Povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata

Strle, Antonija

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Department of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Hrvatski studiji**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:111:303353

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
UNIVERSITY OF ZAGREB
CENTER FOR CROATIAN STUDIES

Repository / Repozitorij:

Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Antonija Strle

POVEZANOST OBITELJSKE DINAMIKE I MENTALNOG ZDRAVLJA ADOLESCENATA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ANTONIJA STRLE

POVEZANOST OBITELJSKE DINAMIKE I MENTALNOG ZDRAVLJA ADOLESCENATA

DIPLOMSKI RAD

Mentor: prof. dr. sc. Jasminka Despot Lučanin

Zagreb, 2018.

Povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata

Sažetak:

Cilj istraživanja bio je istražiti povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata. U istraživanju su analizirani podaci sa savjetodavnih linija udruge Hrabri telefon (N = 91) iz 2017. godine te podaci prikupljeni na uzorku skupine adolescenata 2 učenička doma iz Zagreba (N = 65). Podaci o zaprimljenim pozivima se unašaju u sustav pod nazivom „*iCarol*“ u kojem savjetovatelji označavaju temu o kojoj se razgovaralo u pozivu. Sustav je podijeljen na 13 glavnih kategorija od kojih svaka od njih ima dodatne podkategorije. Za potrebe ovog istraživanja korištene su dvije kategorije: mentalno zdravlje i obiteljski odnosi. Za prikupljanje podataka u učeničkim domovima bio je izrađen upitnik prilagođen kategorijama baze podataka Hrabrog telefona. Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na to da se adolescentice značajno više suočavaju s depresivnim mislima te se češće samoozljeđuju i razmišljaju o samoubojstvu, dok adolescenti iskazuju statistički značajno više osjećaja dosade kao i verbalno i/ili fizičko agresivno ponašanje. Sudionici skupine Hrabri telefon iskazuju statistički značajno više suicidalnih misli te se češće samoozljeđuju, dok su kod sudionika iz skupine učeničkih domova sve ostale kategorije učestalije. Sudionici učeničkih domova, nailaze na značajno više teškoća u odnosu s bratom i/ili sestrom, češće osjećaju pritisak od strane roditelja te im se češće roditelji sukobljavaju i svađaju. Sudionici Hrabrog telefona iskazuju značajno više teškoća u odnosu s jednim i/ili oba roditelja. Najznačajnijim prediktorom mentalnog zdravlja se pokazao odnos s roditeljima, zatim odgojni postupci roditelja te pritisak od strane roditelja.

Ključne riječi: obiteljska dinamika, obitelj, mentalno zdravlje, adolescenti, Hrabri telefon

The relationship between family dynamics and mental health of adolescents

Abstract:

The aim of this research was to explore the relationship between family dynamics and mental health of adolescents. We analyzed data from child helpline Brave phone (N = 91) from 2017 and data which was collected on a sample of 2 pupils' dormitories from Zagreb (N = 65). Received Call Data is entered into a system called "*iCarol*" in which counselors mark the topic that was discussed in the call. The system is divided into 13 major categories, each of which has additional subcategories. Two categories have been used for this research: mental health and family relationships. A questionnaire adapted to the categories of the Brave Phone database was compiled for data collection in the pupils' dormitory. The results of this research suggest that female adolescents are more likely to face depressive thinking and are more self-reliant and think of suicide while male adolescents exhibit more frequently feelings of boredom as well as verbal and/or physical aggressive behavior. Participants of the Brave phone group report statistically significant more suicidal thoughts and are more often self-involved, while in the pupils' dormitories participants, all the other categories are more frequent. Participants from pupils' dormitories encounter significantly more difficulties in relation to their brother and/or sister, they are more likely to feel pressure from their parents, and their parents are more often arguing. Brave phone participants show significantly more difficulties in relation to one and/or both parents. The most significant predictor of mental health was relationship with parents, then parental behavior and pressure from parents.

Key words: family dynamics, family, mental health, adolescents, Brave phone

SADRŽAJ

1. UVOD 2

1.1. Mentalno zdravlje 3

1.2. Zaštitni i rizični čimbenici 4

1.3. Obitelj 5

1.3.1. Definicija obitelji 5

1.3.2. Utjecaj obitelji na razvoj djece 6

1.4. Adolescencija 8

1.5. Savjetodavne telefonske linije 9

1.6. Dosadašnja istraživanja povezanosti obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata 10

2. CILJ I PROBLEMI 12

3. METODA 13

3.1. Sudionici 13

3.2. Instrumenti 13

3.3. Postupak 14

4. REZULTATI 16

5. RASPRAVA 23

5.1. Ograničenja i implikacije istraživanja 26

6. ZAKLJUČAK 28

7. LITERATURA 29

8. PRILOG 33

8.1. Upitnik 33

1. UVOD

Prva životna skupina kojoj pripadamo, obitelj, nije samo jednostavan skup pojedinaca već je kompleksan sustav međuljudskih međuodnosa (Klarin, 2006, prema Wagner Jakab, 2008). Upravo odnosi unutar obitelji imaju izniman značaj i utjecaj na svakog člana obitelji, a o kvaliteti tog odnosa ovisi psihički život, tjelesno i psihičko zdravlje svakog pojedinca, njegovo društveno ponašanje i socijalna adaptacija (Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Emocionalna klima u obiteljskom okruženju u kojemu dijete ili adolescent živi i odrasta najznačajniji je čimbenik zdravog mentalnog razvoja (Graovac, 2010).

U posljednje vrijeme stručnjaci se u praksi sve češće susreću s djecom kojoj nedostaje roditeljske ljubavi i pažnje. U Hrvatskoj se razvodi svaki četvrti brak, no podaci pokazuju kako su i u obiteljima u kojima su roditelji još uvijek u braku, obiteljski odnosi često narušeni (Dodig Ćurković i sur., 2013). Također, prema podacima godišnjeg izvještaja 2017. godine Hrabrog telefona, obiteljski odnosi su drugi najčešći razlog javljanja djece i adolescenata na savjetodavnu liniju za djecu.

U ovome radu poseban naglasak ćemo staviti na odnose unutar obitelji i mentalno zdravlje adolescenata, kroz podatke prikupljene na savjetodavnoj dječjoj liniji Hrabrog telefona i u učeničkim domovima.

1.1. Mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje je, poput fizičkog zdravlja, važno u svim životnim razdobljima. Ono utječe na sve aspekte našeg života i uključuje pojave kao što su subjektivno dobro osjećanje sa samim sobom i u odnosu s drugima, bolje savladavanje stresa, odnošenje s drugim ljudima, mogućnost stvaranja bliskih odnosa s drugima, sigurnije stvaranje odluka i dr. (Sujoldžić, Rudan, i De Lucia, 2006).

Mentalno je zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* - WHO) definirala kao stanje dobrobiti kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici. Prema ovakvome pristupu mentalno je zdravlje dio općeg zdravlja i afirmativni prostor za aktualiziranje vlastitog života, a ne jednostavno odsustvo bolesti (WHO, 2014).

Nacionalna strategija posebno ranjivima prepoznaje grupe: djecu roditelja s mentalnim bolestima, mlade i adolescente, žrtve rata te njihove obitelji i skrbnike, osobe izložene nasilju (vršnjačkom, onom u obitelji), starije osobe te osobe s intelektualnim teškoćama. Kada osoba pripada više od jedne od nabrojanih skupina, rizici se multipliciraju (Brlas i Pleša, 2013).

Prema statističkim podatcima Svjetske zdravstvene organizacije, 3 do 12 % mladih ima ozbiljan psihički poremećaj, a 20 % mladih u dobi do 18 godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih ili ponašajnih problema. Statistički su podatci za Republiku Hrvatsku za 2011. godinu sljedeći: poremećaji kod osnovnoškolske djece rangirani su kao treći najčešći razlog posjeta liječniku školske medicine, čine 14 % slučajeva, praćeni su rizičnim ponašanjem u 8 % slučajeva. Srednjoškolska populacija također je rangirana kao treća, sa 12 % slučajeva posjeta liječniku školske medicine, s rizičnim ponašanjem u 12 % slučajeva. Mentalni i ponašajni poremećaji u 0,6 % slučajeva razlog su hospitalizacije u dobi od 0 do 4 godine, 1,2 % u dobnoj skupini od 5 do 9 godina te 4,8 % u dobnoj skupini od 10 do 19 godina (Ledinski Fičko, Čukljek, Smrekar i Hošnjak, 2017).

1.2. Zaštitni i rizični čimbenici

Budući da pojavnost mentalnih poremećaja i vrste mentalnih poremećaja nije ista s obzirom na dob, važno je odrediti rizične i zaštitne faktore kako bi se ciljano moglo djelovati na specifične rizične faktore (Ledinski Fičko i sur., 2017) te poticati one koji promoviraju pozitivan i zdrav razvoj djece (Ferić, 2002).

Patel i suradnici (prema Ledinski Fičko i sur., 2017) navode koji su to rizični faktori za nastanak mentalnih poremećaja kao i zaštitni faktore kod djece i adolescenata. Rizične faktore podijelili su na biološke, psihološke i socijalne. U skupinu bioloških faktora svrstavaju: izloženost toksinima i drugim štetnim tvarima kao što su alkohol i nikotin, također i genetsku predispoziciju za nastanak mentalnih poremećaja, traumu glave, hipoksiju kod poroda i druge poslije porođajne komplikacije, infekciju HIV-om, malnutriciju, upotrebu opojnih sredstava te druge bolesti. U skupinu psiholoških faktora svrstavaju poremećaje učenja, seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje, urođene osobine ličnosti i neke karakterne osobine. U posljednju skupinu socijalnih faktora svrstava obiteljske, školske i faktore iz zajednice.

