

Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata

Pongračić, Patricija

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:158:572712>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-25**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja
adolescenata

Patricija Pongračić

Mentorica: doc. dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja
adolescenata

Patricija Pongračić

Mentorica: doc. dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja 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.

Patricija Pongračić

Zagreb, rujan, 2019.

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 6 |
| 2. INTERNALIZIRANI PROBLEMI | 7 |
| 3. MENTALNO ZDRAVLJE | 11 |
| 4. POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE | 14 |
| 5. MENTALNO-ZDRAVSTVENA PISMENOST | 16 |
| 6. CILJEVI, HIPOTEZE I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA | 18 |
| 7. METODOLOGIJA | 19 |
| 7.1 NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA | 19 |
| 7.2 UZORAK ISPITANIKA | 20 |
| 7.3 VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI | 21 |
| 8. REZULTATI | 23 |
| 8.1 Mentalno-zdravstvena pismenost i poznavanje mjesta za pružanje psihološke pomoći | 23 |
| 8.2 Pojavnost internaliziranih problema | 27 |
| 8.3 Pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja | 33 |
| 8.4 Povezanost internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja | 35 |
| 9. RASPRAVA | 37 |
| 9.1 Ograničenja i implikacije istraživanja | 42 |
| 10. ZAKLJUČAK | 43 |
| 11. LITERATURA | 46 |

Naslov rada: Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata

Ime i prezime studentice: Patricija Pongračić

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

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Socijalna pedagogija/Djeca i mladi

SAŽETAK

Ovim diplomskim radom istraživala se uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja kod adolescenata na području Grada Kutine, odnosno kod učenika završnih razreda Srednje škole Tina Ujevića i Tehničke škole u Kutini. Uz to, istraživala se i pojavnost internaliziranih problema, pozitivnog mentalnog zdravlja te mentalno-zdravstvena pismenost ispitanika. U prikupljanju podataka korišteni su standardizirani instrumenti - za pojavnost internaliziranih problema u korišten je DASS-21, a za pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja korišten je *Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale* (WEMWBS). U svrhu ispitivanja mentalno-zdravstvene pismenosti kreiran je upitnik isključivo za potrebe ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 187 učenika, odnosno 92 učenika Srednje škole Tina Ujevića u Kutini (49,20%) te 95 (50,80%) učenika Tehničke škole u Kutini. Rezultati su pokazali kako učenici iskazuju umjerene i ozbiljne simptome anksioznosti i depresivnosti te nisku razinu simptoma stresa. Što se tiče pojavnosti pozitivnog mentalnog zdravlja, a u odnosu na prosječne rezultate za grupu ispitanika od 16 do 24 godina, učenici su ostvarili ukupni rezultat prema kojem se nalaze u prosjeku za navedenu dob. Istraživanje je ukazalo i na značajnu povezanost internaliziranih problema adolescenata i njihovog pozitivnog mentalnog zdravlja, na način da adolescenti koji iskazuju više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa imaju nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

Ključne riječi: internalizirani problemi, pozitivno mentalno zdravlje, adolescenti

Title of the thesis: The role of internalized problems in the level of positive mental health of adolescents

Name and surname of the student: Patricija Pongračić

Name and surname of the mentor: Miranda Novak, PhD, Assistant Professor

The study program: Social pedagogy/Children and Youth

SUMMARY

The purpose of the study was to examine the role of internalized problems in the level of positive mental health in adolescents from Kutina, as well as to examine the representation of internalized problems, positive mental health and the mental health literacy of the adolescents. In the data collection, standardized instruments were used - DASS-21 was used for examining the incidence of internalized problems, and the Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale (WEMWBS) was used to examine the incidence of positive mental health. For the purpose of examining mental health literacy, a questionnaire was created especially for the purpose of this research. A total of 187 students, or 92 students from Tin Ujevic High School in Kutina (49.20%) and 95 students from Tehnicka skola participated in the study. The results showed that students showed moderate and severe symptoms of anxiety and depression and low levels of stress symptoms. The results of the incidence of the positive mental health, compared to the average scores for the adolescents between 16-24 years, showed that students achieved an overall average score for their age group. The study also pointed out a significant correlation between internalized problems of adolescents and their positive mental health, where greater presence of the symptoms of depression, anxiety, and stress has resulted in the occurrence of a lower levels of positive mental health.

Keywords: internalized problems, positive mental health, adolescents

1. UVOD

Razdoblje adolescencije za sobom donosi brojne zahtjeve i promjene te upravo iz tog razloga nije rijetkost da u tom procesu sazrijevanja dolazi do pojave simptoma anksioznosti, depresije te manjka životnog zadovoljstva (Brassai, Bettina i Steger, 2011). Istovremeno, adolescencija predstavlja važan period za razvoj pozitivnog mentalnog zdravlja mladih osoba (Moksnes i Johansen-Reidunsdatter, 2019).

Internalizirani problemi su do sada bili predmet brojnih istraživanja, dok su istraživanja pozitivnog mentalnog zdravlja zastupljena tek unazad nekoliko godina. Stewart-Brown i suradnici (2008) navode kako se pozitivno mentalno zdravlje odnosi na osobno psihološko funkcioniranje, zadovoljstvo životom i sposobnost da osoba razvije i održi obostrano zadovoljavajuće odnose s drugima. Obzirom na činjenicu da su tijekom posljednjih 25 godina emocionalni i ponašajni problemi, prepoznati kao većinski povod za razvoj problema mentalnog zdravlja među adolescentima (Barlow i Underdow, 2005), upravo je prevencija emocionalnih i ponašajnih problema te promocija pozitivnog mentalnog zdravlja postala prioritet (Clarke i sur., 2011).

Paralelno uz ulaganje u mentalno zdravlje, jednako je bitno postalo i razvijanje mentalno-zdravstvene pismenosti mladih osoba. Mentalno-zdravstvena pismenost odnosi se na znanje o tome kako postići i održati pozitivno mentalno zdravlje, znanje o mentalnim poteškoćama i njihovom tretmanu, o stigmatizaciji koja je povezana s mentalnim poteškoćama te na kraju, podrazumijeva i sposobnost osobe da prepozna trenutak kada joj je potrebna pomoć i znanje gdje tu pomoć može dobiti. Istraživanja Furnham i Swami (2018) o mentalno-zdravstvenoj pismenosti pokazuju da opća populacija ima relativno nisku razinu znanja mentalno-zdravstvene pismenosti.

Obzirom na činjenicu da su internalizirani problemi važan prediktor mentalnog zdravlja i ishoda za budućnost (Novak i Bašić, 2008) te da je pozitivno mentalno zdravlje važan indikator sadašnjeg te budućeg zdravlja adolescenata (McKay i Andretta, 2017), u ovom diplomskom radu bit će prikazana teorijska podloga internaliziranih problema, (pozitivnog) mentalnog zdravlja te mentalno-zdravstvene pismenosti, kao i rezultati istraživanja pojavnosti internaliziranih problema, pozitivnog mentalnog zdravlja i razine mentalno-zdravstvene pismenosti.

2. INTERNALIZIRANI PROBLEMI

Novak i Bašić (2008) navode kako su mladi posebno ranjiva skupina zbog brojnih promjena koje donosi razvoj ka odraslosti. U tom se razdoblju zbivaju brojne i intenzivne tjelesne, psihološke, emocionalne i osobne promjene te se upravo zbog toga razdoblje adolescencije smatra vrlo emocionalnim i nerijetko stresnim razdobljem (Kuzman, 2009). Upravo iz razloga što razdoblje adolescencije za sobom donosi brojne zahtjeve i promjene, nije rijetkost da u tom cijelom procesu sazrijevanja dolazi do pojave simptoma anksioznosti, depresije te manjka životnog zadovoljstva (Brassai, Bettina i Steger, 2011). U skladu s time, Achenbach i Edelbrock (1978) navode kako se upravo u adolescenciji javljaju brojni rizici za razvoj internaliziranih problema u Također, Ashford i suradnici (2008) naglašavaju kako se većina internaliziranih poremećaja dijagnosticira upravo u adolescentskoj dobi te da su simptomi relativno stabilni još od ranog djetinjstva i protežu se sve do odrasle dobi.

Probleme djece i mladih tradicionalno je podijelio Achenbach na internalizirane i eksternalizirane probleme (Novak i Bašić, 2008). Achenbach i Edelbrock (1978; prema Novak i Bašić, 2008) govore o poremećajima nedovoljno kontroliranog ponašanja (eksternalizirani problemi) i poremećajima pretjerano kontroliranog ponašanja (internalizirani problemi). Obzirom na kompleksnost internaliziranih problema u, najprije je potrebno započeti sa definicijom problema u ponašanju općenito. Koller-Trbović i Žižak (2012) probleme u ponašanju definiraju kao pojavu koja se nalazi na kontinuumu od onih blažih te više internaliziranih smetnji kojima dijete šteti najviše sebi pa sve do onih opasnih i ozbiljnih ponašanja koja su ugrožavajuća za samo dijete, ali i za njegovu okolinu te društvo u cjelini. Bitno je napomenuti i definiciju Koller-Trbović i suradnika (2011) koja se nalazi u Standardima za terminologiju, definiciju, kriterije i način praćenja pojave poremećaja u ponašanju djece i mladih, a prema kojoj problemi u ponašanju pokrivaju cijeli kontinuum ponašanja od onih rizičnih, preko teškoća u ponašanju pa do poremećaja u ponašanju koji predstavljaju najvišu razinu štetnosti i opasnosti tih ponašanja za samu osobu, kao i za sredinu.

Bouillet i Uzelac (2007) navode kako se internalizirani poremećaji ili pretežno pasivni poremećaji odnose na ponašanja koja se pretjerano kontroliraju i koja usmjerena su prema sebi, a Lebedina Manzoni (2007) ističe da ovaj oblik poremećaja u ponašanju najveću štetu stvara samom djetetu, odnosno mladoj osobi koja se s njim nosi. Internalizirani problemi pokrivaju široki spektar ponašanja i osjećanja.

U skladu s time, Novak i Bašić (2008) navode tri najčešća oblika internaliziranih problema, a to su simptomi anksioznosti, depresivnosti i suicidalnosti. Nadalje, Kazdin (1990; prema Macuka i Jurkin, 2014) govori kako se internalizirani poremećaji temelje na emocijama tuge i tjeskobe što dovodi do povlačenja, a očite su i promjene u raspoloženju, motivaciji, tjelesnom i motoričkom funkcioniranju i spoznaji. Macuka (2008) ističe kako se internalizirani problemi javljaju kod djece koja imaju problema u emocionalnoj regulaciji, a rezultat toga je da takva djeca češće plaču te iskazuju različita ponašanja poput bijesa, srama, stidljivosti, a često raspoložu s manjkom adekvatnih načina reagiranja. Slično navodi Brajša-Žganec (2002; prema Macuka, 2008) te ističe da ovakva djeca često iskazuju depresivna raspoloženja te plaču, a nerijetko imaju neadekvatne odgovore na frustraciju, izrazito su anksiozna, osjetljiva i zabrinuta. Također, manifestiraju više negativnih emocija tuge, bijesa, srama, stidljivosti, a s druge strane karakterizira ih manjak adekvatnih načina reagiranja te visoka razina inhibicije ponašanja.

Što se tiče učestalosti internaliziranih problema, u obzir treba uzeti činjenicu da su ovi problemi teže uočljivi i teže dostupni opažanju budući da vanjsko ponašanje nije jedina komponenta ovih poremećaja, ali i zato što su često prikriveni razvojnim promjenama koje otežavaju prepoznavanje i pravodobnu prevenciju (Macuka, 2008; Krstanović, 2016). Slično navode Novak i Bašić (2008) te ističu da je takvo ponašanje teže uočljivo i zbog načina manifestacije (takva su djeca često mirna, ne predstavljaju problem u školi ili na nastavi, a kod kuće roditelji često ne pridaju veliku pažnju prisutnim simptomima).

Prema novijim američkim istraživanjima, Merikangas i suradnici (2010; prema Novak i Mihić, 2018) navode kako prevalencija anksioznih poremećaja u grupi adolescenata od 13 do 18 godina iznosi 32%, dok prevalencija poremećaja raspoloženja iznosi 14,3%. Također, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2013.godine depresija je treći vodeći uzrok bolesti u svijetu, uz predikciju da će do 2030.godine zauzeti prvo mjesto. Nadalje, neka istraživanja ukazuju kako se u zapadnim zemljama kod približno 10% djece i mladih može govoriti o kliničkoj depresiji (Campbell, 2003; prema Macuka, 2016.)

Istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju slične rezultate; istraživanje Vulić Prtorić i Cifrek-Kolarić (2011) govori o tome kako je u posljednja tri mjeseca 73,5% djece i mladih doživjelo i do 35 simptoma psihosomatskog karaktera. Postoji visoka korelacija između psihosomatike i somatizacije, a također je povezana sa simptomima depresivnosti i problemima anksioznost.

U sklopu diplomskog rada, Čorić (2016) je provela istraživanje na učenicima 2. i 4.razreda srednje škole. Rezultati govore o tome kako 23,8% ispitanika ne iskazuje nikakve internalizirane simptome, 16,2% ispitanika iskazuje samo jedan internalizirani simptom, 11,4% ispitanika ima dva simptoma, dok 11,0% ima tri simptoma internaliziranih problema. Ukupno 38,6% adolescenata iskazuju blage internalizirane simptome. Nadalje, još jedno novije istraživanje provedeno u Splitu (Maglica i Džanko, 2016) u kojem je sudjelovalo 246 učenika srednjoškolskog uzrasta pokazalo je da, u ispitivanju simptoma internaliziranih problema, splitski srednjoškolci u najvećoj mjeri opisuju vlastita ponašanja i osjećaje vezane uz povećanu samokritičnost, promjene u navikama spavanja, uznemirenost te teškoće koncentracije. Najviše učenika se izjasnilo da se u posljednje vrijeme kritizira više nego obično (55,7%) i osjeća promjene u navikama spavanja (54,9%). Autori posebno ističu rezultat prema kojem 6,9% učenika ne voli sebe, a 2,4% učenika se osjeća kao potpuno promašena osoba.

Što se tiče razlika u odnosu na spol, Hofstra i suradnici (2002; prema Novak i Bašić, 2008) su longitudinalnim istraživanjem došli do rezultata koji su pokazali da se za poremećaje raspoloženja kod dječaka može govoriti o ukorijenjenosti već u ranom djetinjstvu dok kod djevojčica rezultati ukazuju na to da problemi nastaju kasnije i imaju drugačiji razvojni put koji je više vezan uz iskustva rane adolescencije. Nadalje, u dobi od 16 godina djevojke imaju dvaput veću vjerojatnost razvoja depresivne simptomatologije od mladića (Tram i Cole, 2006; prema Macuka, 2016), a kada je riječ o anksioznosti, i ona se s dobi povećava te djevojke u većoj mjeri nego mladići pokazuju pojedinačne simptome anksioznosti (Achenbach i sur., 2008; prema Macuka, 2016).

Što se tiče domaćih istraživanja u odnosu na razlike u spolu, Bouillet i Uzelac (2007) govore kako je plašljivost u prvim godinama školovanja jednako zastupljena i kod dječaka i kod djevojčica, ali da se s porastom dobi taj problem gubi kod dječaka, dok kod djevojčica ostaje jednako prisutan ili čak postaje češći što su djevojčice starije. Također, problemi koji se razvijaju u djetinjstvu često ne nestaju s odrastanjem, već imaju visoku prediktivnu vjerojatnost za pojavu kasnijih klinički značajnih smetnji.

U sklopu diplomskog rada Miser (2016) provedeno je istraživanje na području Međimurske županije kojim se ispitala pojavnost internaliziranih problema te razlika u pojavnosti u odnosu na spol kod srednjoškolaca prvih, drugih i trećih razreda Gimnazije u Čakovcu.

