

Utjecaj stresnih i traumatskih životnih događaja na pozitivno mentalno zdravlje adolescenata

Ilijaš, Paula

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:628819>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Utjecaj stresnih i traumatskih životnih događaja na pozitivno mentalno
zdravlje adolescenata**

Paula Ilijaš

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Utjecaj stresnih i traumatskih životnih događaja na pozitivno mentalno
zdravlje adolescenata**

Paula Ilijaš

mentorica: doc.dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad „*Utjecaj stresnih i traumatskih životnih događaja na pozitivno mentalno zdravlje adolescenata*“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Paula Ilijaš

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2020.

Naslov rada: Utjecaj stresnih i traumatskih životnih događaja na pozitivno mentalno zdravlje adolescenata

Ime i prezime studentice: Paula Ilijaš

Ime i prezime mentorice: doc.dr.sc. Miranda Novak

Program/modul: Socijalna pedagogija/Djeca i mladi

Sažetak rada:

Cilj ovog diplomskog rada bio je ispitati povezanost između stresnih i traumatskih životnih događaja i pozitivnog mentalnog zdravlja učenika srednjih škola Varaždinske županije. Uz to, ispitala se razina pozitivnog mentalnog zdravlja, učestalost doživljavanja stresnih i traumatskih događaja te rodne razlike između tih konstrukata.

Navedeno istraživanje dio je većeg projekta pod nazivom „Pozitivan razvoj adolescenata u Hrvatskoj“ koji je u razdoblju od 2017. do 2019. godine 10 138 adolescenata ispitivao o specifičnostima njihova razvoja te osobitostima obitelji, vršnjaka, zajednice i školskog okruženja. Istraživanje je uključilo reprezentativan uzorak od 1647 srednjoškolaca s područja Varaždinske županije. Sudionici su bili uključeni iz sljedećih srednjih škola: 143 učenika Medicinske škole, 154 učenika Graditeljske, prirodoslovne i rudarske škole, 196 učenika Strojarske i prometne škole, 234 učenika Gospodarske škole, 204 učenika Prve gimnazije, 178 učenika Druge gimnazije, 153 učenika Srednje strukovne škole, 305 učenika Elektrostrojarske škole te 80 učenika Glazbene škole.

Osim demografski podataka, pozitivno mentalno zdravlje ispitalo se skalom *Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale* (Stewart-Brown i sur., 2007), a stresni i traumatski događaji *Upitnikom životnih događaja* koji se posebno konstruirao za potrebe spomenutog projekta po uzoru na slične upitnike. Za potrebe ovog diplomskog rada, događaji su se podijelili na svakodnevne i traumatske.

Rezultati su pokazali kako varaždinski adolescenti postižu prosječnu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja ($M=50,91$; $SD=10,44$), pri čemu mladići postižu višu razinu od djevojaka. Što se tiče doživljenih stresnih i traumatskih događaja, prosječni rezultat je pet proživljenih događaja, pri čemu se pokazalo da djevojke doživljavaju više stresnih događaja. Osim toga, potvrđena je negativna povezanost između pozitivnog mentalnog zdravlja te stresnih i traumatskih događaja.

Ključne riječi: adolescenti, pozitivno mentalno zdravlje, stresni događaji, traumatski događaji

Title: The impact of stressful and traumatic life events on positive mental health of adolescents

Student: Paula Ilijaš

Mentor: doc.dr.sc. Miranda Novak

Program/module: Social pedagogy/Children and youth

Summary:

The aim of this graduate thesis was to examine the relationship between stressful and traumatic life events and positive mental health of high school students in Varaždin County. In addition, the level of positive mental health, the frequency of experiencing stressful and traumatic events, and the gender differences between these constructs were examined.

This research is part of a larger project called "Positive Adolescent Development in Croatia" which in the period from 2017 to 2019 examined 10,138 adolescents about the specifics of their development and the characteristics of family, peers, community and school environment. The research included a representative sample of 1 647 high school students from the area of Varaždin County. Participants were included from the following high schools: 143 students of the Medical School, 154 students of the School of Architecture, Science and Mining, 196 students of the School of Mechanical Engineering and Traffic, 234 students of the School of Economics, 204 students of the First Gymnasium, 178 students of the Second Gymnasium, 153 students of the Secondary Vocational School, 305 students of the School of Electrical Engineering and 80 students of the Music School.

In addition to demographic data, positive mental health was examined by the *Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale* (Stewart-Brown et al., 2007) and stressful and traumatic events by the *Life Events Questionnaire* specially designed for the project based on similar questionnaires. For the purposes of this thesis, the events were divided into everyday events and traumatic events.

The results showed that adolescents from Varaždin achieve an average level of positive mental health ($M=50,91$; $SD=10,44$), with boys achieving a higher level than girls. Regarding the experienced stressful and traumatic events, the average result is five experienced events, with girls being shown to experience more stressful events. In addition, a negative correlation between positive mental health and stressful and traumatic events was confirmed.

Key words: adolescents, positive mental health, stressful events, traumatic events

SADRŽAJ

1.	UVOD	1
2.	KONCEPT POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA	2
2.1.	DEFINIRANJE POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA	2
2.2.	ISTRAŽIVANJA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA	7
2.3.	PROMOCIJA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA	9
2.4.	POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE ADOLESCENATA.....	11
3.	STRESNI ŽIVOTNI DOGAĐAJI	12
4.	TRAUME I TRAUMATSKI ŽIVOTNI DOGAĐAJI.....	16
5.	CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	20
6.	METODOLOGIJA.....	21
6.1.	NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA	21
6.2.	OPIS UZORKA	21
6.3.	VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI	23
7.	REZULTATI ISTRAŽIVANJA	24
7.1.	RAZINA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA	24
7.2.	RAZINA UČESTALOSTI SVAKODNEVNIH I TRAUMATSKIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA TE KOLIKO SU POGODILI SUDIONIKE	26
7.3.	RODNE RAZLIKE U POZITIVNOM MENTALNOM ZDRAVLJU TE DOŽIVLJAVANJU STRESNIH I TRAUMATSKIH DOGAĐAJA	32
7.4.	POVEZANOST POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA TE SVAKODNEVNIH I TRAUMATSKIH STRESNIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA	35
8.	RASPRAVA	37
9.	PREPORUKE ZA PREVENTIVNU PRAKSU	44
10.	ZAKLJUČAK	47
11.	LITERATURA.....	49

1. UVOD

Razdoblje adolescencije nepobitno je jedno od najturbulentnijih životnih perioda. Ono je obilježeno promjenama vezanima uz biološke, socijalne, psihološke i kognitivne aspekte razvoja, ali osim toga često se smatra emocionalno intenzivnim i stresnim razdobljem (Kuzman, 2009). Graovac (2010) u svom radu navodi značajan broj razvojnih zadaća adolescencije, primjerice separacija od roditelja, učvršćivanje strukture ličnosti, smanjenje ovisnosti o skupini vršnjaka. Ista autorica navodi kako s obzirom na brojna očekivanja koja se nameću adolescentima nije neuobičajeno da izražavaju neke oblike teškoća mentalnog zdravlja ili probleme u ponašanju. Ono što je specifično za adolescente 21.stoljeća, poglavito za one rođene nakon 2000.godine je odrastanje u nešto drugačijim uvjetima nego prije- uz televiziju, Internet, proces globalizacije, iskustvo povećane odgovornosti, organizaciju slobodnog vremena većinom uz nove medije te veću ovisnost o grupi vršnjaka (Car, 2013). Dodatno, Dahl i suradnici (2018) spominju i izazove koji se vežu uz prijelaz iz adolescencije u ranu odraslu dob, a obilježeni su značajnim brojem rizika i ranjivosti (depresija, suicid, ovisnost o alkoholu i drogama, neželjene trudnoće, spolno prenosive bolesti, zdravstveni problemi poput nezdrave prehrane i dr.). Neki mladi kroz razdoblje adolescencije prolaze bez većih teškoća ili problema, no postoji značajan broj onih koji se susreću s brojnim izazovima, uključujući stresne i traumatske događaje. Iako se može govoriti o prisutnosti stresa i traume u gotovo svim životnim periodima, upravo zbog spomenutih promjena koje se događaju u adolescenciji, a pogotovo kod adolescenata „novijeg doba“, stručnjaci i znanstvenici posljednjih su desetak godina naglasak stavili na istraživanja utjecaja stresa i traume na adolescente. Osim toga, proučava se i uloga stresora u razini mentalnog zdravlja koje Svjetska zdravstvena organizacija definira kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac prepoznaje svoje vlastite sposobnosti i kapacitete, u mogućnosti je nositi se s normalnim životnim stresovima, produktivno raditi te je u mogućnosti pridonositi zajednici u kojoj živi (WHO, 2001, 2013, prema Novak, Antolić, 2016, str.317).

Znanstvena i stručna literatura nudi više različitih definicija stresa, najčešće kroz objašnjenje individualne percepcije stresa osobe ili navodeći i uključujući i fiziološke reakcije, prilagodbu pojedinca, prijašnja iskustva u stresnim situacijama i slično. Tako jedna od definicija stresa objašnjava da je to događaj koji za većinu ljudi predstavlja prijetnju ili gubitak te kao događaj koji samo za neku određenu osobu može predstavljati prijetnju ili gubitak (Zotović, 2002). Lazarus i Folkman (2004, prema Brkić i Rijavec, 2011) stres definiraju kao odnos između osobe i njezina okruženja, koji, s jedne strane, uzima u obzir karakteristike osobe, a s druge strane

prirodu okolinskog događaja. Također, isti autori ističu da stres predstavlja takav odnos između osobe i njezine okoline koji ona procjenjuje previše zahtjevnim za svoje adaptivne resurse ili kapacitete i ugrožavajućim za svoju dobrobit. Najprihvatljivija podjela stresnih i traumatskih događaja podrazumijeva kombinaciju dimenzija trajanja i intenziteta, a obuhvaća traumatski događaj, životni događaj, kronično opterećenje vezano za socijalnu ulogu i dnevne mikrostressore. Kroz provedbu istraživanja u fokusu ovog diplomskog rada ispitivali su se svakodnevni i traumatski stresni životni događaji, pri čemu valja naglasiti da neki događaji sami po sebi mogu biti stresni, ali ne nužno traumatski, kao npr. smrt kućnog ljubimca ili prekid veze.

Iako se unatrag nekoliko godina može vidjeti određeni pomak prema longitudinalnim istraživanjima na reprezentativnim uzrocima (Novak, Ferić, Kranželić, Mihić, 2019), jasno je kako u Hrvatskoj postoji vrlo malo podataka o utjecaju koji stres i traume imaju na adolescente i njihovo mentalno zdravlje. Važno je stoga kontinuirano proučavati te koncepte i njihovu ulogu na razvoj adolescenata, mentalno zdravlje, opću dobrobit i sposobnost te mogućnost doprinosa široj društvenoj zajednici. Nove informacije koje bi se takvim istraživanjima prikupile označavale bi nova saznanja o ozbiljnosti problema mentalnog zdravlja i važnosti njihova preveniranja. Podaci koji se dobivaju ovakvim i sličnim istraživanjima pomažu stručnjacima u praksi usmjeriti resurse i znanje na ono što je zapravo bitno – jačanje snaga i potencijala mladih osoba, fokusiranje na pozitivno, mobilizacija svih adolescentu važnih osoba s ciljem organiziranja društva koje razumije, a ne umanjuje, probleme i okolnosti s kojima se današnji mladi nose.

2. KONCEPT POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA

2.1. DEFINIRANJE POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA

Povijesno gledajući, mentalno zdravlje imalo je značajno manju važnost u psihologiji, medicini, sociologiji i drugim relevantnim granama u usporedbi s današnjicom. Keyes i Simoes (2012) navode kako su se mentalno zdravlje i svi koncepti i aspekti rada u tom području najviše kretali prema definiciji kako je mentalno zdravlje odsutnost mentalne bolesti. Osim istraživanja, i znanstvena literatura ponajviše se usredotočila na dijagnosticiranje i liječenje mentalnih bolesti koje su se smatrale biološkim, psihološkim i sociološkim fenomenom (Barry, 2009). Sva velika epidemiološka istraživanja znatno su se više fokusirala na to tko je psihički loše, dok se dobrobiti nije ispitivala (Vaillant, 2012). Iako je Svjetska zdravstvena organizacija još 1946.

godine spomenula pravo na fizičko i mentalno zdravlje kroz tvrdnju „uživanje najvišeg standarda zdravlja jedno je od temeljnih prava svakog ljudskog bića“ (Drew, Funk, Pathare i Swartz, 2005, str.81, prema Antolić, Novak, 2016, str.218), pozitivno mentalno zdravlje i dalje je koncept koji se veže uz 2000te godine. Barry i suradnici (2019) pod ovim konceptom obuhvaćaju aspekte emocionalne (afekt/osjećaj), psihološke (pozitivno funkcioniranje), socijalne (odnosi s drugima i društvom), fizičke (fizičko zdravlje) i duhovne (osjećaj smisla i svrhe u životu) dobrobiti.

Svjetska zdravstvena organizacija (2004) navodi nekoliko glavnih značajki općeg mentalnog zdravlja:

- nema zdravlja bez mentalnog zdravlja – mentalno zdravlje dio je opće dobrobiti i njen sastavni dio
- mentalno zdravlje više je od odsustva mentalne bolesti – ono je nepobitan dio individue, obitelji i društva u cjelini
- mentalno zdravlje determinirano je socioekonomskim i okolinskim čimbenicima – najjasniji dokaz ovoj tvrdnji je činjenica kako se u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju mentalne bolesti najčešće povezuju sa siromaštvom, niskom razinom obrazovanja, a u nekim istraživanjima i s niskim prihodima te lošim stambenim uvjetima; povećana ranjivost osoba za razvoj problema mentalnog zdravlja također je povezana s iskustvima nesigurnosti i beznađa, brzih socijalnih promjena i rizika od fizički i fizički lošeg zdravlja
- mentalno zdravlje je povezano s ponašanjem – mentalni, socijalni i ponašajni zdravstveni problemi mogu djelovati na način da intenziviraju svoj utjecaj na dobrobit i ponašanje pojedinca
- mentalno zdravlje zajednice može se poboljšati učinkovitim javnozdravstvenim intervencijama
- međusektorska povezanost i suradnja je ključ promocije mentalnog zdravlja

S obzirom da je relativno dugi niz godina pojam mentalnog zdravlja bio u sjeni mentalnih bolesti i poremećaja to je značilo kako se i sam definirao u okviru neke vrste odstupanja, teškoće

ili problema. Tek je Vaillant (2012) spomenuo predostrožnosti kojih se valja držati prilikom utvrđivanja definicije:

- 1) uzimanje kulturoloških raznolikosti u obzir
- 2) „prosječno“ ne znači zdravo/dobro
- 3) važnost longitudinalnih studija
- 4) postavljanje koncepta mentalnog zdravlja u kontekst u kojem se odvija i istražuje

Uz konceptualizaciju i pružanje definicije pozitivnog mentalnog zdravlja neizostavan je i tzv. „dualni model mentalnog zdravlja“. Tradicionalni pogled na mentalno zdravlje, kao što je već i ranije u tekstu spomenuto, u obzir većinom uzima psihopatologiju. Točnije, intervencije su prema pojedincu usmjerene isključivo ukoliko zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze nekog mentalnog poremećaja (Suldo i Shaffer, 2008). Isto tako, istraživanja često dobro mentalno zdravlje pojedinca i psihopatologiju stavljaju na krajeve istog kontinuuma, kao svojevrsne ekstreme, bez da uzimaju u obzir mogućnost prisustva pozitivnog mentalnog zdravlja i psihopatologije istovremeno (Lyons i sur., 2012). No, dualni model mentalnog zdravlja omogućuje širi pogled na zdravlje, a pogotovo mentalno zdravlje. On objašnjava kako osoba koja boluje od neke mentalne bolesti i dalje može iskusi pozitivno mentalno zdravlje te pojedinac može imati loše mentalno zdravlje bez da ima neki oblik mentalnog poremećaja (<https://ontario.cmha.ca/documents/positive-mental-health-and-well-being/>). Ovo je važno u kontekstu ranijih istraživanja i definiranja koji su se usmjeravali uglavnom na fiksiranje mentalnog zdravlja što je značilo da pojedinac boluje od mentalne bolesti isključivo zbog toga što je mentalno loše. Dualni model omogućuje širu perspektivu i daje razumijevanje kompleksnosti pojave (pozitivnog) mentalnog zdravlja. Pojam koji se dodatno uvodi pri objašnjenju modela je subjektivna dobrobit – koja se najšire rečeno objašnjava kao zadovoljstvo životom (Greenspoon i Saklofske, 2001). Na suprotnoj strani kontinuuma je pojam, odnosno čimbenik psihopatologije, koji označava prisustvo simptoma patoloških stanja, odnosno mentalnih bolesti (Keyes, 2014). Za dodatno razumijevanje priložena je Tablica 1. koja pojašnjava mogućnosti prisustva psihopatologije i subjektivne dobrobiti (prilagođena prema radu Keyes i Lopez, 2002, prema Wang, Zhang i Wang, 2011). Jasno je vidljivo kako je tradicionalno shvaćanje mentalnog zdravlja pojedinca svrstavalo u moguće dvije kategorije, dok Tablica 1. prikazuje upravo mogućnosti prisustva raznolikih razina mentalne bolesti i subjektivne dobrobiti u različitim kombinacijama, te pojašnjava kako pojedinac ne mora ostati fiksiran u samo jednoj kategoriji, već su to karakteristike pojedinca koje su sklone promjenama.

Dodatna je važnost ovog modela u tome što stručnjacima i istraživačima omogućuje razumijevanje cijelog spektra mentalnog zdravlja. Dakle, vidljivo je kako prisustvo psihopatologije ne označava ujedno i nisku razinu subjektivne dobrobiti, niti je visoka subjektivna dobrobiti oznaka za odsustvo simptoma psihopatologije.