Nikolić i Marangunić (2004) stavljaju najveći naglasak na socijalne faktore te dodatno opisuju sve tri kategorije.

- U prvu kategoriju koja se odnosi na *obitelj* spadaju: utjecaj jednog roditelja (roditelj s psihičkim poremećajem, roditelj koji zloupotrebljava supstancije, nasilan roditelj, zanemarujući roditelj, neudana majka mlađa od 20 godina), utjecaj oba roditelja (napuštanje, preveliko zaštićivanje, odbacivanje, nedosljednost u odgoju djece, bračno neslaganje, razvod, novi brak) te obitelj kao cjelina (siromaštvo, nezaposlenost, izolacija, nedostatak obiteljske povezanosti, prisustvo kronične bolesti ili psihičkog poremećaja, gubitak člana obitelji zbog smrti, patološka komunikacija, vrlo velike obitelji, obitelj s jednim roditeljem, rađanje mlađeg brata/sestre unutra dvije godine).
- U drugu kategoriju koja se odnosi na *školu* autori svrstavaju veliki utjecaj loših metoda učenja, lošu komunikaciju među nastavnicima te lošu komunikaciju između nastavnika i učenika.
- Treća kategorija se odnosi na *okolinu djeteta*. Autori navode moguće različitosti zajednice u kojoj živi dijete pri čemu se različitost očituje u pribavljanju osnovnih javnih zdravstvenih usluga i osnovnih oblasti socijalne skrbi, brizi za zdravlje, obrazovanju stanovanju i religiji te promociji zdravih stilova življenja u zajednici kao i

dobrosusjedski suživot, mogućnost zapošljavanja i održavanje estetski ugodnog okoliša s primjerenim objektima za provođenje slobodnog vremena.

1.3. Obitelj

Obitelj i okruženje koje stvara obitelj ima važnu ulogu u životu pojedinca kao i za pozitivan razvoj djece. Obitelj je mjesto gdje dijete uči prve korake kako one u doslovnom smislu te riječi, tako i one koji će mu biti potrebni za daljnji život poput učenja o odnosima te učenja socijalnih i životnih vještina, koje će mu pomoći na putu u odraslost. Upravo stoga, obitelj kao institucija postaje važan čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece (Ferić, 2002).

1.3.1. Definicija obitelji

Pregledom literature vidljivo je kako postoje brojne definicije obitelji. Prema Štalekar (2010), obitelj je prva životna skupina kojoj pripadamo; ona je više od zbroja pojedinaca koji dijele jedinstven fizički i psihosocijalni prostor. Obitelj je prirodni socijalni sustav, koji ima svoju strukturu, funkcije, pravila, uloge, načine komuniciranja, načine suočavanja s problemima i njihovim rješavanjem. Obitelj je organizirani koherentni sustav determiniran svojom strukturom.

Gledano sa stanovišta Bertalanffyeve teorije sustava, obitelj se promatra kao dinamičan razvojni sustav čiji su članovi neovisni. Svaki član je pod utjecajem sustava u cjelini, a istovremeno utječe i na funkcioniranje sustava. Obiteljski sustav u cjelini u interakciji je sa sustavima izvan obitelji (npr. školski sustav, zajednica, radno okruženje itd.) (Mirsalimi, Perleberg, Stovall i Kaslow, 2003, prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010).

Prema Golubović (1981), obitelj je društvena grupa, više društvena i kulturna nego biološka jedinica. Kao takva, podređena je društvenim pravilima i propisima te ima društvene ciljeve i funkcije. Unutar obitelji odvija se svojevrsna interakcija koja se ostvaruje između različitih generacija, pomoću koje članovi obitelji razvijaju osjećaj zajedništva i pripadnosti. Obitelj je najuniverzalnija društvena grupa i jedinstvena je po tome što je značajna za cjelokupni život svakog pojedinca. Obiteljska zajednica se temelji na osjećaju pripadnosti, solidarnosti, na suradnji između članova te se zasniva i na emocionalnim vezama, a ne samo na racionalnim vezama.

Tri su univerzalne karakteristike obitelji:

- obitelj je zajednica roditelja i djece koja iz te veze nastaju (mogu biti i posvojena),
- obitelj je primarna zajednica u kojoj se razvija ličnost djeteta,
- obitelj je zajednica koja osigurava psiho-socijalnu povezanost članova.

Tradicionalno gledajući, obitelj se smatrala stalnom jedinicom i sastavljenom od bračnog para i djece. S obzirom na brojne promjene u načinu života posljednjih godina, promjene su vidljive i u obiteljskoj strukturi. Promatrajući obitelji danas, možemo primijetiti različite kriterije koji utječu na obiteljsku strukturu: odnos roditelja i djeteta (npr. biološka i usvojena djeca), bračni status roditelja (razvedeni, odvojeni, ponovno oženjeni), broj roditelja u obitelji (jednoroditeljske i dvoroditeljske obitelji) i roditeljsku seksualnu orijentaciju (heteroseksualni i homoseksualni parovi), (Wise, 2003, prema Maleš 2012). Čudina-Obradović (2006) navodi da dijete tijekom razvoja može živjeti u obitelji različite i promjenjive strukture te razlikuje obitelji prema broju roditelja i prema kombinaciji bioloških roditelja i drugih, te djece.

1.3.2. Utjecaj obitelji na razvoj djece

Središnje mjesto razvoja djeteta jest njegova neposredna obitelj, a kvaliteta obitelji, kvaliteta obiteljskih odnosa i interakcija, kao i odnosa članova obitelji prema djetetu jesu oni elementi koji će u velikoj mjeri odrediti njegovu razvojnu putanju te su nam vrlo važni za razumijevanje djetetovog mentalnog zdravlja (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Obiteljsko okruženje koje osigurava osjećaj topline i bliskosti je zaštitni čimbenik za mlade u riziku. Roditelji otporne djece kombiniraju podršku i razumijevanjem sa supervizijom aktivnosti djece i dosljednom disciplinom. Isto tako, većina otporne djece i mladih su sposobni uspostaviti bliske odnose s barem jednim članom obitelji (Ferić, 2002).

S obzirom na brojne preglede sličnih ili gotovo istih rizičnih i zaštitnih čimbenika koji se nalaze u obiteljskom okruženju, autorica Ferić (2002) navodi pregled onih koji su zajednički različitim autorima te moguće posljedice/izlaze za dijete.

U skupinu rizičnih čimbenika svrstava: konflikte u obitelji, nasilje u obitelji, učestale stresne situacije, nedosljednu disciplinu, neadekvatnu superviziju, nerealna očekivanja

roditelja, visoko rizična ponašanja roditelja te nedostatak socijalne podrške i socijalnu izolaciju obitelji.

U skupinu zaštitnih čimbenika svrstava: pozitivne i tople odnose u obitelji, podršku, jasno definirane uloge u obitelji, pozitivan brak roditelja, obiteljski sklad, prihvaćanje promjena, učinkovitu komunikaciju usmjerenu na rješavanje problema, zajedničko vrijeme, obiteljske tradicije, financije (zadovoljavajući ekonomski status), duhovnost obitelji, zdravlje članova obitelji, čvrstoću te mrežu podrške.

Kao moguće nepovoljne izlaze rizičnih faktora navodi nedostatak socijalnih i životnih vještina, nasilje, laganje, krađe, bježanje od kuće, agresivno ponašanje te delinkvencija. Dok su rezultat jačanja zaštitnih čimbenika, odnosno pozitivnog razvoja djece: dobre socijalne i životne vještine, pozitivan ja-koncept, samopouzdanje i samopoštovanje, samopovjerenje i osjećaj kontrole i socijalna odgovornost.

Kao što je vidljivo iz shematskog prikaza čimbenika, u obitelji dijete uči o međuljudskim odnosima, odnosima članova obitelji, između spolova te o partnerskim odnosima. Obitelj za dijete predstavlja izvor informacija prema kojima stvara prvu sliku o sebi, procjenjuje odnos drugih prema sebi i u skladu s time određuje svoju vrijednost i razinu samopoštovanja (Filipović, 2009).

Također, valja napomenuti da se uloga obitelji u životu djeteta mijenja te ona nije ista u ranom djetinjstvu, predškolskoj, školskoj i adolescentskoj dobi (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). U ranom djetinjstvu i predškolskoj dobi obitelj treba djetetu pružiti tjelesnu i emocionalnu sigurnost te se brinuti za njegovo zdravlje. Zdrava i poticajna obitelj ponudit će djetetu trajnu, stalnu i strukturiranu okolinu koja će biti poticajna za dijete i nuditi mu razna iskustva (Đuranović, 2012).

U školskoj dobi obitelj vodi brigu o djetetovom napretku u školi kao i o njegovom provođenju slobodnog vremena. U tom periodu najvažnija je emocionalna potpora i brižnost roditelja prema djeci (Đuranović, 2012). Važno je da se dijete osjeća voljeno i prihvaćeno, no važno je i da dijete u tom razvojnom periodu razvije radne navike, uz nadzor roditelja kao i pravila ponašanja koje će mu roditelj prenijeti (Sremić i Rijavec, 2010).

Iako mladi u adolescenciji nastoje steći neovisnost i polako kreću u svijet odraslih, obiteljski angažman se i dalje ističe kao važan čimbenik koji utječe na razvoj socijalnih odnosa djece izvan obitelji (Deković i Raboteg-Šarić, 1997). Kako bi se adolescent razvio u mentalno,

emocionalno i socijalno stabilnu i zdravu odraslu osobu u obiteljskom domu trebaju vladati toplina, prihvaćanje, jasno definirana pravila ponašanja te vrlo razvijena kultura međusobnog humanog i kvalitetnog komuniciranja. Odnosi među roditeljima imaju snažan utjecaj na brojne aspekte obiteljskog života i dječje, ali i adolescentske socijalne prilagođenosti (Đuranović, 2012). Obitelj u kojoj djeca dostižu fazu adolescencije u specifičnoj je fazi životnog ciklusa koja i pred adolescenta i pred obitelj s adolescentom postavlja nove zadatke i ciljeve (Graovac, 2010).

