

**PRIVRŽENOST I REZILIJENTNOST
KAO ODREDNICE ZDRAVLJA DJECE I MLAĐIH ADOLESCENATA
SA STAJALIŠTA GEŠTALT PSIHOTERAPIJE**

**REZULTATI NAUČNOG ISTRAŽIVANJA
IDENTIFIKACIJA ODREDNICA ZDRAVLJA I AKTIVACIJA RJEŠENJA
OSLONJENA NA MODEL "ZDRAVOG RAZVOJA"
"REZILIJENTNE ŠKOLE"**

Mirela Badurina

Knjižica predstavlja rezultate naučnog istraživanja provedenog u 2016. godini na području Kantona Sarajevo i namijenjena je školama, odgajateljima, nastavnicima, profesionalcima, roditeljima, institucijama i organizacijama koje imaju za cilj

očuvanje i unapređenja zdravlja, ne samo fizičkog nego i emotivog, kognitivnog, socijalnog, duhovnog i edukacijskog zdravlja djece i mlađih.

Knjižica sadrži: sažetak, uvod, teorijski dio, mjerne instrumente i metrijske karakteristike, rezultate i zaključke biopsihosocijalnog istraživanja, prikazane hijerarhijske faktorske analize, složene medijacijske modele u predviđanju kriterijske varijable-zdravlje, te, u odnosu na identifikaciju problema i odrednica zdravlja, zaštitnih faktora i procesa koji vode zdravlju, predložen je slutogeno orijentiran preventivni program oslonjen na model "Zdravog razvoja" kroz Pilot projekat "Rezilijentne škole".

Iskreno zahvaljujem svima koji su pomogli u izradi ove disertacije,
posebno djeci i njihovim roditeljima, nastavnicima, menadžmentu osnovnih škola:
O.Š. "Edhem Mulabdić", O.Š. "Velešićki heroji", Osma onovna škola "Amer Ćenanović",
O.Š. "Grbavica 1", O.Š. "Čengić Vila", O.Š. "Nafija Sarajlić",
O.Š. "Vladislav Skarić", O.Š. "Aleksa Šantić",
O.Š. "Isa-beg Ishaković", O.Š. "Malta", O.Š. "Isak Samokovlija",
O.Š. "Safet-beg Bašagić" i O.Š. "Osman Nakaš",

Ministarstvu za obrazovanje, nauku i mlade,

Mentorici, Prof. dr. Gordani Buljan Flander,
Predsjednici komisije, Prof. dr. Enedini Hasanbegović Anić
Profesorima članovima komisije, Prof. dr. Emiri Švraka, i Prof. dr. Melihi Sakić,
istraživačkom timu na čelu sa Katarinom Mišetić,
konsultatima, doc.dr. Lidiji Pecotić i doc.dr. Jeleni Želeskov Đorić, te
kolegama koji su sudjelovali u ovom istraživanju.

Posebnu zahvalnost dugujem suprugu i djeci na nesebičnoj podršci i ljubavi.

U nadi da će pomoći boljem razumijevanju zdravlja i dobrobiti djece i adolescenata, s ciljem održivog razvoja

S poštovanjem,
Mirela Badurina

SAŽETAK

Uvod: Na osnovu rezultata istraživanja mentalnog zdravlja djece i adolescenata na našem području, koja govore da skoro svako četvrtu dijete rane adolescentne dobi pati i pod visokim je rizikom da razvije mentalne poremećaje, rad predstavlja nastavak istraživačkog rada autora, s ciljem da se na teorijskom i praktičnom nivou pokuša, zdravje djece i mlađih sačuvati, unaprijediti i osnažiti u njihovom putu prelaska iz djetinjstva u svijet odraslih. Polazeći od teorije "polja", centralnim konceptom u geštalt psihoterapiji, koja teži stavlja na cjelokupno okruženje i *ponašanje objašnjava dinamičnim međuzavisnim djelovanjem*, a zdravo funkcioniranje gleda kao sposobnost fleksibilnog kretanja između osobnih potreba i zahtjeva iz okruženja, ovim istraživanjem pitamo se: Da li postoji mogućnost i na koji način, da se djeca razvijaju u društvu globalnih promjena, nesigurnosti i neizvjesnosti, tako da ne upadnu u stanja u kojem bi štetili i ograničavali sebe i druge, nego da se razvijaju živeći svoje potencijale u harmoniji sa drugima i tehnologijom.

