

# Roditeljska percepcija mentalnog zdravlja djece u nižim razredima osnovne škole

---

**Obradović, Nensi**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*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:184:601200>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-20**

*Repository / Repozitorij:*

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



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

Nensi Obradović

RODITELJSKA PERCEPCIJA MENTALNOG ZDRAVLJA DJECE U  
NIŽIM RAZREDIMA OSNOVNE ŠKOLE

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

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

Nensi Obradović

PARENTS' PERCEPTION OF MENTAL HEALTH IN YOUNGER  
CHILDREN ATTENDING PRIMARY SCHOOL

Master thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: Radoslav Kosić, prof. rehab.

Komentor: doc.dr.sc. Sandra Bošković, prof. rehab.

Diplomski rad obranjen je dana \_\_\_\_\_10.07.2023.\_\_\_\_\_ na Fakultetu  
zdravstvenih studija.

Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. izv.prof.dr.sc. Jasna Grković, dr. med.
2. doc.dr.sc. Aleksandra Stevanović, dipl. prof.
3. Radoslav Kosić, prof. rehab.

## Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

### Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI – FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
Studij	SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	NENSI OBRADOVIĆ
JMBAG	0303078569

### Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PERCEPCIJA RODITELJA O MENTALNOM ZDRAVLJU DJETETA U PRIMARNOM OBRAZOVANJU
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić, prof.rehab.; komentorica doc.dr.sc. Sandra Bošković
Datum predaje rada	15.04.23
Identifikacijski br. podneska	2075014826
Datum provjere rada	25.04.23
Ime datoteke	Diplomski_rad_Nensi_Obradovi_I
Veličina datoteke	376K
Broj znakova	77405
Broj riječi	12947
Broj stranica	57

### Podudarnost studentskog rada:

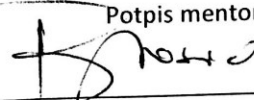
Podudarnost (%)	3,00%
Internet Source	2,00%
Student Papers	1,00%

### Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	26.travnja 2023.god.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Nakon provjere rada u Turnitin programu dobivena je podudarnost od 3%. Može se zaključiti da je Diplomski rad izvorni rad studentice Nensi Obradović.

Datum  
26. travnja 2023.god.

Potpis mentora



## **ZAHVALA**

Ponajviše se za završetak ovog školovanja zahvaljujem svojoj obitelji, suprugu i djeci na nesebičnoj potpori i ohrabrivanju.

Zahvaljujem se mentoru Radoslavu Kosiću, prof. rehab., te komentorici doc.dr.sc. Sandri Bošković, prof. rehab., na pomoći i savjetima oko pisanja ovog rada.

Hvala svim profesorima na nesebičnom prenošenju znanja i iskustva koji će mi zasigurno biti korisni u daljnjem radu.

Također se zahvaljujem svim kolegama s fakulteta na svakoj pomoći i podršci.

## SADRŽAJ:

<b>SAŽETAK</b> .....	
<b>ABSTRACT</b> .....	
<b>1. UVOD</b> .....	1
1.1. Razvojna obilježja srednjeg djetinjstva .....	2
1.2. Mentalno zdravlje djece.....	3
1.3. Čimbenici rizika za razvoj mentalnih poremećaja .....	4
1.4. Najčešći mentalni poremećaji kod djece u nižim razredima osnovne škole.....	5
1.5. Mentalno zdravlje djece i roditelji.....	7
1.6. Roditeljska percepcija mentalnog zdravlja djeteta .....	9
1.6.1. Rano prepoznavanje problema .....	11
1.6.2. Barijere u traženju pomoći za dijete .....	12
<b>2. CILJEVI I HIPOTEZE</b> .....	14
<b>3. MATERIJALI I METODE</b> .....	15
3.1. Materijali .....	15
3.2. Postupak i instrumentarij .....	15
3.3. Statistička obrada podataka .....	16
3.4. Etički aspekti istraživanja.....	17
3.5. Ograničenja istraživanja .....	17
<b>4. REZULTATI</b> .....	18
4.1. Opis uzorka.....	18
4.2. Rezultati subskala upitnika snaga i poteškoća djeteta (SDQ) .....	19
4.2.1. Emocionalni simptomi .....	19
4.2.2. Problemi ponašanja .....	21
4.2.3. Hiperaktivnost/nepažnja .....	23

4.2.4. Poteškoće u odnosima s vršnjacima .....	25
4.2.5. Prosocijalno ponašanje .....	27
4.3. Ukupni rezultat teškoća .....	29
<b>5. RASPRAVA</b> .....	35
<b>7. LITERATURA</b> .....	40
<b>PRIVITAK B:</b> Anketni upitnik – eng. <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> , SDQ – R. Goodman, 1997. ....	48
<b>ŽIVOTOPIS</b> .....	52



## **POPIS KRATICA**

ADD – eng. *Attention Deficit Disorder* – poremećaj deficita pažnje

ADHD – eng. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću

IBM – eng. *International Business Machines*

OKP – opsesivno-kompulzivni poremećaj

SAD – Sjedinjene Američke Države

SPSS – eng. *Statistical Package for the Social Sciences*

SDQ – eng. *Strengths and Difficulties Questionnaire*, Upitnik snaga i poteškoća

## SAŽETAK

**UVOD:** Ovaj rad bavi se roditeljskom percepcijom o mentalnom zdravlju djece u nižim razredima osnovne škole jer su roditelji važna karika u ranom prepoznavanju problema te traženju pomoći u djetetovo ime.

**CILJ:** Ispitati roditeljsku percepciju o postojanju poteškoća u emocionalnom području te o problemima ponašanja kod djece nižih razreda osnovne škole.

**MATERIJALI I METODE:** U istraživanje je uključeno 149 ispitanika, odabranih metodom prigodnog uzorka. Provedeno je kroz mjesec prosinac 2022. mrežnim popunjavanjem standardiziranog SDQ (eng. The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) upitnika za roditelje.

**REZULTATI:** U istraživanju je sudjelovalo 58,4% ženskih te 41,6% muških ispitanika. Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda statistički značajno iskazuju više emocionalnih simptoma ( $M=3,19$ ;  $SD=2,735$ ) u odnosu na djecu 1. i 2. razreda ( $M=1,95$ ;  $SD=2,180$ ), kao i problema u ponašanju ( $M=3,13$ ;  $SD=2,679$  u odnosu na  $M=2,31$ ;  $SD=2,323$ ). Za hiperaktivnost, odnose s vršnjacima i prosocijalno ponašanje razlike nisu statističke značajne ( $p>0,05$ ). Prema ukupnom rezultatu teškoća, 60,4% roditelja ne uviđa poteškoće; 29,5% smatra da dijete ima manjih poteškoća, 6,7% smatra da ima poteškoća, dok 3,4% smatra da ima velikih poteškoća. Iskazane poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju djeteta najviše utječu na školsko učenje (22%), prijateljstva (14,6%) te život kod kuće (7,3%).

**ZAKLJUČAK:** Više od polovice roditelja kod djeteta ne uočava nikakve poteškoće iz područja osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima. Ipak, djeca 3. i 4. razreda osnovne škole imaju značajno više poteškoća u mentalnom zdravlju u usporedbi s djecom 1. i 2. razreda osnovne škole.

## KLJUČNE RIJEČI:

djeca, mentalni poremećaji, percepcija, roditelji, škola

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** This paper investigates parents' perception of mental health in younger children attending primary school, since parents are an important factor in early identification and help seeking on behalf of the child.

**AIM:** To investigate parents' perception of emotional and behavioral problems in children attending primary schools.

**MATERIALS AND METHODS:** Parents of 149 children were selected using convenience sampling method. Parents completed the SDQ parent's form via online questionnaire answering. The research was conducted in December 2022.

**RESULTS:** 58,4% of female and 41,6% of male respondents participated in the research. According to parents' assessment, children from 3. and 4. grades show statistically significant more emotional symptoms ( $M=3,19$ ;  $SD=2,735$ ) compared to children from 1. i 2. grades ( $M=1,95$ ;  $SD=2,180$ ), as well as behavioral problems ( $M= 3,13$ ;  $SD=2,679$  compared to  $M=2,31$ ;  $SD=2,323$ ). For hyperactivity, relationships with peers and prosocial behavior, the differences were not statistically significant ( $p>0,05$ ). According to the total any difficulties scores, 60,4 % of parents do not perceive difficulties; 29,5% believe that the child has minor difficulties; 6,7% believe that child has some difficulties; 3,4% believe that the child has major difficulties. The reported difficulties in the child's daily functioning mostly affected school learning (22%), friendships (14,6%) and life at home (7,3%).

**CONCLUSION:** More than half of the parents do not notice any difficulties in their child's feelings, concentration, behavior or ability to get along with other people. However, children in 3. i 4. grades of primary school have significantly more difficulties compared to children in 1. i 2. grades of primary school.

## **KEY WORDS:**

children, mental disorders, parents, perception, school

## 1. UVOD

Poteškoće u mentalnom zdravlju kod djece raširen su problem diljem svijeta te su od iznimnog javnozdravstvenog značaja. Ipak, većina se istraživanja o mentalnom zdravlju fokusira na adolescente jer se razdoblje adolescencije smatra visokorizičnim za razvoj mentalnih poremećaja i zlouporabe supstanci (1). S druge strane, mentalno zdravlje i poremećaji kod djece u nižim razredima osnovne škole (6 – 11 godina) puno su slabije istraženi, no poznato je da doprinose lošijem fizičkom zdravlju, delinkvenciji, nezaposlenosti te općenito lošijoj kvaliteti života u odrasloj dobi (2).

Podaci ukazuju na to da 20% djece i adolescenata na globalnoj razini pati od nekog oblika mentalnog poremećaja (2). Dok se u adolescenciji najčešće radi o anksioznim poremećajima, poremećajima u ponašanju, poremećajima raspoloženja te zlouporabi supstanci, kod mlađe djece vodeći je poremećaj ADHD (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder), potom slijede anksiozni poremećaji, poremećaji ponašanja i hranjenja te depresija (2). Pritom su razvoju mentalnih poremećaja u dobi do osam godina skloniji dječaci (3). Važno je napomenuti da djeca mlađe školske dobi reagiraju i obrađuju emocionalna iskustva i traumatične događaje na drugačije načine od starije djece, što dovodi do toga da dijagnoza u ranom djetinjstvu može biti mnogo teža nego u starije djece.

S obzirom na razvojne značajke djece u dobi od 6 do 11 godina, roditelji su vrlo važna karika u ranom prepoznavanju i otkrivanju postojanja mentalnih poteškoća, kao i u zaštiti te unaprjeđenju mentalnog zdravlja djece. Upravo je njihova percepcija djetetova mentalnog zdravlja najvažniji korak u prepoznavanju problema, donošenju odluke o tome je li djetetu potrebna pomoć te traženju pomoći u djetetovo ime. Pritom se najčešće javljaju barijere poput straha od stigmatizacije, nerazumijevanja problema, straha od osude okoline za loše roditeljstvo, financijskih i vremenskih ograničenja te nedostupnosti potrebnih usluga (4).

Roditelji i skrbnici ključan su čimbenik u osnaživanju i unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Stoga je njihova percepcija mentalnog zdravlja djeteta izrazito važna u što ranijem prepoznavanju problema i traženju adekvatne pomoći. Ovaj će se rad zbog toga baviti upravo ispitivanjem roditeljske percepcije o mentalnom zdravlju djece u nižim razredima osnovne škole (u dobi od 6 do 10 godina), a sve s krajnjim ciljem rane detekcije mentalnih poremećaja kod djece mlađe školske dobi, te njihova pravovremenog liječenja.

### *1.1. Razvojna obilježja srednjeg djetinjstva*

Srednjim djetinjstvom smatra se razdoblje od šeste do jedanaeste godine života, a njegovo je glavno obilježje razvoj konkretnih operacija (5). To znači da dijete razmišlja logički, ali još uvijek ne može razumjeti apstraktne pojmove i koncepte. Najveća je promjena u ovom razdoblju sposobnost djeteta da okrene mentalne operacije, odnosno da počinje obraćati pažnju na to kako se promjene događaju, a ne samo na početni i krajnji rezultat neke operacije. Dijete također počinje razumijevati da se svi pojmovi mogu svrstati u veće kategorije, usvajajući time sposobnost klasifikacije, odnosno organizacije pojmova u hijerarhijske kategorije.

Srednje se djetinjstvo može podijeliti na rano (6 – 8 godina, odnosno prvi i drugi razred osnovne škole) i kasno (9 – 11 godina, odnosno treći i četvrti razred osnovne škole) (6).

Rano srednje djetinjstvo obilježava brz razvoj mentalnih vještina, a polaskom u školu postaje izražena veća neovisnost o roditeljima. S druge strane, povećava se potreba za sklapanjem vršnjačkih prijateljstava i prihvaćenosti od vršnjaka. Dodatno se smanjuje fokus na samog sebe i povećava se briga za druge, a razvojem vještina čitanja i pisanja dijete uči načine na koje može bolje opisati vlastite osjećaje, misli i iskustva.

U kasnom srednjem djetinjstvu još je izraženija potreba za vršnjačkim prijateljstvima (naročito s djecom istog spola), a odnosi postaju kompleksniji. Sukladno tome, povećava se pritisak vršnjaka i potreba za prihvaćenosti. Također, približavanjem puberteta dijete postaje sve više svjesno vlastitog tijela te je izražen razvoj pojma o sebi.

Navedena razvojna obilježja djeteta tijekom nižih razreda osnovne škole važno je razumjeti jer su preduvjet za djetetov uspješan odgovor na stres i svakodnevna životna iskustva, ali i za daljnji razvoj i sazrijevanje. Samim time, jedan su od ključnih čimbenika u ostvarenju djetetovih punih potencijala te, u konačnici, mentalnog zdravlja. Istovremeno, razvojna obilježja igraju važnu ulogu u prepoznavanju mentalnih poremećaja. Naime, za razliku od odraslih, kod djece se prezentacija mentalnih poremećaja može procijeniti i uočiti isključivo u kontekstu djetetove razvojne faze (7).

## *1.2. Mentalno zdravlje djece*

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), mentalno se zdravlje definira ne samo kao odsustvo bolesti, već kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoj puni potencijal i sposoban je učinkovito se nositi sa svakodnevnim životnim situacijama, nelagodama i stresom te pritom doprinijeti društvu kroz produktivan rad (8). Mentalno se zdravlje smatra osnovnim ljudskim pravom.