1.4. Adolescencija

Adolescencija je razvojna faza između početka puberteta i odrasle dobi te najčešće započinje između 11. i 13. godine pojavom sekundarnih spolnih karakteristika te traje kroz tinejdžerske godine sve do između 18. i 22. godine života, kada završava razvoj do odrasle osobe (Kuzman, 2009). Na adolescenciju se može gledati kao na ukupni pokušaj psihičke prilagodbe na stanje puberteta, na nova unutarnja i vanjska stanja s kojima se osoba suočava (Rudan, 2004).

Berk (2015) navodi kako su tijekom cijele razvojne faze prisutne promjene i to na svim područjima života adolescenta. Promjene u tjelesnom aspektu se kod oba spola očituju u naglom skoku u povećanju težine i visine, kod djevojčica se pojavljuje prva menstruacija i razvijaju se primarne i sekundarne spolne karakteristike, dok se kod dječaka povećava rad hipofize i lučenje spolnih hormona, pojavljuje se prva ejakulacija i počinje razvoj sekundarnih spolnih obilježja te se događa promjena glasa i pojava dlaka na licu. U vidu kognitivnog razvoja, poboljšava se logičko razmišljanje, javlja se apstraktno mišljenje, adolescenti razvijaju hipotetičko-deduktivno rasuđivanje te se javlja prepozicijsko mišljenje, odnosno procjenjivanje logičnosti verbalnih tvrdnji izvan okolnosti stvarnoga svijeta. Isto tako, povećava se samosvjesnost i usmjerenost na sebe te se javljaju iskrivljene slike odnosa između sebe i drugih, odnosno uvjerenje adolescenta da je u središtu pažnje, kao i napuhnuto mišljenje o svojoj važnosti.

Tijekom adolescencije je prisutna povećana osjetljivost, razdražljivost, nagle promjene raspoloženja, rastresenost, često nervozno reagiranje te sklonost općem negativizmu. Adolescenti nerijetko ulaze u sukobe s nastavnicima, roditeljima, braćom, sestrama. Isto tako, javlja se čuvstvo brige, često zbog izgleda, mijenja se razina samopoštovanja posebice kod djevojaka te je prisutna identifikacija s idolima. Prijateljstva među djevojkama stavljaju veći

naglasak na emocionalnu bliskost, među mladićima na status i ovladavanje, dok su vršnjačke grupe organizirane prema vrijednostima, interesima te socijalnom statusu.

Pred adolescentom stoji ni malo lak zadatak, on mora upoznati, savladati, naučiti primijeniti i usmjeriti svoje prirodne nagonske težnje. Istovremeno adolescent mora ispuniti vlastita i tuđa očekivanja na polju efikasnosti, rada i stvaranja. Pri tome ne smije preskočiti niti jednu stepenicu u svom socijalnom razvoju. Isto tako, treba prihvatiti svoj novi, odrasli lik i bez konflikata sa sobom i moralnim normama razviti vlastitu spolnu ulogu i doživljavanje spolnosti (Graovac, 2010).

U adolescenciji dolazi od promjena i u obiteljskim odnosima. Postavljene granice od strane roditelja se šire u skladu s većom zrelošću i kompetencijama adolescenata, a nadzor proizlazi iz dobre komunikacije. Roditelji i obitelj i dalje emocionalno podupiru dijete, zainteresirani su za njegov rad i uspjeh u školi, no i dalje postavljaju strukturu, organizaciju, jasne granice i pravila ponašanja (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Tijekom adolescencije, sklonost mladih ljudi da se konformiraju s roditeljima opada u korist drugih socijalnih utjecaja izvan obitelji. Ipak, iako istraživanja pokazuju da se u adolescenciji konformiranje s roditeljskim očekivanjima smanjuje, roditelji su i dalje glavni odgovorni za aktivnosti djece tijekom adolescencije (Sampson, 1977, prema Henry, 1982).

1.5. Savjetodavne telefonske linije

S obzirom na specifičnost razdoblja adolescencije, vrlo je važno što ranije detektirati i pružiti pomoć adolescentu suočenom s narušenim obiteljskim odnosima ili vlastitim psihičkim teškoćama. Jedna od mogućnosti dobivanja podrške i savjeta je obraćanje savjetodavnoj liniji za djecu.

Dječje linije diljem svijeta pružaju djeci nekoga tko će ih poslušati bez osuđivanja te pružiti djetetu koje se javilo, savjet i podršku koja mu je potrebna. Nude jednostavan pristup, anonimnost i povjerljivost te su najčešće besplatne. Djelatnici i volonteri linija razgovaraju s djecom i tinejdžerima koji ih nazovu usmjeravajući se na nazivatelja uz aktivno slušanje, psihološku podršku i pružanje informacija (Fukkink, Bruns i Ligtvoet, 2016). Razgovorom sa savjetovateljem nazivatelj umanjuje doživljaj emocionalnog stresa i omogućava mu da sagleda ozbiljnost njegovih problema (Fukkink and Hermanns, 2009, prema Fukkink i sur., 2016).

Djelatnici ili volonteri zatim registriraju središnju temu svakog razgovora (takozvani "razlog za pozivanje") u informacijskom sustavu upravljanja nakon što se dogodi. Godišnjom analizom telefonskih poziva dobiva se jasan i koristan uvid u ozbiljnost problema i pitanja koja brinu djecu i zbog kojih traže pomoć (Fukkink i sur., 2016).

1.6. Dosadašnja istraživanja povezanosti obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata

Prema podacima analize međunarodne baze podataka 111 dječjih savjetodavnih linija (Fukkink i sur., 2016), pri tome uzimajući u obzir podatke svih uključenih zemalja, zlostavljanje i nasilje bili su najčešći razlog pozivanja dječje pomoći. Djelatnici i volonteri linija o ovoj temi pričaju s djecom i adolescentima prosječno 19 puta dnevno. Djeca i adolescenti također često zovu vezano uz temu mentalnog zdravlja (prosječno 17 puta dnevno) ili vezano uz odnos s vršnjacima (također 17 puta na dan), dok su druge dvije najučestalije teme zbog kojih zovu seksualnost (14 puta dnevno) i obiteljska pitanja (13 puta dnevno). Uzimajući u obzir podatke prema regionalnoj podjeli, vidljivo je kako se u zemljama razvijenih regija svijeta češće pričalo o odnosu s vršnjacima, obiteljskim odnosima, psihosocijalnim pitanjima i o upotrebi supstancija. Podaci pokazuju kako adolescenti u Europi češće zovu zbog obiteljskih odnosa u odnosu na afričke adolescente, kao i zbog psihosocijalnih pitanja, u usporedbi s vršnjacima iz Azije i Afrike (Fukkink i sur., 2016).

Anthony i Stone (2010, prema Rankin Wiliams i Anthony, 2015) su pronašli kako obiteljski faktori, posebice zajedništvo i podrška, bolje predviđaju subjektivnu dobrobit adolescenata od škole, vršnjaka i okruženja gdje žive. Isto tako, rezultati istraživanja koje su proveli Rankin Wiliams i Anthony (2015) pokazuju kako adolescenti koji odrastaju u obitelji u kojoj su prisutni bliski odnosi i povezanost, kao i oni koji smatraju da njihovi roditelji brinu i misle o njima i dok su oni u školi, su manje osjetljivi na pritisak vršnjaka.

Važnost čvrstih obiteljskih odnosa za adolescenta vidljiva je i u rezultatima istraživanja koje su proveli Slater i Haber (1984, prema Street, Harris-Britt i Walker-Barnes, 2009), u kojem su dobiveni rezultati ukazivali na to da je percipirajući obiteljski konflikt povezan s niskim samopoštovanjem, većom anksioznosti i manjom unutarnjom kontrolom unatoč rasi ili bračnom statusu roditelja. Isto tako, nedosljedna disciplina i odbačenost od strane roditelja povezana je s poremećajima u ponašanju kod adolescenata uključujući laganje, krađe, bježanje od kuće i agresivno ponašanje (Lefkowitz i sur., 1977, prema Pillay, 1998). Valja spomenuti kako su

djeca roditelja s psihičkim teškoćama također pod značajno većim rizikom da će biti izloženi negativnim odgojnim postupcima roditelja te imaju veću mogućnost razvijanja negativnih ponašanja (Wilson i Durbin 2010, prema Wei i Chen, 2013).

Nadalje, loši socioekonomski uvjeti u obitelji, nezaposlenost roditelja, nedostatak materijalnih sredstava za svakodnevni život mogu biti rizični čimbenici za suicidna razmišljanja i pokušaje samoubojstava kod adolescenata s autodestruktivnim oblicima u ponašanju (Dodig Ćurković i sur., 2013). Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano i Patton (2005) proveli su istraživanje u kojem su ispitivali široki raspon rizičnih i zaštitnih čimbenika depresije, te su dobiveni rezultati pokazali kako su obiteljski konflikti najsnažnije povezani s depresivnim simptomima. Osim toga, u dosadašnjim istraživanjima je utvrđeno da su konflikti između roditelja i djeteta tijekom rane i srednje adolescencije, povezani s učestalijim internalizacijskim simptomima i kasnijim depresivnim poremećajima (Rueter, Scaramella, Wallace i Conger, 1999, prema Aurebach i Ho, 2012). Slično tome, u sedmogodišnjoj studiji, obiteljski i bračni sukob su predvidjeli znatno višu razinu depresivnih simptoma kod adolescentnih djevojaka, ali ne i kod dječaka (Mazza, 2009, prema Aurebach i Ho, 2012). U cjelini, ovi nalazi upućuju na to da sukob unutar obiteljskog okruženja dovodi do učestalijih depresivnih simptoma, međutim, način na koji obiteljski konflikt vodi do ovih simptoma ostaje nejasan.