Geštalt terapija polazi od holističkog, egzistencijalističkog i fenomenološkog gledišta i ogleda se u dvije činjenice: a) rasvjetljavanju procesa uspostavljanja zdravog kontakta i načina na koji se kontakt razvija kod adolescenata; b) razumijevanju načina putem kojih se potpuni i trenutni kontak sa drugima, ili sa dijelovima adolescentne ličnosti, može omesti ili prekinuti maladaptivnim mehanizmima ili otporom i refleksije na zdravje, bit će predstavljena kroz Interaktivni ciklus iskustva kontakta.

Cilj: Imajući u vidu dosadašnja istraživanja iz ovih oblasti, kao i činjenicu da ovakva studija koja uključuje sve navedene teorijske okvire do sada nije

izvedena kod nas, a i šire, osnovni cilj ovog istraživanja bio je da ispita da li se zdravje u relaciji sa kvalitetom života može objasniti kvalitetom privrženosti i kapacitetom rezilijentnosti. Drugi cilj je ispitati razlike uspostavljanja zdravog i disfunkcionalnog ciklusa kontakata. Na koncu, cilj ovog istraživanja je pokušati doprinijeti razumijevanju *odrednica zdravlja i aktivacije rješenja u odnosu na dobivene rezultate istraživaja*, kroz prijedlog preventivnih aktivnosti u identifikaciji, očuvanju i unapređenju zdravljia djece i adolescenata, te mogućnosti nastavka kroz Pilot istraživanja.

Sa naučnog aspekta, značajan doprinos israživačkog rada je proširenje Bowlbijeve teorije afektivnog vezivanja, uvodeći koncept rezilijentnosti.

Metodologija istraživanja: Prije kvantitativnog istraživanja, urađeno je kvalitativno istraživanja kroz focus grupe sa djecom, roditeljima, nastavnicima na Temu: Šta je zdravje i koji su najveći izazovi odrastanja u trenutnom društvenom kontekstu" s ciljem prikupljanja podataka u odnosu na koje se pristupilo definiranju i postavljanju ciljeva i zadataka istraživanja. Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku djece i mlađih adolescenata i obuhvatilo je 1427 sudionika, i to 1163 sudionika u kvantitativnom dijelu istraživanja, a u okviru kvalitativnog dijela istraživanja, obuhvaćeno je 63 roditelja/staratelja i nastavnika i 193 učenika/učenica u 13 osnovnih škola u Kantonu Sarajevo. Od ukupnog uzorka dječaci čine 51,7% (N=601), a djevojčice 48,3% (N=562), te možemo zaključiti da je uzorak ujednačen po spolu.

Instrument za kvantitativno istraživanje sačinjen od pet cjelina koja pokrivaju: *Opće sociodemografske*

karakteristike; Upitnik za procjenu obiteljske privrženosti, ispituje stilove privrženosti - (ECT Brenan, Clark & Shaver, 1995); Upitnik za procjenu kvalitete privrženosti roditeljima i vršnjacima (IPPA-R, Armsden & Greenberg, 1987., revidirana verzija, Vukčević, 2010); Skala procjene rezilijentnosti (CYRM-28, Ungar & Leibenberg, 2009), i Upitnik procjene zdravlja u relaciji sa kvalitetom života (KIDSCREEN-52, Kidscreen Group Europe, 2006.). Proces adaptacije skala, uključio je: dvosmjerno prevođenje, kliničku raspravu i testiranje prefinalne verzije na maloj skupini ciljane populacije i kognitivno ispitivanje. Svi instrumenti korišteni za procjenu svih varijabli pokazali su veoma dobru pouzdanost, te se rezultati koje smo dobili mogu smatrati validnim.