Rezultati su pokazali da su adolescentice sklonije iskazivati simptome depresivnosti i emocionalnih teškoća u odnosu na adolescente. Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa činjenicom da se ženski spol često navodi kao važan rizičan čimbenik za razvoj internaliziranih problema (Zahn-Waxler i sur., 2000; prema Macuka, 2016). Slični rezultati dobiveni su u nešto starijem istraživanju koje je provela Mišćević (2007) na uzorku od 463 učenika osnovnih škola. Rezultati govore kako su djevojčice anksioznije od dječaka, a simptomi depresivnosti koji značajno razlikuju djevojčice od dječaka odnose se na osjećaj tuge, potrebu za plakanjem i na suicidalne misli, dok su kod dječaka prisutni simptomi koji upućuju na to da su u konfliktu s okolinom. Također, uočeno je da postoje razlike i s obzirom na dob učenika. U skladu s time, rezultati su pokazali da se intenzitet anksioznosti mijenja kroz dobne kategorije. Starije djevojčice izvještavaju o većem intenzitetu strahova od mlađih djevojčica, dok kod dječaka nisu pronađene razlike.

Nadalje, što se tiče dobnih razlika bitno je spomenuti istraživanje Kuzman i suradnika (Kuzman, Pejnović-Franelić i Pavetić, 2004) u kojem se ispitala rasprostranjenost internaliziranih teškoća kod djece i mladih u Hrvatskoj. Podaci ovog istraživanja pokazali su kako internalizirane poteškoće rastu s porastom dobi, s time da je najveći porast internaliziranih simptoma zabilježen za učenice u dobi od 15 godina. Slični podaci dobiveni su i istraživanjem Bongers i suradnika (2003; prema Macuka, 2016) te rezultati ukazuju na povećanje učestalosti internaliziranih problema tijekom prijelaza iz djetinjstva u adolescenciju, a zastupljenost internaliziranih problema u razdoblju adolescencije veća je kod djevojaka u odnosu na mladiće.

Zaključno je bitno reći kako su internalizirani problemi važan prediktor mentalnog zdravlja i ishoda za budućnost (Novak i Bašić, 2008), a sve do sada navedeno ukazuje na važnost prepoznavanja simptoma što onda omogućuje i pravovremenu reakciju.

3. MENTALNO ZDRAVLJE

Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* - WHO) je mentalno zdravlje definirala kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodonosno te je sposoban pridonositi zajednici. Prema ovakvom pristupu mentalno je zdravlje dio općeg zdravlja i afirmativni prostor za aktualiziranje vlastitog života, a ne jednostavno odsustvo bolesti (WHO, 2014). Sulojdžić i suradnici (2006; prema Strle, 2018) navode kako je mentalno zdravlje, baš kao i ono fizičko, važno u svim životnim razdobljima. Mentalno zdravlje utječe na sve aspekte života i odnosi se na pojave kao što su subjektivno dobro osjećanje sa samim sobom i u odnosu s drugima, bolje savladavanje stresa, odnošenje s drugim ljudima, mogućnost stvaranja bliskih odnosa s drugima te sigurnije stvaranje odluka.

Još jednu definiciju mentalnog zdravlja pruža Backović (1998) te navodi kako se mentalno zdravlje odnosi na sposobnost osobe da uspostavi harmonične odnose sa drugim ljudima kao i na sposobnost da realizira vlastite intelektualne i emocionalne potencijale. Također, navodi kako se mentalno zdravlje odnosi na subjektivni osjećaj blagostanja, samoefikasnosti, nezavisnosti i kompetencije. Isto tako, ističe da se mentalno zdravlje odnosi i na mogućnost da osoba izrazi svoju individualnost, da ostvaruje ciljeve koje je sama odredila, da se pritom adekvatno suočava sa stresom, da radi i, na kraju, da uživa u plodovima svoga rada i pri tome doprinosi zajednici u kojoj živi.

Iz navedenih definicija može se zaključiti kako je mentalno zdravlje važan aspekt života svake osobe i koji je nedvojbeno potreban za zdravo i normalno funkcioniranje svakog čovjeka. U skladu s time, Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine također prepoznaje važnost mentalnog zdravlja te se u ovom dokumentu naglašava kako i tjelesno i mentalno zdravlje imaju važnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Nadalje, mentalno i fizičko zdravlje prepoznate su kao dvije komponente općeg zdravlja koje su neodvojive (Vlada Republike Hrvatske, 2010).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2011) također prepoznaje mentalno zdravlje kao neizostavni dio općeg zdravlja koji odražava ravnotežu između pojedinca i njegove okoline. U skladu s time, mentalno zdravlje definira se kao „*okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca*“, a obuhvaća nekoliko bitnih odrednica: individualne čimbenike i iskustvo, društvene interakcije, društvene strukture i resurse te kulturne vrijednosti.

U skladu s time, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2011) navodi kako postoje dva osnovna pristupa mentalnom zdravlju. Jedan od njih je dobro (pozitivno mentalno zdravlje) koje na mentalno zdravlje gleda kao na resurs koji omogućava da svaki pojedinac život doživljava kao vrijedan te mu pomaže da bude kreativan i produktivan član društva. Također, pozitivno mentalno zdravlje odnosi se na zdrave mentalne sposobnosti i funkcije te je od izuzetne važnosti za opću dobrobit, sposobnost percepcije te razumijevanja okoline. Drugi pristup odnosi se na narušeno (negativno mentalno zdravlje) koje obuhvaća mentalne poremećaje, simptome i probleme. Da bi se neko stanje moglo nazvati poremećajem, potrebno je da su simptomi dugotrajni te da smanjuju sposobnost funkcioniranja same osobe.

Važnost mentalnog zdravlja prepoznata je u brojnim dokumentima; na svjetskoj i europskoj, ali i na nacionalnoj razini. Što se tiče dokumenata na svjetskoj razini, bitno je istaknuti Deklaraciju o postizanju jednakosti za mentalno zdravlje u 21. stoljeću. Deklaracijom se definiraju temeljni principi zaštite mentalnog zdravlja te prioriteta i globalni ciljevi u zajedničkom djelovanju s ciljem promocije, unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018). U Deklaraciji se navodi kako mentalno zdravlje ima pozitivan učinak na ljudski kapacitet za učenje, rad, te osobni razvoj. Također, potpisivanjem ove Deklaracije države se obvezuju da će ulagati dodatne napore u svrhu promocije mentalnog zdravlja, poštivanja prava osoba sa mentalnim poteškoćama i u svrhu uklanjanja diskriminacije i stigmatizacije osoba sa mentalnim poteškoćama.

Još jedan važan dokument na svjetskoj razini za zaštitu mentalnog zdravlja je Akcijski plan za mentalno zdravlje za razdoblje od 2013. do 2020. godine. Ovaj plan sastavljen je od strane Svjetske zdravstvene organizacije, a kao glavni cilj navodi se promocija pozitivnog mentalnog zdravlja, prevencija mentalnih poremećaja, pružanje pomoći i potpore osoba s mentalnim poteškoćama te na kraju promocija ljudskih prava i smanjenje pojavnosti mentalnih poteškoća (WHO, 2013).

Što se tiče pojavnosti problema mentalnog zdravlja, Ledinski Fičko i suradnici (2017) navode kako prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije čak 3 do 12% mladih ima ozbiljan psihički poremećaj, dok 20% mladih u dobi do 18 godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih ili ponašajnih problema. Na nacionalnoj razini, autori ističu kako su mentalni poremećaji kod osnovnoškolske i srednjoškolske djece rangirani kao treći najčešći razlog posjeta liječniku školske medicine. U odnosu na hospitalizaciju, mentalni i ponašajni problemi povod su tome u 4,8% slučajeva u dobi od 10 do 19 godina.

Vulić-Prtorić i Lončarević (2016) navode kako prema podacima iz Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske za 2013. godinu oko 19% stanovništva Hrvatske čine djeca i mladi do 18. godine, a procjenjuje se da je među njima oko 20% onih koji imaju psihičke smetnje koje su toliko intenzivne da im ometaju svakodnevni život. Istraživanje Burnett-Zieglera i suradnika (2012; prema Vulić-Prtorić i Lončarević, 2015.) pokazalo je da oko 14% učenika u dobi od 12 do 18 godina ima neki mentalno zdravstveni problem, a samo njih 42,8% dobiva adekvatnu zdravstvenu skrb za svoje probleme.

Pojavnost mentalnih poremećaja i vrste mentalnih poremećaja razlikuje se obzirom na dob, stoga je izuzetno važno odrediti rizične i zaštitne čimbenike kako bi se moglo djelovati na specifične rizične čimbenike (Ledinski Fičko i sur., 2017). Patel i suradnici (prema Ledinski Fičko i sur., 2017) navode rizične i zaštitne čimbenike za nastanak mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata. Rizični čimbenici podijeljeni su na biološke, psihološke i socijalne. Kategorija bioloških čimbenika obuhvaća izloženost toksinima i drugim štetnim tvarima (npr. alkohol i nikotin), genetsku predispoziciju za nastanak mentalnih poremećaja, traumu glave, brojne post-porođajne komplikacije te infekciju HIV-om. U kategoriju psiholoških čimbenika svrstani su poremećaji učenja, seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje, urođene osobine ličnosti te neke karakterne osobine. U posljednjoj kategoriji socijalnih čimbenika obuhvaćeni su obiteljski, školski i okolinski čimbenici. Ovu posljednju kategoriju detaljnije su opisali Nikolić i Marangunić (2004; prema Strle, 2018). Što se tiče rizičnih čimbenika u području obitelji, autori naglašavaju važnost roditeljskog utjecaja koji može dolaziti od strane jednog (roditelj s psihičkim poremećajem, nasilni i zanemarujući roditelj) ili oba roditelja (napuštanje, preveliko zaštićivanje, odbacivanje, nedosljednost). U području škole, kao rizični čimbenici istaknute su loše metoda učenja, loša komunikaciju među nastavnicima te loša komunikacija između nastavnika i učenika. Posljednja kategorija, koja se odnosi na okolinu, obuhvaća dostupnost javnih zdravstvenih usluga te osnovnih oblasti socijalne skrbi, brizi za zdravlje, obrazovanju stanovanju i religiji kao i dobrosusjedski suživot, mogućnost zapošljavanja i održavanje estetski ugodnog okoliša.

Dodig Ćurković i sur. (2013; prema Strle, 2018) navode još neke rizične čimbenike, kao što su loši socioekonomski uvjeti u obitelji, nezaposlenost roditelja, nedostatak materijalnih sredstava za svakodnevni život, a oni istovremeno mogu biti rizični čimbenici za suicidalna razmišljanja i pokušaje samoubojstva kod adolescenata.

Zavod za javno zdravstvo FBiH (2017) navodi kako su najizraženiji rizični čimbenici kod adolescenata prisutni u domeni zajednice i vršnjaka te oni individualni, a odnose se na percepciju dostupnosti sredstava ovisnosti te konzumaciju sredstava ovisnosti od strane vršnjaka. U području obitelji, najprisutniji rizični čimbenici vezani su uz konflikte u obitelji i asocijalno ponašanje odraslih.

Za razvoj problema u ponašanju, kao i mentalnih poteškoća, jednako su važni i rizični i zaštitni čimbenici. Čudina-Obradović i Obradović (2006) ističu važnost obitelji u razvoju mentalnog zdravlja djeteta. Obitelj je prepoznata kao središnje mjesto razvoja, a kvaliteta obiteljskih odnosa i interakcija je izuzetno bitna za razumijevanje mentalnog zdravlja djeteta. U skladu s time, Ferić (2002) navodi zaštitne čimbenike u obiteljskom okruženju, a neki od njih su: pozitivni odnosi u obitelji, jasno definirane uloge, obiteljski sklad, pozitivan brak roditelja, obiteljske tradicije, mreža podrške te financije. U dobi adolescencije dolazi do promjena u obiteljskim odnosima, ali da bi se mlada osoba razvila u emocionalno, mentalno i socijalno stabilnu i zdravu osobu, u obiteljskom domu potrebno je prihvaćanje, definirana pravila ponašanja i toplina (Đuranović, 2012).

4. POZITIVNO MENTALNO ZDRAVLJE

Moksnes i Johansen-Reidunsdatter (2019) navode kako adolescencija predstavlja važan period za razvoj pozitivnog mentalnog zdravlja mladih osoba, a McKay i Andretta (2017) ističu kako je upravo pozitivno mentalno zdravlje važan indikator sadašnjeg te budućeg zdravlja adolescenata. Svjetska zdravstvena organizacija (2004; prema Barry, 2009) definirala je pozitivno mentalno zdravlje. Prema toj definiciji, pozitivno mentalno zdravlje odnosi se ponajviše na pozitivne emocije, odnosno na subjektivni osjećaj blagostanja i osjećaj zadovoljstva, a zatim i na sposobnost pojedinca da se adekvatno nosi sa životnim stresorima. Marie Jahoda (1958; prema Barry, 2009) se u svojoj knjizi pod nazivom *Current Concepts of Positive Mental Health* također dotaknula definicije pozitivnog mentalnog zdravlja te navodi kako pozitivno mentalno zdravlje obuhvaća različite čimbenike kao što su: adekvatna percepcija realnosti, samopouzdanje, samoprihvatanje, produktivnost te sposobnost za formiranje zdravih odnosa.

Schönfeld i suradnici (2016) su pozitivno mentalno zdravlje definirali kao optimalni način psihičkog funkcioniranja neke osobe, navodeći kako ono podrazumijeva generalni osjećaj blagostanja, a sličnu definiciju navodi i Huppert (2005) govoreći kako je pozitivno mentalno zdravlje kombinacija subjektivnog osjećaja blagostanja te adekvatnog funkcioniranja neke osobe. U skladu s time, Huppert (2005) ističe kako ovakvo shvaćanje pozitivnog mentalnog zdravlja objedinjuje dvije različite filozofske perspektive u shvaćanju pozitivnog mentalnog zdravlja. Prva perspektiva je hedonistička koja u fokus stavlja osjećaje sreće i zadovoljstva, a druga je eudaimonička perspektiva koja naglašava kogniciju i ponašanje koje svakoj osobi omogućava produktivnost i ispunjenje.

Stewart-Brown i suradnici (2008) u uputama za korištenje *Warwick-Edinburgh Mental Well-being* skale navode kako se pozitivno mentalno zdravlje odnosi na osobno psihološko funkcioniranje, zadovoljstvo životom i sposobnost da osoba razvije i održi obostrano zadovoljavajuće odnose s drugima. Isto tako, autori navode kako su se ranije odvijale akademske diskusije oko shvaćanja koncepta pozitivnog mentalnog zdravlja i mentalnih poremećaja; postavljalo se pitanje treba li ova dva koncepta promatrati kao dva kraja jednog kontinuuma ili ih treba promatrati odvojeno, kao dvije zasebne dimenzije, u domaćoj literaturi često prisutno kao dualni model (*dual continua model*). Ovaj drugi model pruža mogućnost da osobe koje imaju mentalne poteškoće mogu istovremeno i doživjeti iskustvo pozitivnog mentalnog zdravlja.

Iz navedenih definicija može se zaključiti kako većina autora pod pozitivnim mentalnim zdravljem podrazumijeva osjećaj blagostanja te pozitivne emocije. Ipak, Barry (2009) navodi kako pozitivno mentalno zdravlje zapravo predstavlja jedan široki koncept koji obuhvaća veliki raspon teorija i konstrukta koji su bitni za potpuno razumijevanje pozitivnog mentalnog zdravlja. U skladu s time, autorica navodi kako pozitivno mentalno zdravlje obuhvaća različite aspekte blagostanja, a to su: emocionalno, psihološko, socijalno, fizičko te duhovno blagostanje).

Također, Ryff (1989) je u svojoj definiciji pozitivnog mentalnog zdravlja na temelju tadašnje literature operacionalizirao 6 dimenzija psihološke dobrobiti, a to su: samoprihvatanje, pozitivni odnosi s drugima, autonomija, život u skladu s prirodom, smisao u životu te osobni rast i razvoj. Pozitivno mentalno zdravlje određeno je biološkim, psihološki, socijalnim, ekonomskim i okolinskim faktorima koji međusobno djeluju u različitim smjerovima (Rogers i Pilgrim, 2005).