S obzirom na to da je obitelj primarna ljudska skupina koja ima izuzetno snažan i raznolik utjecaj na razvoj djeteta, a osobitu važnost u tom smislu ima odnos roditelja prema djeci, koji može biti presudan ne samo u procesu djetetove socijalizacije, nego i u njegovom cjelokupnom psihološkom, socijalnom, kao i somatskom rastu i razvoju (Milišić, Barić i Berc, 2014), ovim istraživanjem žele se istražiti različiti procesi koji se odvijaju u obiteljskim odnosima te koju ulogu igraju u očuvanju ili narušavanju mentalnog zdravlja kod adolescenata. Dobivanjem ovih teorijskih saznanja moći će se doprinijeti razvoju praktičnih metoda poticanja pozitivnih obiteljskih odnosa i osvještavanju važnosti roditeljske uloge i obitelji kao zaštitnog faktora u postizanju mentalnog zdravlja.

2. CILJ I PROBLEMI

Cilj ovog istraživanja je istražiti povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata. Sukladno ciljevima i nalazima prethodnih istraživanja, formirani su sljedeći problemi i hipoteze:

1. Ispitati spolne razlike u procjeni obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata.

H1: Adolescentice će iskazivati značajno više teškoća u obiteljskoj dinamici od adolescenata.

H2: Adolescentice će iskazivati značajno veću narušenost mentalnog zdravlja od adolescenata.

2. Ispitati razlike između adolescenata koji se javljaju na liniju Hrabrog telefona i onih koji se ne javljaju u obiteljskoj dinamici i mentalnom zdravlju.

H3: Adolescenti koji se javljaju na liniju Hrabrog telefona će iskazivati značajno više teškoća u obiteljskoj dinamici i mentalnom zdravlju od adolescenata koji se ne javljaju.

3. Utvrditi povezanost obiteljske dinamike s mentalnim zdravljem adolescenata.

H4: Narušeno mentalno zdravlje bit će povezano s narušenim obiteljskim odnosima.

3. METODA

3.1. Sudionici

U ovome istraživanju analizirani su podaci sa savjetodavnih linija udruge Hrabri telefon (N = 91) iz 2017. godine te podaci kontrolne skupine prikupljeni na prigodnom uzorku skupine adolescenata 2 učenička doma iz Zagreba (N = 65), Učenički dom Marije Jambrišak i Učenički dom Ivana Mažuranića. Od ukupnog broja sudionika Hrabrog telefona 75 (82,4 %) je bilo ženskog spola, a 16 (17,6 %) muškog spola, dok je kod sudionika učeničkih domova broj bio podjednak, odnosno 33 (50,8 %) je bilo ženskog spola, a 32 (49,2 %) muškog spola. Dob sudionika Hrabrog telefona kretala se u rasponu od 11 do 19 godina (M = 14,94), dok se dob sudionika učeničkih domova kretala u rasponu od 14 do 19 godina (M = 16,41).

3.2. Instrumenti

Način unosa podataka koji se koristi za podatke prikupljene u pozivima zaprimljenim na Hrabrom telefonu je univerzalan način koji se koristi na svim dječjim linijama diljem svijeta. Unos se vrši u sustav pod nazivom *„iCarol“* u kojem savjetovatelji označavaju temu o kojoj se razgovaralo u pozivu. Sustav je podijeljen na 13 glavnih kategorija (zlostavljanje i nasilje, komercijalno iskorištavanje djece, HIV/AIDS, odnosi s vršnjacima, pitanja vezana za školu, pravna pitanja, uporaba i zlouporaba supstanci, seksualnost i seksualna svjesnost, obiteljski odnosi, psihosocijalno i mentalno zdravlje, fizičko zdravlje, diskriminacija i beskućništvo) od kojih svaka od njih ima dodatne podkategorije. Za potrebe ovog istraživanje korištene su dvije kategorije: mentalno zdravlje i obiteljski odnosi. Pri unosu podataka varijablama su pridružene vrijednosti 0 i 1. Vrijednost 0 označava da u razgovoru nije bila prisutna varijabla, dok vrijednost 1 označava da je u razgovoru bila prisutna varijabla.

Varijablu obiteljska dinamika, odnosno kategoriju obiteljski odnosi u sustavu „*iCarol*“, činio je skup sljedećih čestica: tugovanje, samohrani roditelj, rastavljeni roditelji, roditelji koji ne žive skupa, roditelji u konfliktu, novi član obitelji, odgojni postupci roditelja, odnos roditelja i djeteta, roditeljski pritisak, roditelji suočeni s ovisnošću i/ili psihičkim problemima, odnosi s bratom/sestrom. Ukupan rezultat na varijabli obiteljska dinamika dobiven je kao zbroj rezultata na 11 čestica koje se odnose na navedene aspekte obiteljske dinamike u rasponu od 0 do 11, pri čemu viši rezultat pokazuje viši stupanj narušenosti obiteljske dinamike, dok 0 pokazuje dobru obiteljsku dinamiku.

Varijablu mentalno zdravlje činio je skup sljedećih čestica: agresija, fizički izgled, dosada, depresija, poremećaji hranjenja, strah i anksioznost, identitet i smisao života, usamljenost, napadaji panike, fobije i opsesije, samoozljeđivanje i suicid. Ukupan rezultat na varijabli mentalno zdravlje dobiven je kao zbroj rezultata na 12 čestica koje se odnose na navedene aspekte mentalnog zdravlja dinamike u rasponu od 0 do 12, pri čemu viši rezultat pokazuje viši stupanj narušenosti mentalnog zdravlja, dok 0 pokazuje dobro mentalno zdravlje.

Za prikupljanje podataka u učeničkim domovima izrađen je upitnik (Prilog 1) koji je prilagođen ciljanoj skupini sudionika, teorijskoj pozadini istraživanja te cilju i problemu istraživanja, a sastojao se od 23 pitanja. Na početku upitnika, nakon uputa, dodana su i dva demografska pitanja koja su se odnosila na spol i dob. Dob je mjerena na način da su sudionici na praznu crtu mogli upisati svoj broj godina. Ostale čestice bilu su formirane u obliku izjavnih rečenica sukladno podkategorijama koje se nalaze u sustavu Hrabrog telefona (npr. „*Nailazim na teškoće u odnosu s jednim ili oba roditelja*.“). Prve tri čestice („*Ne živim s oba roditelja.*“, „*Moji roditelji su rastavljeni.*“ i „*Roditelj se suočava s ovisnošću i/ili ima psihičkih teškoća.*“) su bile dihotomne te su sudionici trebali označiti „*DA*“ ili „*NE*“, dok su kod preostalih čestice sudionici trebali za svaku navedenu tvrdnju označiti u kojoj mjeri se svaka od tvrdnji odnosi na njih na skali od 3 stupnjeva (1 = nikad, 2 = ponekad, 3 = često). U analizama je korišten dihotomizirani oblik varijabli na način da su osobe koje su zaokružile „*Ponekad*“ i „*Često*“ grupirane u istu skupinu, odnosno skupinu osoba koje iskazuju pojavnost određenih tvrdnji. Razlog korištenja dihotomne varijable je usporedba rezultata s rezultatima prikupljenim na liniji Hrabrog telefona. Pouzdanost skale obiteljskih odnosa u ovom istraživanju iznosi $\alpha = .48$, dok je pouzdanost skale koja je mjerila mentalno zdravlje $\alpha = .78$.

3.3. Postupak

S obzirom na to da je tijekom 2017. godine bilo zabilježeno 276 poziva djece vezanih uz istraživanu tematiku, zbog mogućnosti provedbe statističke analize, u analizu je bio uključen samo dio zabilježenih poziva. Svi pozivi su uneseni u SPSS bazu te su zatim metodom slučajnog izbora određeni oni koji su ulazili u daljnju obradu podataka. Slučajni izbor se izvršio na način da je svaki treći uneseni poziv ulazio u daljnju statističku analizu.

Drugi dio istraživanja je proveden tijekom ožujka 2018. godine, u prostorijama 2 učenička doma iz Zagreba: Učenički dom Marije Jambrišak i Učenički dom Ivana Mažuranića. Podaci su prikupljeni grupno, u popodnevnim satima. Prije primjene upitnika sudionicima je u

uputi naglašeno da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno, te da mogu odustati u bilo kojem trenutku. Rečeno im je da će pristup podacima vezanim za istraživanje imati samo istraživači, koristit će se isključivo za potrebe izrade diplomskog rada, a ako budu javno objavljeni, objavit će se za čitavu grupu sudionika. Također, rečeno im je kako se tvrdnje u upitniku odnose na njihove postupke, misli i osjećaje, zamoljeni su da samostalno i iskreno odgovaraju na svaku tvrdnju te da ako im nešto nije jasno, slobodno zatraže objašnjenje. Nakon toga sudionicima su podijeljeni upitnici, te im je dana uputa kako da ispunjavaju upitnik. Nakon što su sudionici ispunili upitnike, odložili su ih u zatvorenu kutiju sa samo jednim otvorom predviđenim za pohranu ispunjenog upitnika kako bi se osigurala njihova anonimnost. Ispitivanje je u prosjeku trajalo oko 10 minuta.

4. REZULTATI

Kako bi se dobio početni uvid u podatke, provedena je deskriptivna statistička analiza. Nadalje, prikazane su i frekvencije te raspršenja rezultata sudionika prema varijablama obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja. Kako bismo odgovorili na postavljene istraživačke probleme, proveli smo hi-kvadrat testove i logističku regresijsku analizu.