Rezultati: Potvrđeno je da se postavljenim setom prediktora može objasniti 61,6% ukupne varijance kriterija ($R^2=.616$), a kao najznačajni prediktori za kriterijsku varijablu zdravlja, izdvojili su se: mlađa djeca (sudionici uzrasta od 10-12 godina); dječaci, djeca i mlađi adolescenti (sudionici uzrasata od 13 do 15 godina) koji nisu mjenjali životno okruženje, tj. mjesto stanovanja u posljednjih pet godina; *dualni sigurni stil privrženosti*, koji se ostvaruje preko *kvalitete privrženosti* roditeljima kroz aspekte: povjerenja u majku i kvaliteta komunikacije sa ocem, i kvaliteta privrženosti vršnjacima kroz aspekte komunikacije sa prijateljima, te *razvijeni kapaciteti individualne, relacijske i konceptualne rezilijentnosti* (koji se ostvaruje preko kvalitete školskoga života - osjećaja sigurnosti i pripadnosti školi). Akademski uspjeh nije u direktnoj korelacijskoj relaciji sa zdravljem djeteta, svoj utjecaj na zdravje ostvaruje preko osjećaja pripadnosti školi i individualne rezilijentnosti. Nadalje, postavljenim setom prediktora može se objasniti 59,2% ukupne varijance kriterija ($R^2=.592$),

a kao najznačajni prediktori kriterijske varijable zdravog/funkcionalnog ciklusa kontakta koji vodi rastu i razvoju djeteta, izdvojili su se: mlađa djeca (sudionici uzrasta 10, 11 i 12 godina); dječaci; sigurna dualna privrženost koja se ostvaruje preko kvalitete privrženosti roditeljima kroz aspekte: povjerenja u majku i komunikacije sa, te kvaliteta privrženosti vršnjacima kroz aspekte komunikacije sa prijateljima, zatim kapacitet individualne i kontekstualne rezilijentnosti koji se ostvaruje preko osjećaja pripadnosti školi. Na koncu, rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize, pokazuju da se postavljenim setom prediktora može objasniti 35,9% ukupne varijance kriterija ($R^2=.359$), a kao značajni prediktori disfunkcionalnog ciklusa kontakta koji vodi negativnom polu zdravlja, izdvojili su se: mlađi adolescenti (13, 14 i 15 godina), slabiji akademski uspjeh, nesigurna privrženost koja se ostvaruje preko aspeksa nepovjerenja u majku i otuđenja od oca; nesigurna privrženost vršnjacima kroz aspekte poteškoća u komunikaciji sa prijateljima, nepovjerenja u prijatelje i otuđenja od prijatelja; te nerazvijeni kapaciteti individualna i relacione rezilijentnosti.

Zaključak: Mlađi adolescenti su vulnerabilniji za razvoj psihopatologije u odnosu na djecu, te je *edukacija* i senzibiliziranje roditelja i nastavnog osoblja, kao i stručnjaka za mentalno zdravlje djece i adolescenta na pravovremeno prepoznavanje i reagiranje, ključna za preventivne akcije. Nasilja u školama ima. Nasilje među vršnjacima podjednako čine i dječaci i djevojčice koje su sklonije indirektnim oblicima nasilja u odnosu na dječake. Odgovori dobiveni iz kvalitativnog istraživanja govore da skoro svako treće dijete ne traži ni od koga pomoći kada mu je teško i kada se suočava sa poteškoćama, pitanje je

na koje treba što prije odgovarati. Rezultati ovog istraživanja mogu biti korisne smjernice za daljnja istraživanja na ovim fenomenima. Budući da su ovim istraživanjem prepoznate *odrednice zdravlja*, a to su *dualna sigurna privrženost, ukupni kapacitet rezilijentnosti i kvaliteta školskoga života*, a znajući da se *povećanjem kontrole nad odrednicama zdravlja* (prema Ottawa povelji, 2000) *poboljšava zdravje za život koji je aktivan i produktivan*, otvaraju se mogućnosti za *kreiranje primarnih, sekundarnih i*

tercijalnih preventivnih programa. Imajući u vidu da se *rezilijentnost uči i razvija*, razvoj preventivnih programa kojima bi se djeci i mladima, roditeljima i nastavnicima, omogućilo da razvijaju svoju *rezilijentnost* koja se definirana kao dinamički proces kreativnog prilagođavanja u visokostresnim okolnostima koji vodi zdravlju, te se nameće kao *kompetencija neophodna za život u XXI stoljeću*. Razvoj Pilot programa pod nazivom "Rezilijentne škole" predstavio bi praktičnu vrijednost ovog istraživanja.

