Anksioznost u dječjoj dobi

Kelam, Antonia

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:056264

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonia Kelam

ANKSIOZNOST U DJEČJOJ DOBI

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonia Kelam

ANKSIOZNOST U DJEČJOJ DOBI /

ANXIETY IN CHILDHOOD

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Ante Obad

Su-mentor:

Matea Šarić, mag.med.techn.

Split, 2016.

Zahvala

Veliko hvala doc. dr. sc. Anti Obadu, dr. med. te su-mentorici i profesorici Matei Šarić, mag. med. techn., na pomoći pri izradi diplomskog rada, na prenesenom znanju tijekom studiranja na Sveučilišnom studiju zdravstvenih studija, smjer sestrinstvo te razumijevanju i brizi koje su uvijek imali za svoje studente.

Veliko hvala provostupnici sestrinstva Maji Marušić, koja mi je pomogla u provođenju istraživanja u školskoj medicini.

Zahvaljujem se i svojim roditeljima, bratu i sestrama koji su mi pružali veliku podršku i strpljenje te mojoj kćeri koja mi je ulijevala veliku snagu tijekom trogodišnjeg studija.

SADRŽAJ

1. UVOD.....1

1.1. Dječja dob……..1

1.2. Anksioznost……...……2

1.2.1. Klinička slika anksioznosti…….…….3

1.2.2. Strah i anksioznost……...4

1.2.3. Dijagnoza…….6

1.2.4. Liječenje……10

1.2.4.1. Medikamentozno liječenje…….10

1.2.4.2. Psihoterapijsko liječenje……11

1.3. Zdravstveni odgoj……..12

2. CILJ RADA …….……..…14

3. ISPITANICI I METODE……15

3.1. Uzorak ispitanika…….15

3.2. Metode ispitivanja……...15

3.3. Statistička obrada…….15

4. REZULTATI……...16

5. RASPRAVA……...45

6. ZAKLJUČCI……...47

7. LITERATURA……...48

8. SAŽETAK……..50

9. SUMMARY……52

10. ŽIVOTOPIS……54

Prilog 1……55

1. UVOD

Normalan razvoj kod djece i adolescenata uključuje i psihološke probleme i problematična ponašanja. Anksiozni poremećaj, kao i svi drugi problemi vezani za mentalno zdravlje su pod utjecajem bioloških i psiholoških faktora na koje se nadovezuju neki drugi faktori osobne prirode. Neka ponašanja će pospješiti razvoj anksioznosti kao što je strogi odgoj u kombinaciji sa konstantnim ponižavanjem djeteta. Nasuprot tome, previše zaštitnički roditelji, koji odlučuju i reagiraju umjesto svoje djece ili koji ih neprekidno štite od svega i svih, stvorit će sumnju kod djeteta, koje će i dalje povećati dječju nesigurnost u sebe i druge. Neke traume isto tako mogu izazvati anksiozni poremećaj. Treba istaknuti da su neka djeca koja se nalaze u blizini anksiozne osobe, koja za dijete predstavlja uzor, sklonija anksioznosti od onih koji rastu oslobođeni takvih utjecaja. Ne treba isključiti ni biološku predisponiranost neke djece, kao ni neurofiziološke uzročnike [1].

Dijete može iskusiti različite manifestacije anksioznosti (brige, anksiozno ponašanje..) kao dio normalnog razvoja. Prisutnost ovih simptoma anksioznosti ne moraju imati značaja u ostatku života. Normalne simptome povremenih strahova djetinjstva djeca prerastu. Većina ljudi smatra da su djevojčice bojažljivije i tjeskobnije od dječaka. Međutim, istraživanja nisu potvrdila ovu pretpostavku. Iako su djevojčice sposobnije pokazati osjećaje, studije koje su provele istraživanje pokazuju da su oba spola sličnija po pitanju anksionznost nego što se misli. Dječaci i djevojčice imaju isti broj briga, i slične primjere briga. Ne postoji ni razlika u simptomima anksioznosti, uključujući i strahove [2].

1.1. Dječja dob

U tijeku djetetova razvoja razlikuju se pojedina razdoblja koja pokazuju određene karakteristike.

I. Prenatalni

II. Postnatalni razvoj koji se dijeli na:

1. Novorođenče (do 28 dana života);
2. Dojenče (od 28 dana do kraja prve godine života);
3. Maleno dijete (od navršene prve do kraja treće godine života);
4. Predškolsko dijete (od treće do kraja šeste godine života);
5. Školsko dijete (od početka sedme godine do nastupa puberteta);
6. Pubertet (vrijeme sazrijevanja) – od nastupa prvih sekundarnih spolnih oznaka do nastupa spolne zrelosti;
7. Adolescencija (mladenačko doba) od nastupa spolne zrelosti do završetka ukupnog tjelesnog razvoja. U ženskog spola završava u dobi od 16. do 18. godine, u muškog spola od 18. do 20. godine [3].

1.2. Anksioznost

Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost. Anksioznost i anksiozni poremećaji su među najčešćim psihološkim i zdravstvenim problemima sa prevalencijom od čak 20 do 30 % [4].

Perls definira anksioznost kao raskorak između sadašnjosti i budućnosti [5]. Kad god se napusti sigurna baza sadašnjosti i postane zaokupiran budućnošću, doživljava se anksioznost. Prema Perlsu, anksioznost ima također i fizičku komponentu – u anksioznom stanju dah se zadržava, odnosno disanje je površno te se blokira mobilizacija energije potrebna da bi se izvršila aktivnost.

1.2.1. Klinička slika anksioznosti

Neovisno o kojem se anksioznom poremećaju radilo, simptomi anksioznosti manifestiraju se na četiri glavna područja: tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom [4].

Na tjelesnom planu bilježimo kardiovaskularne, respiratorne, gastrointestinalne i druge promjene potaknute djelovanjem autonomnog živčanog sustava koji mobilizira tijelo na suočavanje s predstojećim problemom. Tjelesni simptomi su dominantno obilježje separacijske anksioznosti i paničnog napada. Fiziološke promjene praćene su subjektivnim doživljajima na emocionalnom planu (npr. mišićna napetost praćena je osjećajem neugode, slabosti i nesigurnosti; ubrzano lupanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se onesvijestiti). U nekim slučajevima tjelesni simptomi praćeni su intenzivnim strahom, tj. anksioznom osjetljivosti koja predstavlja strah da će tjelesni simptomi poput lupanja srca, drhtanja ili bolova u trbuhu imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice.

Na kognitivnom planu obično se vidi potpuna intelektualna konfuzija, a prevladavaju simptomi poput anticipacije nesreće i zabrinutost. Upravo na ovom planu postoji razlika između anksioznosti i ostalih emocionalnih reakcija: u većini slučajeva emocionalne reakcije praćene su visoko strukturiranim kognitivnim sustavima, dok kod anksioznosti imamo upravo suprotnu pojavu - kognitivnu dezorganizaciju. Ovakvi doživljaji pridonose još većoj uznemirenosti i vode k uglavnom manje adaptiranim oblicima ponašanja.

Na bihevioralnom planu prepoznaju se tri dominantna ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija. Izbjegavanje je dominantno obilježje fobija, stereotipije se posebno uočavaju u opsesivno - kompulzivnom poremećaju, a slabija koordinacija u obliku tremora, nespretnosti ili potpune zakočenosti u socijalnim anksioznim poremećajima.

Anksiozni poremećaji predstavljaju jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena koji se manifestiraju kroz čitav spektar najrazličitijih promjena. U DSM-IV klasifikacijskom sistemu [4] opisano je 8 glavnih kategorija ili poremećaja anksioznosti koji se mogu javiti u odrasloj dobi, ali i u doba djetinjstva i adolescencije:

panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj.

1.2.2. Strah i anksioznost

Anksioznost je rijetko verbalno izražena, a kod djece i adolescenata je vezana za pojedine faze u razvoju. Ona se manifestira kroz strahove koji su karakteristični za određeni razvojni period.

- Prve dvije godine:
    - separacijski strah (5.-7. mjesec);
    - strah od nepoznatih osoba (7.-9. mjesec);
    - strah od iznenadnih, jakih zvukova.
- Strahovi djece predškolske dobi:
    - strah od životinja;
    - strah od liječnika;
    - strah od pljačkaša, otmičara i lopova;
    - strah od vremenskih nepogoda;
    - strah od imaginarnih bića;
    - noćni strahovi i more (2.-8. godina).
- Strahovi djece mlađe osnovnoškolske dobi:
    - strah od životinja;
    - strah od imaginarnih bića;
    - strah od tjelesnih povreda, bolesti i smrti;
    - strah od škole;
    - strah od mraka.
- Strahovi djece u doba adolescencije:
    - strah od tjelesnih povreda;

- strahovi vezani za tjelesni izgled i osobnu kompetentnost;
- strah od medicinskih intervencija;
- strah od socijalne neprihvaćenosti;
- strah od javnih nastupa;
- strah od rata i nasilja [6].

Strah i anksioznost su, kao i većina ostalih psiholoških fenomena u djetinjstvu i adolescenciji, međusobno vrlo isprepleteni i teško ih je razlikovati. Pokazalo se da intenzivni i dugotrajni strahovi u vrijeme adolescencije predstavljaju najsnažniji faktor ranjivosti za anksiozne poremećaje u odrasloj dobi [6]. Zbog toga se u kliničkoj psihologiji djetinjstva i adolescencije i razvojnoj psihopatologiji strahovi i anksioznosti najčešće istražuju paralelno.

Dječji strahovi se opisuju kao reakcije na percipiranu prijetnju koje uključuju izbjegavanje te prijeteće situacije ili objekta, subjektivni osjećaj nelagode i fiziološke promjene. Za strahove se pretpostavlja da uključuju uglavnom istovjetne reakcije na specifične podražaje poput prirodnih događaja (mrak, grmljavina) ili apstraktne pojmove (rat, osjećaj odbačenosti), dok je anksioznost u većoj mjeri difuzna reakcija na nespecifične podražaje. Ako je opasnost prepoznata i vezana za realne, vanjske objekte i ako osoba zna čega se boji, onda govorimo o strahu. Međutim, ako je opasnost objektivno nepostojeća i neodređena, ona potiče prvobitna doživljavanja straha od nepoznatog i javlja se osjećaj očekivanja te nepoznate i prijeteće opasnosti. Taj "slobodno plutajući strah" unutarnjeg porijekla, koji nije vezan za određenu situaciju ili objekt, čini anksioznost.

Općenito se upozorava da je strah od specifičnih događaja manje stresan od anksioznosti jer omogućuje osobi da se fokusira na specifični objekt i mobilizira energiju za neku, određenu akciju, npr. za bijeg. To znači da u slučaju straha priroda prijetnje može biti adekvatno procijenjena, dok je kod anksioznosti ta prijetnja uglavnom manje jasna i fluktuirajuća te stoga predstavlja opasnost za psihološku egzistenciju organizma. Osim toga, u slučaju anksioznosti postoji dominantan osjećaj neugode koji je i vremenski trajniji, dok u slučaju straha neugoda nestaje brzo nakon rješavanja opasne situacije i ne postoji tolika perzistencija napetosti kao u anksioznosti [6]. Tendencija odraslih da ne razlikuju strah i anksioznost kod djece nastaje iz pogrešnih tumačenja djetetovih izjava u stanjima anksioznosti na temelju kojih se

zaključuje da se dijete uplašilo nečeg. Anksioznost je dakle sastavni dio zdravog psihičkog razvoja djeteta i adolescenta. Ona ima ulogu u adaptaciji djeteta i ponekad doprinosi izbjegavanju nepotrebnih rizika. Međutim, u nekim slučajevima ona može postati ozbiljan problem.

Kod djece, manifestacija anksioznog poremećaja zavisi od uzrasta i stadija razvoja djeteta. Na najranijim uzrastima se javljaju separacijska anksioznost (jak strah od udaljavanja od roditelja), te selektivni mutizam (nemogućnost govora izvan obitelji); postepeno, sa uzrastom se manifestacije sve više približavaju onima koje susrećemo kod odraslih kao što su specifične fobije (strah od nekog predmeta ili neke situacije, npr. škole, strah od povraćanja), generalizirana anksioznost (pretjerana briga, osjećaj neizbježne katastrofe), socijalne fobije (strah od mišljena drugih, strah od poniženja koji dovodi do izbjegavanja socijalnih situacija), panični poremećaj (situacije izražene anksioznosti, praćene strahom od umiranja, gubitka kontrole praćene ubrzanim radom srca, drhtanjem, itd.), opsesivno kompulsivni poremećaj (neugodne slike i misli – strah od zaraze…), sindrom posttraumatskog stresa (proživljavanje nekog traumatičnog iskustva kroz „flash-back“, izbjegavanje situacije koja podsjeća na događaj, hipervigilnost). Anksiozni poremećaj se ispoljava i kroz neke druge simptome koji mogu biti: somatski (bolovi, povraćanje, umor), poremećaji spavanja (insomnija, odbijanje odlaska na spavanje, noćne more), poremećaji ponašanja (ljutnja, uznemirenost, povlačenje) [1].

Inhibiran temperament djeteta može biti predispozicija za ispoljavanje anksioznog poremećaja kod djeteta. Studije ukazuju da je 10 do 20 % djece i adolescenata pogođeno ovim poremećajem, što ukazuje da je to najrasprostranjeniji poremećaj za ovu uzrasnu skupinu.

