Procjena ankioznosti tijekom prvog pregleda djece odnosno adolescenata kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol.

Topolovec, Elvira

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:536580

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Studij sestrinstva

Elvira Topolovec

PROCJENA ANKSIOZNOSTI TIJEKOM PRVOG PREGLEDA DJECE, ODNOSNO ADOLESCENATA, KOD DOLASKA NA PREGLED PO PSIHIJATRU-RAZLIKE IZMEĐU DJECE I RODITELJA, ODNOSNO SKRBNIKA, KAO I RAZLIKE S OBZIROM NA DOB I SPOL

Završni rad

Osijek, 2016.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Studij sestrinstva

Elvira Topolovec

PROCJENA ANKSIOZNOSTI TIJEKOM PRVOG PREGLEDA DJECE, ODNOSNO ADOLESCENATA, KOD DOLASKA NA PREGLED PO PSIHIJATRU-RAZLIKE IZMEĐU DJECE I RODITELJA, ODNOSNO SKRBNIKA, KAO I RAZLIKE S OBZIROM NA DOB I SPOL

Završni rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren u: KBC Osijek, Klinika za psihijatriju, Klinički odjel dječje i adolescentne psihijatrije
Mentor rada: doc. dr. sc. Katarina Dodig Ćurković, dr.med.
Rad ima 32 lista i 20 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici doc.dr.sc. Katarini Dodig-Ćurković, dr.med. na predloženoj temi, korisnim savjetima i beskrajnom strpljenju tijekom izrade završnoga rada.

Također zahvaljujem mojim roditeljima, bratu, Mateu, ostaloj obitelji i prijateljima koji su mi pružili podršku, razumijevanje i ohrabrivali me tijekom moga školovanja.

Zahvaljujem i svim ostalim profesorima koji su sudjelovali u izradi ovog rada.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
   1.1. Djetinjstvo i adolescencija 1
      1.1.1. Faze djetinjstva i adolescencije 2
   1.2. Psihologijske teorije adolescencije 3
   1.3. Anksioznost 5
2. HIPOTEZA 8
3. CILJ 9
4. ISPITANICI I METODE 10
   4.1. Ustroj studije 10
   4.2. Ispitanici 10
   4.3. Metode 10
   4.4. Statističke metode 10
5. REZULTATI 12
6. RASPRAVA 22
7. ZAKLJUČAK 26
8. SAŽETAK 27
9. SUMMARY 28
10. LITERATURA 29
11. ŽIVOTOPIS 31
12. PRILOZI 32

1. UVOD

1.1. Djetinjstvo i adolescencija

Djetinjstvo obuhvaća period života mlade osobe koji je obilježen brojnim promjenama i prilagodbama. Razlikujemo primarno i sekundarno djetinjstvo. U kontekstu ovog rada, ključno je sekundarno djetinjstvo koje obuhvaća djecu školske dobi te adolescente. Uključenost djece školske dobi (od 6 do 12 godina) u školovanje te organizirane izvannastavne aktivnosti koje počinju tijekom tog razdoblja, suočavaju ih s novim socijalnim ulogama u kojima stječu socijalni status prema svojim sposobnostima i mogućnostima. Prema učenjima Erika Endersona, djeca koja ne uspiju savladati vještine potrebne za snalaženje u novom okruženju, imaju veću šansu za razvijanje osjećaja inferiornosti, koji može imati dugotrajne intelektualne, emocionalne i interpersonalne posljedice. U ovom razdoblju, djeca razvijaju sposobnosti shvaćanja drugih oko sebe, shvaćaju da drugi imaju drugačije stavove i drugačiju razinu znanja te uočavaju da upravo te razlike utječu na njihovu interakciju s ostalim ljudima. Osim razvijanja svojih socijalnih vještina, djeca u školskom razdoblju razvijaju i svoje fizičke sposobnosti sudjelujući u izvannastavnim aktivnostima. Pozitivna iskustva i uspjesi na ovom polju igraju važnu ulogu u njihovom daljnjem razvoju i obrazovanju, obzirom da postoji mogućnost kompenzacije negativnih iskustava negativnim ponašanjem (1).

Termin adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere*, što znači rasti prema zrelosti. Period je to između djetinjstva i odrasle dobi koji se može podijeliti na ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Najšire dobne granice adolescencije danas se kreću od 11 do 25 godina. Poneki, govoreći o prolongiranoj adolescenciji njezin završetak datiraju u 30-u godinu. Adolescenciju ne treba shvaćati samo kao dobnu kategoriju već kao period razvoja koji ima svoje psihološke osobitosti koje adolescenciju razlikuju od ostalih životnih perioda. Pojam adolescencija uključuje ukupne psihičke, fiziološke i hormonske promjene. To je razdoblje odrastanja u kojem osoba uspostavlja ravnotežu između djetinjstva i zrelosti, to je razdoblje samoodgoja kad mlada osoba odbacuje autoritete, odbija roditeljsku kontrolu i zbližava se s vršnjacima, to je vrijeme buntovništva, ispitivanja granica, naglih promjena u raspoloženju, unutrašnjih sukoba i sukoba sa okolinom. Adolescencija je jedinstveno razdoblje u ljudskome životu kada mlada osoba jednu životnu etapu odnosno djetinjstvo zamjenjuje drugom, a to je faza odrasle dobi. Jedna od glavnih zadaća adolescenta je odvajanje od roditelja i izgrađivanje identiteta zbog čega osobe u toj dobi imaju jaku potrebu za novim iskustvima. Adolescencija

prema nizu definicija obuhvaća dob između 14 i 18 godine života, a prema nekim istraživanjima i do 25 godine života (2,3).

1.1.1. Faze djetinjstva i adolescencije

Primarno (rano) djetinjstvo:

- dob novorođenčeta od nultog dana do dobi od tri tjedna;
- dob dojenčeta od tri tjedna do 12 ili 15 mjeseci života;
- dob „todlera“ od 15 mjeseci do 3,5 godine.

Sekundarno (kasno) djetinjstvo:

- predškolsko razdoblje od 3 do 6 godine;
- školsko razdoblje od 6 godine do početka puberteta (11-12 godina);
- adolescencija od 11./12. do 21./22. godine života.

Dobni početak adolescencije i njezino trajanje izrazito variraju od jedne do druge osobe. Obično počinje i završava dvije godine prije u djevojčica negoli u dječaka. Nakon razdoblja latencije koju obilježava relativna konsolidacija ega i superega i stišavanjem pulzijskih aktivnost, u adolescenciji dolazi do nagle provale nagonskih pulzija, što narušava prethodnu ravnotežu i katkad ne prolazi bez većih smetnji, te smetnje se očituju kao asketski protest, sklonost dugačkim raspravama i kreativna aktivnost. Adolescenciju obilježavaju brojne psihičke promjene koje prate tjelesni razvoj u razdoblju puberteta. Adolescencija započinje s početkom puberteta, a završava formiranjem identiteta. Kao i pubertet, može se podijeliti u tri faze:

- pre-adolescencija je često karakterizirana drskim, bučnim ponašanjem i prkosnim suprotstavljanjem pa se često naziva i fazom opozicije
- adolescencija u užem smislu obilježena je traženjem neovisnosti u svim područjima
- post-adolescencija je vrijeme kada adolescent ulazi u svijet odraslih, počinje bolje prihvaćati ulogu odraslih, formirati svoj spolni i profesionalni identitet

Adolescencija se najčešće dijeli u tri faze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rana adolescencija počinje pubertetom i obuhvaća dob između 10 i 14 godine. Srednja adolescencija obuhvaća dob između 15 do 18 godine. Kasna adolescencija je podfaza, čiji je kraj osobito teško procijeniti, a smješta se u razdoblje između 19. i 25. godine. Djetinjstvo i

adolescencija čine dugačko razdoblje u kojem osoba progresivno postiže svoju autonomniju (2,4,5).

1.2. Psihologijske teorije adolescencije

Da bi se neka znanstvena teorija smatrala dobrom, ona mora posjedovati barem neke od slijedećih karakteristika: smjelost, provjerljivost, jednostavnost, plodnost, suglasnost. Većina razvojnih teorija nisu specijalno usmjerene na period adolescencije, već su usmjerene na razvoj pojedinca do odrasle dobi ili pak na cjeloživotni razvoj. U mnogim razvojnim teorijama adolescencija ima središnje mjesto zbog izrazite razvojne progresije u tom životnom razdoblju.

