

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Maja Poznić

**SOCIODEMOGRAFSKE
KARAKTERISTIKE I STRUKTURA
OBITELJI KAO ČIMBENICI RIZIKA ZA
MENTALNE POREMEĆAJE DJECE I
ADOLESCENATA, A KOJI SU LIJEČENI
AMBULANTNO I STACIONARNO NA
ODJELU ZA DJEČJU I
ADOLESCENTNU PSIHIJATRIJU S
DNEVNOM BOLNICOM OD 2012. DO
2014.GODINE**

Završni rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom, pri Zavodu za psihološku medicinu, dječju i adolescentnu psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentorica rada: doc. dr. sc. Katarina Dodig Ćurković, dr. med.

Rad sadrži: 35 stranica i 7 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Katarini Dodig Ćurković, dr. med. koja je pratila proces pisanja završnog rada i koja me svojim znanjem i iskustvom savjetovala i usmjeravala prema završetku studija. Zahvaljujem Dariji Salopek Žiha, mag. psych. na pomoći u obradi statističkih podataka i podršci tijekom pisanja završnoga rada. Na kraju zahvaljujem svojoj obitelji koja mi je pružala podršku, omogućila bezbrižno školovanje i završetak studija.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Adolescencija	1
1.2. Mentalno zdravlje.....	2
1.3. Mentalni poremećaji.....	3
1.3.1. Epidemiologija	3
1.3.2. Etiologija.....	3
1.3.3. Psihološki stres.....	4
1.3.4. Samopoštovanje.....	4
1.3.5. Depresija	4
1.3.6. Strahovi i tjeskoba	5
1.3.7. Izgled i poremećaji u prehrani.....	5
1.3.8. Cigarete, alkohol i droga.....	5
1.3.9. Poremećaji u ponašanju	5
1.3.10. Suicidalno ponašanje	6
1.4. Struktura obitelji i sociodemografske karakteristike	6
1.4.1. Vrste obitelji.....	6
1.4.2. Sociodemografske karakteristike.....	8
2. HIPOTEZA	9
3. CILJ RADA.....	11
4. MATERIJALI I METODE.....	11
4.1. Ispitanici	11
4.2. Upitnik.....	11
4.3. Statističke metode	11
4.4. Etička načela	12
5. REZULTATI	13
6. RASPRAVA.....	20
7. ZAKLJUČAK.....	25
8. SAŽETAK.....	26
9. SUMMARY	24
10. LITERATURA	25
11. ŽIVOTOPIS	26
12. PRILOZI.....	27

1. UVOD

1.1. Adolescencija

Adolescencija je prijelazno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi. U suvremenim društvima mladi moraju ovladati brojnim vještinama i suočiti se s tolikim izborom da adolescencija traje gotovo cijelo desetljeće (1). Razdoblje adolescencije proteže se od oko 9./10. godine do 22./24. godine. Čini se da se dobne granice adolescencije šire, kao da iz godine u godinu adolescencija sve ranije započinje i sve kasnije završava. Jedan je od razloga produljenje školovanja, koje rijetko kada završava prije 24. godine, pa se i uvjeti za samostalni život stječu kasnije. Ranije se na adolescenciju gledalo kao na jedinstven, nediferenciran prijelazni put u odraslost. Novija istraživanja adolescencije, osobito iz psihoanalitičke psihologije, dovela su do prepoznavanja specifičnosti razvojnih zadataka unutar cjelovitog razdoblja adolescencije. Najčešće se ističu faze predadolescencije, rane, srednje i kasne adolescencije, te postadolescencije ili mlade odrasle dobi. Te faze odnose se nadobno vezane razlike u biološkom, socijalnom i kognitivnom ponašanju adolescenata (2). Literatura o adolescenciji bogata je terminima kao što su bura, stres, kaos, kriza i dr. čime se naglašava složenost, dinamika i značaj tog razvojnog razdoblja. Impulzivnost je karakteristika adolescentovog ponašanja kao i glad za novim iskustvima i težnja za funkcioniranjem na „višoj razini adrenalina“. Adolescenti sve žele iskusiti i sa svime eksperimentiraju – sa seksom, drogama, hranom, idolima i tako dalje. Pretjeruju u svemu i na njima uglavnom sve izgleda prenaplašeno – frizura, odjeća, šminka i tako dalje. Isticanjem drugačijeg vanjskog izgleda adolescent pokušava sebe prikazati drugačijim od drugih kako bi izgledao jedinstven i poseban. To razlikovanje/odvajanje od drugih (ponekad i od roditelja koji mu odvajanje ne dopuštaju), zapravo možemo razumjeti kao način na koji adolescent može „presložiti sebe“ – u svom vanjskom aspektu, dok u unutarnjem dijelu sebe osjeća kaos i strah (2). Odrastanje nije lagan proces mada se odraslima tako ne čini iz njihove perspektive. Razvojne zadatke u adolescentima pokreću valove tjeskobe, straha, nesigurnosti, srama i neraspoloženja, te traže od njih nalaženje načina kako bi se obranili od navale čudnih i novih osjećaja. Zdravstveni problemi adolescencije odnose se na promjene uslijed zajedničkog doprinosa bioloških, psiholoških, obiteljskih i kulturalnih čimbenika, a kod adolescenta očituju se u promjenama u prehranbenim navikama (tzv. „efekt usisavača“) ili poremećajima prehrane (anoreksija nervoza, bulimija nervoza). Hormonalne promjene dovode do spolne aktivnosti (trudnoća i roditeljstvo u adolescenciji), a prisutna je i raširena uporaba i zlouporaba sredstava ovisnosti.

Kognitivni razvoj adolescenta govori o novoj sposobnosti tzv. apstraktnog mišljenja koja može od okoline biti opažena u tipičnim posljedicama neiskustva u rezoniranju poput svadljivosti, usmjerenosti na sebe, neuviđavnosti u primjedbama i neodlučnosti (1). Adolescencija se najčešće dijeli u podfaze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rana adolescencija počinje s pubertetom i završava s usporavanjem fizičkog rasta, udruženo s pomakom od obitelji prema grupi vršnjaka, a obuhvaća dob između 11 i 14 godina. Srednja adolescencija doba je orijentacije na vršnjake, karakterizira ju jaka usmjerenost na uspostavljanje spolnog identiteta i uobičajene načine bavljenja društvom u širem smislu, a obuhvaća dob od 15 do 17 godina. Kasna adolescencija razdoblje je usavršavanja i konsolidacije identiteta u kojemu se obitelj, prijatelji i vlastita osoba opažaju na uravnoteženije i složenije načine. Njezin je kraj osobito teško procijeniti (posebno u mnogim razvijenim društvima), a smješta se u razdoblje između 18. i 22. godine (3). Tijekom cijelog razdoblja adolescencije najdosljedniji je prediktor mentalnog zdravlja kvaliteta odnosa između roditelja i djeteta. Što se tinejdžeri više približavaju odrasloj dobi, oni kao i roditelji, moraju sve više balansirati između povezanosti i separacije. U obiteljima koje dobro funkcioniraju tinejdžeri ostaju povezani s roditeljima i od njih traže savjete, no to čine u kontekstu veće slobode. Blaži sukobi s kojima se pritom susreću, olakšavaju stvaranje identiteta i autonomije adolescenta tako što obitelji pomažu u izražavanju i toleriranju nesuglasica. Do srednje ili kasne adolescencije većina roditelja i djece postižu taj zreli uzajamni odnos (1).