1.2.3. Dijagnoza

Osnovno dijagnostičko pravilo za postavljanje dijagnoze jednog od anksioznih poremećaja svodi se na utvrđivanje simptoma anksioznosti. Oni predstavljaju skup psihičkih i tjelesnih simptoma koji se obično javljaju kada je bilo koja osoba uplašena.

Osobe s anksioznim poremećajem imaju simptome anksioznosti bez poznavanja uzroka straha, ili u nekim situacijama u kojima uobičajeno ne postoji strah kod drugih

ljudi. Te osobe i same uviđaju bezrazložnost straha, ali ga ipak osjećaju. Stoga je važno utvrditi okolnosti u kojima se simptomi javljaju kako bi se mogla postaviti dijagnoza specifičnoga anksioznog poremećaja. Simptomi anksioznosti, okolnosti u kojima se javljaju i trajanje simptoma predstavljaju osnovne dijagnostičke smjernice za dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. U kliničkoj primjeni u Hrvatskoj za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja koristi se međunarodna MKB 10 klasifikacija.

Kako bi se dijagnosticirao anksiozni poremećaj, potrebno je utvrditi sljedeće:

1. ima li osoba simptome anksioznosti koji su prikazani u Tablici 1; potrebno je utvrditi točan broj simptoma;
2. postoje li situacije u kojima se javljaju simptomi, javljaju li se povremeno bez obzira na situaciju, ili su kontinuirano prisutni tijekom dulje vremena;
3. postoji li stresni događaj nakon kojeg su se javili simptomi, jesu li povezani s nekom tjelesnom bolesti ili su posljedica nuspojava lijekova.

Simptomi anksioznosti moraju biti primarni, a ne sekundarni u sklopu nekoga drugog psihičkog poremećaja kao što su to različiti poremećaji povezani sa psihotičnim stanjima, depresijom, tjelesne bolesti (npr. hipertireoza), ili su posljedica uzimanja lijekova.

Kako bi se odredila težina poremećaja, potrebno je procijeniti teškoće socijalnog i radnog funkcioniranja koje osoba ima zbog simptoma bolesti. Procjena ovih teškoća često je važna za procjenu sposobnosti bolesnika za rad. Anksioznost je predstavljena skupinom simptoma (Tablica 1) koji se kod različitih osoba javljaju s različitom frekvencijom, ali kod svih anksioznih poremećaja uvijek mora biti prisutan najmanje jedan simptom podražaja vegetativnog sustava, kao što su lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa, znojenje, tremor ili drhtanje tijela i suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom). Da bi se postavila dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja, paničnog poremećaja i socijalne fobije, osoba mora imati barem jedan od simptoma podražaja vegetativnog sustava i minimalno još jedan simptom iz skupina navedenih u Tablici 1 u slučaju agorafobije, za socijalnu fobiju minimalno dva, a za panični poremećaj i generalizirani anksiozni poremećaj ukupno četiri simptoma, od kojih minimalno jedan mora biti simptom podražaja vegetativnog sustava. Najčešće bolesnici imaju veći broj simptoma od minimalno potrebnih.

Tablica 1. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja (MKB10)

I.	**Simptomi podražaja vegetativnog sustava**
1.	lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa
2.	znojenje
3.	tremor ili drhtanje tijela
4.	suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom)
II.	**Simptomi koji se odnose na grudni koš i abdomen**
1.	teškoće pri disanju
2.	osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja
3.	bol ili nelagoda u grudnom košu
4.	mučnina ili nelagoda u abdomenu (npr. bućkanje u želucu)
III.	**Simptomi povezani smentalnimstanjem**
1.	osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti
2.	osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili distanciranost osobe od sebe same
3.	strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati
4.	strah od smrti
IV.	**Opći simptomi**
1.	navala topline ili navala hladnoće
2.	osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave
V.	**Simptomi tenzije**
1.	mišićna napetost i bolovi
2.	fizički nemir i nemogućnost opuštanja
3.	osjećaj napetosti, psihičke napetosti
4.	doživljaj knedle u grlu ili teškoća gutanja
VI.	**Drugi nespecifični simptomi**
1.	pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje
2.	teškoće koncentracije, kao da je mozak prazan, poteškoće u mišljenju zbog briga i anksioznosti
3.	stalno prisutna razdražljivost
4.	teškoće pri usnivanju zbog stalne zabrinutosti
VII.	
	1. crvenjenje i drhtanje
	2. strah od povraćanja
	3. nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti mokrenja ili defekacije

Izvor: MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.

Kod bolesnika koji ima primarne anksiozne simptome (nisu dio kliničke slike neke druge psihičke bolesti) treba odrediti:

1. broj simptoma
2. situacije u kojima se simptomi javljaju
3. prisutnost spontanih paničnih napadaja
4. trajanje poremećaja
5. prisutnost vanjskog stresnog događaja i uzročnu vezu s događajem.

Za dijagnozu paničnog poremećaja potrebno je sljedeće: najmanje četiri simptoma, od toga jedan simptom iz skupine I s tri simptoma iz skupina I-IV; najmanje nekoliko spontanih paničnih napadaja u periodu od jednog mjeseca; jasna obilježja kliničke slike paničnog napadaja (jasno izdvojena epizoda straha ili nelagode, počinje naglo, doseže maksimum u nekoliko minuta i traje najmanje nekoliko minuta). Ukoliko se simptomi panike javljaju za vrijeme izlaganja situacijama koje se dijagnosticiraju kod agorafobije, treba zabilježiti agorafobiju s paničnim napadajem. Ukoliko se javljaju kod situacija koje izazivaju fobiju, treba zabilježiti pod fobije.

Za dijagnozu agorafobije potrebno je sljedeće:najmanje dva simptoma od toga jedan simptom iz skupine I u kominaciji s jednim simptom iz skupine I-IV. Simptomi se pojavljuju u najmanje dvije od sljedećih situacija: veliki broj ljudi, na javnim mjestima, prilikom odlazaka od kuće ili putovanja bez pratnje te prilikom odlazaka iz kuće koje osoba izbjegava ili ih podnosi s nelagodom.

Za dijagnozu socijalne fobije potrebno je sljedeće: najmanje tri simptoma (jedan simptom iz skupine I s jednim od simptoma iz skupine I-IV s jednim simptom iz skupine VII). Simptomi se javljaju kod izlaganja situaciji u kojoj je osoba u središtu pozornosti (npr. komunikacija u manjoj grupi, zabave, sastanci, ljubavni sastanak i sl.). Mora biti prisutno izbjegavanje ovih situacija ili podnošenje s nelagodom.

Za dijagnozu generalizirajućeg anksioznog poremećaja (GAD) potrebno je sljedeće:najmanje 4 simptoma (jedan od I uz tri simptoma iz skupina I-VI). Anksioznostmora biti stalna i nevezana za specifične situacije, niti se ne smije javljati u napadajima. Tenzija mora biti prisutna najmanje nekoliko mjeseci, uz zabrinutost oko svakodnevnih događaja i problema.

Za dijagnozu poremećaja prilagodbe potrebno je sljedeće: vanjski stresni događaj u uskoj vezi s nastankom simptoma, trajanja simptoma ne dulje od 6 mjeseci,

osim za prolongiranu depresivnu reakciju. Simptomi su najčešće mješavina depresivnih i anksioznih [7].

1.2.4. Liječenje

1.2.4.1. Medikamentozno liječenje

Anksioznost se može liječiti anksioliticima, u koje pripadaju benzodiazepini (diazepam, oksazepam, bromazepam, alprazolam, lorazepam) i buspiron. Benzodiazepini djeluju anksiolitički, antikonvulzivno, miorelaksirajuće i sedativno. Oni se u pravilu dobro podnose, sigurni su i netoksični lijekovi, zbog čega imaju šire indikacijsko područje. Glavna im je prednost brzi početak djelovanja, koje se uočava već nakon prvog uzimanja lijeka. Nedostatci su liječenja anksioznosti ovom skupinom lijekova razvoj tolerancije, što znači da je tijekom njihove upotrebe potrebna sve veća doza da bi se održao isti učinak. Ako se benzodiazepini koriste duže od 4-6 tjedana, do 40% pacijenata razvit će ovisnost o njima. Primjena benzodiazepina u liječenju anksioznih poremećaja treba biti racionalna, u što manjoj dozi i u što kraćem vremenu – u tretmanu akutnog pogoršanja simptoma anksioznosti. Buspiron se koristi kao blagi anksiolitik za blaže oblike neuroza [8].

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) danas predstavljaju temeljnu terapiju u dugotrajnom liječenju anksioznih poremećaja. Skupini SIPPS-a pripadaju: fluvoksamin, fluoksetin, sertralin, paroksetin, citalopram i escitalopram. Sigurni su lijekovi, visoko su učinkoviti, dobro se podnose, ne izazivaju ovisnost, nemaju značajniji utjecaj na druge organske sustave te predstavljaju terapiju prvog izbora kod većine anksioznih poremećaja. Ova skupina lijekova previđena je za dugotrajnije liječenje, a prema istraživanjima 72 % pacijenata postiže remisiju nakon 8 tjedana.

Od drugih antidepresiva u liječenju anksioznih poremećaja koriste se mirtazapin i venlafaksin. Treba imati na umu da ovi lijekovi mogu u početku liječenja izazvati prolazno pogoršanje anksioznih simptoma. Drugi lijekovi koji se koriste u liječenju anksioznih poremećaja:

1. Beta-blokatori (posebice propranolol) mogu biti učinkoviti u smanjenju simptoma koji nastaju kao posljedica aktivacije autonomnog živčanog sustava, posebno kardiovaskularnih manifestacija anksioznosti. Ova skupina lijekova može biti učinkovita i kod simptoma ustezanja koji se mogu javiti nakon duže upotrebe anksiolitika.
2. Antipsihotici, iako nemaju indikacijsko područje u tretmanu anksioznih poremećaja, pokazali su učinkovitost kod težih i dugotrajnih anksioznih poremećaja, posebice kada je anksioznost udružena s drugim psihičkim poremećajima [8].

1.2.4.2. Psihoterapijsko liječenje

U liječenju anksioznosti najučinkovitiji se pokazao kombinirani farmakoterapijski i psihoterapijski pristup, kao i druge nemedikamentozne metode liječenja. U liječenju anksioznih poremećaja primjenjuje se kognitivno-bihevioralna terapija. Općenito se postavljaju osnovni ciljevi terapije, kao što je djelovanje na psihičke i psihosomatske simptome anksioznosti, kontrola emocionalno-vegetativnih, kognitivnih i bihevioralnih simptoma, pri čemu se primjenjuju tehnike relaksacije, tehnike disanja, sistematska desenzitizacija, preplavljujuće tehnike, pozitivno mišljenje, kognitivno restrukturiranje te trening socijalnih vještina. Kao cilj se postavlja razvoj sposobnosti podnošenja stresnih životnih situacija kroz tehnike suočavanja sa stresom i modifikacijama sustava nagrađivanja. U liječenju se koristi i individualna psihoterapija. Cilj je jačanjem ega postići promjenu ponašanja prema situaciji u realitetu. U kratkoj dinamičkoj psihoterapiji anksioznih bolesnika odredimo jedan problem kojim ćemo se baviti. Terapeut nastoji pacijentu pokazati stalni interes i brigu za njega što ima emocionalno značenje koje treba pacijenta zaštititi od straha, pospješiti proces individualizacije i u konačnici pospješiti proces socijalizacije [8].

Suportivna psihoterapija koristi se kod blagih anksioznih poremećaja, u akutnim emocionalnim krizama, ali i kod kronificiranih anksioznih stanja kada drugim oblicima liječenja nismo postigli značajnije rezultate.

Grupna psihoterapija zauzima važno mjesto u tretmanu anksioznih poremećaja, a namijenjena je osobama s niskim samopoštovanjem, komunikacijskim problemima, poteškoćama u kontroli emocionalnih reakcija, poteškoćama u socijalnim odnosima i sl.

Autogeni trening predstavlja sustav vježbi koje se provodi u svrhu tjelesne i psihičke relaksacije. Tjelesnim vježbama postiže se kontrola autonomnog živčanog sustava, koji je naglašeno aktivan kod anksioznih osoba. Tehnika vizualizacije ugodne situacije također se primjenjuje u tretmanu anksioznih poremećaja.

U liječenju anksioznosti najučinkovitiji se pokazao kombinirani farmakoterapijski i psihoterapijski pristup, kao i druge nemedikamentozne metode liječenja. Liječenje treba biti individualno prilagođeno. Potrebno je dobro informirati osobu o čemu se radi, pomoći joj da razumije svoje simptome te je poticati da aktivno sudjeluje u svome liječenju. Današnje mogućnosti liječenja anksioznosti su široke, značajno smanjuju subjektivnu patnju, a osoba može imati kvalitetniji i sretniji život [8].

1.3. Zdravstveni odgoj

Zdravstveni odgoj ili još preciznije odgoj i obrazovanje za zdravlje jest medicinsko - pedagoška disciplina koja se bavi unapređenjem zdravstvene kulture društva. On omogućava medicini da poveže svoje rezultate sa socijalnim i kulturnim ostvarenjima te da odgojnim i obrazovnim procesima omogući da ljudi znanja pretvaraju u zdravstvena uvjerenja. U skladu s tim zdravstveni odgoj u našim školama temelj je prevencije, unapređenja zdravlja , sprečavanja bolesti i osiguravanja kvalitete života. Kvaliteta života puno je više od životnog standarda i u svojoj bazi počinje sa slobodom, a jedina prava ideja slobode jest sloboda od straha. Strah raste u neznanju, a jedan od najvećih strahova sigurno je strah od bolesti. Prema tome, odgoj i obrazovanje za zdravlje u našim školama je borba za čovjeka koji će znanjem i vještinama, vrijednostima i strahovima upravljati svojim zdravljem i tako se boriti za osobnu slobodu [9].

