Uloga socijalno-emocionalnih kompetencija u objašnjenju simptoma depresivnosti kod adolescenata

Rukavina, Matea

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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:158:320280

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository







Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uloga socijalno–emocionalnih kompetencija u objašnjenju simptoma depresivnosti kod adolescenata

Matea Rukavina

Zagreb, lipanj, 2018.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uloga socijalno–emocionalnih kompetencija u objašnjenju simptoma depresivnosti kod adolescenata

Matea Rukavina

Doc.dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, lipanj, 2018.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Uloga socijalno-emocionalnih kompetencija u objašnjenju simptoma depresivnosti kod adolescenata“ i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Matea Rukavina

Mjesto i datum: Zagreb, lipanj, 2018.

Naslov rada: Uloga socijalno-emocionalnih kompetencija u objašnjenju simptoma depresivnosti kod adolescenata

Ime i prezime studentice: Matea Rukavina

Mentorica: dr. sc. Miranda Novak

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

Sažetak rada: Temeljni cilj diplomskog rada jest steći uvid u odnos socijalno-emocionalnih kompetencija i depresivnih simptoma kod adolescenata grada Zagreba. Specifični ciljevi rada se odnose na razumijevanje razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije i razine socijalno-emocionalnih kompetencija s obzirom na spol i dob sudionika te utvrđivanje razine povezanosti između razine socijalno-emocionalnih vještina i intenziteta zastupljenosti depresivne simptomatologije kod adolescenata.

Istraživanje je provedeno u razdoblju od listopada do studenog 2017. na prigodnom uzorku od 719 sudionika u četiri srednje škole u gradu Zagrebu, u III. gimnaziji (295 sudionika), u Srednjoj školi Vladimir Prelog - smjer kozmetičar (176 sudionika), u Geodetskoj školi (137 sudionika) te Drvodjeljskoj školi (111 sudionika). Istraživanje je provedeno u okviru projekta «Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja» na Odsjeku za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala, a kako bi se odgovorilo na postavljene probleme od cjelovitog instrumenta uzeti su u obzir: *(1) Upitnik o demografskim podacima, (2) Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21(Lovibond i Lovibond, 1995)* i *(3) Upitnik emocionalne kompetentnosti-15 (Takšić, 1998).* U istraživanju je korištena metoda "papir-olovka", a sudjelovanje u istraživanju je bilo anonimno.

Rezultati pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti depresivne simptomatologije s obzirom na spol, na način da su simptomi depresivnosti zastupljeniji kod adolescentica. Nadalje, nije se pokazala statistički značajna razlika u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na dob. Rezultati pokazuju kako ne postoji statistički značajna razlika u razini socijalno-emocionalnih kompetencija s obzirom na dob i spol. U pogledu korelacija, dobiveni rezultati ukazali su na statistički značajnu nisku negativnu povezanost između razine socijalno-mocionalnih kompetencija i simptoma depresivnosti.

Ključne riječi: adolescenti, depresivni simptomi, socijalno-emocionalne kompetencije, socijalno-emocionalno učenje

Title: Role of socio-emotional competencies in explanation of adolescent depression symptoms

Student: Matea Rukavina

Mentors: Miranda Novak, Ph.D

Program / module: Social Pedagogy/children and youth

Summary: The basic aim of this paper is to gain insight into the relationship between social-emotional competences and depressive symptoms among adolescents in Zagreb. The specific objectives of this research are to understand the differences in the occurrence of depressive symptomatology and the level of social-emotional competences with respect to some demographic characteristics of adolescents (gender and age) and to establish the level of connection between the level of social-emotional competence and the intensity of the presence of depressive symptomatology in adolescents.

The survey was conducted in the period from October 2017 to November 2017 on a sample of 719 participants in four high schools in the city of Zagreb, III. gymnasium (295 participants), Vladimir Prelog High School (176 participants), Geodetic School (137 participants) and Drvodjelja School (111 participants). The survey was conducted in the framework of the project "The positive development of adolescents from City of Zagreb: state of the art" in the Department of Behavioural Disorders, on the Faculty of Education and Rehabilitation Sciences. For the purposes of this project, an instrument has been created consisting of several different scales and additional questions which collected socio-demographic data on participants in research. In order to gain the information needed to accomplish the objective, these scales from the whole research battery were taken into account: (1) General information on the research participants (created for the purpose of this project), (2) Depression Anxiety Stress Scale- 21 (Lovibond and Lovibond, 1995) and (3) Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ; Takšić, 1998). The paper-pencil method was used in the research and participation in the research was anonymous, as well as in the line with other relevant ethical principles in the field.

The results showed that there is a statistically significant difference in the prevalence of depressive symptomatology with respect to the gender and that the symptoms of depression are more prevalent in females. Furthermore, there was no statistically significant difference in the prevalence of depressive symptoms with respect to the age of the participants. Also, the results show that there is no statistically significant difference in the level of social-emotional competences with respect to age and gender. In terms of correlations, the obtained results showed a statistically significant low negative correlation between the level of socio-emotional competences and the symptoms of depression.

Key words: adolescents, depressive symptoms, social-emotional competences, social-emotional learning

1. UVOD 1
1.1. Socijalno-emocionalne kompetencije 2
1.1.1. Socijalno-emocionalno učenje 5
1.1.2. Socijalno-emocionalne kompetencije i ponašajni i emocionalni problemi 6
1.2. SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI 10
1.2.1. Podjela simptoma depresivnosti 12
1.2.2. Depresivne smetnje i simptomi u djetinjstvu i mentalno zdravlje u odraslosti 14
1.2.3. Epidemiologija 15
1.3. Učinak programa prevencije i promocije na mentalno zdravlje 16
2. CILJEVI, PROBLEM I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA 20
3. METODOLOGIJA 21
3.1. Uzorak ispitnika 21
3.2. Mjerni instrumenti 23
3.3. Postupak provedbe istraživanja 25
3.4. Obrada podataka 26
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA 26
4.1. Razlike u depresivnoj simptomatologiji prema spolu i dobi 26
4.2. Razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija prema spolu i dobi 29
4.3. Povezanost socijalno-emocionalnih kompetencija i simptoma depresivnosti 31
5. RASPRAVA 32
6. ZAKLJUČAK 38
8. POPIS LITERATURE 41

1. UVOD

Adolesencija je jedno od najvažnijih razdoblja u životu pojedinca. Encyclopedia Britannica (prema Kuzman, 2009) navodi da je adolescencija razdoblje života (prosječno između 12. i 20. godine) za koje su karakteristične fiziološke promjene, razvoj osobne seksualnosti, napori za izgrađivanje identiteta i progresija od konkretnog k apstraktnom mišljenju. Pred adolescente se stavlja zahtjevan zadatak, a to je da se adaptiraju na promjene koje im se događaju, od promjena u njihovom fizičkom izgledu do promjena u ulogama koje imaju, odnosno preuzimanja uloga odraslih. Istovremeno se događaju promjene u području mišljenja, osjećaja i odnosa s drugima, posebno se razvijaju samopoštovanje, povjerenje, samostalnost i osobnost, a uz sve to, jača i utjecaj vršnjaka, čije im je mišljenje izrazito bitno.

Iz navedenih se razloga adolescencija često smatra emocionalno vrlo intenzivnim i nerijetko stresnim razdobljem. Adolescenti često ne znaju kako se nositi i adaptirati na novonastalu situaciju i promjene koje se događaju, što može dovesti do različitih negativnih posljedica u vidu problema u ponašanju, kao i do raznih emocionalnih smetnji. U procesu razvoja može doći do pojave simptoma anksioznosti, psihosomatiziranja, depresije te manjka životnog zadovoljstva (Brassai, Bettina i Steger, 2011).

Simptomi depresivnosti kod djece i adolescenata sve su češća pojava u današnje vrijeme. Često se u različitoj literaturi nailazi na tvrdnje da je prošlo stoljeće bilo doba anksioznosti, tjeskobe i strepnje, a da je ovo stoljeće doba depresivnosti i melankolije (Vulić-Prtorić, 2007).

Depresivni poremećaj postoji u svakoj dobi, a njegova učestalost kod djece raste s dobi (Kaplan i Sadock, 2009). Do 5% djece i 25-28% adolescenata je imalo depresivnu epizodu koja odgovara velikom depresivnom poremećaju u odraslih (Begić, 2011). Oko 8% adolescenata (oko 2 milijuna) u SAD-u, u dobi između 12 i 17 godina, je imalo veliku depresivnu epizodu tijekom prošle godine (Terzian, Hamilton i Ericson, 2011).

Govoreći o prevenciji pojave i razvoja internaliziranih problema, pa tako i depresivnih simptoma, socijalno-emocionalne kompetencije se navode kao značajan preduvjet prevencije istih, ali su one tek u novije vrijeme prepoznate kao važne te ne postoji velik broj podataka o njihovoj učinkovitosti.

Denham (2007; prema Brajša Žganec i Hanzec, 2015) navodi da se pojam socijalno-emocionalnih kompetencija odnosi na skup različitih sposobnosti pojedinca koje mu

omogućavaju adekvatno funkcioniranje u interpersonalnim odnosima. Socijalno-emocionalne kompetencije se smatraju jednim od indikatora psihološkog zdravlja osobe koje podrazumijeva da ona posjeduje sposobnost empatije, socijalne i komunikacijske vještine te vještine rješavanja problema (Tatalović Vorkapić i Lončarić, 2014). Programi socijalno-emocionalnih kompetencija imaju za cilj učiniti djecu otpornijom na razne psihopatološke probleme poput depresivnosti (Munjas Samarin i Takšić, 2009). Istraživanja pokazuju da programi socijalno-emocionalnog učenja smanjuju simptome depresivnosti i stresa među mladima (Durlak i sur., 2011).

Budući da je, s jedne strane, depresija sve češća pojava kod adolescenata te je potrebno raditi na njezinoj prevenciji, a socijalno-emocionalne kompetencije se, s druge strane, navode kao značajan preduvjet otpornosti, čini se važnim ispitati njihov odnos u službi prevencije depresivnih smetnji adolescenata i promocije njihovog mentalnog zdravlja. Stoga je cilj ovog diplomskog rada dobiti uvid u odnos socijalno-emocionalnih kompetencija i depresivnih simptoma kod adolescenata Grada Zagreba. Navedena pitanja je potrebno istražiti kako bi se počelo odgovarati na pitanje jesu li socijalno-emocionalne kompetencije zaštitni čimbenik za pojavu i razvoj internaliziranih problema u ponašanju u hrvatskom kontekstu. Dobiveni podaci bi mogli poslužiti kao poticaj za provođenje programa razvoja socijalno-emocionalnih kompetencija za djecu budući da rezultati dosadašnjih istraživanja (Munjas Samarin, Takšić, 2009; Novak i suradnici, 2016; Mihić i suradnici, 2016) idu u prilog tvrdnjama da se socijalne i emocionalne kompetencije mogu naučiti kroz programe. Budući da su socijalno-emocionalne kompetencije značajan preduvjet prevencije problema u ponašanju, rezultati bi mogli doprinijeti korpusu znanstvenih spoznaja iz tog područja te poslužiti kao smjernice za buduća ulaganja.

1.1. Socijalno-emocionalne kompetencije

Socijalno-emocionalne kompetencije su u novije vrijeme prepoznate kao važne za osnaživanje djece i adolescenata i prevenciju pojave i razvoja problema u ponašanju te su privukle pozornost brojnih stručnjaka i istraživača, a samim time i postale predmet brojnih istraživanja.

Na temelju dosadašnjih spoznaja i rezultata istraživanja, uvriježeno je mišljenje da se socijalno-emocionalne kompetencije mogu naučiti, odnosno uvježbati kroz programe. Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor i Schellinger (2011) navode kako se kroz sustavnu poduku, socijalno-emocionalne kompetencije mogu usvojiti, modelirati, prakticirati i

primjenjivati u različitim situacijama te ih djeca i mladi mogu koristiti kao dio svog svakodnevnog repertoara ponašanja. Činjenica da se socijalno-emocionalne kompetencije mogu naučiti te da dovode do pozitivnih promjena i ishoda, o čemu će biti riječ kasnije u radu, čine ih vrlo važnim čimbenikom u očuvanju i promociji mentalnog zdravlja.

Međutim, Zhou i Ee (2012) navode kako ne postoji zajednički konsenzus oko operacionalizacije socijalnih i emocionalnih kompetencija. Nedosljednosti u definiranju svjedoči korištenje različitih terminologija kao što su, socijalna i emocionalna inteligencija, eng. *social and emotional intelligence* (Salovey i Mayer, 1990), emocionalna pismenost, eng. *emotional literacy* (Park i sur., 2003) te socijalna i emocionalna kompetencija eng. *social and emotional competence* (Elias i sur., 1997). Zbog specifične pretpostavke da se, za razliku od IQ, emocionalna inteligencija može razviti, mnogi autori umjesto termina inteligencije pribjegavaju korištenju drugih termina kada govore o zapravo istom sklopu vještina i sposobnosti pa se tako u literaturi susreću pojmovi poput emocionalnog kvocijenta (npr. Goleman, 1995), emocionalne pismenosti (npr. Goleman, 1995; Dulewic i Higgs, 2000), emocionalne kompetentnosti (npr. Dulewic i Higgs, 2000; Takšić, 1998; Takšić, Mohorić i Munjas, 2006). U Velikoj Britaniji se među stručnjacima u obrazovanju preferira termin emocionalne pismenosti (Qualter, Gardner, Whiteley, 2007; prema Munjas Samarin i Takšić, 2009) kada se razmatra područje emocionalne inteligencije i upotreba u obrazovnoj praksi. Mayer i Cobb (2000; prema Munjas Samarin i Takšić, 2009) smatraju kako nema puno smisla govoriti o učenju inteligencije budući da se inteligencija odnosi na kapacitet za učenje, no mišljenja su da je mala promjena u pristupu - kakvu nudi socijalno-emocionalno učenje (SEU, engl. Social and Emotional Learnig, SEL) – potpuno prihvatljiva. Budući da se koriste različiti termini, u nastavku rada će se oni definirati te će se pojasniti odnosi među njima.

Socijalno-emocionalne kompetencije uključuju odgovarajuće izražavanje i regulaciju emocija zajedno s poznavanjem različitih emocija, u kombinaciji sa sposobnošću rješavanja problema koji se javljaju u društvenim situacijama. Razvoj socijalno-emocionalnih kompetencija smatra se transakcijskim procesom u kojem su vještine i sposobnosti djece u interakciji s okruženjima i rezultiraju učinkovitim socijalnim interakcijama (Curby, Brown, Bassett i Denham, 2015). Socijalno-emocionalne kompetencije upućuju na to da socijalne kompetencije i emocionalne kompetencije rade zajedno kako bi formirale kompetentno ponašanje, a svaka od tih kompetencija zasebno, sastavljena je od konstelacije ponašanja i vještina.

Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg (2017) navode kako može biti od pomoći uokviriti širok konstrukt socijalno-emocionalnih kompetencija u dvije domene – intrapersonalne i interpersonalne kompetencije. Kao takve, intrapersonalne kompetencije (primjerice, realno postavljanje ciljeva, pozitivno razmišljanje, samokontrola, regulacija emocija i strategije suočavanja sa stresom) su one koje su potrebne za učinkovito funkcioniranje pojedinca, a interpersonalne kompetencije (primjerice, komunikacija, slušanje, pregovaranje i rješavanje socijalnih problema) su potrebne za uspješnu interakciju s drugima. Udruženje za akademsko, socijalno i emocionalno učenje (The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, CASEL, 2005) navodi da intrapersonalne kompetencije uključuju razumijevanje i regulaciju vlastitih emocija, dok intereprsonalne kompetencije uključuju razumijevanje tuđih emocija, odnose s drugima i odgovorno donošenje odluka.

CASEL (2008; prema Zhou i Ee, 2012) navodi kako socijalno-emocionalne kompetencije obuhvaćaju niz vještina, uključujući prepoznavanje i upravljanje emocijama, razvijanje brige (eng. *care*) i brige za druge (eng. *concern*), uspostavljanje pozitivnih odnosa, donošenje odgovornih odluka i rješavanje izazovnih situacija konstruktivno i etično. Zhou i Ee (2012) navode kako je CASEL identificiralo pet osnovnih, međusobno povezanih, socijalno-emocionalnih kompetencija: samosvijest, samoupravljanje, socijalna svijest, socijalne vještine i odgovorno donošenje odluka.

Samosvijest (eng. *self-awareness*) uključuje vještine prepoznavanja i identificiranja vlastitih snaga i slabosti, osjećaja i emocija te razumijevanje načina na koji oni mogu utjecati na vlastito ponašanje (Beland, 2007; Zins, Elias, 2006; prema Zhou i Ee, 2012). Za adolescente koji su svjesni svojih snaga i emocija je vjerojatnije da će biti refleksivni i stoga prepoznati stanje vlastita bića te će im biti jasniji razlozi njihovih emocionalnih odgovora. Munjas Samarin i Takšić (2009) definiraju samosvijest kao točnu procjenu vlastitih osjećaja, interesa, vrijednosti i osjećaj samopouzdanja.

Samoupravljanje se odnosi na sposobnost upravljanja vlastitim impulsima i emocijama. Samoregulacija emocija je važna za razvoj bliskih odnosa, uspjeha na poslu i održavanje tjelesnog zdravlja. Empirijski podaci pokazuju da su djeca koja mogu upravljati svojim emocionalnim iskustvima u emocionalno uzbudljivoj situaciji prilikom igre, uspješnija u odnosima s vršnjacima (Hubbard, Coie, 1994; prema Zhou i Ee, 2012).

Socijalna svijest je sposobnost čitanja znakova drugih osoba te razumijevanja i odgovarajućeg reagiranja na njihove osjećaje (Frey, Hirschstein, Guzzo, 2000; prema Zhou i

Ee, 2012). Socijalna svijest je usko povezana s empatijom, sposobnošću dijeljenja emocionalnog stanja druge osobe i na taj način boljeg povezivanja s njima (Eisenberg, 1986; prema Zhou i Ee, 2012). Empatija se bavi sposobnošću razumijevanja perspektive druge osobe.

Socijalne vještine se odnose na uspostavljanje i održavanje zdravih odnosa s drugima, odupiranje neželjenom socijalnom pritisku i konstruktivno rješavanje konflikata (Samarin i Takšić, 2009).

Odgovorno donošenje odluka se odnosi na sposobnost da se razmotre etički, sigurnosni i društveni čimbenici pri donošenju odluka, tako da se pojedinci mogu odgovorno nositi sa svakodnevnim akademskim i društvenim situacijama i doprinositi dobrobiti svoje škole i zajednice (CASEL, 2003; prema Zhou i Ee, 2012).

1.1.1. Socijalno-emocionalno učenje

U literaturi se često spominje pojam socijalno-emocionalnog učenja, eng. *social and emotional learning (SEL).* Socijalno-emocionalno učenje (SEL) je proces kroz koji se razvijaju socijalno-emocionalne kompetencije. Pristup socijalno-emocionalnog učenja integrira promociju kompetencija i okvira za razvoj mladih, za smanjenje rizičnih čimbenika i razvijanje zaštitnih mehanizama u svrhu pozitivne prilagodbe (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor i Schellinger, 2011). Kroz SEL, djeca i mladi stječu i učinkovito primjenjuju znanja, stavove i vještine potrebne za razumijevanje i upravljanje emocijama, postavljaju i postižu pozitivne ciljeve, razvijaju osjećaje i empatiziraju s drugima, uspostavljaju i održavaju pozitivne odnose i donose odgovorne odluke (Weissberg, Durlak, Domitrovich, Gullotta, 2015; prema Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). Znanja, vještine i stavovi koji su potrebni za demonstraciju socijalno-emocionalnih kompetencija zahtjevaju integraciju afektivnih, kognitivnih i bihevioralnih sustava (Domitrovich, Durlak, Stanley, Weissberg, 2017). Payton i sur. (2008; prema Munjas Samarin i Takšić, 2009) navode kako je socijalno-emocionalno učenje proces stjecanja znanja, stavova i vještina koje se odnose na prepoznavanje i upravljanje emocijama, snalaženje u socijalnom svijetu, uspostavljanje i održavanje odnosa s drugima, učinkovito donošenje odluka. Drugim riječima, socijalno i emocionalno učenje je proces razvitka temeljnih socijalnih i emocionalnih kompetencija kod djece.

Posljednjih godina socijalno-emocionalno učenje je postalo važan element u osnovnoškolskom obrazovanju koji je privukao pažnju nastavnika i istraživača. Socijalno-emocionalno učenje je proces kojim djeca i odrasli dobivaju znanja i vještine potrebne za učinkovito funkcioniranje u različitim društvenim kontekstima. Smatra se da razvoj socijalno-emocionalnih kompetencija (SEC) kao rezultat socijalno-emocionalnog učenja, SEL-a, omogućuje učenicima da steknu sposobnost samoupravljanja njihovim ponašanjem i samoregulacije njihovim učenjem (Zhou i Ee, 2012). Tijekom vremena, usvajanje socijalno-emocionalnih kompetencija rezultira razvojnom progresijom koja dovodi do pomaka, od toga da je ponašanje djece i mladih pretežno kontrolirano od strane vanjskih čimbenika, do toga da sve više djeluju u skladu s internaliziranim uvjerenjima i vrijednostima, brigom za druge, donošenjem dobrih odluka i preuzimanjem odgovornosti za vlastite izbore i ponašanja (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor i Schellinger, 2011). Posljedično tomu, kreatori kurikuluma i istraživači su zainteresirani za osmišljavanje intervencijskih programa s ciljem poboljšanja socio-emocionalnih kompetencija.

1.1.2. Socijalno-emocionalne kompetencije i ponašajni i emocionalni problemi

Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg (2017) su se u svom istraživanju usmjerili na socio-emocionalne kompetencije zbog empirijskih dokaza da su individualne karakteristike ključne za zdrav razvoj i za suzbijanje negativnih učinaka izloženosti riziku. Oni su znanstvene dokaze o značajnosti socijalno-emocionalnih kompetencija organizirali na tri razine.

Prvu razinu čine longitudinalna istraživanja koja pokazuju da su socijalno-emocionalne kompetencije promotivni čimbenik koji je povezan s uspjehom u ključnim razvojnim zadacima i da su deficiti u ovom području funkcioniranja povezani s lošim rezultatima tijekom vremena. Postoje i dokazi da su socijalno-emocionalne kompetencije zaštitni čimbenik koji moderira u odnosu između brojnih individualnih rizičnih čimbenika i razvojno značajnih ishoda.

Postoje brojni dokazi koji ukazuju na to da, i intrapersonalne i interpersonalne kompetencije, poboljšavaju sposobnost mladih da se ponašaju na odgovarajući način, izbjegavaju rizična ponašanja, razvijaju zdrave odnose s odraslima i vršnjacima i postignu akademske uspjehe (Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). To posebice vrijedi za djecu koja su ranjiva zbog viših razina problema u ponašanju ili izloženosti brojnim čimbenicima rizika

povezanim sa siromaštvom (Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). Longitudinalne studije bilježe da su deficiti u socijalno-emocionalnim kompetencijama prediktivni za probleme u ponašanju uključujući agresiju, delinkvenciju i korištenje psihoaktivnih tvari (Moffit et al., 2011; Trentacosta, Fine, 2010; prema Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). Istraživanja sugeriraju da su socijalno-emocionalne kompetencije ključne u povećanju uspješnosti studenata i završetka poslijediplomskog studija, smanjenju simptoma depresivnosti, poboljšanju uspjeha na radnom mjestu i smanjenju stopa zatvaranja (Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017).

Druga razina dokaza proizlazi iz istraživanja intervencija usmjerenih na promociju socijalno-emocionalnih kompetencija. Te studije dokazuju da pozitivni učinci intervencija dugo traju i da su ove intervencije izvedive i mogu biti vrlo ekonomične. Taylor, Oberle, Durlak i Weissberg (prema Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017) su u meta-analizi 82 studije o socio-emocionalnom učenju, pronašli da su značajni pozitivni učinci na ometajuća ponašanja bili prisutni u follow-up periodu u prosjeku od 2 godine, što ukazuje na izdržljivost učinaka tijekom vremena.

Treća razina dokaza proizlazi iz studija intervencija koje su kreirane kako bi promicale prilagodbu učenika i koje pokazuju kako su socijalno-emocionalne kompetencije medijator, odnosno posreduju u odnosu između identificiranih rizičnih čimbenika i razvojno značajnih ishoda (Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017).

Intervencijske studije koje se bave posredovanjem, odnosno medijacijom, su ograničene, ali je jedan pregledni rad identificirao devet studija koje su provedene u osnovnoškolskom okruženju i u kojima je identificirano koje su varijable odgovorne za pozitivne učinke na otvorenu agresiju (Dymnicki, Weissberg, Henry, 2011; prema Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). U sedam od devet studija, socijalno-emocionalne kompetencije su bile ključan mehanizam promjene. To je uključivalo stjecanje stavova koji daju prednost prosocijalnim nasuprot agresivnim načinima rješavanja problema, vještine povezane s rješavanjem socijalnih problema, rješavanje konflikata i međuljudske odnose.

SEL programi mogu povećati samopouzdanje djece, povećati njihov angažman u školi, zajedno s poboljšanim rezultatima na ispitima i ocjenama, smanjiti probleme u ponašanju te promovirati poželjna ponašanja. Dugoročno, djeca s većim socijalno-emocionalnim kompetencijama imaju veću vjerojatnost da budu spremnija za fakultet, uspješnija u karijeri, da imaju pozitivne odnose, bolje mentalno zdravlje i da postanu angažirani građani

(Greenberg, Domitrovich, Durlak i Weissberg, 2017). Kratkoročno, socijalno-emocionalne kompetencije mogu povećati samoučinkovitost i samopouzdanje, veću privrženost, predanost i angažman u školi, više empatije i prosocijalnih ponašanja, manje problema u ponašanju, manje uključivanje u rizične aktivnosti, poboljšane ocjene. SEL programi daju djeci priliku da nauče životne sposobnosti koje su im potrebne za uspješan razvoj (Greenberg, Domitrovich, Durlak i Weissberg, 2017).

Gundersen (2014) navodi kako je nemoguće generalno tvrditi da su programi socijalno-emocionalnog učenja učinkoviti. Da bismo bili u mogućnosti to tvrditi, potrebno je postaviti barem pet pitanja: Koje su potrebe sudionika? Jesu li elementi programa usmjereni na te potrebe? Je li voditelj kvalificiran za provođenje različitih aspekata programa? Je li program adekvatno prilagođen i uključuje strategije za naknadnu generalizaciju naučenog? Mjeri li studija učinkovitosti poboljšanja u adresiranim potrebama pojedinog djeteta? Međutim, također je potrebno da voditelji analiziraju specifične potrebe svakog djeteta i pronađu odgovarajuću ravnotežu za svako pojedino dijete.

Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor i Schellinger (2011) su prikazali rezultate meta-analize 213 školskih, univerzalnih programa socijalno-emocionalnog učenja (SEL). Programi su obuhvatili 270 034 sudionika, u rasponu od djece koja su pohađala vrtić, do učenika srednjih škola. U usporedbi s kontrolom skupinom, sudionici koji su bili uključeni u program SEL-a pokazivali su manje problema u ponašanju, pokazali su značajno poboljšane socijalno-emocionalne kompetencije, stavove, ponašanje i akademsku učinkovitost koja je bila veća za 11% u odnosu na kontrolnu skupinu. Školsko osoblje je uspješno provodilo SEL programe te je korištenje 4 preporučene prakse za razvoj vještina moderiralo programskim ishodima, na način da su programi koji su koristili preporučenu praksu, pokazivali bolje rezultate.

Dobro osmišljeni program SEL-a, odnosno 4 preporučene prakse, mogu se obilježiti akronimom SAFE što označava **poredan** (eng. *sequenced*)- povezan i koordiniran set aktivnosti za poticanje razvoja vještina; **aktivan** (eng. *active*) - korištenje aktivni oblika učenja koji će pomoći učenicima svladati nove vještine; **usredotočen** (eng. *focused*) - naglašavanje razvoja osobnih i društvenih vještina; i **eksplicitan** (eng. *explicit*) – usmjeren na specifične socijalno-emocionalne kompetencije.

Spomenuta meta-analiza potvrđuje da su programi SEL-a dali značajan pozitivan učinak na ciljane socijalno-emocionalne kompetencije te stavove o sebi, drugima i školi. Također su poboljšali prilagodbu ponašanja učenika, u vidu povećanog prosocijalnog ponašanja i

smanjenih eksternaliziranih i internaliziranih problema te poboljšanih akademskih postignuća. Dok su veličina dobitaka na tim područjima smanjena tijekom perioda praćenja te je samo mali postotak studija prikupljao podatke tijekom perioda praćenja, učinci ipak ostaju statistički značajni najmanje 6 mjeseci nakon intervencije. Također je utvrđeno da su SEL programi uspješni na svim razinama obrazovanja (od vrtića do srednje škole) kao i u gradskim, prigradskim i ruralnim školama, iako se najmanje primjenjuju u srednjim i ruralnim školama. Rezultati meta-analize ukazuju na rastuće empirijske dokaze o pozitivnom utjecaju SEL programa.

Ponuđeni su zanimljivi konceptualni razlozi temeljeni na empirijskim zaključcima koji povezuju socijalno-emocionalne kompetencije s poboljšanim školskim stavovima i izvedbom. Na primjer, učenici koji su više samosvjesni i uvjereni u svoje sposobnosti učenja više se trude i pokušavaju te ustraju u izazovima ne odustajući lako (Aronson, 2002).