Barry (2009) navodi kako je provedeno nekoliko epidemioloških studija s fokusom na determinante pozitivnog mentalnog zdravlja, ali kako je potrebno i dalje ulagati napore u ovo istraživačko područje. Što se tiče epidemioloških studija na razini Europe, Lehtinen i suradnici (2005) su proveli istraživanje u jedanaest europskih država. Fokus istraživanja bio je usmjeren prema razini pozitivnog mentalnog zdravlja, a sudjelovalo je 10,878 ispitanika u dobi od 15 godina pa nadalje. Rezultati su pokazali kako je razina pozitivnog mentalnog zdravlja veća kod muškaraca nego kod žena. Nadalje, rezultati su pokazali kako je niža razina pozitivnog mentalnog zdravlja povezana s porastom dobi, nižim socio-ekonomskim statusom, bračnim statusom (rastavljeni ili udovice imaju nižu razinu?) te životom u većim gradovima. Dolan i suradnici (2006; prema Barry, 2009) iznose rezultate još jedne studije u Europi te navode kako rezultati govore o još nekim čimbenicima pozitivnog mentalnog zdravlja, a odnose se na zdravlje, zaposlenje, odnose s drugima te kontakt sa susjedima. Ipak, ističu kako postoje poteškoće u definiranju jasnog uzročnog odnosa.

Nadalje, Moksnes i Johansen-Reidunsdatter (2019) proveli su istraživanje u Norveškoj na 350 učenika u dobi od 15 do 21 godine. Cilj istraživanja bio je utvrditi spolne razlike u zastupljenosti pozitivnog mentalnog zdravlja te razinu, stabilnost i prediktivnu ulogu pozitivnog mentalnog zdravlja u odnosu na pojavnost simptoma depresije i anksioznosti te razinu samopouzdanja. Rezultati izvještavaju o tome kako je kod djevojka zastupljena veća razina simptoma depresivnosti i anksioznosti, dok mladići ostvaruju bolje rezultate na skali pozitivnog mentalnog zdravlja. Također, pokazalo se kako razina samopouzdanja utječe na pojavnost simptoma depresije i anksioznosti i na pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja.

Zaključno je bitno istaknuti činjenicu da su tijekom posljednjih 25 godina emocionalni i ponašajni problemi, prepoznati kao većinski povod oboljenjima među adolescentima (Barlow i Underdow, 2005) te kao rezultat toga Clarke i suradnici (2011) ističu kako je prevencija emocionalnih i ponašajnih problema te promocija pozitivnog mentalnog zdravlja postala prioritet.

5. MENTALNO-ZDRAVSTVENA PISMENOST

Parker (2000; prema Kutcher i sur., 2016) navodi kako je mentalno-zdravstvena pismenost konstrukt koji je isprva bio obuhvaćen pod pojmom *zdravstvene pismenosti*, ali da se od tog pojma vremenom odvojio i sada predstavlja zasebni konstrukt.

Pojam mentalno-zdravstvene pismenosti prvi se puta spominje 1997. godine i tada je definiran kao „znanje i vjerovanje o mentalnim poremećajima, koje uključuje njihovo prepoznavanje, liječenje i prevenciju“ (Jorm i sur., 1997). S vremenom je ta definicija izmijenjena i proširena te se u skladu s time mentalno-zdravstvena pismenost odnosi i na znanje o prevenciji mentalnih poteškoća, prepoznavanje mentalnih poteškoća u razvoju, znanje o adekvatnim strategijama samopomoći i na vještinu pružanja pomoći i potpore drugima (Jorm i sur., 2012). Jednu od suvremenijih definicija navode Kutcher i Wei (2014). Prema ovoj definiciji, mentalno-zdravstvena pismenost odnosi se na znanje o tome kako postići i održati pozitivno mentalno zdravlje, znanje o mentalnim poteškoćama i njihovom tretmanu, o stigmatizaciji koja je povezana s mentalnim poteškoćama te na kraju, podrazumijeva i sposobnost osobe da prepozna trenutak kada joj je potrebna pomoć i znanje gdje tu pomoć može dobiti.

Istraživanja Furnham i Swami (2018) o mentalno-zdravstvenoj pismenosti pokazuju da opća populacija ima relativno nisku razinu znanja o simptomima mentalnih problema. Također, u tretmanu mentalnih problema, istraživanja su pokazala da opća populacija više koristi metode samopomoći nego tradicionalne oblike liječenja. Čimbenici koji najviše imaju utjecaj na razinu mentalno zdravstvene pismenosti su dob, spol, razina obrazovanja te mjesto boravišta (grad/selo). Što se tiče razlika po spolu, prema istraživanju Dias i suradnika (2018) djevojke koje poznaju nekoga sa problemima mentalnog zdravlja pokazuju višu razinu mentalno-zdravstvene pismenosti.

Obzirom na činjenicu da mentalno-zdravstvena pismenost predstavlja važan čimbenik pozitivnog mentalnog zdravlja, nesumnjivo je potrebno provoditi intervencije kojima će se podići razina mentalno-zdravstvene pismenosti. Kelly i suradnici (2007) navode kako postoje četiri vrste intervencija kojima se može utjecati na razinu mentalno zdravstvene pismenosti, a to su: kampanje na razini zajednice, kampanje usmjerene prema mlađoj populaciji, školske intervencije usmjerene prema razvijanju vještina za traženje pomoći te programi koji će omogućiti primjerenije reagiranje u liječenju kriznih situacija mentalnih problema.

Važnost dobre mentalno-zdravstvena pismenosti mladih osoba vidljiva je u činjenici da vodi ka boljem ishodu za opću populaciju, ali i za one koji imaju određene mentalne probleme. Mentalno-zdravstvena pismenost omogućava da osoba na vrijeme prepozna trenutak kada je potrebna pomoć njoj ili drugima oko nje te da na vrijeme prepozna simptome mentalnih problema, što onda omogućava pravovremeno reagiranje (Kelly i sur., 2007).

6. CILJEVI, HIPOTEZE I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog diplomskog rada je utvrditi povezanost između pojavnosti simptoma internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja kod učenika završnih razreda srednjih škola na području grada Kutine. Osim istraživanja povezanosti, ovaj diplomski rad istražuje i samu pojavnost internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja kod kutinskih maturanata. Podaci dobiveni istraživanjem omogućit će predlaganje smjernica za preventivno djelovanje u srednjim školama, ali i na razini Grada.

Obzirom na cilj istraživanja definirani su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

Problem 1: Ispitati mentalno-zdravstvenu pismenost te poznavanje mjesta za pružanje psihološke pomoći.

Problem 2: Ispitati pojavnost internaliziranih problema i pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja kod učenika završnih razreda srednjih škola u Kutini.

Problem 3: Istražiti postoji li povezanost između internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja, odnosno je li veći broj internaliziranih simptoma povezan s manjim brojem indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja.

U skladu s navedenim istraživačkim problemima postavljene su sljedeće hipoteze:

Hipoteza 1:

Obzirom da je prvo pitanje djelomično eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor o zdravstvenoj pismenosti u području mentalnog zdravlja i poznavanju mjesta za pružanje psihološke pomoći kod ispitanika, već će se na taj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Hipoteza 2:

Obzirom da je drugo pitanje djelomično eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor o zastupljenosti internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja kod ispitanika, već će se na taj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Hipoteza 3:

Obzirom da su internalizirani problemi važan prediktor mentalnog zdravlja i ishoda za budućnost (Novak i Bašić, 2008), a u skladu s rezultatima istraživanja Moksnes i Johansen-

Reidunsdatter (2019) prema kojima pozitivno mentalno zdravlje ima važnu prediktivnu ulogu u odnosu na pojavnost simptoma depresije i anksioznosti te razinu samopouzdanja pretpostavlja se kako će veći broj internaliziranih simptoma biti povezan s manjim brojem indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja.

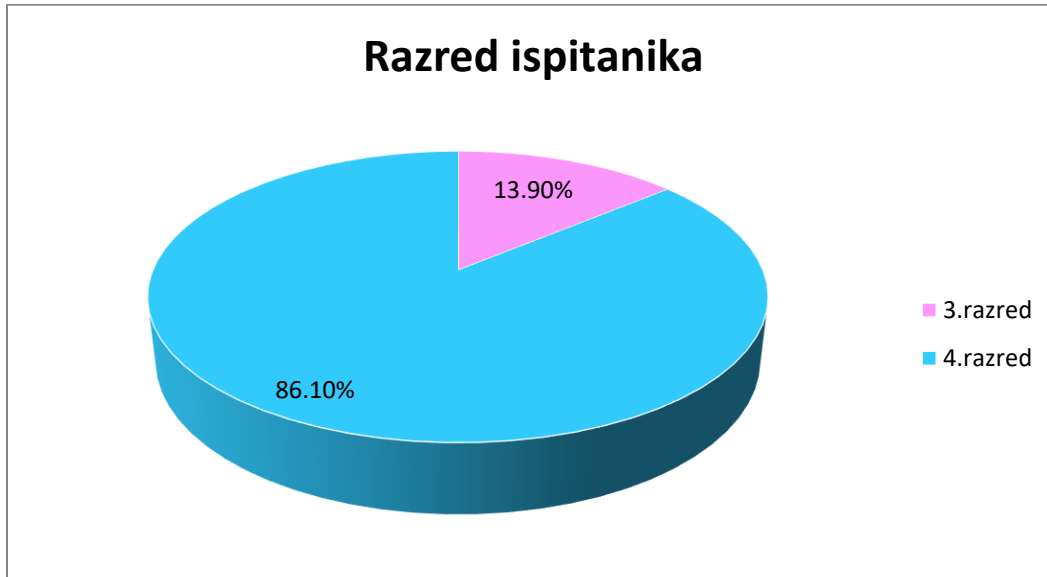
7. METODOLOGIJA

7.1 NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno tijekom ožujka 2019. godine u Srednjoj školi Tina Ujevića te u Tehničkoj školi Kutina. Sudjelovalo je ukupno 187 učenika trećih i četvrtih razreda oba spola. Istraživanje je provedeno u dogovoru sa ravnateljima škole i pedagogima. Ispitivanje je provedeno grupno za vrijeme trajanja nastave, a za njegovo ispunjavanje bilo je potrebno oko 20 minuta. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, a prije samog ispunjavanja upitnika učenici su bili upoznati sa ciljem i svrhom istraživanja, načinom ispunjavanja upitnika i sa mogućnošću odustajanja u bilo kojem trenutku ispunjavanja upitnika. Učenicima je zajamčena anonimnost i povjerljivost prikupljenih podataka.

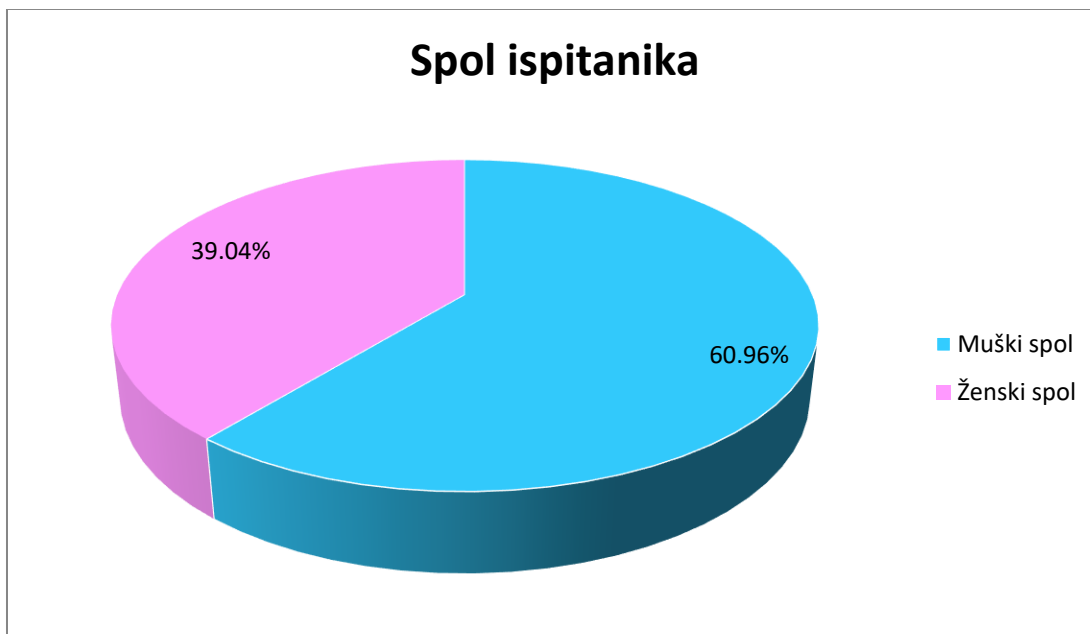
7.2 UZORAK ISPITANIKA

Kao što je vidljivo iz Slike 1., u istraživanju je sudjelovalo 187 učenika i učenica završnih trećih (13,90%) i četvrtih razreda (86,10%) srednjih škola u Kutini.



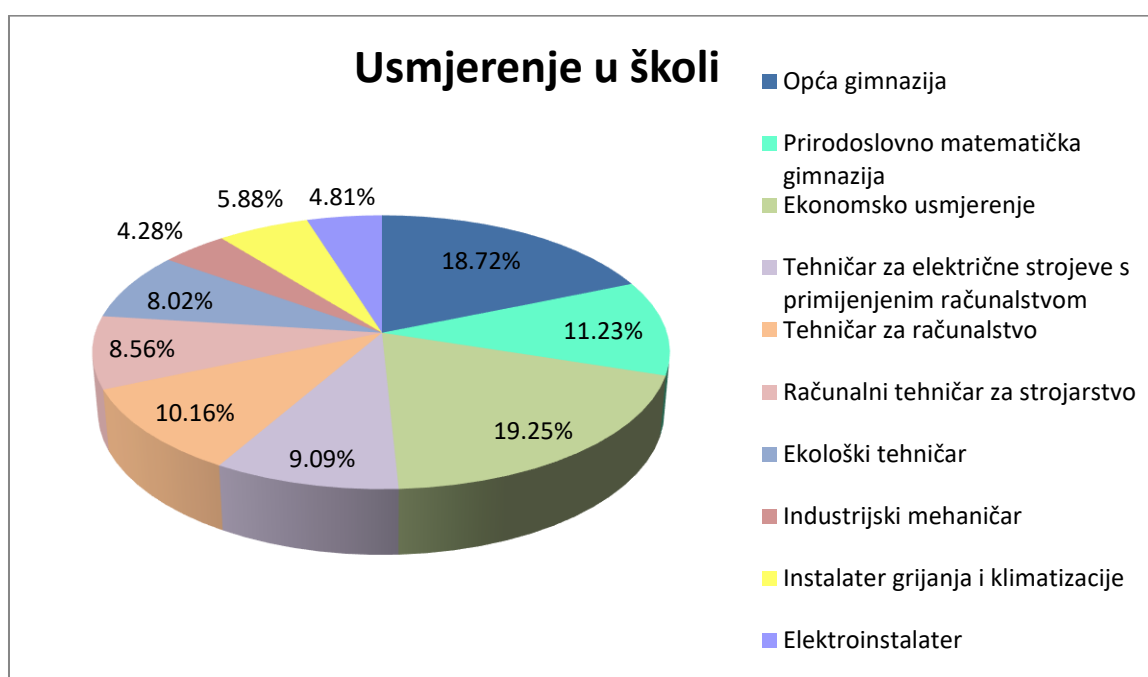
Slika 1. Uzorak ispitanika prikazan prema razredu

U uzorak je uključeno 114 (60,96%) mladića i 73 (39,04%) djevojaka (vidi Sliku 2.), starosti od 17 do 19 godina ($M=18,1$).



Slika 2. Uzorak ispitanika prikazan prema spolu

Uzorak je činilo 92 (49,20%) učenika Srednje škole Tina Ujevića te 95 (50,80%) učenika Tehničke škole. Što se tiče usmjerenja po školama, raspodjela ispitanika je sljedeća: 35 (18,72%) učenika pohađa opću gimnaziju, 21 (11,23%) prirodoslovno matematičku gimnaziju, 36 (19,25%) ekonomsko usmjerenje, 17 (9,09%) učenika pohađa smjer za tehničara za električne strojeve s primijenjenim računalstvom, 19 (10,16%) učenika pohađa smjer tehničar za računalstvo, 16 (8,56%) učenika pohađa smjer računalni tehničar za strojarstvo, 15 (8,02%) pohađa smjer za ekološkog tehničara, 8 (4,28%) učenika pohađa smjer za industrijskog mehaničara, 11 (5,88%) učenika pohađa smjer za instalatera grijanja i klimatizacije, a 9 (4,81%) učenika pohađa smjer za elektroinstalatera (vidi sliku 3.).