Biološke teorije zasnovane su na Darwinovoj evolucijskoj teoriji kao i na Hallovoj biogenetskoj teoriji adolescencije. Nastavljene su istraživanjima i teorijskim promišljanjima Hallova učenika Gesella i njegovih brojnih suradnika i sljedbenika. Osnovno u biološkim pristupima jest da se adolescencija određuje kao vrijeme ubrzanog tjelesnog i spolnog sazrijevanja koje ima niz psiholoških i socijalnih posljedica. Promjene u funkciji endokrinog sustava utječu na različite aspekte rasta i razvoja. Zbog različite brzine sazrijevanja različitih dijelova tog sustava u adolescencije se pojavljuje asinkronost pojedinih aspekata tjelesnog razvoja što povećava turbulentnost adolescenata. Ta teorija omogućila je bolji uvid u individualne i spolne razlike u hormonalnom funkcioniranju.

Psihoanalitičke teorije temelje se na Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji, koja govori o strukturi ličnosti koja se razvija tijekom pet stadija psiho-seksualnog razvoja. Po Freudu nagoni i želje kojih osoba nije svjesna imaju ključnu ulogu u objašnjenju ponašanja i oni su dominantan dio ličnosti. Svi psihoanalitički pristupi kasnije obuhvaćaju tri ključne teme koje se odnose na nagone, instinkte i motive koji imaju značajnu ulogu u razvoju ličnosti. Adolescencija se u okviru psihoanalitičkih kao i u okviru bioloških pristupa shvaća kao nemirno i burno doba. Adolescenti rabe različite obrambene mehanizme obrane- represija, regresija, projekcija, racionalizacija, identifikacija.

Psihosocijalne teorije konstruirale su se kao reakcija na biološka i psihoanalitička stajališta o dominirajućem utjecaju bioloških faktora na razvoj pojedinca. Vodeći teoretičari K. Lewin, E. Erikson i R. Havighurst počeli su naglašavati važnost interakcije biološke strukture osobe i njezine okoline, odnosno kulturnog sustava u kojem živi. Osoba i njezina okolina su u neprestanoj interakciji. U adolescenciji psihološki prostor je nestabilan ponajviše zato što je

status adolescenta dvojak: dijelom su djeca, a dijelom odrasli. Značajne osobe (roditelji, nastavnici), ali i drugi, odnose se prema adolescentima ambivalentno, tretirajući ih malo kao djecu, a malo kao odrasle osobe. To u adolescenata pobuđuje ambivalentnost i uznemirenost. Po Colemanu, u svakom stadiju adolescentnog razvoja postaje važan jedan od odnosa koji može biti konfliktan, ali i rješiv u tome stadiju prije prijelaza u sljedeći. Erikson je ključnim smatrao krizu identiteta. Također je posebnu pozornost posvetio petom stadiju razvoja između 12. i 18. godine života kada je glavni zadatak upravo izgradnja identiteta.

Razvojno-kognitivne teorije usmjerene su na proučavanje razvoja procesa poznavanja u adolescenciji. Najvažniji reprezentant ovih pristupa je razvojno-kognitivna teorija J. Piageta. On se usmjerio na racionalne aspekte razvoja misaonih procesa, na strukturu inteligencije i na razvoj logičkog mišljenja. Mišljenje adolescenata karakteriziraju kombinatorika, implikacija, inkompatibilnost, eksperimentalno dokazivanje i apstraktno rezoniranje. Kognitivni razvoj u adolescenciji mladima omogućuje drugačiju procjenu ne samo fizičkog, nego i socijalnog svijeta u kojem žive. Mladi time počinjumijenjati odnos prema društvenim autoritetima, a počinju planirati i svoju budućnost. Razvija se njihovo moralno rezoniranje i sklonost idealizmu.

Prema Selmanovoj teoriji socijalne kognicije, adolescent shvaća sebe kao onog koji je istovremeno i opažač i objekt opažanja, zapravo, počinje biti sposoban da interakciju sebe i drugih promatra s gledišta treće, neutralne osobe.

Teorije učenja svoja ishodišta imaju u klasičnim teorijama kakva je npr. Teorija redukcije nagona C. Hulla, Skinnerova teorija potkrepljenja ili u pokušajima Millera i Dollarda da povežu ideje navedenih bihevioralističkih teorija s psihoanalitičkom teorijom. Temeljni koncept ove teorije je učenje po modelu u kojem je pojedinac svjestan i posljedica svog ponašanja. Posebno ih je zanimao razvoj agresivnog ponašanja odnosno mehanizmi učenja koji djeluju na taj razvoj. Pokazalo se da agresivni dječaci nisu samo od modela učili agresivno ponašanje, već su imali i skromne mogućnosti procesiranja informacija koje bi im pomogle da spoznaju jesu li namjeravane akcije drugih osoba neprijateljske ili prijateljske.

Ekološko-kontekstualističke teorije

Teorija se temelji na ekologiji koja proučava kompleksne sustave odnosa i međuovisnosti bioloških organizama i socijalno-fizičkih okolnosti koji oblikuju organizam. Makrosustav je kultura i supkultura u kojoj adolescent živi. Kada se dogode promjene u makrosustavu potiču

i promjene u sastavnicama drugih sustava pa onda i promjene u generaciji mladih, prvenstveno u vrijednosnom i ponašajnom smislu (6,7).

1.3. Anksioznost

Anksioznost ili tjeskoba je ustrašna osjećajna reakcija neke osobe na utjecaj, koji iz njezina nesvjesnog intrapsihički konflikt vrši na njezin ego, te vanjsku opasnost koja proizlazi iz neke prijeteće eksterne situacije i obično predstavlja reprodukciju nekog u nesvjesno potisnutog traumatičnog doživljaja u prošlosti. Anksioznost, kao emocionalno stanje, ima tri osnovne karakteristike: subjektivno specifičnu neugodnu kvalitetu, eferentni fenomeni rasterećenja na somu i aferentni dio anksioznosti. Anksioznost se često pojavljuje kao situacijski uvjetovan doživljaj, ali se u klinici uobičajeno razlikuje normalna, neurotična i psihotična anksioznost. Anksiozni poremećaj razdvajanja pojavljuje se u djetinjstvu ili adolescenciji, a ostali anksiozni poremećaji mogu nastati u djetinjstvu ili odrasloj dobi. U svakoj dobi kod suočavanja s bolešću kod nekih osoba može se pojaviti anksioznost. Ona je gotovo normalna popratna pojava u doba odrastanja, naglih promjena pri stjecanju novih životnih iskustava, fazi pronalaženja vlastitog identiteta i smislenosti života.

Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i tenzije te anticipacijom moguće opasnosti. To je univerzalno iskustvo povezano s mnogim fiziološkim promjenama, uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni tlak i tjelesnu tenziju. U populaciji se distribuira uzduž kontinuuma od slabijih intenziteta pa sve do paničnih stanja. Anksioznosti prethode pogrešne procjene unutrašnje ili vanjske opasnosti, a slijede tjelesne senzacije koje nakon pogrešne interpretacije postaju još intenzivnije i u nekim slučajevima zastrašujuće do te mjere da mogu izazvati panični napad. Velik broj djece i adolescenata svakodnevno doživljava intenzivnu uznemirenost zbog svojih strahova, pri čemu mlađa djeca i djevojčice doživljavaju veći broj strahova od starije djece i dječaka. U slučaju kad strah i anksioznost postanu intenzivni i dugotrajni, kod djeteta a i njegove obitelji, pojavljuje se snažna neugoda i uznemirenost. Anksioznost se može opisati na 3 taksonomske razine: razina simptoma-najčešće se grupiraju u 4 skupine, emocionalni, kognitivni, bihevioralni i tjelesni, razina sindroma-dva klastera, zabrinutost i emocionalnost i razina poremećaja koja obuhvaća 8 poremećaja. Prema Weiss i Last (2001) prevalencija anksioznih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji veća je od bilo kojeg drugog poremećaja i kreće se od 10,7 do 17,3%. Metode istraživanja u razvojnoj psihopatologiji nameću potrebu proučavanja svih fenomena s obzirom na njihove dobne i spolne promjene. Tako i u slučaju anksioznosti gdje su već prva

istraživanja upozorila na specifične razlike u manifestaciji pojedinih aspekata anksioznosti s obzirom na dob i spol učenika. Djevojčice su općenito anksioznije od dječaka. U istraživanjima odnosa dobi i anksioznosti najčešće se pojavljuju dvije hipoteze: prema jednoj razine anksioznosti rastu u funkciji dobi, a prema drugoj anksioznost u različitim dobnim razdobljima ostaje relativno ista, ali se sadržaj strahovanja mijenja kako dijete biva starije. Istraživanje je provedeno na 2438 ispitanika, 1355 djevojčica i 1083 dječaka, učenika od petog do osmog razreda osnovne škole i prvog do četvrtog razreda srednje škole.