Dijete koje ima očuvano i dobro mentalno zdravlje može:

- razviti se u psihološkom, emocionalnom, kreativnom, intelektualnom i duhovnom smislu;
- započinjati, održavati i razvijati kvalitetne interpersonalne odnose;
- učiti, igrati se, suosjećati s drugima i biti svjestan drugih oko sebe;
- razlikovati dobro i loše;
- suočavati se s problemima, rješavati ih te učiti iz njih (9).

Ipak, posljednjih godina uočavaju se sve veće poteškoće u mentalnom zdravlju djece. Tako je u 2020. godini kod britanske djece u nižim razredima osnovne škole vjerojatnost za uočavanje mentalnih poteškoća bila 14,4%, što je povećanje od 9,4% u odnosu na 2017. godinu (10). Ovaj porast nije bio statistički značajan kod djevojčica, ali je kod dječaka uočen rast od 6,4%, odnosno s 11,5% u 2017. godini na 17,9% u 2020. godini (10).

Nadalje, istraživanje provedeno 2018. godine u osam zemalja Europe (Italija, Francuska, Njemačka, Nizozemska, Litva, Bugarska, Rumunjska i Turska) ispitalo je samoprocjenu mentalnog zdravlja kod djece dobi od 6 – 11 godina. Pokazalo se da 22% djece vjerojatno ima barem jedan mentalni poremećaj. Valja naglasiti kako pojavnost varira u različitim zemljama – od 16,4% u Nizozemskoj do 27,9% u Bugarskoj (11). Isto je istraživanje provedeno 2016. godine (od navedenih zemalja nije sudjelovala jedino Francuska), kada je 12,8% djece vjerojatno imala barem jedan mentalni poremećaj (12). Pojavnost je također varirala – od 15,5% u Litvi do 7,8% u Italiji, no može se zaključiti kako se protokom vremena povećala vjerojatnost pojavnosti mentalnih poremećaja kod djece u dobi 6 – 11 godina.

Sličan je trend uočen i kod američke djece u dobi 3 – 17 godina, kod koje je pojavnost mentalnog poremećaja iznosila oko 20% (13). Pritom su djeca u dobi 6 – 11 godina imala veću pojavnost problema u ponašanju u odnosu na djecu mlađu od 6 ili stariju od 12 godina. Zanimljivo je kako su i u ovom istraživanju kod dječaka dobi 6 – 11 godina učestalije mentalne poteškoće nego kod djevojčica.

Za Hrvatsku se 2021. godine pojavnost mentalnih poremećaja procjenjivala na 11,5% te je također bila veća kod dječaka (12,1%) nego kod djevojčica (10,9%) (14). Ipak, valja naglasiti da su u izračun ušla djeca i mladi u dobi 10 – 19 godina, što je tek mali dio razdoblja srednjeg djetinjstva. Za djecu dobi 6 – 11 godina dostupna su literatura i istraživanja oskudna, što je ujedno i dio motivacije za pisanje ovoga rada.

### *1.3. Čimbenici rizika za razvoj mentalnih poremećaja*

S obzirom na povećanje trenda pojavnosti mentalnih poremećaja diljem svijeta, u ovom će se poglavlju prikazati čimbenici rizika za razvoj mentalnih poremećaja, ali i istaknuti činitelji koji doprinose očuvanju mentalnog zdravlja. Na mentalno zdravlje djece utječu biološki, psihološki, socijalni i okolišni čimbenici. Općeniti rizici koji u bilo kojem razdoblju života mogu utjecati na mentalno zdravlje djece su:

- genetska pozadina postojanja mentalnih poremećaja (mentalno zdravlje majke i povijest mentalnih poremećaja u obitelji);
- poteškoće u fizičkom i/ili mentalnom zdravlju djeteta i/ili člana obitelji (uključujući pretilost ili neuhranjenost djeteta te nedostatan unos potrebnih nutrijenata);
- nedostaci u psihosocijalnom i edukacijskom aspektu života (gubitak jednog ili oba roditelja, odrastanje u institucijama, život u disfunkcionalnoj obitelji, nepovoljan socioekonomski status, nedostupno ili neadekvatno obrazovanje djeteta i slično);
- izloženost štetnim supstancama, toksinima ili izvanrednim događajima (uključujući odrastanje u ratnim događajima i oružanim sukobima te prirodnim katastrofama poput potresa, požara i poplava);
- izloženost nasilju, zlostavljanju ili zanemarivanju (uključujući obiteljsko nasilje, zlostavljanje, zanemarivanje te vršnjačko nasilje);

- kombinacija više čimbenika rizika (15,16).

Uz općenite, specifični čimbenici rizika u srednjem djetinjstvu podrazumijevaju:

- probleme u školi, obitelji i/ili probleme u vršnjačkim odnosima
- prisutnost problema u razvoju djeteta ili problema u ponašanju
- neadekvatnost škola i/ili učitelja
- prisutnost rizičnih ponašanja (kao što su prekomjerno korištenje mobitela, videoigara, društvenih mreža i interneta; učestali sukobi s obitelji, nastavnicima i/ili vršnjacima) (15).

Iako su kod neke djece prisutni jedan ili više čimbenika rizika, ne mora značiti da će tijekom života razviti neki od mentalnih poremećaja. Zato je važno poznavati čimbenike koji doprinose pozitivnom mentalnom zdravlju, odnosno njegovom očuvanju. Najprije je potrebno istaknuti osobine djeteta koje doprinose pozitivnom mentalnom zdravlju, a podrazumijevaju znatiželju, upornost, visoku razinu samopoštovanja, dobru emocionalnu samoregulaciju, razvijene vještine nošenja sa svakodnevnim stresom. Nadalje, pravilna prehrana, redovna tjelesna aktivnost (barem 45 – 60 minuta dnevno) i kvalitetan san (9 – 12 sati) značajno utječu na očuvanje mentalnog zdravlja djece u nižim razredima osnovne škole, kao i ustaljen ritam dana bez velikih oscilacija (naprimjer, isto vrijeme odlaska na spavanje, buđenja, ručka i slično) (15 – 17).

Osim toga, jednu od ključnih uloga ima odnos roditelja i djece, o čemu će se više govoriti u narednim poglavljima. Uz to, pozitivan utjecaj imaju dobri međuobiteljski odnosi (podrška i kvaliteta odnosa u užoj i široj obitelji), povoljna socioekonomska situacija obitelji, sigurnost okruženja u kojem obitelj živi te ustaljenost življenja (odnosno odrastanje bez velikih životnih promjena i selidbi) (17). Kada je u pitanju školsko okruženje, dobrobit mentalnom zdravlju djeteta donose dobra i kvalitetna prijateljstva, izostanak vršnjačkog nasilja te prisustvo osobe od povjerenja koja djetetu donosi sigurnost (kao što su učitelj, trener ili prijatelj).

#### *1.4. Najčešći mentalni poremećaji kod djece u nižim razredima osnovne škole*

U srednjem djetinjstvu najčešći mentalni poremećaji podrazumijevaju eksternalizirane poremećaje (poremećaji ponašanja kao što je ADHD) te internalizirane poremećaje poput



anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja te depresije (2,18). Valja naglasiti kako su eksternalizirani poremećaji najčešće rezultat nepotpuno i/ili nedovoljno razvijene samoregulacije.

Australsko istraživanje o mentalnom zdravlju djece i adolescenata pokazalo je da su kod dječaka u dobi 4 – 11 godina najučestaliji poremećaji ADHD (10,9%), anksiozni poremećaji (7,6%), poremećaji ponašanja (2,5%) te depresija (1,1%). Kod djevojčica iste dobi najčešći su anksiozni poremećaji (6,1%), ADHD (5,4%), poremećaji ponašanja (1,6%) i depresija (1,2%). Dakle, vidljivo je kako su mentalni poremećaji u srednjem djetinjstvu učestaliji kod dječaka i oni su primarno eksternalizirani, dok su kod djevojčica na prvom mjestu internalizirani poremećaji. Jedino je pojavnost depresije veća kod djevojčica, ali ta razlika u ovoj dobi nije značajna (19).

Podaci iz Sjedinjenih Američkih Država (SAD-a) za razdoblje od 2016. do 2019. godine također pokazuju da su najčešći mentalni poremećaji u srednjem djetinjstvu ADHD (9,8%), anksiozni poremećaji (9,4%), poremećaji ponašanja (8,9%) te depresija (4,4%). Za ovo je razdoblje uočen trend povećanja pojavnosti navedenih poremećaja u odnosu na istraživanja iz ranijih godina. Pritom je potrebno naglasiti da se navedene brojke odnose na ukupnu učestalost za djecu u dobi 3 – 17 godina. Specifičnosti u nižim razredima osnovne škole vide se u tome što su zastupljeniji poremećaji ponašanja, i to statistički značajno u odnosu na rano djetinjstvo ili pubertet i adolescenciju. Kod anksioznih poremećaja i depresije učestalost raste povećanjem dobi, što govori o tome koliko je važno rano prepoznavanje problema kod djeteta (13,20).

Trend povećanja učestalosti mentalnih poremećaja kod djece zabilježen je i u Ujedinjenom Kraljevstvu, i to konstantno u posljednjih 20 godina. Najčešći su poremećaji u nižim razredima osnovne škole također ADHD, anksiozni poremećaji, poremećaji ponašanja i depresija te su dječaci skloniji razvoju mentalnih poremećaja. To potvrđuje i podatak da su od 2012. do 2020. godine najpropisivaniji lijekovi u liječenju mentalnih poremećaja za djecu u nižim razredima osnovne škole bili lijekovi za ADHD, od čega njih 80% za dječake. Na drugom su mjestu bili anksiolitici, dok su antidepresivi bili propisani kod 5% djece (21).

Slični su trendovi pojavnosti i u Hrvatskoj. Naime, istraživanje na 104 djece i mladih u Karlovačkoj županiji (7 – 19 godina) pokazalo je kako su u nižim razredima osnovne škole od svih poremećaja uvjerljivo najučestaliji poremećaji ponašanja, i to ADHD (57,1%) te poremećaj pažnje, odnosno ADD (eng. *Attention Deficit Disorder*) (25%). Nešto manje

učestali bili su anksiozni poremećaji (17,9%), depresija (5,4%) te opsesivno-kompulzivni poremećaj, OKP (3,6%). Zanimljivo je iz ovog istraživanja i to da djeca nižih razreda kao najčešće probleme ističu poteškoće u učenju, ponašanju i prekomjernom korištenju interneta, što je u skladu s najzastupljenijim mentalnim poteškoćama u ovoj dobi, ali i s razvojem tehnologije koja kod djece s nepotpuno razvijenom samoregulacijom može negativno utjecati na mentalno zdravlje (18).

Prikazani najzastupljeniji mentalni poremećaji u nižim razredima osnovne škole imaju značajan utjecaj na kvalitetu djetetova života. ADHD i poremećaji ponašanja povezuju se s lošijim školskim uspjehom, slabijom mogućnošću zapošljavanja, sklonošću ozljedama, većim rizikom za zloupotrebu supstanci, većim stopama delinkventnog ponašanja i/ili kriminaliteta, pojavnosti drugih komorbiditeta te kraćim očekivanim životnim vijekom (13). Anksiozni poremećaji i depresija kod djece koreliraju s pojavnosti komorbiditetnih mentalnih poremećaja, zdravstvenim problemima, poteškoćama u školi i međuobiteljskim odnosima. Depresija se dodatno povezuje s poteškoćama u socijalnim odnosima, samoozljeđivanjem te suicidom (13).

Prema istraživanju Lawrencea i suradnika (19), prisutnost mentalnog poremećaja ima blag utjecaj (72,1%) na svakodnevno funkcioniranje kod većine djece dobi 4 – 11 godina ima, umjeren utjecaj kod 19,7% djece, a ozbiljan utjecaj kod 8,2% djece. Ono što je zabrinjavajuće jest da se ti podaci mijenjaju u pubertetu i adolescenciji, kada mentalni poremećaj kod tek 44,1% djece ima blag utjecaj na svakodnevno funkcioniranje, dok kod 32,8% djece ima umjeren, a kod čak 23,1% djece ozbiljan utjecaj. Prikazani podaci dodatno potvrđuju važnost ranog prepoznavanja mentalnih poremećaja kod djece te što ranije intervencije s ciljem unaprjeđenja i očuvanja mentalnog zdravlja, kako bi se djeca u odrasloj dobi razvila u samostalne pojedince s optimalnom kvalitetom života.

### *1.5. Mentalno zdravlje djece i roditelji*

Kod djece u nižim razredima osnovne škole specifični izazovi u roditeljstvu predstavljaju: polazak djeteta u školu, želja djeteta za većom autonomijom, veća samostalnost djeteta te veći utjecaj i važnost vršnjaka i škole. Zbog toga je kvaliteta odnosa roditelja i djeteta ključna u rastu i razvoju te unaprjeđenju i očuvanju mentalnog zdravlja. Obilježja roditeljstva koja najviše utječu na mentalno zdravlje djeteta su: mentalno zdravlje roditelja,

međubiteljski odnosi, socioekonomski status, vještine roditelja i stil roditeljstva, privrženost roditelja i djeteta te osjetljivost roditelja na potrebe djeteta (22).

Povijest mentalnih poremećaja u obitelji i narušenost mentalnog zdravlja roditelja negativno utječu na mentalno zdravlje djeteta. Naime, djeca roditelja kojima je dijagnosticirana depresija tri su puta sklonija razvoju depresije i anksioznih poremećaja nego djeca čiji roditelji nisu imali depresiju (23). Također, djeca čijim je roditeljima dijagnosticirana depresija funkcioniranje u obitelji bilo je značajno lošije, ne samo u odnosu na djecu zdravih roditelja, već i u odnosu na djecu roditelja koji su imali neki drugi mentalni poremećaj. Lošije obiteljsko funkcioniranje očitivalo se kroz učestalije obiteljske konflikte, smanjenu obiteljsku koheziju, nestalan dnevni ritam i ne organizaciju zadataka u obitelji (24).

Osim navedenog, primjećuje se da djeca, čijim je roditeljima u odrasloj dobi dijagnosticiran ADHD (*adults*), imaju ozbiljnije simptome ADHD-a te povećanu razinu poremećaja u ponašanju općenito (25). Na mentalno zdravlje djeteta dodatno utječe i psihološki distres roditelja, koji značajno negativno utječe na pojavu emocionalnih poteškoća kod djece u dobi 4 – 11 godina. Isto tako, postoji poveznica s razvojem simptoma hiperaktivnog ponašanja, i to tako da psihološki distres majke značajno utječe na pojavu simptoma kod djece od 4 do 11 godina, dok očev psihološki distres nema značajan utjecaj. Zanimljivo je da je kod djece u dobi 12 – 17 godina značajan psihološki distres i majke i oca u razvoju simptoma hiperaktivnog ponašanja (26).

