1-ih razreda srednjih škola te dodati pitanja vezana za sociodemografske podatke, savjetovalište, terapiju kako bi mogli napraviti usporedbu tih dviju skupina djece odnosno da li su učenici koji su u 7-om razredu imali granične i abnormalne rezultate u prvom razredu srednje škole pokazivali manje poteškoća i dobili odgovarajuću stručnu pomoć.

Mentalno zdravlje djece izuzetno je važno i iako većina djece i mladih provodi svoje djetinjstvo bezbrižno i radosno, postoji i ona druga polovica djece koja već od ranog djetinjstva trpi brojne poteškoće. Djeca i mladi zaslužuju imati ispunjen i sretan život, provoditi vrijeme u krugu svoje obitelji i prijatelja, razvijati pozitivne životne vještine i dobro mentalno zdravlje, a ne mentalne poremećaje. Mentalno zdravlje i dobrobit djece i adolescenata i način na koji ih čuvamo od adolescencije do odrasle dobi utjecat će na prosperitet kao i društvenu i ekonomsku stabilnost europskih zemalja u nadolazećim desetljećima. Ulaganje i promicanje mentalnog zdravlja mladih ulaganje je u sadašnjost i budućnost.(21)

## 6. ZAKLJUČAK

Došavši do kraja istraživanja došla sam i do brojnih zaključaka o mentalnom zdravlju djece. Možemo zaključiti da je očuvanje mentalnog zdravlja djece od izuzetne važnosti kako bi se razvijale i buduće, zdrave generacije. Kako bi se očuvalo i zaštitilo mentalno zdravlje važno je što ranije detektiranje poteškoća i rana intervencija. Važan je holistički pristup djetetu odnosno gledati ga na razini obitelji, društva, zajednice. Prema rezultatima istraživanja dobili smo sljedeće zaključke: postoje poteškoće mentalnog zdravlja kod učenika osnovnih škola i to na razini oko 5,5% -16% ovisno o promatranoj kategoriji poteškoća, što je blizu podacima SZO da 10-20 % djece ima neki mentalni poremećaj.

Mentalno zdravlje djece i mladih važno je kao i tjelesno jer utječe na mnogobrojne aspekte njihovog života. Doba adolescencije obilježeno je mnogim izazovima, ali i pritiskom pred kojim se mladi često ne snalaze. Emocionalne poteškoće poput anksioznosti, stresa, poremećaja raspoloženja pridonose niskom samopouzdanju i većem riziku od konzumiranja cigareta, droge i alkohola te raznim drugim ovisnostima kao što su ovisnost o internetu i kocki. Važno je raditi na programima promocije, prevencije i edukacije mentalnog zdravlja te kod djece i mladih razvijati pozitivne životne vještine, pozitivne misli, kako da kvalitetno provode svoje slobodno vrijeme, naučiti ih kako se zauzeti za sebe i kako se oduprijeti pritisku vršnjaka. Poticati djecu i mlade na volontiranje i pomaganje potrebitima, educirati ih o centrima za savjetovalište u koje mogu doći nenajavljeno i bez uputnice, uključiti ih u različite hobije, sport, ples, likovne i kreativne radionice koje bi trebale biti besplatne kao i sportske aktivnosti kako bi svakom djetetu i mladoj osobi bila pružena potpuno jednaka mogućnost.

Hvalevrijedan projekt Trening životnih vještina koji se organizira u školama trebalo bi implementirati u sve škole u cijeloj Republici Hrvatskoj, a i dalje te ih provoditi i kroz srednju školu. Kroz zdravstveni odgoj koji se provodi u školama uz suradnju ne samo nastavnika nego i zdravstvenih djelatnika treba mladima dati odgovarajuće znanje o mentalnom zdravlju, naučiti ih raditi na sebi, da budu zadovoljni sa sobom, da se znaju izboriti za sebe, suočiti se s brojnim preprekama koje život stavlja pred njih, da imaju pravedne i jednake uvjete u obrazovanju, radnom mjestu i da imaju pravo na slobodu. Djeca i mladi, a i cjelokupna populacija još uvijek imaju predrasude prema oboljelima od psihičkih bolesti. Djeca provode najviše vremena u školi sa svojim vršnjacima te lako padaju pod utjecaj jedni drugih, a u današnje vrijeme imaju priliku vidjeti i čuti puno toga, a da ne znaju razlučiti što je istina, a što nije. Kroz školske programe prevencije i promocije mentalnog zdravlja možemo educirati sve mlade o poremećajima