Djeca doživljavaju strah i anksioznost kao normalne emocionalne izazove, a izraz su emocionalnog poremećaja samo ako su intenzivni, dugotrajni i interferirajući s ostalim ponašanjem. Strah i anksioznost kod djece dio su djetetovog razvoja (nove osobe, stalno novi izazovi). Da bi se strahovi i brige kod djece proglasili poremećajima, mora se uočiti poremećaj djetetova svakodnevna funkcioniranja. McGee i sur., 1990., po toj definiciji procjenjuju da 6,8% djece i adolescenata ima anksiozni poremećaj, što ga čini najčešćim poremećajem u djetinjstvu. Strah i anksioznost emocionalne su reakcije koje su povezane s ljudskom prirodom, a mogu se izraziti kroz razdražljivost, uznemirenost, osjećaj napetosti, psihosomatske poremećaje, izljeve plača, agresije, poteškoće oko donošenja odluka, nesanicu, depresiju. Obično su i strah i anksioznost praćeni osjećajem tjeskobe. Spielberger (1986) stanje tjeskobe opisuje kao emotivnu reakciju koju čine subjektivni osjećaji napetosti, straha, nervoze, zabrinutosti, pojačano djelovanje autonomnog živčanog sustava. Nakon 6. godine djeca se sve više boje ranjavanja, smrti ili prirodnih katastrofa, a povećava se i strah od neuspjeha. Približavanjem adolescenciji može se javljati strah od nepripadanja vršnjacima ili zabrinutost oko odrastanja i sposobnosti rješavanja problema u budućnosti. Wenar (2003) govori da se anksiozni poremećaji koji se jave u dječjoj dobi povećavaju rizik od kasnijih psihijatrijskih smetnji. Kontinuitet anksioznosti od dječje do odrasle dobi postoji, ali odnos između pojedinih poremećaja još nije utvrđen. Utvrđeno je da djeca roditelja s anksioznim poremećajem imaju 7 puta veću vjerojatnost da će i sami imati dijagnozu anksioznog poremećaja. Kod djece s anksioznim poremećajem mnogo češće se dijagnosticiraju jednostavne fobije, panični poremećaj, socijalne fobije i izbjegavajući poremećaj.

Kelly anksioznost definira ovako: „Anksioznost je prepoznavanje da se događaj s kojim se suočavamo nalazi izvan raspona primjenjivosti našeg sustava konstrukata.“ Anksiozni postajemo kada nemamo konstrukata, odnosno kada izgubimo „strukturalnu kontrolu nad događajima“. Ljudi se od anksioznosti štite na razne načine, suočeni s događajima koji se nalaze izvan raspona, primjenjivosti, pojedinci mogu proširiti konstrukt te dopustiti njegovu primjenu na veći broj raznih događaja ili ga suziti i usmjeriti na sitne detalje.

U psihoanalitičkoj teoriji, anksioznost je bolno emocionalno iskustvo koje osobi znači prijetnju ili opasnost. U stanju „slobodno lebdeće“ anksioznosti, pojedinci nisu sposobni povezati svoje stanje napetosti s vanjskim objektom; nasuprot tome, u stanju straha poznat je izvor napetosti. Freud je postavio dvije teorije anksioznosti. U prvoj se teoriji anksioznost smatrala rezultatom neoslobođenih seksualnih impulsa-prigušenog libida. U kasnijoj je teoriji anksioznost bila bolna emocija koja je djelovala kao signal opasnosti koja prijeti egu. Ovdje anksioznost, koja je funkcija ega, upozorava ego na opasnost tako da može djelovati. Psihoanalitička teorija anksioznosti navodi da u nekom trenutku osoba doživljava traumu, štetan događaj ili povrjedu. Anksioznost je ponavljanje ranijeg traumatskog iskustva, ali u minijaturnom obliku. U strukturalnim terminima, sugerira se da se anksioznost razvija iz konflikta između guranja instinkata ida i prijetnje kazne superega. Anksioznost je tako bolno stanje da ga ne možemo tolerirati veoma dugo. Freud je predložio da se „mentalno“ branimo od misli koje izazivaju anksioznost. Ljudi razvijaju obrambene mehanizme protiv anksioznosti. Razvijamo načine iskrivljavanja stvarnosti i isključujemo osjećaje iz svjesnosti tako da se ne osjećamo anksioznima. Ti obrambeni mehanizmi su funkcije koje izvršava ego; oni su strateški napor ega da se nosi s društveno neprihvatljivim impulsima ida (8,9,10).

2. HIPOTEZA

S obzirom da svaki odlazak liječniku uzrokuje određenu pojavnost anksioznosti, očekuje se da će anksioznost biti izraženija kod djece i roditelja, nego kod adolescenata.

3. CILJ

Općenito, dolazak liječniku kod djece i adolescenata, ali i njihovih roditelja, utječe na pojavnost određene nelagode i tjeskobe.

Cilj je pomoću Beckove skale za anksioznost procijeniti razinu anksioznosti kod djece i adolescenata, alii njihovih roditelja, odnosno skrbnika, tijekom prvih dolazaka dječjem i adolescentnom psihijatru.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao prospektivna studija u trajanju od 6 mjeseci na ambulantno liječenoj djeci i adolescentima i na jednom od roditelja (11).

4.2. Ispitanici

Ispitanici su bili djeca i adolescenti u dobi od 7 do 19 godina te njihovi roditelji, odnosno skrbnici, koji dolaze na prvi pregled dječjem i adolescentnom psihijatru. U istraživanje je ukupno bilo uključeno 128 ispitanika, 64 djece, odnosno adolescenata, i 64 roditelja.

Prije početka istraživanja svim ispitanicima su detaljno objašnjeni svi postupci, koji su opisani na obrascu informativnog pristanka, koji su po vlastitoj odluci potpisali sami ispitanici, kao i jedan od roditelja.

Istraživanje je izvršeno u Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije Klinike za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Osijek.

4.3. Metode

Uz pomoć medicinske dokumentacije prikupljeni su slijedeći podaci: podaci o djetetu- dob, spol, škola, dijagnoza; podaci o roditeljima- dob, spol, zanimanje, stupanj završene škole. Ispitanici su popunjavali slijedeći upitnik:

Beckova skala za anksioznost- dizajnirana je kao instrument za mjerenje generalizirane anksioznosti. Sadržava 21 česticu koje obuhvaćaju širok raspon anksioznih simptoma. Zadatak bolesnika bio je procijeniti koliko su često doživjeli pojedini simptom u zadnjih sedam dana (gotovo nikad, ponekad, često, stalno) te se sukladno tomu bodovalo od 0 do 3. Ukupni rezultat ljestvice upućivao je na stupanj anksioznosti – veći rezultat značio je veći intenzitet anksioznosti. Ukupni raspon rezultata kretao se od 0 do 63. Zbroj bodova od 0 do 7 predstavljao je normalni raspon, od 8 do 15 blagu anksioznost, od 15 do 25 umjerenu anksioznost, a više od 26 (26 do 63) ukazuje na jaku anksioznost(12).

4.4. Statističke metode

Deskriptivne statističke metode koristile su se za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli. Sve varijable testirane su na normalnost distribucije Kolmogorov-Smirnovljevim testom te u ovisnosti o rezultatu, primijenjene su parametrijske ili

neparametrijske metode. Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izražene su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom za normalno distribuirane varijable, medijanom i rasponom za varijable koje se ne raspodjeljuju normalno. Nominalni pokazatelji su prikazani raspodjelom učestalosti po skupinama i udjelom.Za utvrđivanje razlika između dva nezavisna uzorka upotrijebljen je Studentov T-test (neparametrijski Mann-Whitney test), a za više od dva uzorka (vrste škola, zanimanje roditelja, stručna sprema roditelja) ANOVA kao parametrijski test. Za testiranje značajnosti razlika između vektora koji predstavljaju aritmetičke sredine zavisnih varijabi korištena je MANOVA (Multivarijantna analiza varijance). Za utvrđivanje razlika među proporcijama korišten je χ^2-test i Tukey HSD-test.