Osim mentalnog zdravlja roditelja, i njihovi međusobni odnosi igraju značajnu ulogu. Tako se kod roditelja koji su partneri ili u braku pokazalo da bez obzira na spol djeteta veliku važnost igraju kvaliteta međusobne komunikacije među roditeljima i razina podrške i ljubavi koju roditelji pokazuju jedno prema drugom. U odnosima u kojima su roditelji razinu podrške i komunikacije ocijenili visokom, bilo je značajno manje djece s problemima u ponašanju, ali i manja učestalost internaliziranih i eksternaliziranih problema općenito (27).

Dodatan je važan čimbenik privrženost roditelja i djeteta te stil roditeljstva. Privrženost se tijekom srednjeg djetinjstva najviše očituje kroz odgovor na potrebe djeteta, podršku djetetovoj autonomiji i dopuštanje istraživanja primjerenog djetetovoj dobi. Pozitivna privrženost znači da je roditelj djetetu sigurna „zona“ i da na djetetove potrebe odgovara brižnošću, toplinom, pozitivnim ohrabrenjem djeteta, podrškom te razumijevanjem djetetovih osjećaja (28). Uz to, uključivanje djeteta u odabir vlastitih aktivnosti i uvažavanje djetetova mišljenja također su važni za pozitivnu privrženost. Pozitivna privrženost povoljno utječe na

izgradnju samopoštovanja, razvoj samoregulacije te socijalnu i emocionalnu prilagodbu djeteta, a također je zaštitnički čimbenik od poremećaja poput depresije i poremećaja u ponašanju.

Stil roditeljstva koji karakteriziraju korištenje rasuđivanja u komunikaciji, postavljanje standarda u ponašanju i njihovo poticanje, učinkovit roditeljski nadzor te dosljednu disciplinu pozitivno će utjecati na mentalno zdravlje djeteta. To potvrđuje i istraživanje u Japanu, koje je ispitalo utjecaj odgojnih stilova roditeljstva na mentalno zdravlje djece. Autoritativan stil pokazao se optimalnim za očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja djeteta u kasnijoj dobi, neovisno o djetetovu spolu, s tim da su se majke pokazale autoritativnijim roditeljima od očeva. Permisivan odgojni stil majke nije imao značajan utjecaj, dok je isti stil kod oca značajno negativno utjecao na mentalno zdravlje djeteta. Autoritarni stil i oca i majke imao je značajno negativan utjecaj na mentalno zdravlje djeteta, neovisno o spolu, a očitovao se pojavom simptomatskih problema i rizičnih ponašanja za sebe i druge, lošijim svakodnevnim funkcioniranjem te manjom psihološkom dobrobiti za dijete (29).

### *1.6. Roditeljska percepcija mentalnog zdravlja djeteta*

Iz dosadašnjih poglavlja vidljivo je kako neprepoznati ili neliječeni mentalni poremećaji kod djece u nižim razredima osnovne škole mogu imati dugoročan negativan učinak na sve sfere života djeteta. Čak 50% mentalnih poremećaja javlja se prije 14. godine života, pri čemu starija djeca (12 – 17 godina) značajno češće dobiju pomoć nego što je to slučaj kod od mlađe djece (5 – 11 godina), 16,8% u odnosu na 10,8% (30,31).

Zbog toga je izrazito važno rano prepoznavanje znakova mentalnih poremećaja i razumijevanje načina na koje se može očuvati i unaprijediti mentalno zdravlje djeteta. Upravo su roditelji najvažnija karika čija je zadaća pozitivno djelovati na mentalno zdravlje djeteta, što prije prepoznati znakove i simptome poteškoća te reagirati i potražiti pomoć u djetetovo ime. Ipak, tek je trećina roditelja djece u dobi od 6 godina kod koje je uočen mentalni poremećaj prepoznala simptome problema u ponašanju. Također se pokazalo da roditelji teže prepoznaju simptome kod mlađe djece i kod dječaka. Prepoznavanje problema povezano je i s primanjima obitelji – roditelji s većim primanjima skloniji su djetetove poteškoće prepoznati kao dio mentalnih poteškoća, dok su roditelji s manjim primanjima uočavali poteškoće, ali ih nisu mogli povezati s problemima u mentalnom zdravlju djeteta (32). Dodatno na percepciju

roditelja utječu razina znanja o mentalnim poteškoćama i rastu i razvoju djeteta, dob i spol roditelja, obiteljsko funkcioniranje i međuobiteljski odnosi, kultura i okolina u kojoj obitelj živi (naročito vrijednosti i vjerovanja u kojima dijete odrasta), te već spomenuti socioekonomski status (33).

Zanimljivo je ovdje spomenuti i istraživanje koje se bavilo razlikama percepcije roditelja i djece o mentalnom zdravlju djece. U istraživanje je bilo uključeno 1.268 parova roditelj – dijete, a odnosilo se na mentalno zdravlje djece od 6 – 11 godina. Pokazalo se da djeca češće prijavljuju internalizirane poteškoće nego roditelji, posebno kada su djevojčice u pitanju. S druge strane, roditelji percipiraju veću pojavnost eksternaliziranih poteškoća, posebice kod dječaka. Na nesklad percepcije roditelja i djece utjecalo je nekoliko čimbenika. Niska razina psihološkog distresa roditelja i odgojni stil koji ne uključuje kažnjavanje povećali su neslaganje roditelja i djece tako da su roditelji rjeđe prijavljivali internalizirane i eksternalizirane simptome nego djeca. S druge strane, stil roditeljstva koji obilježavaju upotreba kažnjavanja i niža razina brige doveo je do veće nesloge u percepciji problema u ponašanju između roditelja i djece. Konačno, traženje pomoći za mentalno zdravlje djeteta bilo je učestalije što je percepcija mentalnog zdravlja roditelja i djece bila sličnija, a naročito kod eksternaliziranih poremećaja (34).

Ipak, kod djece u dobi 6 – 11 godina olakšavajući je čimbenik to što djeca već sama mogu izraziti svoje misli, osjećaje te verbalizirati problem. Isto tako, olakšavajući je čimbenik i škola, koja djetetu postaje centar aktivnosti i prijateljstava, pri čemu nastavnici i osoblje škole s roditeljima dijele ulogu u prevenciji i prepoznavanju problema kod djeteta, te još važniju ulogu komuniciranja uočenog problema roditeljima, s ciljem traženja pomoći za dijete. Zbog toga je važno da se škole i nastavnici kod djece u nižim razredima osnovne škole fokusiraju na provođenje programa socijalno-emocionalnog učenja, emocionalnog opismenjivanja djece (u smislu prepoznavanja, izražavanja i kontrole emocija), razvoja pozitivne slike o sebi, razvoja samoregulacije te građanskog opismenjivanja (35). Programi koji potiču ove vještine važni su u prevenciji nastanka poteškoća mentalnog zdravlja, a edukacija odgojno-obrazovnih djelatnika pokazuje se nužnim čimbenikom u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja djeteta. Primjeri dobre prakse mogu se naći i u Hrvatskoj. Tako se u školama Primorsko-goranske županije već 18 godina od trećeg do sedmog razreda osnovne škole provodi „Trening životnih vještina“, koji provode razrednici i stručni suradnici. Kroz različite aktivnosti, kod učenika se izgrađuju vještine samoregulacije i otpornosti te

socijalne i komunikacijske vještine, a program se pokazao korisnim u poboljšanju komunikacije i smanjenju razine anksioznosti (36).

### *1.6.1. Rano prepoznavanje problema*

Kako se već moglo uočiti, roditelji nose veliko breme odgovornosti za mentalno zdravlje djeteta, kao i za rano prepoznavanje te reagiranje na mentalne poteškoće djeteta. U današnje je vrijeme roditeljstvo izazovno i nema jedinstvene „strategije“ u odgoju, već se roditelj kroz istraživanje sebe i djeteta treba izgraditi u pojedinca koji će s djetetom ostvariti brižan i topao odnos te sigurnu privrženost, a istovremeno znati postaviti granice i dosljedno se pridržavati pravila postavljenih u odgoju (37).

Ipak, postoje određeni znakovi koji roditelje mogu upućivati na to da kod djeteta u dobi 6 - 11 godina postoje mentalne poteškoće, a oni uključuju:

- učestalu tugu, neraspoloženost i plakanje kod djeteta koji traju 2 tjedna i više,
- pričanje (i razmišljanje) djeteta o smrti ili samoubojstvu (češće u adolescenciji, ali je moguće i u predpubertetskom razdoblju),
- uočavanje znakova samoozljeđivanja kod djeteta (također moguće i u predpubertetskom razdoblju),
- povlačenje od socijalnih interakcija i obitelji te društvenih događaja (kao što su proslave rođendana, treninzi i slično),
- učestale ispade kod djeteta, impulzivno ponašanje ili pretjeranu razdražljivost,
- drastične promjene u ponašanju ili raspoloženju,
- regresiju (odnosno pojavu u ponašanju koju je dijete razvojno prerاسlo),
- poremećaje u hranjenju i/ili spavanju,
- pretjeranu i konstantnu zabrinutost ili strah kod djeteta,
- poteškoće u koncentraciji i/ili pažnji,
- promjene u akademskim postignućima, poteškoće u učenju, izbjegavanje škole,
- fizičke simptome koji se ne mogu povezati s organskim uzrokom (učestale glavobolje, mučnine, bolovi u trbuhu i slično).

Kako bi roditelji što ranije mogli prepoznati problem, potrebno je provoditi vrijeme s djetetom, promatrati ga te razgovarati s njim o mentalnom zdravlju i o tome kako se osjeća.

Kod razgovora s djetetom u nižim razredima osnovne škole potrebno je koristiti jednostavan govor i definicije te osigurati da dijete ima punu pažnju roditelja. To znači da kod razgovora dijete treba osjetiti da je roditelj tu fizički i da želi slušati što dijete želi reći (bez mobitela, televizora ili bilo čega što može ometati zajedničko vrijeme roditelja i djeteta). Roditelj također veliku pozornost treba usmjeriti na uočavanje neverbalnih znakova kod djeteta ili „malih“ promjena u ponašanju, pogotovo kada se dogodilo nešto neuobičajeno ili izvanredno (npr. svađa s prijateljem, gubitak kućnog ljubimca). Tada je djetetu potrebno ponuditi razgovor i shvatiti njegove doživljaje i osjećaje ozbiljno, bez obzira na to koliko se situacija činila banalnom (35).

Osim toga, roditelji mogu provjeriti s osobama koje s djetetom provode velik dio vremena (npr. učitelji, baka i djed) jesu li primijetile promjene u djetetovu ponašanju. Potom trebaju reagirati prema uputama stručne službe škole, pedijatra i obiteljskog liječnika kako bi se djetetu pravovremeno mogla napraviti obrada i kako bi se što ranije započeto s intervencijama, s ciljem postizanja povoljnih ishoda za mentalno zdravlje djeteta.

### *1.6.2. Barijere u traženju pomoći za dijete*

Za kraj ovog poglavlja valja istaknuti najčešće barijere u traženju pomoći i odabiru intervencija za unaprjeđenje narušenog mentalnog zdravlja djeteta. One se najčešće promatraju kroz roditeljsku perspektivu, s obzirom na to da su oni prva karika u lancu pružanja pomoći djetetu. Stoga se kao najčešće barijere izdvajaju:

- (ne)prepoznavanje problema, uključujući (ne)prepoznavanje ozbiljnosti problema; nedostatak spoznaje o tome da je pomoć potrebna; nedostatak znanja o tome gdje i kako dobiti pomoć;
- obiteljske okolnosti (međuobiteljski odnosi, razina podrške u traženju pomoći, potrebno vrijeme i trud za traženje i osiguravanje pomoći u odnosu na svakodnevne obaveze i mogućnosti);
- strah od stigme i osude okoline;
- stavovi prema liječenju i djelatnicima koji pružaju pomoć (percepcija učinkovitosti intervencija, razina podrške zdravstvenih djelatnika, kvaliteta usluge, posljedice koje liječenje ima za dijete);

- sustav pružanja pomoći: koliko je potrebno čekati na usluge pružanja pomoći; koliko je lokacija udaljena od mjesta stanovanja; koliko je cjelokupno pružanje usluge vremenski i cjenovno zahtjevno za obitelj (38).

Osim navedenog, zanimljivo je istraživanje koje je ispitivalo roditeljsku percepciju o barijerama u korištenju stručne službe škole (primarno psihologa) za pomoć kod mentalnih poteškoća djeteta. Pokazalo se da kod traženja pomoći od psihološke službe u školi tek 20% roditelja ne navodi nikakve barijere (dok kod liječnika obiteljske medicine barijere ne nalazi 49% roditelja). Čak trećina roditelja najčešćom barijerom smatra stigmatu, a najviše ih brine da će učitelj stigmatizirati dijete na osnovu mentalne poteškoće. Roditelje je dodatno brinulo da će dijete biti etiketirano dijagnozom pa će ga i djeca i učitelji svrstati samo u „koš“ dijagnoze te tako potencijalno onemogućiti optimalan razvoj djeteta. Na drugom su mjestu dvije barijere: 15% roditelja smatra da škola nema dovoljno resursa za rješavanje problema djeteta, a isto toliko ih smatra da školske službe ne bi bile od pomoći ili bi bile neučinkovite. Posljednja barijera koju je navelo 14% roditelja jest zabrinutost oko povjerljivosti informacija te nedostatak povjerenja. Najviše ih je brinulo da će stručna služba prenijeti informacije učiteljima djeteta, ali i ostalom osoblju, smatrajući da bi to moglo dovesti do stigmatizacije djeteta (39). Ovo istraživanje ukazuje na važnost suradnje škole i roditelja zbog interesa mentalnog zdravlja djeteta. Isto tako ukazuje na važnost izgradnje odnosa povjerenja i kvalitetne komunikacije između djelatnika škole i roditelja, ali i na potrebu dodatnih edukacija roditelja o radu i važnosti stručne službe i učitelja te većeg angažmana škole u uklanjanju barijera i olakšavanju pružanja pomoći roditeljima i djeci kod poteškoća u mentalnom zdravlju djeteta.



## 2. CILJEVI I HIPOTEZE

Ciljevi ovog istraživanja mogu se podijeliti na glavne i specifične ciljeve. Glavni je cilj istraživanja ispitati roditeljsku percepciju o postojanju poteškoća u emocionalnom području te o problemima ponašanja kod djece od 1. do 4. razreda osnovne škole.