Tablica 1. *Deskriptivni podaci za dob s obzirom na skupine i spol (N=142)*

	Hrabri telefon						Učenički domovi					
	Mladići			Djevojke			Mladići			Djevojke		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
Dob	14	15,07	1,979	64	14,91	1,743	32	16,50	1,391	32	16,31	1,176

U Tablici 1. prikazani su osnovni deskriptivni podaci. Iz deskriptivnih rezultata kontinuirane varijable dobi uočljivo je kako je prosječna dob muških i ženskih sudionika učeničkih domova nešto viša od prosječne dobi nazivatelja Hrabrog telefona. Kako bi se provjerila pretpostavka da nema statistički značajne razlike u dobi između skupina, proveden je t-test za nezavisne uzorke te je dobiveno da se sudionici Hrabrog telefona i sudionici učeničkih domova razlikuju statistički značajno u dobi ($t = 5{,}545;\ p < 0{,}01$), čime se ne potvrđuje ranije navedena pretpostavka.

Također, iz tabličnog prikaza je vidljivo kako je značajno više adolescentica nego adolescenata prema podacima Hrabrog telefona, dok je omjer spolova sudionika učeničkih domova ravnomjeran.

Tablica 2. *Frekvencije sudionika i rezultati hi-kvadrat testova za varijable obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja s obzirom na spol (N=156)*

	Mladići				Djevojke				Stupnjevi slobode (*df*)	Hi-kvadrat (χ^2)	Značajnost (*p*)
	DA		*NE*		*DA*		*NE*				
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%			
Obiteljska dinamika											
Suživot s jednim roditeljem	14	29,2	34	70,8	14	13,0	94	87,0	1	5,924	,015*
Rastavljeni roditelji	9	18,8	39	81,2	11	10,2	97	89,8	1	2,181	,140
Ovisnost i/ili psihičke teškoće	2	4,2	46	95,8	5	4,6	103	95,4	1	,017	,897
Gubitak člana obitelji	23	47,9	25	52,1	24	22,2	84	77,8	1	10,422	,001**
Roditelji se sukobljavaju	12	25,0	36	75,0	32	29,6	76	70,4	1	,352	,553
Novi član obitelji	4	8,3	44	91,7	5	4,6	103	95,4	1	,838	,360
Odnos s roditeljima	17	35,4	31	64,6	58	53,7	50	46,3	1	4,452	,035*
Odgojni postupci	15	31,2	33	68,8	27	25,0	81	75,0	1	,660	,417
Pritisak od strane roditelja	13	27,1	35	72,9	25	23,1	83	76,9	1	,279	,597
Odnos s bratom/sestrom	8	16,7	40	83,3	20	18,5	88	81,5	1	,077	,781
Mentalno zdravlje											
Agresija	11	22,9	37	77,1	10	9,3	98	90,7	1	5,321	,021*
Fizički izgled	9	18,8	39	81,2	29	26,9	79	73,1	1	1,184	,277
Dosada	25	52,1	23	47,9	25	23,1	83	76,9	1	12,775	,001**
Depresija	11	22,9	37	77,1	44	40,7	64	59,3	1	4,625	,032*
Prehrambene navike	4	8,3	44	91,7	13	12,0	95	88,0	1	,469	,493
Strah i/ili anksioznost	14	29,2	34	70,8	39	36,1	69	63,9	1	,714	,398
Smisao života	8	16,7	40	83,3	19	17,6	89	82,4	1	,020	,888
Nesigurnost	9	18,8	39	81,2	30	27,8	78	72,2	1	1,444	,229
Usamljenost	9	18,8	39	81,2	28	25,9	80	74,1	1	,946	,331
Napadaji panike	3	6,2	45	93,8	16	14,8	92	85,2	1	2,279	,131
Fobija i/ili ponavljajuće misli	5	10,4	43	89,6	15	13,9	93	86,1	1	,358	,549
Samoozljeđivanje	1	2,1	47	97,9	21	19,4	87	80,6	1	8,268	,004**
Samoubojstvo	2	4,2	46	95,8	20	18,5	88	81,5	1	5,650	,017*

*Napomena: p< .01**, p< .05**

U tablici 2. nalaze se frekvencije sudionika i rezultati hi-kvadrat testova varijabli obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja s obzirom na spol svih uključenih sudionika.

Iz tablice je vidljiva statistički značajna razlika u varijabli koja označava suživot samo s jednim roditeljem s obzirom na spol, na način da više mladića živi samo s jednim roditeljem. Također, rezultati prikazuju i kako se veći broj mladića suočava s osjećajem tuge zbog gubitka člana obitelji spram adolescentica te se razlika pokazala statistički značajnom. S druge strane, vidljivo je kako adolescentice češće iskazuju da nailaze na teškoće u odnosima s roditeljima spram mladića.

Isto tako, rezultati pokazuju da se adolescentice značajno više suočavaju s depresivnim mislima te se češće samoozljeđuju i razmišljaju o samoubojstvu, dok mladići iskazuju statički značajno više osjećaja dosade kao i verbalno i/ili fizičko agresivno ponašanje.

Tablica 3. *Frekvencije sudionika i rezultati hi-kvadrat testova za varijable obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja s obzirom na skupine (N=156)*

	Hrabri telefon				Učenički domovi				Stupnjevi slobode (*df*)	Hi-kvadrat (χ^2)	Značajnost (*p*)
	DA		*NE*		*DA*		*NE*				
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%			
Obiteljska dinamika											
Suživot s jednim roditeljem	12	13,2	79	86,8	16	24,6	49	75,4	1	3,363	,067
Rastavljeni roditelji	10	11,0	81	89,0	10	15,4	55	84,6	1	,655	,418
Ovisnost i/ili psihičke teškoće	6	6,6	85	93,4	1	1,5	64	98,5	1	2,261	,133
Gubitak člana obitelji	5	5,5	86	94,5	42	64,6	23	35,4	1	62,956	,001**
Roditelji se sukobljavaju	13	14,3	78	85,7	31	47,7	34	52,3	1	20,896	,001**
Novi član obitelji	3	3,3	88	96,7	6	9,2	59	90,8	1	2,456	,117
Odnos s roditeljima	58	63,7	33	36,3	17	26,2	48	73,8	1	21,454	,001**
Odgojni postupci	20	22,0	71	78,0	22	33,8	43	66,2	1	2,715	,099
Pritisak od strane roditelja	11	12,1	80	87,9	27	41,5	38	58,5	1	17,848	,001**
Odnos s bratom/sestrom	5	5,5	86	94,5	23	35,4	42	64,6	1	23,002	,001**
Mentalno zdravlje											
Agresija	1	1,1	90	98,9	20	30,8	45	69,2	1	28,653	,001**
Fizički izgled	3	3,3	88	96,7	35	53,8	30	46,2	1	52,583	,001**
Dosada	0	0,0	91	100,0	50	76,9	15	23,1	1	103,019	,001**
Depresija	25	27,5	66	72,5	30	46,2	35	53,8	1	5,797	,016*
Prehrambene navike	2	2,2	89	97,8	15	23,1	50	76,9	1	17,023	,001**
Strah i/ili anksioznost	16	17,6	75	82,4	37	56,9	28	43,1	1	26,161	,001**
Smisao života	9	9,9	82	90,1	18	27,7	47	72,3	1	8,396	,004**
Nesigurnost	8	8,8	83	91,2	31	47,7	34	52,3	1	30,602	,001**
Usamljenost	12	13,2	79	86,8	25	38,5	40	61,5	1	13,388	,001**
Napadaji panike	3	3,3	88	96,7	16	24,6	49	75,4	1	16,111	,001**
Fobija i/ili ponavljajuće misli	2	2,2	89	97,8	18	27,7	47	72,3	1	22,050	,001**
Samoozljeđivanje	20	22,0	71	78,0	2	3,1	63	96,9	1	11,182	,001**
Samoubojstvo	19	20,9	72	79,1	3	4,6	62	95,4	1	8,279	,004**

*Napomena: p< .01**, p< .05**

U tablici 3. nalaze se frekvencije sudionika i rezultati hi-kvadrat testova varijabli obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja s obzirom na skupine sudionika.

Iz tablice je vidljiva je statistički značajna razlika u varijabli koja označava osjećaj tuge zbog gubitka člana obitelji s obzirom na skupine, na način da je kod sudionika učeničkih domova osjećaj tuge češći. Isto tako, rezultati prikazuju i kako se veći broj roditelja sudionika učeničkih domova sukobljava i svađa spram roditelja sudionika Hrabrog telefona te se razlika pokazala statistički značajnom. Nadalje, vidljivo je i kako sudionici učeničkih domova nailaze na značajno više teškoća u odnosu s bratom i/ili sestrom te češće osjećaju pritisak od strane roditelja. Sudionici Hrabrog telefona, s druge strane, iskazuju značajno više teškoća u odnosu s jednim i/ili oba roditelja.

Također, iz tablice je vidljivo kako je kod svih varijabli mentalnog zdravlja prisutna statistički značajna razlika između skupina, no različitog smjera za pojedine varijable. Sudionici iz skupine učeničkih domova iskazuju češće fizičko i/ili verbalno agresivno ponašanje, češće nezadovoljstvo fizičkim izgledom, osjećaj dosade, češće iskazuju da se osjećaju depresivno te da su im prehrambene navike narušene. Također, sudionici te skupine češće iskazuju kako ne vide smisao života, ne osjećaju se sigurno u sebe, osjećaju se usamljeno te češće imaju fobije i/ili ponavljajuće misli. S druge strane, sudionici skupine Hrabri telefon iskazuju statistički značajno više suicidalnih misli kao i samoozljeđivanja od sudionika učeničkih domova.