Ključne riječi: djeca, mlađi adolescenti, privrženost, rezilijentnost, zdravje u relaciji sa kvalitetom života, škola, holistički model, gestalt psihoterapija.

1. UVOD

Dramatične promjene na globalnom nivou, sa jedne strane ratovi, transkontinentalne migracije, velika nezaposlenost, siromaštvo, a sa druge napredak na naučnom i tehnološkom planu, neminovalno direktno ili indirektno u većoj ili manjoj mjeri utječu na sve ljude i aspekte njihovih života, a posebno na živote najvulnerabilnijeg dijela društva, a to su djeca i mlađi. Veliki je izazov koji se postavlja pred sve stučnjake koji se bave zaštitom zdravlja djece i mlađih, u traganju za novim istraživanjima koja će težiti omogućavanje novih vidova kreativne adaptacije u sve bržim i složenijim promjenama. Nova naučna otkrića mijenjaju naša saznanja o dječjoj i adolescentnoj psihopatologiji i nešto što se ranije razumjevalo u polju dječjeg i adolescentnog mentalnoga zdravlja, danas razumijemo na potpuno drugi način. Danas u praksi imamo intenziviranje susreta sa starim i novim psihopatologijama koje su stigle sa modernim vremenima. Sa stepenom razvoja saznanja nauke i tehnologije započinje nova faza u razvoju čovjeka,

postavljajući pred njega mnoga pitanja i mnoge dileme (Pecotić, 2015). Paradoks modernog vremena je da nikada nismo bili "bliže" jedni drugima, a ustvari, čovjek se nikada više, kao sada, nije osjećao odbačenije, otuđenije, izolovanje i osamljenije (Ginger, 2010). Koliko god je dobroga napredak tehnologije donio, donio je i značajnu promijenu komunikacije među ljudima pa time i percepcije svijeta. Virtualni svijet bez granica u kojima naši mlađi ljudi žive, sistemi vrijednosti, sa sobom donose nova pitanja i izazove za struku.

Dok su mnoga dostupna istraživanja napravila važan doprinos razumijevanju faktora rizika za negativne zdravstvene posljedice po mentalno zdravje djece i odraslih, malo je istraživanja koja su svoju pažnju usmjerila na faktore povezane s procesima koji vode pozitivnom zdravstvenom ishodu. *Sada znamo da socijani faktori mijenjaju psihologiju kao i frekvencu psihopatoloških ispoljavanja u razvojnoj dobi*. Znamo, da svaka osoba ima potencijal

i za bolest i za zdravlje. Sistem podrške daljem razvoju čovjeka nalazi se u procesima prilagođavanja postojećih formi edukacije novonastalim uslovima u ljudskom polju u kojem je rehabilitacija i njegovanje sposobnosti, potencijala, vrijednosti i vještina neophodna za realiziranje ispunjenih bića u zajednici koja im to omogućava. (Pecotić, 2015:12) Biopsihosocijalni pristup u istraživanju kao i praksi predstavlja značajan multidisciplinarni i multisektorski rad, koji predstavlja suštinu istraživanja i rada sa djecom i adolescentima, a koji ima za cilj integraciju i ponovno obnavljanje potencijala i vrijednosti, koje optimistično gledaju u budućnost.

Istraživanja na području Bosne i Hercegovine, u Kantonu Sarajevo (Badurina, 2013) na uzorku koji je obuhvatao 734 djece uzrasta od 10 do 15 godina, ukazuju na skoro dva puta veću prevalenciju (29%) spektra internaliziranih problema (somatskih problema, depresije i anksioznosti, te simptoma povlačenja) od prevalencije klinički značajnih eksternaliziranih problema (16,3%) uočenih na subskalama predelinkventnih i destruktivno agresivnih simptoma (Slika 1.1. i Slika 1.2). Ove dvije krajnosti jednog kontinuma, ne isključuju jedna drugu i u značajnoj su statističkoj korelaciji. Nadalje, istom skalom korištenom za procjenu internaliziranih i eksternaliziranih problema u djece i adolescenta (Skale za samoprocjenu ponašanja mlađih ASEBA – YRS, Achenbach i Rescorla, 2001) nalazi ukazuju na rizično zdravstveno ponašanje sudionika. Djeca starije osnovnoškolske dobi, njih 7,8% je probalo alkohol do svoje 15 godine, 6,2% sudionika konzumira cigarete, a 2,1% djece je već imalo iskustva sa korištenjem droga.