1.2. Mentalno zdravlje

Mentalno je zdravlje, poput fizičkog zdravlja, važno u svim životnim razdobljima. Ono utječe na sve aspekte našeg života i uključuje stvari kao što je subjektivno dobro osjećanje sa samim sobom i u odnosu s drugima, bolje savladavanje stresa, odnošenje prema drugim ljudima, mogućnost stvaranja bliskih odnosa s drugima, sigurnije donošenje odluka i drugo. Mentalno je zdravlje način na koji mislimo, osjećamo ili djelujemo u raznim životnim situacijama. To je način na koji poimamo sami sebe, svoj život i ljude u njemu, kao i način na koji procjenjujemo svoje mogućnosti i donosimo odluke (3). Mnogi ljudi imaju problema s mentalnim zdravljem u pojedinim razdobljima svoga života. Poput odraslih osoba, i adolescenti mogu imati problema koji utječu na njihovo mišljenje, osjećaje i ponašanje. Prema postojećim podacima, takvi se problemi javljaju kod svakog petog adolescenta i to u vidu tjeskobe, niskog samopoštovanja, depresije ili raznih poremećaja u ponašanju. Ukoliko

se pravodobno ne liječe, ti problemi mogu dovesti do neuspjeha u školi, sukoba u obitelji, zloupotrebe droga, nasilja i ponekad samoubojstva. Stoga je vrlo važno da ih roditelji mogu prepoznati što ranije i uz vlastitu, adolescentu osiguraju i stručnu pomoć (3). Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit izdvaja pet prioritetnih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja: prevenciju depresije i suicida, mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmi i socijalnu isključenost (4).

1.3. Mentalni poremećaji

1.3.1. Epidemiologija

Brojni epidemiološki podaci ukazuju na sve veće opterećenje mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Tako aktualni globalni epidemiološki podaci dosljedno pokazuju da do 20% djece i adolescenata pati od mentalnih poremećaja koji ih čine nesposobnima. Samoubojstvo je treći vodeći uzrok smrti među adolescentima, a oko 50% svih mentalnih poremećaja u odrasloj dobi imaju svoj početak u adolescentskoj dobi. Epidemiološke studije pokazuju da 24,7% djece i adolescenata pati od nekog oblika poremećaja ponašanja, poremećaja u ophođenju ili drugih psihijatrijskih poremećaja. Među adolescentima (od 15 – 24 godine) samoubojstvo je bilo vodeći uzrok smrti 2010. godine. Prema epidemiološkim podacima iz 51 zemlje u Aziji prevalencija mentalnih problema/poremećaja iznosi između 10 – 20% (7).

1.3.2. Etiologija

Rizični čimbenici za neki mentalni poremećaj uključuju sve varijable koje povećavaju vjerojatnost da neko dijete ili adolescent razvije psihički poremećaj. Protektivni čimbenici smanjuju nastanak psihopatologije kod djece i adolescenata. Demografski, psihosocijalni, biološki i genetski čimbenici, obiteljsko okruženje i utjecaj okoline dovode ili do povećanog rizika za mentalni poremećaj ili utječu na zaštitu u odnosu na neki psihijatrijski poremećaj. Međutim, rijetko se može samo jednim rizičnim čimbenikom objasniti razvoj ili inhibicija za neki mentalni poremećaj. Stručnjaci su zabrinuti porastom broja samoubojstava i samoozljeđivanja među mladima, ali i količinom publiciteta koji u medijima dobivaju priče o tinejdžerskim samoubojicama. Upozoravaju da se u praksi sve više susreću s djecom kojoj nedostaje roditeljske ljubavi i pažnje. U Hrvatskoj se raspada svaki četvrti brak, a skladnim obiteljskim odnosima ne može se pohvaliti ni dio obitelji u kojima su roditelji još uvijek u braku. Struktura obitelji može predstavljati značajan rizik za razvoj autodestruktivnosti kod adolescenata u većoj mjeri nego što je to utjecaj socioekonomskog statusa obitelji. Nadalje,

loši socioekonomski uvjeti u obitelji, nezaposlenost roditelja, nedostatak materijalnih sredstava za svakodnevni život i dr. mogu biti rizični čimbenici za suicidalna razmišljanja i pokušaje samoubojstva kod adolescenata s autodestruktivnim oblicima u ponašanju (7).

1.3.3. Psihološki stres

Ako adolescenti doživljavaju prekomjeren stres, treba im pomoći da ga pokušaju smanjiti, jer u suprotnom on može izazvati tjeskobu, povlačenje u samoga sebe, agresivnost, fizičku bolest ili pogrešne pokušaje da se ovlada stresom kroz upotrebu alkohola ili droga. Stoga roditelji trebaju pažljivo motriti utječe li stres na zdravlje, ponašanje, misli i osjećaje njihova djeteta i pomoći mu da nauči kako će njime ovladati i kako ga može u nekim situacijama izbjeći (3).

1.3.4. Samopoštovanje

Istraživanja govore da adolescenti koji pokazuju poremećaj u ponašanju, često uz zloupotrebu alkohola ili droga, najčešće pate od niske razine samopoštovanja. Stoga se s pravom pretpostavlja da podizanje razine samopoštovanja može adolescente učiniti otpornijima na takve poremećaje. Međutim, ne pate samo adolescenti od niskog samopoštovanja. Ono se, naime, gradi od najranije dobi iz odnosa majka–dijete i roditelji–dijete. Roditelji od najranije dobi djeteta trebaju pokazivati da su im djetetovi osjećaji, potrebe i misli važni i trebaju nastojati razumjeti ih, što ne znači da im uvijek trebaju udovoljiti. Moraju biti odgajatelji djece, a da ih ne zanemaruju i negiraju kao „dječje budalaštine“ ili prema njima ostaju ravnodušni, već trebaju ući u „dijalog“ s djetetom na njegovoj razini razumijevanja. Tada će dijete razvijati osjećaj da vrijedi svom roditelju (pa tako i samom sebi) i da roditelj poštuje njegovu osobu (izraženu kroz želje, misli i postupke), što je preduvjet da poštuje i samo sebe (3) .