Slika 3. Uzorak ispitanika prema usmjerenjima u školama gdje su prikupljeni podaci

7.3 VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI

Za potrebe istraživanja korištena su dva standardizirana upitnika; *Depression, Anxiety Stress Scales*, autora Lovibond i Lovibond (1995) za ispitivanje simptoma internaliziranih problema, a za ispitivanje pojavnosti pozitivnog mentalnog zdravlja korišten je *Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale*. Uz ova dva upitnika, konstruiran je još jedan upitnik u svrhu ispitivanja mentalno-zdravstvene pismenosti u području mentalnog zdravlja i mjesta za traženje psihološke pomoći.

Za ispitivanje simptoma internaliziranih problema korišten je upitnik DASS. Izvorna verzija DASS upitnika sadrži 42 čestice, ali autori su razvili i kraću verziju instrumenta koja se sastoji od 21 čestice (DASS-21), a upravo je ta kraća verzija korištena za potrebe ovog istraživanja. Obje verzije, DASS-42 i DASS-21 predstavljaju jedan od najčešće korištenih instrumenata za procjenu neugodnih emocionalnih stanja i trenutno su jedna od najpopularnijih mjera za procjenu simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa na kliničkim i nekliničkim uzorcima (Jovanović i sur., 2014). Prilikom obrade podataka, varijable u upitniku podijeljene su u tri subskale: subskalu stresa, subskalu anksioznosti i subskalu depresivnosti. Jovanović i suradnici (2014) navode kako se subskala *Depresivnost* sastoji od čestica kojima se procjenjuju osnovni simptomi depresije (poput gubitka interesa, negativnog stava prema sebi i životu), subskala *Anksioznosti* obuhvaća čestice koje se prvenstveno odnose na simptome fiziološke uzbuđenosti ((kao što su suha usta, teškoće sa disanjem i drhtanje), dok subskala *Stresa* procjenjuje simptome općeg i nespecifičnog uzbuđenja (poput teškoća u opuštanju te iritabilnost i razdražljivost). Metodom samouvida učenici su odgovarali na pitanja u upitniku. Simptome i osjećaje procjenjivali su u odnosu na protekli tjedan, a odgovori su bili ponuđeni na Likertovoj skali u rasponu od 0 do 3 (*0- uopće se nije odnosilo na mene, 1-odnosilo se na mene malo ili ponekad, 2-odnosilo se na mene dosta ili često, 3-odnosilo se na mene prilično mnogo ili dosta često*).

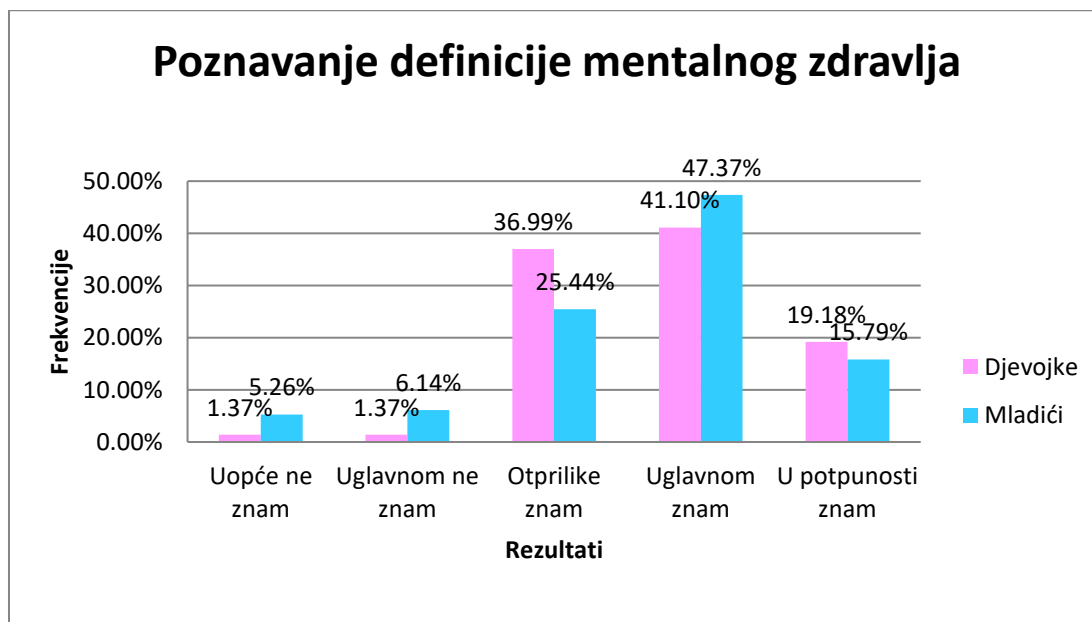
Mental Wellbeing Scale je upitnik koji sadrži 14 čestica, a ispituje prisutnost simptoma pozitivnog mentalnog zdravlja. Učenici su metodom samouvida odgovarali na pitanja postavljena u upitniku, a koja se odnose na prisutnost pozitivnih osjećaja (poput osjećaja opuštenosti, korisnosti, interesa za nove stvari) .Odgovori su bili ponuđeni na Likertovoj skali u rasponu od 1 do 5 (*1-nikada, 2-rijetko, 3-ponekad, 4-često, 5-uvijek*). Svoja iskustva procjenjivali su u odnosu na posljednja dva tjedna.

Posljednji upitnik konstruiran je posebno u svrhu ovog istraživanja. Pitanja u upitniku odnosila su se na poznavanje koncepta mentalnog zdravlja, na poznavanje i korištenje strategija za suočavanje sa stresom kao i na stavove učenika o važnosti brige za vlastito psihičko zdravlje. Također, pitanjima se ispitivalo poznavanje učenika o mjestima gdje mogu potražiti stručnu psihološku pomoć te njihov stav o postojanju mjesta u Gradu Kutini gdje bi mogli besplatno dobiti pomoć stručnih osoba.

8. REZULTATI

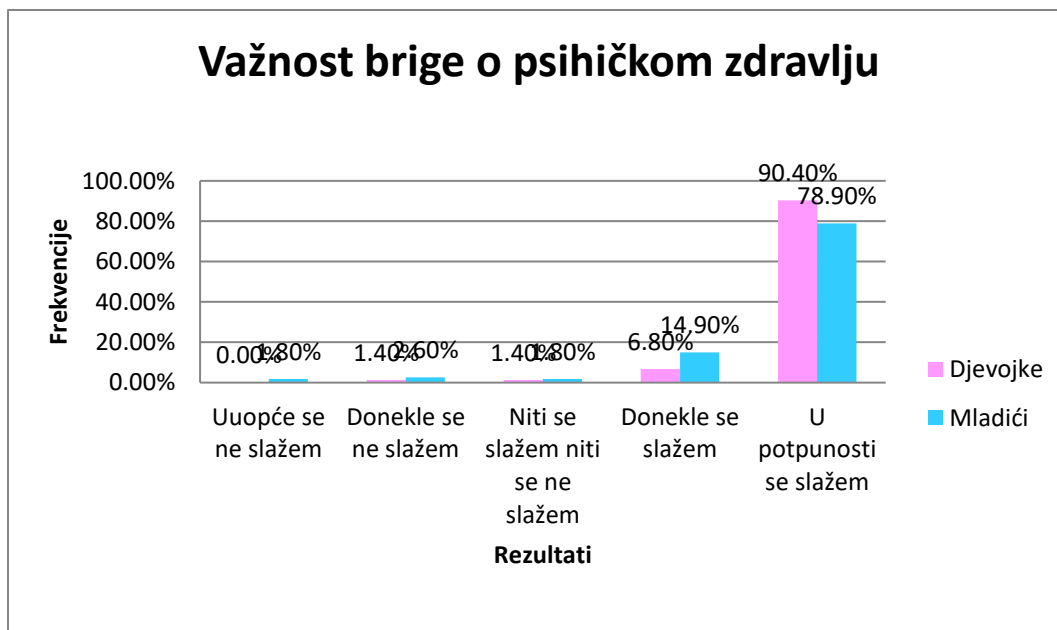
8.1 Mentalno-zdravstvena pismenost i poznavanje mjesta za pružanje psihološke pomoći

Kako bi se odgovorilo na prvo istraživačko pitanje, prikazane su frekvencije odgovora na pojedinu česticu u dijelu upitnika koji je ispitivao mentalno-zdravstvenu pismenost. Rezultati su prikazani u odnosu na spol te su iskazani u obliku grafova (vidi Slika 1., Slika 2., Slika 3., Slika 4., Slika 5., Slika 6. i Slika 7.).



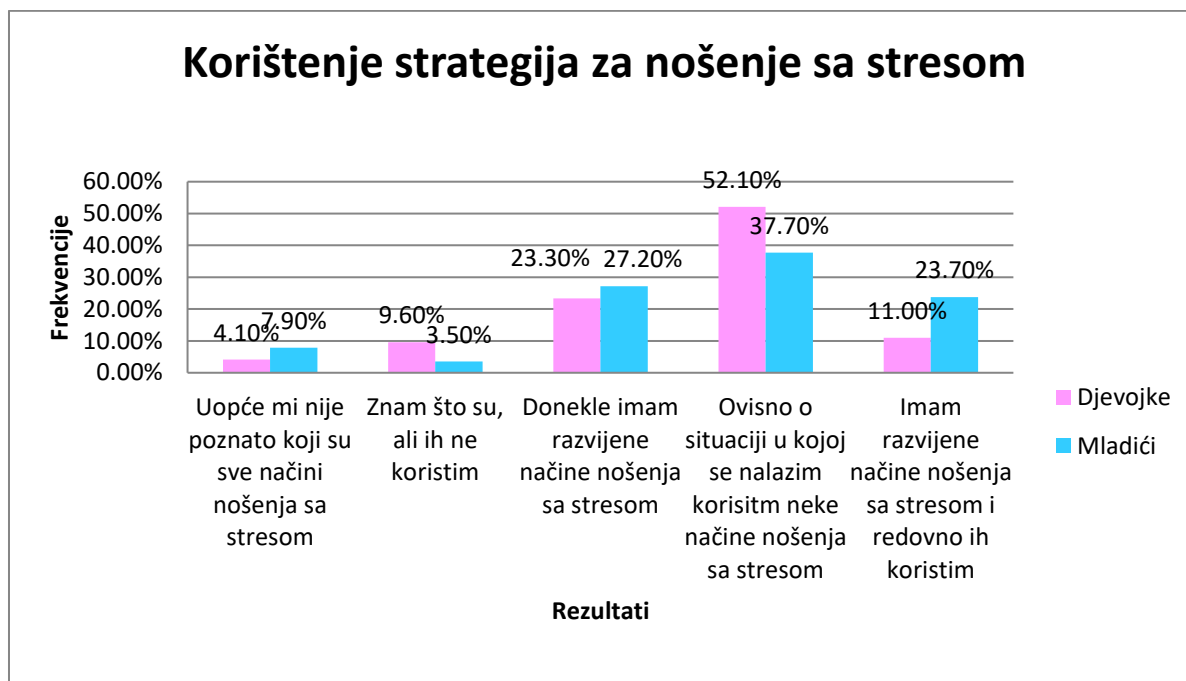
Slika 1: Grafički prikaz distribucije frekvencija u poznavanju definicije mentalnog zdravlja

Kao što je vidljivo iz Slike 1. većina učenika je procijenila kako *otprilike* (Ž: 36,99%; M: 25,44%) i *uglavnom znaju* (Ž:41,10%; M:47,37%) što se podrazumijeva pod pojmom mentalnog zdravlja. Razlike u odnosu na spol u ovoj čestici nisu velike te djevojke i mladići podjednako procjenjuju svoje znanje o definiciji pozitivnog mentalnog zdravlja.



Slika 2: Grafički prikaz distribucije frekvencija o važnosti brige za psihičko zdravlje

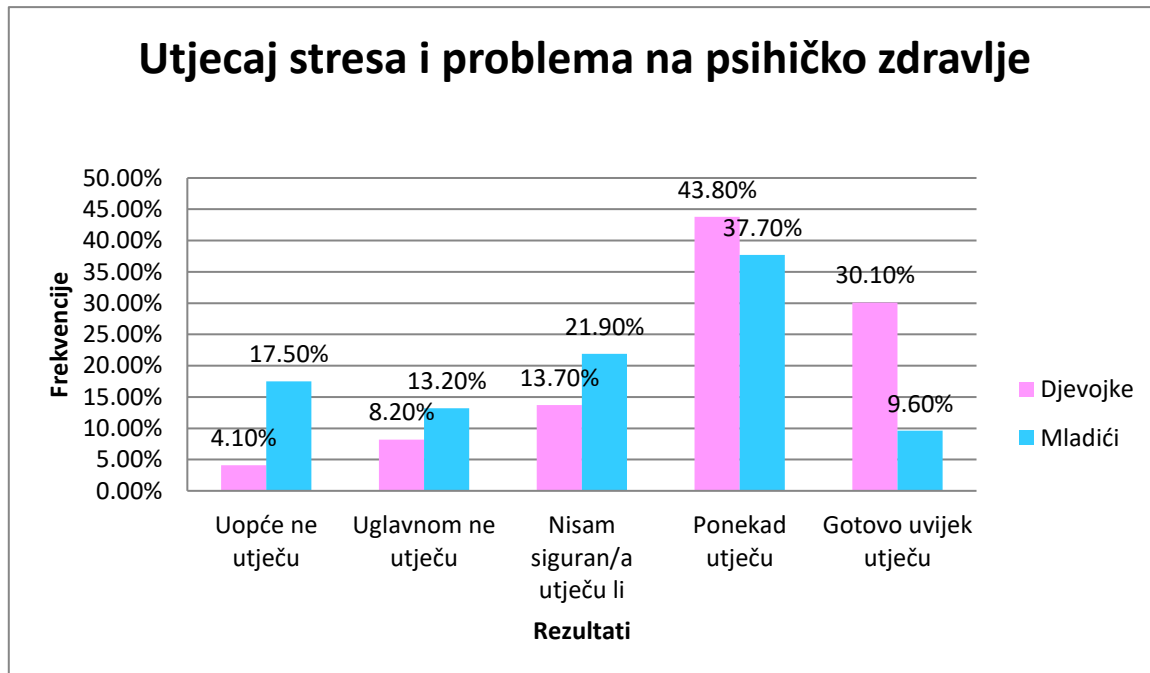
Slika 2. prikazuje stavove učenika o važnosti brige za psihičko zdravlje; učenici su izražavali svoj stav o tvrdnji koja glasi: „Važno je brinuti o svom psihičkom zdravlju jednako kao i o fizičkom“. Rezultati pokazuju kako djevojke (90,40%) i mladići (78,90%) smatraju kako je briga za psihičko i fizičko zdravlje jednako važna.



Slika 3: Grafički prikaz distribucije frekvencija u korištenju strategija za nošenje sa stresom

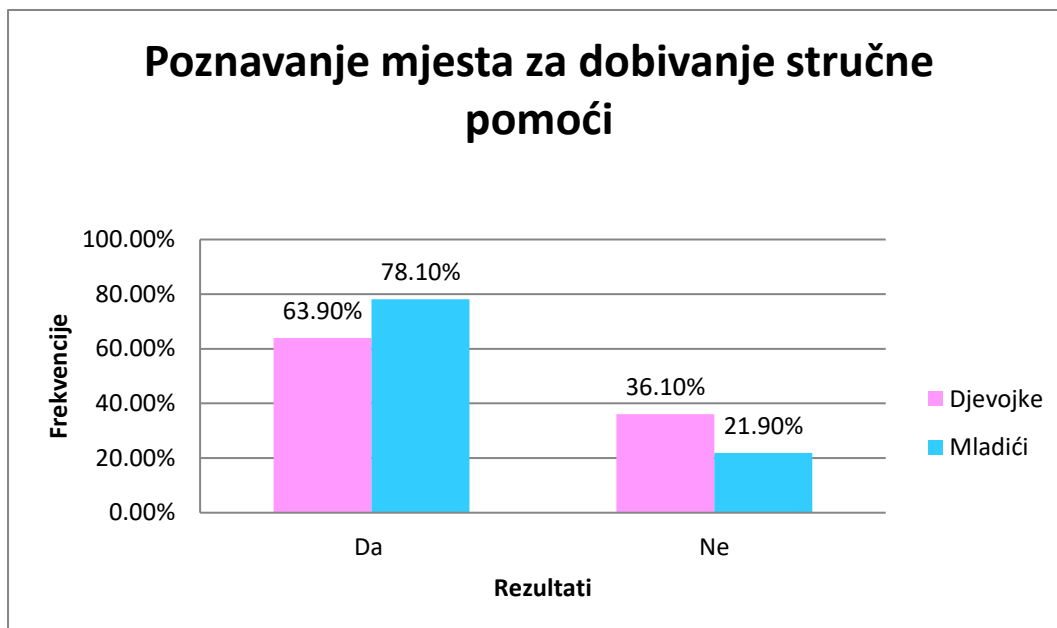
Sljedeća čestica koju su učenici procjenjivali u ovom djelu upitnika odnosila se na poznavanje i korištenje strategija za nošenje sa stresom.