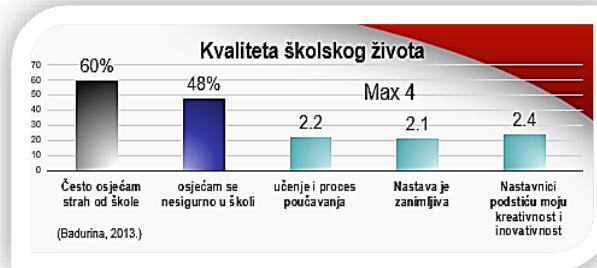
Slika 1.1. Prevalencija problema mentalnog zdravlja djece i mlađih



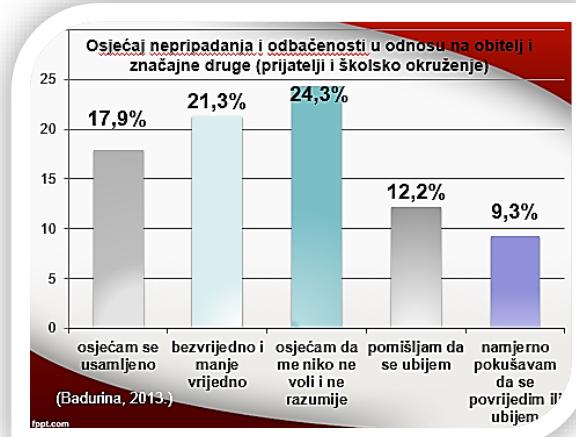
Slika 1.2. Prevalencija klinički značajnih problema mentalnog zdravlja djece i mlađih adolescenta po subskalama

Također, uočena je statistički signifikantna korelacija između akademskog uspjeha, vladanja sudionika, školske kompetencija, kvalitete odnosa nastavnik-učenik, zainteresiranosti za učenje, te pozitivnih/negativnih reakcija na školu sa općom kvalitetom školskog okruženja. Istraživanje ukazuje na vrlo značajne pokazatelje afektivnih posljedica školovanja, intenzivnog straha kao indikatora akutnog stresa koji je u visokoj signifikantnoj korelaciji na svim subskalama posebno na subskalama internaliziranih problema. Sudionici, njih 60% u potpunosti se slažu da često osjećaju strah od škole, a skoro svaki drugi učenik/ca osjeća se nesigurno u školi. Učenje i proces poučavanja (nastave) procjenjuju sa najnižom ocjenom M=2,3 od max 4, a ovi rezultati su značajno povezani sa akademskim uspjehom i vladanjem učenika/ce (Slika 1.3.)

Nadalje, israživanje ukazuje da se svaki peti adolescent osjeća usamljeno, bezvrijedno i manje vrijedno, a svaki četvrti adolescent ima osjećaj da ga/ju niko ne voli i ne razumije. U ukupnom uzorku 12,2 % djece-adolescenata pomišlja da se ubije, a njih 9,3% namjerno pokušava da se povrijeđi ili ubije (Slika 1.4.). Rezultati ukazuju da je skoro svako četvrt dijete rane adolescentne pod visokim rizikom razvoja mentalnih poremećaja posebno somatske, depresivne i anksiozne simptomatologije (Badurina, 2013). Zbog svega navedenog, znajući da djeca rane adolescentne dobi uče kako se ostvaruje čovjek, ovaj rad predstavlja nastavak istraživačkog rada autora, s ciljem da se na teorijskom i praktičnom nivou pokuša, zdravljiti djece i mladih sačuvati, unaprijediti i osnažiti u njihovom putu prelaska iz djetinjstva u svijet odraslih.