Grant, Hamilton i sur. (2017) su identificirali 60 intervencija socijalno-emocionalnog učenja provedenih na osnovnoškolcima i srednjoškolcima utemeljenih na dokazima, prema ESSA (Every Student Succeeds Act) zahtjevima. U svim intervencijama SEL-a, najviše se utjecalo na interpersonalne i intrapersonalne kompetencije. Četrdeset dvije intervencije (70%) imale su statistički značajno pozitivan rezultat za najmanje jedan konstrukt iz domene interpersonalne kompetencije, dok je 31 intervencija (52%) imala statistički značajan pozitivan rezultat za barem jedan konstrukt iz domene intrapersonalnih kompetencija. Najviše zahvaćene domene nakon interpersonalnih i intrapersonalnih kompetencija, bile su školska klima i sigurnost (27% intervencija), akademski uspjeh (15%), disciplinski ishodi (12%), akademska postignuća (10%), građanski stav i ponašanje (7%). Intervencije su imale statistički značajan rezultat, u prosjeku, za dva konstrukta iz pojedine domene. Primjeri konstrukata, prema domenama, uključivali su sljedeće:

- intrapersonalne kompetencije: pažnja, koncentracija, regulacija emocija, ponašanja usmjerena na zadatak, strategije suočavanja, samopoštovanje, samodostatnost i ustrajnost;
- interpersonalne kompetencije: pristranost neprijateljskom atribuiranju, stavovi prema nasilju, procesuiranje socijalnih informacija, agresija, prosocijalna ponašanja, interpersonalna komunikacija i vještine rješavanja socijalnih problema;
- akademski uspjeh: standardizirane procjene u matematici, čitanju, pisanju i vokabularu;
- akademsko postignuće: pohađanje nastave i stope diplomiranja;

- disciplinski ishodi: kršenje disciplinskih pravila i suspenzija;
- građanski stav i ponašanje: tolerancija i empatija za druge, interes za druge zemlje i aktualna događaja i vjerovanje u moralni poredak;
- školska klima i sigurnost: percepcija razredne podrške i školske sigurnosti, osjećaj uključenosti učenika, kvaliteta odnosa učenika i profesora i svjedočenje i vršenje bullyinga.

Pregled programa socijalno-emocionalnog učenja, koji je napravilo Udruženje za akademsko, socijalno i emocionalno učenje (The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, CASEL), pokazao je da su programi dali mnoge koristi za djecu i adolescente (Payton et al., 2008; prema Haggerty, Elgin i Woolley, 2011). Koristi su pronađene za učenike srednjih škola i u školskom i u izvanškolskim okruženjima te za učenike sa i bez ponašajnih i emocionalnih problema. Kvalitetni programi socijalno-emocionalnog učenja pružaju učenicima priliku da doprinesu njihovom razredu, školi i zajednici i dožive zadovoljstvo, osjećaj pripadnosti i samim time povećaju motivaciju koja proizlazi iz takve uključenosti (Hawkins, Smith i Catalano, 2004).

Navedena istraživanja svjedoče o značajnoj ulozi socijalno-emocionalnih kompetencija u osnaživanju djece i adolescenata te preveniranju razvoja različitih problema. Primjerice, velik broj istraživanja navodi poboljšanje školskog uspjeha i bolje odnose s vršnjacima. Navodi se i kako poboljšanje socio-emocionalnih kompetencija dovodi do smanjena simptoma depresivnosti, međutim taj odnos nije dovoljno detaljno pojašnjen te nije proveden velik broj istraživanja vezano uz spomenutu tematiku. Ovim radom će se dobiti uvid i detaljnije opisati odnos socijalno-emocionalnih kompetencija i simptoma depresivnosti.

1.2. SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI

Tradicionalnu podjelu problema u ponašanju djece i mladih uveo je Achenbach (1966). Prema njemu, problemi u ponašanju mogu se podijeliti u dvije skupine, tj. u internalizirane i eksternalizirane probleme u ponašanju. Eksternalizirani problemi u ponašanju nazivaju se još i pretežito aktivnim problemima u ponašanju i odnose se na nedovoljno kontrolirana i na druge usmjerena ponašanja. Internalizirani problemi ili pretežito pasivni problemi u ponašanju, odnose se na ponašanja koja se pretjerano kontroliraju i usmjerena su prema sebi (Bouillet i Uzelac, 2007). Depresivni simptomi pripadaju skupini internaliziranih problema, a definiraju se kao emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti (Vulić-Prtorić, 2007).

Depresivni simptomi javljaju se u životu gotovo svakog čovjeka i predstavljaju najčešće normalnu reakciju na neke neugodne i stresne situacije. Stoga većina istraživača danas definira depresivnost u terminima kontinuuma od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano vraća. Sam je koncept depresivnosti heterogene prirode i slojevite strukture, stoga je pristup u kojem se depresivnost promatra na tri razine od velike koristi. Prema Vulić Prtorić (2007), možemo ga promatrati na razini simptoma (koje doživljavaju uglavnom svi ljudi), na razini sindroma koji predstavlja kombinaciju nekoliko simptoma (doživljava ga manji broj ljudi) te na razini depresivnog poremećaja koji obuhvaća depresivni sindrom određenog trajanja, intenziteta i negativnih posljedica na svakodnevno funkcioniranje (doživljava ga manji postotak ljudi).

1) RAZINA SIMPTOMA DEPRESIVNOSTI: na ovoj se razini u kliničkoj procjeni depresivnosti ne uključuje kompletna analiza postojećih problema, već se bavi depresivnim raspoloženjem, osjećajima tuge, žalosti i sl. koji se javljaju tijekom nekog neodređenog vremenskog perioda. U istraživanjima na ovoj razini pojedini se simptomi ili aspekti depresivnosti proučavaju zajedno s drugim obilježjima razvoja djeteta i adolescenata. Pritom se ne pokušava utvrditi obilježje depresivnog poremećaja, već se ovi simptomi promatraju u kontekstu normalnih ravojnih promjena i pokušava se utvrditi njihova učestalost i intenzitet. Terminološki simptom označava određene emocionalne, kognitivne i ponašajne karakteristike, bez pretpostavki o etiologiji ili uzročnim faktorima koji leže u pozadini tih karakteristika.

2) RAZINA DEPRESIVNIH SINDROMA kao specifičnih klastera simptoma. Sindrom predstavlja skup emocija, misli i ponašanja koji se javljaju zajedno u prepoznatljivom i neslučajnom sklopu.

3) RAZINA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA predstavlja klastere simptoma, tj sindroma koji imaju prepoznatljivu etiologiju i povezani su sa značajnim posljedicama na planu svakodnevnog funkcioniranja. Polazi se od pretpostavke da dijagnostička kategorija ili poremećaj predstavlja prepoznatljive sindrome povezanih simptoma koji traju neko određeno vrijeme i koji značajno ometaju aktivnosti u važnim životnim područjima i svakodnevnom funkcioniranju osobe. Sindrom ili više sindroma čini poremećaj u slučaju kada: se zna više o simptomima u tom sindromu, su poznate informacije o obitelji, biološkim korelatima i drugim etiološkim faktorima, se može predviđati klinički tijek ili krajnje posljedice tog poremećaja i

postoji uvid u veći broj faktora koji omogućavaju bolje razumijevanje sindroma od jednostavnog zbroja povezanih ponašanja i emocija.

U ovom diplomskom radu, koncept depresivnosti će se promatrati na prve dvije razine, odnosno na razini simptoma depresivnosti i razini depresivnih sindroma, a ne na razini depresivnih poremećaja. U nastavku rada će se pobliže opisati simptomi depresivnosti kod djece i adolescenata.

1.2.1. Podjela simptoma depresivnosti

Depresija je poremećaj koji je dugi niz godina pripisivan samo odraslim osobama. Krajem prošlog stoljeća bilježi se pojava sve veće depresivnosti djece i mladih te povećano bavljenje tim fenomenom. Nažalost, često mirnu i tihu djecu sa simptomima depresivnosti jednostavno ne primjećujemo pa se i sam poremećaj ignorira dok ne poprimi alarmantne razmjere.

Simptomi koji razlikuju depresivnost kod djece u odnosu na depresivnost odraslih, sadržani su u većoj učestalosti osjećaja krivnje i učestalijim pokušajima samoubojstva kod djece i adolescenata (Davidson, Nale, 1999; prema Lebedina Manzoni, 2007). Iako izrazita depresivnost ne rezultira nužno suicidalnim ponašanjem, niz istraživanja ističe upravo depresivnost kao najčešće identificiran čimbenik rizika za suicidalno ponašanje adolescenata (Kelly i sur., 2001; Wild i sur., 2004; prema Lebedina Manzoni, 2007).

Bilježe se i razlike u manifestiranju poremećaja kod djece u ovisnosti o dobi. Kenda (2002; prema Lebedina Manzoni, 2007) navodi da su u predškolskoj dobi uglavnom prisutni neverbalni znakovi depresije (tužno i bezizražajno lice, dijet je neraspoloženo i rijetko se smije), a u ranoj školskoj dobi više su prisutne tjelesne pritužbe, strahovi i gubitak apetita. Adolescenti depresivnost ponekad izražavaju ljutnjom, a ne tugom, svojim roditeljima i okolini ostavljaju dojam nekomunikativne osobe, hipersenzitivne na kritiku. Svoju depresivnost mogu iskazati i delinkventnim ponašanjem, primjerice, bijegom od kuće, krađama, zloupotrebom droge i alkohola.

Simptomi depresivnosti mogu se podijeliti u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu ili somatsku, kognitivnu i bihevioralnu, tj. grupu simptoma na području ponašanja i socijalne prilagodbe (Vulić Prtorić, 2007).

Simptomi koji općenito opisuju depresivnost na emocionalnom planu jesu tužno i beznadežno raspoloženje, obeshrabrenost i utučenost. Dva najčešće opisivana depresivna simptoma su

disforija i anhedonija. Disforija ili disforično raspoloženje je negativno raspoloženje različitog intenziteta koje je često povezano s osjećajem manje vrijednosti i gubitkom povjerenja u vlastite sposobnosti. Anhedonija je gubitak ugode i uživanja u aktivnostima koje je osoba do tada smatrala privlačnim i u njima uživala (Vulić Prtorić, 2007). Duboka žalost je osnovno fenomenološko obilježje depresije i naročito je prisutna kod predškolske djece i adolescenata. Osjećaji krivnje javljaju se u vrijeme pretpuberteta i predstavljaju ključni simptom kliničke slike depresivnosti, što je prema nekim autorima specifični simptom depresije za djecu iznad 11. godine starosti. Čak 14% djece u uzorku od oko 500 učenika od petog do sedmog razreda osnovne škole ima snažan osjećaj krivnje zbog loših stvari koje im se događaju u životu (Vučić Prtorić, 2000.; prema Vulić Prtorić, 2007). Depresivno raspoloženje se najčešće javlja u kombinaciji s drugim negativnim emocijama. Nije rijetkost da depresivno dijete prolazi istovremeno kroz depresivno raspoloženje, iritabilnost i anksioznost. Depresivna djeca najčešće pokazuju sljedeće simptome anksioznosti: pretjeranu zabrinutost, preokupaciju prošlim neuspjesima i anticipaciju budućih, veći broj somatskih simptoma anksioznosti te separacijske probleme. Također se pokazalo da depresivna djeca imaju veći broj anksioznih simptoma nego što anksiozna djeca imaju depresivnih (Vulić Prtorić, 2007).

Govoreći o tjelesnim simptomima, oni su u većini slučajeva sastavni dio i nekih drugih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji poput anksioznih poremećaja, psihoza, poremećaja somatizacije te su kao takvi manje diskriminativni za depresivne poremećaje. Stoga se uglavnom navodi da su pritužbe vezane za tjelesne promjene uobičajene u depresiji, ali nisu specifične za dijagnozu depresije. Primjerice, problemi sa spavanjem su relativno česti kod adolescenata s anksioznim poremećajima, ADHD poremećajem ili poremećajem ponašanja, dok je npr. umor općenito povezan s probavnim smetnjama, teškoćama spavanja i sl. (Vulić Prtorić, 2007).

Na kognitivnom se planu obično primjećuju teškoće u koncentraciji i ispunjavanju školskih obveza, samookrivljavanje, nisko samopoštovanje i osobno obezvređivanje. Ove se negativne samoevaluacije izražavaju i u obliku krivnje što se ne živi po određenim standardima. Ono što kognitivne simptome čini specifičnima je njihovo višestruko određenje: kognitivne se fenomene opisuje kao antecedente ili prethodnice depresivnosti, kao moderatore tj. one koje pojačavaju ili ublažavaju utjecaj negativnih stresnih događaja, opisuje ih se i kao simptome patoloških procesa, kao rizične i kao zaštitne čimbenike.

Najviše istraživani kognitivni simptomi su nisko samopoštovanje, beznadnost, bespomoćnost i depresivni atribucijski stil (Vulić Prtorić, 2007). Nisko samopoštovanje je centralni aspekt depresije. Beznadnost se odnosi na negativno očekivanje od budućnosti, a bespomoćnost podrazumijeva osjećaje nekompetentnosti koji proizlaze iz ponavljanih doživljaja neuspjeha.

Ostali kognitivni simptomi koji se primjećuju u depresivne djece i adolescenata su greške u zaključivanju i problemi u koncentraciji. Pod greškama u zaključivanju obično se misli na sklonost depresivne djece i adolescenata da preuveličavaju značajnost i posljedice negativnih događaja, a neopravdano umanjuju značajnost pozitivnih događaja. Dijete koje je doživjelo neki gubitak percipira svijet oko sebe kao da će se takvi gubici događati i ubuduće i selektivno obraća pažnju na negativne događaje u okolini što posljedično vodi depresivnim kognicijama i takvim oblicima ponašanja koja još pojačavaju njegovo depresivno raspoloženje (Vulić Prtorić, 2007).

Na planu ponašanja se uočavaju psihomotoričke promjene poput nemira ili agitacije (nesposobnost da se mirno sjedi, čupkanje ili trljanje kože, odjeće i drugih predmeta) i psihomotoričke usporenosti ili retardacije (usporeni govor, pokreti tijela, produžene stanke u govoru). Chiarello i Orvaschel (1995) navode da se upravo teškoće u interakciji s drugima javljaju kao najkonzistentnije obilježje depresije u svim dobnim skupinama. Odrasle depresivne osobe pokazuju neprijateljsko, nekooperativno i kažnjavajuće socijalno ponašanje, depresivni adolescenti pored toga mogu biti i pretjerano ovisni o drugima, imati neefikasne strategije suočavanja sa stresom i manje socijalne podrške od strane prijatelja i obitelji.

Socijalno povlačenje se kao simptom pokazalo korisno za razlikovanje depresivnih poremećaja od drugih psihijatrijskih problema kod djece i adolescenata (Vulić Prtorić, 2007).