1.3.5. Depresija

Izraz depresija upotrebljava se za stanje koje obilježavaju osjećaji tuge, potištenosti, jada i očajanja. Svi mi, uključujući i adolescente, ponekad govorimo o depresivnom raspoloženju kada se osjećamo potišteno ili žalosno i to je, čini se, neizbježno. Međutim, treba razlikovati prolaznu neraspoloženost izazvanu nekim vanjskim događajima ili frustracijama od depresivnih simptoma prisutnih u mnogim mentalnim poremećajima ili depresije kao kliničke bolesti koja ima svoju etiologiju, kliničku sliku i odgovore na specijalističko liječenje. Duboka depresija može dovesti do suicidalnih misli, koje se onda prečesto

pretvaraju u djela. Kada si tinejdžerica ili tinejdžer pokušaju oduzeti život, ili u tome uspiju, depresija je jedan od činitelja koji tome prethode (10).

1.3.6. Strahovi i tjeskoba

Tjeskoba (ili anksioznost) je normalni dio naših života i svi je s vremena na vrijeme doživljavamo. Riječ tjeskoba označava zabrinutost, strah i napetost koji su obično sastavni dio privremenog odgovora na stres. Za većinu mladih u adolescenciji tjeskoba se javlja samo u određenim situacijama kao što su školski testovi, važni „ljubavni” susreti ili sportska i druga natjecanja (8). Osjećaj tjeskobe može ponekad pozitivno djelovati i zapravo potaknuti motivaciju mladih kada se pripremaju za neki veliki test ili u traženju izlaza iz neke potencijalno opasne situacije. Stoga, povremeni osjećaj tjeskobe nije nešto zbog čega bismo se trebali zabrinuti (3).

1.3.7. Izgled i poremećaji u prehrani

Određeno poklanjanje pozornosti vlastitom tijelu i izgledu normalan je dio procesa odrastanja. Kada djeca dođu u adolescenciju, njihova se tijela mijenjaju i oni postaju svjesniji svog izgleda. Mnogim se djevojkama i dječacima njihovo tijelo ne sviđa. Često smatraju da su predebeli, premršavi ili neprivlačni, čak i kada zrcalo pokazuje suprotno. Djevojke često misle da su debele, a dječaci se boje da nisu dovoljno snažni ili visoki. Ipak, istraživanja pokazuju da su djevojke znatno više usredotočene na veličinu i oblik svoga tijela nego dječaci (3).

1.3.8. Cigarete, alkohol i droga

Adolescencija je razdoblje iskušavanja novih stvari, tako da je i eksperimentiranje s alkoholom i drogama uobičajena pojava. Adolescenti uzimaju alkohol ili droge zbog mnogo različitih razloga: iz radoznalosti, zato što se tada osjećaju dobro, kako bi smanjili stres, kako bi se osjećali odraslima ili pak kako bi se bolje uklopili u društvo. Međutim, teško je predvidjeti koji će adolescenti nakon faze eksperimentiranja prestati s konzumacijom, a koji će nastaviti i s vremenom imati ozbiljne probleme i postati ovisni (3).

1.3.9. Poremećaji u ponašanju

Dijete koje ulazi u razdoblje adolescencije uglavnom dobro zna koja se ponašanja od njega očekuju, a koja su neprihvatljiva. Ipak, svi se tinejdžeri povremeno ponašaju problematično zbog raznih razloga. Oni osjećaju potrebu da potvrde svoju samostalnost ili pak ispituju granice ponašanja koje su im nametnute. Ponekad su uzrok takvom ponašanju

njihovi emocionalni problemi: ljutnja, tjeskoba, frustracija, razočaranje ili beznadnost. Osobito su mlađi adolescenti skloniji djelovanju nego razgovoru (3).

1.3.10. Suicidalno ponašanje

Suicidalno ponašanje rezultat je složenog međudjelovanja psihijatrijskih, društvenih i obiteljskih čimbenika. Prema Lewinsonu i suradnicima pokušaj samoubojstva definira se kao čin u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali koji nije završen i u kojem nije nastupila smrt. Pokušano samoubojstvo naziva se parasuicid ili tentamen suicid. Broj pokušaja samoubojstava oko dva je puta veći od broja počinjenih samoubojstava. Među osobama koje pokušavaju samoubojstvo prevladavaju ženske osobe, adolescentice od 15 do 18 godina. Najčešći načini pokušaja samoubojstva su: predoziranje i trovanje tabletama, rezanje vena, vješanje i utapanje (10). Najčešći su motivi sukobi u obitelji ili socijalnoj sredini kao i nezadovoljstvo životom. Općenito se smatra da je samoubojstvo adolescenata posljedica nekog za njih traumatičnog događaja, kao što je prekid ljubavne veze ili počinjeni antisocijalni čin koji u njima izaziva osjećaj krivnje. Spirito i suradnici iznijeli su zaključke istraživanja osoba koje su pokušale samoubojstvo u adolescenciji i većina osoba uzima velike doze lijekova s niskim letalitetom zbog problema s roditeljima, mladićem, djevojkom ili u školi. Najvažniji je čimbenik osjećaj beznađa, a postoje i dokazi o otvorenom sukobu i poremećenoj komunikaciji u obitelji. Obitelj bez oca također je rizični čimbenik za pokušaj samoubojstva (3).

1.4. Struktura obitelji i sociodemografske karakteristike

Obitelji čine osnovu iz koje potječe puno dobrog i lošega, ali sve nas to oblikuje kroz životna iskustva, neprilike i sazrijevanje općenito. Kao i sve, i obitelj podliježe promjenama. Teško je procijeniti koliko su te promjene dobre ili loše. I sam se temeljni koncept obitelji danas promijenio. Umjesto klasičnog oblika (majka, otac, sin, kćerka i slično), obitelji mogu sastavom biti drukčije, ali to naravno ne umanjuje značaj zajednice kao takve (5).

1.4.1. Vrste obitelji

Čudina-Obradović navodi da dijete tijekom razvoja može živjeti u obitelji različite i promjenjive strukture i razlikuje ukupno 10 tipova obitelji:

- 1) dvoroditeljske obitelji s dva biološka roditelja,
- 2) dvoroditeljske obitelji s 2 adoptivna roditelja,

- 3) jednoroditeljske obitelji s podjednakom podjelom roditeljstva oca i majke,
- 4) jednoroditeljske obitelji s majkom kao glavom obitelji uz kontakte s ocem,
- 5) jednoroditeljske obitelji s majkom kao glavom obitelji bez kontakta s ocem,
- 6) jednoroditeljske obitelji s majkom kao glavom obitelji bez poznatog oca,
- 7) jednoroditeljske obitelji s ocem kao glavom obitelji,
- 8) dvoroditeljske obitelji s majkom i poočimom,
- 9) dvoroditeljske obitelji s ocem i pomajkom,
- 10) jednoroditeljske obitelji unutar majčine roditeljske obitelji.