Iz Slike 3. vidljivo je kako većinom i djevojke i mladići poznaju koji su načini nošenja sa stresom, a ovisno u situaciji u kojoj se nalaze koriste neke strategije nošenja sa stresom (djevojke; 52,10%, mladići; 37,70%).



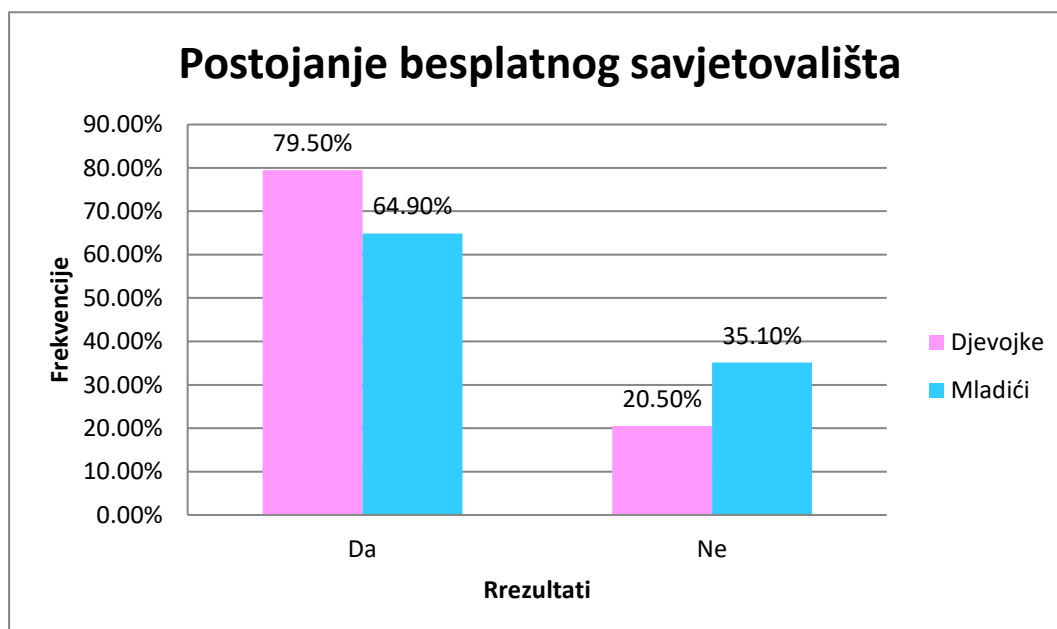
Slika 4: Grafički prikaz distribucije frekvencija za utjecaj stresa na psihičko zdravlje

Ova čestica ispitala je mišljenje učenika o utjecaju stresa i problema na njihovo psihičko zdravlje. Iz Slike 4. vidljivo je kako djevojke (43,80%) i mladići (37,70%) procjenjuju da stres i problemi *ponekad utječu* na njihovo psihičko zdravlje. U odnosu na spol, velika je razlika u procjenjivanju odgovora sa tvrdnjom *gotovo uvijek utječu* (djevojke; 30,10%, mladići; 9,60%).



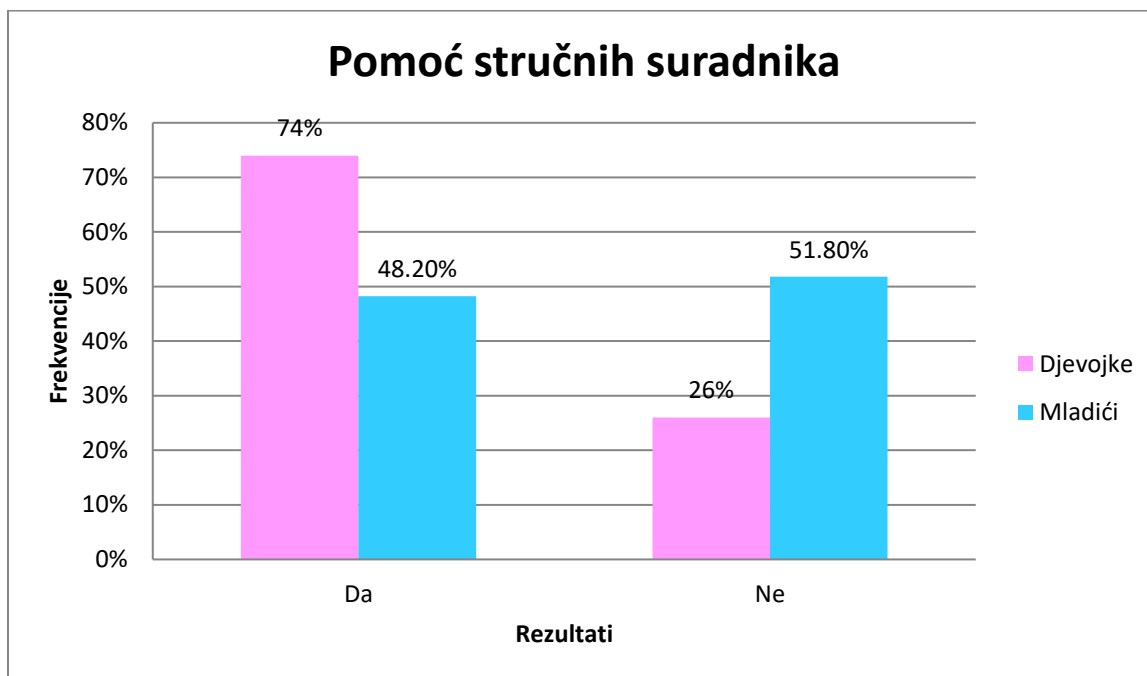
Slika 5: Grafički prikaz distribucije frekvencija u poznavanju mjesta za dobivanje stručne pomoći

Ova čestica ispitala je znanje ispitanika o poznavanju mjesta gdje mogu dobiti psihološku stručnu pomoć. Iz Slike 5. vidljivo je da djevojke 63,90% djevojaka zna gdje potražiti stručnu pomoć, dok 36,10% njih to ipak ne zna. S druge strane, 78,10% mladića zna gdje mogu potražiti stručnu pomoć, a 21,90% njih ne zna gdje može dobiti stručnu pomoć



Slika 6: Grafički prikaz distribucije frekvencija o postojanju besplatnog savjetovališta

Ova čestica ispitala je mišljenje učenika o potrebi za osnivanjem besplatnog savjetovališta na području Grada Kutine. Iz Slike 6.vidljivo je kako djevojke (79,50%) i mladići (64,90%) smatraju kako bi bilo korisno osnovati savjetovalište na području Grada gdje bi mogli dobiti besplatnu pomoć ili savjet oko problema s kojima se susreću.



Slika 7: Grafički prikaz distribucije frekvencija za pomoć stručnih suradnika

Posljednja čestica ispitala je potrebu učenika da se mogu više oslanjati na pomoć svojih stručnih suradnika u školi koju pohađaju. Iz Slike 7. vidljivo je kako djevojke (74%) u odnosu na mladiće (48,20%) više izražavaju potrebu za oslanjanjem na pomoć stručnih suradnika u školi koju pohađaju.

8.2 Pojavnost internaliziranih problema

Kako bi se odgovorilo na problem o pojavnosti internaliziranih problema, u Tablici 1. izražene su frekvencije za svaku od čestica. Iz Tablice 1. vidljivo je da se velik dio učenika (postotak ovisi o tvrdnji) izjasnio kako se tvrdnja *uopće ne odnosi na njih* ili *se odnosi ponekad*. Tvrdnje na koje su učenici označili da se *odnose na njih često* ili *prilično mnogo* odnose se na sljedeće čestice: „Bilo mi je teško pokrenuti se da nešto napravim“ (25,7% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često), „U nekim sam situacijama pretjerano reagirao/la“ (27,3% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često), „Bilo mi je teško opustiti se“ (23,00% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često).

Tablica 1. Tablični prikaz distribucije frekvencija na DASS skali

| Tvrdnja/učestalost | Uopće se nije odnosilo na mene | Odnosilo se na mene malo ili ponekad | Odnosilo se na mene dosta ili često | Odnosilo se na mene prilično mnogo ili dosta često |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Bilo mi je teško smiriti se | 39,8% | 40,3% | 16,1% | 3,8% |
| Osjećao/la sam da su mi usta bila suha | 47,1% | 31,6% | 16,6% | 4,8% |
| Nisam uopće mogao/la osjetiti neku pozitivnu emociju | 64,7% | 19,3% | 11,2% | 4,8% |
| Imao/la sam poteškoća s disanjem | 71,1% | 16,0% | 6,4% | 6,4% |
| Bilo mi je teško pokrenuti se da nešto napravim | 26,2% | 31,0% | 25,7% | 17,1% |
| U nekim sam situacijama pretjerano reagirao/la | 23,0% | 33,7% | 27,3% | 16,0% |
| Osjećao/la sam drhtanje | 56,1% | 23,0% | 13,9% | 7,0% |
| Imao/la sam dojam da trošim jako puno energije na nervozu | 42,2% | 28,9% | 21,9% | 7,0% |
| Brinuo/la sam se oko situacija u kojima bi me mogla uhvatiti trema i u kojima bih mogao/la napraviti budalu od sebe | 30,5% | 31,0% | 21,9% | 16,6% |
| Osjećao/la sam da se nemam čemu veseliti | 60,2% | 25,3% | 9,1% | 5,4% |
| Primijetio/la sam da se vrlo lako uznemirim | 36,9% | 37,4% | 14,4% | 11,2% |
| Bilo mi je teško opustiti se | 41,2% | 28,9% | 23,0% | 7,0% |
| Osjećao/la sam se sjetno i potišteno | 47,6% | 29,4% | 17,1% | 5,9% |
| Osjećao/la sam se netolerantno prema svemu što me ometalo u onome što sam obavljao/la | 48,1% | 33,2% | 15,0% | 3,7% |
| Osjećao/la sam da sam blizu panike | 64,7% | 18,2% | 12,3% | 4,8% |
| Nisam se mogao/la za ništa iskreno zainteresirati | 47,1% | 28,9% | 15,5% | 8,6% |
| Osjećao/la sam se da kao osoba ne vrijedim puno | 54,0% | 23,0% | 14,4% | 8,6% |
| Bio/la sam dosta osjetljiv/a | 41,2% | 34,2% | 14,4% | 10,2% |
| Osjećao/la sam lupanje srca iako nije bilo fizičkog napora | 59,9% | 23,0% | 10,2% | 7,0% |
| Osjećao/la sam se uplašeno bez nekog razloga | 66,8% | 20,3% | 10,2% | 2,7% |
| Osjećao/la sam da život nema smisla | 56,1% | 17,1% | 13,4% | 12,3% |

U Tablici 2. prikazane su aritmetičke sredine, standardne devijacije te raspon rezultata za subskalu depresivnosti, anksioznosti i depresije, kao i za cjelokupnu skalu DASS-21.

Prosječan rezultat ispitanika na cjelokupnoj DASS skali iznosi 17,56 ($S= 12,45$). Rezultati se kreću od min 0.00 do max 54.00.

Tablica 2. Rezultati deskriptivne analize subskale simptoma depresije, anksioznosti i stresa te ukupnog rezultata na DASS-21

| | Subskala depresivnosti | Subskala anksioznosti | Subskala stresa | Ukupan rezultat na DASS-21 |
|----------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|
| Aritmetička sredina (M) | 5,78 | 4,94 | 6,80 | 17,56 |
| SD | 4,95 | 4,38 | 4,85 | 12,45 |
| Raspon rezultata min.-max. | 0-19 | 0-19 | 0-20 | 0,00-54,00 |

Obzirom da je u istraživanju korištena kraća verzija upitnika (DASS-21) potrebno je dobivene rezultate na subskali stresa, anksioznosti, i depresivnosti pomnožiti sa dva (jer izvorna verzija DASS upitnika sadrži 42 čestice). Dobivene vrijednosti prikazane su u *Tablici 3.*

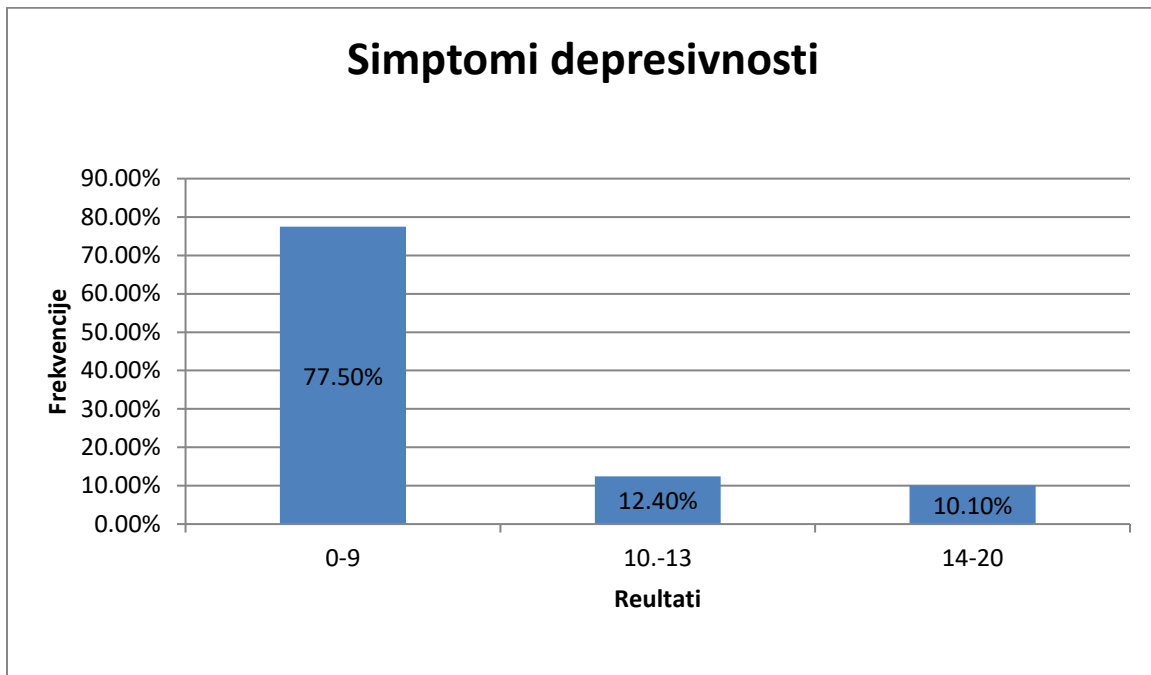
Tablica 3. Izračunate vrijednosti ukupnih rezultata na DASS-21 prema subskalama

| | Subskala depresivnosti | Subskala anksioznosti | Subskala stresa |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| Aritmetička sredina (M) | 11,56 | 9,88 | 13,6 |

Iz Tablice 3. vidljivo je kako prosječan rezultat učenika na subskali depresije iznosi 11,56. Prosječan rezultat na subskali anksioznosti je 9,88, a na subskali stresa iznosi 13,6.