1.2.2. Depresivne smetnje i simptomi u djetinjstvu i mentalno zdravlje u odraslosti

Netretirani internalizirani problemi u ponašanju, kao što su depresivna ili anksiozna raspoloženja, negativna samopercepcija i emocionalni distres, mogu negativno utjecati na sposobnost postizanja uspjeha u školi, na zdrav stil života, na oblikovanje i održavanje bliskih odnosa s drugima, a općenito, na ostvarenje životnih ciljeva. Depresija i ostali poremećaji raspoloženja, povećavaju rizik za počinjenje suicida, koji je treći vodeći uzročnik smrti u SAD-u kod adolescenata između 15 i 19 godina (Terzian, Hamilton i Ericson, 2011).

Nasuprot eksternaliziranim problemima u ponašanju, internalizirani problemi u ponašanju, osim onih ozbiljnijih, nisu toliko uočljivi drugima i mogu uključivati pretjerane osjećaje krivnje, negativna bazična vjerovanja kao što je vjerovanje da su neuspješni ili da nisu voljeni ili doživljavanje uznemirujućih emocija i misli (Terzian, Hamilton i Ericson, 2011).

Simptomi depresivnosti u adolescenciji su snažan prediktor pojave depresivnih simptoma i smetnji u odrasloj dobi (Gaber i sur., 2016).

Loše mentalno zdravlje u djetinjstvu povezano je sa zdravstvenim i socijalnim problemima kao što su školski neuspjeh, delinkvencija i zlouporaba sredstava ovisnosti te povećava rizik od siromaštva i drugih nepovoljnih ishoda u odrasloj dobi (Barry, Clark, Jenkins i Patel, 2013). Depresija kod mladih ljudi povezana je sa slabim akademskim postignućem, društvenom disfunkcijom, zlouporabom sredstava ovisnosti te pokušajem i izvršenjem sucida (Grant, Hamilton i sur., 2017).

1.2.3. Epidemiologija

Depresija je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja među adolescentima, ali je težak za promatranje, a i samim time težak za prepoznavanje, odnosno identifikaciju. Istraživanja pokazuju da depresivni simptomi češće nisu identificirani kod adolescenata nego kod odraslih (Jonge-Heesen i sur., 2016). Adolescenciju karakteriziraju fluktuacijski simptomi, reaktivnost raspoloženja i istaknuta razdražljivost. Osim toga, često su prisutni i drugi problemi poput problema s prehranom, anksioznošću, neobjašnjivih tjelesnih simptoma, odustajanja od škole ili pada akademskog uspjeha što može prikriti depresivne simptome (Thapar, Collishaw, Pine, Thapar, 2012; prema Jonge-Heesen i sur., 2016). Ovo je zabrinjavajuće, buduće da je rani početak depresivnih simptoma i trajanje neidentificirane i netretirane depresije, rizični čimbenik za teške depresivne poremećaje u kasnijem životu (Holzel, Harter, Reese, Kriston, 2011; prema Jonge-Heesen i sur., 2016). Nadalje, ovo pokazuje da je adolescencija posebno i specifično vrijeme za prevenciju razvoja ozbiljnih depresivnih poremećaja. Međutim, kako su adolescenti manje skloni tražiti pomoć za svoje mentalno zdravlje, osobito kada doživljavaju subkliničke simptome (Rickwood, Deane, Wilson, 2007; prema Jonge- Heesen i sur., 2016), postoji potreba za ranim identifikacijskim i preventivnim strategijama. Međunarodne studije pokazuju stopu prevalencije depresije između 2 i 5,6% kod adolescenata (Jonge-Heesen i sur., 2016). Nizozemska studija pokazala je da je 5.6% adolescenata doživjelo depresiju prije dobi od 15 godina (Monshouwer, Smit, Ruiter, Ormel , Verhulst , Vollebergh , Oldehinkel, 2012; prema Jonge- Heesen i sur., 2016).

Lebedina Manzoni (2007) navodi kako je od početka 20. stoljeća svaka nova generacija u svijetu, u odnosu na svoje roditelje, živi u većoj opasnosti od toga da će je u nekom razdoblju života zahvatiti teži oblik depresije. Autorica navodi da razlike po spolu postoje u odnosu na pojavu depresivne simptomatologije i mijenjaju se u odnosu na dob. Odnos 1:1 u ranoj dobi mijenja se u odnos 1:2 u doba adolescencije i to u korist ženskog spola.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, globalna prevalencija depresije je za 2015. godinu iznosila 4,5% za djevojke u dobi od 15-19 godina te 3,2% za mladiće u dobi od 15-19 godina.

Vulić Prtorić (2007) navodi kako je još i danas broj identificirane depresivne djece značajno manji, nego broj onih koji će biti pogrešno dijagnosticirani ili pak uopće neće biti prepoznati kao djeca s problemima, a kao neke od razloga za ovu situaciju navodi:

- djeca i adolescenti nisu uvijek sposobni dati do znanja odrasilma kako se osjećaju,
- odrasli koji se brinu o djetetu nisu uvijek sposobni prepoznati depresivnost na temelju ponašanja djeteta i adolescenta,
- simptomi depresivnosti imaju drugačije pojavne oblike kod djece nego kod odraslih,
- poremećajima raspoloženja često su pridruženi drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu otežati ili maskirati depresivne simptome
- depresivnost ne nastaje u vakuumu: proces razvoja depresivnosti odvija se kroz međuodnos dobno različito strukturiranih bioloških, psiholoških i socijalnih sistema.

1.3. Učinak programa prevencije i promocije na mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje je ključno za dobro opće zdravlje i dobrobit i utječe na društvene i gospodarske rezultate tijekom životnog vijeka. Djetinjstvo i adolescencija su ključna razdoblja za postavljanje temelja za zdrav razvoj i dobro mentalno zdravlje. Procjenjuje se da 10-20% mladih ljudi diljem svijeta ima problema s mentalnim zdravljem (Barry, Clark, Jenkins i Patel, 2013). Intervencije koje promiču pozitivno mentalno zdravlje opskrbljuju mlade ljude s potrebnim životnim vještinama, podrškom i sredstvima za ispunjenje njihovog potencijala i prevladavanje raznolikosti. Sustavni pregledi međunarodnih dokaza, koji dolaze uglavnom iz zemalja s visokim dohotkom (HICs), pokazuju da sveobuhvatne intervencije za

promociju mentalnog zdravlja, provedene u suradnji s obiteljima, školom i zajednicama, dovode do poboljšanja, ne samo mentalnog zdravlja, nego i poboljšanja socijalnog funkcioniranja, akademskog i poslovnog postignuća te općeg zdravog ponašanja (Barry, Clark, Jenkins i Patel, 2013).

Adolescencija se često spominje kao kritično razdoblje za pojavu problema s mentalnim zdravljem što ukazuje na potrebu ranih intervencija kako bi se prevenirale teškoće. Učinkovita intervencija u ranim fazama razvoja teškoća mentalnog zdravlja smatra se ključnom strategijom za postizanje uspješnih rezultata na mentalno zdravlje (Littlefield, 2008). Imperativ za ranu intervenciju dovodi do prepoznavanja da su škole idealna polazna točka za implementaciju univerzalnih i preventivnih usluga koje se bave tjelesnim i mentalnim zdravljem djece (Slee, Dix i Askell-Williams, 2011). Inicijative za promicanje mentalnog zdravlja u školama uglavnom se prvenstveno fokusiraju na socijalno-emocionalno učenje.

Horowitz i Garber (2006) su proveli meta-analizu koja je uključivala 30 istraživanja o prevenciji depresivnih simptoma kod djece i adolescenata i došli su do zaključka da selektivni i indicirani pristupi preventivnim intervencijama imaju veći učinak od univerzalnih. Univerzalni pristup ne treba zanemariti, naprotiv, istraživanje Spence i suradnika (2003) pokazalo je da je veće sudjelovanje i manja stopa odustajanja mladih u univerzalnim preventivnim programima nego u selektivnim i indiciranim. Iako univerzalni preventivni pristupi mogu doprinijeti poboljšanju depresivnih simptoma, njihov učinak nije na duge staze. Stoga, za rad s visoko rizičnim adolescentima preporuča se dugotrajniji i intenzivniji pristup u manjim grupama. Isto tako, Horowitz i Garber (2006) navode da se reduciranje simptoma depresije kod djece i adolescenata pokazalo učinkovitijim nego preveniranje te se u radu s mladima treba više usmjeriti na one u povećanom riziku.

Postoje brojni psihološki tretmani za depresiju, koji uključuju psihodinamske, humanističke i kognitivne strategije ponašanja. Najsnažniji dokazi postoje za dvije specifične psihološke intervencije: kognitivno-bihevioralnu i interpersonalnu terapiju. Postoje dokazi da su obje terapije učinkovite u tretmanu depresije i da mogu smanjiti njezin povratak i stoga ovakvi pristupi kada se primijene nakon prve pojave simptoma predstavljaju potencijal za prevenciju depresije i simptoma depresivnosti. Intervencije za prevenciju depresije i depresivnih simptoma često se provode u grupnom okruženju, kako zbog smanjenje troškova, tako i zbog toga što grupa može pojačati učinkovitost intervencije kroz pružanje pozitivnog iskustva (Merry, Hetrick i sur., 2011).

Terzian, Hamilton i Ericson (2011) su prezentirali važne spoznaje iz sinteze 37 programa za adolescente, koji su kreirani za preveniranje ili tretiranje internaliziranih problema u ponašanju. Sinteza se usredotočila na preventivne programe osmišljene za preveniranje razvoja internaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata (svih učenika ili onih koji su u riziku za razvoj poremećaja). Pregled je također uključivao tretmanske programe ili programe namijenjene smanjenju internaliziranih problema kod adolescenata koji već iskazuju internalizirane simptome. Rezultati su pokazali da su socijalne intervencije, usmjerene na preveniranje ili tretiranje internaliziranih problema, najučinkovitije kada podučavaju adolescente kako se nositi s negativnim mislima i emocijama, kako riješiti probleme i učinkovito komunicirati s drugima. Terapijski pristupi poput obiteljske terapije, grupne terapije, individualne terapije i tretmanski usmjerenih programa koji se provode u školama također su se pokazali učinkovitima.

Različiti učinci, odnosno mješoviti nalazi, pronađeni su za programe koji uključuju aktivnosti za povećanje samopouzdanja te za preventivne programe za opću populaciji. Za njih je utvrđeno da imaju pozitivan učinak na najmanje jedan internalizirani problem. Između nekoliko pregledanih studija, za programe koji su uključivali mentorsku komponentu i programe usmjerene samo na djevojke, iako poboljšavaju određene ishode, nije utvrđeno da dovode do smanjenja internaliziranih simptoma. Kao učinkoviti u prevenciji depresivnih simptoma, pokazali su se preventivni programi usmjereni na podučavanje nošenja sa stresom (*Adolescents Coping with Stress*), rješavanje problema (*Problem Solving for Life*), poboljšanje odnosa s vršnjacima i usvajanje zdravijih prehrambenih navika (*Shapedown*) te programi usmjereni na podizanje svijesti o suicidu i depresiji (*Signs of Suicide*).

Barry, Clark, Jenkins i Patel (2013) su u sustavnom pregledu pružili sintezu dokaza o učinkovitosti intervencija za promociju mentalnog zdravlja za mlade (od 6 do 18 godina) iz zemalja s niskim i srednjim dohotkom. Pregled izvještava o intervencijama promocije pozitivnog mentalnog zdravlja mladih u školskom okruženju i zajednici. Nalazi većine intervencija provedenih u školi su snažni te govore o njihovoj učinkovitosti. Strukturirane univerzalne intervencije za djecu koja žive u konfliktnim područjima ukazuju na generalno značajne pozitivne učinke na emocionalnu i ponašanu dobrobit, uključujući povećano samopouzdanje i vještine suočavanja. Međutim, zabilježeni su i miješani rezultati, uključujući diferencijalne rezultate za spol i dob , a dvije su studije izvijestile o neznačajnim rezultatima. Većina školskih programa životnih vještina i programa otpornosti su označeni od umjerene do visoke kvalitete, s rezultatima koji ukazuju na pozitivne učinke na samopoštovanje učenika,

motivaciju i samoučinkovitost. Nalazi studija ukazuju da postoje snažni dokazi da programi koji se provode u školama, i koji su implementirani u škole zemalja s niskim dohotkom, mogu imati značajne pozitivne učinke na emocionalnu i ponašanu dobrobit, uključujući smanjenje simptoma depresivnosti i anksioznosti te poboljšane vještine suočavanja. Kvaliteta rezultata intervencija u zajednici namijenjenih adolescentima, bila je umjerena do visoka s obećavajućim nalazima vezano uz potencijal intervencija s više komponenti (i u školi i u zajednici) da utječu na mentalno zdravlje i socijalnu dobrobit mladih.

Dvije su studije izvijestile o manje pozitivnim rezultatima. Karam (2008, prema Barry, Clark, Jenkins i Patel, 2013) je utvrdio da intervencija kognitivno-bihevioralne terapije, provedena tijekom 12 uzastopnih dana, nije imala značajan učinak na simptome depresivnosti, separacijske anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja kod sudionika. Lange-Nielsen (2012, prema Barry, Clark, Jenkins i Patel, 2013) je izvijestio da trodnevna intervencija koja je uključivala strukturirano i nestrukturirano pisanje adolescenata (12-17 godina) o traumatskim sjećanjima i događajima koje su doživjeli, nije imala utjecaja na simptome PTSP-a i anksioznosti. Intervencija je u početku dovela do značajnog povećanja depresivnih simptoma kod sudionika u usporedbi sa simptomima koji su bili prisutni prije intervencije, ali su se simptomi značajno smanjili u razdoblju praćenja nakon pet mjeseci. Zajednička obilježja ovih intervencija su njihovo kratko trajanje i širok raspon dobi sudionika intervencije.

Merry, Hetrick i suradnici (2011) su napravili randomizirana kontrolirana ispitivanja psiholoških ili edukacijskih preventivnih programa, ili oba, u usporedbi s placebom, bilo kojom usporednom intervencijom ili bez intervencije, za djecu i mlade između 5 i 19 godina koji nisu zadovoljavali dijagnostičke kriterije za depresiju ili koji su bili ispod kliničkog raspona na standardiziranim i pouzdanim skalama depresije, ili oboje. U analizu je uključeno pedeset i tri studije koje su obuhvatile 14 406 sudionika. Dobiveni su rezultati koji podržavaju učinkovitost programa prevencije depresije u smanjenju učestalosti depresije i simptoma depresije u razdoblju od 12 mjeseci. Rezultati ovog pregleda pokazuju i da ciljani i univerzalni programi prevencije depresije mogu spriječiti pojavu depresije i depresivnih simptoma u usporedbi s grupom bez intervencije.

Bowie (2010) je u četverogodišnjem longitudinalnom istraživanju, temeljenom na intervjuima s 126 djece u dobi od 5,5 do 12 godina, istraživala mogu li samoiskazi djece o regulaciji emocija, predvidjeti buduće internlizirane i eksternalizirane probleme u ponašanju.