Zdravstveni odgoj provodi se u hrvatskim školama kroz 4 modula:

1. Živjeti zdravo;
2. Prevencija nasilničkog ponašanja;
3. Prevencija ovisnosti;
4. Spolna/ rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje).

Zdravstveni odgoj, uz već prisutne sadržaje međupredmetne teme Zdravlje, sigurnost i zaštita okoliša, zdravstveni odgoj dodatno promiče i osigurava pozitivan i odgovoran odnos učenika prema zdravlju, sigurnosti, zaštiti okoliša i održivu razvoju te na taj način osigurava punoću definicije zdravlja kao stanja potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili iznemoglosti.

2. CILJ

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi odnos anksioznosti između učenika V. razreda osnovne škole Supetar i osnovne škole Vis.

Specifični ciljevi ovog istraživanja su:

1) Utvrditi najčešći simptom anksioznosti;
2) Utvrditi najčešći uzrok anksioznosti.

Hipoteza istraživanja: Učenici petog razreda osnovne škole Supetar neće imati učestalije simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Uzorak

Istraživanje je provedeno na učenicima V. razreda osnovne škole u ordinaciji školske medicine na otoku Braču i otoku Visu. Sudjelovanje ispitanika je bilo dobrovoljno uz jamčenu anonimnost. Sudjelovalo je ukupno 41 ispitanik, različitog spola.

3.2. Metoda istraživanja

Provođenje istraživanja odobreno je od strane etičkog povjerenstva Nastavnog zaqvoda za javno zdravstveno Splitko – dalmatinske županije (Klasa: 500-01/16-01/15, Ur. Br.: 2181-103-01-16-4). Istraživanje je provedeno u ožujku 2016. godine pomoću Skala dječje anksioznosti autorice Purić (1992.; prema Caser, 1997.), a koja je namijenjena ispitivanju anksioznosti djece školske dobi. Skala sadrži 27 tvrdnji koje obuhvaćaju različite anksiozne simptome, a ispitanik treba odlučiti je li svaka tvrdnja za njega točna (T) ili ne (N). Za svaki točan odgovor dobiva se po jedan broj, dok se netočni odgovori ne boduju. Veći zbroj ukazuje na veću anksioznost. Provjera pouzdanosti SKAN skale pokazala je visoku pouzdanost; Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.83 (Purić, 1992.; prema Caser, 1997.). Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti dobiven u ovom istraživanju iznosi 0.755, a korelacije rezultata na pojedinim česticama s ukupnim rezultatom kreću se od 0.194 do 0.612 (Prilog 1). Istraživanje je provedeno na sistematskom pregledu djece u ordinaciji školske medicine nakon dobivanja pisane suglasnosti roditelja o sujelovanju djece u istraživanju.

3.3. Statistička obrada

Prikupljeni podatci iz upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu je korištena deskriptivna statistika. Za određivanje statističke značajnosti korišten je T-test.

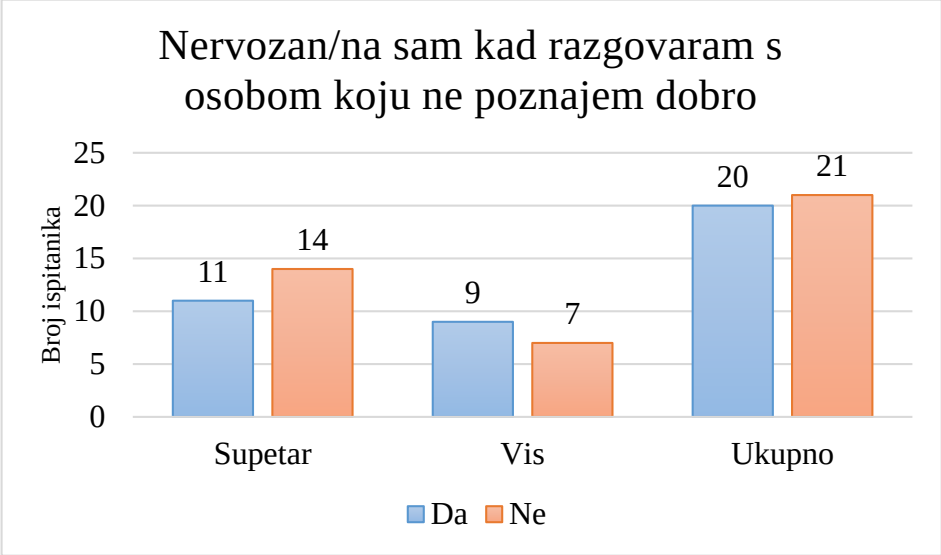
4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 41 ispitanik. Najzastupljenija dobna kategorija ispitanika je od dvanaest godina života (Tablica 2).

Tablica 2. Demografski podatci ispitanika

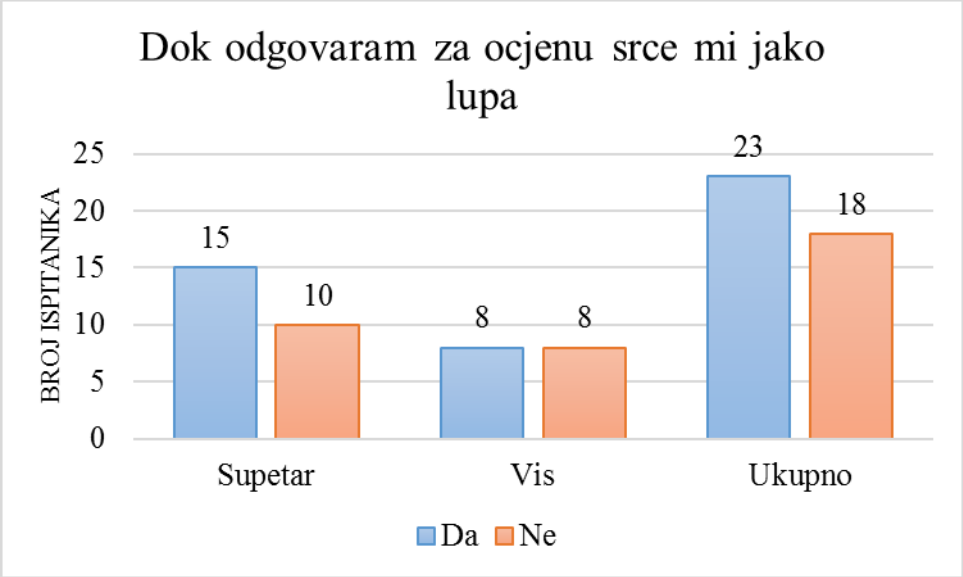
		Osnovna škola Supetar	Osnovna škola Vis	Ukupno (N)
Broj ispitanika		25	16	41
Spol	Muški	11	7	18
	Žene	14	9	23
Godina rođenja	2003. g.	2	0	2
	2004. g	16	11	27
	2005. g.	7	5	13

Podjednaki broj ispitanika izražava nervozu kada razgovaraju s osobom koju ne poznaju dobro. Nije pronađena razlika između ispitanika iz osnovne škole Supetar (44 %) i osnovne škole Vis (44 %) (Slika 1).



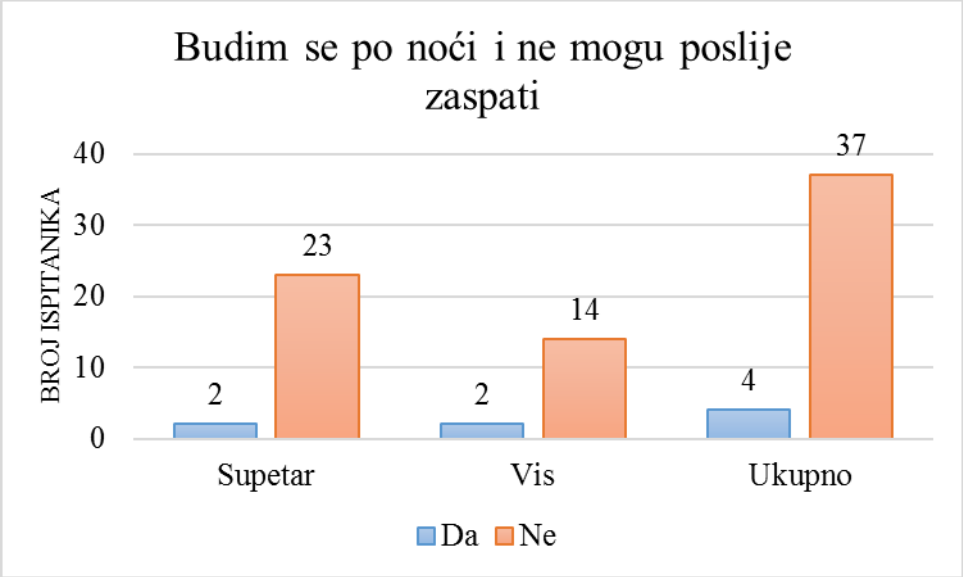
Slika 1. Komunikacija s nepoznatim osobama

Ukupno 23 ispitanika od od njih 41 osjeća tahikardiju prilikom usmenog odgovaranja (Slika 2). U više ispitanika iz osnovne škole Supetar je izažen ovaj simptom (60 %), nego kod ispitanika iz osnovne škole Vis (50 %).



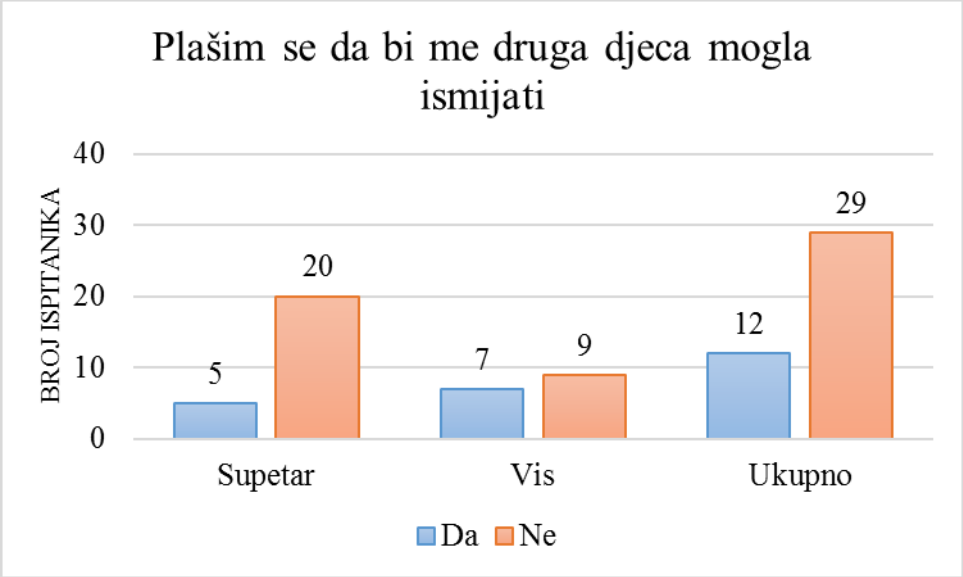
Slika 2. Tahikardija prilikom usmenog ispitivanja

Jednak broj ispitanika (N=2) navodi prisustvo poremećaja spavanja (Slika 3). Nije pronađena statistički značajna razlika među kategorijama ispitanika. Ovo je najrjeđi simptom anksioznosti prisutan kod ispitanika u obe kategorije.



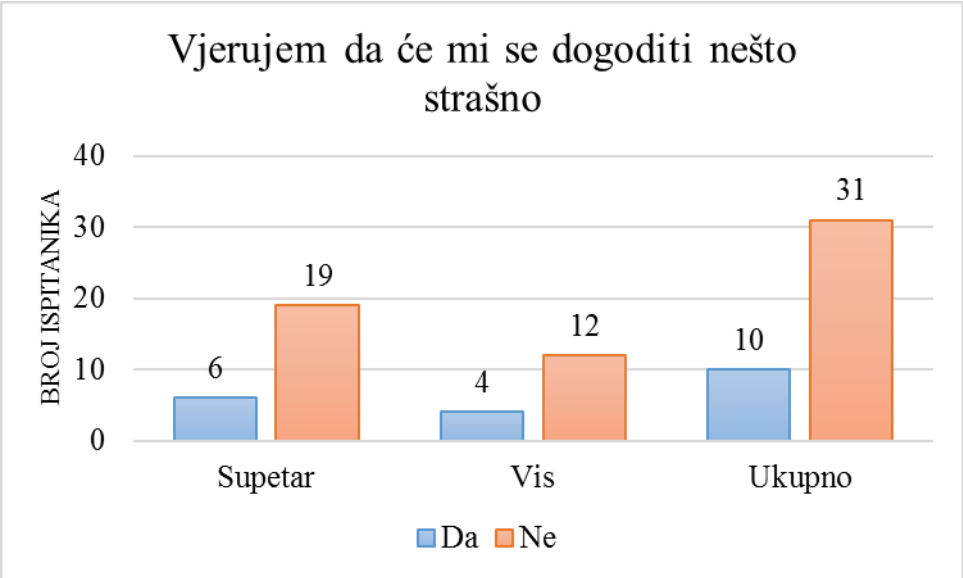
Slika 3. Poremećaj spavanja

Skoro polovina ispitanika (44 %) iz osnovne škole Vis izražava zabrinutost od ismijavanja i to od strane druge djece. U osnovnoj školi Supetar 20 % ispitanika izražava isti strah (Slika 4).