Prije provedbe logističke regresijske analize, kreirana je nova varijabla mentalno zdravlje, na način da je svakom sudioniku kod kojeg je bila prisutna minimalno jedna teškoća, odnosno, ako je kod minimalno jedne čestice mentalnog zdravlja bila pridružena vrijednost 1, tada je i u novoj varijabli tom istom sudioniku pridružena vrijednost 1. S druge strane, ako nije imao kod niti jedne čestice mentalnog zdravlja vrijednost 1, tada mu je u novoj varijabli pridružena vrijednost 0. Sukladno tome, vrijednost 1 je označavala narušeno mentalno zdravlje, dok je vrijednost 0 označavala dobro mentalno zdravlje.

Tablica 4. *Rezultati logističke regresijske analize za mentalno zdravlje adolescenata s obzirom na spol, dob i obiteljsku dinamiku (N=156)*

	B	*Wald*	*p*	*Exp(B)*	*B*	*Wald*	*p*	*Exp(B)*
Dob	,235	3,892*	,049*	1,265	,105	,515	,473	1,111
Spol	-,280	,429	,512	,756	-1,191	4,031*	,045*	,304
Suživot s jednim roditeljem					1,095	,662	,416	2,988
Rastavljeni roditelji					-2,206	2,193	,139	,110
Ovisnost i/ili psihičke teškoće					1,979	2,578	,108	7,238
Gubitak člana obitelji					,449	,406	,524	1,567
Roditelji se sukobljavaju					,903	2,219	,136	2,467
Novi član obitelji					,122	,012	,913	1,130
Odnos s roditeljima					-2,759	17,007**	,001**	,063
Odgojni postupci					-1,285	4,740*	,029*	,277
Pritisak od strane roditelja					1,528	4,367*	,037*	4,610
Odnos s bratom/sestrom					,342	,230	,632	1,408
Cox i Snell R^2		,029				,293**		
ΔR^2		,029				,264**		
F za ΔR^2		4,120				45,210**		

Napomena: p< .05 p< .01***

U Tablici 4. može se vidjeti kako ne daju svi prediktori statistički značajan doprinos objašnjenju varijance kriterija. Najznačajnijim prediktorom pokazao se odnos s roditeljima *(p* < 0,01), i to na način da je veća vjerojatnost da će osoba imati narušeno mentalno zdravlje ako nailazi na teškoće u odnosu s jednim i/ili oba roditelja. Drugim najznačajnijim prediktorom pokazala se varijabla odgojni postupci roditelja ($p < 0,05$) te se može zaključiti da ako se sudionik ne slaže s odgojnim postupcima svojih roditelja, veća je vjerojatnost da će imati narušeno mentalno zdravlje. Također, značajnim se pokazao i pritisak od strane roditelja, na način da oni sudionici koji iskazuju kako osjećaju pritisak od strane roditelja, imaju veću vjerojatnost narušenog mentalnog zdravlja.

Prema *Odds Ratio* (*Exp(B)*) podacima, zaključujemo da ako je osoba ženskog spola, ima 0,3 puta veću vjerojatnost da ima narušeno mentalno zdravlje. Nadalje, ako osoba iskazuje poteškoće u odnosu s jednim i/ili oba roditelja, ima 0,1 puta veću vjerojatnost da ima narušeno mentalno zdravlje, te isto tako, ako osoba iskazuje neslaganje s odgojnim postupcima roditelja, ima 0,3 puta veću vjerojatnost da ima narušeno mentalno zdravlje. Također, ako osoba iskazuje osjećaj pritiska od strane roditelja, ima 4,6 puta veću vjerojatnost da ima narušeno mentalno zdravlje.

Varijabla dobi se u prvom bloku prediktora pokazala kao značajan prediktor na način da što sudionik ima više godina to je veća vjerojatnost da će imati narušeno mentalno zdravlje. Uključivanjem drugog bloka prediktora, varijabla dobi se ne pokazuje kao statistički značajan prediktor, dok se značajnim pokazao spol, na način da je veća vjerojatnost da će osoba imati narušeno mentalno zdravlje ako je ženskog spola.

Provedbom logističke regresijske analize dobiveno je da prvi blok prediktora (spol i dob) objašnjava 2,9 % varijance mentalnog zdravlja te se nije pokazao statistički značajnim. Drugi blok prediktora, koji obuhvaća varijable obiteljske dinamike, zajedno s prvim blokom je objasnio 29,3 % varijance. U odnosu na samo prvi blok prediktora, kombinacija prvog i drugog bloka objašnjava dodatnih 26,4 % varijance kriterijske varijable mentalno zdravlje, te se razlika pokazala statistički značajnom ($F(10,156) = 45,21$; $p < 0,01$).

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja na uzorku adolescenata. S obzirom na to da su u istraživanju sudjelovale dvije nezavisne skupine, prije početka provedbe analize, proveden je t-test za nezavisne uzorke te je dobiveno da se sudionici Hrabrog telefona i sudionici učeničkih domova razlikuju statistički značajno u dobi. No, sukladno ciljevima ovog istraživanjima nismo smatrali to važnim za tumačenje rezultata jer se svi sudionici skupina nalaze u sličnom razdoblju adolescencije. Također, valja napomenuti kako je pouzdanost skale obiteljskih odnosa u ovom istraživanju iznosila $\alpha = .48$, što je loša pouzdanost. No, skala je unatoč tome korištena zbog mogućnosti daljnje usporedbe dviju skupina, jer je izrađena sukladno načinu unosa podataka s Hrabrog telefona. Pouzdanost skale koja je mjerila mentalno zdravlje je bila dobra te je iznosila $\alpha = .78$.

Prvi problem bio je ispitati razlikuju li se sudionici u obiteljskoj dinamici i mentalnom zdravlju s obzirom na spol. Pokazalo se kako se adolescentice značajno više suočavaju s depresivnim mislima te se češće samoozljeđuju i razmišljaju o samoubojstvu. Takvi nalazi podupiru nalaze prijašnjih istraživanja koja ukazuju da djevojčice u većoj mjeri pokazuju probleme vezane za depresiju i anksioznost u odnosu na dječake (Klarin i Đerđa, 2014). Također, o sličnim rezultatima izvješćuju i drugi autori (Macuka i Smojver-Ažić, 2012), ističući da kod djevojčica u dobi od 13 do 15 godina raste depresija (Peterson, Sarigian i Kennedy, 1991, prema Klarin i Đerđa, 2014). No, isto tako valja i napomenuti nalaze drugih autora, primjerice Glavina i Keresteš (2007, prema Novak i Bašić, 2008) koji opisuju da su do 13. godine života dječaci depresivniji od djevojčica te da je kod dječaka razina depresije približno stabilna kroz razvoj dok kod djevojčica simptomi depresije rastu s povećanjem dobi.

S druge strane, većina rezultata istraživanja upućuje na povećanu razinu agresivnog ponašanja kod mladića (Mihić i Bašić, 2008), što je također potvrđeno ovim istraživanjem. S obzirom na to da se agresija najčešće tumači kroz specifične socijalne odnose koje dijete ima sa svojom okolinom, pri tome se posebice naglašava dvosmjerni proces u kojem roditelji agresivnog djeteta svojim nasilnim i agresivnim ponašanjem predstavljaju model za djetetovo agresivno ponašanje. Odnosno, svojim agresivnim ponašanjem, izazivaju njegovo agresivno ponašanje te istraživanja pokazuju da kada djeca doživljavaju odbacivanje od strane roditelja i vršnjaka postaju frustrirana, ljutita, a potom i agresivna (Weiss i Catron, 1994).

Nadalje, adolescenti su češće označavali da osjećaju tugu zbog gubitka člana obitelji dok su adolescentice češće izražavale kako nailaze na teškoće u odnosima s roditeljima. No,

kod ostalih varijabli se nije pokazala statistički značajna razlika te samim time prva hipoteza nije u potpunosti potvrđena.

Drugi istraživački problem u ovome istraživanju bio je ispitati postoji li razlika u obiteljskoj dinamici i mentalnom zdravlju adolescenata koji se javljaju na liniju Hrabrog telefona i onih koji se ne javljaju. Naime, statistički značajne razlike su pronađene kod većine varijabli, no dobiveni su različiti rezultati s obzirom na skupine za pojedine varijable, čime početna hipoteza nije potvrđena. Tako su rezultati pokazali kako su suicidalne misli i samoozljeđivanje više prisutni kod sudionika Hrabrog telefona, dok su sve ostale kategorije mentalnog zdravlja značajno više prisutne kod sudionika učeničkih domova. Takvi rezultati ukazuju na potrebu za podizanjem javne svijesti o postojanju psihičkih teškoća kod adolescenata generalno i potrebi da se educira mlade gdje sve mogu potražiti pomoć i podršku za sebe. Naime, novija istraživanja pokazuju da se u zemljama zapadne civilizacije kod približno 10% djece i mladih može govoriti o depresivnom poremećaju, od 2 do 9% djece pokazuje specifične fobije, a kod 2 do 5% djece nalazimo klinički značajne anksiozne simptome (Oatley i Jenkins, 2003). Primjerice, simptomi vezani uz anksioznost su sastavni dio procesa sazrijevanja i u normalnom su tijeku sazrijevanja adaptivni odgovori koji dijete čuvaju od opasnih situacija i djeluju motivacijski. Ipak, u slučaju intenziviranja strahova i razvoja dodatnih simptoma anksioznosti, javlja se značajna neugoda i uznemirenost djeteta i članova obitelji (Novak i Bašić, 2008). Autorica Vulić-Prtorić (2002, prema Novak i Bašić, 2008) u svom istraživanju navodi kako 12% ispitanika od 2 237 djece i adolescenata iznimno često doživljava neki strah. Autorica ističe kako se strahovi najčešće javljaju u 5. razredu osnovne škole i 1. razredu srednje škole te kako je prepoznavanje od strane odraslih slabo, što je veliki pokazatelj potrebe za preventivnim djelovanjem.