mentalnog zdravlja, naučiti ih da psihički problemi nisu sramota i da se mogu desiti svakome te tako provoditi programe destigmatizacije. U školi bi trebalo zaposliti više stručnjaka za mentalno zdravlje kako bi djeci i mladima mogli pružiti potrebnu podršku i pomoć onda kada im je najpotrebnija. Uloga zdravstvenog sektora je pružiti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu djeci i mladima, pružiti im savjetovani rad, osigurati odgovarajući tretman i liječenje. Prije svega treba provoditi javnozdravstvene akcije koje moraju biti usmjerene na cjelokupnu populaciju koju treba educirati o mentalnom zdravlju i rizicima mentalnog zdravlja kako bi odrasli mogli raditi na svom mentalnom zdravlju te kako bi dobro mentalno zdravlje mogli prenijeti na buduće generacije.

## 7. SAŽETAK

Komponente mentalnog zdravlja su emocionalno blagostanje (osjećaji), mentalno blagostanje (pozitivno funkcioniranje), društveno blagostanje (odnosi s drugima i s društvom), fizičko blagostanje (fizičko zdravlje) i duhovno blagostanje (smisao života). Poremećaji mentalnog zdravlja djece i adolescenata veliki su javnozdravstveni problem u svijetu, a i u Hrvatskoj. Imaju relativno visoku prevalenciju, početak u djetinjstvu i mlađoj odrasloj dobi, mogući kronični tijek, štete kvaliteti života pacijenata i njihovih obitelji te čine veliki dio zdravstvene potrošnje. Cilj ovog rada bio je je prikazati rezultate provedbe skrininga mentalnog zdravlja kod učenika 7 -ih razreda osnovnih škola u Pgž iz 2014. godine. U ispitivanju je korišten Upitnik snaga i poteškoća djeteta (The Strengthsand Difficulties Questionnaire - SDQ). Ispitanici su bili učenici 7-ih razreda osnovnih škola Primorsko-goranske županije - dječaci i djevojke u dobi od 12-14 god. Istraživanju je prisustvovalo ukupno 415 (52%) dječaka i 376 (48%) djevojaka koji su odgovorili na pitanja iz svih kategorija. Ukupan prosječan rezultat na upitniku Moje snage i poteškoće je 8,07 iz čega je vidljivo da postoje poteškoće mentalnog zdravlja kod oba spola. Postoje statistički značajne razlike između djevojaka i dječaka u prosječnom rezultatu iskazanih simptoma vezano za emocionalne poteškoće, problematična ponašanja, hiperaktivnost i prosocijalne odnose, ne postoji statistički značajna razlika između djevojaka i dječaka u poteškoćama mentalnog zdravlja vezano za vršnjačke odnose. Dječaci pokazuju nešto više prosječne rezultate u problemima ponašanja, hiperaktivnosti i prosocijalnim odnosima dok djevojke pokazuju više poteškoća u iskazanim emocionalnim simptomima. Međutim, kada je riječ o zastupljenosti graničnih i abnormalnih rezultata na promatranim ljestvicama, dječaci češće pokazuju samo probleme ponašanja i probleme s prosocijalnim odnosima dok u drugim područjima nema značajne razlike. Očuvanje mentalnog zdravlja djece od izuzetne je važnosti kako bi se razvijale i buduće, zdrave generacije. Kako bi se očuvalo i zaštitilo mentalno zdravlje važno je što ranije detektiranje poteškoća i rana intervencija.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, poremećaji mentalnog zdravlja, upitnik snaga i poteškoća, djeca, probir, intervencija