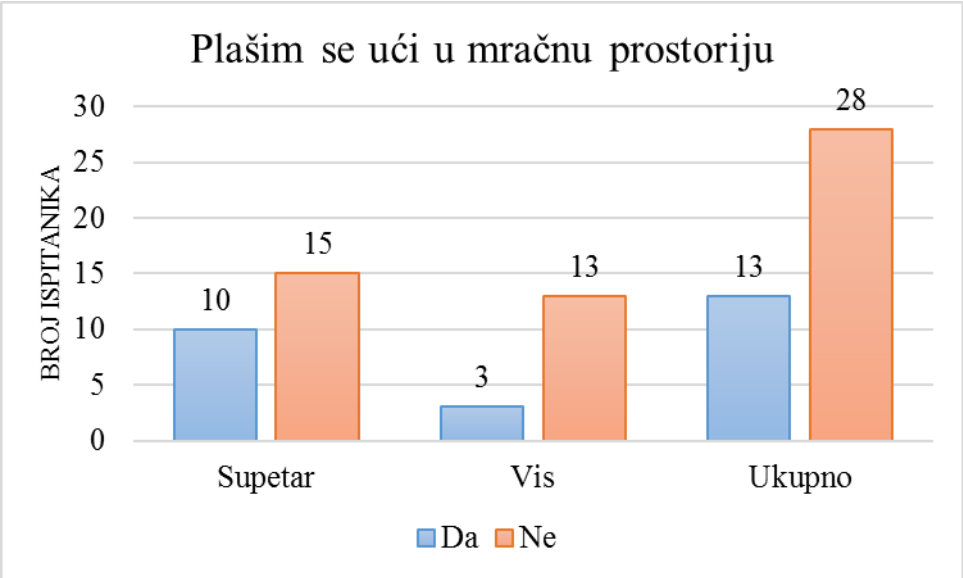
Slika 4. Strah od ismijavanja

Četvrtina ispitanika (N=10) vjeruje da će im se dogoditi nešto strašno (Slika 5). Strah je prisutan u 24 % ispitanika s Brača i u 25 % ispitanika s Visa.



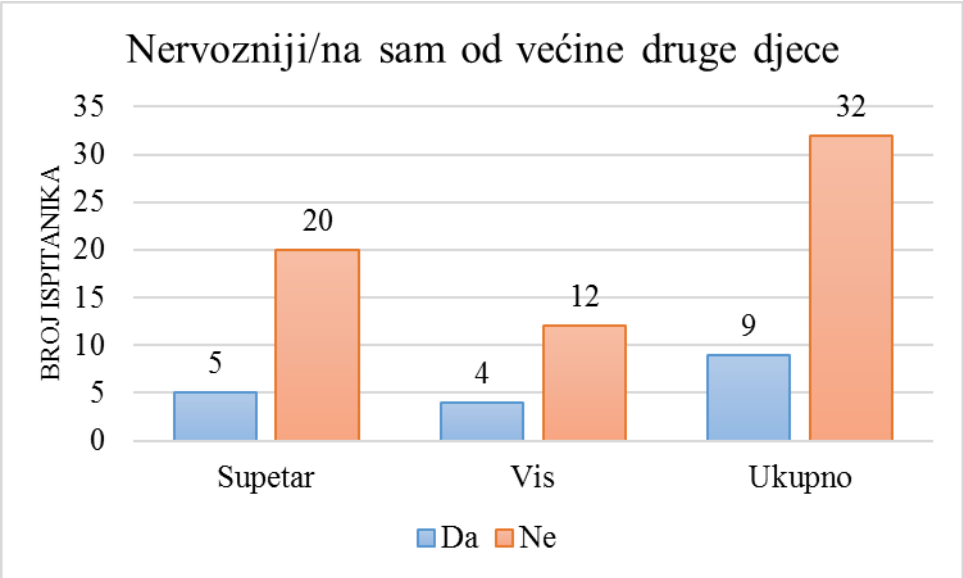
Slika 5. Zle slutnje

Ukupno 32 % ispitanika izražava strah od ulaska u mračne prostorije (Slika 6). Veći broj ispitanika iz Supetra (60 %) izražava strah od ispitanika s Visa (19 %).



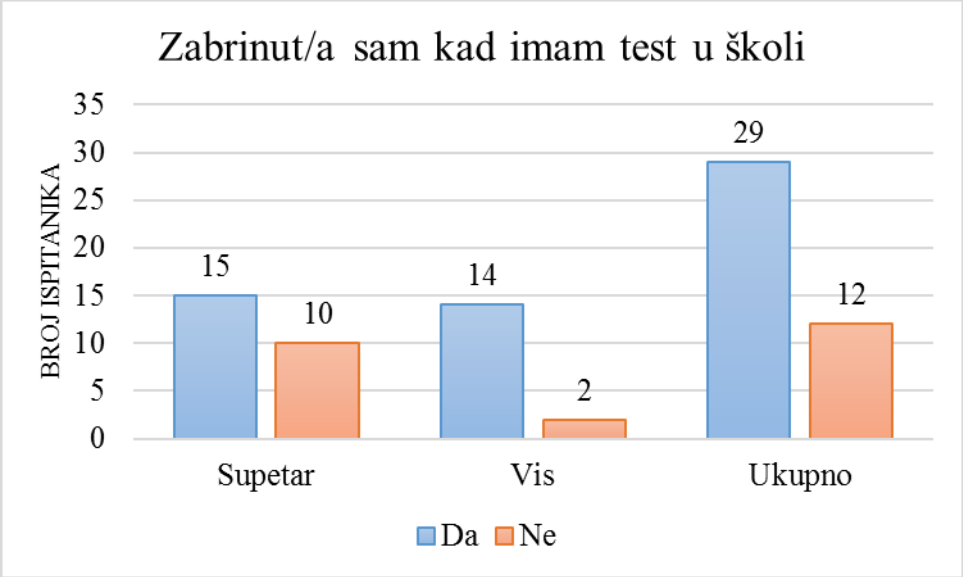
Slika 6. Strah od mračnih prostorija

Skoro četvrtina ispitanika smatra da su druga djeca nervoznija od njih (Slika 7). Nije pronađena značajna razlika između bračana (20 %) i Višana (25 %).



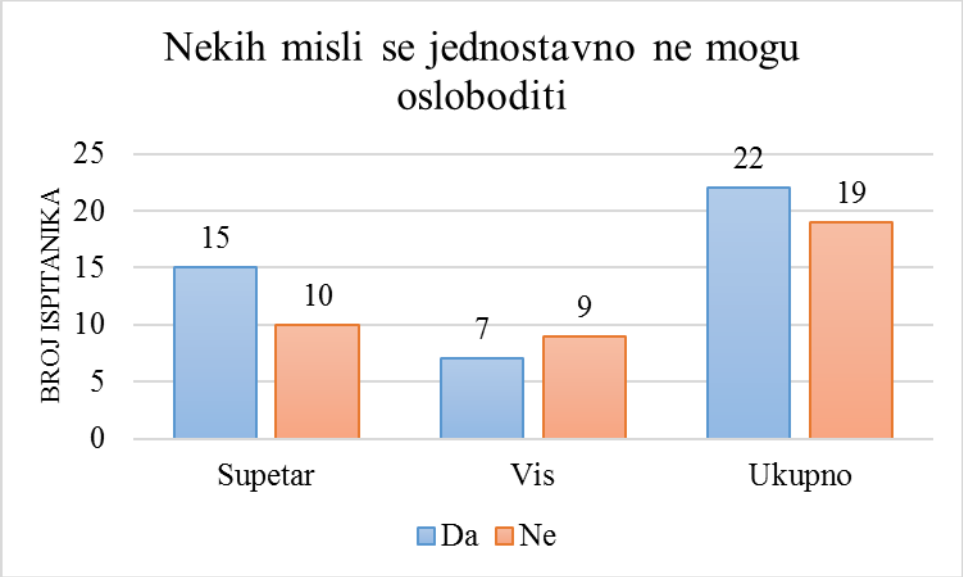
Slika 7. Prisutnost nervoze u odnosu na druge

Ukupno 71 % ispitanik izražava zabrinutost u svezi sa školskim testovima (Slika 8). Zabrinutost je značajno prisutnija kod ispitanika s Visa (87 %), nego kod ispitanika iz Supetra (60 %).



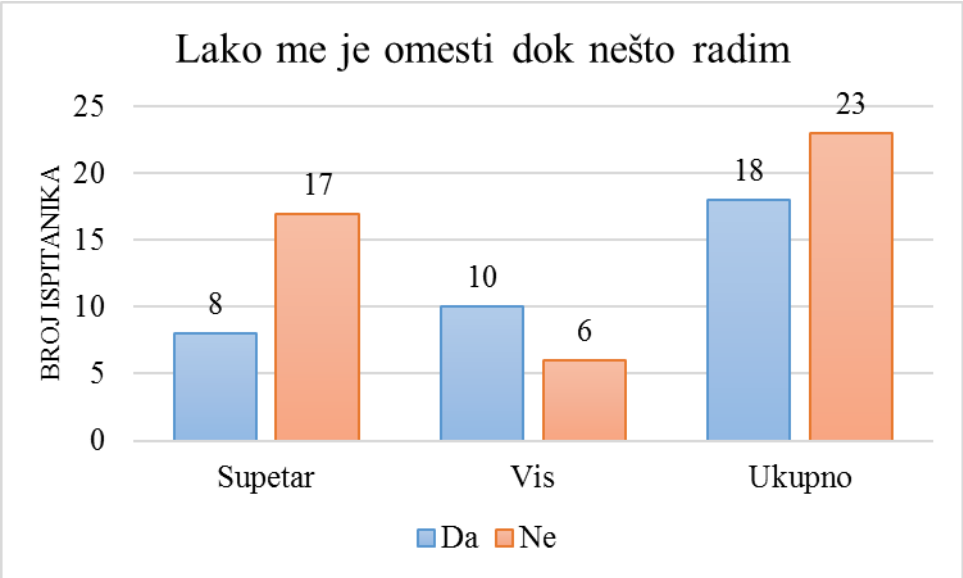
Slika 8. Zabrinutost u svezi sa školskim testovima

Više od polovice ispitanika (N=22) potvrđuje da ih povremeno „progone“ određene misli, a pri tome više ispitanika iz Supetra (60 %) izražava opterećenost određenim mislima od ispitanika s Visa (44 %) (Slika 9).



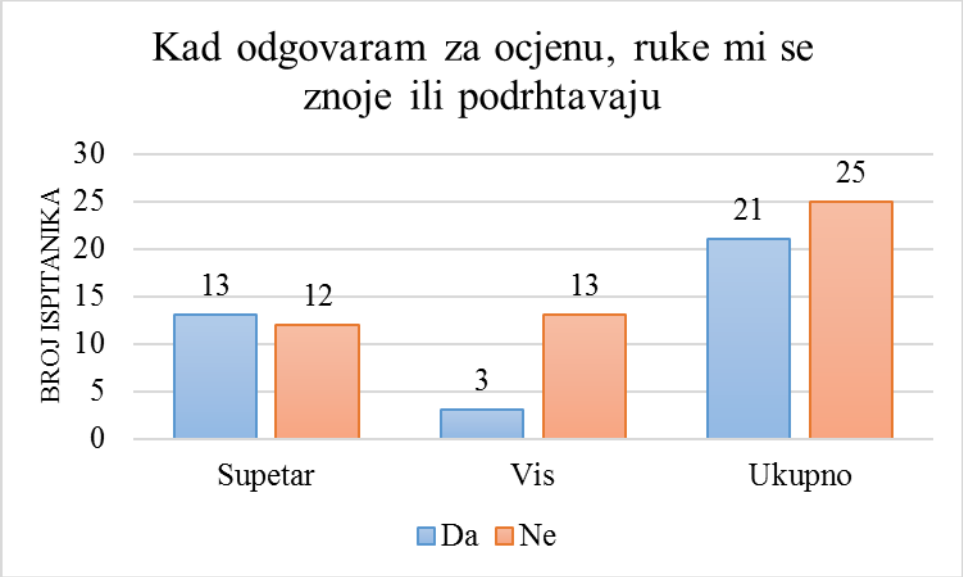
Slika 9. Zaokupljenost određenim mislima

Skoro polovica ispitanika (44 %) navodi da ih je lako omesti dok nešto rade. Višane je lakše dekoncentrirati (62 %) od Bračana (32 %) (Slika 10).