Nestručnjaci, ali i mnogi stručnjaci (prema Čudina-Obradović) pretpostavljaju da je dvoroditeljska obitelj s dva biološka roditelja za dijete najpovoljnija obiteljska struktura, a da svi ostali oblici čine nepotpunu i disfunkcionalnu obitelj koja zbog svojih obilježja ili procesa koji se unutar nje odvijaju nepovoljno djeluje na djetetov društveni, emocionalni i kognitivni razvoj. Ti se nepovoljni utjecaji mogu pokazati kao djetetovo neprihvatljivo ponašanje, emocionalne teškoće i slabiji uspjeh u školi i na testovima znanja. To shvaćanje nisu potvrdila istraživanja koja su osim vanjske strukture obuhvatila i procese unutar obitelji. Pokazalo se da je za pravilan razvoj najvažniji odnos jednog ili obaju roditelja, najšire skrbnika, prema djetetu, sposobnost osiguravanja skrbnika da omogući sve uvjete koje pruža zdrava i poticajna obitelj, čak i ako su te okolnosti oslabljene ili ugrožene krizom, stresom ili promjenama u obitelji (6). Četiri glavna čimbenika koja mogu dovesti do nepovoljnog utjecaja jednoroditeljske obitelji jesu: ekonomski položaj obitelji, manjkav socijalizacijski kontekst, stres zbog raspada obitelji i majčina psihološka dobrobit (6). Različiti nepovoljni i rizični čimbenici, kao što su ekonomski stres, siromaštvo, nezaposlenost, promjena u obiteljskoj strukturi zbog smrti, razvoda, napuštanja i emigracije, alkoholizam, droga i zlostavljanje u obitelji djelovat će razorno na obitelj kao cjelinu, ugroziti će dobrobit i razvoj njezinih članova. Zdrava i poticajna obitelj ona je u kojoj se ostvaruje čvrsta emocionalna veza s djetetom, pruža mu se potrebna potpora i pažnja, osigurava zdravstvena skrb i život u čistoj i urednoj sredini, gdje svi članovi pridonose održavanju obiteljskog okoliša. U adolescenciji, 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, iako se u adolescenciji te granice šire u skladu s većom zrelošću i kompetencijama adolescenta, a nadzor proizlazi iz dobre komunikacije. Od adolescenta se očekuje da sudjeluje u podjeli obiteljskih dužnosti i da djelomično preuzme brigu za dobrobit obitelji (6).

Postoje i druge podjele vrsta obitelji:

1. Prvi je oblik obitelji nuklearna obitelj koju čine roditelji i djeca:

- potpuna obitelj – bračna ili izvanbračna zajednica žene i muškarca s biološkim potomstvom,
- socijalna obitelj – radi se o zajednicama odraslih bez djece,
- nepotpuna obitelj – zajednica jednog roditelja i djeteta,
- posvojiteljska obitelj –posvojitelj s posvojenim djetetom i
- obitelj nastala uz medicinsku pomoć – bračna ili izvanbračna zajednica s djecom koja biološki ne potječu od osoba koji su njihovi roditelji u socijalnom smislu.

2. Drugi oblik je reorganizirana obitelj:

- uzastopna obitelj – kada nakon prethodnog braka bivši supružnici zasnivaju novi brak te na taj način mijenjaju strukturu obitelji
- obitelji zajedničkog življenja, takozvane komune i zajednice osoba istog spola – kada su u zajednici osobe istog spola, bilo da posvajaju dijete ili ne.

3. I treći oblik je proširena obitelj:

- trogeneracijska – takvu obitelj čine roditelji, djeca, bake i djedovi,
- srodnička – uz roditelje i djecu, tu su i pripadnici iste generacije, ujaci, stričevi i
- poligamna porodica – jedan od supružnika ima više supružnika.

Sve obitelji imaju isti zadatak: da štite dijete, čuvaju njegovo pravo, zastupaju interes djeteta, pružaju mu oslonac, te mu omogućuju pravilan psihofizički i psihosenzorni razvoj, kako bi sam jednog dana imao dobre temelje za odgoj svojih potomaka (5).

1.4.2. Sociodemografske karakteristike

- Spol
- Starost
- Stupanj obrazovanja
- Zaposlenost
- Bračni status
- Broj djece

2. HIPOTEZA

Očekuje se da sociodemografske karakteristike i struktura obitelji znatno utječu na mentalne poremećaje kod djece i adolescenata koji se liječe na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom.

3.CILJ RADA

Cilj je utvrditi i analizirati sociodemografske karakteristike i strukturu obitelji djece i adolescenata koji su liječeni na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom od 2012. do 2014. godine.

4.MATERIJALI I METODE

Istraživanje je provedeno kao retrospektivna studija od 2012. do 2014. godine kod djece i adolescenata koji su liječeni ambulantno i stacionarno na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom.

4.1. Ispitanici

Ispitanici su djeca i adolescenti od 3 do 22 godine koji su liječeni na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom na kojemu je također provedeno ovo ispitivanje. Podaci su prikupljeni iz elektroničke baze Odjela dječje i adolescentne psihijatrije s dnevnom bolnicom od 2012. do 2014. godine.

4.2. Upitnik

Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom sastoji se od podataka: dob roditelja, zanimanje roditelja, zaposlenost roditelja, cjelovitost obitelji, zajednički ili odvojeni život roditelja, rastavljenost roditelja i razlozi rastavljenosti, obiteljska anamneza spram različitih bolesti) te dob djeteta.

4.3. Statističke metode

Za sve navedene varijable napravila se deskriptivna statistika (totalni raspon, minimalni i maksimalni rezultat, aritmetička sredina i median, dominantna vrijednost, standardna devijacija kao informacija o raspršenju rezultata). Sve varijable testirane su na normalnost distribucije Kolmogorov-Smirnovljevim testom, te su, ovisno o rezultatu, primijenjene parametrijske ili neparametrijske metode. Deskriptivne statističke metode korištene su za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli. Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izražene su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom za normalno distribuirane varijable, i medijanom i rasponom za varijable koje se ne raspodjeljuju normalno (12).

4.4. Etička načela

Prije provedbe samoga istraživanja dobivena je suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara. Istraživanje se provodilo primjenom upitnika „Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom“, te su se podaci o pacijentima primijenili iz elektroničke baze podataka Odjela za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom, iz razdoblja od 2012. do 2014. godine.

5. REZULTATI

Svi podaci uneseni su u Microsoft Excel program. U nastavku će biti analizirane sve istraživane varijable.

Ukupan je broj ispitanika 132.

Dob ispitanika

Totalni raspon za varijablu *dob* iznosi 19 godina, budući da je najmlađi ispitanik imao 3 godine, a najstariji 22 godine. Za 13 ispitanika nedostaje podatak o dobi. Prosječna starost ispitanika iskazana medijanom iznosi 15 godina.

Tablica 1. Podaci o godinama rođenja ispitanika

Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija
1992.	2	1999.	15	2006.	7
1993.	5	2000.	11	2007.	2
1994.	14	2001.	5	2008.	1
1995.	4	2002.	6	2009.	3
1996.	8	2003.	10	2010.	1
1997.	7	2004.	2	2011.	1
1998.	10	2005.	4		

Podaci o spolu ispitanika nisu zabilježeni, što se smatra nedostatkom ovoga istraživanja, a što u budućim istraživanjima treba korigirati.