Uz glavni cilj rada postoje i dva specifična cilja. Prvi od njih jest ispitati razliku o postojanju emocionalnih simptoma i problema ponašanja u odnosu na razred koji dijete pohađa. Drugi specifični cilj jest utvrditi udio ispitanika koji smatra da njihova djeca imaju poteškoće iz područja osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima.

Iz navedenih ciljeva proizlaze sljedeće hipoteze:

H1: Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda iskazuju više emocionalnih simptoma i problema ponašanja u odnosu na djecu 1. i 2. razreda.

H2: Više od polovice ispitanika (roditelja) smatra da njihova djeca imaju poteškoće iz područja osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima.

### 3. MATERIJALI I METODE

#### 3.1. Materijali

Ispitanici ovog istraživanja roditelji su djece u nižim razredima osnovne škole, odnosno roditelji čija djeca pohađaju prva četiri razreda osnovnih škola u gradu Puli. U istraživanje je uključeno 149 ispitanika, od čega 87 ženskih ispitanika (majki) te 62 muških ispitanika (očeva). Ispitanici su odabrani metodom prigodnog uzorka, a istraživanje je provedeno kroz prosinac 2022. godine. Upitnici su plasirani preko platforme *Google Forms* te podijeljeni digitalnim putem (primarno društvene mreže i *Viber* grupe), a za njihovo je ispunjavanje bilo potrebno otprilike 5 minuta.

#### 3.2. Postupak i instrumentarij

Kao glavni instrument u ovom istraživanju korišten je standardizirani anketni upitnik: Upitnik snaga i poteškoća djeteta (eng. *The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*), prikazan u cijelosti u Pravitku A (40). Ovaj je upitnik namijenjen procjeni roditelja o emocionalnim simptomima i bihevioralnim problemima kod djece i adolescenta. S obzirom na ciljanu dob djece, za potrebe ovog istraživanja korištena je verzija upitnika za roditeljsku procjenu kod djece u dobi 4 – 17 godina, verzija s ispitivanjem utjecaja. Upitnik i njegova hrvatska inačica dostupni su za korištenje. Hrvatska verzija SDQ upitnika validirana je na hrvatskom uzorku predškolske djece, odnosno ima zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike (41).

Ispunjavanje anketnog upitnika bilo je u potpunosti anonimno, a samim je time sudjelovanje bilo dobrovoljno. U uvodnom dijelu opisa istraživanja istaknuto je da svaki ispitanik može u bilo kojem trenutku odustati od ispunjavanja upitnika.

Upitnik je podijeljen u tri dijela. Prvi dio ispituje sociodemografske podatke kroz četiri pitanja izražena na nominalnoj skali. Glavni, drugi dio upitnika, sastoji se od 25 čestica koje su grupirane u pet subskala: 1. Emocionalni simptomi; 2. Problemi ponašanja; 3. Hiperaktivnost/nepažnja; 4. Poteškoće u odnosima s vršnjacima; 5. Prosocijalno (dobronamjerno) ponašanje. Za bodovanje drugog dijela anketnog upitnika koristi se Likertova skala na kojoj se odgovor Netočno boduje s 0 bodova, odgovor Djelomično točno s 1 bodom te odgovor Potpuno točno s 2 boda. Iznimka su čestice pod brojevima: 7, 21, 25, 11 i

14, koje se boduju na suprotan način, odnosno odgovor Netočno iznosi 2 boda, odgovor Djelomično točno iznosi 1 bod te odgovor Potpuno točno 0 bodova.

Treći dio upitnika ispituje utjecaj poteškoća na funkcioniranje djeteta, odnosno na provjeru prisutnosti poteškoća u pojedinom području. Ako je navedeno da dijete ima poteškoće, dodatno se ispituje o učestalosti, razini uznemirenosti, utjecaju poteškoća na socijalno funkcioniranje te općenito o tome koliko teškoće otežavaju funkcioniranje djeteta, ali i njegove okoline. Upitnik završava pitanjem otvorenog tipa, u kojem se može dati komentar ili postaviti pitanje o anketi.

Rezultati upitnika tumače se u odnosu na ukupni rezultat teškoća: rezultat 0 – 13 normalan je raspon, rezultat 14 – 16 predstavlja graničan raspon, dok se rezultat 17 – 40 smatra razlogom za brigu za mentalno zdravlje djeteta u odnosu na percepciju roditelja.

Kvaliteta prikupljanja podataka nastojala se podići postavljanjem pitanja zatvorenog tipa, pri čemu je moguće odgovoriti samo na jedan od ponuđenih odgovora. Ispitanicima je u slučaju nejasnoća ponuđena *e-mail* adresa na kojoj mogu dobiti sve potrebne informacije, a potom riješiti anketni upitnik.

Kao problem u ispunjavanju upitnika prepoznata je mogućnost neiskrenih odgovora ispitanika, na što se ne može utjecati, stoga je autor rada morao vjerovati iskazu ispitanika. Još je jedan potencijalan problem bio moguća nezainteresiranost ispitanika, što se riješilo zanimljivim uvodnim opisom istraživanja prilikom dijeljenja adrese na društvenim mrežama i u *Viber* grupama roditelja.

### *3.3. Statistička obrada podataka*

Podaci dobiveni u ovom istraživanju obrađeni su primjenom programa *Microsoft Excel* te statističkog programa *IBM SPSS Statistics Version 21*.

U statističkoj su obradi podataka pri opisivanju kategorijskih varijabli korištene frekvencije i postotci, dok su za opisivanje intervalnih varijabli korištene aritmetička sredina i standardna devijacija.

Nakon što je utvrđeno da varijable od interesa približno slijede normalnu raspodjelu, za ispitivanje razlika rezultata subskala SDQ upitnika prema razredu pohađanja djece korištena je jednosmjerna analiza varijance. Također je korišten t-test za nezavisne uzorke za ispitivanje razlika u rezultatima prema spolu roditelja, kao i za ispitivanje razlika između 3. i

4. te 1. i 2. razreda osnovne škole. Hi-kvadrat test korišten je za ispitivanje razlika ukupnog rezultata teškoća prema spolu roditelja.

Rezultati su prikazani tabelarno i grafički. Statistička razina značajnosti iznosi 5%.

### *3.4. Etički aspekti istraživanja*

Istraživanje je u skladu s etičkim standardima propisanim za istraživanja u medicini i zdravstvu. Temeljeno je na osnovama dobre kliničke prakse, Helsinškoj deklaraciji, Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14) i Zakonu o zaštiti osobnih podataka (GDPR).

Ispitanici su prije istraživanja kroz kratak tekst upoznati sa sadržajem i ciljem istraživanja te su se klikom na nastavak složili sa sudjelovanjem u istraživanju. Ispitanici su također bili upoznati s tim da u svakom trenutku mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju.

Istraživanje je niskog rizika te nije bilo potrebno tražiti dozvolu Etičkog povjerenstva.

### *3.5. Ograničenja istraživanja*

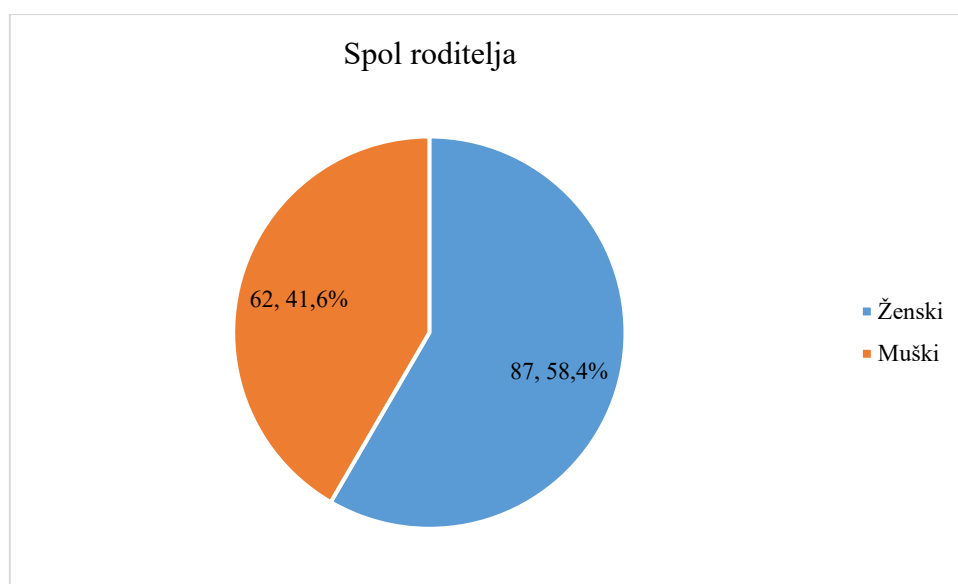
Mali prigodni uzorak s uskog geografskog područja najveće je ograničenje ovog istraživanja. Ispitanici su roditelji s područja grada Pule, stoga zaključci ovog istraživanja mogu biti korišteni kao temelj za nova, opširnija istraživanja te se ne mogu prenijeti na širu populaciju.

## 4. REZULTATI

Kako je već naglašeno, rezultati ovog istraživanja prikazani su tabelarno i grafički, a statistička razina značajnosti iznosi 5%.

### 4.1. Opis uzorka

U istraživanju je sudjelovalo 149 roditelja, od kojih 58,4% osoba ženskog spola.



Slika 1. Podjela ispitanika prema spolu

U Tablici 1. prikazane su sociodemografske karakteristike uzorka. Više od dvije trećine roditelja koji su sudjelovali u istraživanju (75,9%) ima 35 ili više godina.

Kada je u pitanju stupanj obrazovanja, gotovo polovina roditelja, njih 46,3% ima završenu srednju školu. Osnovnu ili nepotpunu osnovnu školu ima 2,7% roditelja, dok ostali imaju višu (18,8%) ili visoku stručnu spremu (26,2%) te doktorat (6,0%). Raspodjela djece prema razredima koja pohađaju – od prvog do četvrtog razreda osnovne škole – približno je jednaka.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike uzorka

		n	%
Spol roditelja	Ženski	87	58,4%
	Muški	62	41,6%
Dob roditelja	Manje od 25	3	2,0%
	25 i više ali manje od 30	7	4,7%
	30 i više ali manje od 35	26	17,4%
	35 i više ali manje od 40	52	34,9%
	40 i više ali manje od 45	43	28,9%
	Više od 45	18	12,1%
	Koji razred osnovne škole pohađa dijete?	Prvi razred	43
Drugi razred		43	28,9%
Treći razred		26	17,4%
Četvrti razred		37	24,8%
Stupanj obrazovanja roditelja koji popunjava upitnik	Osnovna škola ili nepotpuna osnovna škola	4	2,7%
	Srednja škola	69	46,3%
	Viša stručna sprema	28	18,8%
	Visoka stručna sprema	39	26,2%
	Doktorat	9	6,0%

#### 4.2. Rezultati subskala upitnika snaga i poteškoća djeteta (SDQ)

##### 4.2.1. Emocionalni simptomi

Subskala emocionalnih problema sastoji se od 5 čestica te teoretski raspon rezultata iznosi 0 – 10. U Tablici 2. prikazani su rezultati roditeljske procjene emocionalnih simptoma djece prema razredu koji pohađaju te prema spolu roditelja.

Promatrajući ukupne rezultate, prema razredu pohađanja najmanje emocionalnih simptoma iskazuju djeca drugog razreda ( $M=1,58$ ;  $SD=2,061$ ), a najviše djeca trećeg razreda ( $M=3,46$ ;  $SD=2,626$ ). Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da su navedene razlike statistički značajne ( $F=4,114$ ;  $df=3$ ;  $p=0,009$ ).

Promatrajući rezultate subskale emocionalnih simptoma prema razredu i spolu roditelja, očevi u većoj mjeri procjenjuju emocionalne simptome izraženijima, što pogotovo vrijedi za prvi i drugi razred, gdje su razlike u procjeni majki i očeva statistički značajne ( $p < 0,05$ ).

Tablica 2. T-test razlika emocionalnih simptoma djeteta prema spolu roditelja

	Spol roditelja	EMOCIONALNI SIMPTOMI (0 – 10)					t	p
		N	M	SD	raspon			
prvi razred	Ženski	20	1,15	1,843	0 - 8	-3,619	,001	
	Muški	23	3,35	2,102	0 - 8			
	Ukupno	43	2,33	2,254	0 - 8			
drugi razred	Ženski	35	1,14	1,734	0 - 6	-3,229	,002	
	Muški	8	3,50	2,390	0 - 6			
	Ukupno	43	1,58	2,061	0 - 6			
treći razred	Ženski	13	2,62	2,329	0 - 7	-1,704	,101	
	Muški	13	4,31	2,720	0 - 10			
	Ukupno	26	3,46	2,626	0 - 10			
četvrti razred	Ženski	19	2,95	3,100	0 - 8	-,115	,909	
	Muški	18	3,06	2,600	0 - 7			
	Ukupno	37	3,00	2,828	0 - 8			

Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda statistički značajno iskazuju više emocionalnih simptoma ( $M=3,19$ ;  $SD=2,735$ ) u odnosu na djecu 1. i 2. razreda ( $M=1,95$ ;  $SD=2,180$ ), što je utvrđeno t-testom za nezavisne uzorke ( $t=-2,966$ ;  $p=0,004$ ), a čime se hipoteza H1 može potvrditi.

Tablica 3. T-test razlika emocionalnih simptoma djece 1. i 2. te 3. i 4. razreda osnovne škole prema spolu roditelja

Razred		EMOCIONALNI SIMPTOMI (0 – 10)					
		N	M	SD	raspon	t	p
Razred	1. i 2.	86	1,95	2,180	0 - 8	-2,966	,004
	3. i 4.	63	3,19	2,735	0 - 10		
	Ukupno	149	2,48	2,498	0 - 10		

#### 4.2.2. Problemi ponašanja

Subskala problema ponašanja sastoji se od pet čestica te teoretski raspon rezultata iznosi od 0 do 10. U Tablici 4. prikazani su rezultati roditeljske procjene problema ponašanja djece prema razredu koji pohađaju te prema spolu roditelja.

Promatrajući ukupne rezultate prema razredu pohađanja, najmanje problema ponašanja iskazuju djeca drugog razreda ( $M=1,98$ ;  $SD=2,231$ ), a najviše djeca trećeg razreda ( $M=3,31$ ;  $SD=2,710$ ). Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da navedene razlike nisu statistički značajne ( $F=1,910$ ;  $df=3$ ;  $p=0,131$ ).