Tablica 1. Dualni model mentalnog zdravlja

	VISOKA PRISTUNOST SIMPTOMA SUBJEKTIVNE DOBROBITI		
VISOKA PRISUTNOST PSIHOPATOLOGIJE	<i>nepotpuna mentalna bolest</i> (visoka psihopatologija +visoka subjektivna dobrobit)	<i>potpuno mentalno zdravlje</i> (niska psihopatologija + visoka subjektivna dobrobit)	NISKA RAZINA PSIHOPATOLOGIJE
	<i>potpuna mentalna bolest</i> (visoka psihopatologija + niska subjektivna dobrobit)	<i>nepotpuno mentalno zdravlje</i> (niska psihopatologija + niska subjektivna dobrobit)	
	NISKA PRISUTNOST SIMPTOMA SUBJEKTIVNE DOBROBITI		

Kako bi se dodatno odmaklo od teoretiziranja mentalnog zdravlja u službi mentalnih bolesti, Keyes (2002) nudi kontinuum od potpunog izostanka mentalnog zdravlja (engl. „*languishing*“) do optimalnog mentalnog zdravlja (engl. „*flourishing*“). Između te dvije podjele postoji i umjereno mentalno zdravlje (engl. „*moderate mental health*“).

Pri istraživanju i pokušaju definiranja pozitivnog mentalnog zdravlja nezaobilazan je pojam subjektivne dobrobiti. Pritom postoje dva smjera objašnjenja tog pojma: s jedne strane subjektivna dobrobit predstavlja stanje u kojem se osoba osjeća dobro, a s druge strane se izjednačava s mogućnošću pozitivnog funkcioniranja u životu (Gilman, Huebner, Furlong, 2009). Dodatno se spominju i dva filozofska stajališta čija je početna točka objašnjenja dobrobiti - sreća. Jedna od njih odražava hedonističku tradiciju i perspektivu koja se veže uz zadovoljstvo, točnije „pozitivne osjećaje“, a druga uz eudaimonsku tradiciju koja naglašava izvrsnost i dobar život osobe, i kao pojedinca i kao građanina (Keyes, Simoes, 2012). Još jedna definicija subjektivne dobrobiti navodi kako je se ona sastoji od kognitivne komponente (zadovoljstvo životom) i afektivne komponente (prisutnost pozitivnog utjecaja i odsutnost negativnih emocionalnih iskustava) (Deiner, 2000, prema Shoshani, Steinmetz, 2013).

Osim subjektivne dobrobiti koja se ponajviše fokusira na sveukupno životno zadovoljstvo i sreću, ne treba zanemariti važno i psihološke dobrobiti koju se može vezati uz ljudski razvoj i egzistencijalne izazove života (Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002). Ryff (1989, prema Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002) nudi multidimenzionalni model psihološke dobrobiti koji se sastoji od šest dimenzija:

- autonomija - samousmjeravanje prema vlastitim društveno prihvaćenim standardima
- upravljanje svojim okruženjem - sposobnost upravljanja okruženjem prema vlastitim potrebama
- osobni rast
- pozitivni odnosi sa drugima - zadovoljavanje osobnih odnosa u kojima su izraženi empatija i intimnost
- svrha u životu - ciljevi i uvjerenja koji afirmiraju osjećaj smjera i smisao u životu
- samoprihvatanje - pozitivan i prihvaćajući stav prema aspektima sebe u prošlosti i sadašnjosti

Generalno gledajući, Svjetska zdravstvena organizacija (2004, prema Barry, 2009, str.6) navodi kako je „pozitivno mentalno zdravlje osmišljeno kao doživljavanje pozitivnih i ugodnih emocija i afekata, kroz subjektivnu dobrobit i osjećaj sreće te kao osobina ličnosti koja obuhvaća samopoštovanje, otpornost, osjećaj kontrole i sposobnost za nošenje sa životnim stresorima“. Osim toga, definicije su se odmakle od tradicionalnog pogleda na mentalno zdravlje kao odsutnost mentalnih bolesti već se govori o cijelom kontinuumu od potpunog

izostanka mentalnog zdravlja do optimalnog mentalnog zdravlja (Keyes, 2002, prema Antolović, Novak, 2016). Koncept pozitivnog mentalnog zdravlja obuhvaća sposobnosti osobe da se razvija psihološki, emocionalno, intelektualno, fizički, socijalno i duhovno. Takva holistička perspektiva i osjećaj za ravnotežu i sklad u različitim dimenzijama blagostanja također su jasno artikulirani u općem okviru i ideji dobrobiti (Barry i sur., 2019).

2.2. ISTRAŽIVANJA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA

Istraživanja u ovom području izazovno je pronaći u literaturi, s obzirom kako većina istraživača proučava koncept mentalnog zdravlja i dalje u okviru mentalnih bolesti, objašnjavajući ga kroz raznolike aspekte svakodnevnog funkcioniranja sudionika. Ipak, postoje naznake da sve više stručnjaka želi dobiti nova saznanja o tome što je naročito pozitivno u aspektu mentalnog zdravlja te psihološke ili subjektivne dobrobiti, kako bi se upravo ti čimbenici mogli jačati.

Keyes (2006) je tako proveo istraživanje na populaciji američkih adolescenata kojim je utvrdio kako oni mladi koji imaju optimalno mentalno zdravlje pokazuju manje simptoma depresivnosti te više rezultate na skalama samopouzdanja, povezanosti s drugima te školskim uspjehom, u usporedbi s mladima kojima mentalno zdravlje izostaje, odnosno Keyes (2006) ih opisuje kao one koji pripadaju u kategoriju s niskom razinom mentalnog zdravlja - *languishing*.

Izrazito značajno istraživanje proveli su Bos i suradnici (2016) na temu odvajanja mentalnog zdravlja od mentalne bolesti. Studija pruža dokaze o ideji kako prihvatljiva razina blagostanja može koegzistirati sa značajnim simptomima psihopatologije. Iako su više razine anksioznosti, depresije i stresa predviđale niže razine dobrobiti, značajan postotak sudionika s umjerenom do teškom razinom simptoma psihopatologije sreću je ocijenio zadovoljavajućom (58% i 30% onih s umjerenom i teškom razinom simptoma, respektivno). Isti su autori svoje rezultate poduprli rezultatima istraživanja koje su proveli Bergsma i suradnici (2011) te Palmer i suradnici (2014) – značajan broj sudionika ovih istraživanja usprkos dijagnozi mentalne bolesti postizao je visok ili umjeren rezultat na skalama sreće. Autori su dodatni značaj svojim podacima dali kroz naglašavanje promjena koje rezultati mogu imati u radu s osobama s psihopatologijom; umjesto da se stručnjaci usmjeravaju na pristup „popravi što ne valja“ trebali bi se okrenuti pristupu jačanja snaga pojedinaca.

Greenspoon i Saklofske (2001, prema Suldo, Thalji, Ferron, 2011) također su istraživali dualni model mentalnog zdravlja, točnije povezanosti i prisutnosti psihopatologije i subjektivne dobrobiti, kod 400 učenika nižih razreda osnovne škole. Rezultate su prikazali u četiri skupine

djece: 1. visoka prisutnost psihopatologije, visoka razina subjektivne dobrobiti, 2. niska prisutnost psihopatologije, niska razina subjektivne dobrobiti, 3. visoka prisutnost psihopatologije, niska razina subjektivne dobrobiti, 4. niska prisutnost psihopatologije, visoka razina subjektivne dobrobiti. Stoga, iako su autori identificirali učenike prema „tradicionalnim“ kategorijama povezanosti mentalnog zdravlja i dobrobiti, pronašli su i one učenike koji potpadaju pod dualni model mentalnog zdravlja, navodeći na zaključak da jedno ne isključuje drugo.

Dualni model mentalnog zdravlja istraživali su i Eklund i suradnici (2010) na uzorku studenata, N=240. Sudionici su bili organizirani u četiri skupine na temelju razine subjektivne dobrobiti i prisutnosti simptoma psihopatologije. Rezultati koje su dobili u skladu s prethodnim istraživanjima koja sugeriraju da psihopatologija i subjektivna dobrobit nisu suprotni krajevi kontinuuma, već ukazuju na to da bi ih valjalo konceptualizirati kao zasebne i komplementarne konstrukte povezane sa cjelokupnim ljudskim funkcioniranjem.

O subjektivnoj dobrobiti i zdravlju provedeno je istraživanje u Škotskoj, u razdoblju od 1994. do 2006., na uzorku mladih djevojaka i mladića od 11 do 15 godina (Levin, Currie i Muldoon, 2009). Rezultati su ukazali na činjenicu kako dečki i mlađi adolescenti postižu bolje rezultate na skali samopouzdanja, sreće, bespomoćnosti te iskazuju nižu razinu osjećaja izostavljenosti iz društva u usporedbi s djevojkama i starijim adolescentima. Nadalje, istraživači su utvrdili kako postoje socioekonomske nejednakosti u percipiranoj sreći, samopouzdanju i općem zdravlju svih sudionika, što je dovelo do zaključka o nezaobilaznom praćenju specifičnih socioekonomskih okolnosti koje doprinose nižem stupnju subjektivne dobrobiti te dodatnoj potrebi za jačanjem snaga škotskih adolescenata.

Osim prethodnog istraživanja, subjektivnu dobrobit istraživali su i Ronen i suradnici (2016). Oni su utvrdili kako je razina subjektivne dobrobiti viša kod mlađih sudionika nego starijih te da rod ne predviđa razinu subjektivne dobrobiti. Dodatno su se usmjerili i na one sudionike koji su iskusili neku vrstu obiteljske krize ili teškoće te ustanovili da takvo iskustvo samo po sebi također ne predviđa višu ili nižu razinu subjektivne dobrobiti, već ga treba promatrati kroz različite druge čimbenike (kao npr. vještine nošenja s problemima).

Što se tiče Hrvatske, istraživanje na ovu temu provele su Vuletić i Maslić Seršić (2006) s ciljem psihometrijske evaluacije skale *Short Form (SF-36)* koja služi za procjenu subjektivne dobrobiti, na uzorku od N=9070 sudionika. Neke od kategorija skale su: psihološko

funkcioniranje, mentalno zdravlje, socijalno funkcioniranje, opće zdravlje itd. Rezultati istraživanja ukazali su na postojanje razlika hrvatskih sudionika u usporedbi s američkim, danskim, australskim, francuskim, nizozemskim i talijanskim, na način da su Hrvati u prosjeku postizali niži prosječni rezultat na skali, što autorice objašnjavaju već od prije poznatim nalazima istraživanja kako razlike u prosječnom zdravstvenom stanju (fizičkom i mentalnom) odražavaju razlike u socioekonomskom statusu zemalja, tj. da bogatija društva imaju i zdravije stanovnike (Phipps, 2003, prema Vuletić i Maslić Seršić, 2006).

Velik broj spomenutih i postojećih istraživanja dualnog modela mentalnog zdravlja i subjektivne dobrobiti dodatno naglašavaju važnost primjene istog u daljnjim studijama, ali naročito u praksi. Podjela pojedinaca na dvije strogo određene kategorije „mentalno zdrav“ i „mentalno bolestan“ trebala bi biti stvar prošlosti. Suvremena shvaćanja i moderna praksa usmjerena prema široj perspektivi sveukupnog ljudskog funkcioniranja trebala bi dualni model mentalnog zdravlja koristiti češće, uzimati u obzir kontinuum na kojem ne postoje samo dvije kategorije, već njih četiri u različitim kombinacijama te osim simptoma bolesti ili dobrobiti uvažavati široke mogućnosti koje su rezultat kompleksnosti postojanja. Isto tako, pri otkrivanju uzroka i predviđanju posljedica nekog iskustva ili ponašanja na osobu, valja u obzir uzeti cijeli niz čimbenika, obiteljskih, okolinskih ili osobnih, u skladu s ekološkim modelom, kako bi planirane intervencije mogle ciljati na čim širi spektar utjecaja.

2.3. PROMOCIJA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA

Svjetska zdravstvena organizacija (2004) promociju mentalnog zdravlja definira kao svaku radnju koja se poduzima kako bi se maksimiziralo mentalno zdravlje i dobrobit među populacijom i pojedincima. Promocija mentalnog zdravlja trebala bi uključivati prihvaćanje pristupa koji se temelji na pozitivnom pogledu na mentalno zdravlje umjesto da ističu mentalne bolesti i nedostaci, osnažujući pristup koji ima za cilj angažirati ljude i osnažiti ih za poboljšanje cjelokupnog zdravlja stanovništva (WHO,2004). Na sličan način objašnjenje daje Barry (2001, prema Antolić, Novak, 2016) navodeći kako programi promocije mentalnog zdravlja okupljaju intervencije koje promoviraju psihološku snagu i kompetencije pri čemu su usmjereni cijeloj populaciji. Promocija mentalnog zdravlja djeluje na tri razine: 1. jačanje pojedinaca, 2. jačanje zajednica, 3. smanjenje strukturalnih barijera mentalnog zdravlja, kao što je smanjenje diskriminacija, jednak pristup obrazovanju i pružanje pomoći ranjivim pojedincima društva (WHO,2004).

Programi promocije mentalnog zdravlja učinkoviti su ukoliko su usmjereni prema potrebama i karakteristikama djece, mladih i odraslih pri čemu se naročito misli na kulturološku prikladnost, fleksibilnost i prilagodbu programa dobi (Vranda, 2015). Osim što je fokusirana na pozitivne aspekte, promocija mentalnog zdravlja također igra važnu ulogu i za ljude koji imaju problema s mentalnim zdravljem ili su im već dijagnosticirane neke mentalne bolesti. To uključuje stvaranje podržavajućeg okruženja, smanjenu stigmatizaciju i diskriminaciju te podržavajuće društveno i emocionalno blagostanje individua i njihovih obitelji (Barry i sur., 2019). Sistematičan pregled intervencija usmjerenih prema mladim ljudima utvrdio je kako su se značajno učinkovitijima pokazale intervencije i mjere usmjerene na promociju mentalnog zdravlja, za razliku od onih koje su se fokusirale na probleme mentalnog zdravlja, postavljanje dijagnoza ili poremećaja (Wells, Barlow and Stewart-Brown, 2003, prema Clark i sur., 2010).

Općenito razmatrajući, u svijetu raste svijest da se dobrobit i mentalno zdravlje mogu promovirati, primjerice, organizacijskim praksama, podržavajućim i pozitivnim okruženjem, raspoloživom podrškom, načinom života, stavovima i socijalnom uključenosti. Da bi promocija mentalnog zdravlja bila učinkovita, cilj joj je promjena ponašanja i stavova, a ne samo pružanje informacija djeci, mladima i odraslima (Sayce, 2000, prema Crouch, Scarffe, Davies, 2006). Neke intervencije promicanja općeg zdravlja populacije promicanje mentalnog zdravlja postavljaju kao primarni cilj, kroz programe kao što su npr. pružanje podrške majkama oboljelima od neke mentalne bolesti. Osim toga, govori se i o promicanju mentalnog zdravlja djece u školama ili starijih osoba koje žive u lošim uvjetima. Nastavno, mnogi programi promocije mentalnog zdravlja uključuju aktivnosti namijenjene smanjenju zlouporabe duhana, alkohola i psihoaktivnih tvari, potom smanjenje štete od nezaštićenog spolnog odnosa, poboljšanje odnosa između učitelja i učenika u školama te općeniti rad na školskoj klimi, ublažavanje socijalnih i ekonomskih problema poput kriminaliteta i nasilja u partnerskim odnosima te se spominju i programi vezani uz prevenciju suicida koji nerijetko uključuju intervencije koje obuhvaćaju promociju (Herrman, Jane Llopis, 2012). Iz spomenutog je moguće zaključiti kako promocija mentalnog zdravlja nije zadatak isključivo zdravstvene skrbi, kao što se ranije smatralo, već se programi moraju usmjeriti na mnogostruke komponente društvenog života pojedinaca – na školu, obitelj, zajednicu, pravosuđe. Takve informacije i zaključke spominje i Barry (2007, prema Antolić, Novak, 2016) navodeći kako promocija mentalnog zdravlja uključuje cijelu populaciju, a ne samo ljude u riziku ili s već razvijenim mentalnim poremećajima te neminovno zahtjeva interdisciplinarni pristup objašnjenju, promociji i prevenciji.

2.4. POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE ADOLESCENATA

Važnost definiranja i promicanja pozitivnog mentalnog zdravlja kod adolescenata time je važnija što su prethodno spomenuti aspekti neophodni za sazrijevanje, odrastanje, samopouzdanje i razvoj mladih. Dugi niz godina na adolescenciju se gledalo kao na period bunta, stresa, problema i teškoća, a mlade se osobe karakteriziralo u terminima samoozljeđivanja, hostilnosti, depresivnosti i devijantnosti. Takve okolnosti i percepcija adolescenata istraživačima nije pružala velike mogućnosti za proučavanje mentalnog zdravlja, a još manje njegovih pozitivnih aspekata. Tek kroz određeni period prikupljanja empirijskih podataka znanstvenici su stvorili prilike za povezivanje adolescencije s pozitivnim karakteristikama, a adolescente su opisivali kao osobe sa snagama i mogućnostima za razvoj (Millstein, Petersen, Nightingale, 1993). Dahl i suradnici (2018) spominju raznolike promjene koje se događaju tijekom adolescencije, a značajne su za opće i mentalno zdravlje, primjerice promjene socijalnih uloga, povećana odgovornost, usmjeravanje pažnje na pripadanje grupi vršnjaka, konstruiranje „*selfa*“ itd. Zbog okolnosti i karakteristika 21.stoljeća, isti autori naglašavaju važnost prepoznavanja novina u odrastanju adolescenata koje se naziva „tehnološki starosjedioci“ na način da su rođeni u vrijeme širokog korištenja Interneta i tehnologije. Važnost spominju u okviru pozitivnog značaja društvenih mreža i tehnologije, no ističu i negativne strane istih kroz različite oblike online zlostavljanja, seksualnog iskorištavanja i osuđivanja na Internetu.

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje djece i adolescenata kao sposobnost postizanja i održavanja optimalnog psihološkog funkcioniranja i dobrobiti (Herrman, Saxena, Moodie, 2005, prema Mi Cho i Mi Shin, 2013). Mentalno zdravlje važan je dio ukupnog zdravlja i vrlo je važan dio razvoja djeteta i adolescenata. Dobro mentalno zdravlje tijekom djetinjstva preduvjet je optimalnog psihološkog razvoja, društvenih odnosa, učenja i sposobnosti brige o sebi (Mi Cho i Mi Shin, 2013).