Za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata odabrana je razina značajnosti $\alpha = 0.05$.

Za statističku obradu podataka korišten je program StatSoft, Inc. (2007). STATISTICA (dana analysis software system), version 8.0. www.statsoft.com.

5. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 128 ispitanika, od toga 23 djece u dobi od 7 do 12 godina, 41 adolescent u dobi od 13 do 19 godina i 64 roditelja, oba spola.

U anketi je sudjelovalo 23 djece (10 dječaka i 13 djevojčica) i 41 adolescent (14 mladića i 27 djevojaka). U obje dobne skupine bile je više ženskih nego muških ispitanika. Također, anketom je obuhvaćeno više adolescenata (64,1%) nego djece (35,9% od ukupnog broja ispitanika).

Tablica 1. Raspodjela ispitanika (djeca) obzirom na spol i dob (n=64)

Ispitanici	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Djeca (7-12 godina)	10 (41,7)	13 (31,7)	23 (35,9)
Adolescenti (13-19 godina)	14 (58,3)	27 (68,3)	41 (64,1)
Ukupno	24 (100,0)	40 (100,0)	64 (100,0)

Utvrđena je podjednaka prosječna dob kod ispitane djece (10 godina) i adolescenata (15,5 godina). Očevi su bili stariji, u prosjeku, od majki za nešto više od dvije godine, ali između različite dobi kod roditelja nisu utvrđene statistički značajne razlike (P>0,05).

Tablica 2. Prosječna dob ispitanika (djeca, adolescenti i roditelji) obzirom na spol u godinama

Ispitanici	Muški ($\bar{x}$ ±s)	Ženski ($\bar{x}$ ±s)
Djeca	10,09±1,76	10,15±1,46
Adolescenti	15,36±1,08	15,52±1,83
Roditelji	43,09±3,65	40,78±6,73

Ispitano je ukupno 13 očeva (20,3%) i 51 majka (79,7%). Najviše muških roditelja bilo je u dobi od 41 do 50 godine (53,8%), a ostali su bili u dobi od 31 do 40 godine (30,8%). Većina roditelja obuhvaćena istraživanjem bile su majke, a najviše ih je bilo u razredu od 31

do 40 godine (51%). Od 64 roditelja 80% ih je bilo u dobi od 31 do 50 godine. Sedam roditelja (dva oca i pet majki) nije otkrilo dob za vrijeme istraživanja.

Tablica 3. Raspodjela ispitanika (roditelji) obzirom na spol i dob (n=64)

Roditelji (dob)	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
do 30	-	1 (2,0)	1 (1,6)
31-40	4 (30,8)	26 (51,0)	30 (46,9)
41-50	7 (53,8)	14 (27,4)	21 (32,8)
51-60	-	5 (9,8)	5 (7,8)
Nepoznata	2 (15,4)	5 (9,8)	7 (10,9)
Ukupno	13 (100,0)	51 (100,0)	64 (100,0)

Većina roditelja obuhvaćenih istraživanjem radi (53,1%). Ipak, više od 20% roditelja trenutno je nezaposleno, dok ih je u mirovini upola manje (10,9%). Deset roditelja nije se izjasnilo.

Tablica 4. Zaposlenost roditelja obzirom na spol

Roditelji	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Zaposlen	6 (46,1)	28 (54,9)	34 (53,1)
Nezaposlen	2 (15,4)	11 (21,6)	13 (20,3)
Umirovljenik	3 (23,1)	4 (7,8)	7 (10,9)
Nepoznata	2 (15,4)	8 (15,7)	10 (15,7)
Ukupno	13 (100,0)	51 (100,0)	64 (100,0)

Najviše roditelja oba spola je sa završenom SSS (54,7%). Žene su bolje obrazovane od muškaraca, više ih je sa VSS (19,6% : 7,7%) i manje sa završenom osnovnom školom (11,8% : 30,8%). Otprilike podjednak postotak roditelja oba spola nije se izjasnio o svojoj stručnoj spremi.

Tablica 5. Stručna sprema i spol roditelja

Roditelji	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Osnovna škola	4 (30,8)	6 (11,8)	10 (15,6)
SSS	6 (46,1)	29 (56,8)	35 (54,7)
VSS	1 (7,7)	10 (19,6)	11 (17,2)
Nepoznata	2 (15,4)	6 (11,8)	8 (12,5)
Ukupno	13 (100,0)	51 (100,0)	64 (100,0)

Od 23 djece najviše ih ima normalan raspon bodova na Beckovoj skali za anksioznost (44,0%), a najmanje ima jaku anksioznost (4,0%).

Tablica 6. Raspodjela djece po stupnju anksioznosti i spolu

Broj bodova	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Normalni raspon 0-7	5 (50,0)	5 (39,0)	10 (44,0)
Blaga 8-15	3 (30,0)	5 (38,0)	8 (35,0)
Umjerena 16-25	1 (10,0)	3 (23,0)	4 (17,0)
Jaka 26-63 boda	1 (10,0)	-	1 (4,0)
Ukupno	10 (100,0)	13 (100,0)	23 (100,0)

Između dječaka i djevojčica nisu utvrđene statistički značajne razlike (P=0,809) u prosječnim vrijednostima stupnja anksioznosti obzirom na njihov spol. Dječaci su imali nešto nižu prosječnu vrijednost stupnja anksioznosti u odnosu na djevojčice (10,00 : 10,77).

Tablica 7. Stupanj anksioznosti kod djece obzirom na spol

	Muški ($\bar{x}$ ±s)	Ženski ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Djeca	10,00±8,38	10,77±6,72	0,809

U skupini adolescenata isti broj ispitanika ima normalni raspon bodova na Beckovoj skali za anksioznost (27,0%) i jaku anksioznost (27,0%). Najmanje ih ima blagu anksioznost (22,0%).

Tablica 8. Raspodjela adolescenata po stupnju anksioznosti i spolu

Stupanj anksioznosti	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Normalni raspon 0-7	7 (50,0)	4 (15,0)	11 (27,0)
Blaga 8-15	3 (22,0)	6 (22,0)	9 (22,0)
Umjerena 16-25	2 (14,0)	8 (30,0)	10 (24,0)
Jaka 26-63	2 (14,0)	9 (33,0)	11 (27,0)
Ukupno	14 (100,0)	27 (100,0)	41 (100,0)

Adolescentice su imale statistički značajno veći utvrđeni stupanj anksioznosti (P=0,006) u odnosu na adolescente. Dvostruko su sklonije anksioznosti u odnosu na svoje muške vršnjake (21,37 : 10,00). Spol kod adolescenata ima utjecaja na anksioznost.

Tablica 9. Stupanj anksioznosti kod adolescenata obzirom na spol

	Muški ($\bar{x}$ ±s)	Ženski ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Adolescenti	10,00±9,53	21,37±12,98	0,006

U skupini ispitanih roditelja, 23 (36,0%) ih ima normalan raspon bodova na Beckovoj skali za anksioznost, a njih 7 (11%) ima jaku anksioznost.

Tablica 10. Raspodjela roditelja po stupnju anksioznosti i spolu

Stupanj anksioznosti	Muški N (%)	Ženski N (%)	Ukupno N (%)
Normalni raspon 0-7	8 (61,0)	15 (29,0)	23 (36,0)
Blaga 8-15	4 (31,0)	10 (20,0)	14 (22,0)
Umjerena 16-25	1 (8,0)	19 (37,0)	20 (31,0)
Jaka 26-63 boda	-	7 (14,0)	7 (11,0)
Ukupno	13 (100,0)	51 (100,0)	64 (100,0)

Kod roditelja, spol također ima utjecaj na anksioznost. Majke/skrbnice više su nego dvostruko sklonije anksioznosti (14,49 : 6,00) u odnosu na očeve/skrbnike. Utvrđena statistička značajnost između BAI vrijednosti kod roditelja bila je P=0,005.

Tablica 11. Stupanj anksioznosti kod roditelja/skrbnika obzirom na spol

	Muški ($\bar{x}$ ±s)	Ženski ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Roditelji/skrbnici	6,00±6,41	14,49±10,04	0,005

Zaposleni roditelji/skrbnici oba spola imali su najniže vrijednosti stupnja anksioznosti (10,26), manje od nezaposlenih (16,46) i umirovljenika (17,29). Međutim, nisu utvrđene statistički značajne razlike (P<0,078) između ispitanika s obzirom na njihovu zaposlenost.