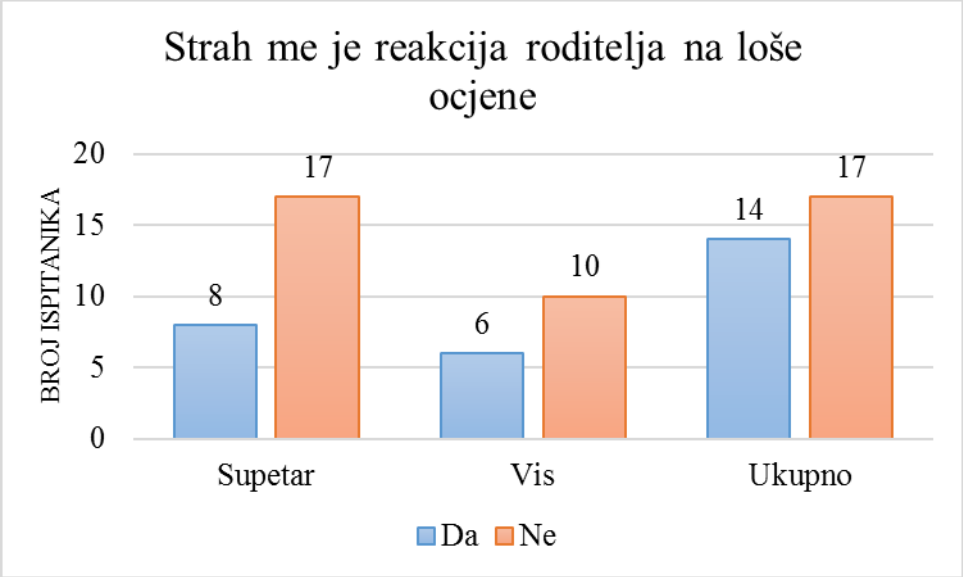
Slika 10. Dekoncentracija

Ukupno 46 % ispitanika osjeća znojenje ili podrhtavanje ruku dok odgovaraju za ocjenu. Statistički je značajna razlika između ispitanika iz osnovne škole Supetar (48 %) i ispitanika iz osnovne škole Vis (19 %) (Slika 11).



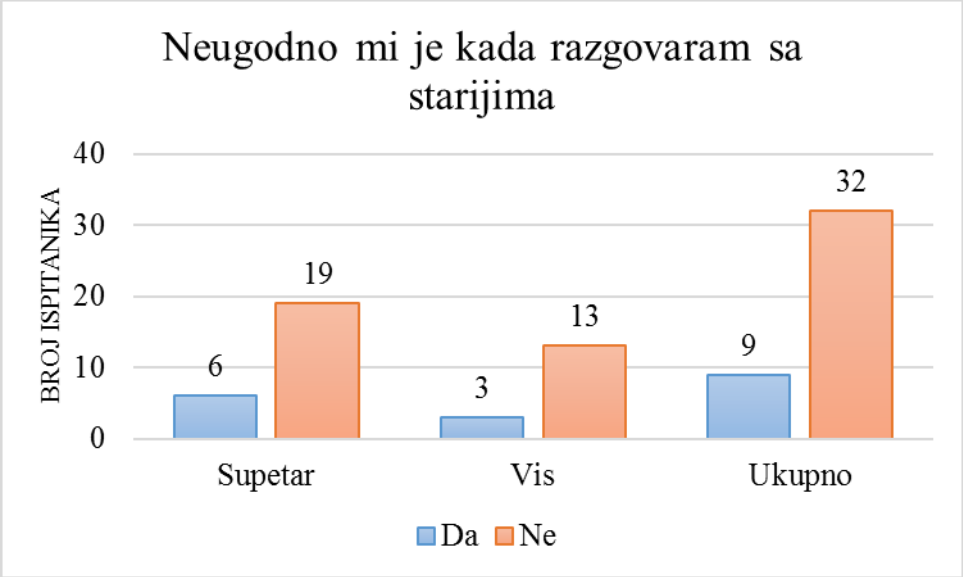
Slika 11. Znojenje ili podrhtavanje ruku prilikom ispitivanja

Strah od reakcije roditelja na loše ocjene navodi skoro polovica ispitanika (N=14), dok veći broj ispitanika s Visa (37 %) osjeća strah u odnosu na ispitanike s Brača (32 %) (Slika 12).



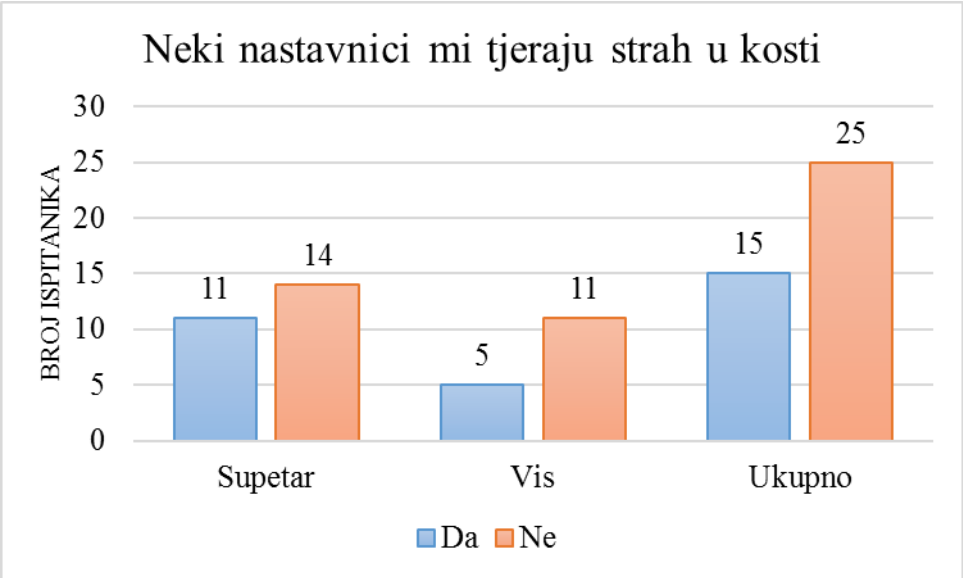
Slika 12. Strah od reakcije roditelja na ocjene

Četvrtina ispitanika osjeća neugodu kada razgovara sa starijim osobama (Slika 13). Nije pronađena statistički značajna razlika među ispitanicima iz Supetra (24 %) i s Visa (19 %).



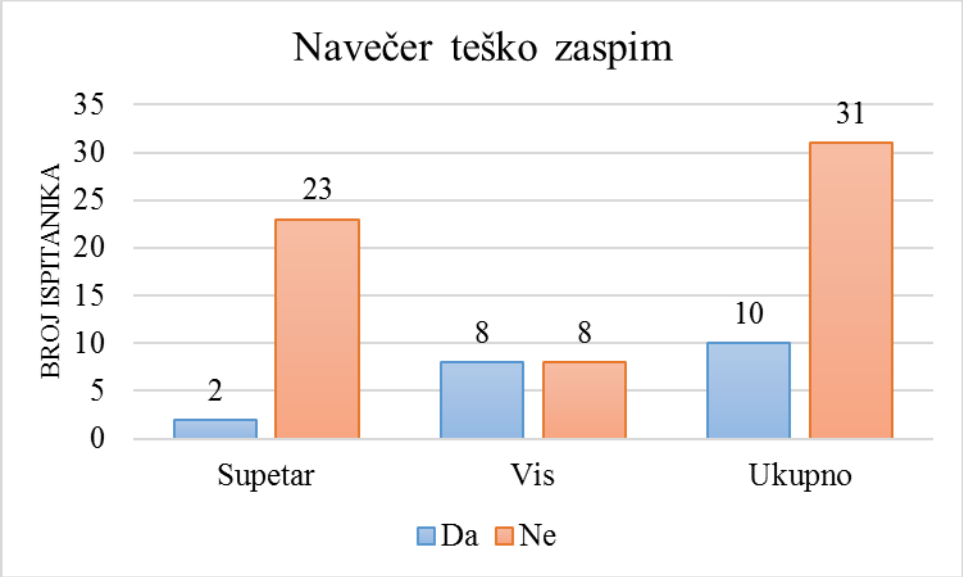
Slika 13. Neugoda prilikom razgovora sa starijim osobama

Veći broj ispitanika iz Supetra (44 %) izražava strah od pojedinih nastavnika od ispitanika s Visa (31 %) ((Slika 14).



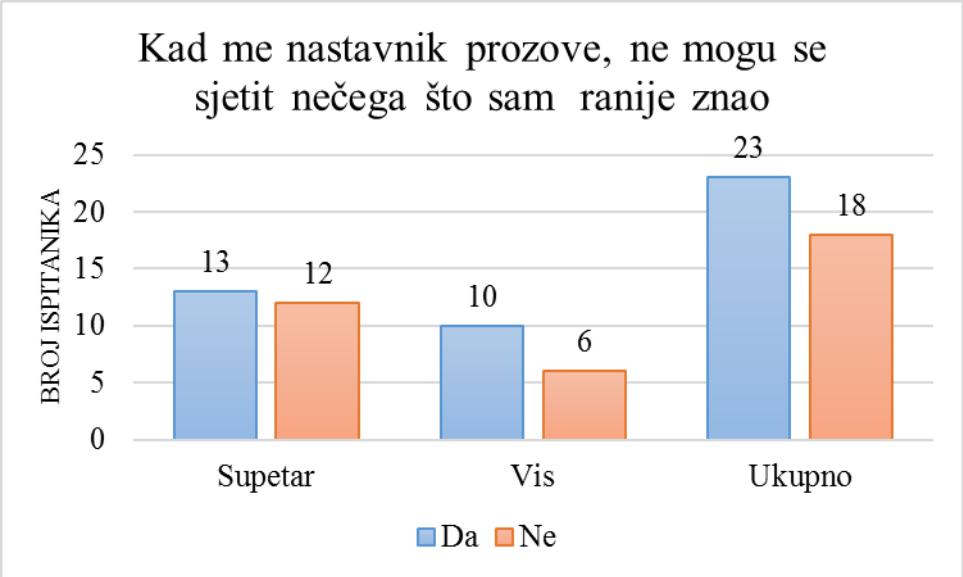
Slika 14. Strah od nastavnika

Veći broj ispitanika s Visa ima problem s usnivanjem (50 %) od ispitanika iz Supetra (8 %) (Slika 15). Ovo je ujedno pitanje u kojem je pronađena najveća statistički značajna razlika između ispitanika s Visa i Brača (p=0,003).



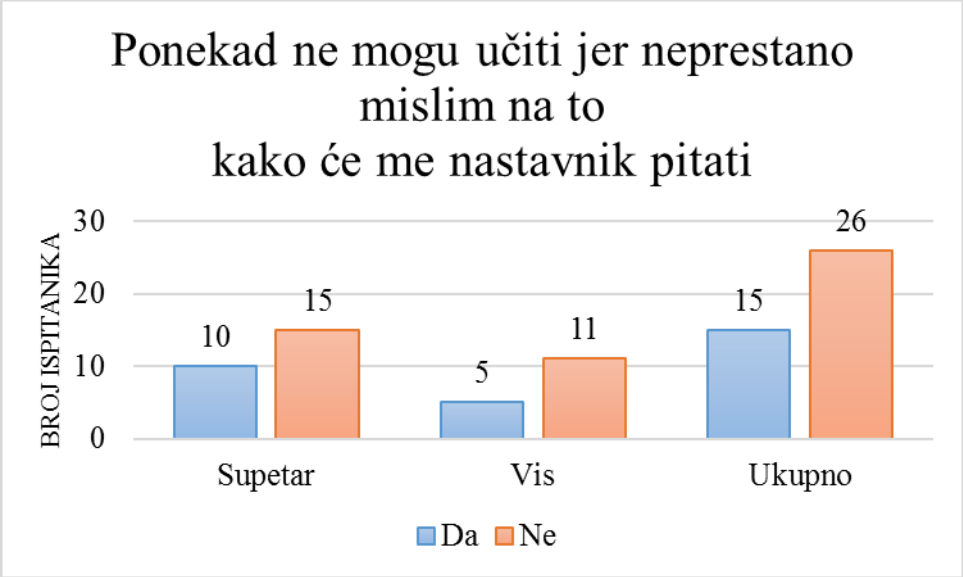
Slika 15. Problem s usnivanjem

Iznimno velik broj ispitanika (N=23) navodi da se prilikom ispitivanja ne može sjetiti nečega što je ranije znao (Slika 16). Takozvano blokiranje prilikom usmenog odgovaranja učestalije je kod ispitanika s otoka Visa (63 %) u odnosu na ispitanike s Brača (48 %).



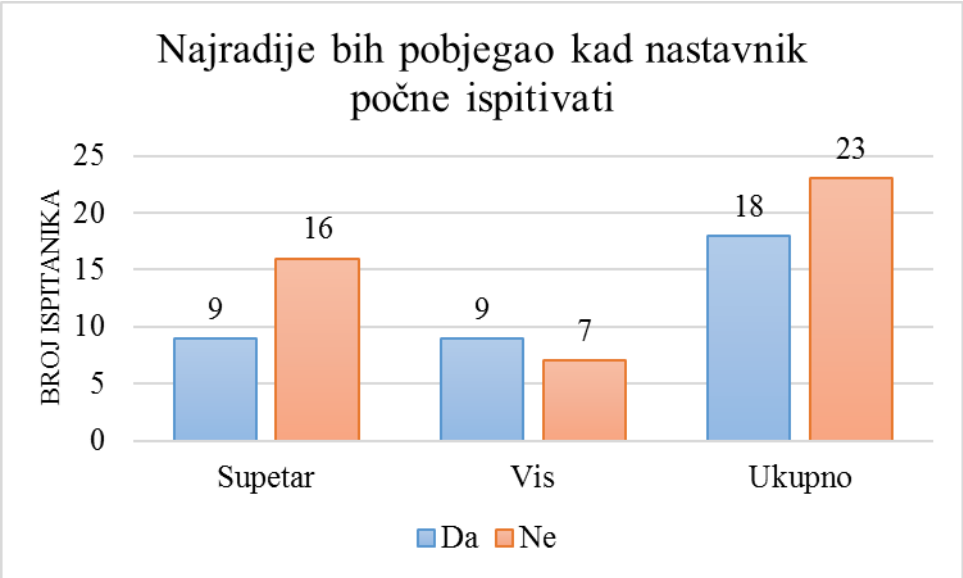
Slika 16. Stres pri ispitivanju

Ukupno 15 ispitanika navodi probleme s učenjem jer neprestano misle na ispitivanje (Slika 17). Skoro podjednaki broj ispitanika s Visa (41 %) i s Brača (40 %) izrazilo je veće probleme s učenjem.