Sretni, zadovoljni i samouvjereni adolescenti najvjerojatnije će (p)ostati odrasle osobe koje mogu doprinijeti razvoju i napretku društva. Emocionalno zdravlje i dobrobit mladih imaju utjecaj na samopoštovanje, ponašanje, pohađanje škole, obrazovna postignuća, socijalnu koheziju i zdravlje. Adolescenti s osjećajem mentalnog blagostanja posjeduju vještine rješavanja problema, društvene kompetencije i osjećaja svrhe što doprinosi općenitoj dobrobiti, bilo subjektivnoj bilo psihološkoj (WHO,2012).

Brojni istraživači i znanstvenici značajan naglasak u promociji mentalnog zdravlja i unaprjeđenju pozitivnih aspekata razvoja vide upravo u školi i školskom okruženju. Pritom se najviše spominje pozitivno školsko iskustvo koje može ojačati sposobnost mladih da se nose uspješno s tranzicijama i promjenama kroz život. Pozitivno iskustvo u školi, dobar školski uspjeh i prijateljska mreža spominju se kao glavni zaštitni čimbenici te faktori koji doprinose pozitivnom mentalnom zdravlju adolescenata (Resnick i sur. 1997, prema Anteghini, 2001, prema Barry i sur., 2005). Osim škole, WHO (2012) kao važne čimbenike u zaštiti dobrobiti i pozitivnog mentalnog zdravlja ističe i doživljavanje pozitivnih okolnosti u životu (zaštitnih čimbenika) koji smanjuju utjecaj rizika. Značajno je jačati zaštitne čimbenike u obitelji i lokalnoj zajednici, osigurati dobar sustav zdravstvene zaštite i uravnotežiti politike promocije mentalnog zdravlja (WHO, 2012).

Što se tiče konkretnih programa koji ciljaju na promociju pozitivnih mentalnog zdravlja te postizanje učinka na socijalno i emocionalno blagostanje, utvrđeno je kako su najučinkovitiji oni koji su sveobuhvatni – usredotočeni na vještine, poboljšanje okruženja (obiteljskog i školskog) te unaprjeđenje socijalno emocionalnog znanja i vještina (Durlak i sur., 2011, prema Barry i sur., 2019). Što se tiče same dobrobiti, ranije spomenute u tekstu, nedavno su započeta istraživanja koja za cilj imaju definirati one čimbenike koji utječu na subjektivnu dobrobit djece i adolescenata. Specifičnije, riječ je o faktorima kao što su nada, pozitivne emocije, zahvalnost, postavljanje ciljeva i snaga karaktera koji su kroz neka istraživanja doveli do rezultata o povećanju subjektivne dobrobiti (Shoshani, Steinmetz, 2013).

3. STRESNI ŽIVOTNI DOGAĐAJI

Stres, stresori ili stresni životni događaj(i) toliko su učestali pojam 21. stoljeća da se može reći da predstavljaju našu svakodnevicu. Takve su okolnosti postale uobičajene za užurbani zapadnjački način života. Iako se stres veže ponajviše uz novije doba, postoje podaci koji govore o fenomenu stresa još u 14. stoljeću kroz pojmove kao što su tegoba, nedaća i nesreća. Kasnije, u 17. stoljeću pojam se koristio u fizici, a u 19. stoljeću počeo je zauzimati svoje mjesto u objašnjenju bolesti (Hinkle, 1977, prema Lazarus i Folkman, 1984). U periodu oko 1930-ih godina, Hans Selye pojam stresa koristi na vrlo specifičan način, kao set fizičkih i tjelesnih obrana od bilo kakve vanjske ugrožavajuće sile, uključujući i psihološke, što je zajednički nazvao „generalni adaptacijski sindrom“ (Lazarus i Folkman, 1984).

Prva istraživanja provedena na ovu temu vežu se uz kraj 1960-ih godina i istraživače Holmesa i Rahea (Holmes, Rahe, 1967, prema Kendler, Karkowski, Prescott, 1999). Oni su na uzorku od 5000 pacijenata, odnosno njihovih medicinskih dokumentacija, proučavali utječu li stresni životni događaji na razvoj neke bolesti. Svaki događaj, zvan „*life change unit*“ (LCU), imao je drugačiju "težinu" stresa. Više označenih događaja značilo je postizanje višeg rezultata, a viši rezultat i veća težina događaja označavali su veću vjerojatnost za razvoj neke bolesti (Noone, 2017). Rezultati spomenutog istraživanja kasnije su objavljeni pod nazivom „*Social Readjustment Rating Scale*“ (Holmes, Rahe, 1967, prema Noone, 2017), a sada je skala poznatije nazvana kao „*Holmes and Rahe Stress Scale*“ (Noone, 2017).

Lazarus i Folkman (1984) predstavljaju neke od prvih istraživača koji su razgraničili svakodnevne stresore, koje su oni nazvali „dnevne neprilike“ (engl. „*daily hassles*“), kao što su osjećaj usamljenosti, velik broj obaveza, oboljenje kućnog ljubimca itd., od velikih životnih stresora poput razvoda braka ili gubitka bliske osobe. Isti autori također spominju podjelu stresora na kronične i akutne.

Elliott i Eisdorfer (1982, prema Lazarus, Folkman, 1984, str.14) znanosti su dali dodatni taksonomski prikaz četiri moguće vrste stresora:

- akutni, vremenski ograničeni stresori (čekanje operacije, skakanje padobranom)
- slijed stresnih događaja – niz stresnih životnih događaja koji se događaju kroz duži vremenski period (gubitak posla, smrt bliske osobe, razvod braka)
- kronično stresni naizmjenični događaji – događaju se jednom dnevno, tjedno, mjesečno (konfliktni susreti s osobom s kojom su prisutni loši odnosi)
- kronični stresori – nisu potaknuti nekim konkretnim događajem i perzistiraju kroz duže vrijeme (roditeljski nesklad, invaliditet, dugotrajna nezaposlenost)

Dodatnu podjelu nude i Christiansen i Jacobson (2000, prema Britvić, 2010) te razlikuju dva termina, odnosno podjele stresa:

- stres - prilagodba na manje teške životne događaje, često se događaju svakodnevno da ih gotovo nismo ni svjesni, izazivaju stalnu napetost, nervozu, zabrinutost (izlazak na ispit, vožnja automobilom, blaže oboljenje u obitelji)

- distres ili kriza - događaji na koje se teže prilagođavamo i koji mijenjaju životne okolnosti, mogu biti i pozitivni i negativni (negativni: gubitak posla, smrt bliske osobe; pozitivni: novo radno mjesto, sklapanje braka)

Lazarus i Folkman (2004, prema Brkić, Rijavec 2011) stres definiraju kao odnos između osobe i njezina okruženja, koji, s jedne strane, uzima u obzir karakteristike osobe, a s druge strane prirodu okolinskog događaja. Osim toga, isti autori govore da stres predstavlja odnos između osobe i njezine okoline koji ona procjenjuje previše zahtjevnim za svoje adaptivne sposobnosti i ugrožavajućim za svoju vlastitu dobrobit. Također se spominje i stres kao kategorija subjektivne prirode, na način da ono što je stresno za jednu osobu ne mora nužno biti i za drugu, niti ono što je stresno za jednu osobu u određenom trenutku mora biti stresno u nekom drugom trenutku (Lazarus, Folkman, 1984, Nedić, 1998, Selye, 1979, Sowa, 1992, prema Marić, 2010).

Vulić-Prtorić i Macuka (2004, str.1) stresne životne događaje iz aspekta rada s djecom i mladima definiraju kao „svakodnevne teškoće koje predstavljaju iritirajuće ili frustrirajuće zahtjeve iz okoline, događaji koje dijete očekuje ili priželjkuje, ali se ne ostvaruju, ali i intenzivni stresni događaji poput trauma koji su užasavajući i vrlo uznemirujući za dijete“. Spomenute autorice nastavno na definiciju navode i kako se takvi događaji rijetko pojavljuju zasebno već se riječ o međusobnoj povezanosti (npr. razvod roditelja, alkoholizam u obitelji, konfliktni odnosi).

Istraživanja koja se bave proučavanjem stresa, njegovih karakteristika i učestalosti, često u obzir uzimaju demografske karakteristike kao što su rod, socioekonomski status, dob i slično, kako bi se razumijevanje i sukladno tome usmjerene intervencije mogle prilagoditi rezultatima takvih studija. Stoga, pri proučavanju rodni razlika vezanih uz doživljavanje stresa, istraživanje su proveli Gore i suradnici (1992, prema Kim i sur., 2003), a rezultati ukazuju kako je kod djevojaka zabilježen veći broj negativnih i stresnih događaja od dječaka, no nije bilo razlike u emocionalnom utjecaju istih s obzirom na rod adolescenta. Leaderbeater i suradnici (1995, prema Kim i sur., 2003) također su dobili rezultate koji govore o jednakoj ranjivosti i djevojaka i dječaka kao odgovor na stresne životne događaje. Slijedom rečenog, Hoffmann i Cerbone (1999) navode kako je reakcija dječaka na stres više izražena kroz eksternalizirana ponašanja poput agresivnosti, dok djevojke iskazuju internalizirana ponašanja, primjerice depresivne simptome. Osim s obzirom na rod, doživljavanje stresnih događaja istraživalo se i u odnosu na socioekonomski status, pri čemu je ustanovljeno da osobe nižeg socioekonomskog statusa doživljavaju veći broj stresnih događaja i doživljavaju ishode koji su često vezani za

stres (npr. lošije zdravlje, depresija) (Turner i sur., 1995, prema Hoffmann, Cerbone, 1999). Istraživanje s posebnim značajem za ovaj diplomski rad ističe kako je pri proučavanju utjecaja stresnih životnih događaja na ponašanje i razvoj adolescenata važno u obzir uzeti razvojne karakteristike tog razdoblja – pri prilagodbi na životne promjene koje prate njihov razvoj, adolescenti nerijetko iskazuju problematična ponašanja poput korištenja sredstava ovisnosti ili agresivnosti (McKnight, Huebner i Suldo, 2002). Za istraživače i stručnjake u praksi to se čini posebno važnim s aspekta utvrđivanja specifičnih čimbenika koji utječu upravo na cjelokupni proces prilagodbe na promjene, stres i teškoće.

Vezano uz utjecaj koji pozitivno mentalno zdravlje ima na smanjenje stresa pronalazi se izrazito malo znanstvene literature. Djeluje kao da je još uvijek veliki naglasak na utjecaju koji stres ima na mentalne bolesti i do koje ih razine (ne)posredno uzrokuje. Iz tog razloga, pozitivno mentalno zdravlje rastavilo se na neke od svojih dijelova koji su se potom istražili u odnosu na stres.

Najzastupljenija su istraživanja koja se bave međusobnim utjecajem sreće i stresa. Generalni je zaključak takvih studija kako subjektivni čimbenici sreće ne umanjuju utjecaj stresa na osobu već to čine ugodne emocije. Nastavno, iskazani su i rezultati koji upućuju na činjenicu kako raznoliki oblici vježbanja, meditacije i pisanja doprinose smanjenju stresa i povećavaju razinu sreće kod osobe. Kao pojašnjenje rezultata, autori nude slijedeća pitanja: Jesu li sreća i stres različiti ekstremi jednog kontinuuma? Možemo li biti sretni i pod stresom? (Schiffirin, Nelson, 2008).

Nadalje, istraživanja su utvrdila kako aspekti pozitivnog mentalnog zdravlja kao što su osjećaj kontrole, visoko samopoštovanje i dobar odnos s drugima (točnije, socijalna podrška) smanjuju utjecaj koji stresne situacije imaju na osobu. Visoko samopoštovanje može pojedincima pružiti samopouzdanje potrebno za pokušaj rješavanja problema, a percepcija dostupnosti socijalne podrške pomaže u održavanju vjerovanja u sebe i osjećaju važnosti za druge (Thoits, 2012).

Govoreći o ugodnim emocijama i stresnim životnim događajima, godinama su istraživanja potpuno isključivala mogućnost pojave „pozitivnih“ emocija tijekom proživljavanja stresnih okolnosti. Folkman (2007) izvještava kako postoje značajni dokazi o prisutnosti ugodnih emocija pri proživljavanju stresa, te naglašava da upravo takve emocije jačaju psihološke i psihosocijalne strategije nošenja sa stresnim događajima.

Iz svega spomenutog, jasno je stoga zaključiti kako raznoliki aspekti pozitivnog mentalnog zdravlja imaju utjecaj na sposobnosti i načine nošenja sa stresnim događajima – samim time što osoba ima razvijene neke od karakteristika pozitivnog mentalnog zdravlja znači da ju one svojedobno mogu „zaštiti“ od utjecaja koje stres nerijetko ostavlja na pojedince.

4. TRAUME I TRAUMATSKI ŽIVOTNI DOGAĐAJI

Riječ trauma dolazi od grčke riječi što u prijevodu znači „rana“. Priputa se zapravo počela koristiti u engleskom govornom području i označavala je tjelesne ozljede uzrokovane vanjskim silama i objektima i do dan danas trauma se koristi kao termin u širokom području medicinskih područja koja se bave organskim uzrocima raznih bolesti (van der Kolk, 1943). Jedan od prvih stručnjaka i znanstvenika koji se bavi pojmom traume u okvirima razumijevanja mentalnog zdravlja bio je Sigmund Freud, koji je mnoge psihijatrijske probleme povezivao s ranim traumama u djetinjstvu (van der Kolk, 1943). Interesi znanstvenika, poglavito američkih, za područje traume i njenog značaja na djecu i adolescente porasli su nakon potresa u San Franciscu, svjedočenja silovanju učiteljice u Missisippiju te masovne pucnjave u lokalnoj školi u Kaliforniji. Ovi su događaji krajem 1970-ih i početkom 1980-ih od stručnjaka i u praksi i u empiriji zahtijevali mobilizaciju svih resursa kako bi rana intervencija ponukala rezultate i utjecala na minimiziranje učinaka koje ovakvi traumatski događaji sa sobom nose (Armsworth, Holaday, 1993).

Velik je broj definicija, objašnjenja i podjela traume, s obzirom na spomenutu činjenicu kako se o njoj piše još 1940ih, a ovdje će se spomenuti samo neke od njih.

Primjerice, Begovac i Begovac (2002) o traumi govore s aspekta rada s djecom i adolescentima, te spominju koji utjecaj ona ima na razvoj mladih. Autori govore kako trauma uzrokuje poremećaje koji zbog svojeg intenziteta, svoje opasnosti prema djetetu ili prema nekome drugome, svoje neuobičajene i nesvakidašnje prirode i svoje iznenadnosti narušava djetetove uobičajene defanzivne mehanizme i sposobnosti nošenja s takvim okolnostima.

McCann i Pearlman (1998, prema Alexander i sur., 2004) navode nekoliko ključnih karakteristika traume:

- neočekivan, iznenađan i nenormativan događaj
- prelazi mogućnosti pojedinca da se nosi s takvim događajem

- poremećuje psihološke okvire i potrebe pojedinca

Tedeschi i Calhoun (1995) kao dodatna obilježja traume spominju manjak kontrole nad samim događajem, događaj se opisuje kao neobičan ili izvan okvira normalnog, visok stupanj kreiranja dugoročnih problema, osjećaj krivnje kod osobe koju je zadesila trauma te različit utjecaj događaja s obzirom na to kad se on dogodio. Vezano uz zadnje obilježje, spomenuti autori daju dva objašnjenja. S jedne strane, govore o utjecaju traume na osobe u kasnoj adolescenciji ili odrasloj dobi – na njih će trauma utjecati na način da će im „poljuljati“ već postojeći, formirani identitet, dok s druge strane, trauma koja se javila u djetinjstvu kasnije postaje dio identiteta te osobe utječući na misli, ponašanje, reakcije, percepciju.

Jasan je slijedom svega spomenutog i zaključak kojeg daje Herman (1997, prema Keyes, 2002) kako traumatski događaji teški sami po sebi remete uobičajenu mogućnost kontroliranja okolnosti u životu, osjećaj povezanosti s drugima i značenje koje osoba pridaje sebi i svijetu oko sebe.

Što se tiče službenih definicija, u okviru Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) trauma je definirana kao ekstremno prijeteći ili užasavajući događaj ili serija događaja (WHO, 2018, prema Čuržik, 2019). S druge strane, DSM-5 nudi temeljitiju definiciju prema kojoj je „osoba izložena smrti, prijetnjom smrti, ozljedi ili prijetnjom ozljedi te prijetnjom ili stvarnom seksualnom nasilju putem izravne izloženosti, osobnim svjedočenjem te indirektno putem bliske osobe koja je bila izložena traumi“ (American Psychiatric Association, 2013, prema Čuržik, 2019). Detaljnije čitajući, može se uočiti kako se pojmovi traume, stresova, traumatskih događaja i teškoća najčešće vežu uz posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) koji značajno prednjači prema učestalosti u pojavi objašnjenja trauma u velikom broju znanstvenih radova.

Kada se govori o značaju traume i traumatskih događaja na adolescente i njihovo svakodnevno funkcioniranje i razvoj, najčešće se spominju različiti oblici psihičkog, fizičkog i seksualnog nasilja nad djecom i mladima, socijalnim okolnostima poput siromaštva, nezaposlenosti i rasizma te vršnjačkog nasilja kao uzroke visoke zastupljenosti traumatskih iskustava i problema uzrokovanih istima (Briere i Lanktree, 2011).

Kao najčešće ishode, odnosno simptome već proživljene ili proživljavane traume, Briere i Lanktree (2011) navode:

- anksioznost i depresija (može varirati od blažih simptoma do specifičnije dijagnoze)
- posttraumatski stres
- depersonalizacija, derealizacija, disocijacija
- interpersonalni problemi (npr. teškoće stvaranja pozitivnih odnosa s drugima, opetovano uključivanje u veze koje su psihički i fizički štetne za osobu)
- korištenje sredstava ovisnosti
- samoozljeđivanje
- nezaštićeni seksualni odnosi
- agresija i agresivno ponašanje

Iako se sama trauma kod adolescenata istražuje nešto rjeđe nego kod odraslih, rezultati ukazuju na činjenicu da među onim adolescentima koji su već preživjeli neki oblik traume postoji veća šansa od razvoja raznih poremećaja u odraslosti, npr. posttraumatski stresni poremećaj, depresija, ovisnosti, poremećaj ličnosti itd. (Fortier, DiLillo i sur., 2009, prema Protić, 2016).