Promatrajući rezultate subskale problema ponašanja prema razredu i spolu roditelja, očevi u odnosu na majke u većoj mjeri i statistički značajno procjenjuju probleme ponašanja izraženijima za djecu prvog, drugog i trećeg razreda ( $p<0,05$ ). Iako majke u većoj mjeri procjenjuju probleme ponašanja izraženijima za djecu četvrtog razreda ( $M=3,26$ ;  $SD=2,941$ ) u odnosu na očeve ( $M=2,72$ ;  $SD=2,445$ ) te razlike nisu statistički značajne ( $p>0,05$ ).



Tablica 4. T-test razlika emocionalnih simptoma djeteta prema spolu roditelja

	Spol roditelja	PROBLEMI PONAŠANJA (0 – 10)					
		N	M	SD	raspon	t	p
prvi razred	Ženski	20	1,45	1,468	0 - 5	-3,577	,001
	Muški	23	3,70	2,566	0 - 9		
	Ukupno	43	2,65	2,389	0 - 9		
drugi razred	Ženski	35	1,51	1,976	0 - 7	-3,127	,003
	Muški	8	4,00	2,268	1 - 8		
	Ukupno	43	1,98	2,231	0 - 8		
treći razred	Ženski	13	1,85	1,864	0 - 7	-3,227	,004
	Muški	13	4,77	2,682	1 - 8		
	Ukupno	26	3,31	2,710	0 - 8		
četvrti razred	Ženski	19	3,26	2,941	0 - 8	-,607	,548
	Muški	18	2,72	2,445	0 - 9		
	Ukupno	37	3,00	2,687	0 - 9		

Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda statistički značajno iskazuju više problema ponašanja ( $M=3,13$ ;  $SD=2,679$ ) u odnosu na djecu 1. i 2. razreda ( $M=2,31$ ;  $SD=2,323$ ) što je utvrđeno t-testom za nezavisne uzorke ( $t=-1,978$ ;  $p=0,050$ ), čime se hipoteza H1 može potvrditi (Tablica 5.).

Tablica 5. T-test razlika problema ponašanja djece 1. i 2. te 3. i 4. razreda osnovne škole prema spolu roditelja

Razred		PROBLEMI PONAŠANJA (0 – 10)					
		N	M	SD	raspon	t	p
Razred	1. i 2.	86	2,31	2,323	0 - 9	-1,978	,050
	3. i 4.	63	3,13	2,679	0 - 9		
	Ukupno	149	2,66	2,503	0 - 9		

#### 4.2.3. Hiperaktivnost/nepažnja

Subskala hiperaktivnosti/nepažnje sastoji se od pet čestica te teoretski raspon rezultata iznosi od 0 do 10. U Tablici 6. prikazani su rezultati roditeljske procjene hiperaktivnosti djece prema razredu koji pohađaju te prema spolu roditelja.

Promatrajući ukupne rezultate prema razredu pohađanja, najmanju hiperaktivnost iskazuju djeca prvog razreda ( $M=4,53$ ;  $SD=2,604$ ), a najvišu djeca četvrtog razreda ( $M=5,14$ ;  $SD=3,190$ ). Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da navedene razlike nisu statistički značajne ( $F=0,306$ ;  $df=3$ ;  $p=0,821$ ).

Promatrajući rezultate subskale hiperaktivnosti/nepažnje prema razredu i spolu roditelja, očevi u odnosu na majke u većoj mjeri i statistički značajno procjenjuju hiperaktivnost/nepažnju izraženijima za djecu prvog, drugog i trećeg razreda (Tablica 6.). Iako majke u većoj mjeri procjenjuju hiperaktivnost izraženijom za djecu četvrtog razreda ( $M=5,53$ ;  $SD=3,255$ ) u odnosu na očeve ( $M=4,72$ ;  $SD=3,159$ ) te razlike nisu statistički značajne ( $p>0,05$ ).

Tablica 6. T-test razlika hiperaktivnosti djeteta prema spolu roditelja

	Spol roditelja	HIPERAKTIVNOST/NEPAŽNJA (0 – 10)				t	p
		N	M	SD	raspon		
prvi razred	Ženski	20	3,45	2,212	0 - 8	-2,738	,009
	Muški	23	5,48	2,591	0 - 10		
	Ukupno	43	4,53	2,604	0 - 10		
drugi razred	Ženski	35	3,97	2,673	0 - 10	-3,217	,003
	Muški	8	7,38	2,825	2 - 10		
	Ukupno	43	4,60	2,985	0 - 10		
treći razred	Ženski	13	3,23	2,948	0 - 10	-2,416	,024
	Muški	13	6,23	3,370	0 - 10		
	Ukupno	26	4,73	3,459	0 - 10		
četvrti razred	Ženski	19	5,53	3,255	0 - 10	-,762	,451
	Muški	18	4,72	3,159	0 - 10		
	Ukupno	37	5,14	3,190	0 - 10		

Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda su u nešto većoj mjeri hiperaktivnija ( $M=4,97$ ;  $SD=3,282$ ) u odnosu na djecu 1. i 2. razreda ( $M=4,57$ ;  $SD=2,785$ ), ali navedene razlike nisu statistički značajne, što je utvrđeno t-testom za nezavisne uzorke ( $p>0,05$ ) (Tablica 7.).

Tablica 7. T-test razlika hiperaktivnosti djece 1. i 2. te 3. i 4. razreda osnovne škole prema spolu roditelja

Razred		HIPERAKTIVNOST/NEPAŽNJA (0 – 10)					
		N	M	SD	raspon	t	p
Razred	1. i 2.	86	4,57	2,785	0 - 10	-,800	,425
	3. i 4.	63	4,97	3,282	0 - 10		
	Ukupno	149	4,74	3,001	0 - 10		

#### 4.2.4. Poteškoće u odnosima s vršnjacima

Subskala poteškoća u odnosima s vršnjacima sastoji se od pet čestica te teoretski raspon rezultata iznosi 0–10. U Tablici 8. prikazani su rezultati roditeljske procjene poteškoća u odnosima s vršnjacima djece prema razredu koji pohađaju te prema spolu roditelja.

Promatrajući ukupne rezultate prema razredu pohađanja, najmanje poteškoća u odnosima s vršnjacima iskazuju djeca drugog razreda ( $M=1,79$ ;  $SD=1,698$ ), a najviše djeca prvog razreda ( $M=2,53$ ;  $SD=2,261$ ). Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da navedene razlike nisu statistički značajne ( $F=1,053$ ;  $df=3$ ;  $p=0,371$ ).

Promatrajući rezultate subskale poteškoća u odnosima s vršnjacima prema razredu i spolu roditelja, očevi u odnosu na majke u većoj mjeri i statistički značajno procjenjuju poteškoće u odnosima izraženijima za djecu prvog, drugog i trećeg razreda ( $p<0,05$ ) dok za djecu četvrtog razreda razlike nisu statistički značajne.

Tablica 8. T-test razlika u poteškoćama u odnosima s vršnjacima prema spolu roditelja

		POTEŠKOĆE U ODNOSIMA S VRŠNJACIMA (0 – 10)					
	Spol roditelja	N	M	SD	raspon	t	p
prvi razred	Ženski	20	1,45	2,282	0 - 8	-3,251	,002
	Muški	23	3,48	1,806	1 - 7		
	Ukupno	43	2,53	2,261	0 - 8		
drugi razred	Ženski	35	1,34	1,434	0 - 5	-4,307	<.001
	Muški	8	3,75	1,389	2 - 6		
	Ukupno	43	1,79	1,698	0 - 6		
treći razred	Ženski	13	1,31	1,316	0 - 4	-3,236	,004
	Muški	13	3,23	1,691	0 - 6		
	Ukupno	26	2,27	1,779	0 - 6		
četvrti razred	Ženski	19	2,11	1,969	0 - 6	-,632	,532
	Muški	18	2,56	2,357	0 - 7		
	Ukupno	37	2,32	2,148	0 - 7		

Prema procjeni roditelja, djeca 3. i 4. razreda u nešto većoj mjeri iskazuju poteškoće u odnosima s vršnjacima ( $M=2,30$ ;  $SD=1,989$ ) u odnosu na djecu 1. i 2. razreda ( $M=2,16$ ;  $SD=2,023$ ), ali navedene razlike nisu statistički značajne, što je utvrđeno t-testom za nezavisne uzorke ( $p>0,05$ ) (Tablica 8.).

Tablica 9. T-test razlika u poteškoćama u odnosima s vršnjacima djece 1. i 2. te 3. i 4. razreda osnovne škole prema spolu roditelja

Razred		POTEŠKOĆE U ODNOSIMA S VRŠNJACIMA (0 – 10)					
		N	M	SD	raspon	t	p
Razred	1. i 2.	86	2,16	2,023	0 - 8	-,417	,677
	3. i 4.	63	2.30	1,989	0 - 7		
Ukupno		149	2.22	2,003	0 - 8		

#### 4.2.5. Prosocijalno ponašanje

Subskala prosocijalnog ponašanja sastoji se od pet čestica te teoretski raspon rezultata iznosi od 0 do 10. U Tablici 10. prikazani su rezultati roditeljske procjene prosocijalnog ponašanja djece prema razredu koji pohađaju te prema spolu roditelja.

Promatrajući ukupne rezultate prema razredu pohađanja, prosocijalno ponašanje najizraženije je za djecu drugog razreda ( $M=8,07$ ;  $SD=2,154$ ), a najmanje izraženo za djecu prvog razreda ( $M=6,88$ ;  $SD=2,630$ ). Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da navedene razlike nisu statistički značajne ( $F=1,808$ ;  $df=3$ ;  $p=0,148$ ).

Promatrajući rezultate subskale prosocijalnog ponašanja prema razredu i spolu roditelja, majke u odnosu na očeve u većoj mjeri i statistički značajno procjenjuju prosocijalno ponašanje izraženijim za djecu prvog, drugog i trećeg razreda ( $p<0,05$ ) dok za djecu četvrtog razreda razlike nisu statistički značajne.

Tablica 10. T-test razlika prosocijalnog ponašanja djeteta prema spolu roditelja

	Spol roditelja	PROSOCIJALNO PONAŠANJE (0 – 10)				t	p
		N	M	SD	raspon		
prvi razred	Ženski	20	7,95	1,701	3 - 10	2,749	,009
	Muški	23	5,96	2,962	1 - 10		
	Ukupno	43	6,88	2,630	1 - 10		
drugi razred	Ženski	35	8,63	1,734	4 - 10	4,208	<.001
	Muški	8	5,63	2,200	2 - 9		
	Ukupno	43	8,07	2,154	2 - 10		
treći razred	Ženski	13	8,85	1,725	4 - 10	4,188	<.001
	Muški	13	5,69	2,097	3 - 10		
	Ukupno	26	7,27	2,475	3 - 10		
četvrti razred	Ženski	19	7,00	2,494	3 - 10	-,457	,651
	Muški	18	7,39	2,682	2 - 10		
	Ukupno	37	7,19	2,559	2 - 10		

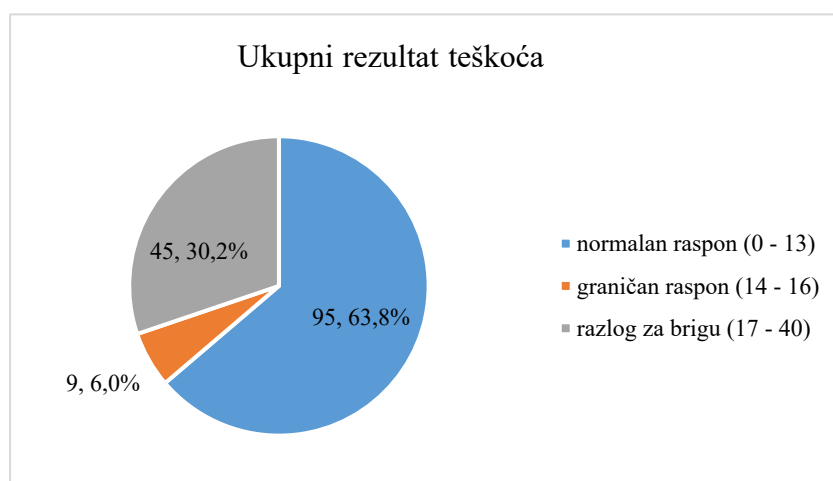
Prema procjeni roditelja, djeca 1. i 2. razreda u nešto većoj mjeri iskazuju prosocijalno ponašanje ( $M=7,48$ ;  $SD=2,463$ ) u odnosu na djecu 3. i 4. razreda ( $M=7,22$ ;  $SD=2,504$ ), ali navedene razlike nisu statistički značajne, što je utvrđeno t-testom za nezavisne uzorke ( $p>0,05$ ) (Tablica 10.).

Tablica 11. T-test razlika prosocijalnog ponašanja djece 1. i 2. te 3. i 4. razreda osnovne škole prema spolu roditelja

Razred		PROSOCIJALNO PONAŠANJE (0 – 10)				t	p
		N	M	SD	raspon		
Razred	1. i 2.	86	7,48	2,463	1 - 10	,619	,537
	3. i 4.	63	7,22	2,504	2 - 10		
Ukupno		149	7,37	2,475	1 - 10		

#### 4.3. Ukupni rezultat teškoća

Ukupni rezultat teškoća dobiven je sumiranjem rezultata subskala emocionalnih simptoma, problema ponašanja, hiperaktivnosti/nepažnje i poteškoća u odnosima s vršnjacima. Teorijski raspon ukupnog rezultata teškoća iznosi 0 – 40. Rezultat 0 – 13 normalan je raspon, rezultat 14 – 16 jest graničan raspon, dok se rezultat 17 – 40 smatra razlogom za brigu za mentalno zdravlje djeteta u odnosu na percepciju roditelja. Gotovo dvije trećine djece, njih 63,8%, prema procjeni roditelja ulazi u normalan raspon ukupnog rezultata poteškoća, 6% pripada u graničan raspon, dok njih 30,2% ima rezultat koji se smatra razlogom za brigu za mentalno zdravlje djeteta.