Najznačajniji rezultat u ovoj studiji je prediktivna povezanost između ranijeg samoiskaza djece o regulaciji emocija i kasnijeg samoiskaza o internaliziranim problemima u ponašanju. Za djecu koja su izvijestila o teškoćama u upravljaju ljutnjom je bilo vjerojatnije da će izvijestiti o simptomima depresivnosti 2,5 godine kasnije. Zanimljivo je da se regulacija tuge nije pokazala prediktivna za kasnije samoiskaze djece o simptomima depresivnosti. Ta saznanja ukazuju na to da, ne samo da je dijete vrijedan izvor informacija o vlastitom emocionalnom stanju, već da istraživači možda propuštaju važne informacije ograničavajući prikupljanje podataka na opažanje i intervjue s roditeljima, nastavnicima i drugim odraslima. Navedeni rezultati upućuju na važnost samoiskaza djece o regulaciji emocija u prevenciji simptoma depresivnosti i također, promociji mentalnog zdravlja.

2. CILJEVI, PROBLEM I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj ovog diplomskog rada je steći uvid u odnos socijalno-emocionalnih kompetencija i depresivnih simptoma kod adolescenata grada Zagreba. Specifični ciljevi se odnose na razumijevanje razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije i razine socio-emocionalnih kompetencija s obzirom na spol i dob sudionika te utvrđivanje razine povezanosti između razine socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta zastupljenosti depresivne simptomatologije kod adolescenata. Podaci dobiveni ovim istraživanjem će omogućiti kvalitetnije predlaganje preventivnih intervencija, odnosno smjernica za daljnje preventivno djelovanje u radu s navedenom populacijom.

Sukladno navedenim ciljevima, definirani su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

Problem 1: Istražiti postoje li dobne i spolne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije kod adolescenata grada Zagreba.

Hipoteza 1: Uzimajući u obzir znanstvene nalaze koji opisuju da postoje spolne razlike u pojavi depresivne simptomatologije te da postoji odnos 1:2 u korist ženskog spola (Lebedina Manzoni, 2007) depresivne simptome, sukladno navedenom, češće će iskazivati adolescentice nego adolescenti.

Hipoteza 2: Uzimajući u obzir nalaze istraživanja da depresija postoji u svakoj dobi, a njezina učestalost kod djece raste s dobi (Kaplan, Sadock, 2009), pretpostavlja se da će stariji ispitanici češće iskazivati depresivne simptome.

Problem 2: Istražiti postoje li dobne i spolne razlike u razini socio-emocionalnih komptencija kod adolescenata grada Zagreba.

Hipoteza 3: Adolescentice će imati razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije u odnosu na adolescente.

Hipoteza 4: Stariji ispitanici će imati razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije.

Problem 3: Utvrditi razinu povezanosti između razine socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta zastupljenosti simptoma depresivnosti kod adolescenata.

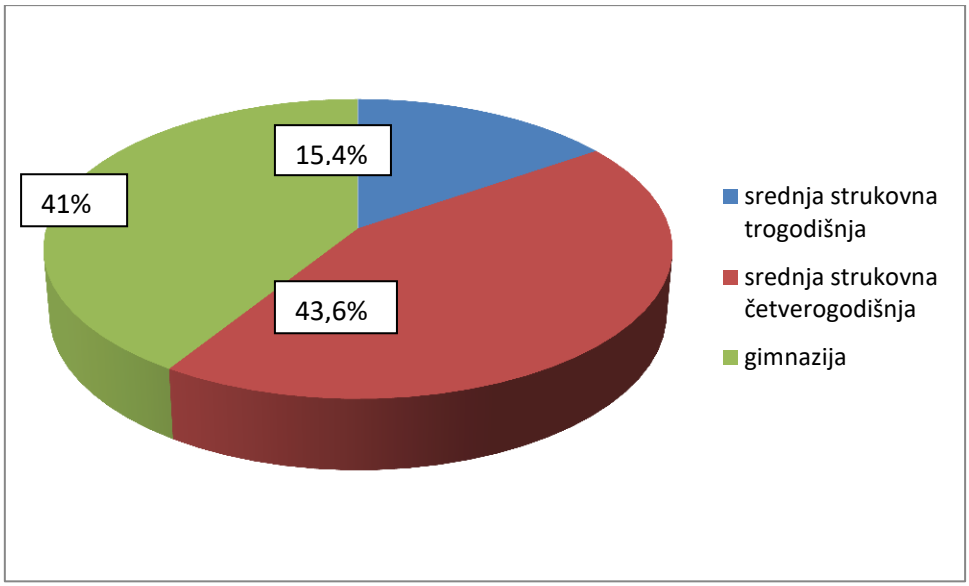
Hipoteza 5: Pretpostavlja se da će postojati negativna povezanost između razine socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta zastupljenosti simptoma depresivnosti kod adolescenata na način da će adolescenti koji imaju višu razinu socio-emocionalnih kompetencija manje iskazivati depresivne simptome.

3. METODOLOGIJA

3.1. Uzorak ispitnika

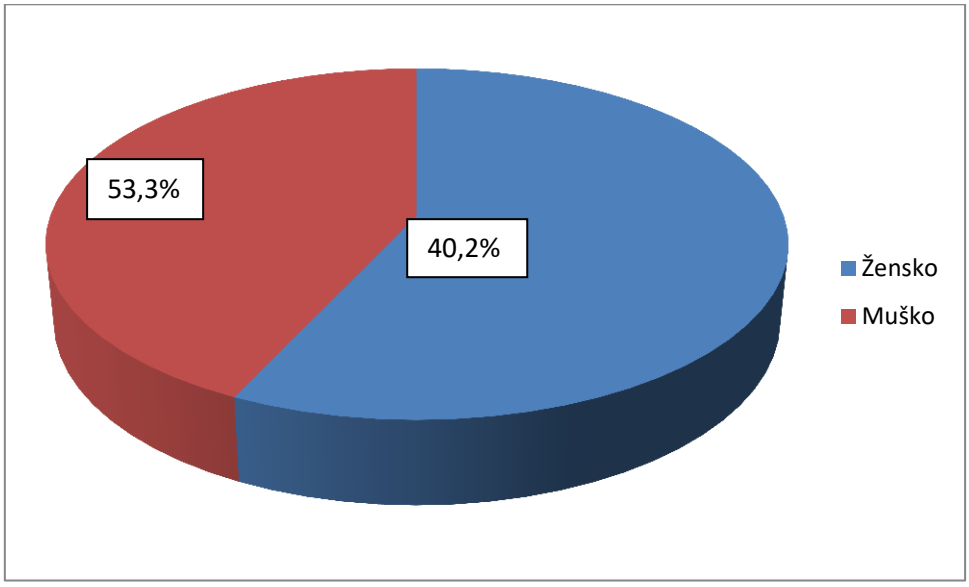
Istraživanje je provedeno u okviru projekta "Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja", na Odsjeku za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Projekt je obuhvatio reprezentativnu populaciju srednjoškolaca iz 25 škola na području grada Zagreba. Ovaj se diplomski rad temelji na izdvojenom prigodnom uzorku iz spomenutog istraživanja tj. podacima prikupljenima u četiri zagrebačke srednje škole od kojih je jedna gimnazija, dvije četverogodišnje (jedna pretežno muška, a druga pretežno ženska) i jedna trogodišnja škola. Škole uključene u ovaj prigodni uzorak za diplomski rad su III. gimnazija, Srednja škola Vladimir Prelog - smjer kozmetičar, Geodetska škola te Drvodjeljska škola. Ukupan uzorak čini 719 sudionika: 295 gimnazijalaca, 176 učenika iz Srednje škole Vladimira Preloga, 137 učenika iz Geodetske škole te 111 učenika iz Drvodjeljske škole. Iz toga slijedi da su u istraživanje uključeni učenici trogodišnje

(N=111, 15,4%) i četverogodišnje strukovne škole (N=313, 43,6%) te gimnazije (295, 41%). (Vidi sliku 1).



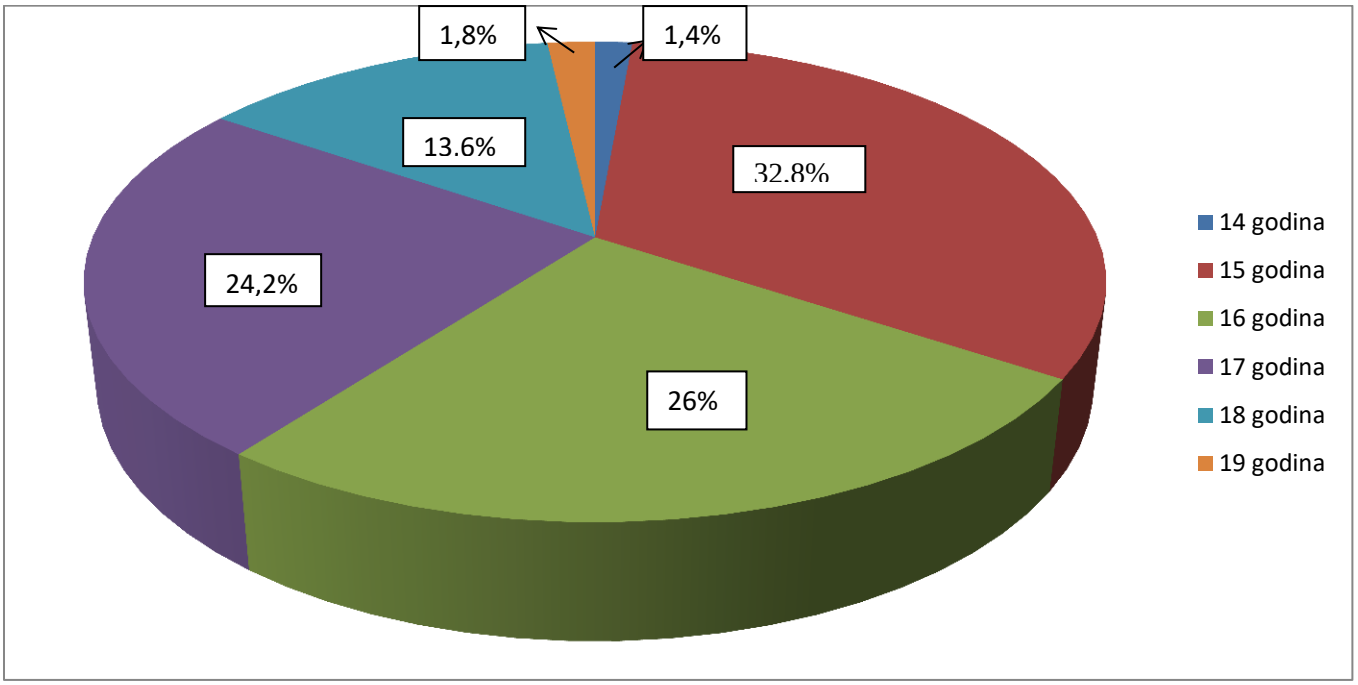
Slika 1. Udio adolescenata u tri tipa uključenih škola u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

U istraživanju su sudjelovale 383 djevojke (53,3%) i 289 mladića (40,2), dok na 47 upitnika (6,5%) spol nije označen (Vidi sliku 2). Iako ukupan uzorak čini 719 sudionika, prilikom obrade podataka, uzorak učenika je bio nešto manji jer u obzir nisu uzimani upitnici koji nisu u potpunosti ispunjeni na svim česticama te oni za koje se procijenilo da ih učenici nisu ozbiljno ispunjavali.



Slika 2. Udio djevojaka i mladića u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

Dob sudionika kreće se od 14 do 19 godina. Najveći broj učenika ima 15 godina (N=236, 32,8%), zatim slijede učenici od 16 godina (N=187, 26%) i 17 godina (N=174, 24,2%), nešto manje učenika je od 18 godina (N= 98, 13,6%), a najmanje je učenika od 19 (N=13, 1,8%) i 14 godina (N=10, 1,4%). (Vidi sliku 3).



Slika 3. Zastupljenost raznih dobnih skupina u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

3.2. Mjerni instrumenti

U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala namijenjenih prikupljanju podataka iz različitih područja rizičnih ponašanja, socijalno-emocionalnih kompetencija, internaliziranih simptoma, otpornosti, privrženost školi, odnosu s vršnjacima, te odnosima u obitelji i široj zajednici, kao i osobnih podataka o sudionicima istraživanja. Podaci korišteni u ovom radu prikupljeni su uz pomoć sljedećih upitnika:

(1) *Upitnik o demografskim podacima*, koji je izrađen za potrebe ovog istraživanja, je služio za prikupljanje osnovnih sociodemografskih podataka od učenika poput spola, dobi, vrste škole i razreda koji učenik pohađa. Također, ovim upitnikom prikupljale su

se i informacije o tome s kime žive, o dobi i obrazovanju roditelja, njihovom radnom status te specifičnostima odnosa. Isto tako, učenike se pitalo o školskom uspjehu na kraju prošle školske godine te da sami procijene vlastitu uspješnost u području školskih zadataka, izvannastavnih aktivnosti, odnosa s vršnjacima i odnosa s profesorima. Na kraju, od učenika se tražilo da označe koliko puta su „markirali“ tijekom zadnja 4 tjedna.

(2) Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21(DASS-21; engl. Depression Anxiety Stress Scale-21: Lovibond i Lovibond, 1995)

Skala se se sastoji od 21 čestice, odnosno tri subskale (depresivnost, anksioznost i stres) od kojih svaka ima sedam čestica. U ovome radu korištena je subskala koja se odnosi depresivnu simptomatologiju.

Tablica 1. Prikaz čestica subskale depresivnosti

1. Nisam uopće mogao/la osjetiti neku pozitivnu emociju.
2. Bilo mi je teško pokrenuti se da nešto napravim.
3. Osjećao/la sam se da se nemam čemu veseliti.
4. Osjećao/la sam se sjetno i potišteno.
5. Nisam se mogao/la za ništa iskreno zainteresirati.
6. Osjećao/la sam se da kao osoba ne vrijedim puno.
7. Osjećao/la sam da život nema smisla.

Sudionicima su na pojedinu česticu bili ponuđeni sljedeći odgovori: 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 skoro uvijek.

(3) Upitnik emocionalne kompetentnosti-15 (Takšić, 1998)

Upitnik se sastoji od 15 čestica, odnosno tvrdnji koje opisuju sposobnost percepcije i razumijevanja emocija, sposobnost izražavanja i prepoznavanja emocija te sposobnost upravljanja i reguliranja emocija. Skala je jednodimenzionalna, a viši rezultat upućuje na veću emocionalnu kompetentnost.