Gledajući povezanost i utjecaj pozitivnog mentalnog zdravlja i traumatskih događaja, pronalazi se nešto manje znanstvene literature, zbog čega je ovakvo istraživanje tim više bitno kako bi se moglo zaključivati i daljnje raditi na proučavanju utjecaja koji aspekti pozitivnog mentalnog zdravlja imaju na intenzitet i pojavnost traume. Najzastupljenije su one studije koje se bave povezanošću PTSP-a i otpornosti te one koje proučavaju ratne traume (Vijetnamski rat, Domovinski rat, Drugi svjetski rat).

Jedno od takvih istraživanja provedenih sa svrhom utvrđivanja pozitivnog mentalnog zdravlja osoba u institucionalnom smještaju i njihovom utjecaju na traumatska iskustva provele su Maschi, Viola i Morgen (2014). One navode se kako pojedinci koji imaju relativno stabilna životna iskustva, većinom bez traumatičnih i stresnih životnih događaja, iskazuju stabilnu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja i dobrobiti (Pearlin i sur., 2005, prema Maschi, Viola i Morgen, 2014). S druge strane, autorice govore o tome kako pojedinci koji dožive jedno ili više teških razdoblja traume ili stresa, u kombinaciji sa stresnim uvjetima institucionalizacije, izloženi su povećanom riziku lošeg mentalnog blagostanja. Također spominju teorije koje nude

zaključak da strategije nošenja sa stresom i traumom djeluju kao zaštitni čimbenik i medijator koji može smanjiti utjecaj dugotrajne izloženosti traume na pozitivno mentalno zdravlje i dobrobit (Maschi, Leigey, Morrissey, 2013, prema Maschi, Viola i Morgen, 2014).

O utjecaju zaštitnih čimbenika na traumatska iskustva adolescenata istraživali su Rosenthal, Wilson i Futch (2009) navodeći kako socijalna podrška, koja predstavlja jedan od čimbenika pozitivnog mentalnog zdravlja, i percepcija iste značajno utječe na pojavnost stresa uslijed doživljene traume.

Istraživanja se također bave proučavanjem moderatorskog učinka socijalne podrške. Točnije, Evans, Steel i DiLillo (2013) utvrdili su kako percipirana socijalna podrška od obitelji i prijatelja moderira odnos između zlostavljanja u djetinjstvu (fizičkog, psihičkog i seksualnog te zanemarivanja) i kasnijeg razvitka simptoma traume. Nadalje, Rosenthal, Wilson i Futch (2009) traumu kod adolescenata povezuju sa utjecajem zaštitnih čimbenika, pri čemu navode da socijalna podrška, koja predstavlja jedan od čimbenika pozitivnog mentalnog zdravlja, i percepcija iste značajno utječe na pojavnost stresa uslijed doživljene traume.

Usprkos značajnom broju znanstvenih istraživanja koja se bave negativnim posljedicama i problemima uzrokovanih proživljenom traumom, sve je veći broj onih koja se usmjeravaju na pronalaženje pozitivnih aspekata s ciljem pružanja pomoći, brige, podrške i terapije zasnovane na želji osnaživanja onih strana pozitivnog mentalnog zdravlja osobe koja su joj prvotno i omogućila dobro nošenje s takvim događajem.

5. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja te svakodnevnih stresnih i traumatskih događaja na reprezentativnom uzorku adolescenata s područja Varaždinske županije. Uz to, ispitat će se i odnos stresnih događaja i pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata. Problemska su pitanja utoliko važna da će se pružanjem odgovora na iste dobiti jasnije smjernice i poveznice između svakodnevnih i traumatskih stresnih događaja i pozitivnog mentalnog zdravlja i pružati jasniju sliku o važnosti prepoznavanja tog utjecaja.

Problem 1. Ispitati razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

S obzirom da je ovo pitanje eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor za pitanje o zastupljenosti razine pozitivnog mentalnog zdravlja kod sudionika, nego će se na taj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Problem 2. Ispitati razinu učestalost svakodnevnih i traumatskih stresnih životnih događaja te koliko su pogodili sudionike.

S obzirom da je ovo pitanje eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor za pitanje o zastupljenosti razine doživljavanja stresnih događaja kod sudionika, nego će se na taj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Problem 3. Istražiti rodne razlike u čestini doživljavanja svakodnevnih i traumatskih životnih događaja te razine pozitivnog mentalnog zdravlja.

Hipoteza 3.1.: Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini pozitivnog mentalnog između djevojaka i mladića na način da će mladići iskazivati višu pozitivnog mentalnog zdravlja u odnosu na djevojke.

Hipoteza 3.2.: Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini učestalosti doživljavanja svakodnevnih i traumatskih stresnih životnih događaja na način da će djevojke iskazivati više proživljenih stresnih i traumatskih događaja u odnosu na mladiće.

Problem 4. Istražiti povezanost stresnih i traumatskih životnih događaja s pozitivnim mentalnim zdravljem.

Hipoteza 4.1.. Pretpostavlja se da će postojati povezanost između stresnih i traumatskih događaja te pozitivnog mentalnog zdravlja, i to negativna povezanost, na način da će veći broj stresnih događaja biti povezan s nižom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja, odnosno da će manja učestalost doživljavanja stresnih događaja značiti veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

6. METODOLOGIJA

6.1. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

Ovo je istraživanje dio šireg projekta pod nazivom „Pozitivan razvoj adolescenata u Hrvatskoj“ koje je u razdoblju od 2017. do 2019. godine 10 138 adolescenata ispitalo o specifičnostima njihova razvoja te osobitostima obitelji, vršnjaka, zajednice i školskog okruženja, Projekt je proveden u pet hrvatskih gradova – u Zagrebu, Varaždinu, Osijeku, Splitu i Puli dok je u ovom diplomskom radu korišten varaždinski poduzorak. Istraživanje u Varaždinu provedeno je tijekom studenog 2018. godine te je obuhvatilo 30% ukupne srednjoškolske populacije iz svih varaždinskih srednjih škola. Škole uključene u uzorak za ovaj diplomski rad su Medicinska škola, Graditeljska, prirodoslovna i rudarska škola, Strojarska i prometna škola, Gospodarska škola, Prva gimnazija, Druga gimnazija, Srednja strukovna škola, Elektrostrojarska škola, te Glazbena škola. Ispitivanje je provedeno grupno te je bilo dobrovoljno i anonimno. U istraživanju su sudjelovali učenici stariji od 14 godina, što znači da su oni sami potpisali informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju, dok je roditeljima poslan dokument s podacima o samom istraživanju. Terensko istraživanje su proveli studenti četvrte godine diplomskog studija socijalne pedagogije (uključujući i autoricu ovog diplomskog rada), stručni suradnici u školama i posebno educirani suradnici na projektu.

6.2. OPIS UZORKA

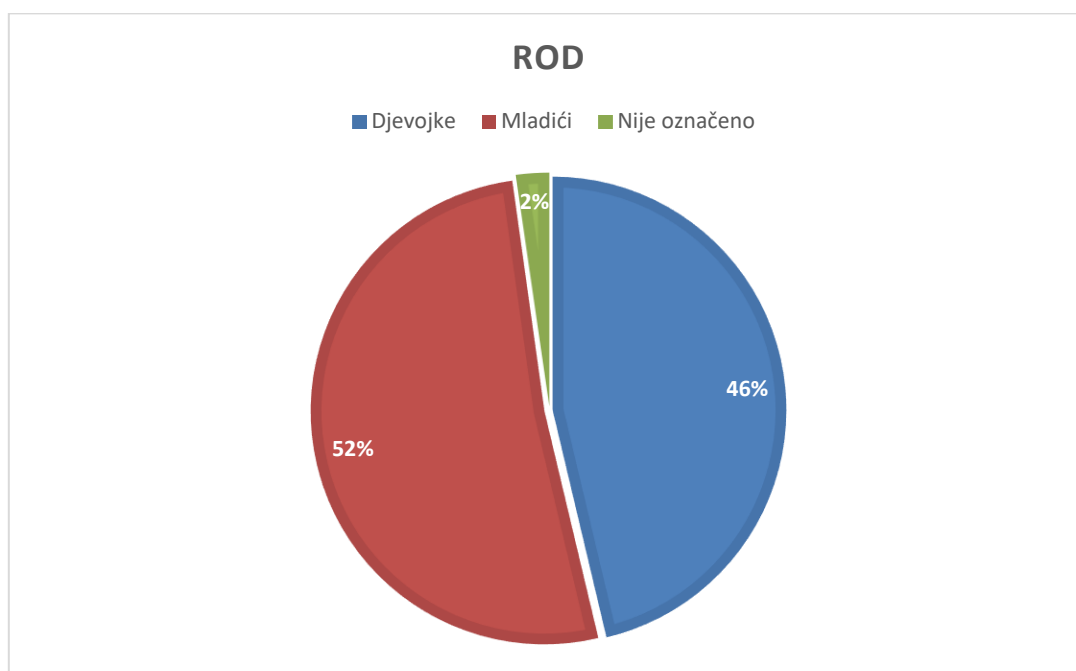
Istraživanje obuhvaća reprezentativnu populaciju učenika s područja Varaždinske županije koja se školuje u 9 srednjih škola u Varaždinu. Radi se o gimnazijama, četverogodišnjim strukovnim i trogodišnjim strukovnim školama. Iz svih škola je u istraživanje uključeno oko 30% ukupnog broja učenika u toj školi. Ukupan uzorak sudionika je 1647: 143 učenika Medicinske škole, 154 učenika Graditeljske, prirodoslovne i rudarske škole, 196 učenika Strojarske i prometne škole, 234 učenika Gospodarske škole, 204 učenika Prve gimnazije, 178 učenika Druge gimnazije,

153 učenika Srednje strukovne škole, 305 učenika Elektrostrojarske škole te 80 učenika Glazbene škole.

Što se tiče podjele s obzirom na vrstu škole, 55,13% učenika pohađa četverogodišnju strukovnu (N=908), 23,25% pohađa gimnaziju (N=382) te 21,61% trogodišnju strukovnu (N=357).

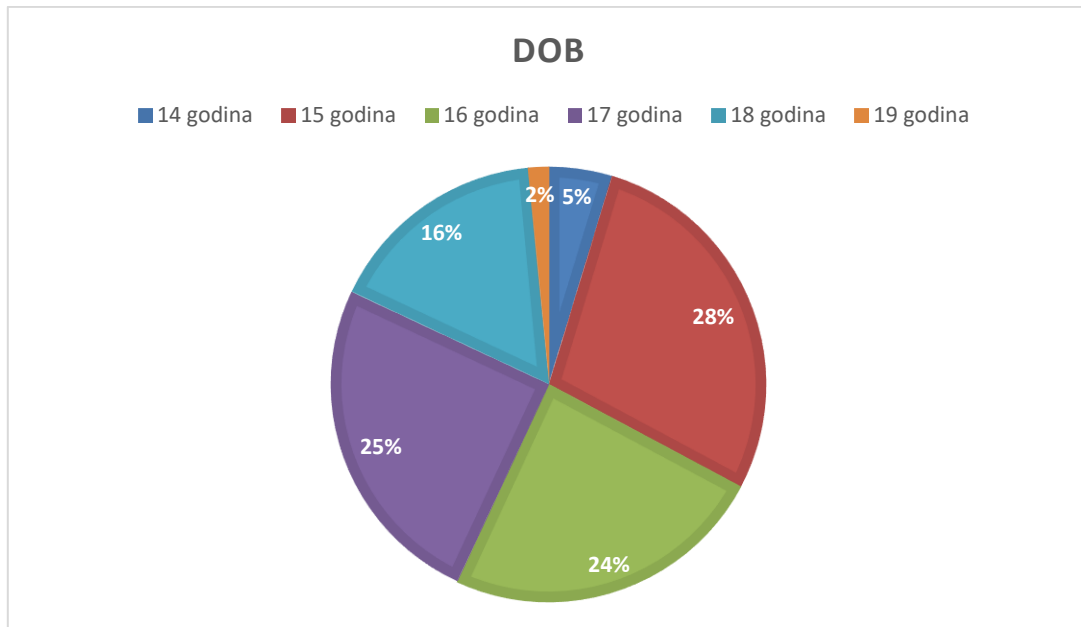


Vezano uz rod, u istraživanju je sudjelovalo 762 djevojaka (46,3%) i 848 mladića (51,5%) dok na 37 upitnika (2,2%) sudionici nisu odgovorili na ovo pitanje. Grafički su podaci prikazani na Slici 1.



Slika 1. Udio djevojaka i mladića koji su sudjelovali u istraživanju

U odnosu na dob, učenika u starosti od 14 godina bilo je 78 (M=4,7%), od 15 godina 462 (M=28,1%), od 16 godina 397 (M=24,1%), od 17 godina 413 (M=25,1%), od 18 godina 272 (M=16,5%) te od 19 godina njih 25 (M=1,5%). Prosjek godina sudionika je 16,25. Grafički su podaci prikazani na Slici 2.



Slika 2. Zastupljenost dobnih skupina adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

6.3. VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI

Pozitivno mentalno zdravlje ispitivalo se Warwick-Edinburgh skalom pozitivnog mentalnog zdravlja (*Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*). Skala je razvijena kako bi se omogućilo praćenje mentalne dobrobiti te procjena projekata, programa i politika kojima je cilj poboljšanje mentalnog blagostanja. Obuhvaća ključne aspekte psihološkog funkcioniranja i subjektivne dobrobiti: optimizam, autonomiju, znatiželju, jasnoću misli, pozitivne odnose i pozitivne afekte: samopouzdanje, osjećaj opuštenosti, vedrina, energija itd. Sudionik može postići rezultat od 14 do 70, a rezultat na skali može se interpretirati kroz nisku, umjerenu i visoku dobrobit. WEMWBS u istraživanjima se koristila na populaciji djece od 13 do 15 godina starosti, kod nacionalnih manjina te kod osoba koje koriste usluge mentalnog zdravlja i kod njihovih pomagača. Sve su skupine izvijestile o laganom postupku popunjavanja skale te vjerodostojnom prikazu slike mentalne dobrobiti.

(<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/research/validation>). I sami autori skale Stewart-Brown i suradnici (2011) proveli su istraživanje vezano uz metrijske

karakteristike skale, dobivši rezultate kako skalu karakterizira dobra valjanost, visoka test-retest pouzdanost (0,83) vrlo visoka unutarnja dosljednost ($r=0,94$) te zadovoljavajuća osjetljivost.

Skala se sastoji od 14 tvrdnji koje sudionici samoprocjenom rangiraju prema stupnju slaganja na Likertovoj skali, od 1 do 5 (nikad, rijetko, ponekad, često, uvijek) i doživljavanja tvrdnji unazad 2 tjedna. Prosječni rezultat je u rasponu od 50,3 do 51,1 (Stewart-Brown, Janmohamed, 2008). Ona tvrdnja koja se najviše odnosila na njih označili su s „x“ u kvadratić. Skala se ponajviše veže uz samoprocjenu osjećaja i stavova vezanih uz tvrdnje kao što su „Osjećam se opušteno“, „Osjećam se voljeno“, „Lako mi je donositi odluke“ i sl.

Svakodnevni i traumatski stresni životni događaji ispitani su *Upitnikom životnih događaja* koji je konstruiran po uzoru na upitnik Holmesa i Rahea (1967) za potrebe provedbe projekta. Upitnik se sastoji od 18 čestica vezanih uz raznolike životne događaje. Ukoliko su sudionici neki od spomenutih događaja proživjeli ili im se dogodio, ispred njega su zaokružili broj, te potom utjecaj tog događaja na svoj život rangirali po intenzitetu od 1 (najmanji utjecaj) do 5 (najveći utjecaj). Za potrebe ovog diplomskog rada, upitnik i čestice podijelili su se na dvije skupine: svakodnevni stresni životni događaji te traumatski stresni životni događaji. U skupinu svakodnevnih stresnih događaja uvršteni su: prekid veze, preseljenje, gubitak ili smrt kućnog ljubimca, financijski problemi u obitelji, velike nesuglasice među roditeljima, velike nesuglasice s roditeljima, teškoće u odnosima s profesorima, teškoće u odnosima s prijateljima/teškoće u vezi te promjene u fizičkom izgledu (akne, naočale, aparatić za zube). Kad je riječ o traumatskim stresnim događajima, u njih spadaju: smrt člana uže obitelji, razvod roditelja, teška ozljeda ili teška bolest, smrt bake ili djeda, kazna zatvorom za člana obitelji, pad razreda, oboljenje člana obitelji, smrt bliskog prijatelja te nasilje u obitelji.

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

7.1. RAZINA POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA

Kako bi se odgovorilo na prvi istraživački problem, u Tablici 2. prikazana je distribucija frekvencija za pojedinu česticu na skali pozitivnog mentalnog zdravlja (*Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale*).

Tvrdnje koje su sudionici najčešće označili sa „često“ i „uvijek“ su: „Osjećao/la sam se voljeno“ (69,5%), „Bio/la sam vedrog raspoloženja“ (67,4%), „Osjećao sam se blisko s drugim ljudima“ (66,5%) te „Bio/la sam zainteresiran za nove stvari“ (65,7%). S druge strane, tvrdnje koje su

pod „često“ i „uvijek“ postigle najmanji postotak su: „Osjećao/la sam se optimistično oko budućnosti“ (49,6%), „Imao/la sam viška energije“ (50,8%) te „Misli su mi bile bistre“ (52,3%).

Gotovo 12% sudionika na tvrdnju „Osjećao/la sam se opušteno“ odgovorilo je da se tako osjećalo rijetko u protekla dva tjedna, a njih 22% da se tako osjećalo ponekad. Što se tiče nošenja s problemima, 14% navodi da se nikad ili rijetko dobro nose s problemima, a vezano uz dobar osjećaj uz sebe same, 16% srednjoškolaca navodi da se rijetko ili nikad osjećaju dobro u vezi sebe same/og. Također, skoro 17% sudionika navode da se nikad ili rijetko osjećaju samopouzdana, a 24% njih se tako osjećalo ponekad.