Dob roditelja ispitanika – oca

Totalni raspon za varijablu *dob oca* iznosi 29 godina, budući da je najmlađi otac imao 32 godine, a najstariji 62 godine. Za 35 očeva ispitanika nedostaje podatak o godini rođenja. Prosječna vrijednost iskazana medijanom iznosi 46 godina.

Tablica 2. Podaci o godini rođenja oca (frekvencije)

Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija
1952.	1	1964.	4	1974.	6
1953.	2	1965.	6	1975.	1
1954.	2	1966.	1	1976.	2
1955.	3	1967.	4	1977.	1
1956.	2	1968.	10	1978.	1
1957.	3	1969.	4	1979.	2
1959.	1	1970.	5	1980.	2
1960.	2	1971.	5	1981.	2
1962.	2	1972.	4		
1963.	5	1973.	6		

Dob roditelja ispitanika – majka

Totalni raspon za varijablu *dob majke* iznosi 31 godinu, budući da je najmlađa majka imala 28 godina, a najstarija 59 godina. Za 37 majki ispitanika nedostaje podatak o godini rođenja. Prosječna vrijednost iskazana medijanom iznosi 42 godine.

Tablica 3. Podaci o godini rođenja majke (frekvencije)

Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija	Godina rođenja	frekvencija
1955.	1	1967.	3	1976.	7
1956.	1	1968.	5	1977.	3
1959.	3	1969.	3	1978.	3
1960.	1	1970.	3	1979.	5
1962.	1	1971.	5	1980.	4
1963.	6	1972.	9	1981.	3
1964.	4	1973.	3	1982.	2
1965.	1	1974.	7	1983.	1
1966.	3	1975.	4	1986.	1

Zanimanje oca

Iako za 51 ispitanika (39%) nedostaje podatak o zanimanju oca, a 5 očeva je preminulo, zanimanja među očevima raspoređena su na sljedeći način: umirovljenik (22), kuhar (7), vozač (5), trgovac (3), radnik (3), zidar (3), autolakirer (2), automehaničar (2), bravar (1), diplomirani pravnik (1), djelatna vojna osoba (2), dostavljač (1), drveni tehničar (1), elektrotehničar (2), geodet (1), građevinar (2), keramičar (1), keramički tehničar (1), komercijalist (1), krojač (1), medicinski tehničar (1), mesar (1), ličilac(1), monter suhe gradnje (1), novinar (1), obrtnik (1), obučar (1), plinoinstalater (1), poljodjelac (1), poljoprivrednik (1), policajac (1), privatni obrtnik (1), rukovatelj građevinskim strojevima (1), službenik (1), soboslikar (1), stolar (1), strojar (2), strojarski tehničar (1), strojobravar (3), tehničar telekom (1), varilac (1), zaštitar (1), žbuker (1).

Zaposlenost oca

Nepotpunost podataka o zaposlenosti oca nažalost ograničava daljnje moguće analize. Naime, postoje podaci za samo 44 ispitanika o tome gdje su zaposleni njihovi očevi (a nedostaju za 67% ispitanika), a oni su sljedeći: 27% očeva radi u državnoj ustanovi, 59% radi kod privatnika, a 14% očeva ima vlastiti posao.

Zanimanje majke

Iako za 34 ispitanica (36%) nedostaje podatak o zanimanju majke, a 2 majke su preminule, zanimanja među majkama ispitanika bila su sljedeća:

domaćice/kućanice (29), administrativni tehničar (1), administrator (1), agroekonomist (1), diplomirani pravnik (1), diplomirani ekonomist (1), djelatnica (2), dostavljač (1), ekonomski tehničar (1), frizer (2), geodet (2), hotelijersko-turistički tehničar (2), inženjer ratarstva (1), kemijski laborant (1), kemijski tehničar (1), knjigovođa (1), komercijalist (2), konfekcionar (3), konobar (1), krojačica (4), kuharica (2), medicinska sestra (4), novinarka (1), negovateljica (1), obrtnica (2), odgojiteljica (2), odjevni tehničar (1), prodavačica (8), profesorica (1), servirka (2), slagačica (1), službenica (1), spremačica (2), stenodaktilograf (1), suradnik u razrednoj nastavi (1), šivačica (1), upravni referent (1), uzgajivač cvijeća (1), veterinarski tehničar (1).

Zaposlenost majke

Kao i kod podataka za zaposlenost očeva, i za varijablu *zaposlenost majki* velika je nepoznanica, budući da za samo 40 ispitanika postoje upisani podaci o zaposlenosti majki (70% uzorka nema podatke). Od postojećih podataka, raspodjela je zaposlenosti majki sljedeća: 8 majki (20%) radi u državnoj ustanovi, 3 majke (7%) rade u javnoj službi, 25 majki (63%) radi kod privatnika, a 4 majke (10%) imaju vlastiti posao.

U Tablici 4. nalaze se podaci Državnog zavoda za statistiku od 2012. do 2014. godine, koji govore o zaposlenosti u Hrvatskoj za kronološku dob koja se odnosi na naš uzorak (9).

Tablica 4. Zaposlenost u Hrvatskoj od 2012. do 2014. godine.

Dob	2012. godine u RH		2013. godine u RH		2014. godine u RH	
	Radi	Ne radi	Radi	Ne radi	Radi	Ne radi
od 25. do 49. godine	71,6%	13,2%	70,1%	15,5%	69,5%	16,2%
od 50. do 64. godine	46,5%	8,4%	45,9%	10,2%	46,3%	10,6%

Ako poznate nam postotke o zaposlenosti roditelja, usprkos njihovoj deficitarnosti, usporedimo s nacionalnim podacima, vidimo da naš uzorak karakterizira veća nezaposlenost, a time i veće ekonomsko opterećenje i kriza u tim obiteljima.

Cjelovitost obitelji

U potpunoj obitelji živi 79 ispitanika (69%), a u nepotpunoj obitelji živi 36 ispitanika (31%). U jednoroditeljskoj obitelji živi 6 ispitanika, od kojih je troje s ocem, a troje s majkom. Podaci o cjelovitosti obitelji izostali su za 11 ispitanika (8%).

U Tablici 5. nalaze se podaci iz Državnog statističkog zavoda za broj razvedenih na 1000 sklopljenih brakova od 2012. do 2014. godine. Ti podaci sugeriraju da je naš uzorak u skladu sa stopom razvedenosti u Hrvatskoj (31:33) (9).