Tablica 12. Utjecaj zaposlenja na stupanj anksioznosti kod roditelja/skrbnika

	Zaposlen ($\bar{x}$ ±s)	Nezaposlen ($\bar{x}$ ±s)	Umirovljenik ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Roditelji/skrbnici	10,26±8,67	16,46±10,24	17,29±14,90	0,078

Stručna sprema nije utjecala na vrijednosti stupnja anksioznosti kod roditelja/skrbnika oba spola (P=0,338). Najniže vrijednosti stupnja anksioznosti utvrđene su kod roditelja sa SSS (11,29), a nešto više bile su kod roditelja s VSS (15,18) i onih sa završenom OŠ (15,70).

Tablica 13. Utjecaj stručne spreme na stupanj anksioznosti kod roditelja/skrbnika

	OŠ ($\bar{x}$ ±s)	SSS ($\bar{x}$ ±s)	VSS ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Roditelji/skrbnici	15,70±10,64	11,29±9,85	15,18±10,49	0,337

Različita dob nema utjecaja na stupanj anksioznosti kod roditelja/skrbnika (P<0,918). Međutim, prisutan je trend manjih vrijednosti kod roditelja/skrbnika niže dobi u odnosu na one starije.

Tablica 14. Utjecaj dobi na stupanj anksioznosti kod roditelja/skrbnika

Roditelji (dob)	BAI skala ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
31-40	12,77±9,38	
41-50	12,90±11,29	0,918
51-60	14,80±11,17	

Utvrđen je statistički značajan utjecaj dobi ispitanika na vrijednosti stupnja anksioznosti (0,023). Adolescenti su statistički značajno skloniji anksioznosti (P<0,05) u odnosu na djecu.Razlike između ostali skupina nisu statistički značajne (P>0,05) prema provedenom Tukey HSD-testu.

Tablica 15. Utjecaj dobi ispitanika na vrijednosti stupnja anksioznosti

Ispitanici	BAI skala ($\bar{x}$ ±s)	P-vrijednost
Djeca	10,43[b]±7,32	
Adolescenti	17,49[a]±12,99	0,023
Roditelji/skrbnici	12,77[ab]±9,98	

a, b P<0,05

Za potrebe istraživanja provedena je MANOVA (Multifaktorijelna analiza varijance prema dizajnu 3 x 2), uz istraživane čimbenike: ispitanici (djeca, adolescenti, roditelji/skrbnici) x spol (muški i ženski). Spol je imala veći utjecaj na BAI vrijednosti

(P=0,001) u odnosu na dob ispitanika (djeca, adolescenti i roditelji; P=0,037). Interakcija dobi i spola nije bila statistički značajna (P=0,140). Adolescentice su imale statistički značajno višu sklonost k anksioznosti (P<0,05) u odnosu na ostale ispitanike po dobi i spolu. Između ostali skupina ispitanika po dobi i spolu nije bilo statistički značajnih razlika (P>0,05) u odnosu na utvrđeni stupanj anksioznosti.

Tablica 16. Utjecaj dobi i spola ispitanika na vrijednosti stupnja anksioznosti

Ispitanici / spol	Stupanj anksioznosti ($\bar{x} \pm$s)	P-vrijednost
Dječaci	$10,00^{b}$±8,38	Dob = 0,037
Djevojčice	$10,77^{b}$±6,72	Spol = 0,001
Adolescenti	$10,00^{b}$±9,53	Interakcija dob x spol = 0,140
Adolescentice	$21,37^{a}$±12,98	
Očevi	$6,00^{b}$±6,41	
Majke	$14,49^{b}$±10,04	

a, b P<0,05

Veza između djece i adolescenata sa roditeljima u odnosu na stupanj anksioznosti je pozitivna (rast stupnja anksioznosti kod roditelja prati rast stupnja anksioznosti kod djece), ali slaba (r = 0,339 za vezu dijete-roditelj i r = 0,150 za vezu adolescent-roditelj). Budući da je veza slaba, prema izračunatom koeficijentu korelacije, ne može se zaključiti kako npr. veći stupanj anksioznosti kod djeteta prati veći stupanj anksioznosti roditelja. Izračunata linija regresije za odnos dijete-roditelj je y=6,97+0,27x, a prema koeficijentu regresije (b) može se zaključiti kako se za svaku jedinicu stupnja anksioznosti kod roditelja povećava stupanj anksioznosti kod djeteta za 0,27 bodova. Regresija za odnos adolescent-roditelj je y=15,64+0,18x, uz zaključak kako se za svaki bod stupnja anksioznosti kod roditelja navedeni indeks povećava kod adolescenata za dodatnih 0,18 bodova.

Tablica 17. Koeficijenti korelacije i linija regresije između djece i adolescenata sa roditeljima

Veza	Koeficijent korelacije (r)	Linija regresije, x=roditelj
Dijete – roditelj	0,339	y=6,97+0,27x
Adolescent - roditelj	0,150	y=15,64+0,18x

Najviše zastupljena kod djece bila je nervoza (12,92%), a zatim strah da će se dogoditi najgore (11,25%) i prestrašenost-uplašenost (10,00%). Djeca su iskazala najmanje straha od umiranja (0,83%), osjećaj gušenja (1,25%) te drhtavost i poteškoće disanja (1,67%).

Tablica 18. Udio od ukupnog stupnja anksioznosti po anketnim pitanjima kod djece

Anketno pitanje	Udio (%)
obamrlost i trnjenje	2,08
osjećaj vrućine	4,17
klecanje nogu	2,08
nemogućnost opuštanja	9,17
strah da će se dogoditi najgore	11,25
vrtoglavica ili omaglica	2,08
lupanje ili brzo udaranje srca	4,17
nesigurnost, nestabilnost	8,75
prestrašenost, užasnutost	9,58
nervozu	12,92
osjećaj gušenja	1,25
drhtanje ruku	3,75
drhtavost	1,67
strah od gubitka kontrole	2,92
poteškoće disanja	1,67
strah od umiranja	0,83
prestrašenost (uplašenost)	10,00
poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	3,33
klonulost (slabost)	2,08
užarenost lica	2,92
znojenje (ne zbog vrućine)	3,33
Ukupno	100

Kod adolescenata najviše je istaknuta nervoza (8,82%), zatim strah da će se dogoditi najgore (8,02%) te nesigurnost-nestabilnost (7,62%). Adolescenti iskazuju najmanje straha od umiranja te najmanje osjećaju obamrlost i trnjenje (2,01%). Užarenost lica osjeća samo 2,14% adolescenata.

Tablica 19. Udio od ukupnog stupnja anksioznosti po anketnim pitanjima kod adolescenata

Anketno pitanje	Udio (%)
obamrlost i trnjenje	2,01
osjećaj vrućine	5,08
klecanje nogu	3,88
nemogućnost opuštanja	6,15
strah da će se dogoditi najgore	8,02
vrtoglavica ili omaglica	4,68
lupanje ili brzo udaranje srca	5,21
nesigurnost, nestabilnost	7,62
prestrašenost, užasnutost	6,02
nervozu	8,82
osjećaj gušenja	3,34
drhtanje ruku	4,81
drhtavost	4,01
strah od gubitka kontrole	4,68
poteškoće disanja	3,07
strah od umiranja	2,01
prestrašenost (uplašenost)	6,28
poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	3,61
klonulost (slabost)	4,95
užarenost lica	2,14
znojenje (ne zbog vrućine)	3,61
Ukupno	100

Roditelji najviše osjećaju nervozu (8,69%) i iskazuju strah da će se dogoditi najgore (8,08%). Kao treći najzastupljeniji odgovor roditelja bili su izražen osjećaj vrućine te nemogućnost opuštanja (6,98%). Roditelji se najmanje boje umiranja (1,96%), zatim osjećaja gušenja (2,33%) i kao treće najmanje zastupljeni odgovori su obamrlost i trnjenje te drhtavost (2,57%).