Tablica 2. Distribucija frekvencija na skali pozitivnog mentalnog zdravlja

TVRDNJA	STUPANJ SLAGANJA				
	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1.Osjećao/la sam se optimistično oko budućnosti.	5,6	13,7	31,0	35,9	13,7
2.Osjećao/la sam se korisno.	1,7	8,3	27,6	45,6	16,9
3.Osjećao/la sam se opušteno.	2,7	12,0	22,8	40,0	22,5
4.Osjećao/la sam se zainteresirano za druge ljude.	2,1	8,7	25,9	42,1	21,3
5.Imao/la sam viška energije.	7,0	16,6	25,6	29,6	21,2
6.Dobro sam se nosio/la s problemima.	2,9	11,5	27,4	40,7	17,5
7.Misli su mi bile bistre.	4,6	15,4	27,7	35,6	16,7
8.Osjećao/la sam se dobro u vezi sebe same/a.	4,0	12,0	24,8	37,2	21,9
9.Osjećao sam se blisko s drugim ljudima.	2,5	9,3	21,8	42,8	23,7
10.Osjećao/la sam se samopouzdana.	4,6	12,0	24,0	35,7	23,7
11.Bilo mi je lako donositi odluke oko stvari.	2,1	11,3	28,6	36,6	21,3
12.Osjećao/la sam se voljeno.	2,9	8,0	19,6	34,5	35,0
13.Bio/la sam zainteresiran za nove stvari.	2,9	9,1	22,4	36,3	29,4
14.Bio/la sam vedrog raspoloženja.	3,1	8,7	20,8	38,3	29,1

U Tablici 3. prikazane su središnje vrijednosti upitnika pozitivnog mentalnog zdravlja. Rezultati se kreću od minimalnih 14 do maksimalnih 70. KS testom utvrđeno je da distribucija značajno odstupa od Gaussove ($KS=0,081$, $p<0,05$). Središnja vrijednost iznosi $C=53,00$, a mjera raspršenja $Q=7$.

Prosječan rezultat sudionika istraživanja na skali pozitivnog mentalnog zdravlja je $M=50,91$ ($SD=10,44$).

Tablica 3. Rezultati deskriptivne analize skale pozitivnog mentalnog zdravlja

	aritmetička sredina (M)	medijan (C)	mjera raspršenja (Q)	raspon rezultata	standardna devijacija (SD)
ukupni rezultat na skali pozitivnog mentalnog zdravlja	50,91	53,00	7	14,00-70,00	10,44

7.2. RAZINA UČESTALOSTI SVAKODNEVNIH I TRAUMATSKIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA TE KOLIKO SU POGODILI SUDIONIKE

Kako bi se odgovorilo na drugi postavljeni problem i utvrdila pojavnost svakodnevnih i traumatskih događaja te koliko su pogodili sudionike, izračunati su deskriptivni pokazatelji odgovora sudionika (vidi Tablicu 4.). KS testom utvrdilo se kako distribucija značajno odstupa od Gaussove ($KS=0,110$, $p<0,05$). Iz tablice se može uočiti kako je prosječni rezultat sudionika za ukupan broj stresnih događaja $M=5,13$ ($SD=3,67$), te je minimalni rezultat koji se postiže 0, a maksimalni 18. Što se tiče mjera raspršenja, ona iznosi $Q=2,5$, a središnja vrijednost $C=5,00$.

Tablica 4. Deskriptivni pokazatelji stresnih događaja (ukupno)

	aritmetička sredina (M)	medijan (C)	mjera raspršenja (Q)	raspon rezultata	standardna devijacija (SD)
stresni događaji (ukupno)	5,13	5,00	2,5	0,00-18,00	3,67

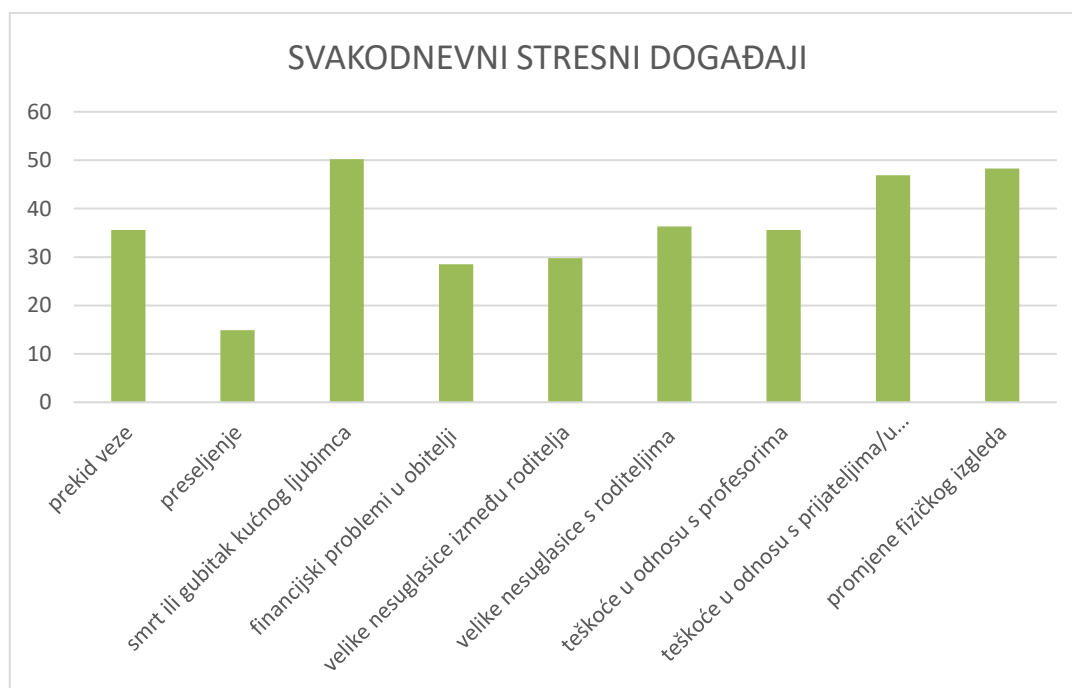
Kako bi dobili detaljnije informacije o tome koji su stresni i traumatski događaji najčešći, u Tablici 5. prikazane su frekvencije odgovora za svaki od događaja.

Tablica 5. Zastupljenost pojedinih stresnih događaja u ispitanom uzorku (%)

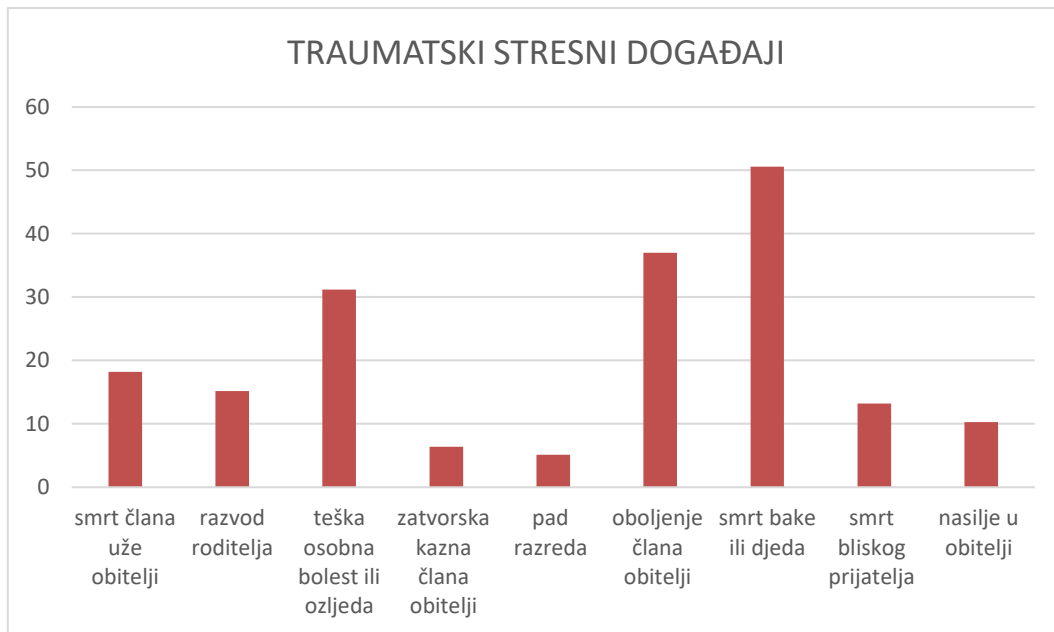
STRESNI DOGAĐAJI	FREKVENCIJA ODGOVORA (%)
1. <i>smrt člana uže obitelji</i>	18,2
2. <i>razvod roditelja</i>	15,2
3. <i>teška osobna bolest ili ozljeda</i>	31,2
4. <i>zatvorska kazna člana obitelji</i>	6,4
5. <i>pad razreda</i>	5,1
6. <i>oboljenje člana obitelji</i>	37,0
7. <i>smrt bake ili djeda</i>	50,6
8. <i>smrt bliskog prijatelja</i>	13,2
9. <i>prekid veze</i>	35,6
10. <i>preseljenje</i>	14,9
11. <i>smrt ili gubitak kućnog ljubimca</i>	50,2
12. <i>financijski problemi u obitelji</i>	28,5
13. <i>nasilje u obitelji</i>	10,3
14. <i>velike nesuglasice između roditelja</i>	29,8
15. <i>velike nesuglasice s roditeljima</i>	36,3
16. <i>teškoće u odnosu s profesorima</i>	35,6
17. <i>teškoće u odnosu s prijateljima/teškoće u vezi</i>	46,9
18. <i>promjene fizičkog izgleda (aparatić za zube, akne, naočale)</i>	48,3

Iz Tablice 5. vidljivo je kako su najzastupljeniji događaji kod adolescenata s područja Varaždinske županije slijedeći: smrt bake ili djeda (50,6%), smrt kućnog ljubimca (50,2%), promjene fizičkog izgleda (48,3%), teškoće u odnosu s prijateljima/teškoće u vezi (46,9%), oboljenje člana obitelji (37,0%) velike nesuglasice s roditeljima (36,3%) te podjednak postotak vezan uz prekid veze i teškoće u odnosu s profesorima (35,6%). Iz spomenutog je moguće zaključiti kako se uglavnom radi o svakodnevnim stresnim životnim događajima, izuzev smrti bake ili djeda te oboljenja člana obitelji. Od ostalih događaja, redom slijede: teška osobna bolest ili ozljeda (31,2%), velike nesuglasice između roditelja (29,8%), financijski problemi u obitelji (28,5%), smrt člana uže obitelji (18,2%), razvod roditelja (15,2%), preseljenje (14,9%), smrt bliskog prijatelja (13,2%), nasilje u obitelji (10,3%), zatvorska kazna člana obitelji (6,4%) te pad razreda (5,1%).

Kako bi vizualno bilo jasnije, zastupljenost dviju vrsta stresnih događaja, svakodnevnih i traumatskih, prikazana je na Slici 3. i Slici 4.



Slika 3. Zastupljenost svakodnevnih stresnih događaja kod sudionika istraživanja



Slika 4. Zastupljenost traumatskih stresnih događaja kod sudionika istraživanja

Uz ukupnu učestalost za pojedini događaj u uzorku, ono što je za razumijevanje podataka dodatno važno je utvrđivanje broja događaja koji su sudionici doživjeli. Ti su podaci prikazani u Tablici 6.

Iz tablice se može uvidjeti kako je kod najvećeg dijela sudionika riječ o dva, tri ili četiri proživljena događaja, nešto manje njih pet ili šest te kako se broj događaja povećava tako pada postotak sudionika koji su toliko događaja iskusili/proživjeli. Postotak sudionika koji su doživjeli do devet događaja iznosi 87,8%, točnije 1446 sudionika. Ovdje valja napomenuti kako Tablica 6. prikazuje i svakodnevnne i traumatske događaje, odnosno postotci ne pokazuju zastupljenost pojedinačnih skupina stresnih događaja. Ovi su podaci utoliko važni time što daju informacije s kojim se brojem stresnih događaja adolescenti uglavnom nose.

Tablica 6. Zastupljenost ukupnog broja svakodnevnih i traumatskih stresnih događaja kod sudionika istraživanja

BROJ DOGAĐAJA	%
0	8,9
1	8,0
2	10,3
3	10,4
4	11,2
5	9,9
6	9,1
7	7,4
8	7,3
9	5,3
10	3,3
11	2,6
12	2,1
13	1,6
14	0,9
15	0,6
16	0,2
17	0,5
18	0,4

Nadalje, drugi dio istraživačkog problema odnosi se na ispitivanje razine u kojoj su spomenuti stresni događaji pogodili sudionike. Tablica 7. prikazuje podatke o tome koliko je određeni svakodnevni i traumatski stresni događaj pogodio sudionike.

Tablica 7. Prikaz broja sudionika istraživanja kojima se pojedini stresni događaj dogodio te stupanj pogođenosti događajem izražen u postocima (%)

DOGAĐAJ	BROJ SUDIONIKA KOJIMA SE DOGAĐAJ DOGODIO	STUPANJ POGOĐENOSTI DOGAĐAJEM (%)				
		1	2	3	4	5
<i>smrt člana uže obitelji</i>	298	7	7,7	12,1	19,1	54
<i>razvod roditelja</i>	252	22,2	11,9	21	23,4	21,4
<i>teška osobna bolest ili ozljeda</i>	514	12,3	12,6	25,7	24,1	25,3
<i>zatvorska kazna člana obitelji</i>	104	19,2	16,3	19,2	23,1	22,1
<i>pad razreda</i>	84	22,6	11,9	14,3	21,4	29,8
<i>oboljenje člana obitelji</i>	612	3,1	9	19,9	29,9	38,1
<i>smrt bake ili djeda</i>	831	4,3	5,4	14,2	24,3	51,7
<i>smrt bliskog prijatelja</i>	216	3,2	4,6	12,5	23,6	56
<i>prekid veze</i>	589	16	19,9	24,4	16,8	22,9
<i>preseljenje</i>	249	26,1	19,3	18,9	14,9	20,9
<i>smrt kućnog ljubimca</i>	822	6,2	11,8	21,2	25,1	35,8
<i>financijski problemi u obitelji</i>	467	8,6	17,8	31,5	27,8	14,3
<i>nasilje u obitelji</i>	166	12,7	10,2	21,1	24,1	31,9
<i>velike nesuglasice između roditelja</i>	490	9,6	16,3	22,2	26,3	25,5
<i>velike nesuglasice s roditeljima</i>	600	8,3	22,7	28,5	23,8	16,7
<i>teškoće u odnosu s profesorima</i>	588	22,4	31,3	24,8	11,2	10,2
<i>teškoće u odnosu s prijateljima/u vezi</i>	771	9,3	20,2	25,2	25,6	19,7
<i>promjene fizičkog izgleda</i>	794	28,3	22,2	18,6	15,7	15,1

Iz tablice se može zaključiti kako je najveći postotak pogođenosti, označen brojevima 4 i 5, upravo kod događaja koji potpadaju pod kategoriju traumatskih: smrt bliskog prijatelja (79,6%), smrt bake ili djeda (76%), smrt člana uže obitelji (73,1%), oboljenje člana obitelji (68%) te nasilje u obitelji (56%). Što se tiče svakodnevnih stresnih događaja, najznačajnijima se prema kriteriju pogođenosti ističu: smrt kućnog ljubimca (60,9%), velike nesuglasice između roditelja (51,8%) te teškoće u odnosu s prijateljima (45,3%). Iako se spomenuti događaji naizgled ističu po razini u kojoj su pogodili sudionike, ni ostali spomenuti u upitniku nisu nešto na što ne treba obratiti pozornost, kao npr. pad razreda (51,2%), zatvorska kazna člana obitelji (45,2%), razvod roditelja (44,8%), financijski problemi u obitelji (42,1%). Od ostalih događaja, redosljedom značajnosti i zbrajanju pogođenosti na rang 4 i 5 su: teška osobna bolest ili ozljeda (49,4%), velike nesuglasice s roditeljima (40,5%), prekid veze (39,7%), preseljenje (35,8%), promjene fizičkog izgleda (30,8%) te teškoće u odnosu s profesorima (21,4%).

7.3. RODNE RAZLIKE U POZITIVNOM MENTALNOM ZDRAVLJU TE DOŽIVLJAVANJU STRESNIH I TRAUMATSKIH DOGAĐAJA

Nakon što je KS testom utvrđeno da obje distribucije, i pozitivnog mentalnog zdravlja ($KS=0,081$, $p<0,05$) te stresnih i traumatskih događaja ($KS=0,110$, $p<0,05$), značajno odstupaju od Gaussove, kako bi se odgovorilo na treći istraživački problem, rodne razlike u ovim konstruktima ispitane su Medijan testom. Tablica 8. prikazuje rezultate Medijan testa za konstrukt pozitivnog mentalnog zdravlja te rodne razlike.

Tablica 8. Rezultati Medijan testa za računanje rodni razlika u razini pozitivnog mentalnog zdravlja

	X^2	df	p
<i>pozitivnog mentalno zdravlje</i>	75,75	1	0,000
ROD	DJEVOJKE	MLADIĆI	
<i>>median</i>	259	467	
<i><median</i>	501	370	

Iz Tablice 8. vidljivo je kako postoji statistički značajna razlika u razini pozitivnog mentalnog zdravlja prema rodu ($X^2=75,75$, $df=1$, $p<0,05$), točnije mladići u prosjeku postižu višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja od djevojaka.

Tablica 9. Rezultati Medijan testa za konstrukt stresnih i traumatskih događaja te razlika prema rodu

	X^2	df	p
<i>učestalost doživljavanja stresnih i traumatskih događaja</i>	23,42	1	0,000
ROD	DJEVOJKE	MLADIĆI	
<i>>median</i>	362	302	
<i><median</i>	400	546	

Iz Tablice 9. vidljivo je kako postoji statistički značajna razlika u razini učestalosti doživljavanja stresnih i traumatskih životnih događaja prema spolu ($X^2=23,42$, $df=1$, $p<0,05$). Također, Medijan testa pruža rezultate koji iskazuju kako mladići u prosjeku rjeđe doživljavaju stresne i traumatske događaje od djevojaka.