Tablica 2. Prikaz čestica *Upitnika emocionalne kompetentnosti*

1. Dobro raspoloženje mogu zadržati i ako mi se nešto loše dogodi.
2. Iz neugodnih iskustava učim kako se ubuduće ne treba ponašati.
3. Kod prijatelja mogu razlikovati kada je tužan, a kada razočaran.
4. Lako ću smisliti način da pridem osobi koja mi se sviđa.
5. Lako primjetim promjenu raspoloženja svoga prijatelja.
6. Lako se mogu domisliti kako obradovati prijatelja kojem idem na rođendan.
7. Lako uvjerim prijatelja da nema razloga za zabrinutost.
8. Mogu dobro izraziti svoje emocije.
9. Mogu opisati kako se osjećam.
10. Mogu reći da znam puno o svom emocionalnom stanju.
11. Nastojim ublažiti neugodne emocije, a pojačati pozitivne.
12. Obaveze ili zadatke radije odmah izvršim, nego da o njima mislim.
13. Primijetim kada netko osjeća krivnju.
14. Većinu svojih osjećaja mogu prepoznati.
15. Znam kako mogu ugodno iznenaditi svakoga svoga prijatelja.

Sudionici su procjenjivali koliko se ponuđene tvrdnje odnose na njih i to zaokruživanjem jednoga od brojeva koji su imali sljedeće značenje: 1 - uopće ne, 2 - uglavnom ne, 3 – kako kada, 4 – uglavnom da, 5 – u potpunosti da.

3.3. Postupak provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od listopada do studenog 2017. u četiri zagrebačke srednje škole - III. gimnazija, Srednja škola Vladimir Prelog - smjer kozmetičar, Geodetska škola te Drvodjeljska škola. Istraživanje je dio projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, kojeg provodi Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu. Primjena upitnika provedena je u školama, u manjim skupinama do 30 učenika, metodom papir-olovka. Kako su učenici srednjih škola stariji od 14. godina, nakon pročitane upute, sami su potpisivali informirani pristanak dok je njihovim roditeljima poslan dokument s informacijama o provedenom istraživanju. Prije istraživanja, svi sudionici bili su usmeno informirani o svrsi, osnovnom cilju i postupcima istraživanja, kao i o načinima zaštite privatnosti podataka i identiteta sudionika te mogućim rizicima. Uz to, važno je naglasiti kako je sudionicima bilo napomenuto da je istraživanje anonimno te da u njihove upitnike nitko

neće imati uvid osim članova istraživačkog tima. Sudionici su u bilo kojem trenutku mogli odustati od popunjavanja upitnika. Primjenu upitnika su proveli studenti završne godine diplomskog studija socijalne pedagogije, stručni suradnici u školama i posebno educirani suradnici projekta.

3.4. Obrada podataka

U svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva ovog diplomskog rada koristile su se sljedeće statističke metode i analize:

1. Metode deskriptivne analize (aritmetička sredina, standardna devijacija, frekvencije odgovora)
2. Kolmogorov-Smirnov test
3. Hi-kvadrat test
4. Spearmanov koeficijent korelacije

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Normalnost distribucije testirana je Kolmogorov-Smirnovim testom koji je pokazao da distibucija frekvencija na svim ispitivanim varijablama značajno odstupa od normalne, odnosno distibucija rezultata nije normalno distribuirana. Stoga je, u svrhu testiranja spolnih i dobnih razlika, proveden Hi-kvadrat test, a u svrhu testiranja povezanosti, Spearmanov koeficijent korelacije.

4.1. Razlike u depresivnoj simptomatologiji prema spolu i dobi

Kako bismo odgovorili na prvi dio prvog istraživački problema o tome postoje li spolne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije, izračunali smo koliki postotak adolescenata te adolescentica iskazuje simptome depresivnosti. Te podatke smo usporedili primjenom Hi-kvadrata. (Vidi Tablica 3). Simptomi depresivnosti mjerili su se *Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21; engl. Depression Anxiety Stress Scale-21: Lovibond i Lovibond, 1995).* Ispitanici su na svaku tvrdnju mogli zaokružiti odgovore od 0 do 3 te su,

ovisno o ukupnom broju bodova, odnosno simptoma, podijeljeni u kategorije normalna, blaga, umjerena, ozbiljna i izrazito ozbiljna simptomatologija.

Tablica 3. Spolne razlike u pojavnosti depresivnih simptoma

SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI	SPOL		UKUPNO
	MUŠKO	ŽENSKO	
NORMALNA SIMPTOMATOLOGIJA	157 24%	159 24,3%	316 48,2%
BLAGA SIMPTOMATOLOGIJA	32 4,9%	41 6,3%	73 11,1%
UMJERENA SIMPTOMATOLOGIJA	48 7,3%	70 10,7%	118 18%
OZBILJNA SIMPTOMATOLOGIJA	26 4%	39 6%	65 9,9%
IZRAZITO OZBILJNA SIMPTOMATOLOGIJA	12 1,8%	71 10,8%	83 12,7%
UKUPNO	275 42%	380 58%	655 100%
HI-KVADRAT	VRIJEDNOST	STUPNJEVI SLOBODE	ZNAČAJNOST
	33,800	4	0,000

Iz Tablice 2. je vidljivo da su rezultati Hi-kvadrat testa za varijablu depresivnih simptoma statistički značajni (χ^2=33, 800 (4), p<0,05). Drugim riječima, postoje statistički značajne razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na spol, na način da ih adolescentice češće doživljavaju nego adolescenti. Adolescentice imaju veću zastupljenost simptomatologije u svim kategorijama u odnosu na adolescente. Sukladno ovim nalazima, možemo zaključiti da je prva hipoteza potvrđena te je možemo prihvatiti. Najveći broj adolescenata i adolescentica ima zastupljenu normalnu simptomatologiju koja predstavlja najčešće normalnu reakciju na neke neugodne i stresne situacije. Adolescenti imaju najmanju zastupljenost izrazito ozbiljne simptomatologije, a kod adolescentica je najmanje zastupljena ozbiljna simptomatologija.

Kako bismo odgovorili na drugi dio prvog istraživačkog problema, o tome postoje li dobne razlike u pojavnosti depresivnih simptoma, tj. kako bismo saznali razlikuju li se mlađi i stariji ispitanici u iskazivanju depresivnih simptoma, izračunali smo zastupljenost za svaku skupinu zasebno. Kategoriju mlađih ispitanike čine adolescenti koji imaju 14, 15 i 16 godina, a kategoriju starijih ispitanika, adolescenti koji imaju 17, 18 i 19 godina. Primijenili smo Hi-kvadrat test, a rezultati su navedeni u Tablici 4.

Tablica 4. Dobne razlike u pojavnosti depresivnih simptoma

SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI	DOB		UKUPNO
	MLAĐI ISPITANICI	STARIJI ISPITANICI	
NORMALNA SIMPTOMATOLOGIJA	199 28,5%	134 19,2%	333 47,6%
BLAGA SIMPTOMATOLOGIJA	52 7,4%	27 3,9%	79 11,3%
UMJERENA SIMPTOMATOLOGIJA	75 10,7%	55 7,9%	130 18,6%
OZBILJNA SIMPTOMATOLOGIJA	42 6%	29 4,1%	71 10,2%
IZRAZITO OZBILJNA SIMPTOMATOLOGIJA	50 7,2%	36 5,2%	86 12,3%
UKUPNO	418 59,8%	281 40,2%	699 100%
HI-KVADRAT	VRIJEDNOST	STUPNJEVI SLOBODE	ZNAČAJNOST
	1,543	4	0,819

Iz Tablice 4 je vidljivo kako ne postoji statistički značajna razlika u razini depresivne simptomatologije ovisno o dobi ispitanika (χ^2=1,543 (4), p>0,05). Iako ne postoje statistički značajne razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na dob, odnosno podjednako ih doživljavaju sudionici svih dobi, prikazati ćemo smjer i kretanje rezultata. Mlađi ispitanici imaju imaju veću zastupljenost simptomatologije u svim kategorijama u

odnosu na starije ispitanike, no važno je napomenuti kako je mlađih ispitanika bilo više u istraživanju (60,2%) nego starijih ispitanika (39,6%). Ukoliko izuzmemo simptomatologiju koja se smatra normalnom, i mlađi i stariji ispitanici imaju najzastupljeniju umjerenu simptomatologiju. Mlađi ispitanici imaju najmanje zastupljenu ozbiljnu simptomatologiju, a stariji blagu simptomatologiju. S obzirom da je hi kvadrat pokazao da nema statistički značajnih razlika u zastupljenosti depresivne simptomatologije s obzirom na dob, druga hipoteza nije potvrđena te se odbacuje.

4.2. Razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija prema spolu i dobi

Drugi istraživački problem je bio istražiti postoje li spolne i dobne razlike u razini socio-emocionalnih komptencija kod adolescenata grada Zagreba. Razina socijalno-emocionalnih kompetencija ispitana je *Upitnikom emocionalne kompetentnosti-15 (Takšić, 1998).* Ispitanici su na svaku tvrdnju u upitniku (njih 15) mogli zaokružiti odgovore od 1 do 5 te je zbroj svih odgovora u upitniku činio ukupnu razinu socijalno-emocionalne kompetencije ispitanika. Za potrebe ovog diplomskog rada, ukupna razina socijalno-emocionalnih kompetencija je podijeljena na 3 razine: nisku (15-35 bodova), umjerenu (36-55 bodova) i visoku (56-75 bodova). Kako bi se istražio prvi dio istraživačkog problema, odnosno spolne razlike, izračunali smo zastupljenost adolescenata i adolescentica u svakoj od 3 navedene kategorije. (Vidi Tablica 5). Za drugi dio istraživačkog problema, odnosno dobne razlike, izračunali smo zastupljenost mlađih i starijih ispitanika u svakoj od 3 navedene kategorije. Primijenili smo Hi - kvadrat test. (Vidi Tablica 6).

Tablica 5. Spolne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija

RAZINA SOCIJALNO-EMOCIONALNIH KOMPETENCIJA	SPOL		UKUPNO
	MUŠKO	ŽENSKO	
NISKA	5 0,8%	8 1,2%	13 2%
UMJERENA	132 19,9%	203 30,6%	335 50,5%
VISOKA	145	171	316

	21,8%	25,8%	47,6%
UKUPNO	282 42,5%	382 57,5%	664 100%
HI- KVADRAT	VRIJEDNOST	STUPNJEVI SLOBODE	ZNAČAJNOST
	2,884	2	0,236

Iz Tablice 5 je vidljivo kako ne postoji statistički značajna razlika u razini socijalno-emocionalnih kompetencija u odnosu na spol (χ^2=2,884 (2), p>0,05). Drugim riječima, i adolescentice i adolescenti imaju podjednaku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija pa odbacujemo treću hipotezu. Kada se ipak promotre frekvencije, vidljivo je da najveći broj adolescentica procjenjuje kako ima umjerenu razinu socijalno-emocionalnih kompetencija, a najveći broj adolescenata procjenjuje da ima visoku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija.

Tablica 6. Dobne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija

RAZINA SOCIJALNO-EMOCIONALNIH KOMPETENCIJA	DOB		UKUPNO
	MLAĐI ISPITANICI	STARIJI ISPITANICI	
NISKA	8 1,1%	5 0,7%	13 1,8%
UMJERENA	214 30,1%	142 20%	356 50,2%
VISOKA	206 29%	135 19%	341 48%
UKUPNO	428 60,3%	282 39,7%	710 100%
HI- KVADRAT	VRIJEDNOST	STUPNJEVI SLOBODE	ZNAČAJNOST
	1,018	4	0,907

Iz Tablice 6 je vidljivo kako ne postoji statistički značajna razlika u razini socijalno-emocionalnih kompetencija u odnosu na dob (χ^2=1,018 (4), p>0,05). Sukladno dobivenim rezultatima, možemo odbaciti četvrtu hipotezu. Iako ne postoje statistički značajne razlike u razini socijalno-emoionalnih kompetencija s obzirom na dob, odnosno podjednako ih doživljavaju sudionici svih dobi, prikazati ćemo smjer i kretanje rezultata. Mlađi ispitanici su zastupljeniji na svim razinama socijalno-emocionalne kompetencije. U odnosu na starije ispitanike, više mlađih ispitanika ima nisku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija, ali ih više ima i visoku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija. No, važno je napomenuti kako je mlađih ispitanika bilo više u istraživanju (60,2%) nego starijih ispitanika (39,6%) te je rezultate potrebno promatrati s oprezom.

4.3. Povezanost socijalno-emocionalnih kompetencija i simptoma depresivnosti

Povezanost socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta simptoma depresivnosti provjerena je Spearmanovim koeficijentom korelacije (vidi Tablica 7).

Tablica 7. Spearmanov koeficijent korelacije između socijalno-emocionalnih kompetencija i simptoma depresivnosti

		Simptomi depresivnosti
Socijalno-emocionalne kompetencije	r	-0,266
	p	0,00

Dobiveni rezultati pokazuju da postoji statistički značajna niska negativna povezanost između rezultata na dimenziji simptoma depresivnosti i rezultata na dimenziji razine socijalno-emocionalnih vještina (r =- .266, p <.05). Veći broj simptoma depresivnosti, povezan je s nižom razinom socio-emocionalnih vještina kod adolescenata pa stoga možemo zaključiti da je peta hipoteza potvrđena.

5. RASPRAVA

Glavni cilj ovog diplomskog rada je bio steći uvid u odnos socijalno-emocionalnih kompetencija i depresivnih simptoma kod adolescenata grada Zagreba.

Prvi istraživački problem bio je istražiti postoje li dobne i spolne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije kod adolescenata grada Zagreba.

Zastupljenost depresivnih simptoma ispitana je Skalom DASS-21, odnosno skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa, čijih se 7 čestica odnosi na ispitivanje pojavnosti depresivnih simptoma kod adolescenata.

Pretpostavljena je hipoteza H1 unutar prvog istraživačkog problema koja glasi: *Postoji spolna razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije, na način da adolescentice češće iskazuju simptome.* Dobiveni rezultati hi-kvadrat testa su potvrdili navedenu hipotezu, adolescentice češće iskazuju simptome depresivnosti. Naime, adolescentice, u odnosu na adolescente, imaju veću zastupljenost depresivne simptomatologije u svim kategorijama. Zastupljenost simptomatologije koja se smatra normalnom iznosi 24,3% (adolescenti 24%), zastupljenost blage simptomatologije iznosi 6,3% (adolescenti 4,9%), umjerene simptomatologije 10,7% (adolescenti 7,3%), ozbiljne simptomatologije 6% (adolescenti 4%) te izrazito ozbiljne simptomatologije koja iznosi 10,8% (adolescenti 1,8%). Najveća razlika između adolescenata i adolescentica je prisutna u zastupljenosti izrazito ozbiljne simptomatologije, koja je kod adolescentica zastupljena u šesterostruko većoj mjeri (10,8% : 1,8%). Broj adolescentica kod kojih je zastupljena izrazito ozbiljna simptomatologija (71) je, u odnosu na veličinu uzorka (719), poprilično velik broj te ukazuje na potrebu za pojačanim radom u cilju reduciranja simptoma depresivnosti jer kod njih univerzalni preventivni pristupi nisu prikladni. U skladu s tim, Horowitz i Garber (2006) navode da se reduciranje simptoma depresije kod adolescenata pokazalo učinkovitijim nego preveniranje te se u radu s mladima treba bazirati na one u povećanom riziku. Kod adolescentica je zastupljenost izrazito ozbiljne simptomatologije veća od zastupljenosti blage, umjerene i ozbiljne simptomatologije.