Tablica 5. Podaci Državnog statističkog zavoda za stupanj razvedenih brakova u Hrvatskoj

	2012. god.	2013. god.	2014.god.
Razvedeni brakovi na 1000 sklopljenih	278,4	312,6	336,9

Troje je ispitanika čiji su roditelji razvedeni manje od 6 mjeseci. Dvoje je ispitanika čiji su roditelji razvedeni između šest mjeseci i godinu dana. Roditelji devetoro ispitanika razvedeni su između jedne i pet godina. Šestero je ispitanika čiji su roditelji razvedeni od pet do deset godina. Roditelji devetoro ispitanika razvedeni su više od deset godina.

Razlog rastave roditelja u našem uzorku bio je sljedeći: za 15 roditelja neslaganje karaktera, za 11 roditelja nasilje u obitelji, za 4 roditelja alkoholizam, za 2 roditelja neka druga psihijatrijska bolest, a za 7 roditelja ostalo.

Ukupan broj djece u obitelji

U promatranom uzorku bilo je 25 obitelji s jednim djetetom (20%), dvoje djece bilo je u 46 obitelji (37%), troje djece bilo je u 33 obitelji (27%), četvero djece bilo je u 11 obitelji (9%), a više od četvero djece ima 9 obitelji (7%). Nedostaju podaci za 6% ispitanika.

Obiteljska anamneza

Ukupno je navedeno 153 podatka o postojanju određenih bolesti u obitelji, od kojih ćemo prema učestalosti navesti redom: depresija (23, tj. 17%), povišeni krvni tlak (20, tj. 15%), nasilje u obitelji (18, tj. 14%), PTSP (18, tj. 14%), alkoholizam (18, tj. 14%), šećerna bolest (12, tj. 9%), boravak u zatvoru (12, tj. 9%), suicidi (9, tj. 7%), epilepsija (8, tj. 6%), mentalna retardacija (5, tj. 4%), narkomanija– uporaba droga (4, tj. 3%), tumor (3, tj. 2%), shizofrenija (2, tj. 1,5%), bolest majke u trudnoći (1, tj. 0,7%).

Ostali podaci

Od ostalih podataka koji su prikupljeni upitnikom na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom, dobiven je podatak za porođajnu težinu (PT), koji je iznosio od 1280g do 4550g, a porođajna dužina bila je od 46cm do 55cm (uz napomenu da za porođajnu težinu nedostaje 27% podataka, a za porođajnu dužinu 34% podataka).

Podaci o ranom razvoju (poput dobi u kojoj je dijete prohodalo, progovorilo, steklo kontrolu sfinktera, koje je dječje bolesti preboljelo, je li pohađalo jaslice/vrtić, redovitost cijepljenja djeteta, dob kretanja u osnovnu školu, uklapanje u skupinu vršnjaka, uspješnost u školi, privrženost/autoritet roditelju, alergije, konzumacije duhana, alkohola i ostalo) ne mogu se izložiti budući da su nedostadni.

Tablica 6. sadrži prikaz općih karakteristika roditelja i djece. Na temelju rezultata primijećeno je kako je prosječna starost očeva bila u prosjeku viša za 4,52 godine ($p < 0,001$) u odnosu na starost majki. Većina roditelja (67,9%) zaposlena je ($p < 0,001$), a uspoređujući radno mjesto majki i očeva nije pronađena statistički značajna razlika u sektoru u kojem rade ($p = 0,902$).

Tablica 6. Karakteristike roditelja i djece

		Otac	Majka	p
Starost roditelja		47,85±7,16	43,33±6,6	<0,001*
Zaposlenost	da	55 (67,9%)		<0,001†
	ne	26 (32,1%)		
Radno mjesto	državna ustanova	12 (27,27%)	11 (27,5%)	0,902††
	kod privatnika	26 (59,09%)	25 (62,5%)	
	vlastiti posao	6 (13,64%)	4 (10%)	
Dob djeteta		15,62±4,41		
*Studentov t-test, †Binomialni test, ††Fisherov egzaktni test				

U Tablici 7. prikazane su karakteristike obitelji. Većina je obitelji potpuna (68,7%, $p < 0,001$), 83,87% obitelji ima troje ili manje djece ($p < 0,001$). Većina roditelja živi zajedno (67,26%, $p < 0,001$), a u duljini trajanja razdvojenog života nije pronađena statistički značajna razlika ($p = 0,117$). Najznačajniji su razlozi rastave neslaganje karaktera (44,12%), alkoholizam (32,35%), te nasilje u obitelji (11,76%), $p = 0,008$.

Tablica 7. Karakteristike obitelji

		n (%)	p
Obitelj	potpuna	79 (68,7%)	<0,001*
	nepotpuna	36 (31,3%)	
Broj djece	1	25 (20,16%)	<0,001†
	2	46 (37,1%)	
	3	33 (26,61%)	
	4	11 (8,87%)	
	>4	9 (7,26%)	
Roditelji žive	zajedno	76 (67,26%)	<0,001*
	razdvojeno	37 (32,74%)	
Koliko dugo žive razvedeni	neslaganje	3 (10,34%)	0,117†
	od 6 mjeseci do 1 godinu	2 (6,9%)	
	od 1 do 5 godina	9 (31,03%)	
	od 5 do 10 godina	6 (20,69%)	
	> 10 godina	9 (31,03%)	
Razlog rastave	neslaganje karaktera	15 (44,12%)	0,008†
	alkoholizam	11 (32,35%)	
	nasilje u obitelji	4 (11,76%)	
	druga psihijatrijska stanja	2 (5,88%)	
	ostalo	8 (23,53%)	
*Binomialni test, † χ^2 test			

6. RASPRAVA

Analiza sociodemografskih karakteristika i strukture obitelji djece i adolescenata koji su liječeni od 2012. do 2014. godine na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom pokazala je sljedeće:

Prosječan uzrast ispitanika bio je 15 godina, što se u psihologiji adolescencije smatra fazom srednje adolescencije, posebno kriznim i turbulentnim razdobljemna prijelazu iz djetinjstva u odraslu dob. Očevi adolescenata imali su prosječno 46 godina, a majke 42 godine, što prema razvojnim psiholozima predstavlja sraz dviju generacija. S jedne strane, roditelji koji su dosegli svoje četrdesete mijenjaju se i moraju se pomiriti s činjenicom da im se vlastite mogućnosti sužavaju; s druge strane, tinejdžeri se suočavaju s gotovo neograničenim mogućnostima. Pritisci i jedne i druge generacije međusobno kolidiraju (1). Roditelji, primjerice, često ne mogu razumjeti zašto adolescenti žele izbjeći obiteljske aktivnosti i biti s vršnjacima. Adolescenti pak ne shvaćaju zašto roditelji žele da obitelj bude zajedno što je češće moguće. Ne razumiju da roditeljstvo, važan stadij u životu odrasle osobe, prolaskom adolescencije djeteta uskoro završava. Kvaliteta odnosa između roditelja i djeteta kao najvažniji prediktor mentalnog zdravlja nije ispitana u punom smislu ovim upitnikom. S obzirom na to da nemamo podatak o spolu djeteta, ne možemo ove nalaze valjano analizirati. Zaposlenost roditelja, odnosno zanimanje roditelja preko kojega se može izvesti zaključak o socioekonomskom statusu, također ima metodološko ograničenje koje u budućim istraživanjima treba ispraviti. Mogući prijedlog za stvaranje nove inačice upitnika pri prvom pregledu trebao bi imati ponuđene odgovore o ostvarenom stupnju školovanja (na primjer bez završene oš, oš, sss, vss, vss). Bilo bi također zanimljivo provjeriti neke teoretske modele utjecaja prihoda u obitelji i rizičnih čimbenika iz spektra mentalnog zdravlja, primjerice utječu li ekonomske krize (na primjer nezaposlenost koja je veća od državnog prosjeka u ovom dijelu Hrvatske, što je i dovelo do pojave iseljavanja mladih ljudi izvan Hrvatske) na obiteljsku dobrobit i doprinose li time smanjenju mentalnog zdravlja članova obitelji. Mogući je prijedlog da se ta varijabla ispita pitanjem samoprocjene prihoda kućanstva kao ispodprosječnih, prosječnih ili iznadprosječnih. Strukturu obitelji kao rizični čimbenik ispitali smo česticom *cjelovitost obitelji*. 69% ispitanika živi u potpunoj obitelji, dok 31% ispitanika živi u jednoroditeljskoj obitelji. Državni podaci stope razvoda iznose 33% za 2014. godinu. Kvaliteta obiteljskog života čimbenik je koji najviše pridonosi zdravlju djeteta/adolescenta, a ona se podatkom žive li majka i otac skupa ili ne, ne može pretpostavljati, budući da podaci iz

literature govore (1) da struktura obitelji nije važan i odlučujući čimbenik za razvoj djece ukoliko osoba koja skrbi za dijete osigura sve uvjete razvoja koje pruža zdrava i poticajna obitelj (6). Razvoju djeteta potrebno je stvaranje čvrste veze roditelja s djetetom, pružanje potpore i potrebne pažnje tijekom cijelog djetinjstva sve do djetetove potpune samostalnosti. Zdrava i poticajna obitelj osigurava djetetu zdravstvenu skrb, povezana je sa širom obitelji, školom te širom zajednicom. Uključenošću u te izvanobiteljske organizacije preko obitelji, dijete stječe vrijednosti, osjećaj životnog smisla, radne navike i osjećaj važnosti učenja, rada, zarađivanja i novca. Varijabla *učestalost cijepjenja* pokušaj je da se izmjeri skrb za djetetovo zdravlje, no, nažalost i ona ima metodološki nedostatak koji treba ispraviti. Obiteljska anamneza kao čimbenik rizika potvrđena je u ovoj analizi budući da je učestalost navedenih psihičkih bolesti u našem uzorku iznad očekivane (11). Vrlo očekivano, kombinacija genetskog i okolišnog utjecaja pokazala se značajnijim čimbenikom od sociodemografskih podataka. Metodološki nedostatak predstavlja visok postotak tzv. „missingcells¹“, tj. izostala je u cijelosti bitna demografska karakteristika *spol* koja u literaturi nejednako opterećuje određene pojave koje promatramo, te smatramo da je potrebno kreiranje suvremenije, moguće računalne verzije upitnika koji bi uključivao na primjer socioekonomski status roditelja, prihode kućanstva, procjene zadovoljstva obiteljskim odnosom i slično. Također predlažemo eksperimentalni nacrt u kojemu bi postojala kontrolna skupina psihički zdrave djece/adolescenata koji bi bili izjednačenih sociodemografskih karakteristika poput dobi, spola, socioekonomskog statusa roditelja i slično. U istraživanju vidimo da je prosječna starost očeva 47 godina, a majki 43 godine. Prema zaposlenosti vidi se da su roditelji djece u većem broju zaposleni, odnosno da je zaposlenost 67,9%, a nezaposlenost 32,1%

¹eng. „ćelije koje nedostaju“, tj. pojava kada podaci traženi u upitniku nisu popunjeni. U konkretnom slučaju, velik broj sudionika ovoga istraživanja nije naveo spol djeteta.

7.ZAKLJUČAK

Od ispitanih sociodemografskih karakteristika i karakteristika strukture obitelji statistički značajnim pokazao se podatak o postojanju obiteljskih anamnestičkih doprinosa, najveću učestalost imaju depresija (17%) te alkoholizam, nasilje u obitelji i PTSP s jednakim brojem oboljenja (14%). Obiteljska anamneza kao čimbenik rizika potvrđena je u ovoj analizi budući da je učestalost navedenih psihičkih bolesti u našem uzorku iznad očekivane. Vrlo očekivano, kombinacija genetskog i okolišnog utjecaja pokazala se značajnijim čimbenikom od sociodemografskih podataka. Dok se razlike u dobi i zaposlenosti roditelja, odnosno cjelovitosti obitelji nisu pokazale značajnima, što je u skladu s podacima iz literature.

8.SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj je istraživanja bio utvrditi i analizirati sociodemografske karakteristike i strukturu obitelji te njihov utjecaj na mentalne poremećaje djece i adolescenata liječenih na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom od 2012. do 2014. godine.

Nacrt studije: Istraživanje je provedeno kao retrospektivna studija od 2012. do 2014. godine kod djece i adolescenata koji su liječeni ambulantno i stacionarno na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom.

Ispitanici i metode: Ispitanici su bili djeca i adolescenti od 3 do 22 godine koji su se liječili na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom. Ispitivanje je provedeno na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom. Podaci su prikupljeni iz elektroničke baze Odjela za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom od 2012. do 2014. godine. Prilikom prvog pregleda djeteta/adolescenta ispunjen je upitnik koji se sastojao od podataka: dob roditelja, zanimanje roditelja, zaposlenost roditelja, cjelovitost obitelji, zajednički ili odvojeni život roditelja, rastavljenost roditelja i razlozi rastavljenosti, obiteljska anamneza te dob djeteta.

Rezultati: Prosječna dob ispitanika bila je 15 godina, što se u psihologiji adolescencije smatra fazom srednje adolescencije, odnosno iznimno kriznim i turbulentnim razdobljem na prijelazu iz djetinjstva u odraslu dob. Očevi adolescenata imali su prosječno 46 godina, a majke 42 godine, što se prema razvojnim psiholozima smatra srazom dviju generacija. Strukturu obitelji kao rizičnog čimbenika ispitali smo česticom „cjelovitost obitelji“. Prema tome pokazalo se da 69% ispitanika živi u potpunoj obitelji, dok 31% ispitanika živi u jednoroditeljskoj obitelji. Prema zaposlenosti utvrđeno je da je 67,9% roditelja zaposleno, a 32,1% nezaposleno.