Tablica 10. Pojavnost stresnih i traumatskih događaja kod djevojaka i mladića

DOGAĐAJ	UKUPNI % ONIH KOJIMA SE DOGAĐAJ DOGODIO	% DJEVOJAKA KOJE SU DOŽIVJELE	% MLADIĆA KOJI SU DOŽIVJELI
<i>1.smrt člana uže obitelji</i>	18,0	16,5	19,5
<i>2.razvod roditelja</i>	15,2	15,7	14,6
<i>3.teška osobna bolest/ozljeda</i>	31,2	31,6	30,7
<i>4.zatvorska kazna člana obitelji</i>	6,4	7,5	5,5
<i>5.pad razreda</i>	5,1	3,8	6,4
<i>6.oboljenje člana obitelji</i>	37,0	40,7	33,7
<i>7.smrt bake ili djeda</i>	50,6	50,3	51,5
<i>8.smrt bliskog prijatelja</i>	13,2	12,9	13,9
<i>9.prekid veze</i>	35,6	34,9	36,2
<i>10.preseljenje</i>	14,9	16,9	12,9
<i>11.smrt kućnog ljubimca</i>	50,2	55,0	45,5
<i>12.financijski problemi u obitelji</i>	28,5	36,4	21,7
<i>13.nasilje u obitelji</i>	10,3	13,1	7,3
<i>14.velike nesuglasice između roditelja</i>	29,8	38,1	22,4
<i>15.velike nesuglasice s roditeljima</i>	36,3	44,9	28,3
<i>16.teškoće u odnosu s profesorima</i>	35,6	36,7	34,3
<i>17.teškoće u odnosu s prijateljima/u vezi</i>	46,9	56,6	38,1
<i>18.promjene u fizičkom izgledu</i>	48,3	60,1	37,6

Iz Tablice 10. vidljivo je kako su neki od događaja koji se po postotku razliku kod djevojaka i mladića na način da ih djevojke više doživljavaju: oboljenje člana obitelji ($\check{Z}=40,7\%$, $M=33,7\%$), smrt kućnog ljubimca ($\check{Z}=55,0\%$, $M=45,5\%$), financijski problemi u obitelji ($\check{Z}=36,4\%$, $M=21,7\%$), nasilje u obitelji ($\check{Z}=13,1\%$, $M=7,3\%$), velike nesuglasice između roditelja ($\check{Z}=38,1\%$, $M=22,4\%$), velike nesuglasice s roditeljima ($\check{Z}=44,9\%$, $M=28,3\%$), teškoće u odnosu s prijateljima/u vezi ($\check{Z}=56,6\%$, $M=38,1\%$) te promjene fizičkog izgleda ($\check{Z}=60,1\%$, $M=37,6\%$).

7.4. POVEZANOST POZITIVNOG MENTALNOG ZDRAVLJA TE SVAKODNEVNIH I TRAUMATSKIH STRESNIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA

Kako bi se utvrdila povezanost svakodnevnih i traumatskih stresnih životnih događaja, s obzirom na nepravilnost distribucija, primijenjen je Spearmanov test korelacije, kojim je ustanovljeno kako postoji statistički značajna povezanost između pozitivnog mentalnog zdravlja te stresnih i traumatskih događaja ($p<0,05$). Rezultati su prikazani u Tablici 11.

Iz Tablice 11. vidljivo je kako postoji visoka, negativna povezanost između pozitivnog mentalnog zdravlja i traumatskih životnih događaja, što znači da iskustvo proživljenog traumatskog događaja označava nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Osim toga, utvrđena je niska, negativna povezanost između pozitivnog mentalnog zdravlja i svakodnevnih stresnih događaja, što znači da iskustvo proživljenog svakodnevnog stresnog događaja ujedno označava nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Na kraju, iz tablice je vidljivo kako postoji srednja pozitivna, povezanost između svakodnevnih i traumatskih događaja, što znači kako veći broj proživljenih svakodnevnih događaja označava i veći broj proživljenih traumatskih događaja.

Tablica 11. Spearmanov test korelacija između pozitivnog mentalnog zdravlja te stresnih i traumatskih događaja

		POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE	SVAKODNEVNI STRESNI DOGAĐAJI	TRAUMATSKI STRESNI DOGAĐAJI
POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE	<i>korelacija značajnost</i>	1	-0,239 0,00	-0,55* 0,027
SVAKODNEVNI STRESNI DOGAĐAJI	<i>korelacija značajnost</i>		1	0,475 0,00
TRAUMATSKI STRESNI DOGAĐAJI	<i>korelacija značajnost</i>		0,475 0,00	1

Nadalje, za bolje razumijevanje rezultata oni su se grupirali u tri skupine: sudionici koji su doživjeli 0-2 događaja, 3-9 događaja te 9-18. Kako bi se ispitaio utjecaj broja doživljenih događaja na pozitivno mentalno zdravlje, primijenjen je, primijenjen je Kruskal-Wallisov test.

Može se zaključiti kako je razlika u razini pozitivnog mentalnog zdravlja s obzirom na broj proživljenih stresnih i traumatskih događaja statistički značajna ($X^2=38,652$ (df=2, $p<0,05$) i to na način da oni mladi koji su doživjeli manji broj stresnih događaja imaju više rezultate na skali pozitivnog mentalnog zdravlja.

Tablica 12. Utjecaj broja doživljenih stresnih događaja na pozitivno mentalno zdravlje – rezultati Kruskal Wallisovog testa

BROJ DOGAĐAJA	N	Mean Rank	Hi-kvadrat
0-2	437	920,04	38,65 (2), $p<0,05$
3-9	998	799,74	
9-18	199	681,38	

8. RASPRAVA

Svakodnevni i traumatski stresni životni događaji nešto su što se događa ili se može dogoditi svima, u gotovo svim razdobljima života, pa su samim time prisutni i u životima adolescenata, iako je opća percepcija javnosti kako oni ne proživljavaju toliko značajan broj stresora u odnosu na druge životne dobi. Rijetko se pronalaze istraživanja koja povezuju i pronalaze utjecaj između pozitivnog mentalnog zdravlja te stresa i trauma, naročito kod adolescenata. Upravo zbog manjka informacija na ovu temu te zbog potrebe za razumijevanjem života, iskustava i pogleda na svijet današnjih adolescenata ovo istraživanje dobiva na važnosti. Glavni je cilj stoga bio utvrditi kako stresni i traumatski događaji utječu na pozitivno mentalno zdravlje adolescenata Varaždinske županije.

Prvi istraživački problem bio je ispitati razinu pozitivnog mentalnog zdravlja sudionika. S obzirom kako je ovo eksplorativno pitanje, nije se postavljala hipoteza, već se odgovor na problem dobio istraživanjem. Za ovaj problem, koristila se skala mentalne dobrobiti, *Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale* koju su razvili Stewart-Brown i suradnici (<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/>).

Podaci koji su se dobili istraživanjem govore kako su najčešće tvrdnje označene s „često“ ili „uvijek“ slijedeće: „Osjećao/la sam se voljeno“ (69,5%), „Bio/la sam vedrog raspoloženja“ (67,4%), „Osjećao sam se blisko s drugim ljudima“ (66,5%) te „Bio/la sam zainteresiran za nove stvari“ (65,7%). S druge strane, tvrdnje koje su pod „često“ i „uvijek“ postigle najmanji postotak su: „Osjećao/la sam se optimistično oko budućnosti“ (49,6%), „Imao/la sam viška energije“ (50,8%) te „Misli su mi bile bistre“ (52,3%). Što se tiče tvrdnji koje su postigle najviše postotke označene s rijetko ili ponekad u posljednja dva tjedna, navode se: osjećaj samopouzdanja (17% nikad ili rijetko, 24% ponekad), dobar osjećaj vezan uz sebe same (16% rijetko ili nikad, 24% ponekad), osjećaj opuštenosti (14% rijetko ili nikad, 22% ponekad) te lakoća donošenja odluka (13% rijetko ili nikad, 28% ponekad). Također je važno spomenuti i tvrdnju „Osjećao/la sam se optimistično oko budućnosti“, s obzirom da se rijetko ili nikada u posljednja dva tjedna tako nije osjećalo 18% sudionika, a tek ponekad njih 31%. S druge strane, iako postoji visok postotak sudionika koji su odgovorili kako su se osjećali voljeno, valja spomenuti i podatak da gotovo 11% njih označava da su se tako osjećali rijetko ili nikad, a to je 181 sudionik. Viška energije rijetko ili ponekad imalo je 23% sudionika, točnije njih 378. Ovakvi nam nalazi govore o specifičnostima razdoblja adolescencije te nekim temama na koje je važno dodatno obratiti pažnju.

Što se tiče prosječnog rezultata na skali, varaždinski adolescenti postižu $M=50,91$ ($SD=10,44$). Stewart-Brown i Janmohamed (2008) navode kako je za skupinu sudionika u dobi od 16 do 24 godine prosječni rezultat 51,7, točnije u rasponu od 50,6 do 52,8. Sukladno našim podacima, rezultati istraživanja u skladu su s nalazima autora skale te prosjecima utvrđenima na škotskom uzorku. Slične rezultate dobili su Davoren i suradnici (2013) provedbom istraživanja u Irskoj, čiji su ispitanici postizali prosječni rezultat od 49,58 do 50,56. Clark i suradnici (2011) su u svom istraživanju na populaciji od 1650 engleskih i škotskih adolescenata dobili prosječni rezultat 48,8. Ringdal i suradnici (2017) provedli su istraživanje validacije WEMWBS na populaciji norveških adolescenata, dobivši prosječni rezultat na skali $M=50,2$.

Drugi istraživački problem bio je ispitati učestalost svakodnevnih i traumatskih životnih događaja te koliko su pogodili sudionike. U skupinu svakodnevnih ubrajaju se: prekid veze, preseljenje, gubitak ili smrt kućnog ljubimca, financijski problemi u obitelji, velike nesuglasice među roditeljima, velike nesuglasice s roditeljima, teškoće u odnosima s profesorima, teškoće u odnosima s prijateljima/teškoće u vezi te promjene u fizičkom izgledu (akne, naočale, aparatić za zube). Kad je riječ o traumatskim stresnim događajima, iz ispitanih događaja u svom istraživanju i njih ubrajamo: smrt člana uže obitelji, razvod roditelja, teška ozljeda ili teška bolest, smrt bake ili djeda, kazna zatvorom za člana obitelji, pad razreda, oboljenje člana obitelji, smrt bliskog prijatelja te nasilje u obitelji.

Adolescenti s područja Varaždinske županije u prosjeku su, od mogućih 18 događaja, doživjeli pet događaja, točnije $M=5,13$ ($SD=3,67$). Rezultati ukazuju kako su najzastupljeniji događaji kod adolescenata Varaždinske županije slijedeći: smrt bake ili djeda (50,6%), smrt kućnog ljubimca (50,2%), promjene fizičkog izgleda (48,3%), teškoće u odnosu s prijateljima/teškoće u vezi (46,9%), oboljenje člana obitelji (37,0%) velike nesuglasice s roditeljima (36,3%) te podjednak postotak vezan uz prekid veze i teškoće u odnosu s profesorima (35,6%). S obzirom na ove postotke, jasno je kako su najčešći događaji oni koji su svakodnevni, izuzevši smrt bake ili djeda te oboljenje člana, dok su traumatski zastupljeni nešto rjeđe. Od ostalih događaja, redom slijede: teška osobna bolest ili ozljeda (31,2%), velike nesuglasice između roditelja (29,8%), financijski problemi u obitelji (28,5%), smrt člana uže obitelji (18,2%), razvod roditelja (15,2%), preseljenje (14,9%), smrt bliskog prijatelja (13,2%), nasilje u obitelji (10,3%), zatvorska kazna člana obitelji (6,4%) te pad razreda (5,1%).

Što se tiče broja proživljenih događaja, utvrđeno je kako se uglavnom radi o dva (10,3%), tri (10,4%) ili četiri (11,2%) proživljena događaja. Kako se pokazalo da mladi u prosjeku

doživljavaju pet stresnih događaja, zanimljivo je navesti kako je to točnije riječ od 148 mladih, odnosno 9,9%. Općenito govoreći, postotak sudionika kojima se dogodio neki od događaja pada s povećanjem broja tih događaja. Više od 12% sudionika istraživanja, točnije njih gotovo 200, iskusilo je deset ili više događaja, što svakako nije postotak za odbaciti, s obzirom kako je sveopća percepcija javnosti da se mladi danas ne moraju nositi s nikakvim teškoćama, barem ne u usporedbi s ranijim generacijama. Ovaj podatak govori upravo o problemima s kojima se adolescenti nose, a obitelj, škola i politike za mlade i dalje u hrvatskim uvjetima čine relativno malo kako bi se nošenje s tako velikim brojem stresnih događaja olakšalo.

Drugi dio istraživačkog problema bavio se razinom do koje su određeni događaji pogodili sudionike. Analiza je pokazala kako su događaji za koje mladi navode najvišu razinu pogodnosti traumatski događaji, točnije: smrt bliskog prijatelja (79,6%), smrt bake ili djeda (76%), smrt člana uže obitelji (73,1%), oboljenje člana obitelji (68%) te nasilje u obitelji (56%). Takvi nalazi su i očekivani s obzirom na intenzitet i razmjene navedenih događaja. Vezano uz svakodnevne stresne događaje, oni koji su sudionike najviše pogodili bili su: smrt kućnog ljubimca (60,9%), velike nesuglasice između roditelja (51,8%) te teškoće u odnosu s prijateljima (45,3%). Literatura s područja otpornosti individua, obitelji ili pak zajednica iznimno puno govori o procesu otpornosti koji se događa nakon proživljenog stresnog događaja. Isti korpus literature navodi da za ispitivanje procesa otpornosti ne treba ispitivati samo prisutnost svakodnevnih i stresnih događaja nego je iznimno značajno ispitati i subjektivni doživljaj pojedinca. Upravo je procjena utjecaja nekog stresnog događaja jako važna za planiranje intervencija ali i za zaključivanje o procesu otpornosti. Bonanno (2004) otpornost pri doživljavanju traumatskog događaja, primjerice smrti bliske osobe ili osobne ugroze, definira kao sposobnost pojedinca da unatoč takvim događajima zadrži optimalnu i relativno stabilnu razinu zdravog psihološkog i fizičkog funkcioniranja Tako primjerice Rahimi i suradnici (2014, prema Garcia-Leon i sur., 2019) spominju rezultate svog istraživanja provedenog na uzorku studenata medicine kako studenti s nižom razinom otpornosti postižu višu razinu percipiranog stres. Ovi su autori podržali ideju da otpornost djeluje kao medijator između percipiranog stresa, bilo svakodnevnog ili kroničnog, te stvarnog intenziteta stresnog događaja. Connor i suradnici (2007, prema Fincham i sur., 2009) dodatno navode rezultate istraživanja provedenog na uzorku od 1200 sudionika u Sjevernoj Karolini koji su utvrdili kako viša razina otpornosti ujedno označava niže razine simptoma povezanih s reakcijom na stres (npr. teškoće spavanja, kontinuirano prisjećanje stresnog događaja itd.).

Brojem i učestalošću proživljenih traumatskih događaja bavili su se istraživači u Južnoafričkoj Republici, na prigodnom uzorku studenata (N=245). Rezultati koje su dobili govore u prilog činjenici da je više od 65% sudionika doživjelo barem između jednog i tri događaja, dok je četiri, pet i/ili šest događaja doživjelo 5,7% sudionika. Kao najčešće proživljeni događaji navode se smrt bliske osobe, svjedočenje nesreći ili smrti te negativne promjene životnih okolnosti (Hoffmann, 2002). Vrlo slične rezultate dobili su Loos i suradnici (2015) u svom radu, na uzorku sudionika od 7 do 16 godina, koji su naveli kako su najčešći traumatski događaji koje su proživjeli bili nasilje (57%) te smrt bliske osobe (45%).

Značajno istraživanje u ovom području provedeno je u Skandinaviji, na uzorku od 400 studenata. Konkretnije, istraživanje je za cilj imalo samoiskazom utvrditi proživljene traumatske događaje kod sudionika. Događaji koji su postigli najviše postotke bili su: oboljenje člana obitelji (55%), teška osobna bolest ili ozljeda (37%), razvod roditelja (26%) i smrt člana obitelji (23%) (Nilsson, Gustafsson i Svedin, 2009). Ovdje su izdvojeni događaji s najvišim postocima, no zanimljiv je podatak da od maksimalno 16 događaja, njih polovica ima zastupljenost preko 20%, što se čini postotkom koji nije za zanemariti.

Vezano uz broj doživljenih traumatskih iskustava, rezultati američkog istraživanja (Aydin, Altindag i Ozkan, 2009) navode kako je 26% sudionika proživjelo jedan traumatski događaj, 23% dva događaja, 14% tri te više od 12% sudionika četiri ili više. Ukupno, autori navode da je 77% sudionika proživjelo barem jedan traumatski događaj kroz djetinjstvo. Ovi rezultati, zajedno s rezultatima gore spomenutih istraživanja te ovog diplomskog rada govore kako je učestalost i broj doživljenih traumi nepobitno značajan. S obzirom kako su djetinjstvo i adolescencija razdoblja u kojem se pojedinac najviše razvija i mijenja, proživljavanje traumatskih i stresnih događaja može ostaviti značajne posljedice za kasniji pozitivan razvoj. Intervencije društva trebale bi biti formirane upravo prema brojčanim nalazima ovakvih i sličnih istraživanja koja kontinuirano govore u prilog činjenici da mlade osobe nisu lišene teškoća i problema, ali se njihov utjecaj pravodobnim reakcijama škole, javnih politika i obitelji može minimizirati kako bi se osigurao dobar i kvalitetan razvoj.