Dobiveni rezultati su potvrdili nalaze dostupne literature. Rudan (2009) navodi je u adolescenciji prevalencija depresivnih simptoma približno 4%-8% u omjeru muškarci:žene 1:2. Lebedina-Manzoni (2007) navodi isto kao i Rudan, spominjući da se odnos 1:1 u ranoj dobi mijenja se u odnos 1:2 u doba adolescencije i to u korist ženskog spola.

Fleisher i Katz (2001) navode kako brojne studije pokazuju kako je incidencija depresivnih simptoma kod djevojčica i dječaka prije adolescencije jednaka te dolazi do naglog povećanja simptoma depresivnosti kod djevojčica tijekom adolescencije. Suprotno od Fleisher i Katz, Glavina i Keresteš (2007) opisuju da su do 13. godine života dječaci depresivniji od djevojčica te da je kod dječaka razina depresije približno stabilna kroz razvoj, ali se slažu kako kod djevojčica simptomi depresije rastu s povećanjem dobi. Bradley (2001) navodi kako anksioznost i poremećaji raspoloženja utječu na djevojčice i dječake, u prosjeku, podjednako, no da su adolescentice puno ranjivije na depresiju nego dečki.

Dvije longitudinalne epidemiološke studije, upućuju na to da se spolne razlike počinju pojavljivati u ranoj adolescenciji (od 13 do 15 godina), uz nastavak povećanja razlike do kasne adolescencije (od 16 do 19 godina) (Galambos, Leadbeater i Barker, 2004). U velikom kliničkom uzorku, Angold i Rutter (1992; prema Galambos, Leadbeater i Barker, 2004), pronašli su slične stope depresivnih poremećaja i depresivnih simptoma kod djevojčica i dječaka prije 11 godina, ali u dobi od 14 do 16 godina, djevojčice su imale dvostruko veću vjerojatnost pojave simptoma depresivnosti od dječaka. Slično tome, u novozelandskoj studiji koja je 10 godina pratila nacionalno reprezentativni uzorak u dobi od 11 do 21 godine, Hankin, Abramson, Moffitt, Silva i McGee (1998) su otkrili da su male spolne razlike u stopama depresivnih poremećaja počele biti vidljive između 13 i 15 godina, s najvećim razlikama u dobi od 15 do 18 godina.

Behmani i Upmanyu (2015) su istraživali utjecaj dobi i spola u pojavnosti simptoma depresivnosti kod adolescenata u Indiji. Uzorak se sastojao od 50 djevojaka (25 u ranoj adolescenciji i 25 u srednjoj adolescenciji) i 50 mladića (25 u ranoj adolescenciji i 25 u srednjoj adolescenciji) u dobi od 12 do 18 godina. Rezultati su pokazali kako je utjecaj spola na zastupljenost simptoma depresivnosti statistički značajan, na način da su djevojke imale veću zastupljenost simptoma u odnosu na mladiće (Mean = 22.0 v/s 17.0). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, globalna prevalencija depresije je za 2015. godinu iznosila 4,5% za djevojke u dobi od 15-19 godina te 3,2% za mladiće u dobi od 15-19 godina.

U skladu s rezultatima domaćih i stranih istraživanja, rezultati ovog diplomskog rada sugeriraju da spol utječe na pojavu depresivnih simptoma u razdoblju adolescencije, na način da je kod adolescentica zastupljen veći broj depresivnih simptoma. Najveće razlike između adolescenata i adolescentica su se pokazale u zastupljenosti izrazito ozbiljne depresivne simptomatologije, koja je kod adolescentica zastupljena u šesterostruko većoj mjeri.

Unutar prvog istraživačkog problema je pretpostavljena i hipoteza H2 koja glasi: *Dob ispitanika utječe na pojavnost depresivne simptomatologije, na način da s dobi raste i broj simptoma kod adolescenata.* Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema značajne razlike u razini depresivne simptomatologije u odnosu na dob ispitanika, odnosno rezultati nisu potvrdili navedenu hipotezu.

Rezultati su pokazali kako mlađi ispitnici imaju zastupljeniju simptomatologiju na svim razinama u odnosu na starije ispitanike- 28,5% mlađih ispitanika ima zastupljenu normalnu simptomatologiju (19,2% stariji ispitanici), 7,4% blagu simptomatologiju (3,9% stariji ispitanici), 10,5% umjerenu simptomatologiju (7,9% stariji ispitanici), 6% ozbiljnu simptomatologiju (4,1% stariji ispitanici) te 7,2% ima zastupljenu izrazito ozbiljnu simptomatologiju (5,2% stariji ispitanici). Mlađi i stariji ispitanici se najviše razlikuju u zastupljenosti blage simptomatologije, a porastom ozbiljnosti simptomatologije, pada i razlika među ispitanicima. No važno je napomenuti kako je mlađih ispitanika bilo više u istraživanju (60,2%) nego starijih ispitanika (39,6%) što, uz neznačajan hi-kvadrat, ne pruža mogućnost zaključivanja nego ukazuje na potrebu daljnjeg istraživanja ovog odnosa.

Dobiveni rezultati se podudaraju sa spomenutim istraživanjem Behmani i Upmanyu (2015) koji su pokazali kako je utjecaj dobi na zastupljenost simptoma depresivnosti statistički značajan, na način da su ispitanici u razdoblju ranije adolescencije imali veću zastupljenost simptoma depresivnosti u odnosu na ispitanike koji su u razdblju srednje adolescencije. Također, u istraživanju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, učenike je pitano o simptomima poput boli u trbuhu, potištenosti, nervoze, lošeg raspoloženja i teškoća spavanja. Udio ispitanika koji pate od navedenih simptoma barem dva puta tjedno raste s dobi, s tim da je najveći porast zabilježen za učenice u dobi od 15 godina (Kuzman, Pejnović Franelić i Pavetić-Šimetin, 2004). U ovom su radu petnaestogodišnjaci u kategoriji mlađih ispitanika, što čini da podaci navedenog istraživanja idu u prilog dobivenih rezultata. Sukladno tome, u istraživanjima s većim uzorkom, ovakvi nalazi iz literature sugeriraju da bi bilo uputno posebice promotriti petnaestogodišnjake.

Grant, Hamilton i suradnici (2017) navode kako se stope depresivnosti ulaskom u adolescenciju naglo povećavaju. U skladu s time, Rudan (2009) navodi kako se upravo adolescencija smatra razdobljem češće pojave depresivnog raspoloženja, premda je i klinička depresija u njih češća nego u djece prije puberteta, osobito u djevojaka. Potreba za odvajanjem i uspostavljanjem sve veće autonomije, izlaže adolescente potrebi za proradama

različitih, većih ili manjih, doživljaja gubitaka (npr. gubitka sigurnosti koju djeci pružaju roditelji ili drugi skrbnici; postepeni gubitak djetinjih iluzija o sebi i drugima itd.). Također, Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić (2011) navode kako se internalizirani simptomi u adolescenciji povećavaju, s obzirom na promjene koje adolescencija donosi, kao što su povećana emotivnost, osjetljivost na vršnjački pritisak, traženje potvrde od drugih, te postavljanje brojnih kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Sve te promjene čine mlade ranjivima za razne emocionalne i ponašajne probleme. Navedeni rezultati ukazuju na to kako s povećanjem dobi, raste i broj simptoma depresivnosti i stoga nisu u skladu s rezultatima dobivenima u ovom diplomskom radu.

Drugi istraživački problem bio je istražiti postoje li dobne i spolne razlike u razini socijalno-emocionalnih komptencija kod adolescenata grada Zagreba.

Unutar drugog istraživačkog problema je pretpostavljena i hipoteza H3 koja glasi: *Postoje spolne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija na način da adolescentice, u odnosu na adolescente, iskazuju višu razinu socijalno-emocionalnih kompetencija.* Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema statistički značajne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija u odnosu na spol ispitanika, odnosno rezultati nisu potvrdili navedenu hipotezu.

Rezultati pokazuju kako su adolescentice zastupljenije u svim kategorijama u odnosu na adolescente. Njih 1,2% ima nisku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija, za razliku od adolescenata kojih ima 0,8%. Umjerenu razinu ima 30,6% adolescentica i 19,9% adolescenata, a visoku razinu ima 25,8% adolescentica i 21,8% adolescenata. Zanimljiv je rezultat kako većina adolescentica procjenjuje da ima umjerenu razinu socijalno-emocionalnih kompetencija (30,6%), dok većina adolescenata procjenjuje kako ima visoku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija (21,8%) te ih manje procjenjuje da imaju nisku razinu u odnosu na adolescentice (0,8:1,2%). Dobiveni rezultat bi se mogao pripisati tomu kako adolescentice veću važnost pridaju emocijama i odnosima te su zbog toga samokritičnije u odnosu na adolescente. Ali budući da je hi-kvadrat neznačajan, te da je veći postotak adolescentica sudjelovao u istraživanju, ne možemo ništa zaključivati.

Dobiveni rezultati su djelomično u skladu s literaturom i rezultatima drugih istraživanja. Primjerice, Mayer i suradnici (1997), te istraživači Mendel i Pharam (2003, prema Shahzad i Nasreen, 2012) su u svojim istraživanjima dobili da žene imaju višu razinu socijalno-emocionalnih kompetencija od muškaraca. Istraživanje Tatalović Vorkapić i Lončarića (2014)

je pokazalo da djevojke u odnosu na mladiće iskazuju značajno razvijenije socijalne vještine, samokontrolu, asertivnost, uživanje u istraživanju i emocionalnu stabilnost.

Istraživanja koja nisu u skladu s dobivenim rezultatima diplomskog rada su primjerice, istraživanje Takšića (2003) pokazuje da osobe ženskog spola, u odnosu na muški, slabije kontroliraju neugodne emocije. Istraživači Petrides i Furnham (2000; prema Shahzad i Nasreen, 2012), kao i Shahzad i Nasreen (2012) dobili su kako muškarci imaju višu razinu socijalno-emocionalnih kompetencija od žena. Također, Goleman (1998, prema Shahzad i Nasreen, 2012) u svom istraživanju nije našao značajnu razliku između muškaraca i žena u rezultatima na testu emocionalne inteligencije.

Ono što je bitno napomenuti je utjecaj socijalizacije na razvoj žena i muškaraca. Socijalizacijom djeca stječu stavove i ponašanja koja se smatraju prikladnima za ženu i muškarca. Naime, društvo i okolina malu djecu s obzirom na spol uče drugačijem ponašanju. Tako se djevojčice od malena uči da se ponašaju brižno i prijateljski, da prepoznaju i analiziraju vlastite i tuđe emocije, te adekvatno odgovore na njih. Dječake se uči da se ponašaju neovisno i asertivno, te da je iskazivanje emocija znak slabosti (Jugović, 2004). Također, treba uzeti u obzir i mogućnost davanja socijalno poželjnih odgovora, posebice adolescentica, jer se to od njih „očekuje“.

Unutar drugog istraživačkog problema je pretpostavljena i hipoteza H4 koja glasi: *Postoje dobne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija na način da stariji ispitanici, u odnosu na mlađe ispitanike, imaju razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije.*

Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema statistički značajne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija u odnosu na dob ispitanika, odnosno rezultati nisu potvrdili navedenu hipotezu.

Rezultati pokazuju kako su mlađi ispitanici zastupljeniji u svim kategorijama u odnosu na starije ispitanike. Njih 1,1% ima nisku razinu socijalno-emocionalnih kompetencija, za razliku od starijih ispitanika kojih ima 0,7%. Umjerenu razinu ima 30,1% mlađih ispitanika i 20% starijih ispitanika, a visoku razinu ima 29% mlađih ispitanika i 19% starijih ispitanika. Dobiveni rezultati bi se mogli pripisati tome što su stariji ispitanici više samokritični u odnosu na vlastite socijalno-emocionalne kompetencije, a također, u istraživanju je sudjelovao veći broj mlađih ispitanika u odnosu na starije. I kod mlađih i starijih ispitanika je najzastupljenija umjerena razina socijalno-emocionalnih kompetencija što ukazuje na potrebu provođenja

većeg broja programa socijalno-emocionalnog učenja u školama. No kako je hi-kvadrat neznačajan, ne možemo ništa zaključivati.

Istraživanja pokazuju da se emocionalna kompetencija razvija u funkciji dobi i iskustva (Takšić i sur., 2006). Slično tomu, istraživanje Brajše-Žganec i Hanzec (2015) upućuje na to da se sposobnost prepoznavanja, razlikovanja i opisivanja emocija povećava s dobi.

Za razliku od spomenutih istraživanja, rezultati dobiveni u ovom diplomskom radu ne sugeriraju da s porastom dobi, raste i razina socijalno-emocionalnih kompetencija. Međutim, u istraživanju je bilo riječ o samoprocjeni adolescenata vlastitih socijalno-emocionalnih kompetencija, što ne mora odgovarati stvarnom stanju, odnosno stupnju razvijenosti njihovih socijalno-emocionalnih kompetencija.

Treći istraživački problem bio je utvrditi razinu povezanosti između razine socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta zastupljenosti simptoma depresivnosti kod adolescenata.

Unutar trećeg istraživačkog pitanja postavljena je i hipoteza H5 koja glasi: *Postoji negativna povezanost između razine socijalno-emocionalnih kompetencija i intenziteta zastupljenosti simptoma depresivnosti kod adolescenata, na način da adolescenti koji imaju višu razinu socio-emocionalnih kompetencija manje iskazuju depresivne simptome.* Primjenom Spearmanovog koeficijenta korelacije, utvrđeno je kako postoji statistički značajna niska negativna povezanost između rezultata na dimenziji razine socijalno-emocionalnih kompetencija i dimenziji simptoma depresivnosti ($r = -,266$, $p < 0,05$). Viša razina socijalno-emocionalnih kompetencija, povezana je s nižom razinom simptoma depresivnosti. Drugim riječima, adolescenti koji imaju razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije, iskazuju manje depresivnih simptoma, čime je peta hipoteza potvrđena.

Curby, Brown, Bassett i Denham (2015) navode kako socijalno-emocionalne kompetencije uključuju odgovarajuće izražavanje i regulaciju emocija, zajedno s poznavanjem različitih emocija u kombinaciji sa sposobnošću rješavanja problema koji se javljaju u društvenim situacijama. Uzimajući navedeno u obzir, posebice veću sposobnost rješavanja problema koji se javljaju u društvenim situacijama koja će uvelike utjecati na manju zastupljenost depresivnih simptoma, rezultati dobiveni ovim diplomskim radom, nisu iznenađujući. Isto tako, osobe koje imaju razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije su bolje u

uspostavljanju i održavanju pozitivnih odnosa s drugima, što je važan zaštitni čimbenik za pojavu depresivne simptomatologije.