## **8. ABSTRACT**

Emotional well-being (feelings), mental well-being (positive functioning), social well-being (relationships with others and with society), physical well-being (physical health) and spiritual well-being are all components of mental health. Mental health disorders in children and adolescents are a major public health problem in the world and in Croatia. They have a relatively high prevalence, onset in childhood and young adulthood, a possible chronic course, damage to the quality of life of patients and their families, and account for a large share of health spending. The aim of this paper was to present the results of the implementation of mental health screening in students of 7th grade of primary schools in the Primorsko-goranska County from 2014. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) was used in the study. The respondents were students of 7th grade of primary schools in the Primorsko-goranska County - boys and girls aged 12-14 years. The study was attended by a total of 415 (52%) boys and 376 (48%) girls who answered all questions from all categories. The total average score on the My Strengths and Difficulties questionnaire is 8.07, which shows that there are mental health problems in both sexes. A statistically significant difference was found on average scores between girls and boys in the category of emotional problems, behavioural problems, hyperactivity and attention disorders, and prosocial relationships. Boys show more difficulty in behavioural problems, hyperactivity and attention deficit disorder and prosocial relationships than girls. Girls show more difficulty in expressing emotional symptoms. However, incidence of borderline and abnormal scores on the observed scales, is higher for boys only on behavioural problems and problems with prosocial relationships while in other areas there is no significant difference. Preserving the mental health of children is extremely important in order for future, healthy generations to develop as well. In order to preserve and protect mental health, it is important to detect difficulties and early intervention as early as possible.

Key words: mental health, mental health disorders, children, screening, intervention

## 9. LITERATURA

1. <https://zgpd.hr/2018/10/09/mentalno-zdravlje/>
2. [http://os-podmurvice-ri.skole.hr/rijec\\_psihologice/mentalno\\_zdravlje\\_djece\\_i\\_mladih](http://os-podmurvice-ri.skole.hr/rijec_psihologice/mentalno_zdravlje_djece_i_mladih)
3. Gregurek R., Psihološka medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
4. <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/59/mentalno-zdravlje.htm>
5. [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental\\_bilten\\_2011.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_bilten_2011.pdf)
6. <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
7. Vulić-Prtorić A., Lončarević I., Izvorni znanstveni članak, 2015., Školski uspjeh i mentalno zdravlje: Od relacija do intervencije
8. Boričević Maršanić V., Zečević I., Paradžik Lj., Karapetrić Bolfan Lj., Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/ poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama grada Zagreba-rezultati probnog projekta „Skrining Pilot projekt u vrtićima I školama grada Zg.pdf
9. [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=357314](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=357314)
10. <https://www.unizd.hr/Portals/12/Nastavnici/Anita%20Vulic-Prtoric/Znanstveni%20radovi/95.%20Razvojna%20psihopatologija.pdf?ver=2013-06-29-175213-597>
11. [https://www.ufri.uniri.hr/files/nastava/nastavni\\_materijali/061014\\_NastavniMaterijalRazvojnaPsihopatologija\\_SanjaTatalovicVorkapic.PDF](https://www.ufri.uniri.hr/files/nastava/nastavni_materijali/061014_NastavniMaterijalRazvojnaPsihopatologija_SanjaTatalovicVorkapic.PDF)
12. Vulić- Prtorić A. Suvremena psihologija 5 (2002), 1, 31-51 Izvorni znanstveni članak – UDK 159.922.2
13. Edukativni material\_Briga za mentalno zdravlje, Nastavno-klinički centar Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, travanj 2021.
14. <https://she.hr/6-tipova-disfunkcionalnih-majki-koje-vam-mogu-upropastiti-zivot/>
15. Guidelines for mental health promotion, Well- being in primary schools
16. [https://hr2.wiki/wiki/Screening\\_\(medicine\)](https://hr2.wiki/wiki/Screening_(medicine))