Slika 1.3. Kvaliteta školskog života – opći i specifični aspekti kvalitete školskog života



Slika 1.4. Percepcija doživljaja osobnog Selfa

Ono što je izvjesno u vremenu u kojem živimo jeste, da je promjena jedini konstantan fenomen sa kojim se suočavaju i djeca i odrasli. Ovim istraživanjem, pitamo se da li postoji mogućnost i na koji način, da se djeca razvijaju u društvu globalizaciji promjena, nesigurnosti i neizvjesnosti, tako da ne upadnu u stanja u kojima bi štetili i ograničavali sebe i

druge, nego da se razvijaju živeći svoje potencijale u harmoniji sa drugima i tehnologijom.

Naša zainteresiranost je pokušaj davanja odgovora na osnovna pitanja ovog istraživanja, a to su: *Šta stvara zdravlje i koje su odrednice zdravlja kod djece i adolescenata? Koji su to zaštitni faktori i zaštitni procesi koji idu u smjeru zdravlja?*

Adolescencija je *period redefiniranja i reorganizacije*, doslovno sabiranje iskustva djetinjstva i *radikalna reorganizacija psihološkog Selfa* za putovanje koje predстоji, odraslost. Ako fenomenološki posmatramo razvoj adolescenata u trenutnom društvenom kontekstu i vremenu brzih promjena i neizvjesnosti, a imajući u vidu činjenicu da je *adolescencija posebno fragilno psihopatološkim dekompenzacijama ugroženo životno razdoblje*, te da prema istraživanjima WHO – (www.who.int/mental_health/en/) oko 50% dugotrajnih mentalnih poremećaja u odrasloj dobi počinje prije 14. godine, oko 25% do šeste godine, a približno 75% do 18. godine, postavlja se pitanje: *da li se rezilijentnost, koja se definirana kao dinamički proces prilagođavanja u visoko stresnim okolnostima* (sa jedne strane brze društvene promjene i

neizvjesnosti, a sa druge strane neminovne protivrječnosti u potrazi za identitetom koji je osnovni razvojni cilj u ovom razvojnem periodu) *koji vodi zdravlju*, nameće kao kompetencija neophodna za život u XXI stoljeću? te se u odnosu na to pitamo: *da li je istraživanje koncepta i razvoja privrženosti i rezilijentnosti, značajno za mogućnosti predlaganja savremenih strategija usmjerenih na očuvanje i razvoj zdravlja djece i mlađih*, uvažavajući tradicionalna saznanja o rizičnim faktorima i razvoju patologije?

Analogno, cilj ovog istraživanja, jesu jasne činjenice bazirane na istraživanju u odnosu na koje se jedino mogu kreirati preventivni multidisciplinarni programi i politike u očuvanju, unapređenju i rehabilitaciji zdravlja djece i mlađih. Očekuje se da će rezultati istraživanja doprinijeti omogućavanju identifikacije problema, identifikacije odrednica zdravlja i aktivacije rješenja kroz izgradnju mogućih salutogeno orijentiranih smjernica (Ottawa povelja, 1986, WHO, 2005), te mogućnosti *redefiniranja osnovnih principa rada sa djecom i adolescentima u obrazovnom, zdravstvenom socijalnom i ravnom sistemu* u Bosni i Hercegovini.

1.1. Salutogene teorije zdravlja - Holistički model

Sve je veći broj istraživanja koja ukazuju da mnogi psihijatrijski poremećaji odraslih imaju svoje korjene u djetinjstvu. Oko polovine dugotrajnih mentalnih poremećaja počinje prije 14. godine, oko 25% do šeste godine, a približno 75% do osamnaeste godine, što ukazuje na važnost ulaganja u prevenciju, ali i tretman dječijih poremećaja (http://www.who.int/mental_health/resources

[/Child ado atlas.pdf](#): 16; N.p., n.d. Web. 17 June 2015). Također, prema istraživanjima iste Organizacije predviđa se da će dječiji-adolescentni mentalni ili bihevioralni poremećaji postati jedan od pet najčešćih uzroka morbiditeta, mortaliteta i nesposobnosti do 2020. (WHO, 2001).