Istraživanja sugeriraju da su socijalno-emocionalne kompetencije ključne u povećanju uspješnosti studenata i završetka poslijediplomskog studija, smanjenju simptoma depresivnosti, poboljšanju uspjeha na radnom mjestu i smanjenju stopa zatvaranja (Domitrovich, Durlak, Stanley i Weissberg, 2017). Također, u istraživanju koje se bavilo odnosom emocionalne kompetencije i mentalnog zdravlja (mjerenog s tri varijable: depresija, beznađe i suicidalne ideacije), emocionalna je kompetencija bila važan moderator između stresa i mentalnog zdravlja (Ciarrochi i sur., 2000).

Rezultati dobiveni ovim diplomskim radom su u skladu sa stranim i domaćim istraživanjima te s literaturom koja govori o pozitivnim učincima programa socijalno-emocionalnog učenja na mentalno zdravlje, pa tako i na smanjenje simptoma depresivnosti. Rezultati ukazuju na važnost socijalno-emocionalnih kompetencija te mogu poslužiti kao poticaj i smjernice za buduća ulaganja i razvoj većeg broja programa socijalnog-emocionalnog učenja u vrtićima i školama.

6. ZAKLJUČAK

Za potrebe ovog diplomskog rada korišteni su podaci dobiveni istraživanjem koje je provedeno u okviru projekta "Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja", na Odsjeku za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Glavni cilj ovog diplomskog rada bio je steći uvid u odnos socijalno- emocionalnih kompetencija i depresivnih simptoma kod adolescenata grada Zagreba dok se specifični ciljevi se odnose na razumijevanje razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije i razine socio-emocionalnih kompetencija s obzirom na spol i dob sudionika te utvrđivanje razine povezanosti između razine socijalno- emocionalnih vještina i intenziteta zastupljenosti depresivne simptomatologije kod adolescenata. Uzorak se sastojao od 719 učenika iz četiri zagrebačke srednje škole - III. gimnazije, Srednje škole Vladimira Preloga - smjer kozmetičar, Geodetske škola te Drvodjeljske škola. U istraživanju je sudjelovalo 53,3% djevojaka i 40,2% mladića dok na 47 upitnika (6,5%) spol nije označen. U uzorku su sudjelovali 14- godišnjaci (1,4%), 15-godišnjaci (32,8%), 16-godišnjaci (26%), 17-godišnjaci, 18-godišnjaci i 19-

godišnjaci (1,8%). U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala, a kako bi se odgovorilo na postavljene probleme od cjelovitog instrumenta uzeti su u obzir: *(1) Upitnik o demografskim podacima, (2) Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21* i *(3) Upitnik emocionalne kompetentnosti-15.*

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da postoje razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na spol, na način da su depresivni simptomi zastupljeniji kod adolescentica. Najveća razlika između adolescenata i adolescentica je u zastupljenosti izrazito ozbiljne simptomatologije koja je kod djevojaka vrlo visoka, čak šesterostruko veća nego kod adolescenata.

Gledajući dob ispitanika, rezultati ovog istraživanja su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na dob. Ipak, rezultati svakako govore o većoj zastupljenosti simptoma depresivnosti kod mlađih ispitanika u odnosu na starije ispitanike, čime nije potvrđena hipoteza da porastom dobi raste i zastupljenost depresivne simptomatologije.

Rezultati također pokazuju kako ne postoje statistički značajne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija ovisno o spolu. Iz rezultata je vidljivo kako su adolescentice zastupljenije u svim kategorijama koje se odnose na razine socijalno-emocionalnih kompetencija što upućuje na to da su njihove kompetencije razvijenije u odnosu na adolescente. No kako je neznačajan hi-kvadrat test, ne možemo ništa zaključivati.

U odnosu na dob, rezultati ovog istraživanja su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u razini socijalno-emocionalnih kompetencija s obzirom na dob. Ipak, rezultati govore kako su mlađi ispitanici zastupljeniji u svim kategorijama koje se odnose na razine socijalno-emocionalnih kompetencija što nije u skladu s literaturom. Međutim, u istraživanju je sudjelovao veći broj mlađih sudionika i hi-kvadrat test je neznačajan te ne možemo ništa zaključivati.

Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna niska negativna povezanost između rezultata na dimenziji razine socijalno-emocionalnih kompetencija i dimenziji simptoma depresivnosti. Adolescenti koji imaju razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije, iskazuju manje depresivnih simptoma, čime je peta hipoteza potvrđena.

Neka od ograničenja ovog diplomskog rada su ta što je istraživanje provedeno na prigodnom uzorku što znači da se rezultati ne mogu generalizirati na cjelokupnu populaciju pa se tako ne

može istaknuti da rezultati vrijede za sve srednjoškolce. Nadalje, potrebne su detaljnije obrade podataka kao i istraživanja povezanosti drugih konstrukata, a ne samo onih koji su prikazani u ovom radu kako bi se mogli donijeti detaljniji i sveobuhvatniji zaključci. Isto tako, u istraživanju su zastupljenije djevojke i mlađi ispitanici te je rezultate potrebno promatrati s oprezom. Isto tako, kod mjerenja socijalno-emocionalnih kompetencija, radilo se o samoprocjeni učenika što ne mora odgovarati pravom stanju.

Unatoč navedenim ograničenjima, rezultati nam mogu poslužiti kao smjernice za daljnja istraživanja. Istraživanje je ukazalo na relativno visoku zastupljenost simptoma depresivnosti kod adolescenata, što, u skladu s literaturom, upućuje na adolescenciju kao krizno razdoblje u kojemu se naglo povećava zastupljenost depresivne simptomatologije. U uvodu se spominje kako univerzalni preventivni programi i promocija mentalnog zdravlja imaju učinka na smanjenje pojavnosti depresivnih simptoma. Ali isto tako se ističe i važnost primjene selektivnih preventivnih programa koji su usmjereni na specifične pojedince, odnosno one koji već iskazuju neke simptome depresivnosti jer su kod njih takvi programi učinkovitiji u reduciranju depresivne simptomatologije nego univerzalni preventivni programi. Zastupljenost depresivne simptomatologije koja se pokazala u ovom istraživanju, ukazuje na potrebu veće provedbe spomenutih programa. Rezultati su ukazali na važnu i vrlo snažnu ulogu socijalno-emocionalnih kompetencija u promociji mentalnog zdravlja te u preveniranju i reduciranju depresivne simptomatologije kod adolescenata. Pokazalo se da oni adolescenti koji imaju razvijenije socijalno-emocionalne kompetencije, imaju manje zastupljenu depresivnu simptomatologiju. No ne možemo govoriti o jednoznačnom odnosu simptoma depresivnosti i socijalno-emocionalnih kompetencija jer u tom odnosu posreduju i druge varijable, odnosno konstrukti te su potrebna daljnja istraživanja. Osim što je razina socijalno-emocionalnih kompetencija povezana sa smanjenjem depresivne simptomatologije, pregled literature i istraživanja u uvodu, ukazuje i na brojne druge pozitivne učinke i doprinose socijalno-emocionalnih kompetencija u promociji mentalnog zdravlja. Dobiveni podaci bi mogli poslužiti kao poticaj za provođenje što većeg broja programa razvoja socijalno-emocionalnih kompetencija za djecu i mlade budući da rezultati dosadašnjih istraživanja (Munjas Samarin, Takšić, 2009; Novak i suradnici, 2016; Mihić i suradnici, 2016) idu u prilog tvrdnjama da se socijalne i emocionalne kompetencije mogu naučiti kroz programe.

8. POPIS LITERATURE

1. Aronson, J. (2002). Improving academic achievement: Impact of psychological factors on education. New York: Academic Press.
2. Barry, M.M., Clarke, A.M., Jenkins, R., Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. BMC Public health, 853(13).
3. Begić, D. (2011.) Psihopatologija. Zagreb, Medicinska naklada.
4. Behmani, R.K., Upmanyu, M. (2015). Effect of gender and age on depression among adolescents. Indian Journal of Health and Wellbeing, 6(3), 292-295.
5. Bowie, B.H. (2010). Emotion Regulation Related to Children's Future Externalizing and Internalizing Behaviors. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23(2), 74–83.
6. Bouillet, D. (2010). Izazovi integriranog odgoja. Zagreb: Školska knjiga.
7. Bouillet, D., Uzelac, S. (2008). Priručnik za nositelje produženog stručnog tretmana u osnovnim i srednjim školama. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, Agencija za odgoj i obrazovanje, Nakladni zavod Globus.
8. Bradley, S.J., (2001). Anxiety and mood disorders in children and adolescents: A practice update. Paediatr Child Health, 6(7), 459–463.
9. Brajša-Žganec, A., Hanzec, I. (2015). Self-Regulation, Emotion Understanding and Aggressive Behaviour in Preschool Boys. Croatian Journal of Education, 17(1), 13-24.
10. 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.
11. Chiariello, M.A., Orvaschek, H. (1995). Patterns of parent-child communication: relationship to depression. Clinical Psychology Review, 15(5), 495-407.
12. Ciarrochi, J., Deane, F.P., Anderson, S. (2000). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health, Wollongong, Australia, University of Wollongong.
13. Curby, T.W., Brown, C.A., Bassett, H.H., Denhama, S.A. (2015). Associations Between Preschoolers' Social–Emotional Competence and Preliteracy Skills. Infant and Child Development, 24, 549-570.

14. Domitrovich, C.E., Durlak, J.A., Stanley, K.C., Weissberg, R.P. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. Child Development, 88(2), 408-416.
15. Durlak, J.A., Dymnicki, A.B., Weissberg, R.P., Schelinger, K.B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta Analysis of School-Based Universal Interventions. Child Development, 82(1), 405-432.
16. Fleisher, W.P, Katz, L.Y. (2001). Early onset major depressive disorder. Paediatr Child Health, 6(7), 444–448.
17. Galambos, N.L., Leadbeater, B.J., Barker, E.T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. International Journal of Behavioral Development, 28(1), 16-25.
18. Garber, J., Weersing, V.R., Hollon, S.D., Porta, G., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Lynch, F.L., Gladstone, T.G., Shamseddeen, W., Brent, D.A. (2016). Prevention of Depression in At-Risk Adolescents: Moderators of Long-term Response. JAMA., 301(21), 2215-2224.
19. Glavina, E., Keresteš, G. (2007). Anksioznost i depresivnost kao korelati sociometrijskog statusa u grupi vršnjaka. Suvremena psihologija, 10, 7-21.
20. Grant, S., Hamilton, L. S., Wrabel, S. L., Gomez, C. J., Whitaker, A., Leschitz, J. T., Unlu, F., Chavez-Herrerias, E. R., Baker, G., Barrett, M., Harris, M., & Ramos, A. (2017). Social and emotional learning interventions under the Every Student Succeeds Act: Evidence Review. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Preuzeto sa: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2133.html.
21. Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J.A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. The Future of Children, 27(1), 13-32.
22. Gundersen, K.K. (2014). Social Emotional Competence – too much or too little. The International Journal of Emotional Education, 6(1), 4-13.
23. Haggerty, K., Elgin, J., Woolley, A. (2011). Social-Emotional Learning Assessment Measures for Middle School Youth. Seattle: Social Development Research Group, University of. Washington Commissioned by the Raikes Foundation.
24. Hankin, B.I., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 107, 128–140.

25. Hawkins, J. D., Smith, B. H., Catalano, R. F. (2004). Social development and social and emotional learning. In J. E. Zins, R. P. Weissberg, M. C. Wang, & H. J. Walberg (Eds.), Building academic success on social and emotional learning: What does the research say? (pp. 135–150). New York: Teachers College Press.
26. Horowitz, J.L., Garber, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(3), 410-415.
27. Jonge-Heesen, K.W.J., Ettekoven, K.M., Rasing,S.P.A., Oprins-van Liempd, F.H.J., Vermulst, A.A., Engels, R.C.M., Creemers, D.H.M. (2016). Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents with elevated depressive symptoms: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 16(402), 1-9.
28. Jugović, I. (2004). Zadovoljstvo rodnim ulogama. Diplomski rad. Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu.
29. Kaplan, H.I., Sadock B.J. (2009). Concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
30. Kocijan Hercigonja, D., Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija u djece. Medicus, 13(1), 89-93.
31. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus, 18(2), 155 – 172.
32. Kuzman, M., Pejnović-Franelić, I., Pavetić-Šimetin, I. (2004). Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001./2002. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
33. Lebedina Manzoni, M. (2007). Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Zagreb: Naklada Slap.
34. Littlefield, L. (2008). Towards a comprehensive national early intervention program for children with mental health problems. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 7(1).
35. Merry, S.N., Hetrick, S.E, Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J.J., McDowell, H. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). Evidence-Based Child Health, 7(5), 1409–1685.
36. Munjas Samarin, R., Takšić, V. (2009). Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata. Suvremena psihologija, 12(2), 355-372.

37. Novak, M., Bašić, J. (2008). internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. Ljetopis socijalnog rada, 15(3), 473-498.
38. Oatley, K., Jenkins, J.M. (2003). Razumijevanje emocija. Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
39. Rudan, V. (2009). Depresija u djece i adolescenata. Medicus, 18(2), 173-179.
40. Shahzad S., Nasreen B. (2012). Gender diffrences in trait emocional intelligence: A comparative study. Buisness Review, 7 (2).
41. Slee, P.T., Dix, K., Askell-Williams, H. (2011). Whole-school mental health promotion in Australia. The international journal of Emotional Education, 3(2), 37-49.
42. Takšić, V. (2003). Skala emocionalne regulacije i kontrole (ERIK): provjera faktorske strukture. Psihologijske teme, 12, 43-54.
43. Takšić, V., Mohorić, T., Munjas, R. (2006). Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnog psihologijom, Društvena istraživanja, sv. 4-5, str. 729-752.
44. Tatalović Vorkapić, S., Lončarić, D. (2014). Validacija hrvatske verzije ljestvice socioemocionalne dobrobiti i otpornosti predškolske djece. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 50(2), 102-117.
45. Terzian, M., Hamilton, K., Ericson, S. (2011). What works to prevent or reduce internalizing problems or social-emotional difficulties in adolescents: Lessons from experimental evaluations of social interventions. Child Trends Fact Sheet No. 2011-43. Washington, DC: Child Trends.
46. Vulić Prtorić, A. (2007). Depresivnost u djece i adolescenata, 2. izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2007.
47. Vulić-Prtorić, A., Cifrek-Kolarić, M. (2011). Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji, Naklada Slap, Jastrebarsko.
48. Weiss, B., Susswe, K., Carton, T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. Journal of Abnormal Psychology. Vol.107, No.1, 118-127.
49. Zhou, M., Ee, J. (2014). Development and validation of social emotional competency questionnaire. The International Journal of Emotional Education, 4(2), 27-42.