Rezultati obiteljske dinamike dviju skupina nam također govore u korist toga da je potrebno sagledati i okolinu u kojoj se adolescent nalazi. Tako su primjerice rezultati pokazali da teškoće u odnosima s bratom i/ili sestrom, kao i osjećaj pritiska od strane roditelja te sukobi između roditelja prisutniji kod sudionika učeničkih domova, dok su kod sudionika Hrabrog telefona prisutnije teškoće u odnosima s jednim i/ili oba roditelja. Takvi rezultati nam ukazuju kako teškoće u obiteljskoj dinamici nisu samo prisutne kod adolescenata koji odluče potražiti pomoć i javiti se na Hrabri telefon, već da moramo uzeti u obzir kako postoji veliki broj njih koji nailaze na teškoće i svakodnevno se suočavaju s njima, no možda nisu dosad potražili pomoć. Suočeni s teškoćama i izazovima u obitelji, javlja se pitanje utječe li to na njihovo mentalno zdravlje i u kojoj mjeri.

Mnoga istraživanja ukazuju na rizik koji donose narušeni odnosi u obitelji te ukazuju na važnost obiteljske podrške u prevenciji psihičkih teškoća kod djece (Villalonga Olives i sur., 2013). Stručnjaci gledaju na sukob između roditelja i djeteta kao na kritičan izvor problema u ponašanju adolescenata (Foster i Robin, 1988, prema Yeh, 2011). Naime, u velikom broju istraživanja utvrđeno je da su narušeni odnosi između roditelja i djeteta utjecali na razvoj depresivnih simptoma i niskog samopoštovanja, razne teškoće u školi, razvoj antisocijalnog ponašanja, kao i emocionalne nestabilnosti i niske razine subjektivne dobrobiti. Međutim, malo je istraživanja koja se bave procesima koji leže u pozadini sukoba i koji objašnjavaju na koji način konflikt između roditelja i djeteta uzrokuje probleme u ponašanju adolescenata. Smatra se da je upravo konflikt s roditeljima jedan od primarnih stresora u životu adolescenta koji utječe na njegovo emocionalno stanje (Chan, 1998, prema Yeh, 2011).

U ovome radu, treći istraživački problem bio je istražiti postoji li povezanost obiteljske dinamike s narušenim mentalnim zdravljem adolescenata te se više varijabli pokazalo kao značajnim prediktorom mentalnog zdravlja. Sukladno prijašnjim istraživanjima, najznačajnijim prediktorom su se pokazale teškoće u odnosu s jednim i/ili oba roditelja. Također, značajnim prediktorima su se pokazali i neslaganje s odgojnim postupcima roditelj kao i osjećaj pritiska od strane roditelja. Blok prediktora koji uključuje spol, dob i varijable obiteljske dinamike je objasnio 29,3 % varijance mentalnog zdravlja te je prema dobivenim rezultatima početna hipoteza potvrđena.

Yeh (2011) u svom istraživanju navodi da snažna neslaganja, koja dovode do neugodnih emocija, mogu postupno smanjiti sposobnost emocionalnog reguliranja kod adolescenata. Hoće li sukobi i neslaganja izazvati probleme u ponašanju ili ne, najviše ovisi o adolescentovoj kognitivnoj procjeni sukoba, kao i o razini izazvane neugodne emocije. Ako adolescent procijeni neslaganje kao prirodno ili konstruktivno, rezultat može biti pozitivan ili ne mora imati utjecaj. S druge strane, ako adolescent neslaganje tumači kao nešto negativno, samim time se pobuđuju negativne emocije te se povećava vjerojatnost za pojavom problema u ponašanju.

Pregledom literature, vidljivo je kako je uz odnos djeteta i roditelja, važno i istaknuti odnos koji roditelji imaju međusobno, odnosno, sukobljavaju li se ili svađaju međusobno. Djeca uče kroz komunikaciju s roditeljima i promatrajući roditelje. Promatrajući sukob između roditelja djeca mogu učiti adaptivne i/ili neadaptivne načine upravljanja sukobom i emocijama koje prate sukob (Cummings i Davies, 2002, prema Macuka, 2012). Utjecaj roditeljskoga sukoba na djecu ovisi o dječjem razumijevanju i interpretiranju sukoba među roditeljima jer djeca, kada su izložena sukobu, rade različite procjene značenja sukoba. Istraživanja govore

kako na djetetovu emocionalnu prilagodbu nepovoljno utječu roditeljski sukobi jer se raspoloženja i ponašanja iz bračnog odnosa prenose i na odnos roditelja i djeteta (Parke, 2004, Macuka, 2012).

Vidljivo je da iako adolescenti sve više vremena provode izvan obiteljskog doma i s vršnjacima, obitelj i dalje ima značajan utjecaj. Kako djeca odrastaju, mijenja im se percepcija roditelja, restrukturiraju se odnosi moći u obitelji, pregovara se o autoritetu i slobodi, ali adolescenti i dalje koriste roditelje kao sigurnu bazu iz koje mogu iskušavati svoju sve veću samostalnost te primati emocionalnu podršku i toplinu iz odnosa (Kurtović i Marčinko, 2010).

5.1. Ograničenja i implikacije istraživanja

Dobivene nalaze s obzirom na početno postavljene probleme i cilj istraživanja treba promatrati uzimajući u obzir ograničenja provedenog istraživanja. Iako su dobivene statistički značajne razlike u obiteljskoj dinamici i mentalnom zdravlju, kao i statistički značajni prediktori mentalnog zdravlja, u budućim istraživanjima svakako bi trebalo uzeti u obzir mogućnost većeg broja sudionika. Također, treba napomenuti kako su adolescenti u učeničkim domovima specifična skupina jer tijekom tjedna ne borave s roditeljima te su na taj način manje izložena interakcijama u obitelji od adolescenata koji žive s roditeljima.

U interpretaciji rezultata svakako treba uzeti u obzir i problem strukture upitnika kojeg su ispunjavali adolescenti učeničkih domova te način na koji su prikupljeni podaci adolescenata koji su se javili na Hrabri telefon. Za početak, svakako treba napomenuti nisku pouzdanost skale obiteljskih odnosa, koja i nije neočekivana budući da je upitnik izrađen sukladno načinu unosa podataka s Hrabrog telefona, odnosno formirane su izjavne rečenice sukladno kategorijama u sustavu „*iCarol*“. Nadalje, podaci za pojedinog sudionika Hrabrog telefona su prikupljeni na način da je volonter nakon poziva zabilježio prisustvo određene kategorije samo prema podacima koji su mu bili dostupni tijekom poziva. S druge strane, sudionici učeničkih domova su pred sobom imali listu tvrdnji za koje su morali odgovoriti u kojoj mjeri se ona odnosi na njih. Samim time su sudionici učeničkih domova bili primorani odgovoriti za svaku kategoriju, dok se kod podataka Hrabrog telefona ne može sa sigurnošću reći da pojedina kategorija nije prisutna ili samo nije spomenuta tijekom tog razgovora.

Ograničenje ovog istraživanja je zasigurno i korištenje isključivo samoprocjena adolescenata te se mjerenju obiteljskih varijabli i mentalnog zdravlja u budućim istraživanjima

može pristupiti i korištenjem drugih metoda kao što su na primjer intervju, opažanje i korištenje višestrukih procjena od djece i roditelja.

Isto tako, s obzirom na korelacijsku i transverzalnu prirodu istraživanja, koja ograničava mogućnosti zaključivanja o uzročnim čimbenicima narušenog mentalnog zdravlja kod adolescenata, buduća istraživanja rizičnih i zaštitnih čimbenika mentalnog zdravlja mogu znatno profitirati korištenjem longitudinalnih nacrta koji bi pratili djecu i adolescente prije nego se simptomi razviju.

Međutim, unatoč nedostacima, valja napomenuti kako rezultati ovog istraživanja daju korisne informacije za prevenciju i tretman teškoća mentalnog zdravlja u adolescenciji. Budući da je adolescencija period velikih promjena u emocionalnom i socijalnom životu pojedinca, intervencije moraju biti usklađene s kapacitetima i potrebama ovog, vrlo specifičnog, životnog razdoblja. Rezultati istraživanja sugeriraju da je za odgovarajuću prevenciju nužno uključivanje roditelja i obitelji, kao ključnih čimbenika koji pridonose mentalnom zdravlju adolescenata. Edukacija i poticanje roditelja čija djeca ulaze u adolescenciju da i dalje pružaju podršku i vodstvo, da budu osjetljivi za sve raznolikije potrebe svoje djece, da potiču i podržavaju aktivno suočavanja te da reagiraju na njihove interese, brige i osjećaje čine se kao osnovni mehanizmi kojima roditelji mogu pomoći adolescentima da se uspješno prilagode promjenama u svom životu.

6. ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja provedenom na uzorku od 156 adolescenata s ciljem utvrđivanja povezanosti obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata, su pokazali da značajno više ispitanih mladića živi samo s jednim roditeljem te se suočava s osjećajem tuge zbog gubitka člana obitelji, spram adolescentica. Također, vidljivo je kako adolescentice češće iskazuju da nailaze na teškoće u odnosima s roditeljima, kao i da se značajno više suočavaju s depresivnim mislima te se češće samoozljeđuju i razmišljaju o samoubojstvu. S druge strane, mladići iskazuju statički značajno više osjećaja dosade kao i verbalno i/ili fizičko agresivno ponašanje.