Podatak koji se analizom rezultata činio zanimljivim i značajnim vezan je uz smrt bake ili djeda – po postotku učestalosti zauzeo je prvo mjesto, a prema razini pogođenosti drugo. Istraživanja najčešće povećanu ulogu koju bake i djedovi imaju na unučad objašnjavaju sve većom emancipacijom žena, uključivanjem žena na tržište rada, promjenama struktura obitelji te užurbanijim stilom života (Klepić, Laklija, 2018, Amižić, 2019). Budući da se pomoć baka i

djedova traži više nego ikad prije, pretpostavlja se da je njihova dostupnost u kombinaciji s potrebom roditelja za čuvanjem djece povećala njihovu uključenost u skrb o unucima (Guertus, van Tilburg, 2015, prema Klepić, Laklija 2018). Literatura također objašnjava odnos koji unučadi ostvaruju s bakom i djedom – emocionalno topli odnos, autoritativni, „jedinstvena veza koja traje cijeli život“ (Brooks i sur., 2009, prema Klepić, Laklija, 2018). Osim odnosa, istraživani su i značaj koji bake pridaju brizi za unuke u Hrvatskoj i Njemačkoj. Autorice Thelen i Leutloff-Grandits (2010) nude rezultate koji govore u prilog tome da se bakina briga i provođenje vremena s unucima u Hrvatskoj gleda kao „prirodna predanost“, dok njemačke bake na to gledaju kao „vlastito žrtvovanje“. Kako god da se interpretiraju i objašnjavaju podaci, jasno je kako je u hrvatskim okolnostima uloga baka i djedova neizostavna i važna. U prilog tome idu i rezultati ovog diplomskog rada (76% sudionika pogođeno je smrću bake ili djeda). Dodatno bi bilo zanimljivo proučiti ulogu baka i djedova u promociji i zaštiti pozitivnog mentalnog zdravlja, istražiti ukoliko imaju značaj u pojavnosti raznolikih problema mentalnog zdravlja, pronaći specifične karakteristike odnosa koji su zaduženi za visok stupanj pogođenosti smrću bake i/ili djeda te uključiti njihovu ulogu u cjelokupnoj prevenciji mentalnih problema i poremećaja.

Treći istraživački problem odnosio se na istraživanje rodni razlika u razini pozitivnog mentalnog zdravlja te čestini doživljavanja svakodnevnih i traumatskih životnih događaja. Temeljem toga, postavljena je hipoteza kako će postojati rodne razlike u oba konstrukta, na način da će mladići postizati višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, a djevojke višu razinu učestalosti doživljenih stresnih događaja.

Hipoteza koja pretpostavlja da će mladići postići višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja ovim je istraživanjem potvrđena. Medijan testom utvrđeno je kako postoji statistički značajna razlika u razini mentalnog zdravlja prema spolu i to na način da mladići postižu višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

Slične rezultate istraživači su dobili i nakon provedbe velikog škotskog istraživanja 2015. godine. Provedeno je na populaciji mlađih adolescenata (13-15 godina), s ciljem dobivanja podataka o mentalnoj dobrobiti mladih. Između ostalog, koristila se skala WEMWBS kao i u našem istraživanju. Sama studija ciljala je utvrditi promjene između rezultata na skali koja se koristila 2013. te 2015, odnosno prvotno kada su sudionici imali 13, a potom 15 godina. Također, trebale su se utvrditi rodne razlike u razini mentalnog zdravlja u razmaku od 2013. do 2015. godine. Rezultati su ukazali na činjenicu kako je općenito manja promjena prosječnog

rezultata na skali za dječake; 13 godina – od 51,3 do 51,4, 15 godina – od 50,2 do 50,1. S druge strane, prosječni rezultat za djevojke značajno se promijenio; 13 godina – od 48,7 do 48,2, 15 godina – od 45,1 do 44,4 (Schottish Government, 2015).

U skladu s već spomenutim rezultatima, i novije norveško istraživanje (Moksnes i Johansen Reidunsdatter, 2019) prilikom ispitivanja rodni razlika adolescenata na WEMWBS skali utvrdilo je kako mladići postižu više rezultate ($M_{T1}=53,05$, $M_{T2}=52,22$) za razliku od djevojaka ($M_{T1}=48,02$, $M_{T2}=46,86$), što je u skladu s našim nalazima.

Također, drugi dio hipoteze koji je pretpostavljao da će djevojke izvještavati o višoj razini učestalosti doživljavanja stresnih događaja također je potvrđen. Specifičnije, događaji koji su kod djevojaka u postotku značajnije zastupljeni su slijedeći: oboljenje člana obitelji ($\check{Z}=40,7\%$ v.s. $M=33,7\%$), smrt kućnog ljubimca ($\check{Z}=55,0\%$ v.s. $M=45,5\%$), financijski problemi u obitelji ($\check{Z}=36,4\%$ v.s. $M=21,7\%$), nasilje u obitelji ($\check{Z}=13,1\%$ v.s. $M=7,3\%$), velike nesuglasice između roditelja ($\check{Z}=38,1\%$ v.s. $M=22,4\%$), velike nesuglasice s roditeljima ($\check{Z}=44,9\%$ v.s. $M=28,3\%$), teškoće u odnosu s prijateljima/u vezi ($\check{Z}=56,6\%$ v.s. $M=38,1\%$) te promjene fizičkog izgleda ($\check{Z}=60,1\%$ v.s. $M=37,6\%$).

Jedno od objašnjenja ovih rezultata nudi Rudolph (2002). On spominje teoriju prema kojoj su adolescentice podložnije doživljavanju interpersonalnog stresa za razliku od mladića, što potkrepljuju i rezultati ovog diplomskog rada naročito vezano uz odnose s roditeljima, prijateljima i partnerima. Spomenuti autor ovaj zaključak objašnjava činjenicom da se djevojke za vrijeme adolescencije značajno više nego mladići emocionalno i psihološki investiraju u odnose koje grade što posljedično znači višu razinu brige i stresa povezanih s odnosima. Dodatno, autor spominje i učestalo samookrivljanje djevojaka za loše ili neuspjele odnose što može uzrokovati percepciju teškoća u odnosima s drugima.

Nešto drugačije rezultate predstavljaju Charbonneau, Mezulis i Hyde (2009) te navode kako istraživanja rodni razlika u doživljavanju stresnih događaja ne pokazuju jednoznačne rezultate. Primjerice Allgood-Merten i suradnici (1990), Davies i Windle (1997), Ge i suradnici (1994, prema Charbonneau, Mezulis i Hyde, 2009) govore u prilog rezultatima ovog istraživanja kako djevojke u adolescenciji doista doživljavaju više stresnih životnih događaja, dok s druge strane primjerice Hankin i suradnici (2007, prema Charbonneau, Mezulis i Hyde 2009) nisu pronašli statistički značajne razlike. Autori ovakve neujednačene rezultate objašnjavaju mogućnošću

neuzimanja u obzir raznolikih oblika stresora (psihološki, interpersonalni, traumatski, svakodnevni) već su rezultati generalizirani pod jednolikim pojmom stresa.

Lavoie i suradnici (2019) svojim su istraživanjem utvrdili slične rezultate prijašnjim istraživanjima – djevojke su češće iskusile stresne događaje vezane uz interpersonalne odnose s vršnjacima, roditeljima ili partnerima, dok su mladići stresore više vezali uz pad razreda (što se potvrdilo ovim istraživanjem) ili loše odnose s autoritetom, primjerice profesorima. Svakako, ovakvi nas nalazi navode na zaključak da je ovu senzibilnost djevojaka potrebno uzeti u obzir kod planiranja obrazovnih i preventivnih politika.

Četvrti istraživački problem odnosio se na utvrđivanje povezanosti između pozitivnog mentalnog zdravlja te svakodnevnih i traumatskih stresnih životnih događaja. Postavljena je hipoteza kako će postojati negativna povezanost između ovih konstrukata, na način da će veći broj stresnih događaja označavati nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja sudionika. Ova je hipoteza istraživanjem potvrđena. Spearmanovim testom utvrđena je statistički značajna niska negativna povezanost. Osim toga, rezultati su ukazali i na srednju pozitivnu povezanost između svakodnevnih i traumatskih događaja na način da veći broj svakodnevnih događaja označava i veći broj traumatskih stresnih događaja.

Nadalje, broj doživljenih svakodnevnih i traumatskih stresnih događaja podijelio se u tri kategorije: 1. kategorija – 0 do 2 proživljena događaja, 2. kategorija – 3 do 9 proživljenih događaja, 3. kategorija – 10 do 18 proživljenih događaja. Kruskal-Wallisov test dodatno je potvrdio spomenutu hipotezu - utvrđeno da postoji statistički značajna razlika između svih kategorija događaja ($p \leq 0,05$) i to na način da nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja nalazimo kod mladih s većim brojem doživljenih događaja.

Povezanost između stresa i mentalnog zdravlja proučavali su Bovier, Chamot i Perneger (2004) dobivši rezultate kako mentalno zdravlje negativno korelira sa stresnim događajima.

Nadalje, Suldo, Shaunessy i Hardesty (2008) proučavali su stres, mentalno zdravlje i strategije nošenja s problemima na populaciji od 139 studenata koji su postizali visoke obrazovne ishode (engl. „*high-achieving student*“). Rezultati su ukazali da visoka razina percipiranog stresa koegzistira s visokom razinom ugroze mentalnog zdravlja. Uz to, spomenuti autori su naveli i neka istraživanja koja su dobila slične rezultate, kao npr. Martin i suradnici (1995) te Mayberry i Graham (2001). Slično istraživanje na populaciji studenata preddiplomskog studija provedeno je u Velikoj Britaniji (N=306). Istraživači su proučavali utjecaj stresa na subjektivnu dobrobit

studenta, dobivši rezultate kako pojavnost stresa i stresnih situacija negativno korelira s aspektima subjektivne dobrobiti kao što su pozitivni afekt i zadovoljstvo životom, dok pozitivno korelira s negativnim afektom subjektivne dobrobiti, što autori povezuju i s nalazima prijašnjih istraživanja koja govore kako se stres povećava, dobrobit studenata opada (Schiffirin i Nelson, 2010, Suh, Diener i Fujita, 1996, Zika i Chamberlain, 1992, prema Denovan i Macaskill, 2017). Povezanosti stresa i dobrobiti istraživali su i južnokorejski stručnjaci, na uzorku studenata sestrištva, čime su dobili gotovo pa jednake rezultate kao svi već prije spomenuti: oni sudionici koji su postizali višu razinu subjektivne dobrobiti ujedno su bili oni koji su ostvarivali niže rezultate na skalama doživljavanja stresa (Lee, 2017).

Iako djeluje kako bi se u današnjim okolnostima doživljavanja gotovo svakodnevnog stresa, njegov utjecaj na pozitivnog mentalno zdravlje proučavao češće, to nažalost nije slučaj. Velik broj istraživanja i dalje stres i traumu svrstava u kategorije rizičnih čimbenika za razvoj PTSP-a, depresije, anksioznosti, suicida i sl., što samo po sebi jest izrazito bitno i značajno u područjima koja se bave ovim temama. No, osim na to, valjalo bi se dodatno usmjeriti na istraživanja čiji bi rezultati ukazali na to kako zaštititi mentalno zdravlje iako osoba proživljava stresni ili traumatski događaj, koji su to mehanizmi kojima teškoćama unatoč pojedinac i dalje uspijeva zadržati nadu u budućnost, pozitivan afekt, povezan je s drugima i osjeća se generalno zadovoljno i dobro sa svojim životom.

9. PREPORUKE ZA PREVENTIVNU PRAKSU

Podaci predstavljeni u ovom diplomskom radu pokazuju da gotovo 11% mladih navodi da se nije osjećalo voljeno u posljednja dva tjedna, 18% govori o tome kako su se nikad ili rijetko osjećali optimistično oko budućnosti, a 23% nije imalo viška energije. Skoro 200 sudionika proživjelo je 10 ili više stresnih i traumatskih događaja. Strani podaci ne govore o ništa manjim brojkama, dapače – spominju i veće postotke u prilog teškoćama s kojima se današnji adolescenti nose. Pa ipak, društvo kao cjelina i dalje poduzima relativno malo s obzirom na ono što je potrebno. Preventivne su aktivnosti i programi u Hrvatskoj polako počeli zauzimati svoje mjesto u zajednici, no upitne su učinkovitosti te i dalje nema prave usmjerenosti na one probleme koji su važni. Provedbom ovakvih i sličnih istraživanja omogućilo bi se dobivanje slike o potrebama, problemima, teškoćama, ali i snagama i jakostima mladih u Hrvatskoj.

U Republici Hrvatskoj aktivnosti promocije i prevencije mentalnog zdravlja velikim dijelom uređuje Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji navodi kako se zaštita mentalnog zdravlja očituje kroz

primarnu razinu zdravstvene zaštite, dok je krovna institucija zadužena za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju Hrvatski zavod za javno zdravstvo (Novak, Petek, 2015). Osim spomenute ustanove, za aktivnosti promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja zaduženi su centri za socijalnu skrb, predškolske ustanove, osnovne i srednje škole, zdravstvene ustanove i nevladin sektor. No, opći je dojam kako se unatoč (relativno) velikom broju institucija po pitanju kvalitete života i mentalnog zdravlja ne poduzima dovoljno. Weist, Evans i Lever (2003) isto tako govore u prilog činjenici kako se umjesto na promociju mentalnog zdravlja, politike više usmjeravaju na otkrivanje i rješavanje već postojećih problema. Podaci ovog istraživanja idu u prilog već od prije poznatom podatku kako su adolescenti samim time što su u razvojno rizičnoj fazi, ranjivi i pod povećanim rizikom od različitih životnih okolnosti (Graovac, 2010). Nedvojbeno je spomenuti da isto tako nisu lišeni doživljavanja stresa i trauma, što su pokazali i rezultati ovog diplomskog rada. Upravo iz tog razloga, škola u kojoj adolescenti provode većinu dana, obitelji te javne politike trebaju se dodatno usmjeriti prema preventivnom radu s mladima, i glede mentalnog zdravlja i doživljavanja stresa i trauma.

Jedan od prvih koraka cijelog društva je prihvatiti da mladi doživljavaju teškoće mentalnog zdravlja (iz bilo kojeg razloga). Manjak prihvaćanja i znanja na ovom području može negativno utjecati na ishode adolescenata kasnije u životu, dok poboljšana edukacija, razumijevanje i interes za adolescente doprinosi generalno pozitivnijem razvoju, boljim akademskim ishodima i metodama učenja te zadovoljstvu pohađanjem škole (Crosby i sur., 2016). Nadalje, važno je u sustave uvoditi znanstveno utemeljene programe prevencije, odnosno one koji su kvalitetno implementirani, evaluirani i koji utječu na željene ishode. Osim toga, takvi programi moraju se usmjeriti na razvoj vještina koje su relevantne za skupinu mladih umjesto isključivog pružanja informacija (Crouch, Scarffe i Davies, 2006). To ujedno označava i dodatnu edukaciju stručnih suradnika, nastavnika, liječnika i svih koji rade ili su u doticaju s mladima uključenima u takve programe. Spomenuti bi programi trebali ciljati direktno na one čimbenike koji su se pokazali rizičnima uz istovremeno jačanje onih koji su zaštitni. Dakle, usmjeriti se i na jačanje snaga i potencijala, uz minimiziranje utjecaja rizika.

S obzirom kako djeca i mladi tjedno provode otprilike trideset sati u školi i učionici, jasno je kako bi trebalo iskoristiti potencijale i mogućnosti preventivnog rada u takvom okruženju koje bi na koncu ipak trebalo biti sigurno, ugodno, bez diskriminacije, otvoreno i podržavajuće. Osim odgovornosti odraslih na kreiranje takvog okruženja, iznimno je važno učenicima dati glas. Sama dobrobit u srži se sastoji od osjećaja samoefikasnosti i kontrole te se stoga ta dva konstrukta mogu jačati većom uključenosti mladih u svoje obrazovanje, slušanjem njihovih

briga i problema, ali i želja i potreba. Posljedično to dovodi do većeg percipiranog utjecaja na vlastito školsko okruženje, poboljšanih metode učenja, boljeg osjećaja u vezi sebe samih te razvoja socijalnih i komunikacijskih vještina kroz zagovaranje onih stvari koje su za njih, u razvojnom razdoblju adolescencije, iznimno bitni. Nadalje, osim učenika, pri promociji i prevenciji na području mentalnog zdravlja, nezaobilazni su nastavnici, stručni suradnici i svi koji rade ili su u doticaju s mladima. Važno je čuvati i promatrati njihovu dobrobiti, mentalno zdravlje, zabrinutosti i potrebe, s obzirom kako su to stručnjaci koji su ipak najviše u doticaju s učenicima tijekom njihovog obrazovanja. Kao još jedan aspekt u promotivnom i preventivnom radu ističu se socijalno emocionalne vještine. One pomažu mladima da se nose s izazovima odrastanja i prelascima u razne razvojne faze i djeluju kao zaštitni čimbenici koji sprečavaju nastanak problema mentalnog zdravlja i rizičnog ponašanja. Te su vještine izravno povezane učenjem i ako se kontinuirano potiču, mogu dovesti do boljeg školskog uspjeha, niže stopa uključenosti u delinkventne i kaznene aktivnosti te potiču jačanje potencijala mladih, njihove otpornosti i pripremljenosti na kasniji život (Weare, 2015).

Jedan od relativno novijih pojmova na području edukacije i osvještavanja pojma mentalnog zdravlja je „mentalno-zdravstvena pismenost“ koju Muslić i suradnici (2018) definiraju kao znanja i vjerovanja o mentalnome zdravlju i bolestima koji pomaže u prepoznavanju poteškoća i poremećaja te u prevenciji i tretmanu. Važnost ovog pojma očituje se u rezultatima istraživanja koje navodi Jorm (2012) kako postoji značajno niska razina znanja društva u području prevencije mentalnih poremećaja, pružanju potpore osobama oboljelima od neke mentalne bolesti i traženju adekvatne pomoći te prepoznavanju znakova razvoja problema. S obzirom kako je ovo istraživanje provedeno u srednjim školama, važno je spomenuti i rezultate istraživanja Muslić i suradnica (2018) na uzorku djelatnika u odgojno-obrazovnim ustanovama. Ti rezultati govore o tome kako se 1/3 sudionika osjeća sposobno samostalno pomoći učeniku, više od 50% ne znam postoji li diskriminacija učenika u školskom okruženju s teškoćama ili problemima mentalnog zdravlja, dok preko 80% sudionika smatra da njihova škola ne bi učinila ništa konkretno po pitanju problema mentalnog zdravlja učenika. Na tragu rezultata spomenutog istraživanja i primjera dobrih svjetskih praksi, stručnjaci iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo osmislili su edukativni program PoMoZi Da (Promicanje Mentalnog Zdravlja Djece) koji je namijenjen učiteljima i nastavnicima te svim ostalim odgojno-obrazovnim djelatnicima. Program želi odgojno-obrazovnim djelatnicima pružiti potrebna osnovna znanja i vještine kako bi u svakodnevnom radu mogli lakše prepoznati probleme mentalnoga zdravlja učenika, ali i lakše i sigurnije pristupiti i pružiti podršku učeniku s problemom te ga potaknuti

na traženje stručne pomoći (<https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/ususret-svjetskom-danu-mentalnoga-zdravlja-koji-se-obiljezava-10-listopada>). Provođenje takvih i sličnih programa zasigurno bi doprinijelo smanjenoj stigmatizaciji učenika s problemima mentalnog zdravlja, većom otvorenosti pri razgovoru o problemima i teškoćama s kojima se mladi nose te povećanju sigurnosti u vlastita znanja i sposobnosti svih djelatnika u školama.