Mentalno zdravlje predstavlja *osnovu dječjeg socijalnog i emocionalnog razvoja*, a time i blagostanja i funkcioniranja tijekom cijelog života. Premda

predstavlja fundamentalnu komponentu općeg zdravlja, mentalno zdravlje djece je često zanemareno širom svijeta, naročito u nerazvijenim i zemljama u razvoju (Goldney, Fisher, & Hawthorne, 2004; Miranda & Patel, 2005). Jedna od definicija mentalnog zdavlja djece, prema Bright Futures: Promoting children and young people's mental health, 1999. kaže: „*Djeca koja su mentalno zdrava imaju sposobnost da se razviju psihološki, emocionalno, kreativno, intelektualno i duhovno; postaju svjesna drugih i saosjećaju se sa njima; igraju se i uče; razvijaju osjećaj dobrog i lošeg; rješavaju probleme i neuspjehe i uče iz njih.*“ Prema Fundamental Health: Children's Mental Health: A guide," 2007. mentalno zdravlje podrazumijeva: „*Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalne bolesti. Mentalno zdravlje podrazumijeva sposobnost uspostavljanja i održavanja relacija sa drugima, adaptaciju na promjene i na očekivanja drugih, sposobnost zabavljanja i učenja, razvijanje osjećaja za dobro i loše i mogućnost prihvatanja svakodnevnih izazova.*“ Obje definicije predstavljaju važan polaznu osnovu u dosezanju postavljenog cilja samog istraživačkog rada.

Salutogene teorije mentalnog zdravlja predstavljaju *model zasnovan na potencijalima*. Salutogeni model koji promoviše zdravlje i kvalitetu života nasuprot patogenom modelu, koji je dao značajan uvid u razvoj psihopatologije, razvio je i teorijski i praktično Antonovsky (Antonovsky, 1996). Ovaj koncept podrazumjeva da je kriza shvatljiva, da ima svoje značenje, da se njome može upravljati, što sve uključuje, *svjesnost i relacione resurse sa osnovnom vrijednosti pripadanja*. Mnoga istraživanja pokazuju da osim negativnih, traumatski događaji mogu imati i pozitivne posljedice što rezultirati tzv. posttraumatskim rastom. Posttraumatski rast,

zapravo označava, pozitivnu promjenu koju pojedinac doživljava nakon traumatskog događaja ili životne krize. Najčešće pozitivne promjene koje možemo iskusiti upravo iz teških situacija su: nove prilike proizašle iz traumatskog iskustva, porast suosjećanja s onima koji su prošli kroz slično iskustvo, odabir novog smijera u životu, razmišljanje: „Ako sam preživio/preživjela ovo, mogu se suočiti s bilo čime“, veće razumijevanje i cijenjenje samog života i bogatiji duhovni život, ključne su za razumijevanje pomaka u orijentiranju ka zdravlju i prelaska sa „*modela oštećenja*“ na „*model izazova*“ (Gačić i Majkić, 2000, prema Badurina 2013). *Modeli zasnovi na salutogenoj teoriji, promiču zdravlje i fokusiraju se na identifikaciju odrednica zdravlja, te pozitivne, dinamične i poticajne ishode i aspekte zdravlja u okviru Konvencije (WHO, 1986b), a sve nabrojane teme treba dalje intenzivirati i produbljivati.*

Globalni dokazi o *učinkovitosti teorije salutogeneze* pokazuju da se *osjećaj koherentnosti*, posmatra se kao jedan od najmoćnijih principa *rezilijentnosti*, štiti od anksioznosti, depresije, izgaranja i beznade, te je snažno i pozitivno povezan sa zdravstvenim resursima, kao što su optimizam, smjelost, kontrola i suočavanje, predviđanje dobrog zdravlja i kvalitete života od djetinjstva do odrasle dobi. Nadalje, *jačanje principa rezilijentnosti povezano je sa pozitivnim zdravstvenim ponašanjem* (manje duhana i alkohola, a više fizičke aktivnosti i bolje prehrambene navike), *preveniranju internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja u djece i mladim* (Oswald i Mazefsky, 2006, Rapee i sur., 2006, prema Novak i Bašić, 2008) kao i kreativnjim upravljanjem stresom i negativnim životnim događajima.