Kako bi se podaci mogli interpretirati, u uputama za korištenje DASS-21 upitnika nalazi se tablica sa rasponima rezultata koji odgovaraju određenoj razini ozbiljnosti simptoma depresije, anksioznosti i stresa. U skladu sa tim vrijednostima, rezultati provedenog istraživanja pokazali su sljedeće: prema ukupnim rezultatima, na subskali depresije ispitanici pripadaju blagoj razini ozbiljnosti, na subskali anksioznosti pripadaju umjerenoj razini ozbiljnosti, dok se na subskali stresa nalaze na normalnoj razini ozbiljnosti simptoma.

Grafički prikazi koji slijede (Slika 8., Slika 9., i Slika 10.) prikazuju distribuciju frekvencija na subskali simptoma depresije, anksioznosti i stresa. Predstavljene kategorije su ukupni rezultati koje su sudionici istraživanja postigli na svakoj od subskala te svaka od njih kroz učestalost zastupljenosti navedenih simptoma označava određeni stupanj ozbiljnosti depresije, anksioznosti i stresa.



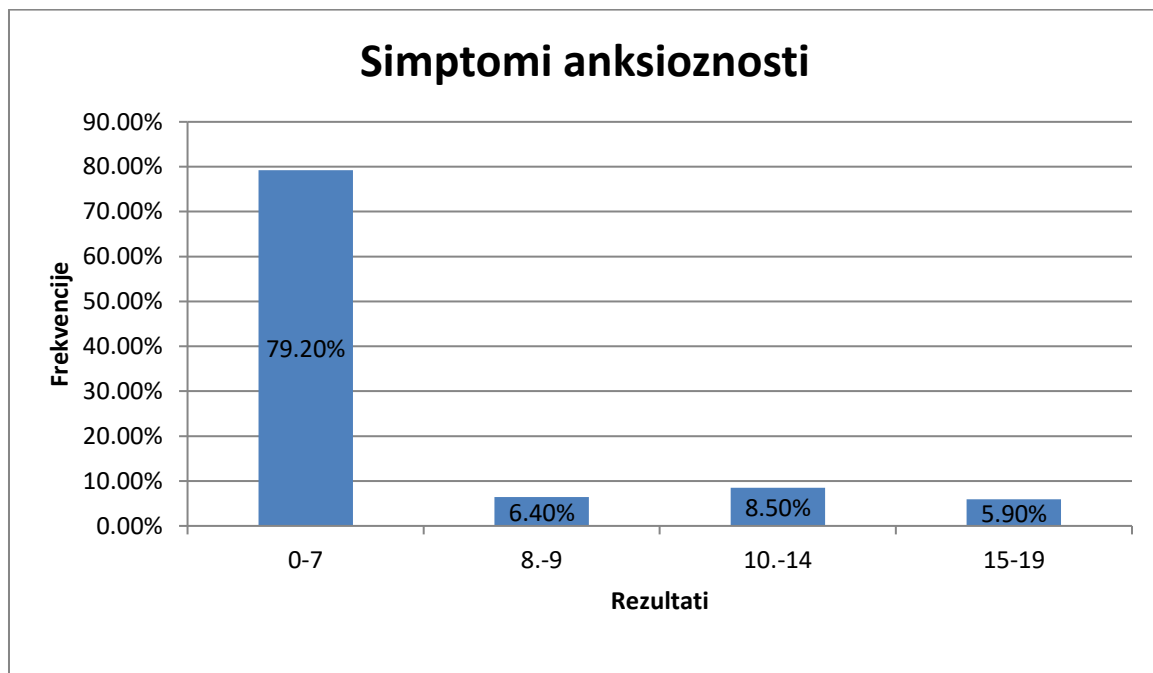
Slika 8: Grafički prikaz distribucije frekvencija za varijablu Simptomi depresivnosti

Bodovna skupina od 0 do 9 predstavlja normalan rezultat, odnosno nisku prisutnost simptoma, bodovna skupina od 10 do 13 označava simptomatologiju koja je blago zastupljena, rezultat između 14 i 20 bodova predstavlja umjerenu prisutnost simptoma depresivnosti, rezultat od 21 do 27 bodova upućuje na ozbiljnu zastupljenost simptoma depresivnosti, dok bodovi iznad 28 ukazuju na vrlo ozbiljnu zastupljenost simptomatologije depresivnosti.

Najveći broj ispitanika – njih 144 (77,50%), postigao je najmanji mogući rezultat (0-9) te pripadaju skupini s niskom prisutnošću simptoma što znači da ova skupina uopće ne iskazuje simptome depresivnosti ili ih iskazuje u neznatnoj mjeri. Po brojnosti ih slijedi grupa ispitanika koja, gledajući postignuti rezultat (10-13) iskazuje blage simptome depresivnosti. Blago doživljavanje u ovom slučaju znači da su ispitanici simptome depresivnosti doživljavali vrlo malo ili ponekad. Ovoj grupi pripada 23 ispitanika (12,40%).

Naposljetku, najmanju skupinu, odnosno onu koja podrazumijeva umjerenu zastupljenost simptoma depresivnosti čini 19 ispitanika (10,10%). Umjereno doživljavanje simptoma depresivnosti znači da su neke simptome doživljavali malo ili ponekad, dok su druge iskusili često. Bodovna skupina koja predstavlja ozbiljnu te vrlo ozbiljnu prisutnost simptoma depresivnosti u ovom istraživanju nije zastupljena. Maksimalan rezultat ostvaren na ovoj subskali iznosi 19 (jedan učenik postigao je ovaj rezultat). Zaključno, rezultati su pokazali kako se se najveći broj ispitanika nalazi u kategoriji najmanje zastupljenosti simptoma, ali udio adolescenata koji manifestiraju blagu i umjerenu simptomatologiju ipak nije zanemariv te taj udio iznosi 22,50%.

Sljedeći grafički prikaz (Slika 9.) predstavlja distribuciju frekvencija na subskali simptoma anksioznosti. Bodovna skupina od 0 do 7 predstavlja normalan rezultat, odnosno nisku prisutnost simptoma, 8 i 9 bodova označava simptomatologiju koja je blago zastupljena; rezultat između 10 i 14 bodova znači umjerenu prisutnost simptoma anksioznosti, bodovi od 15 do 19 upućuju na ozbiljnu zastupljenost simptoma, dok bodovi iznad 20 ukazuju na vrlo ozbiljnu zastupljenost simptoma anksioznosti.

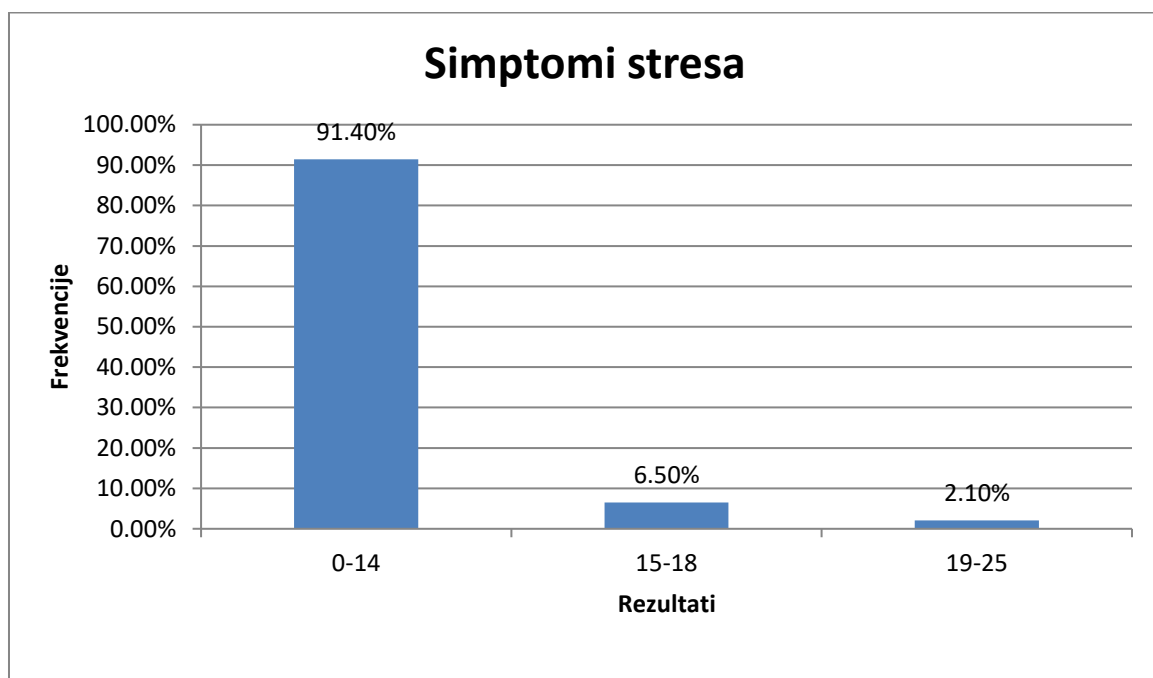


Slika 9: Grafički prikaz distribucije frekvencija za varijablu Simptomi anksioznosti

Najveći broj ispitanika, njih 149 (79,20%) postigao je najmanji mogući rezultat (0-7), stoga pripadaju skupini s niskom prisutnošću simptoma anksioznosti. Ovakav rezultat znači da ova skupina ispitanika uopće ne iskazuje simptome anksioznost ili ih iskazuje u neznatnoj mjeri.

Po brojnosti ih slijedi grupa ispitanika koja je ostvarila rezultat od 8 i 9 bodova te ova skupina iskazuje blage simptome anksioznosti. Blago doživljavanje simptoma anksioznosti znači da su ispitanici simptome anksioznosti doživljavali vrlo malo ili ponekad. Ovoj grupi pripada 12 ispitanika (6,40%). Sljedeću skupinu, odnosno onu koja podrazumijeva umjerenu zastupljenost simptoma anksioznosti čini 15 ispitanika (8,50%). Umjereno doživljavanje simptoma anksioznosti znači da su neke simptome doživljavali malo ili ponekad, dok su druge iskusili često. Posljednju skupinu, odnosno onu koja podrazumijeva ozbiljnu zastupljenost simptoma anksioznosti čini 11 ispitanika (5,90%). Bodovna skupina koja predstavlja vrlo ozbiljnu prisutnost simptoma depresivnosti u ovom istraživanju nije zastupljena. Maksimalan rezultat ostvaren na ovoj subskali iznosi 19 bodova (2 učenika je postiglo ovaj rezultat). Prikazani rezultati su pokazali kako se najveći broj ispitanika nalazi u kategoriji najmanje zastupljenosti simptoma, ali udio adolescenata koji manifestiraju umjerenu i ozbiljnu simptomatologiju ipak nije zanemariv - taj udio iznosi 14,40%.

Posljednji grafički prikaz (Slika 10.) predstavlja distribuciju frekvencija na subskali simptoma stresa. Bodovna skupina od 0 do 14 predstavlja normalan rezultat, odnosno nisku prisutnost simptoma, rezultat od 15 i 18 bodova označava simptomatologiju koja je blago zastupljena; rezultat između 19 i 25 bodova znači umjerenu prisutnost simptoma stresa. bodovi od 26 do 33 upućuju na ozbiljnu zastupljenost simptoma, dok bodovi iznad 34 ukazuju na vrlo ozbiljnu zastupljenost simptoma stresa.



Slika 10: Grafički prikaz distribucije frekvencija na varijabli Simptomi stresa

Najveći broj ispitanika, njih 170 (91,40%) postigao je najmanji mogući rezultat (0-4) te stoga pripadaju skupini s niskom prisutnošću simptoma stresa što znači da ova skupina ispitanika uopće ne iskazuje simptome stresa ili ih iskazuje u neznatnoj mjeri. Po brojnosti ih slijedi grupa ispitanika koja je ostvarila rezultat u rasponu od 15 do 18 bodova. Ova skupina ispitanika iskazuje blage simptome stresa Blago doživljavanje simptoma stresa znači da su ispitanici simptome stresa doživljavali vrlo malo ili ponekad. Ovoj grupi pripada 12 ispitanika (6,50%). Posljednju skupinu, odnosno onu koja podrazumijeva umjerenu zastupljenost simptoma stresa čini 4 ispitanika (2,10%). Umjereno doživljavanje simptoma stresa znači da su ispitanici neke simptome doživljavali malo ili ponekad, dok su druge iskusili često. Bodovna skupina koja predstavlja vrlo ozbiljnu prisutnost simptoma depresivnosti u ovom istraživanju nije zastupljena. Maksimalan rezultat ostvaren na ovoj subskali iznosi 20 bodova (troje učenika je postiglo ovaj rezultat). Prema prikazanim rezultatima može se zaključiti kako se najveći broj ispitanika nalazi u kategoriji niske zastupljenosti simptoma stresa.

8.3 Pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja

Kako bi se moglo odgovoriti na ovo istraživačko pitanje u Tablici 4. izražene su frekvencije za svaku od čestica. Kao što se iz Tablice 4. može vidjeti, u odnosu na kategoriju pojavnosti „Nikada“ učenici su se izjasnili kako su u proteklom tjednu najmanje doživjeli osjećaj da imaju viška energije (7,5% nikada nije doživjelo u proteklom tjednu, a 24,6% je rijetko doživjelo). Također, na tvrdnju „Osjećao/la sam se dobro u vezi sebe same/a“ učenici su se izjasnili kako se u proteklom tjednu njih 4,8% nikada nije tako osjećalo, a 11,8% se tako osjećalo rijetko; slični rezultati su i za tvrdnju „Bio/la sam zainteresiran/a za nove stvari“ (4,8% učenika se nikada nije tako osjećalo, a 11,2% učenika se tako osjećalo rijetko). Na tvrdnju „Osjećao/la sam se samopouzđano“ čak 15,00% učenika izjasnilo se kako su se u proteklom tjednu rijetko osjećali samopouzđano, a njih 27,3% tako se osjećalo ponekad.

Najčešće zastupljeni osjećaji učenika u proteklom tjednu odnose se na osjećaj voljenosti (36,4% učenika označilo je da se u proteklom tjednu osjećalo voljeno gotovo uvijek), zainteresiranosti za nove stvari (30,5% učenika tako se osjećalo gotovo uvijek, a 29,4% učenika gotovo uvijek) te osjećaj vedrog raspoloženja (29,4% učenika vedro se osjećalo gotovo uvijek, a 40,1% učenika često).

Tablica 4. Tablični prikaz distribucije frekvencija na skali pozitivnog mentalnog zdravlja

| Tvrdnja/učestalost | Nikada | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek |
|---|--------|---------|---------|-------|--------|
| Osjećao/la sam se optimistično oko budućnosti | 3,7% | 13,4% | 31,6% | 36,9% | 14,4% |
| Osjećao/la sam se se korisno | 0,5% | 11,8% | 34,8% | 38,0% | 15,0% |
| Osjećao/la sam se opušteno | 1,6% | 9,6% | 27,3% | 41,2% | 20,3% |
| Osjećao/la sam se zainteresirano za druge ljude | 2,1% | 11,2% | 26,7% | 37,4% | 22,5% |
| Imao/la sam višak energije | 7,5% | 24,6% | 33,2% | 21,9% | 12,8% |
| Dobro sam se nosio/la s problemima | 2,1% | 9,6% | 32,1% | 36,9% | 19,3% |
| Misli su mi bile bistre | 4,3% | 11,8% | 25,3% | 34,9% | 23,7% |
| Osjećao/la sam se dobro u vezi sebe same/a | 4,8% | 11,8% | 21,4% | 35,8% | 26,2% |
| Osjećao/la sam se blisko s drugim ljudima | 3,2% | 11,8% | 24,1% | 39,0% | 21,9% |
| Osjećao/la sam se samopouzđano | 4,8% | 15,0% | 27,3% | 32,1% | 20,9% |
| Bilo mi je lako donositi svoje odluke oko stvari. | 4,3% | 10,2% | 28,3% | 34,2% | 23,0% |
| Osjećao/la sam se voljeno. | 3,2% | 11,2% | 17,6% | 31,6% | 36,4% |
| Bio/bila sam zainteresiran/a za nove stvari. | 4,8% | 11,2% | 24,1% | 29,4% | 30,05% |
| Bio/la sam vedrog raspoloženja. | 1,6% | 9,1% | 19,8% | 40,1% | 29,4% |

U Tablici 5. prikazane su središnje vrijednosti WEMWBS upitnika. Rezultati se kreću od minimalnih 25.00 do maksimalnih 70.00. KS testom utvrđeno je da distribucija statistički značajno odstupa od normalne distribucije ($KS=0.096$; $p<0.05$). središnja vrijednost iznosi $c=52,0000$, a mjera raspršenja Q iznosi 14,25 (vidi Tablica 5.).