Tablica 20. Udio od ukupnog stupnja anksioznosti po anketnim pitanjima kod roditelja

Anketno pitanje	Udio (%)
obamrlost i trnjenje	2,57
osjećaj vrućine	6,98
klecanje nogu	3,30
nemogućnost opuštanja	6,98
strah da će se dogoditi najgore	8,08
vrtoglavica ili omaglica	4,77
lupanje ili brzo udaranje srca	6,73
nesigurnost, nestabilnost	4,90
prestrašenost, užasnutost	4,28
nervozu	8,69
osjećaj gušenja	2,33
drhtanje ruku	4,65
drhtavost	2,57
strah od gubitka kontrole	3,79
poteškoće disanja	3,55
strah od umiranja	1,96
prestrašenost (uplašenost)	4,65
poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	5,63
klonulost (slabost)	4,77
užarenost lica	3,55
znojenje (ne zbog vrućine)	5,26
Ukupno	100

6. RASPRAVA

U istraživanje je bilo uključeno 128 ispitanika, od toga 64 djece i adolescenata i 64 roditelja. Od 64 ispitane djece njih 23 (35,9%) je u dobi od 7 do 12 godina, a 41 (64,1%) su adolescenti u dobi od 13 do 19 godina. Prosječna dob kod djece je 10 godina, a kod adolescenata 15,5 godina.

Obzirom na spol, od 64 ispitanika, 24 je dječaka i to njih 10 (41,7%) u dobi od 7 do 12 godina te 14 (58,3%) u dobi od 13 do 19 godina. Djevojčica je bilo 40,13 (31,7%) u dobi od 7 do 12 godina te 27 (68,3%) u dobi od 13 do 19 godina. U obje dobne skupine bilo je više ženskih nego muških ispitanika. Također, anketom je obuhvaćeno više adolescenata (64,1%) nego djece (35,9%).

U skupini od 64 roditelja, najviše ih je u dobi od 31 do 40 godina, njih 30 (46,9%).). S obzirom na spol roditelja, u istraživanju je sudjelovalo 13 (20,3%) očeva i 51 (79,7%) majka. Očevi su bili stariji, u prosjeku, od majki za nešto više od dvije godine, ali nisu utvrđene statistički značajne razlike između različite dobi (P>0,05). Najviše očeva je u dobi od 41 do 50 godina, njih 7 (53,8%), a ostali su u dobi od 30 do 41 godine (30,8%). Većinu roditelja koji su ispitivani činile su majke, a najviše ih je bilo u dobi od 30 do 41 godine, njih 26 (51%). Različita dob nema utjecaja na stupanj anksioznosti (P=0,918), ali je prisutan trend manje vrijednosti kod roditelja niže dobi u odnosu na starije.

Pogledamo li stupanj obrazovanja roditelja, najviše roditelja oba spola ima SSS (54,7%). Majke su obrazovanije od očeva, više ih je s VSS (19,6% : 7,7%) i manje sa završenom osnovnom školom (11,8% : 30,8%). Otprilike podjednak postotak roditelja oba spola nije se izjasnio o svom stupnju obrazovanja. Ako uzmemo u obzir trenutni status, 34 (53,1%) roditelja oba spola je zaposleno, više od 20% roditelja je nezaposleno, dok ih je u mirovini upola manje (10,9%). Deset roditelja nije se izjasnilo o svom zanimanju.

U skupini djece od 7 do 12 godina, pogledamo li raspodjelu prema stupnju anksioznosti i spolu, uočit ćemo da najviše djece oba spola ima normalan raspon bodova na Beckovoj skali anksioznosti (44%), a najmanje ih ima jaku anksioznost (4%). Blagu anksioznost ima njih 8 (35%), a umjerenu 4 (17%) djece. Prema spolu, najviše dječaka ima normalni raspon bodova (50%), a najmanje umjerenu (10%) i jaku anksioznost (10%). Kod djevojčica nijedna nema jaku anksioznost, 3 djevojčice imaju umjerenu anksioznost, a najviše ih ima normalni raspon bodova (39%) i blagu anksioznost (38%). Možemo uočiti da jednak broj dječaka i djevojčica ima normalni raspon bodova, više djevojčica ima blagu i umjerenu anksioznost dok jaku

anksioznost ima jedan dječak. Između dječaka i djevojčica nisu utvrđene značajne razlike (P=0,809) u prosječnim vrijednostima stupnja anksioznosti s obzirom na njihov spol. Dječaci su imali nešto nižu prosječnu vrijednost stupnja anksioznosti u odnosu na djevojčice (10,00 : 10,77).

Iako se veliki broj anksioznih smetnji najčešće "preraste" do odrasle dobi, djeca s anksioznim poremećajima izložena su većem riziku razvijanja drugih poteškoća i psihijatrijskih poremećaja (13).

Istraživanje provedeno 2007. godine pokazalo je da su djevojčice anksioznije od dječaka, kao i da se intenzitet anksioznosti mijenja kroz dobne kategorije, pa tako starije djevojčice pokazuju veći intenzitet anksioznosti (14).

Kod adolescenata,oba spola imaju normalan raspon bodova na skali (27%) i jaku anksioznost (27%). Devet adolescenata oba spola ima blagu anksioznost, a njih 10 umjerenu. Prema spolu, najviše je mladića s normalnim rasponom bodova (50%), a najmanje ih ima umjerenu i jaku anksioznost (14%). Tri mladića imaju blagu anksioznost. Kod djevojaka najviše ih ima jaku anksioznost (33%), umjerenu anksioznost ima 8 (30%) djevojaka, blagu 6 (22%) djevojaka, a najmanje djevojaka ima normalan raspon bodova (15%). Možemo zaključiti da je više mladića sa normalnim rasponom bodova, dok je više djevojaka s jakom anksioznosti. Adolescentice su imale statistički visoko značajno veći utvrđeni stupanj anksioznosti (P=0,006) u odnosu na adolescente. Dvostruko su sklonije anksioznosti u odnosu na svoje muške vršnjake (21,37 : 10,00). Spol kod adolescenata ima utjecaja na stupanj anksioznosti.

U istraživanju provedenom 2010.godine na uzorku od 109 adolescenata, koji su činili 42,2% mladića i 57,8% djevojaka utvrđeno je da veći dio ispitanika opisuje blagu ili umjerenu anksioznost (15).

Razliku u intenzitetu između dječaka i djevojčica mogli bismo objasniti razlikama, kako u fizičkom, tako i u psihičkom sazrijevanju. Naime, dok pubertet ima uglavnom pozitivno značenje za dječake jer se osjećaju većima i jačima, djevojke uglavnom doživljavaju više negativnih aspekata tog razvoja (16).

Najviše roditelja oba spola ima normalan raspon bodova na skali (36%), dok je najmanje roditelja s jakom anksioznosti (11%). Kod očeva njih 8 (61%) ima normalan raspon bodova na skali, a nijedan nema jaku anksioznost. Od 51 majke, njih 19 (37%) ima umjerenu anksioznost, jaku anksioznost ima 7 (14%) majki, blagu anksioznost 10(20%) a normalan raspon bodova 15 (29%) majki. Kod roditelja spol također ima utjecaja na stupanj anksioznosti (P=0,005). Majke su više nego dvostruko sklonije anksioznosti u odnosu na

očeve (14,49 : 6,00). Možemo zaključiti da je više očeva s normalnim rasponom bodova dok nijedan nema jaku anksioznost, a više je majki s umjerenom anksioznosti.

Ako uzmemo u obzir zaposlenost roditelja, većina ispitivanih roditelja je zaposlena (53,1%), više od 20% roditelja je nezaposleno, dok ih je u mirovini 10,9%. Zaposleni roditelji imaju najniži stupanj anksioznosti (10,26), manje od nezaposlenih (16,46) i umirovljenika (17,29). U ovom istraživanju nisu utvrđene statistički značajne razlike između ispitanika s obzirom na zaposlenost. Najviše je roditelja oba spola sa SSS (54,7%). Majke su obrazovanije od očeva, više ih je s VSS (19,6 : 7,7%) i manje sa završenom osnovnom školom (11,8 : 30,8). Stručna sprema nije utjecala na stupanj anksioznosti kod roditelja oba spola (P=0,338), najniži stupanj anksioznosti utvrđen je kod roditelja sa SSS (11,29), a nešto viši kod roditelja s VSS (15,18) i onih sa završenom osnovnom školom (15,70).

Analizom utjecaja dobi na stupanj anksioznosti utvrđen je statistički značajan utjecaj dobi ispitanika na stupanj anksioznosti (P=0,023). Adolescenti su statistički značajno skloniji anksioznosti (P<0,05), u odnosu na djecu. Razlike između ostalih skupina nisu statistički značajne (P>0,05).