Zaključak: Kada su u pitanju sociodemografske karakteristike i karakteristike strukture obitelji, statistički se značajnim pokazao podatak o postojanju obiteljskih anamnestičkih doprinosa mentalnim poremećajima kod djece, dok se razlike u dobi i zaposlenosti roditelja, odnosno cjelovitosti obitelji nisu pokazale značajnima, što je u skladu s podacima iz literature.

9.SUMMARY

Aim: The aim of this research was to identify and analyze socio-demographic characteristics and family structure as well as their effect on mental disorders in children and adolescents treated at the Department of Child and Adolescent Psychiatry with the day care from 2012 to 2014.

Study outline: The research was conducted as a retrospective study from 2012 to 2014 in children and adolescents treated at the Department of Child and Adolescent Psychiatry with the day care, both outpatients and inpatients.

Participants and methods: Participants were children and adolescents between 3 and 22 years of age treated at the Department of Child and Adolescent Psychiatry with the day care. The data was acquired from the electronic database of Department of Child and Adolescent Psychiatry with the day care from 2012 to 2014. A questionnaire was filled out during the first examination of each child/adolescent, asking for the following data: parental age, parental occupation, employment of each parent, family structure, whether parents are separated or living together with the child/adolescent, whether parents are divorced and if so, which are the reasons for the divorce, family medical history, and age of the child.

Results: Average age of respondents was 15, which is considered secondary phase of adolescence by the adolescent psychology, i.e. extremely critical and turbulent age in the transition from childhood to adulthood. Fathers of adolescents were on average 46 years old and mothers were 42, which is considered the clash of two generations by developmental psychologists. The family structure was examined in the particle “family structure”. According to that particle, 69% of respondents live in complete families, while 31% of respondents live in single-parent families. The questionnaire indicated 67.9% of employed and 32.1% of unemployed parents.

Conclusion: In terms of socio-demographic characteristics and family structure characteristics, the research indicated statistically relevant data on the effect of family medical history on mental disorders in children, while the age difference and the employment of parents as well as the structure of the family did not indicate statistically significant effect, which is consistent with the existing data in previous research.

10.LITERATURA

1. BerkLE. Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
2. Graovac M. Adolescent u obitelji. Medicina fluminensis. 2010; 46:261-266.
3. Sujoldžić A, Rudan V, De Lucia A. Adolescencija i mentalno zdravlje. Zagreb: Laser-Plus; 2006.
4. Ajduković M, BacingerKlobučarić B, Božičević V, Brlas S, Gulin M, Ljubešić M i sur. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. 1. izd. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“Virovitičko-podravske županije; 2010.
5. Institut za sretnu djecu, mladež i obitelj „ISDMO“. Obitelj – temelj za normalan psihofizički razvoj – Fraza ili istina?Dostupno na adresi: <http://www.radosnaobitelj.com>. Datum posljednjeg pristupa 15.12.2015.
6. Čudina Obradović M., Obradović J. Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Tehnička knjiga – Goldenmarketing; 2006.
7. Dodig Ćurković K, Franić T, Radić J, Ćurković M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. 1. izd. Osijek: Svjetla grada; 2013.
8. Nikolić S,Marangunić M. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
9. Hrvatska u brojkama. Hrvatska u brojkama 2012.-2014. Dostupno na adresi: http://www.dzs.hr/Hrv/publication/cro_in_fig.htm. Datum pristupa 10.12.2015.
10. Mandić, N.Suicidologija – izabrani radovi drugog jugoslavenskog kongresa za prevenciju samoubojstva. Osijek: 1988.
11. FolnegovićŠmalc V.Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
12. Petz B. Osnove statističke metode za nematematičare. 5. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.

11. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Maja Poznić

Datum i mjesto rođenja: 09.6.1993. Našice, Hrvatska

Adresa: Ulica Tuja 2a, 31000 Osijek

Telefon: 091/919 3803

E-mail: maja.poznic@hotmail.com

Obrazovanje:

2012. – 2016. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2008. – 2012. Opća gimnazija, SŠ Isidora Kršnjavoga, Našice

2000. – 2008. Osnovna škola Dore Pejačević, Našice

Članstva:

Udruga studenata sestrinstva Osijek

Hrvatska udruga studenata sestrinstva

12.PRILOZI

Prilog 1. Dopuštenje Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara za provođenje istraživanja na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom

Prilog 2. Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom

Prilog 1. Dopuštenje Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara za provođenje istraživanja na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom, Kliničkog bolničkog centra Osijek

Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara

Osijek, 21. siječnja 2016.

Np/
Maja Poznić, med. techn.
Ulica Tuja 2a
Osijek

Naslov projekta:

„Sociodemografske karakteristike i struktura obitelji kao čimbenici rizika za mentalne poremećaje djece i adolescenata, a koji su liječeni ambulantno i stacionarno na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom od 2012. do 2014. godine.”

Poštovani!

Na sastanku Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara održanog 21. siječnja 2016.godine obavještavamo Vas da je navedeni projekt odobren bez dodatne revizije.

Želimo vam uspjeh u vašem radu.

S poštovanjem,

Predsjednik povjerenstva:
Dalibor Ratić, mag. med. techn

Prilog 2. Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom

Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju s dnevnom bolnicom

Datum pregleda _____

Ime i prezime djeteta: _____ Godina rođenja: _____

Ime oca, godina rođenja oca, zanimanje oca _____

Ime majke, godina rođenja, zanimanje majke _____

Majka zaposlena/nije zaposlena (ako je gdje radi) _____

Otac zaposlen/nije zaposlen (ako je gdje radi) _____

Obitelj: (zaokružiti točan odgovor)

- | | | | |
|---|----------------|---|-----------------|
| 1 | potpuna | 2 | nepotpuna |
| 1 | samohrani otac | 2 | samohrana majka |

Roditelji:

- | | | | |
|---|--------------|---|-----------|
| 1 | žive zajedno | 2 | razvedeni |
|---|--------------|---|-----------|

(ako da navesti koliko dugo)

1. manje od 6 mjeseci
2. od 6 mj. – 1 godinu
3. od 1 – 5 godina
4. od 5 – 10 godina
5. više od 10 godina

Razlog rastave roditelja

1. Neslaganje karaktera
2. Alkoholizam
3. Nasilje u obitelji
4. Druga psihijatrijska bolest
5. Ostalo

Ukupan broj djece u obitelji:

1. Jedno
2. Dvoje
3. Troje
4. Četvero
5. Više od 4

Obiteljska anamneza:**Je li je u obitelji bilo sljedećih bolesti, (ako da zaokruži 1 i navesti tko u obitelji, ako ne zaokružiti 2)**

Shizofrenija:	1	2
Depresija:	1	2
Alkoholizam:	1	2
Narkomanija (uporaba droga):	1	2
Epilepsija:	1	2
Mentalna retardacija:	1	2
Boravak u zatvoru:	1	2
Suicidi (samoubojstva):	1	2
Nasilje u obitelji:	1	2
PTSP – postraumatski str.porem.	1	2

Neke druge bolesti (povišeni krvni tlak, šećerna bolest, tumor)