Tablica 5. Rezultati deskriptivne analize WEMWBS skale

| | Aritmetička sredina (M) | Medijan | Mjera raspršenja | SD | Raspon rezultata (min.-max.) |
|---|-------------------------|---------|------------------|-------|------------------------------|
| Ukupni rezultat na skali pozitivnog mentalnog zdravlja (WEMWBS) | 50,65 | 52,0000 | 14,25 | 10,10 | 25,00-70,00 |

Prosječan rezultat ispitanika na cjelokupnoj skali pozitivnog mentalnog zdravlja iznosi 50, 65 ($SD= 10,10$). U uputama za interpretaciju podataka WEMWBS nalaze se aritmetičke sredine (M) rezultata koje predstavljaju prosječni rezultat za populaciju prema rasponu godina. Za grupu od 16 do 24 godina aritmetička sredina (M) rezultata nalazi se u rasponu od 50,6 – 52,8. Kao što se može vidjeti iz Tablice 5., u ovom istraživanju ispitanici su ostvarili rezultat $M= 50,65$; u skladu s time može se zaključiti kako se ispitanici u ovom istraživanju nalaze u prosjeku.

8.4 Povezanost internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja

Kako bi se utvrdili povezanost između simptoma internaliziranih problema i pokazatelja pozitivnog mentalnog zdravlja korišten je Spearmanov koeficijent korelacije budući da se radi o podacima koji nisu distribuirani normalno. Rezultati provedenog testa prikazani su u Tablici 6.

Tablica 6. Prikaz korelacija između subskala upitnika DASS-21 i pozitivnog mentalnog zdravlja

| Varijable | Ukupni rezultat na subskali stresa | Ukupni rezultat na subskali anksioznosti | Ukupni rezultat na subskali depresivnosti | Ukupni rezultat na DASS skali |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------|
| Ukupni rezultat na skali WEMWBS | -,515** | -,470** | -,640** | -,612** |

Kao što je vidljivo iz Tablice 6. rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna visoka negativna povezanost između rezultata na dimenziji pozitivnog mentalnog zdravlja i rezultata na dimenziji internaliziranih problema ($r = -0.612$, $p < 0.05$), što znači da je viša razina internaliziranih problema povezana je s nižom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja (i obrnuto).

Obzirom na to da su prilikom obrade podataka varijable u DASS-21 skali svrstane u 3 subskale (subskala stresa, subskala anksioznosti, subskala depresivnosti) istim statističkim postupkom bilo je potrebno utvrditi povezanost pozitivnog mentalnog zdravlja sa svakom subskalom pojedinačno.

Rezultati za subskalu depresije pokazali su kako postoji statistički značajna visoka negativna povezanost između rezultata na dimenziji pozitivnog mentalnog zdravlja i rezultata na subskali anksioznosti ($r=-0.640$, $p<0.05$), što znači da je viši rezultat na subskali depresije povezan s nižom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja.

Rezultati za subskalu anksioznosti pokazali su kako postoji statistički značajna umjerena negativna povezanost između rezultata na dimenziji pozitivnog mentalnog zdravlja i rezultata na subskali anksioznosti ($r=-0.470$, $p<0.05$), što znači da je viši rezultat na subskali anksioznosti povezan s nižom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja.

Rezultati za subskalu stresa pokazali su kako postoji statistički značajna visoka negativna povezanost između rezultata na dimenziji pozitivnog mentalnog zdravlja i rezultata na subskali stresa ($r=-0.515$, $p<0.05$), što znači da je viši rezultat na subskali stresa povezan s nižom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja.

9. RASPRAVA

Internalizirani problemi su do danas bili predmet brojnih istraživanja, dok pozitivno mentalno zdravlje predstavlja koncept koji do sada nije toliko istraživao, a posebno na razini Hrvatske. Što se tiče istraživanja povezanosti internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja, na ovu temu provedena je tek nekolicina istraživanja, stoga je glavni cilj ovog diplomskog rada bio utvrditi povezanost internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja kod adolescenata.

Dobiveni podaci mogu biti od koristi za razumijevanje ove problematike te mogu pomoći u stvaranju smjernica za daljnje preventivne aktivnosti i djelovanje koje će biti usmjereno prema adolescentima.

Prvi istraživački problem odnosio se na ispitivanje mentalno-zdravstvene pismenosti te poznavanje mjesta za pružanje psihološke pomoći. Budući da je ovo pitanje eksplorativnog karaktera, hipoteza nije bila unaprijed pretpostavljena. Za utvrđivanje mentalno-zdravstvene pismenosti korišten je upitnik koji je kreiran u svrhu ovog istraživanja. Pitanja u upitniku odnosila su se na poznavanje koncepta mentalnog zdravlja, na poznavanje i korištenje strategija za suočavanje sa stresom te na stavove učenika o važnosti brige za vlastito psihičko zdravlje. Također, pitanjima se ispitalo poznavanje učenika o mjestima gdje mogu potražiti stručnu psihološku pomoć te njihov stav o postojanju mjesta u Gradu Kutini gdje bi mogli besplatno dobiti pomoć stručnih osoba. Što se tiče poznavanja definicije mentalnog zdravlja, većina učenika je procijenila kako otprilike (Ž:36,99%; M:25,44%) i uglavnom znaju (Ž: 41,10%; M:47,37%) što se podrazumijeva pod pojmom mentalnog zdravlja. Također, učenicima je u upitniku ponuđen prazan prostor u kojemu su mogli napisati svoje shvaćanje i razumijevanje pojma „mentalno zdravlje“. Najveći broj učenika smatra da se mentalno zdravlje odnosi na „psihičko zdravlje“, odnosno „psihičko stanje pojedinca“ i „psihičku stabilnost osobe“. Nadalje, velik broj učenika pod pojmom mentalno zdravlje podrazumijeva „sposobnost reagiranja u stresnim situacijama“ i „pravilno nošenje s problemima“. Također, učenici smatraju da se mentalno zdravlje odnosi na „sposobnost razumnog razmišljanja i donošenja odluka“, odnosno da podrazumijeva „racionalno i realno razmišljanje“ te „pozitivan način razmišljanja“. Nekolicina učenika smatra kako je za dobro mentalno zdravlje neophodno „raditi na svojim osjećajima i pozitivnom razmišljanju“ te „brinuti o sebi i o svom umu“. Isto tako, učenici smatraju da se mentalno zdravlje odnosi na to „kako se čovjek osjeća“ te smatraju kako mentalno zdravlje „utječe na ponašanje i emocije“.

Na temelju definicija koje su učenici pružili, može se zaključiti kako učenici imaju određeno znanje o mentalnom zdravlju i da im taj pojam ipak nije u potpunosti nepoznat.

Što se tiče važnosti brige za psihičko zdravlje, rezultati su pokazali kako djevojke (90,40%) i mladići (78,90%) smatraju kako je briga za psihičko i fizičko zdravlje jednako važna, a u odnosu na korištenje strategija za suočavanje sa stresom, rezultati su pokazali kako i djevojke i mladići poznaju koji su načini nošenja sa stresom, a ovisno u situaciji u kojoj se nalaze koriste neke strategije nošenja sa stresom (Ž: 52,10%; M: 37,70%).

Također, djevojke (43,80%) i mladići (37,70%) procjenjuju da stres i problemi ponekad utječu na njihovo psihičko zdravlje. Što se tiče poznavanja mjesta za dobivanje stručne pomoći, istraživanje je pokazalo kako više od polovice ispitanika zna gdje mogu dobiti stručnu psihološku pomoć (Ž:63,90% ; M:78,10%). Također, istraživanje je pokazalo kako postoji potreba za osnivanjem besplatnog savjetovišta u Kutini (Ž:79,50%; M:64,90%) gdje bi adolescenti mogli dobiti besplatnu pomoć ili savjet oko problema s kojima se susreću. Nadalje, što se tiče dobivanja stručne pomoći u školi, djevojke (74,00%) i mladići (48,20%) izražavaju kako bi željeli da se mogu više osloniti na pomoć stručnih suradnika u školi koju pohađaju.

Strana istraživanja o razini mentalno-zdravstvene pismenosti pokazala su da mlađa populacija, jednako kao i odrasli, nema dovoljno razvijenu mentalno-zdravstvenu pismenost (Kelly i sur.,2017). U prilog tome govore rezultati istraživanja Lam (2014) koje je provedeno na uzorku od 1678 studenata. Rezultati su pokazali kako samo 16.4% ispitanika, odnosno njih 275, ima zadovoljavajuću razinu mentalno-zdravstvene pismenosti te su bili uspješni u prepoznavanju i definiranju depresije na temelju vinjetnih kartica. Također, rezultati su pokazali da postoji povezanost između depresije i mentalno-zdravstvene pismenosti, odnosno da je niža razina mentalno-zdravstvene pismenosti povezana s višom razinom depresivnosti. U odnosu na rezultate provedenog istraživanja u sklopu ovog diplomskog rada, može se zaključiti kako više od polovice učenika procjenjuje da zna što je mentalno zdravlje, ali ove rezultate treba uzeti s određenim oprezom, obzirom na to da su učenici u upitniku na Likertovoj skali označavali „poznavanje definicije mentalnog zdravlja“ sa ocjenama 4 i 5, ali su prilikom samog definiranja mentalnog zdravlja ostavili prazan prostor ili definicije koje su ranije navedene u raspravi. Također, u ovom istraživanju nije procjenjivana i sama razina njihove mentalno-zdravstvene pismenosti već više informiranost samih učenika i poznavanje teme mentalnog zdravlja.

Drugi istraživački problem odnosio se na ispitivanje pojavnosti internaliziranih i pozitivnog mentalnog zdravlja. Budući da je i ovo pitanje eksplorativno, hipoteza nije bila unaprijed postavljena. Za utvrđivanje zastupljenosti simptoma internaliziranih problema korištena je Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21). Što se tiče zastupljenosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa rezultati su pokazali da su oni u prilično velikom broju zastupljeni kod ispitanika.

Tvrđnje na koje su učenici označili da se odnose na njih često ili prilično mnogo odnose se na sljedeće čestice: „Bilo mi je teško pokrenuti se da nešto napravim“ (25,7% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često), „U nekim sam situacijama pretjerano reagirao/la“ (27,3% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često), „Bilo mi je teško opustiti se“ (23,00% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često), „Brinuo/la sam se oko situacija u kojima bi me mogla uhvatiti trema“ (21,9% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često) i „Osjećao/la sam da život nema smisla“ (13,4% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi često, a 12,3% učenika je označilo da se ova tvrdnja na njih odnosi prilično mnogo).

Prilikom obrade podataka, varijable u upitniku podijeljene su u tri subskale: subskalu stresa, subskalu anksioznosti i subskalu depresivnosti. Što se tiče subskale depresivnosti, najveći broj ispitanika- njih 144 (77,50%) postigao je najmanji mogući rezultat te se razina depresivne simptomatologije prisutne kod njih smatra normalnom. Blaga razina depresivnosti prisutna je kod 23 ispitanika (12,40%), odnosno 15,1% djevojaka te 10,7% mladića ima blage simptome depresivnosti. Umjerena razina simptoma depresivnosti prisutna je kod 19 ispitanika (10,10%), odnosno 19,1% djevojaka te 4,5% mladića iskazuje umjerene simptome depresivnosti. Rezultati za subskalu anksioznosti pokazali su kako je najveći broj ispitanika, njih 149 (79,20%) postiglo najmanji mogući rezultat (0-7), i u skladu s time pripadaju skupini s niskom prisutnošću simptoma anksioznosti. Ovakav rezultat znači da ova skupina ispitanika uopće ne iskazuje simptome anksioznosti ili ih iskazuje u neznatnoj mjeri. Iako najveći broj ispitanika pripada skupini s niskom prisutnošću simptoma anksioznosti, bitno je istaknuti kako je uočena prisutnost umjerene i ozbiljne razine anksioznosti. Umjerena razina anksioznosti prisutna je kod 8,50% ispitanika. Što se tiče zastupljenosti prema spolu, 11% djevojaka te 6,2% mladića izražava umjerene simptome anksioznosti. Ozbiljna razina anksioznosti prisutna je kod 5,90% ispitanika, odnosno 8,2% djevojaka te 4,5% mladića iskazuje ozbiljne simptome anksioznosti.

Na subskali stresa, najveći broj ispitanika, njih 170 (91,40%) postigao je najmanji mogući rezultat (0-14) te se razina simptomatologije stresa kod njih smatra normalnom. Blaga razina stresa prisutna je kod 6,50% ispitanika, dok je umjerena razina stresa prisutna kod 2,10% ispitanika. Istraživanja koje su proveli Kuzman, Pejnović Franelić i Pavić Simetin (2004; prema Maglica i Džanko, 2016) pod pokroviteljstvom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo obuhvaćalo je uzorak od 4397 učenika (5., 6. i 7. razred osnovne škole te 1. razred gimnazije) te su rezultat pokazali da 5-15% učenika učestalo osjeća tjeskobu, nervozu, razdražljivost, da često pade od nesаницe, anksioznosti i depresivnosti, a što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja - 8,50% ispitanika iskazuje umjerenu zastupljenost simptoma anksioznosti, a njih 5,90% iskazuje ozbiljnu zastupljenost simptoma anksioznosti. Merikangas i suradnici (2010; prema Novak i Mihić, 2018) navode kako prevalencija anksioznih poremećaja u grupi adolescenata od 13 do 18 godina iznosi 32%, a rezultati provedenog istraživanja pokazali su da prevalencija simptoma anksioznosti iznosi 20,8%. Zaključno je bitno spomenuti kako su rezultati provedenog istraživanja pokazali da prema ukupnim rezultatima, na subskali depresije ispitanici pripadaju blagoj razini ozbiljnosti, na subskali anksioznosti pripadaju umjerenoj razini ozbiljnosti, dok se na subskali stresa nalaze na normalnoj razini ozbiljnosti simptoma. U skladu s time, može se zaključiti kako su, od internaliziranih problema, simptomi anksioznosti najviše prisutni među učenicima završnih razreda srednjih škola u Kutini. Što se tiče tvrdnji koje se odnose na simptome anksioznosti te učestalost koju su učenici samostalno procjenjivali, vidljivo je kako učenici najviše *brinu oko situacija u kojima bi ih mogla uhvatiti trema i u kojima bi mogli napraviti budalu od sebe* (21,9% učenika označilo je da se ova tvrdnja na njih odnosi *često*, a 16,6% učenika označilo je da se ova tvrdnja na njih odnosi *dosta često*). Također, rezultati govore o tome kako *često* osjećaju da su blizu panike (12,3%), da osjećaju ubrzano lupanje srca iako nije bilo fizičkog napora (10,2%) i da su im usta bila suha (16,6%).

Za ispitivanje razine pozitivnog mentalnog zdravlja korištena je *Mental Wellbeing Scale* (WEMWBS). Rezultati su pokazali kako je razina pozitivnog mentalnog zdravlja kod adolescenata prilično visoka, obzirom na to da su ispitanici na učestalost pokazatelja pozitivnog mentalnog zdravlja najviše odgovarali sa tvrdnjom „često“ i „uvijek“.

Najčešće zastupljeni osjećaji učenika u proteklom tjednu odnose se na osjećaj voljenosti (36,4% učenika označilo je da se u proteklom tjednu osjećalo voljeno gotovo uvijek), zainteresiranosti za nove stvari (30,5% učenika tako se osjećalo gotovo uvijek, a 29,4% učenika gotovo uvijek) te osjećaj vedrog raspoloženja (29,4% učenika vedro se osjećalo gotovo uvijek, a 40,1% učenika često).

Također, učenici su se izjasnili kako im je bilo lako donositi odluke oko svojih stvari (34,2% učenika se tako osjećalo često, a 23,0% gotovo uvijek). U odnosu na kategoriju učestalosti „Nikada“ učenici su se izjasnili kako su u proteklom tjednu najmanje doživjeli osjećaj da imaju viška energije (7,5% nikada nije doživjelo u proteklom tjednu, a 24,6% je rijetko doživjelo), a na tvrdnju „Osjećao/la sam se samopouzđano“ čak 15,00% učenika izjasnilo se kako su se u proteklom tjednu rijetko osjećali samopouzđano, a njih 27,3% tako se osjećalo ponekad.