Utvrđeno kako spol ima veći utjecaj na stupanj anksioznosti (P=0,001), u odnosu na dob ispitanika (P=0,037). Interakcija dobi i spola nije statistički značajna (P=0,140). Adolescentice su imale statistički značajno višu sklonost k anksioznosti (P<0,05), u odnosu na ostale ispitanike po dobi i spolu.

Istraživanje provedeno u Norveškoj 2014. utvrdilo je da djevojke imaju znatno veću razinu anksioznosti od mladića, pogotovo nakon 14-e godine. Također su neke studije pokazale da djevojke postaju anksioznije nakon prve mjesečnice (17).

Veza između djece i adolescenata sa roditeljima u odnosu na stupanj anksioznosti je pozitivna (rast stupnja anksioznosti kod roditelja prati rast stupnja anksioznosti kod djece), ali slaba (r = 0,339 za vezu dijete-roditelj i r = 0,150 za vezu adolescent-roditelj). Budući da je veza slaba, prema izračunatom koeficijentu korelacije, ne može se zaključiti kako npr. veći stupanj anksioznosti kod djeteta prati veći stupanj anksioznosti roditelja. Izračunata linija regresije za odnos dijete-roditelj je y=6,97+0,27x, a prema koeficijentu regresije (b) može se zaključiti kako se za svaku jedinicu stupnja anksioznosti kod roditelja povećava stupanj anksioznosti kod djeteta za 0,27 bodova. Regresija za odnos adolescent-roditelj je y=15,64+0,18x, uz zaključak kako se za svaki bod stupnja anksioznosti kod roditelja navedeni indeks povećava kod adolescenata za dodatnih 0,18 bodova.

Prema odgovorima na pitanja u anketi najviše zastupljena kod djece bila je nervoza (12,92%), a zatim strah da će se dogoditi najgore (11,25%) i prestrašenost-uplašenost

(10,00%). Djeca su iskazala najmanje straha od umiranja (0,83%), osjećaj gušenja (1,25%) te drhtavost i poteškoće disanja (1,67%). Poput djece i kod adolescenata najviše je istaknuta nervoza (8,82%), zatim strah da će se dogoditi najgore (8,02%) te nesigurnost-nestabilnost (7,62%). Adolescenti iskazuju (kao i djeca) najmanje straha od umiranja te najmanje osjećaju obamrlost i trnjenje (2,01%). Užarenost lica osjeća samo 2,14% adolescenata. Roditelji, kao i djeca i adolescenti najviše osjećaju nervozu (8,69%) i iskazuju strah da će se dogoditi najgore (8,08%). Kao treći najzastupljeniji odgovor roditelja bili su izražen osjećaj vrućine te nemogućnost opuštanja (6,98%). Također, roditelji poput djece i adolescenata najmanje se boje umiranja (1,96%), zatim kao i kod djece osjećaj gušenja (2,33%) i kao treće najmanje zastupljeni odgovori su obamrlost i trnjenje te drhtavost (2,57%).

Prema udjelima u stupnju anksioznosti ispitanici svih dobnih skupina iskazuju podjednaku nelagodu s obzirom na anketna pitanja. Najviše se ističe nervoza i strah da će se dogoditi najgore, a najmanje je izražen strah od smrti. Kod djece i roditelja nije izražen osjećaj gušenja i drhtavost, a kod adolescenata i roditelja obamrlost i trnjenje.

Obzirom na postavljenu hipotezu da se očekuje kako će anksioznost biti veća kod djece i roditelja nego kod adolescenata, ovim istraživanjem hipoteza nije potvrđena. Ustanovljeno je kako su, ipak, adolescenti anksiozniji od djece i roditelja.

Također se može uočiti kako spol ima veći utjecaj na stupanj anksioznosti nego životna dob, što nas dovodi do zaključka kako su osobe ženskog spola sklonije anksioznosti u odnosu na osobe muškog spola. Ovo istraživanje je u skladu sa prijašnjim studijama, čiji rezultati govore u prilog tome kako adolescenti, a posebice ženski spol, imaju veću razinu anksioznosti.

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvući sljedeći zaključci:

- Već su prva istraživanja ukazala na razlike u manifestaciji anksioznosti s obzirom na spol.
- Između dječaka i djevojčica nisu utvrđene statistički značajne razlike u prosječnim vrijednostima stupnja anksioznosti obzirom na spol.
- Statistički je značajan utjecaj dobi ispitanika na stupanj anksioznosti.
- Spol ima veći utjecaj na stupanj anksioznosti nego dob.
- Adolescentice imaju statistički značajno viši utvrđen stupanj anksioznosti u odnosu na adolescente, dvostruko su sklonije anksioznosti.
- Majke su također više nego dvostruko sklonije anksioznosti u odnosu na očeve.
- Zanimanje i stručna sprema roditelja nije utjecala na stupanj anksioznosti.
- Kod djece, adolescenata i roditelja, kao simptom anksioznosti najviše je izražena nervoza, a najmanje strah od umiranja.
- Hipoteza nije potvrđena. Utvrđeno je da su adolescenti statistički značajno skloniji anksioznosti u odnosu na djecu.

8. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Pomoću Beckove skale za anksioznost procijeniti razinu anksioznosti kod djece i adolescenata, ali i njihovih roditelja, odnosno skrbnika, tijekom prvih dolazaka dječjem i adolescentnom psihijatru.

USTROJ STUDIJE: prospektivna znanstvenoistraživačka studija

ISPITANICI I METODE: U istraživanje je ukupno bilo uključeno 128 ispitanika, 64 djece odnosno adolescenata u dobi od 7 do 19 godina i 64 roditelja koji dolaze na prvi pregled dječjem i adolescentnom psihijatru. Uz pomoć medicinske dokumentacije prikupljeni su slijedeći podaci: podaci o djetetu- dob, spol, škola, dijagnoza; podaci o roditeljima- dob, spol, zanimanje, stupanj završene škole. Ispitanici su popunjavali Beckovu skalu za anksioznost.

REZULTATI: Između dječaka i djevojčica nisu utvrđene statistički značajne razlike u prosječnim vrijednostima stupnja anksioznosti obzirom na spol. Statistički je značajan utjecaj dobi ispitanika na stupanj anksioznosti. Spol ima veći utjecaj na stupanj anksioznosti nego dob. Adolescentice imaju statistički visoko značajno utvrđen stupanj anksioznosti nego adolescenti, dvostruko su sklonije anksioznosti. Majke su također više nego dvostruko sklonije anksioznosti nego očevi. Zanimanje i stručna sprema roditelja nije utjecala na stupanj anksioznosti. Adolescenti su statistički značajno skloniji anksioznosti nego djeca.

ZAKLJUČAK: Procjenjuje se da 6,8% djece i adolescenata ima anksiozni poremećaj, što ga čini najčešćim poremećajem u djetinjstvu. Ovim istraživanjem hipoteza nije potvrđena. Ustanovljeno je kako su, ipak, adolescenti anksiozniji od djece i roditelja. Također se može uočiti kako spol ima veći utjecaj na stupanj anksioznosti nego životna dob, što nas dovodi do zaključka kako su osobe ženskog spola sklonije anksioznosti u odnosu na osobe muškog spola.

KLJUČNE RIJEČI: anksioznost, djeca, adolescenti, adolescencija

9. SUMMARY

ANXIETY AS A SYMPTOM AMONG YOUTH AND THEIR PARENTS DURING THE FIRST TIME VISIT IN AMBULANCE OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY- DIFFERENCES ACCORDING TO AGE AND SEX

OBJECTIVES: To assess the anxiety of children and adolescents, as well as their parents or guardians during their first visits to a psychiatrist for children and adolescents, using the Beck Anxiety Inventory.

STRUCTURE OF THE STUDY: Prospective scientific study

PARTICIPANTS AND METHODS: The research included a total of 128 examinees - 64 children or adolescents aged 7 to 19 and 64 parents coming to their first visit to a psychiatrist for children or adolescents. Medical documentation was used to gather the information about children's age, gender, school and diagnosis. The same documentation was used to gather information about parents' age, gender, occupation and level of education. The examinees completed the Beck Anxiety Inventory.