17. Časopis RIZIK 11, prosinac 2010., Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije,(Iz)graditi zdravlje (3,4)
18. Bezinović P., Roviš D., Malatestinić Đ., Selestrin Z., Mataija Redžović A., Rizična ponašanja i mentalno zdravlje srednjoškolaca u Primorsko-goranskoj županiji
19. <https://www.sdqinfo.org/a0.html>
20. SDQ\_Croatian\_scoring.pdf
21. World Health Organization (2004). Promoting mental health: Concepts,emerging evidence, practice: Summaryreport.[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
22. <https://javno-zdravlje.hr/zastita-mentalnog-zdravlja/>
23. Antolić, B. i Novak, M. (2016). Promocija mentalnog zdravlja: temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. Psihologijske teme,25 (2), str. 317-339. URL: <https://hrcak.srce.hr/161868>
24. Varaždinski učitelj-digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje, godina 4/broj 6/ 2021. Bolčević Novak V., Dvekar-Bešenić G., Mentalno zdravlje učenika, Stručni rad
25. Vulić-Prtorić, A. (2007). Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko:Naklada Slap.
26. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future By: Eija Stengard and Kaija Appelqvist-Schmidlechner
27. Adolescent mental health in the European Region, WHO Regional Office for Europe: Factsheet for World Mental Health Day 2018
28. Udovicich Corelli D, Božić B. Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih u Primorsko-goranskoj županiji - prikaz rada savjetovališta za mlade. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2012;8:60-4
29. Bačić A, Jurjević A, Klepac-Erštić S. Screening mentalnog zdravlja učenika sedmih razreda osnovnih škola na zadarskom području 2014./2015.i 2015./2016. Hrvatski časopis za javno zdravstvo.2016;12:60-3
30. Žižak, A., Koller-Trbović, N., Jeđud, I. (2004.). Poremećaji u ponašanju djece i mladih: perspektiva stručnjaka i perspektiva djece i mladih. U: Bašić, J., KollerTrbović, N. i



- Uzelac, S. (ur.): Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 119-139.
31. Lebedina Manzoni, M. (2007.). Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap
  32. Klarin, M. (2006). Razvoj djece u socijalnom kontekstu: roditelji, vršnjaci, učitelji – kontekst razvoja djeteta. Jastrebarsko: Naklada Slap.
  33. <https://centarproventus.hr/prosocijalno-ponasanje/>
  34. <https://www.bib.irb.hr/647065>
  35. Amerić J., Protrka K., Modeli Analize varijance (ANOVA)
  36. [zjzpgz.hr/index.php?show=odsjek&odjel=prevovis&subPage=trening\\_zivotnih\\_vjestina](http://zjzpgz.hr/index.php?show=odsjek&odjel=prevovis&subPage=trening_zivotnih_vjestina)
  37. <https://www.czm.hr/zastita-mentalnog-zdravlja>
  38. <https://hrcak.srce.hr/161868> Promocija mentalnog zdravlja -Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe
  39. <http://www.porec.hr/prva.aspx?stranica=30623&j=CRO>

## **10. PRILOZI**

Prilog A: Popis ilustracije

### ***Tablice***

Tablica 1. Rizični faktori za razvoj problema mentalnog zdravlja.....	6
Tablica 2. Zaštitni faktori koji pogoduju dobrom mentalnom zdravlju.....	7
Tablica 3. Deskriptivni podatci i prosječne vrijednosti na ljestvicama mentalnih poteškoća kod djevojaka i dječaka.....	17
Tablica 4. Razlike između spolova na pojedinim ljestvicama Analiza varijance (ANOVA)....	18
Tablica 5. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici emocionalnih problema.....	19
Tablica 6. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici problema u ponašanju.....	20
Tablica 7. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici hiperaktivnosti i poremećaja pažnje....	20
Tablica 8. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici problema s vršnjacima.....	21
Tablica 9. Učestalost mentalnih poteškoća na ljestvici prosocijalni odnosi.....	22
Tablica 10. Ukupan rezultat na ljestvici mentalnih poteškoća.....	22