Nadalje, sudionici iz skupine učeničkih domova češće iskazuju fizičko i/ili verbalno agresivno ponašanje, češće nezadovoljstvo fizičkim izgledom, osjećaj dosade, češće iskazuju da se osjećaju depresivno te da su im prehrambene navike narušene, češće iskazuju kako ne vide smisao života, ne osjećaju se sigurno u sebe, osjećaju se usamljeno te češće imaju fobije i/ili ponavljajuće misli. S druge strane, sudionici skupine Hrabri telefon iskazuju statistički značajno više suicidalnih misli te se češće samoozljeđuju. Kod sudionika učeničkih domova osjećaj tuge zbog gubitka člana obitelji je češći, roditelji se češće sukobljavaju i svađaju, nailaze na značajno više teškoća u odnosu s bratom i/ili sestrom te češće osjećaju pritisak od strane roditelja. Sudionici Hrabrog telefona, s druge strane, iskazuju značajno više teškoća u odnosu s jednim i/ili oba roditelja.

Najznačajnijim prediktorom mentalnog zdravlja se pokazao odnos s roditeljima, zatim odgojni postupci roditelja te pritisak od strane roditelja.

Rezultati istraživanja sugeriraju da su roditelji jedni od ključnih čimbenika koji pridonose mentalnom zdravlju adolescenata te su kao takvi od velike vrijednosti i značaja za planiranje prevencije pojave teškoća i promocije mentalnog zdravlja adolescenata.

7. LITERATURA

Auerbach, R. P. i Ho, M. R. (2012). A Cognitive-Interpersonal Model of Adolescent Depression: The Impact of Family Conflict and Depressogenic Cognitive Styles. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(6), 792-802.

Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., & Patton, G. (2005). Individual, family, school, and comm unity risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention Science, 6*, 73-88.

Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Berk, L. E. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Brlas, S. i Pleša, M. (2013). Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: Proaktivna skrb psihologa o mentalnom zdravlju psihički bolesnih odraslih osoba. Preuzeto sa: http://www.zzjzvpz.hr/hr/sadrzaj/djelatnost/1/publikacije/psihologija_u_zastiti_MZ.pdf

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Tehnička knjiga – Goldenmarketing.

Deković, M. i Raboteg-Šarić, Z. (1997). Roditeljski odgojni postupci i odnosi adolescenata s vršnjacima. *Društvena istraživanja, 30-31*(4-5), 427-445.

Diminić-Lisica, I. i Rončević-Gržeta, I. (2010). Obitelj i kronična bolest. *Medicina fluminensis, 46*(3), 300-308.

Dodig Ćurković, K., Franić, T., Radić, J., Ćurković, M., Grgić, M., Radić, M., Pivac, N., Mimica-Matanović, S., Delalle, M., Boričević Maršanić, V., Petek Erić, A., Benić, D., Kovač, V., Zebić, P. i Kralik, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.

Đuranović, M. (2012). Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata. *Napredak, 154*(1-2), 31-46.

Ferić, M. (2002). Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 38*(1), 13-24.

Filipović, I. (2009). Uloga obitelji u prevenciji poremećaja u ponašanju. U: Galić, R., Koren Mrazović, M. (ur): *Prevencija poremećaja u ponašanju-stanje i perspektive.* Zagreb: Grad Zagreb, str. 23-27.

Fukkink, R. G., Bruns, S. i Ligtvoet, R. (2016). Voices of Children from Around the Globe; An International Analysis of Children's Issues at Child Helpline. *Children & Society*, *30*, 510-519.

Golubović, Z. (1981). *Porodica kao ljudska zajednica*. Zagreb: Naprijed.

Graovac, M. (2010). Adolescent u obitelji. *medicina fluminensis*, *3*(46), 261-266.

Henry, C. S. (1982). *Parental Power and Behaviors as Antecedents of Adolescent Conformity*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Councillon Family Relations, Washington, DC.

Klarin, M. i Đerđa, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada, 21*(2), 243-262.

Kurtović, A. i Marčinko, I. (2010). Odnos odgojnog stila roditelja sa strategijama suočavanja i depresivnošću kod adolescenata. *Klinička psihologija*, *3*(1-2), 19-43.

Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *MEDICUS*, *2*(18), 155-172.

Ledinski Fičko, S., Čukljek, S., Smrekar, M. i Hošnjak, A. (2017). Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata. *Journal of Applied Health Sciences*, *3*(1), 61-72.

Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme, 21*(1), 61-82.

Macuka, I. i Smojver-Ažić, S. (2012). Osobni i obiteljski čimbenici prilagodbe mlađih adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, *48*(1), 27-43.

Maleš, D. (2012). Obitelj i obiteljski odgoj u suvremenim uvjetima. *Dijete, vrtić, obitelj*, *18*(67), 13-15.

Mihić, J. i Bašić, J. (2008). Preventivne strategije – eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada, 15*(3), 445-471.

Milišić, F., Barić, S. i Berc, G. (2014). Povezanost ranih roditeljskih poruka s mentalnim zdravljem i poremećajima u ponašanju adolescenata u Kiseljaku. *Socijalne teme*, 59-88.

Nikolić, S. i Marangunić, M. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.

Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, *15*(3), 473-498.

Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2003). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Pillay, A. L. (1998). Perceptions of family functioning in conduct disordered adolescents. *South African Journal of Psychology*, *28*(4), 191-195.

Rankin Williams, L. i Anthony, E. K. (2015). A Model of Positive Family and Peer Relationships on Adolescent Functioning. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 658-667.

Rudan, V. (2004). Normalni adolescentni razvoj. *Medix*, *10*(52), 36-39.

Sremić, I. i Rijavec, M. (2010). Povezanost percepcije majčinog i očevog roditeljskog ponašanja i školskog uspjeha kod učenika osnovne škole. *Odgojne znanosti*, *12*(2), 347-360.

Street, J., Harris-Britt, A. i Walker-Barnes, C. (2009). Examining Relationships Between Ethnic Identity, Family Environment, and Psychological Outcomes for African American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 412-420.

Sujoldžić, A., Rudan, V., i De Lucia, A. (2006). *Adolescencija i mentalno zdravlje*. Zagreb: Laser-Plus.

Svjetska zdravstvena organizacija (2014). Mental health: a state of well-being. Preuzeto sa: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Štalekar, V. (2010). Dinamika obitelji i prvi teorijski koncepti. *Medicina fluminensis*, *46*(3), 242-246.

Villalonga Olives, E., Garcia Forero, C., Maydeu-Olivares, A., Almansa, J., Palacio Vieira, J.A., Valderas, J. M., Ferrer, M., Rajmil, L. i Alonso, J. (2013). Environmental risk and protective factors of adolescents' and youths' mental health: differences between parents' appraisal and self-reports. *Quality of Life Research*, 22, 613-622.

Wagner Jakab, A. (2008). Obitelj - sustav dinamičnih odnosa u interakciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, *44*(2), 119-128.

Wei, H.-S. i Chen, J.-K. (2013). The Relationships Between Family Financial Stress, Mental Health Problems, Child Rearing Practice, and School Involvement Among Taiwanese Parents with School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, *23,* 1145-1154.

Weiss, B. i Catron, T. (1994). Specificity of the comorbidity of aggression and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *22*(3), 389-401.

Yeh, K.-H. (2011). Mediating effects of negative emotions in parent–child conflict on adolescent problem behavior. *Asian Journal of Social Psychology,* 14, 236-245.

8. PRILOG

8.1. Upitnik

Pred vama se nalazi anketni upitnik kojim želim ispitati povezanost obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja adolescenata. Anketni upitnik izrađen je u svrhu izrade diplomskog rada na Odsjeku za psihologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu.

Anketa je anonimna što znači da se ne potpisujete i da nitko neće provjeravati Vaše odgovore. Sve što napišete ostaje strogo povjerljivo i koristit će se isključivo kao skupina podataka za statističku obradu. Svi dobiveni podaci bit će korišteni samo i jedino u svrhu izrade diplomskog rada.

Za rješavanje će vam biti potrebno 10 minuta.

Hvala na sudjelovanju!

Dob _____

Spol M Ž

1. Zaokružite odgovore koji se odnose na vas.

Ne živim s oba roditelja. DA NE

Moji roditelji su rastavljeni. DA NE

Roditelj se suočava s ovisnošću i/ili ima psihičkih teškoća. DA NE

2. Pročitajte sljedeće izjave i označite stupanj u kojem se svaka navedena izjava odnosi na Vas.

	Nikad	Ponekad	Često
Osjećam tugu zbog gubitka člana obitelji. (*Gubitak se odnosi na preseljenje nekog člana obitelji ili na smrt člana obitelji.*)			
Moji roditelji se međusobno sukobljavaju i svađaju se.			
U posljednjih godinu dana u moju obitelj došao je jedan ili više novih članova. (*Novi član obitelji odnosi se na rođenje brata ili sestre te suživot s majčinim ili očevim partnerom/icom i/ili njihovom djecom.*)			
Nailazim na teškoće u odnosu s jednim ili oba roditelja.			
Ne slažem se s odgojnim postupcima svojih roditelja.			
Osjećam pritisak od strane roditelja.			
Nailazim na teškoće u odnosu s bratom/sestrom.			
Iskazujem verbalno i/ili fizičko agresivno ponašanje.			
Nezadovoljan/na sam svojim fizičkim izgledom.			
Osjećam dosadu.			
Osjećam se depresivno.			

	Nikad	Ponekad	Često
Moje prehrambene navike su narušene. (*Izbjegavam jesti i /ili prejedam se i/ili povraćam nakon jela.*)			
Osjećam strah i/ili anksioznost (tjeskobu, brigu).			
Ne vidim smisao života.			
Ne osjećam se sigurno u sebe.			
Osjećam se usamljeno.			
Osjećam napadaje panike.			
Imam fobiju i/ili ponavljajuće misli/misli koje mi se stalno vraćaju. (*Fobija se odnosi na izraženi trajni strah, najčešće prekomjeran ili neopravdan, od predmeta, osoba i okolnosti.*)			
Samoozljeđujem se.			
Razmišljam o samoubojstvu.			