Osim školskog okruženja, važno je educirati roditelje i skrbnike o mentalnom zdravlju adolescenata, podučiti ih o razvojnim izazovima koje adolescencija nosi te svakojakim problemima s kojima se mladi suočavaju, a rijetko dijele s obitelji. Osim podučavanja, roditelje se može usmjeriti prema konkretnim komunikacijskim tehnikama za stvaranje boljeg i kvalitetnijeg odnosa sa svojim djetetom, što isto tako može biti jedan od značajnih zaštitnih čimbenika. Također, dobra suradnja između škole i obitelji može biti od značaja pri jačanju pozitivnog mentalnog zdravlja mladih. Cjelokupno društvo ima zadatak i odgovornost prihvatiti mlade ljude sa svim njihovim snagama i problemima, potencijalima i teškoćama. Valjalo bi dodatno ulagati u resurse mentalnog zdravlja mladih, naročito pozitivnog mentalnog zdravlja i dobrobiti, optimizma oko budućnosti i dobrog osjećaja u vezi sebe samih. Međuresorna i interdisciplinarna suradnja između svih službi u području (pozitivnog) mentalnog zdravlja i opće dobrobiti mladih imperativ je za postizanje željenih rezultata (Novak, Petek, 2015). Na kraju svega, treba podsjetiti kako Svjetska zdravstvena organizacija (2012) navodi kako će mentalno i fizički zdravi adolescenti najvjerojatnije u većoj mjeri moći doprinijeti društvu, raditi i razvijati se od onih koji imaju probleme sa zdravljem, bilo mentalnim bilo fizičkim.

10. ZAKLJUČAK

Iako se u posljednjih nekoliko godina povećava senzibilizacija javnosti prema problemima s kojima se današnji adolescenti nose, i dalje je opća percepcija odraslih i javnih politika kako su mladi ljudi uglavnom lišeni proživljavanja stresnih i traumatskih događaja.

Cilj je ovog diplomskog rada bio dobiti uvid u povezanost stresnih i traumatskih životnih događaja s pozitivnim mentalnim zdravljem, učestalošću i pogođenošću mladih proživljenih događajima, rodnim razlikama između konstrukata te razinom pozitivnog mentalnog zdravlja učenika srednjih škola Varaždinske županije. Rezultati ukazuju na to kako adolescenti generalno postižu prosječnu razinu mentalnog zdravlja ($M=50,91$; $SD=10,44$), čime ne odstupaju od prosjeka u usporedbi sa stranim istraživanjima. Vezano uz stresne i traumatske događaje, nalazi su ovog diplomskog rada kako mladi najčešće doživljavaju dva (10,3%), tri

(10,4%) ili četiri (11,2%) stresna događaja. Prosječan broj događaja koji sudionici ovog istraživanja doživljavaju je pet događaja, a do pet događaja doživjelo je 58,7% ispitanе populacije mladih Varaždinske županije. Osim prosječnog postotka događaja, nije zanemariv podatak kako u uzorku gotovo njih 200 izvještava o proživljenih deset ili više događaja tijekom života, što je informacija koja ide u prilog tome da problem postoji, ali po pitanju njegovog ublažavanja, olakšavanja ili rješavanja nema konkretnih smjernica, programa niti intervencija. Nadalje, priloženi su rezultati kako djevojke u većem postotku doživljavaju gotovo sve stresne i traumatske događaje u usporedbi s mladićima, što je također informacija koju treba uzeti u obzir prilikom kreiranja programa i politika prema mladima. Posljednji problem istraživanja bio je ispitati povezanost između pozitivnog mentalnog zdravlja te svakodnevnih i traumatskih stresnih događaja. Hipoteza kako će postojati negativna povezanost između konstrukata je potvrđena, što znači da veći broj proživljenih stresnih i traumatskih događaja ujedno označava i nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata Varaždinske županije.

Dobiveni podaci ukazuju na potrebu za ozbiljnijim shvaćanjem okolnosti s kojima se mladi suočavaju, jačanjem senzibilizacije javnosti o tome kako su mladi itekako podložni proživljavanju stresnih događaja te kreiranju okruženja i politika kojima je krajnji cilj jačanje snaga, kapacitete te pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata. Kako bi im se olakšalo nošenje s raznolikim problemima, mladi moraju prvotno znati da postoji sustav podrške koji im stoji na raspolaganju, primjerice stručni suradnik u školi, liječnik u domu zdravlja ili program u koji se mogu uključiti. Stvaranje podržavajućeg okruženja, učenje konkretnih i potrebnih vještina kroz osmišljene, znanstveno utemeljene preventivne programe te međusektorska suradnja najvažnije su stavke prema krajnjem cilju, a to je dobrobit i pozitivan razvoj mladih ljudi u Hrvatskoj.

11. LITERATURA

1. Alexander, J.C., Eyerman, R., Giesen, B., Smelser, N.J., Sztompka P. (2004). *Cultural Trauma and Colletive Identity*. Oakland: University of California Press.
2. Amižić, E. (2019). Život djeteta u proširenoj obitelji - uloga bake i djeda u odgoju. Preddiplomski završni rad, Sveučilište u Splitu.
3. Antolić, B., Novak, M. (2016). Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihologijske teme*, 25 (2), 317-339.
4. Armsworth, M. W., Holaday, M. (1993). The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 49–56.
5. Aydin, Y. E., Altindag, A., Ozkan, M. (2009). Childhood traumatic events and dissociation in university students. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(1), 25–30.
6. Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17.
7. Barry, M. M., Clarke, A. M., Petersen, I., Jenkins, R. (Eds.). (2019). *Implementing Mental Health Promotion*. Švicarska: Springer International Publishing.
8. Barry, M., Jane Llopis, E., Hosman, C., Patel, V. (2005). Mental health promotion work: A review. *Promotion & education*, 12(2), 9-25.
9. Begovac, I., Begovac, B. (2002). Psihička traumatizacija djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 85-92.
10. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
11. Bos, E.H., Snippe, E., de Jonge, P., Jeronimus, B.F. (2016). Preserving Subjective Wellbeing in the Face of Psychopathology: Buffering Effects of Personal Strengths and Resources. *Plos one*, 11(3), 1-14.
12. Bovier, P. A., Chamot, E., Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161–170.
13. Briere, J.N., Lanktree, C.B. (2011). *Treating Complex Trauma in Adolescents and Young Adults*. Washington DC: Sage.
14. Britvić, D. (2010). Obitelj i stres. *Medicina fluminensis*, 46 (3), 267-272.

15. Brkić, I., Rijavec, M. (2011). Izvori stresa, suočavanje sa stresom i životno zadovoljstvo učitelja razredne i predmetne nastave. *Napredak*, 152 (2), 211-225.
16. Canadian Mental Health Association. Positive mental health and well-being.
Preuzeto s: <https://ontario.cmha.ca/documents/positive-mental-health-and-well-being/>
(pristupljeno: 13.8.2020.)
17. Car, S. (2013). Adolescencija 21. stoljeća: društvena uvjetovanost, temeljne karakteristike i pedagoški izazovi. *Pedagogijska istraživanja*, 10(2), 285-294.
18. Charbonneau, A. M., Mezulis, A. H., Hyde, J. S. (2009). Stress and Emotional Reactivity as Explanations for Gender Differences in Adolescents' Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(8), 1050–1058.
19. Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., ... Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11(1), 1-9.
20. Clarke, A., Putz, R., Friede, T., Ashdown, J., Adi, Y., Martin, S., Flynn, P., Blake, A., Stewart-Brown, S., Platt, S. (2010). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) acceptability and validation in English and Scottish secondary school students (The WAVES Project). *NHS Health Scotland*. 1-118.
21. Crosby, S.D., Somers, C.L., Day, A.G., Baroni, B.A. (2016). Working with traumatized students: A preliminary study of measures to assess school staff. *Journal of Therapeutic Schools and Programs*, 65-71.
22. Crouch, R., Scarffe, P., Davies, S. (2006). Guidelines for Mental Health Promotion in Higher Education. Committee for the Promotion of Mental Well-being in Higher Education. 2-11.
23. Čuržik, D. (2019). Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*, 47 (1), 51-85.
24. Dahl, R.E., Allen, N.B., Wilbrecht, L., Suleiman, A.B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Perspective*, 441-449.
25. Davoren, M.P., Fitzgerald, E., Shiely, F., Perry, I.J. (2013). Positive Mental Health and Well-Being among a Third Level Student Population. *PLoS One Journal*, 8(8)
26. Denovan, A., Macaskill, A. (2017). Stress and subjective well-being among first year UK undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, 18 (2), 505-525.

27. Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., Furlong, M. (2010) Applicability of the Dual-Factor Model of Mental Health for College Students, *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(1), 79-92.
28. Evans, S. E., Steel, A. L., DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 934–943.
29. Fincham, D. S., Altes, L. K., Stein, D. J., Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 193–199.
30. Folkman, S. (2007). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 3–14.
31. García-León, M. Á., Pérez-Mármol, J. M., Gonzalez-Perez, R., del Carmen García-Ríos, M., Peralta-Ramírez, M. I. (2019). Relationship between resilience and stress: Perceived stress, stressful life events, HPA axis response during a stressful task and hair cortisol. *Physiology & Behavior*. 202, 87-93.
32. Gilman, R., Huebner, E.S., Furlong, M.J. (2009). *Handbook of Positive Psychology in Schools*, New York: Routledge.
33. Graovac, M. (2010). Adolescent u obitelji. *Medicina fluminensis*, 46(3), 261-266.
34. Greenspoon, P. J., Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108.
35. Herrman, H., Jane Llopis, E. (2012). The status of mental health promotion. *Public Health Review*, 34 (2), 1-21.
36. Hoffmann, J.P., Cerbone, F.G. (1999). Stressful life events and delinquency escalation in early adolescence. *Criminology*, 37(2), 343–374.
37. Hoffmann, W. A. (2002). The Incidence of Traumatic Events and Trauma-Associated Symptoms/Experiences Amongst Tertiary Students. South African. *Journal of Psychology*, 32(4), 48–53.
38. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019) Ususret Svjetskom danu mentalnoga zdravlja koji se obilježava 10. listopada. Preuzeto sa: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/ususret-svjetskom-danu-mentalnoga-zdravlja-koji-se-obiljezava-10-listopada/> (pristupljeno: 8.9.2020.)
39. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.

40. Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837–841.
41. Keyes C.L.M. (2014) Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. Bridging Occupational, Organizational and *Public Health*.179-192.
42. Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402.
43. Keyes, C. L. M., Simoes, E. J. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172.
44. Keyes, C.L.M. (2002). The Mental health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*. 43, 207-222.
45. Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
46. Keyes, C.L.M., Ryff, C.D., Shmotkin, D. (2002) Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1007-1022.
47. Kim, K. J., Conger, R. D., Elder, G. H., Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Child Development*, 4(1), 127–143.
48. Klepić, S., Laklija, M. (2018). Bake i djedovi – uloga u skrbi za djecu u obitelji. *Napredak*. 159 (3), 325-348.
49. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus*, 18 (2), 156-172.
50. Lavoie, L., Dupéré, V., Dion, E., Crosnoe, R., Lacourse, É., Archambault, I. (2019). Gender Differences in Adolescents' Exposure to Stressful Life Events and Differential Links to Impaired School Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1053–1064.
51. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
52. Lee, E.S. (2017). Impact of Life Stress on Depression, Subjective Well-being and Psychological Well-being in Nursing Students: Mediation Effects of Coping. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 18(1), 55-65.
53. Levin, K.A., Currie, C., Muldoon, J. (2009) Mental well-being and subjective health of 11- to 15-year-old boys and girls in Scotland, 1994–2006. *European Journal of Public Health*, 19 (6), 605–610

54. Loos, S., Wolf, S., Tutus, D., Goldbeck, L. (2015) Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(8), 617-633.
55. Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., Shinkareva, S. V. (2012). The Dual-Factor Model of Mental Health. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183–196.
56. Marić, M. (2010). Osobine ličnosti, životni događaji i anksioznost adolescenata. *Primijenjena psihologija*, 39-56.
57. Maschi, T., Viola, D., Morgen, K. (2014). Unraveling Trauma and Stress, Coping Resources, and Mental Well-Being Among Older Adults in Prison: Empirical Evidence Linking Theory and Practice. *The Gerontologist*, 54(5), 857–867.
58. Maslić Seršić, D., Vuletić, G. (2006). Psychometric Evaluation and Establishing Norms of Croatian SF-36 Health Survey: Framework for Subjective Health Research. *Croat Med J.* 47, 95-102.
59. McKnight, C. G., Huebner, E. S., Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 39(6), 677–687.
60. Mi Cho, S., Mi Shin, Y. (2013). The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. *Korean Journal of Pediatrics*, 56 (11), 459-464.
61. Millstein, S.G., Petersen, A.C., Nightingale, E.O. (1993). *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century*. New York: Oxford University Press.
62. Moksnes, U.K., Johansen Reidunsdatter, R. (2019). Self-esteem and mental health in adolescents – level and stability during a school year. *Norsk Epidemiologi*. 28(1-2), 59-67.
63. Muslić, Lj., Markelić, M., Vulić-Prtorić, A., Ivasović, V., Jovičić Burić, D. (2018) Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. Istraživanje prepoznavanja depresivnosti i spremnosti na pružanje podrške i pomoći, Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo (priručnik)
64. Nilsson, D., Gustafsson, P. E., Svedin, C. G. (2009). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 19–26.
65. Noone, P. A. (2017). The Holmes–Rahe Stress Inventory. *Occupational Medicine*, 67(7), 581–582.

66. Novak, M., Ferić, M., Kranželić, V., Mihić, J. (2019). Konceptualni pristupi pozitivnom razvoju adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 26 (2), 155-184.
67. Novak, M., Petek, A. (2015) Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (2), 191-221 str.
68. Protić, S.Z. (2016). *Doprinos vezanosti i mentalizacije razumevanju veze između traume i delinkvencije*. Doktorska disertacija, Beograd.
69. Ringdal, R., Bradley Eilersten, M.E., Nissen Bjørnsen, H., Espnes, G.A., Moksnes (2017). U.K., Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway. 1-22.
70. Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M. (2016) Subjective Well-Being in Adolescence: The Role of Self-Control, Social Support, Age, Gender, and Familial Crisis. *J Happiness Stud* 17, 81–104 .
71. Rosenthal, B.S., Wilson, W.C., Futch, V.A. (2009). Trauma, protection, and distress in late adolescence: a multi determinant approach. *Adolescence*, 44(176), 694-703.
72. Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 3–13.
73. Schiffrin, H. H., Nelson, S. K. (2008). Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness and Perceived Stress. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 33–39.
74. Schottish Government (2015). Scottish Schools Adolescent Lifestyle and Substance Use Survey (SALSUS) 2015: Mental Wellbeing Report. *Health and Social Care*. 1-28.
75. Shoshani, A., Steinmetz, S. (2013). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents' Mental Health and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289–1311.
76. Stewart-Brown, S., Janmohamed, K. (2008). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): User Guide. *NHS Health Scotland*. 1-26.
77. Stewart-Brown, S., Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, s., Parkinson, J., Secker, J. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1-13.
78. Suldo, S. M., Shaunessy, E., Hardesty, R. (2008). Relationships among stress, coping, and mental health in high-achieving high school students. *Psychology in the Schools*, 45(4), 273–290.

79. Suldo, S., Thalji, A., Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 17–30.
80. Suldo, S.M., Shaffer, E.J., (2008) Looking Beyond Psychopathology: The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth. *School Psychology Review*, (37)1, 52-68.
81. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. New York: Sage Publications.
82. Thelen, T., Leutloff-Grandits, C. (2010). Self-sacrifice or natural donation? A life course perspective on grandmothing in new zagreb (Croatia) and east Berlin (Germany). *Horizontes Antropologias*, 34(16), 428-452.
83. Thoits, P. A. (2012). Self, Identity, Stress, and Mental Health. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 357–377.
84. Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93–99.
85. van der Kolk, B. (1994). *Psychological Trauma*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
86. Vrandić, M.N. (2015). Promotion of Mental Health and Well-Being of Adolescents in Schools – A NIMHANS Model. *Journal of Psychiatry*, 18 (5), 1-5.
87. Vulić-Prtorić, A., Macuka, I. (2004). Stresni životni događaji i depresivnost u adolescenciji u odnosu na konzumiranje sredstava ovisnosti. *Borba protiv ovisnosti - borba za zdravu obitelj*, konferencija.
88. Wang, X. , Zhang, D., Wang, J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology*, 2, 767-772.
89. Warwick Medical School. About WEMWBS. Preuzeto s: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/> (pristupljeno 25.8.2020.)
90. Warwick Medical School. Validation and psychometric properties of WEMWBS. Preuzeto s: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/research/validation> (pristupljeno 25.8.2020.)
91. Weare, K. (2015). What work in promoting social and emotional well-being and responding to mental health problems in schools? *Partnership for Well-being and Mental Health in Schools*, 1-15.
92. Weist, M. D., Evans, S. W., Lever, N. A. (2003). Handbook of school mental health – advancing practice and research. *Issues in clinical child psychology*, New York.

93. World Health Organisation (2004). Promoting Mental Health. Geneva. 5-60.
94. World Health Organisation (2012). Adolescent Mental Health, Mapping actions of nongovernmental organisations and other international development organisations. 6-48.
95. Zotović, M. (2002). Stres i posledice stresa: Prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Društvo psihologa Srbije*, 1(2), 3-23.