### ***Grafikoni***

Grafikon 1. Spol.....	17
Prilog B- Upitnik snaga i poteškoća SDQ.....	39

### Bodovanje SDQ-a popunjenog od strane mlade osobe

25 točaka u SDQ-u obuhvaća 5 kategorija koje se svaka sastoje od 5 točaka. Obično je najlakše prvo bodovati svih 5 kategorija, a zatim odrediti ukupan rezultat poteškoća. "Djelomično točno" se uvijek boduje sa 1, no bodovanje "Netočno" i "Potpuno točno", se razlikuje ovisno o točki, odnosno kako je prikazano tablicom. Za svaku od 5 kategorija rezultat se može kretati od 0 do 10, ako su svih 5 točaka ispunjene. Rezultat kategorije se može razmjerno ocijeniti ako su najmanje 3 točke ispunjene.

#### Kategorija emocionalnih simptoma

	Netočno	Djelomično točno	Potpuno točno
Često imam glavobolje, bolove u trbuhu ili mučninu	0	1	2
Imam puno briga	0	1	2
Često sam nesretan, potišten ili plačljiv	0	1	2
Nervozan sam u novim situacijama	0	1	2
Imam puno strahova, lako se uplašim	0	1	2

#### Kategorija problema u ponašanju

Često se razljutim i gubim kontrolu	0	1	2
Obično radim ono što mi se kaže	2	1	0
Često se tučem	0	1	2
Često me optužuju da lažem ili varam	0	1	2
Uzimam stvari koje nisu moje iz škole, kuće ili od drugdje	0	1	2

#### Kategorija hiperaktivnosti

Nemiran sam, ne mogu dugo ostati miran	0	1	2
Stalno sam nemiran i vrpoljim se	0	1	2
Lako izgubim pažnju, teško se koncentriram	0	1	2
Razmislim prije nego nešto učinim	2	1	0
Ono što započnem završim do kraja	2	1	0

#### Kategorija problema u odnosima sa vršnjacima

Pretežno sam usamljen. Uglavnom se igram sam	0	1	2
Imam najmanje jednog dobrog prijatelja	2	1	0
Vršnjaci me uglavnom vole	2	1	0
Druga djeca ili mlađi ljudi me zadirkuju ili maltretiraju	0	1	2
Bolje se slažem sa odraslima nego sa vršnjacima	0	1	2

#### Kategorija odnosa prema društvu

Imam obzira prema osjećajima drugih	0	1	2
Spreman sam dijeliti sa drugima	0	1	2
Pomoći ću ako je netko povrijeđen, uznemiren ili se osjeća bolcno	0	1	2
Ljubazan sam prema mlađoj djeci	0	1	2
Često dobrovoljno pomažem drugima	0	1	2

#### Ukupan rezultat poteškoća:

Dobiva se na način da se zbroje rezultati svih kategorija osim kategorije odnosa prema društvu. Dobiveni rezultat se može kretati od 0 do 40 (i smatra se nepostojanim ako nema rezultata jedne od kategorija).

### **Tumačenje rezultata simptoma i definiranje ‘slučajeva’ iz rezultata simptoma**

Iako se rezultati SDQ-a često mogu koristiti kao neprekidne varijable, ponekad je praktično klasificirati rezultate kao normalne, granične i abnormalne. Uz pomoć raspona prikazanih u donjoj tablici, abnormalan rezultat u jednoj kategoriji ili ukupnom rezultatu poteškoća može se koristiti za identifikaciju vjerovatnih “slučajeva” sa mentalnim tegobama. Očito je da je ovo gruba i gotova metoda za uočavanje oboljenja – kada bi kombinirali informacije iz SDQ-a i rezultate dodatka o utjecajima simptoma od više osoba, rezultat bi bio bolji, ali još uvijek daleko od savršenog. Po prilici 10% rezultata društvenog uzorka abnormalnog opsega na bilo koji rezultat, sa dodatnih 10% rezultata u graničnom opsegu. Točne proporcije variraju, ovisno o zemlji, godinama i spolu – normativni podaci SDQ-a su dostupni preko internet stranica. Ako želite prolagoditi raspone i kriterije koji definiraju slučaj za te karakteristike, od velike je važnosti povećati granicu da bi ste izbjegli lažne pozitivne nalaze. Također, još je važnije spustiti prag, kad želite izbjeći lažne negativne nalaze.