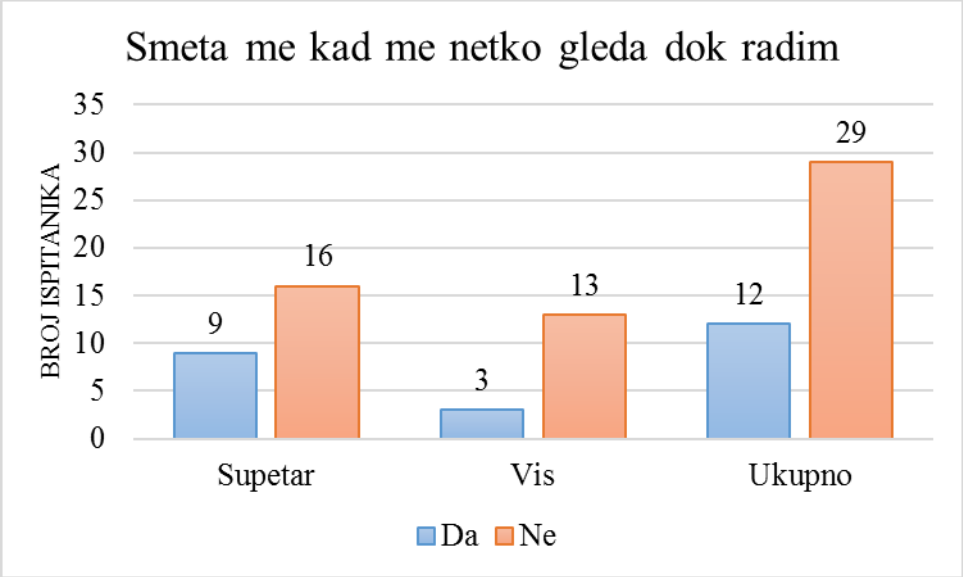
Slika 17. Problemi s učenjem

Više od pola ispitanika s Visa (56 %) želi pobjeći kad nastavnik počme ispitivati, dok bi i 36 % ispitanika iz Supetra napravilo isto (Slika 18).



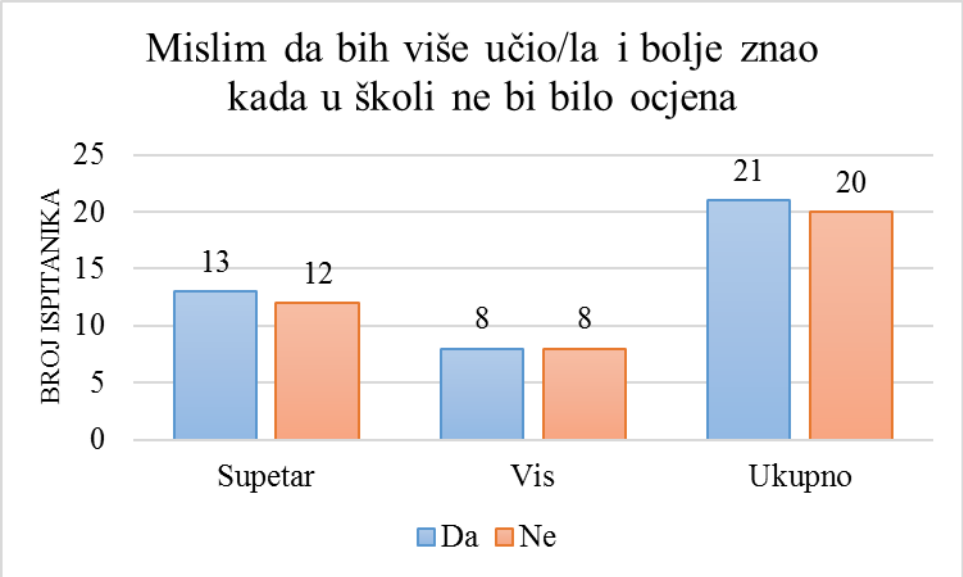
Slika 18. Želja za bijegom od ispitivanja

Ukupno 29 % ispitanika izražava neugodu kada ih netko gleda dok rade, a promatranje manje smeta ispitanicima s Visa (19 %) nego ispitanicima iz Supetra (36 %) (Slika 19).



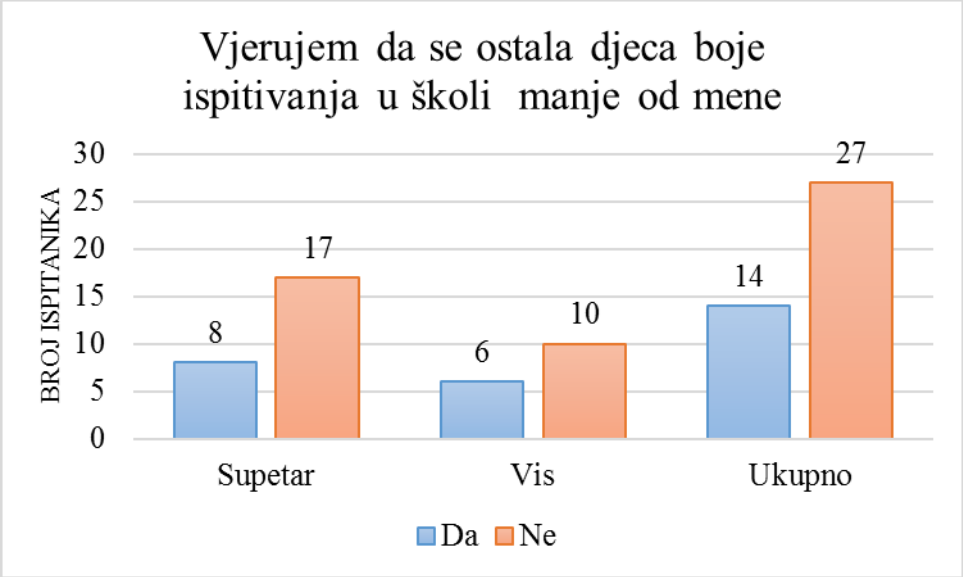
Slika 19. Neugoda od promatranja

Polovica ispitanika (N=21) smatra da bi više učili i bolje znali kada u školama ne bi bilo ocjenjivanja, dok se druga polovica ispitanika (N=20) ne slaže s tom tvrdnjom (Slika 20). Zanimljiv je podatak da ispitanici s Visa i s Brača također podijeljeni oko ovog pitanja (50:52 %).



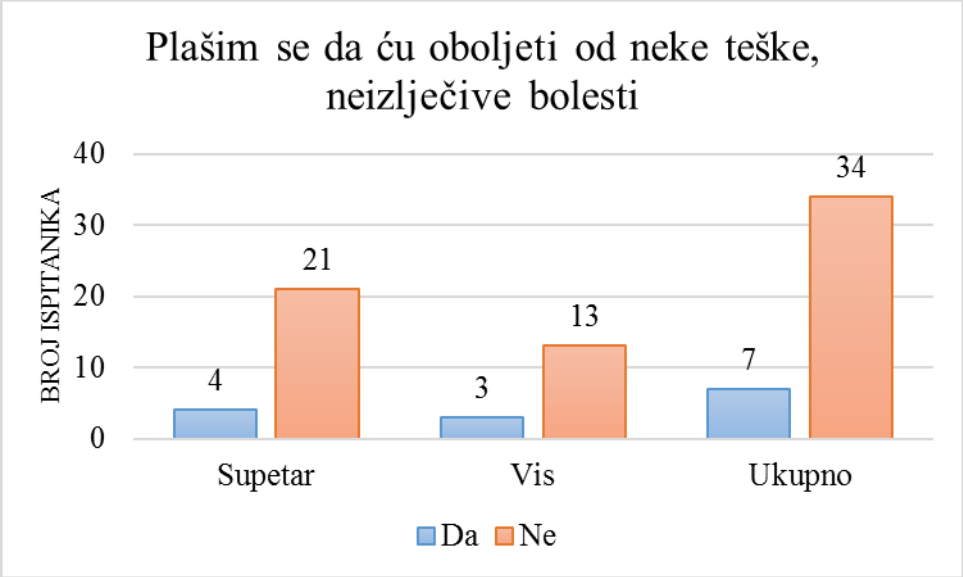
Slika 20. Kad ne bi bilo ocjena više bi znali

Više ispitanika smatra da se boje ispitivanja u školi manje od ostale djece (Slika 21). Nije pronađena statistički značajna razlika između ispitanika s Brača (32 %) i Visa (37 %).



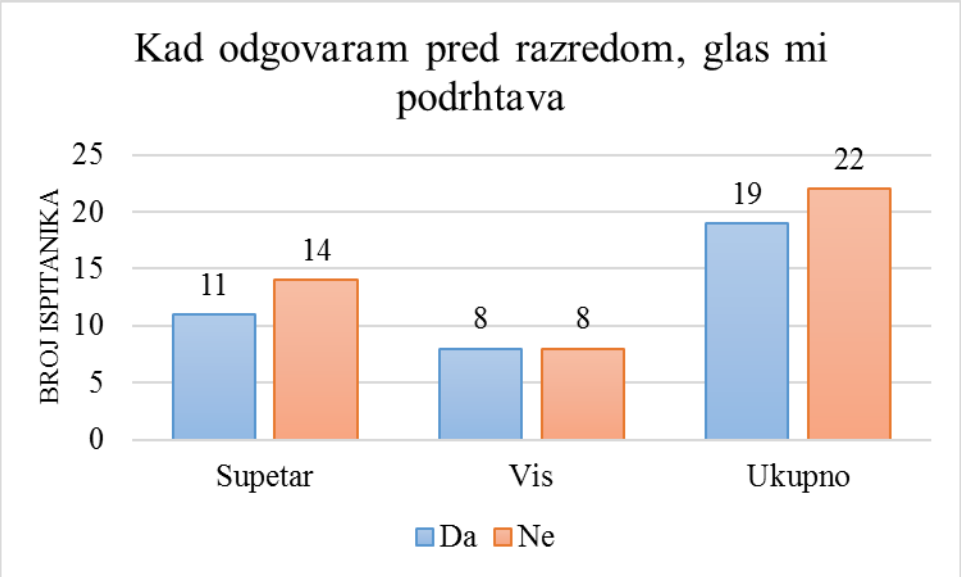
Slika 21. Druga djeca se više boje ispitivanja

Ukupno 17 % ispitanika vjeruje da će oboljeti od teške i neizlječive bolesti (Slika 22). Nije pronađena statistički značajna razlika u odgovorima između ispitanika s Brača (16 %) i Visa (19 %).



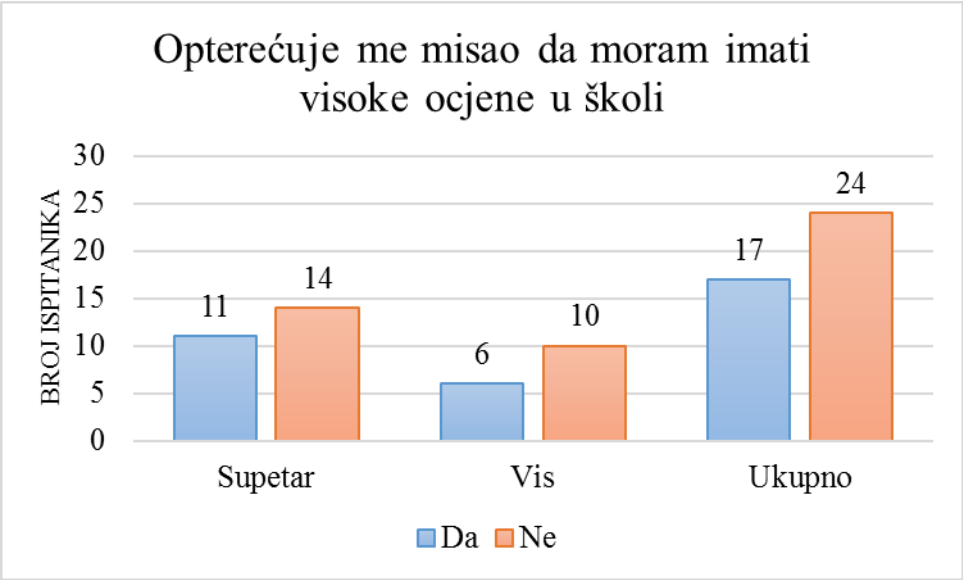
Slika 22. Strah od bolesti

Skoro polovica ispitanika (46 %) osjeća podrhtavanje glasa dok odgovara pred razredom. Neugoda od javnog odgovaranja prisutnija je kod ispitanika na Visu (50 %) u odnosu na ispitanike na Braču (44 %) (Slika 23).