U uputama za interpretaciju podataka WEMWBS nalaze se aritmetičke sredine (M) rezultata koje predstavljaju prosječni rezultat za populaciju prema rasponu godina. Za grupu od 16 do 24 godina aritmetička sredina (M) rezultata nalazi se u rasponu od 50.6 - 52.8. Prema rezultatima provedenog istraživanja, ispitanici su ostvarili rezultat $M = 50,65$ te se u skladu s time može zaključiti kako se ispitanici u ovom istraživanju nalaze u prosjeku. Ovakvi rezultati u skladu su sa provedenim istraživanjem Davoren i suradnika (2013). Istraživanje je obuhvaćalo 2 332 ispitanika u dobi od 18 do 22 godine, a ispitanici su postigli prosječan rezultat (M) u rasponu od 49,58 do 50,56.

Posljednje istraživačko pitanje odnosilo se na povezanost internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja. Rezultati su pokazali kako postoji negativna povezanost između simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa te indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja te je time potvrđena postavljena hipoteza. Najviša razina negativne povezanosti utvrđena je između simptoma depresivnosti i pozitivnog mentalnog zdravlja, što znači da adolescenti koji iskazuju više simptoma depresivnosti imaju nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Time je potvrđena postavljena hipoteza prema kojoj je pretpostavljeno kako postoji negativna povezanost između internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja, odnosno da je veći broj internaliziranih simptoma povezan s manjim brojem indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja. Dobiveni rezultati u skladu su sa istraživanjem Moksnes i Johansen-Reidunsdatter (2019) koji su proveli su istraživanje u Norveškoj na 350 učenika u dobi od 15 do 21 godine. Cilj istraživanja, između ostalog, bio je utvrditi prediktivnu ulogu pozitivnog mentalnog zdravlja u odnosu na pojavnost simptoma depresije i anksioznosti te razinu samopouzđanja. Rezultati govore o tome da osjećaj samopouzđanja utječe na pojavnost simptoma depresije i anksioznosti, kao i na razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

9.1 Ograničenja i implikacije istraživanja

Dobivene rezultate provedenog istraživanja, obzirom na početno postavljene probleme i cilj istraživanja, treba promatrati uzimajući u obzir ograničenja provedenog istraživanja. Najprije u obzir treba uzeti uzorak ispitanika, odnosno činjenicu da je korišten prigodni uzorak ispitanika te bi u budućim istraživanjima svakako trebao biti uključen veći broj sudionika. Sljedeći metodološki nedostatak odnosi se na upitnik kojim se ispitivala mentalno-zdravstvena pismenost. Upitnik je kreiran samostalno te isključivo za potrebe ovog istraživanja, stoga postoje poteškoće u uspoređivanju dobivenih rezultata sa rezultatima koji su dobiveni korištenjem standardiziranih upitnika.

U skladu s time, za buduća istraživanja preporuča se korištenje već sastavljenih i standardiziranih upitnika koji ispituju mentalno-zdravstvenu pismenost. Sljedeći nedostatak ovog upitnika odnosi se činjenicu da se zaključci o razini mentalno-zdravstvene pismenosti učenika temelje isključivo na samoprocjeni adolescenata, odnosno procijenjeno znanje učenika (na Likertovoj skali) o poznavanju definicije mentalnog zdravlja nije u potpunosti u skladu s definicijama koje su učenici naveli.

Međutim, unatoč nedostacima provedenog istraživanja, ipak je bitno napomenuti kako rezultati ovog istraživanja mogu pružiti korisne informacije u svrhu predlaganja smjernica za preventivno djelovanje u srednjim školama, ali i na razini Grada Kutine. Obzirom na činjenicu da adolescencija predstavlja razdoblje sazrijevanja te uključuje velike promjene u emocionalnom i socijalnom životu svakog pojedinca, preventivne akcije trebale bi biti u skladu sa specifičnim potrebama ovog životnog razdoblja. Rezultati istraživanja pokazali su kako učenici imaju potrebu za većim oslanjanjem na pomoć stručnih suradnika u školi koju polaze, kao i potrebu za postojanjem savjetovišta gdje bi mogli dobiti besplatnu stručnu pomoć oko problema s kojima se svakodnevno susreću. U skladu s time, važno je napomenuti kako prikazani rezultati mogu biti odlična podloga te polazišna točka za stvaranje preventivnih programa na razini škole i Grada.

10. ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja bio je utvrditi ulogu internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja kod adolescenata na području Grada Kutine, odnosno kod učenika završnih razreda Srednje škole Tina Ujevića i Tehničke škole u Kutini. Uz to, istraživala se i pojavnost internaliziranih problema, pozitivnog mentalnog zdravlja te mentalno-zdravstvena pismenost ispitanika. U prikupljanju podataka korišteni su standardizirani instrumenti- za pojavnost internaliziranih problema korišten je DASS-21, a za pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja korišten je *Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale* (WEMWBS). U svrhu ispitivanja mentalno-zdravstvene pismenosti kreiran je upitnik isključivo za potrebe ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 187 učenika, odnosno 92 učenika Srednje škole Tina Ujevića u Kutini (49,20%) te 95 učenika Tehničke škole u Kutini (50,80%). Što se tiče spola, u istraživanju je sudjelovalo 114 (60,96%) mladića i 73 (39,04%) djevojaka starosti od 17 do 19 godina ($M=18,1$).

Rezultati provedenog istraživanja pokazali da učenici iskazuju probleme iz područja internaliziranih problema, odnosno na subskali depresivnosti ispitanici pripadaju blagoj razini ozbiljnosti, na subskali anksioznosti pripadaju umjerenoj razini ozbiljnosti, dok se na subskali stresa nalaze na normalnoj razini ozbiljnosti simptoma. U skladu s time, može se zaključiti da su simptomi anksioznosti najviše prisutni među učenicima završnih razreda srednjih škola u Kutini.

Što se tiče pojavnosti pozitivnog mentalnog zdravlja, a u odnosu na prosječne rezultate za grupu ispitanika od 16 do 24 godina ($M= 50,6 - 52,8$) učenici su ostvarili rezultat ($M= 50,65$) prema kojem se nalaze u prosjeku. Prema rezultatima o mentalno-zdravstvenoj pismenosti, učenici su procijenili kako *otprilike* (Ž: 36,99%; M: 25,44%) i *uglavnom znaju* (Ž:41,10%; M:47,37%) što sve podrazumijeva mentalno zdravlje, svjesni su važnosti brige o psihičkom zdravlju (Ž:90,40%; M: 78,90%) te utjecaju problema i stresa na psihičko zdravlje (Ž:43,80%; M: 37,70%). Također, rezultati su pokazali kako postoji potreba za većim oslanjanjem na pomoć stručnih suradnika u školi (Ž: 74,00%; M: 48,20%) kao i potreba za postojanjem besplatnog savjetovišta (Ž: 79,50%; M: 64,90%).

Nadalje, što se tiče povezanosti internaliziranih problema i pozitivnog mentalnog zdravlja, istraživanje je pokazalo kako postoji negativna povezanost između simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa te indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja, a najviša razina povezanosti utvrđena je između simptoma depresivnosti i pozitivnog mentalnog zdravlja, što znači da adolescenti koji iskazuju više simptoma depresivnosti imaju nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

Obzirom na činjenicu da su rezultati provedenog istraživanja pokazali da učenici završnih razreda srednjih škola u Kutini iskazuju internalizirane probleme (posebice simptome anksioznosti) te da su se internalizirani problemi pokazali kao značajan prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja, bitno je naglasiti važnost prevencije internaliziranih problema uz istovremeno podizanje svjesnosti učenika o važnosti brige za vlastito mentalno zdravlje. U svemu tome neizostavna je uloga škole gdje učenici provode veliki dio svog vremena, a upravo razdoblje srednje škole i sazrijevanja predstavlja važan period u životu svakog adolescenta. Važno je da škola bude mjesto u kojemu se učenici osjećaju ugodno, motivirano i da osjećaju kako je škola mjesto u kojemu mogu potražiti pomoć i potporu onda kada im je to potrebno. U obzir svakako treba uzeti i činjenicu da su učenici tijekom srednjoškolskog obrazovanja pod velikim pritiskom zbog brojnih školskih obaveza i željenih postignuća. Upravo zbog toga, potrebno je raditi na razvoju vještina učenika koje će im pomoći da se adekvatno nose sa stresom, anksioznošću i problemima s kojima se svakodnevno susreću. Bitno je naglasiti ulogu stručnih suradnika u školi obzirom na činjenicu da su učenici iskazali kako bi željeli da se mogu više osloniti na pomoć stručnih suradnika u školi koju polaze. U skladu s time, važno je raditi na uspostavi odnosa između učenika i stručnih suradnika, a koji će biti usmjeren prema stvaranju povjerenja i pružanju potpore učenicima u situacijama kada učenici za to iskažu potrebu. Također, u obzir treba uzeti činjenicu da su internalizirani problemi manje vidljivi, stoga je potrebno da škola uloži dodatne napore u smjeru podizanja razine znanja nastavnika i stručnih suradnika o internaliziranim problemima kako bi se simptomi lakše prepoznali, što onda omogućava prostor za razvijanje preventivnih programa i pravovremeno djelovanje. Isto tako, osim usmjerenosti na postignuće svojih učenika, škola bi trebala voditi brigu i o (pozitivnom) mentalnom zdravlju svojih učenika. U skladu s time, bitno je da ozračje u kojem učenici borave bude pozitivno, ispunjeno međusobnim razumijevanjem i potporom. U tome iznimno veliku ulogu imaju nastavnici i stručni suradnici, ali i svi ostali djelatnici škole. Važno je da nastavnici i stručni suradnici stvaraju i potiču ugodnu atmosferu, da sa učenicima stvaraju topao i podržavajući odnos i da se usmjere

prema poticanju i razvoju komunikacijskih i socio-emocionalnih vještina svojih učenika. Isto tako, potrebno je raditi na podizanju razine mentalno-zdravstvene pismenosti, kako učenika tako i djelatnika škole te u skladu s time razviti programe i aktivnosti koji će pomoći u navedenom. Zaključno je bitno reći da, iako škola ima izuzetno veliku ulogu u pozitivnom i zdravom razvoju svojih učenika, u obzir treba uzeti važnost cijelog obrazovnog sustava koji bi trebao uočiti postojeće nedostatke u obrazovanju te u skladu s njima poduzeti nove i odgovarajuće korake.

11. LITERATURA

1. Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
2. Ashford, J., Smit, F., van Lier, A.C.P., Cuijpers, P. i Koot, M.H. (2008). Early risk indicator of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 774-780.
3. Backović, D., (2010). Mentalno zdravlje i mentalna higijena između dva milenijuma. *Medicinski pregled*, (11-12): 833-838.
4. Barlow, J., Underdown, A. (2005). Promoting the social and emotional health of children: Where to now?. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(2), 64-70.
5. 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.
6. Bašić, J., Novak, M. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498.
7. Bouillet, D. , Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Brassai, L., Bettina, F. P., Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it protective factor for Adolescents Psychological Health?. *International Society of Behavioral Medicine*, 18, 44-51.
9. Clarke,A., Friede,T., Putz,R., Ashdown,J., Martin,S., Blake,A., , Adi, Y., Parkinson,J., Flynn,P., Platt, S., 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(487), 1-9.
10. 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): e74921
11. Čorić, K. (2016). Istodobna pojavnost internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata. *Diplomski rad*. Zagreb: Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet.
12. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Tehnička knjiga – Goldenmarketing.

13. Đuranović, M. (2012). Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata. *Napredak*, 154(1-2), 31-46.
14. Ferić, M. (2002). Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 13-24.
15. Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240-257.
16. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2011). Mentalno zdravlje-javnozdravstveni izazovi. Preuzeto sa: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/mentalno-zdravlje-javnozdravstveni-izazovi/>
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Izvješće s Globalnog ministarskog sastanka o mentalnom zdravlju. Preuzeto sa: <https://www.hzjz.hr/prethodni-dogadaji/izvjesce-s-globalnog-ministarskog-sastanka-o-mentalnom-zdravlju/>
18. Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne, *The science of well-being* (pp. 307-340). New York, NY, US: Oxford University Press.
19. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, (166), 182–186.
20. Jorm, A .F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 67(3),231–243.
21. Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., Brdarić, D. (2014). Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa–21 (DASS–21) na uzorku studenata u Srbiji. *Psihologija*,47(1), 93–112.
22. Kelly, C., Jorm, A.F., Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical journal of Australia*, 187 (7), 26-30.
23. Koller-Trbović, N., Žižak, A. (2012): Problemi u ponašanju djece i mladih i odgovori društva: višestruke perspektive. *Kriminologija i socijalna integracija*, 20 (1), 1-132.

24. Koller-Trbović, N., Žižak, A., Jeđud Borić, I. (2011): Standardi za terminologiju, definiciju, kriterije i način praćenja pojave poremećaja u ponašanju djece i mladih. Povjerenstvo za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladih Vlade Republike Hrvatske. Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Zagreb
25. Krstanović, N. (2016). Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata. Završni rad. Osijek: Filozofski fakultet.
26. Kutcher, S, Wei, Y.(2014). School mental health literacy. Education Canada, (54), 22–26.
27. Kuzman, M., Pejnović-Franelić, I. & Pavetić-Šimetin, I. (2004). Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
28. Lam, L.T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8 (1), 1-8.
29. Lebedina Manzoni, M. (2007): Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Zagreb: Naklada Slap.
30. Ledinski Fičko, S., Čukljek, S., Smrekar, M. i Hošnjak, A. (2017). Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata. *Journal of Applied Health Sciences*, 3(1), 61-72.
31. Lehtinen, V., Sohlman, B., Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(9).
32. Macuka, I. (2008). Uloga dječje percepcije roditeljskoga ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. *Društvena istraživanja*, 17 (6), 1179-1202.
33. Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (1), 65-86.
34. Macuka, I. i Jurkin, M. (2014). Odnos sukoba roditelja i psihosocijalnih problema mlađih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(1), 65-84.
35. McKay, M.T., Andretta, J.R.(2017). Evidence for the Psychometric Validity, Internal Consistency and Measurement Invariance of Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale Scores in Scottish and Irish Adolescents. *Psychiatry Research*, 255, 382-386.
36. Maglica, T. , Džanko, P. (2016). Internalizirani problemi u ponašanju među splitskim srednjoškolicima. *Školski vjesnik: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu*, 65 (4), 559 - 585.

37. Mišćević, M. (2007). Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske dobi. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
38. 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).
39. Novak, M., Mihić, J. (2018): Prevention of Internalized Problems of Children and Youth in Academic Setting. U: Bernal-Morales, B (Ur.): *Health and Academic Achievement*. (str. 123-141). Zagreb.
40. Ryff, Carol D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
41. Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Chi Zhang, X., Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10.
42. Stewart-Brown, S., Janmohamed, K. (2008). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). User Guide; Version 1. Preuzeto sa: www.mentalhealthpromotion.net
43. Strle, A. (2018). Povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Hrvatskih studija u Zagrebu.
44. Svjetska zdravstvena organizacija (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Preuzeto sa: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
45. Svjetska zdravstvena organizacija (2014). Mental health: a state of well-being. Preuzeto sa: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
46. Vlada Republike Hrvatske (2010). Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja. Preuzeto sa: <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-zdravlja/17706>
47. Vulić-Prtorić, A., Cifrek-Kolarić, M. (2011): Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji, Naklada Slap, Jastrebarsko.
48. Vulić Prtorić, A., Lončarević, I. (2016). Školski uspjeh i mentalno zdravlje: Od relacija do intervencija. *Napredak*, 157(3), 301 – 324.
49. Zavod za javno zdravstvo FBiH (2017). Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja. Preuzeto sa: <https://www.zzjzfbih.ba/prvi-teorijsko-prakticni-okvir-za-prevenciju-i-promociju-u-oblasti-mentalnog-zdravlja/>