<b>SDQ ispunjen od strane mlade osobe</b>	<b>Normalan</b>	<b>Graničan</b>	<b>Abnormalan</b>
Ukupan rezultat poteškoća	0-15	16-19	20-40
Rezultat kategorije emocionalnih simptoma	0-5	6	7-10
Rezultat kategorije problema u ponašanju	0-3	4	5-10
Rezultat kategorije hiperaktivnosti	0-5	6	7-10
Rezultat kategorije problema u odnosima sa vršnjacima	0-3	4-5	6-10
Rezultat kategorije odnosa prema društvu	6-10	5	0-4

### **Stvaranje i Tumačenje Rezultata o Utjecaju Simptoma**

Kada koristimo SDQ koji sadrži “Dodatak o Utjecaju Simptoma”, točke koje se odnose na sveukupne i socijalne poteškoće mogu biti zbrojene da stvore rezultat o utjecaju simptoma koji se kreće od 0-10.

	Uopće ne	Samo malo	Poprilično	Jako utječu
Poteškoće me uznemiruju ili zamaraju	0	0	1	2
Utječu na ŽIVOT KOD KUĆE	0	0	1	2
Utječu na PRIJATELJSTVO	0	0	1	2
Utječu na ŠKOLSKO UČENJE	0	0	1	2
Utječu na OPUŠTAJUĆE AKTIVNOSTI	0	0	1	2

Odgovori na pitanja o kronicitetu poremećaja i teretu koji predstavlja drugima nisu uključeni u rezultat o utjecaju simptoma. Kada je odgovor “Ne” na prvo pitanje u ‘ Dodatku o Utjecaju Simptoma’ (npr. kada se ne zamijčuju kao osobu sa emocionalnim ili problemima u ponašanju), više ih se ne traži da završe pitanja o poremećaju i poteškoćama; utjecajni rezultat se u ovim okolnostima smatra nulom.

Iako se rezultati o utjecaju simptoma mogu koristiti kao neprekidne varijable, ponekad je praktično klasificirati rezultate kao normalne, granične i abnormalne; ako je ukupni rezultat o utjecaju simptoma 2 ili više onda je abnormalan; rezultat od 1 je graničan; i rezultat 0 je normalan

## 11. ŽIVOTOPIS

Mirela Fazlić rođena je 20.8.1987. u Rijeci gdje je pohađala Osnovnu školu Kozala, svoje srednjoškolsko obrazovanje nastavila je u Medicinskoj školi u Rijeci te istu uspješno završila 2006 god. i nastavila obrazovanje na Medicinskom fakultetu u Rijeci, Stručni studij Sestrinstvo koji je završila 2009 god. i stekla stručni naziv prvostupnice sestrinstva. Nakon toga se zapošljava u Domu za nezbrinutu djecu Ivana Brlić Mažuranić Lovran, Podružnica Potok gdje je radila mjesec dana te potom odradila pripravnički staž u Domu zdravlja i Kbc Rijeka od 2009-2010 god. Nakon položenog stručnog ispita zapošljava se u Stacionaru Helena Smokrović 2011 god. gdje je radila mjesec dana i nakon toga se zapošljava u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo, Odjel školske i sveučilišne medicine u kojem radi od 2011 god. do danas. Članica je Hrvatske udruge medicinskih sestara, Društva medicinskih sestara i tehničara školske i sveučilišne medicine u kojem je bila u Izvršnom odboru te sudjelovala na brojnim simpozijima i kongresima. 2019 godine nastavlja obrazovanje na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo-promicanje i zaštita mentalnog zdravlja i nakon uspješno položenih ispita stječe pravo na obranu diplomskog rada » Mentalno zdravlje učenika osnovnih škola Primorsko-goranske županije «.