Slika 2. Ukupni rezultat teškoća



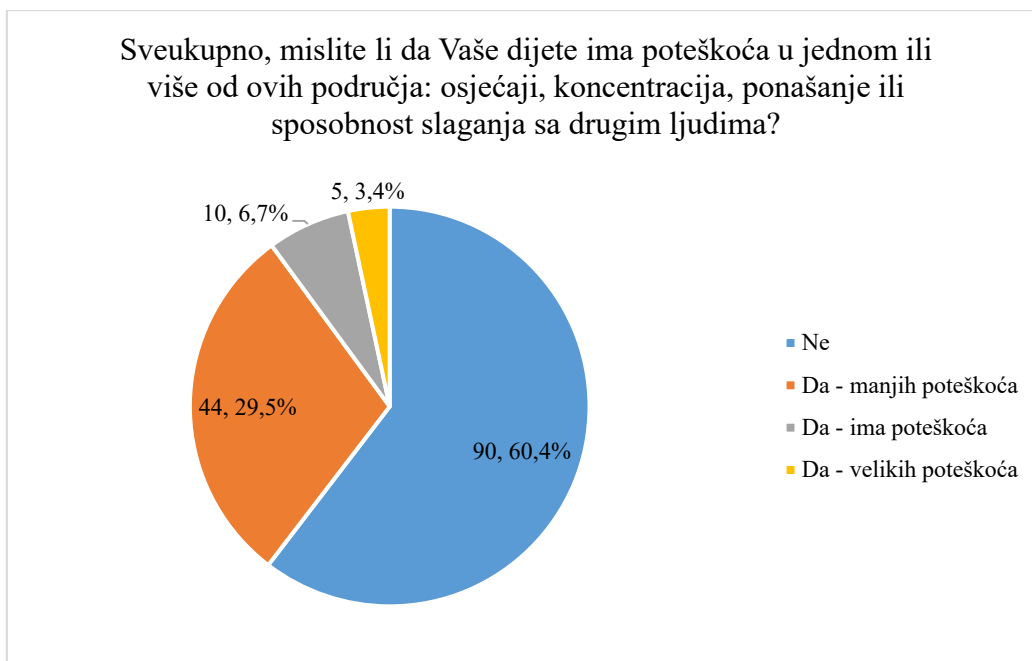
Ukupni rezultat teškoća djece prema spolu roditelja prikazan je u Tablici 11. Hi-kvadrat testom utvrđeno je da postoje statistički značajne razlike u procjeni ukupnog rezultata teškoća očeva i majki. Velik broj majki, njih 79,3%, u odnosu na 41,9% očeva procjenjuje teškoće djeteta normalnima (0 – 13) dok 50% očeva u odnosu na 16,1% majki ukupne teškoće djece smatra razlogom za brigu (17 – 40) za mentalno zdravlje djeteta.

Tablica 12. Ukupni rezultat teškoća djece prema spolu roditelja

UKUPNI REZULTAT TEŠKOĆA							
Spol roditelja		normalan raspon (0 - 13)	graničan raspon (14 - 16)	razlog za brigu (17 - 40)	Ukupno	X <sup>2</sup>	p
Ženski	n	69	4	14	87	22,433	<.001
	%	79,3%	4,6%	16,1%	100,0%		
Muški	n	26	5	31	62		
	%	41,9%	8,1%	50,0%	100,0%		
Ukupno	n	95	9	45	149		
	%	63,8%	6,0%	30,2%	100,0%		

Manje od trećine roditelja, njih 29,5%, smatra da njihovo dijete ima manjih poteškoća po pitanju osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima, 6,7% smatra da ima poteškoća dok 3,4% smatra da ima velikih poteškoća.

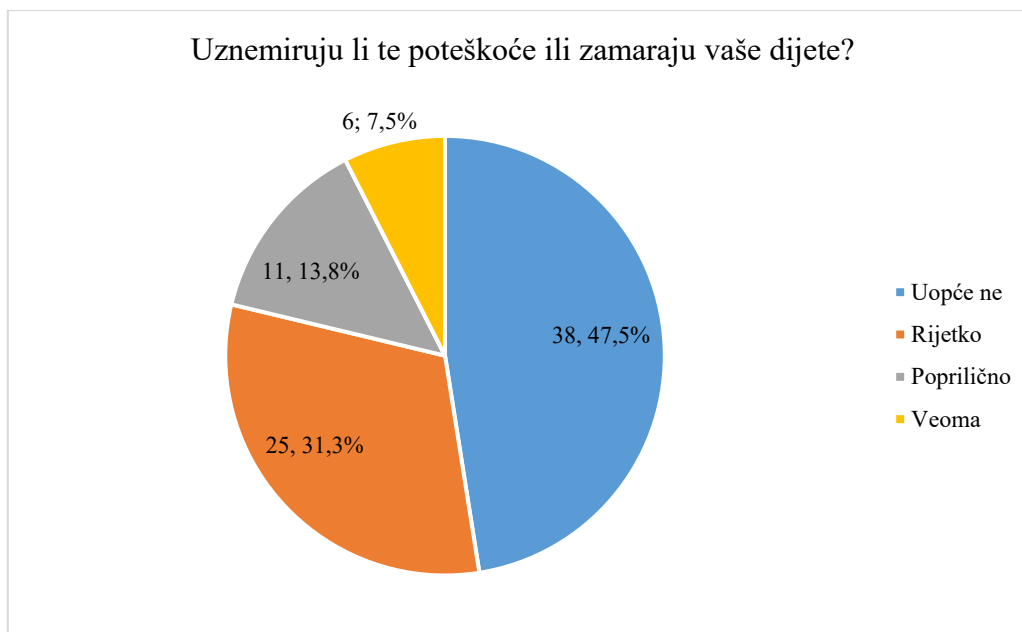
Više od polovine roditelja, njih 60,4%, smatra da njihovo dijete nema poteškoća po pitanju osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja sa drugim ljudima, čime se hipoteza H2 ne može prihvatiti, odnosno manje od polovine ispitanika (roditelja) smatra da njihova djeca imaju poteškoća vezanih uz navedena područja.



Slika 3. Stavovi roditelja o uočenim poteškoćama kod djece (osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja sa drugim ljudima)

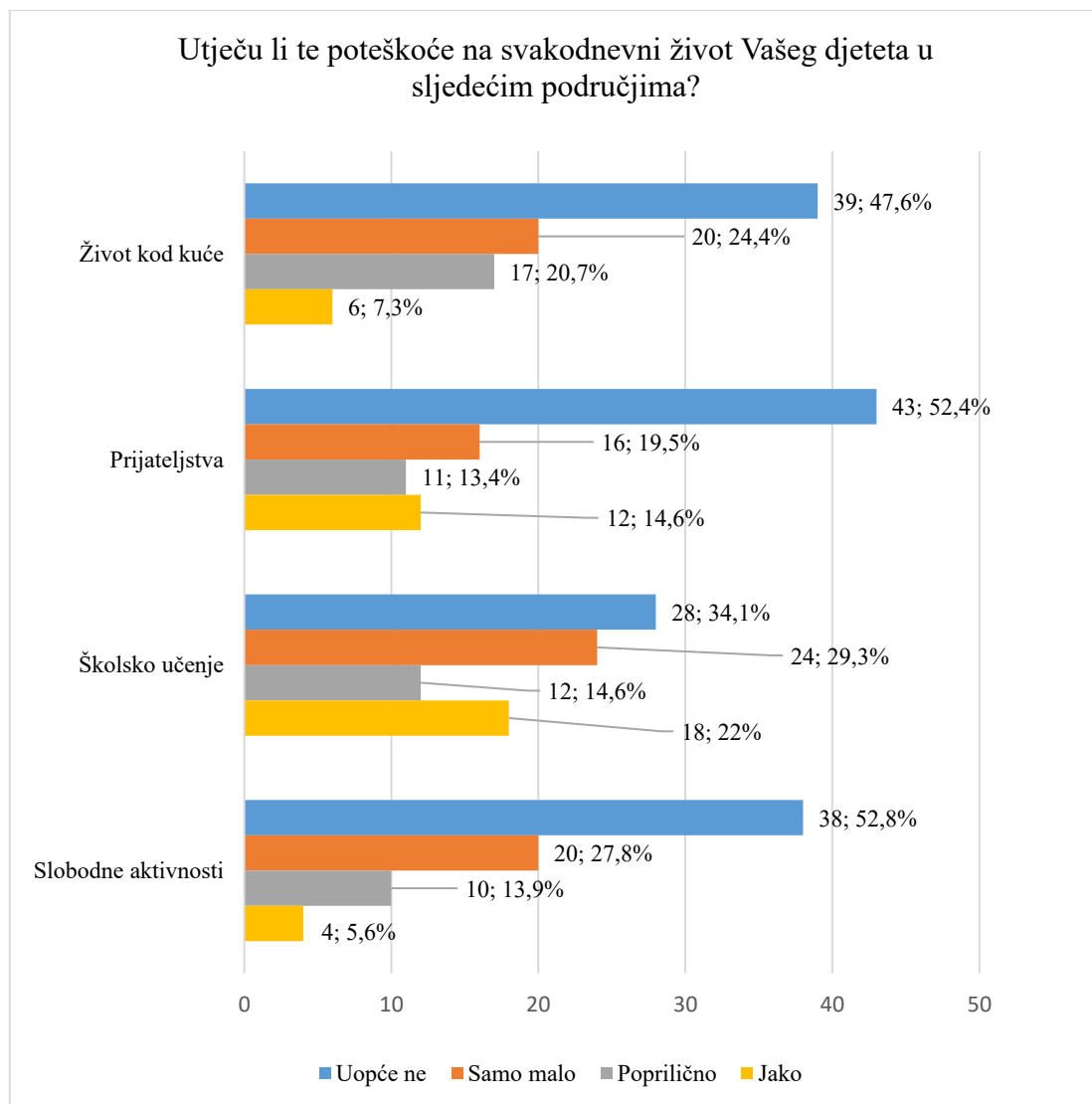
Od navedenih poteškoća, prema procjeni roditelja najčešće se radi o poteškoćama s koncentracijom za 63% djece, zatim poteškoćama s osjećajima za njih 35,2%, slijedi ponašanje za njih 31,5% te sposobnost slaganja s drugim ljudima za 25,9% djece. Za pojedinu djecu, navedene poteškoće prisutne su od rođenja, za drugu su se pojavile uslijed neke bolesti (epilepsija, dijabetes) ili početkom školovanja.

Gotovo polovina roditelja, njih 47,5% smatra da poteškoće po pitanju osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima uopće ne uznemiruju niti zamaraju njihovo dijete. Njih 31,3% smatra da dijete poteškoće uznemiruju rijetko, 13,8% poprilično, dok ih 7,5% smatra da njihovo dijete poteškoće veoma uznemiruju.



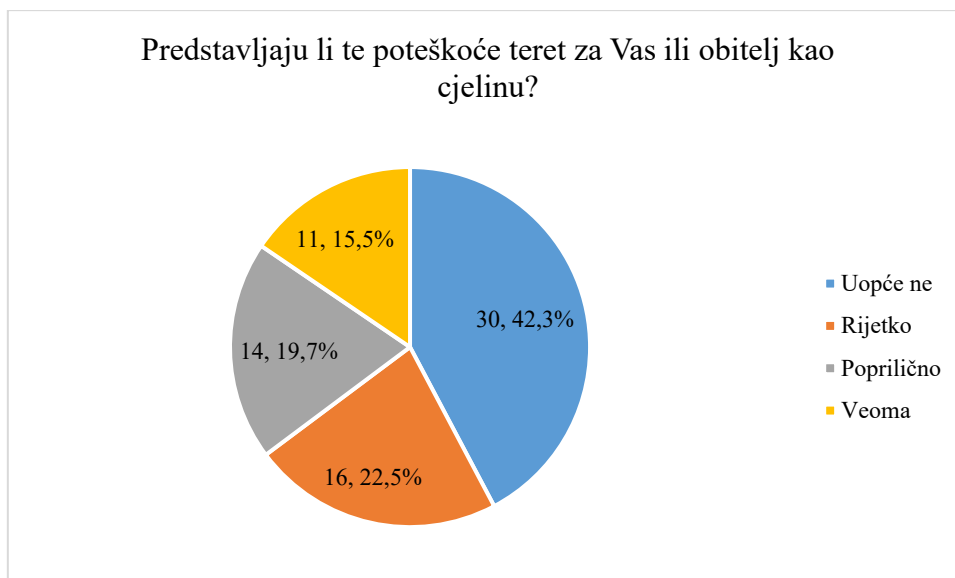
Slika 4. Stavovi roditelja o utjecaju poteškoća na dijete

Prema procjeni roditelja, poteškoće po pitanju osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima u najvećoj mjeri jako ili poprilično utječu na školsko učenje za 36,6% djece, na prijateljstva za njih 28%, život kod kuće za 28% te zatim na slobodne aktivnosti za 19,5% djece (Slika 5).



Slika 5. Stavovi roditelja o utjecaju djetetovih poteškoća na svakodnevni život

Za velik broj roditelja i obitelji kao cjeline, točnije njih 57,7%, dječje poteškoće predstavljaju teret, od kojih za njih 22,5% rijetko, 19,7% poprilično te za njih 15,5% veoma veliki teret. Za ostalih 42,3% navedene poteškoće uopće nisu teret za roditelje niti za obitelj kao cjelinu.



Slika 6. Stavovi roditelja o utjecaju poteškoća na njih i obitelj kao cjelinu

Na kraju je roditeljima ostavljena mogućnost komentiranja vezan uz temu istraživanja. Roditelji uglavnom smatraju kako je mentalno zdravlje djece zanemareno te da bi se na istome trebalo poraditi. Neki od komentara su:

- „Tema o kojoj se premalo govori, a izuzetno je bitna.“
- „Hvala na pitanju, čast izuzecima (pojednim učiteljicama) koji prvenstveno brinu o dječjim potrebama. Kao društvo smo jako zakazali, smatram da je neoprostivo jer djeci nije pružena podrška i pomoć tijekom i poslije ovih pandemijskih zatvaranja i maltretiranja.“
- „Vrlo zanimljiva tema, nažalost premalo se o njoj priča.“
- „Vrlo bitna tema, naša djeca su naše zlato i trebalo bi se više pričati o mentalnim problemima male djece.“
- „Zanimljiva tema. Mislim da današnja djeca itekako imaju mentalnih poteškoća, no o tome se jako malo raspravlja.“

## 5. RASPRAVA

Glavni je cilj ovog rada bio ispitati roditeljsku percepciju o postojanju poteškoća u emocionalnom području te o problemima ponašanja kod djece u prva četiri razreda osnovne škole. Pokazalo se da djeca 3. i 4. razreda prema roditeljskoj procjeni iskazuju više emocionalnih simptoma i problema u ponašanju od djece u 1. i 2. razredu osnovne škole, čime je dokazana prva hipoteza. Simptomi hiperaktivnosti i poteškoće u odnosima s vršnjacima također su bile izraženije kod djece viših razreda, no ta razlika nije bila statistički značajna. Ove rezultate potvrđuje longitudinalno istraživanje u Njemačkoj, kojim se ispitalo mentalno zdravlje i kvaliteta života djece u dobi 7 – 17 godina, uz praćenje istog uzorka i nakon 11 godina. Pokazalo se da u oba navrata djeca i odrasli mlađe dobi opisuju pozitivnije mentalno zdravlje i kvalitetu života u odnosu na stariju dob, što se podudara s rezultatima ovog istraživanja (42).