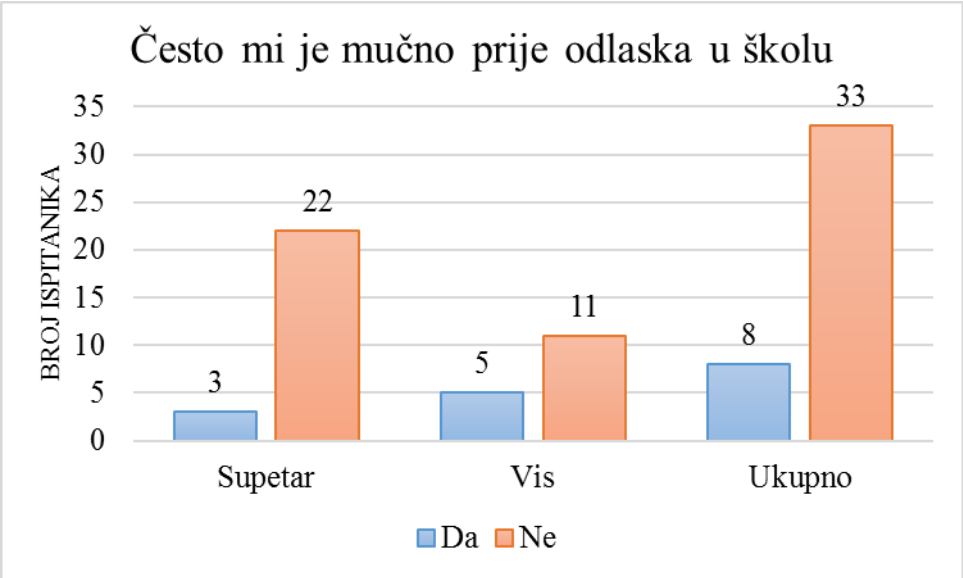
Slika 23. Neugoda pred razredom

Veći broj ispitanika iz Supetra (44 %) opterećuje se visokim ocjenama u školi u odnosu na broj ispitanika s Visa (37 %) (Slika 24).



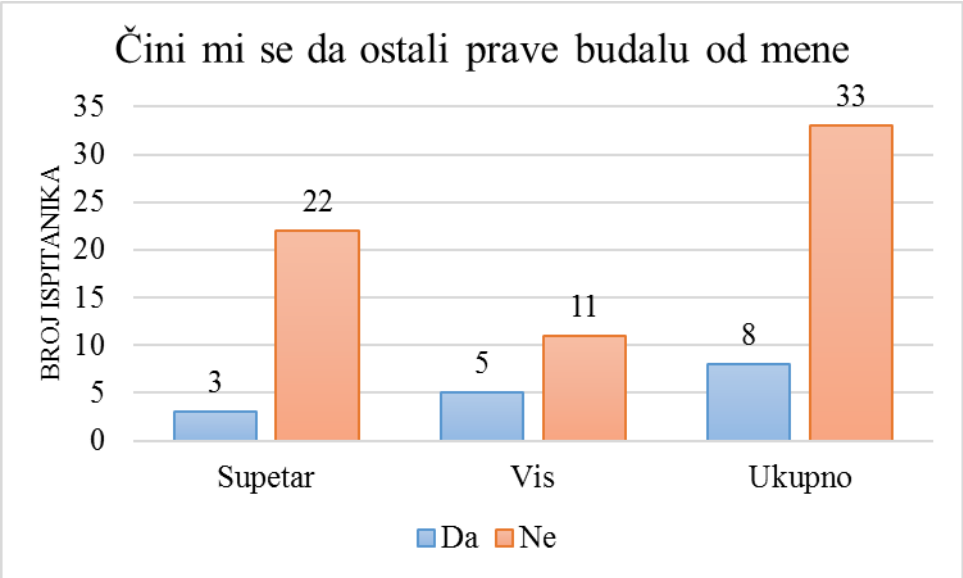
Slika 24. Opterećenje školskim ocjenama

Mučnina prije odlaska u školu prisutna kod relativno malog broja ispitanika, a u istom udjelu je zastupljena i kod ispitanika s Visa i s Brača (12 %) (Slika 25).



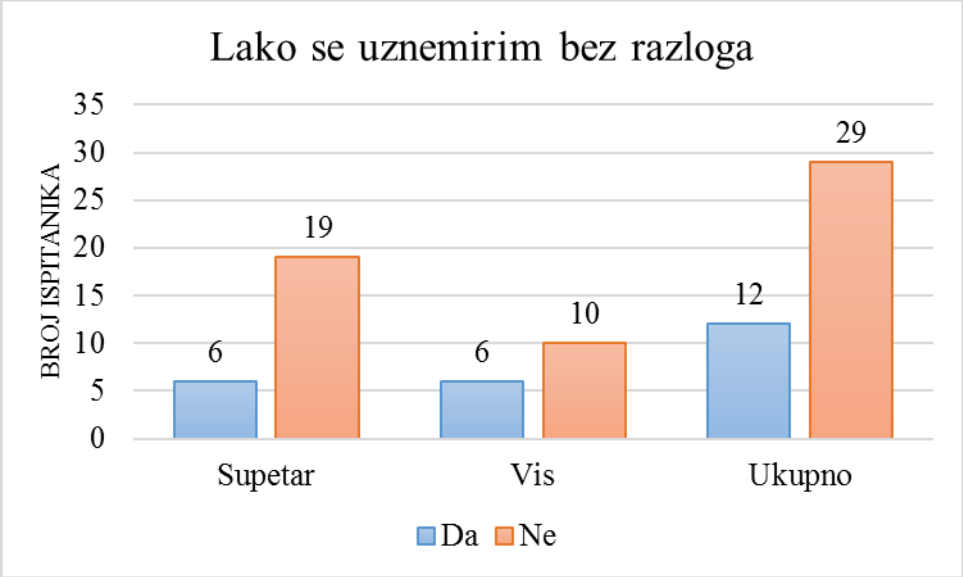
Slika 25. Mučnina prije odlaska u školu

Ukupno 20 % ispitanika ima osjećaj da ostali prave budalu od njega/nje, osjećaj je prisutniji kod ispitanika s Visa (31 %) nego kod ispitanika iz Supetra (12 %) (Slika 26).



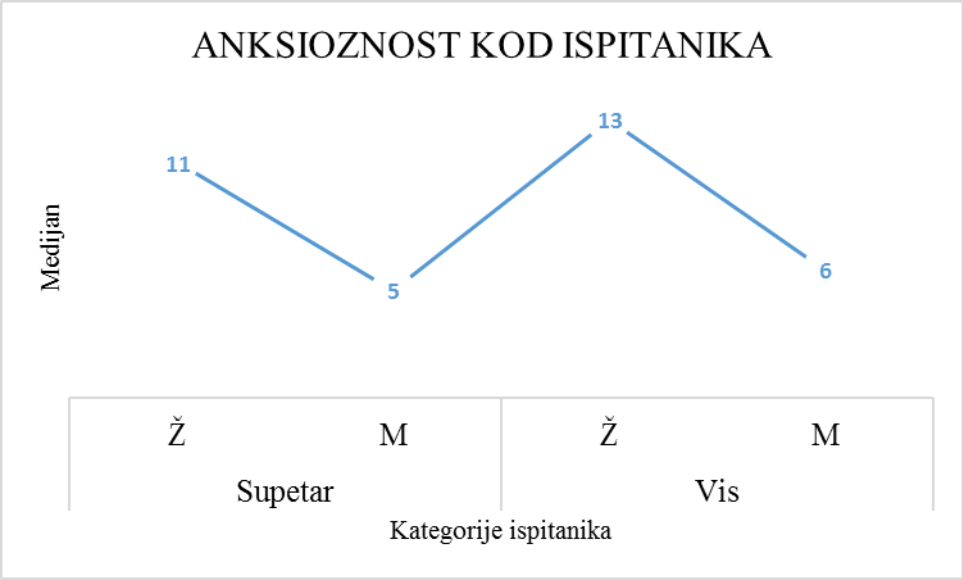
Slika 26. Osjećaj da ga/je drugi prave budalom

Ukupno 29 % ispitanika ima osjećaj da se lako uznemiri bez objektivnog razloga (Slika 27). Ispitanici s Visa se češće bezrazložno uznemire (37 %) od ispitanika s Brača (24 %).



Slika 27. Osjećaj bezrazložne uznemirenosti

Simptomi anksioznosti prisutniji su kod ženskih ispitanica u odnosu na muške ispitanike, a s obzirom na mjesto stanovanja/školovanja prisutniji su kod ispitanika s Visa (Slika 28). S obzirom na različit broj ispitanika po spolu te zbog velikih razlika u ukupnom zbroju rezultata po istraživanju, za usporedbu prisutnosti simptoma anksioznosti određen je medijan. Kod djevojčica s Otoka Visa zabilježen je najveći medijan (M=13), a raspon rezultata iznosi od 8-19, a kod djevojčica iz Supetra M=11 (7-17). Kod dječaka s Visa M=6 (4-13), dok je kod dječaka iz Supetra M=5 (0-17).



Slika 28. Anksioznost kod ispitanika

5. RASPRAVA

Ovaj rad pokušava pokazati stupanj aknsioznosti kod djece 5 razreda osnovne škole i pridonjeti razumijevanju anksioznosti u sklopu strahova kod kojih se javlja. Dosadašnja istraživanja su pokazala da mlađa djeca i djevojčice doživljavaju veći broj strahova od starije djece i dječaka. Poulton i suradnici utvrdili su da se kod djevojčica s početkom puberteta broj strahova udvostručuje za razliku od dječaka kod kojih nije zapažena ova promjena . U istraživanju Vulić-Prtorić [10]. sudjelovalo je 2237 ispitanika, učenika od 5. do 8. razreda osnovne i 1. do 4. razreda srednje škole u sedam gradova Hrvatske. Rezultati su pokazali da preko 58 % djece i adolescenata doživljava strahove, od toga njih 12 % iznimno često. Veći broj strahova imaju djevojčice i strahuju u većoj mjeri od dječaka - omjer je 1,3:1. Na uzorku učenika od petog do osmog razreda (N=931) dobivena je razlika u korist djevojčica u intenzitetu anksioznosti. Tako i ovo istraživanje pokazuje veću pristutnost simptoma anksioznosti u djevojčica u odnosu na dječake. Razliku u intenzitetu strahova među dječacima i djevojčicama mogli bismo objasniti razlikama, kako u psihičkom, tako i fizičkom sazrijevanju. Dječaci se doživljavaju većima i snažnijima dok su djevojčice krhkije i podložnije negativnim slikama o vlastitom tijelu, niskim samopoštovanjem… Vulić-Prtorić su izdvojili 11 grupa strahova, a najveću učestalost je imao strah vezan za budućnost, neizvjesnost i uspjeh u životu (10 % ispitanika). Strah od tjelesne povrede i bolesti je drugi fundamentalni strah u Reissovoj teoriji i osnova mu je strah od smrti. Prema rezultatima ovog istraživanja strah od bolesti je prisutan podjednako kod djevojčica i dječaka u svim dobnim skupinama kao strah od tumora, neizlječivih bolesti i sl. Također strahovi vezani za školu su prisutni u svim dobnim skupinama. U ovom istraživanju tek je 17 % ispitanika izrazilo strah od oboljevanja od neke teške i neizlječive bolesti.

U istraživanjima Daniele Cvitković, Ane Wagner Jakab [5].ispitna anksioznost se pojavljuje u svakodnevnim životnim situacijama kad se ocjenjuje, procjenjuju naše sposobnosti, postignuća, interesi. Oko 30 % učenika ima izraženiju anksioznost koja ih ometa u svakodnevnom radu [11]. Ispitna anksioznost je glavni ometajući čimbenik na svim akademskim razinama [12]. Rezultati i ovog istraživanja pokazali su da je

najprisutniji simptom kod ispitanika s Brača osjećaj lupanja srca prilikom ispitivanja te zabrinutost u svezi s testom u školi, dok je kod ispitanika s Visa također pristutan strah u svezi s testom ali je prisutna i tzv. bolakada ili zaboravljivost naučenog prilikom usmenog odgovaranja. Anksioznost koju djeca doživljavaju u ispitnim situacijama može imati mnoge nepovoljne učinke smanjujući uspješnost izvedbe [12] koja je povezana s nižim školskim uspjehom. Ispitna anksioznost uzrokuje emocionalnu patnju te je povezana s niskim samopoštovanjem, negativnim stavovima prema školi i pasivnosti s agresivnosti, nepovoljnim statusom među vršnjacima, ismijavanjem i lošim odnosom s učenicima [13]. Trećina ispitanika boji se reakcije roditelja na loše ocjene, pokazaju rezultati ovog istraživanja.Mnogi roditelji postavljaju visoka očekivanja pred svoje dijete te to povečava ispitnu anksioznost, a okolina koja ga podržava ima utjecaj na jačanje njihove samoeefikasnosti [12]. Strahovi povezani sa školom, posebno usmenim ispitivanjima, testovima i nastavnicima doveli su do razvoja simptoma anksioznosti posebno kod učenika na otoku Visu. Obradom podatka prikupljenih pomoću skale dječje anksioznosti dokazano je da su djevojčice anksioznije od dječaka, a osnovnoškolci s Visa opećenito su anksiozniji od osnovnoškolaca s Brača. Statistički značajna razlika u simptomima anksioznosti pronađena je u teškom usnivanju, što je značajno izraženije kod Višana koji su općenito pokazali viši stupanj anksioznosti od Bračana.

6. ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazali su sljedeće:

1) Učenici V. razreda osnovne škole Supetar imaju manje izražene simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis.
    I. Djevojčice su anksioznije od dječaka;
    II. Najučestalije simptome anksioznosti imaju djevojčice s Visa M=13 (8-19), zatim djevojčice iz Supetra M=11 (7-17), dječaci s Visa M=6 (4-13), a najmanje učestale simptome anksioznosti imaju dječaci iz Supetra M=5 (0-17).
2) Najčešći simptomi anksioznosti kod djece iz Supetra su: lupanje srca prilikom odgovaranja (60 %) i zabrinutost u svezi s testom (60 %), dok su kod djece s Visa najprisutniji: zabrinutost u svezi s testom u školi (87 %) i zaboravljanje naučenog prilikom odgovaranja u školi (63 %). Pronađena je statistički značajna razlika između Bračana i Višana kod problema usnivanja. Polovica ispitanika s Visa ima problem s usnivanjem, dok je taj problem prisutan samo kod 8 % ispitanika s Brača (p=0,003).
3) Najčešći uzrok pojave simptoma anksioznosti je očekivanje testa te usmeno odgovaranje u školi.
4) Hipoteza istraživanja da učenici petog razreda osnovne škole Supetar neće imati učestalije simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis, pokazala su se točna jer su anksiozni simptomi učestaliji kod ispitanika s Visa.

S obzirom na relativno mali uzorak, putno je ponoviti istraživanje na većem broju ispitanika. Zanimljivo bi bilo uključiti i službu školske medicine kao i pedijatre, ali u procjenu uzeti i školski uspjeh kako bi se dodatno objektivizirali dobiveni rezultati i dokazala eventualna poveznica između školskog (ne)uspjeha, anksioznosti, ali i psihosomatskih problema.

7. LITERATURA

1. Dragišić J. Anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata. Medicom, specijalistička ambulanta i kozmetologija.

   http://www.ambulantamedicom.com/psihologija/119-anksiozni-poremecaji-kod-djece-i-adolescenata Datum zadnjeg pristupa: 12.9.2016.

2. Last G. C. Help for worried kids, How Your Child Can Conquer Anxiety and Fear. Guilford Publications, 2005. 14.-15.

3. Malčić I, Ilić R. Pedijatrija sa zdravstvenom njegom djeteta. Školska knjiga, Zagreb 2008. 2.-4.

4. Vulić- Prtorić A. Anksiozna osjetljivost: Fenomenologija i teorije. Suvremena psihologija 9 (2006) 2, 171-193.

   http://www.unizd.hr/Portals/12/Nastavnici/Anita%20Vuli%C4%87-Prtori%C4%87/Znanstveni%20radovi/55.%20Anksiozna%20osjetljivost.pdf
   Datum zadnjeg pristupa: 12.9.2016.

5. Cvitkovic, D., Wagner Jakab, A. (2006). Ispitna anksioznost kod djece i mladih s teškoćama učenja. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 42(2), 113-120. http://hrcak.srce.hr/17628 Datum zadnjeg pristupa: 12.9.2016.

6. Vulić- Prtorić A. Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2(5). http://hrcak.srce.hr/3223 Datum zadnjeg pristupa: 12.9.2016.

7. Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 13(71), 56-58. Preuzeto s http://hrcak.srce.hr/21897 Datum zadnjeg pristupa: 12.9.2016.

8. Jelavić S. Kako liječiti anksioznost? Pliva zdravlje, 2015.

http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/26203/Kako-lijeciti-anksioznost.html, Datum zadnjeg pristupa 12.9.2016.

9. Martinis O, Fajdetić M, Tot D, Ništ M. Zdravstveni odgoj, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Agencija za odgoj i obrazovanje. Zagreb, 2013. https://www.google.hr/?gws_rd=ssl#q=Martinis+O,+Fajdeti%C4%87+M,+Tot+D,+Ni%C5%A1t+MI.+Zdravstveni+odgoj Datum zadnjeg pristupa 12.9.2016.

10. Vulic Prtoric A. Prirucnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62), Naklada Slap, Jastrebarsko 2003.

11. Lufi D, Okasha S, Cohen A. Test anxiety and its effect on the personality of students with learning disabilities, Learning Disability Quarterly, 2004. 27, p 176-184.

12. Sarason I. G. Test anxiety, stress and social support, Journal of Personality. 1981, 49, p 101-115.

13. Proeger, C., Myrick, R.D. (1980): Teaching Children to Relax, Florida Educational Research and Development Council, Inc. Research Bulletin, 14, (3).

8. SAŽETAK

Uvod: Dijete može iskusiti različite manifestacije anksioznosti (brige, anksiozno ponašanje..) kao dio normalnog razvoja. Prisutnost ovih simptoma anksioznosti ne moraju imati značaja u ostatku života. Normalne simptome povremenih strahova djetinjstva djeca prerastu. Većina ljudi smatra da su djevojčice bojažljivije i tjeskobnije od dječaka. Međutim, istraživanja nisu potvrdila ovu pretpostavku. Iako su djevojčice sposobnije pokazati osjećaje, studije koje su provele istraživanje pokazuju da su oba spola sličnija po pitanju anksionznost nego što se misli.

Cilj: Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi odnos anksioznosti između učenika V. razreda osnovne škole Supetar i osnovne škole Vis. Specifični ciljevi ovog istraživanja su: utvrditi najčešći simptom anksioznosti i najčešći uzrok anksioznosti. Hipoteza istraživanja: Učenici petog razreda osnovne škole Supetar neće imati učestalije simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis.

Metode i ispitanici: Istraživanje je provedeno na učenicima V. razreda osnovne škole u ordinaciji školske medicine na otoku Braču i otoku Visu. Sudjelovanje ispitanika je bilo dobrovoljno uz jamčenu anonimnost. Sudjelovalo je ukupno 41 ispitanik, različitog spola. Istraživanje je provedeno u ožujku 2016. godine pomoću Skala dječje anksioznosti autorice Purić, a koja je namijenjena ispitivanju anksioznosti djece školske dobi.

Rezultati: Učenici V. razreda osnovne škole Supetar imaju manje izražene simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis. Najučestalije simptome anksioznosti imaju djevojčice s Visa M=13 (8-19), zatim djevojčice iz Supetra M=11 (7-17), dječaci s Visa M=6 (4-13), a najmanje učestale simptome anksioznosti imaju dječaci iz Supetra M=5 (0-17). Najčešći simptomi anksioznosti kod djece iz Supetra su: lupanje srca prilikom odgovaranja (60 %) i zabrinutost u svezi s testom (60 %), dok su kod djece s Visa najprisutniji: zarinutost u svezi s testom u školi (87 %) i zaboravljanje naučenog prilikom odgovaranja u školi (63 %). Pronađena je statistički značajna razlika između Bračana i Višana kod problema usnivanja. Polovica ispitanika s Visa ima problem s usnivanjem, dok je taj problem prisutan samo kod 8 % ispitanika s Brača (p=0,003).

Zaključci: Simptomi anksioznosti prisutniji su kod ispitanika iz osnovne škole Vis. Najčešći uzrok pojave simptoma anksioznosti je očekivanje testa te usmeno odgovaranje u školi. Hipoteza istraživanja da učenici petog razreda osnovne škole Supetar neće imati učestalije simptome anksioznosti u odnosu na učenike osnovne škole Vis, pokazala se točna jer je su anksiozni simptomi učestaliji kod ispitanika s Visa. S obzirom na relativno mali uzorak, putno je ponoviti istraživanje na većem broju ispitanika. Zanimljivo bi bilo uključiti i službu školske medicine kao i pedijatre, ali u procjenu uzeti u obzir i školski uspjeh kako bi se dodatno objektivizirali dobiveni rezultati i dokazala eventualna poveznica između školskog (ne)uspjeha, anksioznosti ali i psihosomatskih problema.

9. SUMMARY

Introduction: The child can experience different manifestations of anxiety (worrys, anxiety behavior..) as part of normal development. The presence of these symptoms of anxiety does not have a character in the rest of life. The normal symptoms occasional fears of childhood children grow up. Most of people think that girls are fearful and anxious than boys. However, studies have not confirmed this assumption. Although girls are more able to express these feelings, the studies carried out by research showing that both sexes more similar in terms of anxiety than you think.

Objective: The objective of this study was to determine the relationship between anxiety students of fifth grade Supetar and elementary school Vis. The specific objectives of this study are: to determine the most commom symptoms of anxiety and the most cause of anxiety. Hypothesis of reasarch: Students of fifth grade from elementary school Supetar won't have more frequent anxiety symptoms compared to students from elementary school Vis.

Methods and subjects: The study was conducted on students of V. grade in the school health clinic on the island of Brač and Vis. Participation of patients were voluntarily with the guaranteed anonymity. Participated of 41 subjects different genders. The research was conducted in March 2016 by Scale of children's anxiety author Purić, which is intended for test anxiety children of school age.

The results: Pupils of fifth grade from the elementary school Supetar have less severe symptoms of anxiety in relation to the students from elementary shool Vis. The most common symptoms of anxiety have girls from Vis M=13 (8-19), then girls from Supetar M=17 (7-17), boys from Vis M=6 (4-13), and least common anxiety symptoms have boys from Supetar M=5 (0-17). The most common symptoms of anxiety among children from Supetar are: heart palpitations while being questioned (60 %) and concerns regarding the test (60 %), while among children from Vis most present are: concerns regarding a test at school (87 %) and forgetting of what they have learned while being questioned at school (63 %). There was found a statistically significant difference between students from Brač and Vis with problems falling asleep. Half of

respondents from Vis have a problem with falling asleep, while the same problem is present within only 8 % of respondents from Brač ($p = 0.003$).

Conclusion: Symptoms of anxiety are more prevalent in respondents from elementary school Vis. The most common cause of anxiety symptoms is the expectation of the test and an oral examination at school. The hypothesis that the students of fifth grade from elementary school Supetar won't have more frequent anxiety symptoms compared to students from elementary school Vis, proved to be correct because the anxiety symptoms are common within the respondents from Vis. Given the relatively small sample, it's necessary to repeat the research on larger number of respondents. It would be interesting to include the service of school medicine department as well as pediatricians, but also to take in account the school achievement in order to further objectivise obtained results and proved possible link between school success (or lack of it), anxiety and psychosomatic problems.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime Antonija Kelam

Adresa Kaštel Kambelovac, Karlovo 15

E-mail antonia.kelam91@gmail.com

Datum rođenja 10.09.1991.

Obrazovanje

2006. –2010. Zdravstvena škola Split; medicinska sestra – tehničar

2013. -2016. Preddiplomski studij sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Radno iskustvo

2010. – 2011. Stručno osposobljavanja u KBC Split

2011. – 2012. Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Sano

2016. - KBC Split; Klinika za Kirurgiju

Dodatne informacije

Poznavanje rada na računalu u MS Officu.

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu.

Prilog 1.

Hvala što si odlučio-la sudjelovati u ovo istraživanju. U sljedećim tvrdnjama govori se o onome što djeca osjećaju, misle i čine. Pročitaj svaku rečenicu i odluči odnosi li se ona na tebe ili se ne odnosi na tebe. Nema točnih i netočnih odgovora, samo iskreno odgovori.

Ako se odnosi na tebe zaokruži slovo T – točno, a ako se ne odnosi na tebe zaokruži slovo N – netočno.

Spol: 1. Muški 2. Ženski **Godina rođenja: _____**

Pročitaj pažljivo svaku tvrdnju koja slijedi i zaokruži T ili N.

1. Nervozan-na sam kad razgovaram s osobom koju ne poznajem dobro.

   T N

2. Dok odgovaram za ocjenu srce mi jako lupa.

   T N

3. Budim se po noći i ne mogu poslije zaspati.

   T N

4. Plašim se da bi me druga djeca mogla ismijati.

   T N

5. Vjerujem da će mi se dogoditi nešto strašno.

   T N

6. Plašim se ući u mračnu prostoriju.

   T N

7. Nervozniji-na sam od većine druge djece.

   T N

8. Zabrinut-a sam kad imam test u školi.

T N

9. Nekih misli se jednostavno ne mogu osloboditi.

T N

10. Lako me je omesti dok nešto radim.

T N

11. Kad odgovaram za ocjenu, ruke mi se znoje ili podrhtavaju.

T N

12. Strah me je reakcija roditelja na loše ocjene.

T N

13. Neugodno mi je kada razgovaram sa starijima.

T N

14. Neki nastavnici mi tjeraju strah u kosti.

T N

15. Navečer teško zaspim.

T N

16. Kad me nastavnik prozove, ne mogu se sjetit nečega što sam ranije znao.

T N

17. Ponekad ne mogu učiti jer neprestano mislim na to

kako će me nastavnik pitati.

T N

18. Najradije bih pobjegao kad nastavnik počne ispitivati.

T N

19. Smeta me kad me netko gleda dok radim.

T N

20. Mislim da bih više učio-la i bolje znao kada u školi ne bi bilo ocjena.

    T N

21. Vjerujem da se ostala djeca boje ispitivanja u školi manje od mene.

    T N

22. Plašim se da ću oboljeti od neke teške, neizlječive bolesti.

    T N

23. Kad odgovaram pred razredom, glas mi podrhtava.

    T N

24. Opterećuje me misao da moram imati visoke ocjene u školi.

    T N

25. Često mi je mučno prije odlaska u školu.

    T N

26. Čini mi se da ostali prave budalu od mene.

    T N

27. Lako se uznemirim bez razloga.

    T N

Ukupan rezultat:_____