RESULTS: No statistically significant differences were determined in average anxiety levels based on the gender of children. The impact of age of the examinees on anxiety levels is statistically significant. Gender has a greater influence on the level of anxiety as the age increases. Adolescent girls have a statistically higher level of anxiety than adolescent boys - they are twice as prone to anxiety. Mothers also have more than twice the level of anxiety than fathers. The occupation and level of education of parents had no effect on anxiety levels. Adolescents are statistically significantly more prone to anxiety than children.

CONCLUSION: It is estimated that 6,8% of children and adolescents have an anxiety disorder, which makes it the most common disorder in childhood. The hypothesis of the research was not confirmed. It was determined that adolescents are more anxious that children or parents. One can also note that gender has a greater influence on the level of anxiety than age, which can indicate that females are more prone to anxiety than males.

KEYWORDS: anxiety, children, adolescents, adolescence

10. LITERATURA

1. The Development of Children Ages 6 to 14 Eccles J.S. The Future of Children WHEN SCHOOL IS OUT Vol. 9 • No. 2 – Fall 1999
2. Nikolić S, Marangunić M, i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
3. Semple D, Smyth R, Burns J, Rajan D, McIntosh A. Oxford Handbook of psychiatry. Oxford medical publications. Oxford University press; 2005. str. 572-573.
4. Levy-Warren M. The adolescent journey. Northvale, New Yersy, London: Jason Aronson Inc; 1996.
5. WinnicottDW. Pplaying and reality. London: Tawistock; 1971.
6. Grgin-Lacković K. Psihologija adolescencije. U:Adolescencija u kontekstu psihologijskih teorija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006, str. 29-39.
7. Muus RE. Theories of adolescence. New York: McGraw-Hill, 1996.
8. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.
9. Lebedina-Manzoni M. Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
10. Pervin LA, Cervone D, John OP. Psihologija ličnosti: teorije i istraživanja. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
11. Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
12. Beck AT, Steer R. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace&Company;1993.
13. Wenar C. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dječje dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
14. Miščević M. Simptomi anksioznosti i depresivnosti u osnovnoškolske djece. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2007.
15. Dodig-Ćurković K. Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2010.
16. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.

17. Ingul JM. Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2014.

11. ŽIVOTOPIS

Topolovec, Elvira, studentica 3. godine
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Medicinski fakultet Osijek
Preddiplomski studij sestrinstva
Cara Hadrijana 10E

Datum i mjesto rođenja:
25.9.1992., Varaždin
Kućna adresa:
K. Š. Đalski 6
33520 Slatina
E-mail: elviratopolovec@gmail.com

OBRAZOVANJE:

1999.- 2007. Osnovna škola Eugena Kumičića Slatina
2007.- 2011. Medicinska škola Osijek
2011.- 2015. Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva

12.PRILOZI

Prilog 1. Beckova skala za anksioznost

Prilog 2. Obavijest za ispitanike o istraživanju

Prilog 3. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

Prilog 4. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju za djecu

Prilog 1. Beckova skala za anksioznost

BAI

Ime i prezime:_____

Datum:_____

Uputa:

Pred sobom imate popis uobičajenih simptoma anksioznosti.

Molimo Vas da ga pažljivo pročitate te da označite kako ste često svaki od njih doživjeli**tijekom proteklog tjedna**, uključujući i danas, na taj način da zaokružite odgovarajući broj pored svakog simptoma.

		Gotovo nikad	**Ponekad**	**Često**	**Stalno**
1	Obamrlost i trnjenje	0	1	2	3
2	Osjećaj vrućine	0	1	2	3
3	Klecanje nogu	0	1	2	3
4	Nemogućnost opuštanja	0	1	2	3
5	Strah da će se dogoditi najgore	0	1	2	3
6	Vrtoglavica iliomaglica	0	1	2	3
7	Lupanje ili brzo udaranje srca	0	1	2	3
8	Nesigurnost, nestabilnost	0	1	2	3
9	Prestrašenost, užasnutost	0	1	2	3
10	Nervoza	0	1	2	3
11	Osjećaj gušenja	0	1	2	3
12	Drhtanje ruku	0	1	2	3
13	Drhtavost	0	1	2	3
14	Strah od gubitka kontrole	0	1	2	3
15	Poteškoće disanja	0	1	2	3
16	Strah od umiranja	0	1	2	3
17	Prestrašenost (uplašenost)	0	1	2	3
18	Poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	0	1	2	3
19	Klonulost (slabost)	0	1	2	3
20	Užarenost lica	0	1	2	3
21	Znojenje (ne zbog vrućine)	0	1	2	3

Prilog 2. Obavijest za ispitanike o istraživanju

Elvira Topolovec: *Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol.*

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju za izradu završnog rada pod nazivom *„Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol."*

Ovo istraživanje provodi Elvira Topolovec, studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Kao istraživač, dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja. Molim Vas pročitajte ovu obavijest u cijelosti i prije pristanka na sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koje pitanje.

SVRHA ISTRAŽIVANJA:

Općenito dolazak liječniku kod djece i adolescenata, ali i njihovih roditelja, utječe na pojavnost određene nelagode i anksioznosti. Cilj ovog istraživanja jeprocijeniti anksioznost kod djece, adolescenata i njihovih roditelja, odnosno skrbnika, pri dolasku na prvi pregled po psihijatru te utvrditi razlike između roditelja i djece te razlike s obzirom na dob i spol.

OPIS ISTRAŽIVANJA:

Istraživanje se provodi na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije, ispitanici su djeca i adolescenti u dobi od 7 do 19 godina te njihovi roditelji, odnosno skrbnici, koji dolaze na prvi pregled dječjem i adolescentnom psihijatru. Istraživanje se provodi putem Beckove skale za anksioznost, koja se sastoji od 21 tvrdnje, u kojoj ispitanici trebaju označiti koliko često su tijekom proteklog tjedna, uključujući i danas, doživjeli neki od ponuđenih uobičajenih simptoma anksioznosti, na taj način da zaokruže odgovarajući broj pored svakog simptoma.

Hvala na Vašim odgovorima!

3. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

Elvira Topolovec: *Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol.*

IZJAVA I DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVJEŠTENOG ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pročitao/la sam obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sudjelovanja u istraživanju „*Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol."* koje provodi Elvira Topolovec, studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Dobio/la sam iscrpna objašnjenja, dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih uz ovo istraživanje. Na pitanje mi je odgovoreno jezikom koji je meni bio razumljiv. Svrha i korist istraživanja su mi objašnjeni.

Razumijem kako će podaci o mojoj procjeni bez mojih identifikacijskih podataka biti dostupni voditeljima istraživanja, Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayer u Osijeku, Etičkom povjerenstvu medicinskih sestara i tehničara KBC Osijek kako bi analizirali, provjeravali ili umnožavali podatke koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Razumijem kako se bilo kada mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja moje odluke o povlačenju.

Također, razumijem kako ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti jedan primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca suglasan/na sam se pridržavati uputa istraživača.

ISPITANIK (ime i prezime): _____

POTPIS:_____

DATUM: _____

ISTRAŽIVAČ: ***Elvira Topolovec, studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.***

Prilog 4. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju za djecu

Elvira Topolovec: *Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol.*

IZJAVA I DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVJEŠTENOG ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pročitao/la sam obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sudjelovanja u istraživanju „*Procjena anksioznosti tijekom prvog pregleda djece, odnosno adolescenata, kod dolaska na pregled po psihijatru-razlike između djece i roditelja, odnosno skrbnika, kao i razlike s obzirom na dob i spol."* koje provodi Elvira Topolovec, studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Dobio/la sam iscrpna objašnjenja, dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih uz ovo istraživanje. Na pitanje mi je odgovoreno jezikom koji je meni bio razumljiv. Svrha i korist istraživanja su mi objašnjeni.

Razumijem kako će podaci o mojoj procjeni bez mojih identifikacijskih podataka biti dostupni voditeljima istraživanja, Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayer u Osijeku, Etičkom povjerenstvu medicinskih sestara i tehničara KBC Osijek kako bi analizirali, provjeravali ili umnožavali podatke koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Razumijem kako se bilo kada mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja moje odluke o povlačenju.

Također, razumijem kako ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti jedan primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca suglasan/na sam se pridržavati uputa istraživača.

ISPITANIK (ime i prezime): _____

POTPIS:_____

POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA:_____

DATUM: _____

ISTRAŽIVAČ: ***Elvira Topolovec, studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.***