Suprotno ovim rezultatima, istraživanje u osam europskih zemalja kod djece u dobi 6 – 12 godina pokazalo je da niža dob djeteta igra veću ulogu pojavnosti internaliziranih simptoma, dok za eksternalizirane simptome dob nije igrala značajnu ulogu (11). Istraživanje u Singapuru također nije uvidjelo značajnost dobi u pojavnosti emocionalnih simptoma ili problema u ponašanju kod djece u dobi 6 – 12 godina (43). Ove je razlike moguće objasniti malim uzorkom s uskog geografskog područja u našem istraživanju, što može utjecati na dobivene rezultate.

Zanimljive su i razlike u percepciji djetetova mentalnog zdravlja u odnosu na spol roditelja. Naime, očevi su sve poteškoće percipirali statistički značajnijima od majki (emocionalne simptome, probleme u ponašanju, hiperaktivnost i poteškoće u odnosu s vršnjacima), jedino su kategoriju prosocijalnog ponašanja djeteta majke ocijenile statistički značajno boljom. Značajnost razlika u percepciji mentalnog zdravlja i spola roditelja uočena je za prvi, drugi i treći razred osnovne škole, dok za četvrti razred spol roditelja nije imao značajnu ulogu u percepciji mentalnog zdravlja.

Chiorri i sur. (44) potvrđuju rezultate iz našeg istraživanja – očevi su značajno više prijavljivali poteškoće kod djeteta, dok su majke značajno boljim ocijenile prosocijalno ponašanje djeteta. Također su ustanovili da očevi u većem udjelu ukupne poteškoće kod djeteta smatraju razlogom za brigu, što su pokazali i naši rezultati (čak 50% očeva u odnosu na 16,1% majki). Istraživanje Davea i suradnika (45) pokazuje da očevi značajno više

prijavljaju poteškoće vezane uz emocionalne simptome te probleme u ponašanju, dok za ostale subskale ne nalaze značajne razlike. Dodatno ističu da su percepcije očeva bile bliže djetetovu samoocjenjivanju, dok su majčini rezultati bili niži, što objašnjavaju time da majke obično više vremena provode uz dijete, zbog čega može doći do desenzibilizacije u uočavanju poteškoća kod djeteta. Mellor i sur. (46) jedinu razliku pronalaze kod ocjenjivanja prosocijalnog ponašanja, pri čemu majke daju više ocjene od očeva, i to primarno kod muškog spola djeteta. Dakle, naše je istraživanje uglavnom potvrdilo dosadašnje spoznaje, no u budućnosti je potrebno opširnije istraživanje na širem geografskom području koje će uključivati dijade majka – otac, kako bi se detaljnije mogle ispitati korelacije između njihovih percepcija o mentalnom zdravlju djeteta.

Drugu postavljenu hipotezu nismo potvrdili provedbom istraživanja. Više od polovice roditelja, točnije njih 60,4%, ne uviđa kod djeteta nikakve poteškoće iz područja emocionalnih simptoma, problema u ponašanju, hiperaktivnosti ili problema u vršnjačkim odnosima. To je u skladu s percepcijom 63,8% roditelja koji su na ukupnom rezultatu poteškoća mentalno zdravlje svojeg djeteta svrstali u normalan raspon. Ipak, pilot-istraživanje u šestim razredima osnovnih škola u Zagrebu pokazalo je da čak 81,7% djece spada u normalan raspon u rezultatima ukupnih teškoća (47). U danskom je istraživanju ukupan rezultat teškoća prema percepciji roditelja pokazao da 79,4% djece spada u normalan raspon, slično kao u iranskom istraživanju, u kojem je udio ukupnih teškoća bio u normalnom rasponu za 74% djece (48,49). Navedena su istraživanja ukazivala na manji udio djece graničnog ili abnormalnog raspona rezultata, na što je u našem istraživanju mogao utjecati mali uzorak ispitivanih roditelja te usko geografsko područje (područje grada Pule u odnosu na grad Zagreb te države Dansku i Iran). Također, obrada naših podataka nije bila podešena u odnosu na socioekonomski status obitelji i spol djeteta, čimbenike koji značajno utječu na mentalno zdravlje djeteta te su mogli utjecati i na rezultate ovog istraživanja.

Valja istaknuti i da su najčešće prijavljene poteškoće djeteta primarno one s koncentracijom, zatim osjećajima, problemima u ponašanju te sposobnosti slaganja s drugim ljudima. Pojavnost navedenih poteškoća u našem uzorku u skladu je s najučestalijim problemima mentalnog zdravlja kod djece u nižim razredima osnovne škole: ADHD-om, anksioznim poremećajima, problemima u ponašanju te depresiji (18 – 21). U zagrebačkom uzorku (45) najviše poteškoća uočeno je na području emocionalnih problema (40%), hiperaktivnosti i/ili nepažnje (35%) te problema u ponašanju (27%). Ova se razlika može objasniti time da su u uzorak bili uključeni isključivo učenici šestih razreda osnovne škole

(dakle, ne učenici u prva četiri razreda osnovne škole), što je granično razdoblje između srednjeg djetinjstva i adolescencije, u kojoj su drugačije zastupljeni pojedini poremećaji. U drugom iranskom istraživanju (50) najzastupljeniji su bili problemi u ponašanju (34,7%), problemi u odnosima s drugim ljudima (24,5%), emocionalni problemi (24,5%) te problemi hiperaktivnosti i/ili nepažnje (23%). Ovi se rezultati također mogu objasniti uzorkom ispitanika, koji je obuhvaćao dob od 6 do 18 godina starosti, te raznolikošću kulturalnog i socioekonomskog okruženja dvaju uzoraka.

Sukladno dobivenim rezultatima, roditelji najčešće probleme u funkcioniranju djeteta vide kroz školsko učenje, sklapanje prijateljstava, život kod kuće te slobodne aktivnosti. Slično su uočili Ričković i Ladika (18), kod kojih su kao najčešći problemi prepoznate poteškoće u učenju, ponašanju i prekomjernom korištenju interneta, dok su Hashemi i sur. među najučestalijima uočili probleme u odnosima s drugim ljudima, primarno vršnjacima.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost roditeljske percepcije o mentalnom zdravlju djeteta u nižim razredima osnovne škole. Također se pokazalo da su roditelji zainteresirani i smatraju kako je nedovoljno pažnje posvećeno ovako značajnom problemu koji dugoročno utječe na dijete, njegovu kvalitetu života, obitelj, te cijelo društvo. Zbog toga je potrebno dodatno raditi na promociji mentalne pismenosti u društvu, zaštiti i osnaživanju mentalnog zdravlja djece te osvještavanju zajednice o ranom prepoznavanju problema u mentalnom zdravlju od najranije dobi.

Provedeno istraživanje ima nekoliko nedostataka, a ponajprije su to već spomenuti mali uzorak ispitanika te usko geografsko područje ispitivanja. Nedostatkom se također može smatrati nepodešenost rezultata u odnosu na važne čimbenike u mentalnom zdravlju djeteta, kao što su socioekonomski status obitelji i spol djeteta, te bi te korelacije trebalo uključiti u eventualna buduća istraživanja. Najveći je doprinos ovog istraživanja bolje razumijevanje roditeljskih percepcija o mentalnom zdravlju djeteta u nižim razredima osnovne škole. Osim što je ova tema nedovoljno istražena na području Hrvatske, još jednom ukazuje na to koliko je važna edukacija roditelja o ranom prepoznavanju problema kod djeteta te koliko su mentalne poteškoće kod djeteta značajne za dijete, obitelj i društvo. Vrijednost navedenog prepoznali su i roditelji, koji smatraju da je ova tema nedovoljno zastupljena u javnosti, a izrazito je važna za zdravlje djece te cijelo društvo.

Za buduća istraživanja treba imati na umu veći uzorak s područja cijele Hrvatske. Također bi bilo korisno provesti longitudinalno istraživanje s ciljem otkrivanja dugoročnog



utjecaja problema u srednjem djetinjstvu na mentalno zdravlje u odrasloj dobi ili provesti usporedbe samopercepcije djece u odnosu na roditeljsku percepciju (dijade majka – otac) kako bi se uvidjele sličnosti i razilaženja u percepciji mentalnog zdravlja.

Uz navedeno, na kraju je važno istaknuti da su roditelji pokazali velik interes za ovu temu, smatrajući da je nedovoljno pažnje posvećeno ovako značajnom problemu, koji dugoročno utječe na dijete, njegovu kvalitetu života, obitelj te cijelo društvo.

## 6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja mogu se izvući sljedeći zaključci:

1. Prema procjeni roditelja, djeca koja pohađaju treći i četvrti razred osnovne škole pokazuju više poteškoća u mentalnom zdravlju od djece koja pohađaju prvi i drugi razred osnovne škole. Ta je razlika značajna u iskazanim emocionalnim simptomima (djetetovo raspoloženje i osjećaji) te problemima u ponašanju. Za prosocijalno ponašanje, poteškoće u odnosima s vršnjacima te simptome hiperaktivnosti/nepažnje nije bilo statistički značajne razlike.

2. Više od polovice roditelja (60,4%) smatra da njihova djeca nemaju nikakve poteškoće iz područja osjećaja, koncentracije, ponašanja ili sposobnosti slaganja s drugim ljudima, zbog čega je odbačena hipoteza H2. Kod ostatka djece (39,6%), kao najznačajnije probleme roditelji su naveli hiperaktivnost i/ili nepažnju, emocionalne probleme, probleme u ponašanju te odnosu s drugim ljudima. Kao najčešće probleme u svakodnevnom životu roditelji su naveli školsko učenje i prijateljstva (odnos s vršnjacima).

## 7. LITERATURA

1. Scott D, Crossin R, Ogeil R, Smith K, Lubman DI. Exploring harms experienced by children aged 7 to 11 using ambulance attendance data: A 6-year comparison with adolescents aged 12–17. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2018;15(7):1385. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068488/pdf/ijerph-15-01385.pdf>.
2. Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A. A global programme for child and adolescent Mental health: A challenge in the New Millenium. In: *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect* [Internet]. Engleska: John Wiley and Sons Ltd.; 2007 [cited 2022 Oct 27]. p. 1–5. Available from: [https://books.google.hr/books?id=bENaj6hBuQUC&printsec=frontcover&dq=mental+health%0A+children&hl=hr&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=UNEMPLOYMENT&f=false](https://books.google.hr/books?id=bENaj6hBuQUC&printsec=frontcover&dq=mental+health%0A+children&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=UNEMPLOYMENT&f=false)
3. Meltzer H, Gatward R, Corbin T, Goodman R, Ford T. Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders. [Internet]. Ujedinjeno Kraljestvo: The Office for National Statistics.; 2003 [cited 2022 Oct 28]. Available from: [https://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99+3\\_followup\\_report.pdf](https://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99+3_followup_report.pdf).
4. Zavod za javno zdravstvo “Sveti Rok” [Internet]. Zavod za javno zdravstvo “Sveti Rok.” Virovitica; 2012 [cited Oct 27 2022]. Available from: <https://www.zzjzvpz.hr/>.
5. Levine LE MJ. *Child Development: An Active Learning Approach*. [Internet]. California, USA: Sage Publications; c2010 [cited 2023 Feb 16]. ; Available from: <https://books.google.hr/books?id=6r6ctVYRSkoC&pg=PA242&dq=concrete+operational+stage&hl=hr&sa=X&ved=2ahUKEwjBy8axkqL9AhUSjqQKHZt2A-YQ6AF6BAGJEAI#v=onepage&q=concrete%20operational%20stage&f=false>.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Middle Childhood. [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/middle2.html>.
7. Howard C, Burton M, Levermore D. *Children’s Mental Health and Emotional Well-being in Primary Schools. Second Edition*. [Internet]. UK: Sage Publications.; 2019

- [cited 2023 Feb 16]. Available from: [https://books.google.hr/books?id=r7aSDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Children%E2%80%99s+Mental+Health+and+Emotional+Well-being+in+Primary+Schools&hl=hr&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Children%E2%80%99s%20Mental%20Health%20and%20Emotional%20Well-being%20in%20Primary%20Schools&f=false](https://books.google.hr/books?id=r7aSDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Children%E2%80%99s+Mental+Health+and+Emotional+Well-being+in+Primary+Schools&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Children%E2%80%99s%20Mental%20Health%20and%20Emotional%20Well-being%20in%20Primary%20Schools&f=false).
8. World Health Organization (WHO). Mental Health [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2022 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
  9. Nagel P. Mental Health Matters: A practical guide to identifying and understanding mental health issues in primary schools. [Internet]. London, UK: Bloomsbury Publishing. ; [cited 2023 Feb 17]. Available from: [https://books.google.hr/books?id=UDfSDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Mental+Health+Matters:+A+practical+guide+to+identifying+and+understanding+mental+health+issues+in+primary+schools&hl=hr&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Mental%20Health%20Matters%3A%20A%20practical%20guide%20to%20identifying%20and%20understanding%20mental%20health%20issues%20in%20primary%20schools&f=false](https://books.google.hr/books?id=UDfSDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Mental+Health+Matters:+A+practical+guide+to+identifying+and+understanding+mental+health+issues+in+primary+schools&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Mental%20Health%20Matters%3A%20A%20practical%20guide%20to%20identifying%20and%20understanding%20mental%20health%20issues%20in%20primary%20schools&f=false).
  10. Vizard T, Sadler K, Ford T, Newlove-Delgado T, McManus S, Marcheselli F, et al. Mental Health of Children and Young People in England, 2020: Wave 1 follow up to the 2017 survey. [Internet]. UK: National Health Service (NHS) Digital.; 2020 [cited 2023 Feb 17]. Available from: [https://files.digital.nhs.uk/CB/C41981/mhcyp\\_2020\\_rep.pdf](https://files.digital.nhs.uk/CB/C41981/mhcyp_2020_rep.pdf).
  11. Husky MM, Boyd A, Bitfoi A, Carta MG, Chan-Chee C, Goelitz D, et al. Self-reported mental health in children ages 6–12 years across eight European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Jun 1;27(6):785–795.
  12. Kovess-Masfety V, Husky MM, Keyes K, Hamilton A, Pez O, Bitfoi A, et al. Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Aug 1;51(8):1093–1093.

13. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental Health Surveillance Among Children - United States, 2013-2019. *MMWR Suppl.* 2022 Feb 25;71(2):1–42.
14. UNICEF. The State of the World 's Children 2021: On my Mind. (Regional Brief: Europe). [Internet]. Brussels; UNICEF; 2021 [cited 2023 Feb 19]. Available from: [https://www.unicef.org/croatia/media/8446/file/Stanje\\_djece\\_-\\_Europa.pdf](https://www.unicef.org/croatia/media/8446/file/Stanje_djece_-_Europa.pdf).
15. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 2011 Oct 22;378(9801):1515–1525.
16. Nolan A, Smyth E. Risk and protective factors for mental health and wellbeing in childhood and adolescence [Internet]. Dublin: The Economic and Social Research Institute (ESRI); 2021 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <http://hdl.handle.net/10419/249097>.
17. Hosker DK, Elkins RM, Potter MP. Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019 Apr;28(2):171–193.
18. Ričković V, Ladika M. Mentalno zdravlje djece i adolescenata: prevalencija i specifičnosti mentalnih poremećaja. *HČJZ.* 2021;17(56):32–8.
19. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer M, et al. The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing [Internet]. Canberra: Department of Health; 2015 [cited 2023 Feb 23]. Available from: [https://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=well\\_being](https://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=well_being).
20. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *J Pediatr.* 2019 Mar;206:256-267.
21. Grimm F, Alcock B, Butler JE, Fernandez Crespo R, Davies A, Peytrignet S, et al. Improving children and young people's mental health services: Local data insights from England, Scotland and Wales [Internet]. London: The Health Foundation; 2022 [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://doi.org/10.37829/HF-2022-NDL1>.

22. Melchior M, van der Waerden J. Parental influences on children's mental health: the bad and the good sides of it. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug;25(8):805–7.
23. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. 2006 Jun;163(6):1001–1008.
24. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2019 Apr 10 [cited 2023 Mar 3];16(7):1278. Available from: doi: 10.3390/ijerph16071278.
25. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jun 6;22(6):369–377.
26. Amrock SM, Weitzman M. Parental psychological distress and children's mental health: results of a national survey. *Acad Pediatr*. 2014;14(4):375–381.
27. Goldberg JS, Carlson MJ. Parents' Relationship Quality and Children's Behavior in Stable Married and Cohabiting Families. *J Marriage Fam*. 2014 Aug 1;76(4):762–777.
28. Koehn AJ, Kerns KA. Parent–child attachment: meta-analysis of associations with parenting behaviors in middle childhood and adolescence. *Attach Hum Dev*. 2018 Jul 4;20(4):378–405.
29. Uji M, Sakamoto A, Adachi K, Kitamura T. The Impact of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles on Children's Later Mental Health in Japan: Focusing on Parent and Child Gender. *J Child Fam Stud*. 2014 Feb 9;23(2):293–302.
30. Ključević Ž et al. Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih: uloga javnozdravstvenih projekata [Internet]. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije; 2016 [cited 2023 Feb 26]. Available from: [https://nzjz-split.hr/wp-content/uploads/2021/05/zastita\\_mentalnog\\_zdravlja\\_djece\\_i\\_mladih\\_knjiga-1.pdf](https://nzjz-split.hr/wp-content/uploads/2021/05/zastita_mentalnog_zdravlja_djece_i_mladih_knjiga-1.pdf).
31. Zablotzky B, Terlizzi EP. Mental Health Treatment Among Children Aged 5–17 Years: United States, 2019 [Internet]. Hyattsville, Maryland: Nacional Centre for Health

- Statistics; 2020 [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db381-H.pdf>.
32. Huang L, Hiscock H, Dalziel KM. Parents' perception of children's mental health: seeing the signs but not the problems. *Arch Dis Child*. 2019 Nov;104(11):1102–1104.
  33. Abera M, Robbins JM, Tesfaye M. Parents' perception of child and adolescent mental health problems and their choice of treatment option in southwest Ethiopia. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:40.
  34. Bajeux E, Klemanski DH, Husky M, Leray E, Chan Chee C, Shojaei T, et al. Factors Associated with Parent-Child Discrepancies in Reports of Mental Health Disorders in Young Children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018 Dec;49(6):1003–1010.
  35. Nastavno-klinički centar Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. Briga za mentalno zdravlje – radni materijal za učitelje/nastavnike i roditelje [Internet]. Zagreb: Odgojno savjetovalište Nastavno-kliničkog centra ERF-a u Zagrebu; 2021 [cited 2023 Feb 26]. Available from: [https://centar.erf.unizg.hr/wp-content/uploads/2021/05/Edukativni\\_materijal\\_Briga\\_za\\_mentalno\\_zdravlje.pdf](https://centar.erf.unizg.hr/wp-content/uploads/2021/05/Edukativni_materijal_Briga_za_mentalno_zdravlje.pdf);
  36. Fazlić M. Mentalno zdravlje učenika osnovnih škola Primorsko-goranske županije [Diplomski rad]. Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci; 2021.
  37. Božićević V, Brlas S, Gulin M. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije; 2012.
  38. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Jun;26(6):623–647.
  39. Ohan JL, Seward RJ, Stallman HM, Bayliss DM, Sanders MR. Parents' Barriers to Using School Psychology Services for Their Child's Mental Health Problems. *School Ment Health*. 2015 Dec 1;7(4):287–297.
  40. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):581–586.

41. Slaviček M, Vlah N. Strengths and Difficulties in Croatian Preschool Children: Validation of the Strengths and Difficulties Questionnaire [Internet]. Vol. 53. 2017 [cited 2022 Nov 29]. Available from: <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b0.py>.
42. Otto C, Reiss F, Voss C, Wüstner A, Meyrose AK, Hölling H, et al. Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Oct;30(10):1559–1577.
43. Woo BSC, Ng TP, Fung DSS, Chan YH, Lee YP, Koh JBK, et al. Emotional and behavioural problems in Singaporean children based on parent, teacher and child reports. *Singapore Med J*. 2007 Dec;48(12):1100–1106.
44. Chiorri C, Hall J, Casely-Hayford J, Malmberg LE. Evaluating Measurement Invariance Between Parents Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Assessment*. 2016 Feb 1;23(1):63–74.
45. Davé S, Nazareth I, Senior R, Sherr L. A comparison of father and mother report of child behaviour on the strengths and difficulties questionnaire. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008 Dec;39(4):399–413.
46. Mellor D, Wong J, Xu X. Interparent agreement on the strengths and difficulties questionnaire: a chinese study. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40(6):890–6.
47. Maršanić VB, Zečević I, Paradžik L, Karapetrić Bolfan L. Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba: rezultati probnog projekta. *Soc. Psihijat*. 2017;45:169-186.
48. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Goodman R, Skovgaard AM. The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Sep;19(9):725–735.
49. Arman S, Keypour M, Maracy MR, Attari A. Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(6):371-375.



50. Seyf Hashemi M, Yarian E, Bahadoran P, Jandaghi J, Mirmohammad Khani M. Prevalence of Mental Health Problems in Children and Its Associated Socio-Familial Factors in Urban Population of Semnan, Iran (2012). *Iran J Pediatr.* [Internet]. 2015 Apr [cited 2023 Mar 16];25(2):e175. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505996/>.

## **PRIVITAK A: Popis ilustracija**

### **Popis slika:**

Slika 1. Podjela ispitanika prema spolu .....	18
Slika 2. Ukupni rezultat teškoća.....	29
Slika 3. Stavovi roditelja o uočenim poteškoćama kod djece (osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja sa drugim ljudima) .....	31
Slika 4. Stavovi roditelja o utjecaju poteškoća na dijete.....	32
Slika 5. Stavovi roditelja o utjecaju djetetovih poteškoća na svakodnevni život .....	33
Slika 6. Stavovi roditelja o utjecaju poteškoća na njih i obitelj kao cjelinu .....	34

### **Popis tablica:**

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike uzorka .....	19
Tablica 2. T-test razlika emocionalnih simptoma djeteta prema spolu roditelja .....	20
Tablica 3. T-test razlika emocionalnih simptoma djece nižih i viših razreda osnovne škole prema spolu roditelja.....	21
Tablica 4. T-test razlika emocionalnih simptoma djeteta prema spolu roditelja .....	22
Tablica 5. T-test razlika problema ponašanja djece nižih i viših razreda osnovne škole prema spolu roditelja.....	23
Tablica 6. T-test razlika hiperaktivnosti djeteta prema spolu roditelja .....	24
Tablica 7. T-test razlika hiperaktivnosti djece nižih i viših razreda osnovne škole prema spolu roditelja.....	25
Tablica 8. T-test razlika u poteškoćama u odnosima s vršnjacima prema spolu roditelja .....	26
Tablica 9. T-test razlika u poteškoćama u odnosima s vršnjacima djece nižih i viših razreda osnovne škole prema spolu roditelja .....	27
Tablica 10. T-test razlika prosocijalnog ponašanja djeteta prema spolu roditelja .....	28
Tablica 11. T-test razlika prosocijalnog ponašanja djece nižih i viših razreda osnovne škole prema spolu roditelja.....	29
Tablica 12. Ukupni rezultat teškoća djece prema spolu roditelja .....	30

**PRIVITAK B:** Anketni upitnik – eng. *The Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ – R. Goodman, 1997.

## Roditeljska percepcija mentalnog zdravlja djece u nižim razredima osnovne škole

Poštovane/i,

molim Vas za nekoliko minuta Vašeg vremena za popunjavanje anketnog upitnika za potrebe pisanje diplomskog rada pod naslovom: "Roditeljska percepcija mentalnog zdravlja djece u nižim razredima osnovne škole,,.

Molimo da na pitanja odgovarate što spontanije i što iskrenije jer će jedino takvi odgovori doprinijeti kvaliteti pisanja navedenoga rada.

Anketa je anonimna i nije ju potrebno potpisivati. Sudjelovanje u anketi je dragovoljno i u svakom trenutku možete odustati od daljnjeg davanja odgovora.

Klikom na tipku „Dalje“ potvrđujete da ste informirani o istraživanju i da pristajete sudjelovati u njemu.

Zahvaljujem na pomoći.

Studentica diplomskog studija Nensi Obradović, bacc.med.techn.

Kontakt: [nensi20@gmail.com](mailto:nensi20@gmail.com)

### 1. Spol roditelja

1. Muški

2. Ženski

### 2. Dob roditelja

1. manje od 25

2. 25 i više ali manje od 30

3. 30 i više ali manje od 35

4. 35 i više ali manje od 40

5. 40 i više ali manje od 45

6. više od 45

### 3. Koji razred osnovne škole pohađa dijete?

1. prvi razred
2. drugi razred
3. treći razred
4. četvrti razred

4. Stupanj obrazovanja roditelja koji popunjava upitnik

1. Osnovna škola ili nepotpuna osnovna škola
2. Srednja škola
3. Viša stručna sprema
4. Visoka stručna sprema
5. Doktorat

5. Molim označite u kvadratiću za svako pojedino pitanje je li odgovor Netočan, Djelomično točan ili Potpuno točan. Molim odgovorite na osnovu ponašanja djeteta tijekom posljednjih šest mjeseci.

Tvrdnja	Netočno	Djelomično točno	Potpuno točno
1. Ima obzira prema osjećajima drugih			
2. Nemirno, pretjerano aktivno, ne može dugo ostati mirno			
3. Često se žali na glavobolje, bolove u truhu ili mučninu			
4. Spremno dijeli s drugom djecom (slatkiše, igračke itd.)			
5. Često ima nastupe bijesa ili razdražljivosti			
6. Pretežno usamljeno, teži igranju sa samim sobom			
7. Uglavnom poslušno, obično učini ono što odrasli traže			
8. Ima puno briga, često izgleda zabrinuto			
9. Pomoći će ako je netko povrijeđen, uznemiren ili se osjeća bolesno			

10. Stalno se vrpolti ili meškolji			
11. Ima barem jednog dobrog prijatelja			
12. Često se tuče s drugom djecom ili ih maltretira			
13. Često je nesretno, potišteno ili plačljivo			
14. Druga djeca ga uglavnom vole			
15. Lako izgubi pažnju, koncentracija mu varira			
16. Nervozno, ne odvaja se od člana obitelji u novim situacijama, lako gubi samopouzdanje			
17. Dobro se odnosi prema mlađoj djeci			
18. Često laže ili vara			
19. Druga djeca ga zadirkuju ili maltretiraju			
20. Često dobrovoljno pomaže drugima			
21. Razmisli prije negoli nešto učini			
22. Dijete krade kod kuće, u školi ili drugdje			
23. Bolje se slaže s odraslima nego na drugom djecom			
24. Ima puno strahova, lako se plaši			
25. Zadatke izvršava do kraja, ima dobar raspon pažnje			

15. Sveukupno, mislite li da Vaše dijete ima poteškoća u jednom ili više od ovih područja: osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja s drugim ljudima?

1. Netočno
2. Djelomično točno
3. Potpuno točno

\* Ako ste odgovorili "Da", molim odgovorite o kojoj ili kojim poteškoćama se radi: osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja sa drugim ljudima?

\* Koliko dugo su te poteškoće prisutne?

---

---

\* Uznemiruju li te poteškoće ili zamaraju Vaše dijete?

---

\* Utječu li te poteškoće na svakodnevni život Vašeg djeteta u sljedećim područjima?

	Uopće ne	Samo malo	Poprilično	Jako
1. Život kod kuće				
2. Prijateljstva				
3. Školsko učenje				
4. Slobodne aktivnosti				

\* Predstavljaju li te poteškoće teret za Vas ili obitelj kao cjelinu?

1. Uopće ne
2. Rijetko
3. Poprilično

16. Ukoliko imate potrebu nešto napisati, a nismo Vas pitali, vezano uz temu, možete to ovdje.

Hvala na suradnji!

---

---

---

## ŽIVOTOPIS

Zovem se Nensi Obradović. Rođena sam 23.09.1989. Osnovnu i Srednju medicinsku školu završila sam u Puli. 2017. godine upisujem preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo u Puli, te nastavljam školovanje na diplomskom studiju u Rijeci smjer Sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja.

Cijelo svoje 12- godišnje radno iskustvo stječem u Općoj bolnici Pula u kojoj sam trenutno zaposlena u Internističkoj dnevnoj bolnici onkologije i hematologije.

Voljela bih se dodatno educirati u području mentalnog zdravlja te se baviti istim u budućnosti.