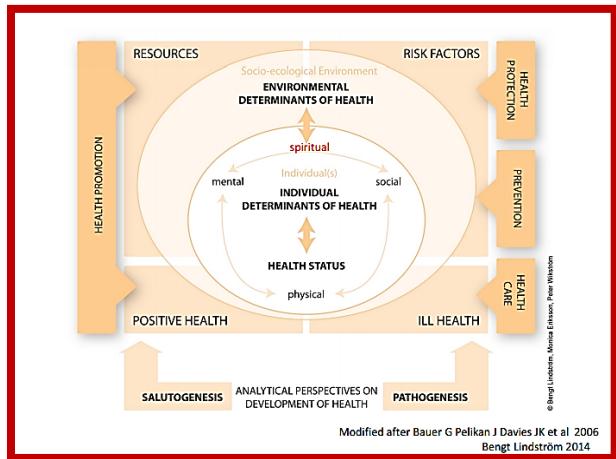
Ljudska prava su od temeljne važnosti za promicanje zdravlja i osnova za kapital, osnaživanje i

angažman (Davies i Macdowall, 2006). Za djecu i mlade to znači aktivno korištenje Konvencije o pravima djeteta kao osnovne vrijednosti za promicanje zdravlja. Ovi međunarodni dokumenti ističu i regulišu prava djeteta na život u zdravoj sredini, te obavezuju obitelji, društvo da mu osigura optimalne uslove za rast, razvoj i učenje, kako bi se skladno razvijalo u fizičkom, umnom, emocionalnom i socijalnom pogledu, u uslovima slobode, dostojanstva, prihvatanja, ljubavi i razumijevanja. Konvencija o pravima djeteta je sastavni dio Ustava (Aneks 1) i time ugrađena u zakonodavstvo Bosne i Hercegovine. Na taj način zajamčeno je pravo svakog djeteta na potpun i skladan razvoj. Dakle, postoji polazni pravni okvir za primjenu svih odredbi Konvencije.

Nadalje, promicanje zdravlja i istraživanje je kombinacija istraživanja i razvoja, naglašavajući djelovanje i poticanje multidisciplinarnih i multisektoralnih pristupa (Slika 1.1.1.). Temeljne vrijednosti su: pravednost, sudjelovanje i osnaživanje, i predstavljaju središnje elemente koncepta salutogeneze i njegove perspektive na zdravlje. Analiza povijesne pozadine govori da je bitno razumjeti trenutnu situaciju i kontekst u kojem se razvoj dešava, te u odnosu na to, i izglede za budućnost.

Prema Bangkok Povelji, koja je prva obnova Ottawa povelje (WHO, 2005), *promocija zdravlja je proces koji omogućava pojedincima i zajednicama da se poveća kontrola nad odrednicama zdravlja čime se poboljšava zdravlje za život koji je aktivan i produktivan* (WHO, 1986a, 1993; Ziglio i sur., 2000., 2007). Slijedeći ovu definiciju, a u skladu sa Konvencijom o pravima djeteta, naš istraživački rad je, prije svega, usmjeren na identifikaciju odrednica zdravlja, sa ciljem razumijevanja i tretiranja humanih

problema zasnovanih na salutogenom pristupu, koji može poslužiti naučnoj i stručnoj javnosti, ali i moguće jasnije perspektive o značaju unapređenja prostora za edukacijske programe usmjerene na osposobljavanje profesionalca za psihoterapijski/savjetodavni rad sa djecom i mladima, kroz sticanje profesionalnih i akademskih iskustava sa posebnim naglaskom na kliničke vještine, metode i tehnike rada.



Slika 1.1.1. Holistički model perspektive razvoja zdravlja (Davies et al, 2006., Lindstrom, 2014.)

Iako je naše istraživanje salutogeno orijentirano, *obje paradigme imaju svoje vrijednosti i pokazale su svoju efikasnost, te su i u našem istraživanju uvažene*. U odnosu na naše istraživanje koje je retrospektivno-prospektivnog tipa, pokušali smo koristiti *integrativni model, tj. holistički model* biopsihosocijalnog pristupa u polju interakcije patologeneze i salutogeneze, bolesti i zdravlja, rizika i brige o zdravlju, te prevenciji i promociji zdravlja (Slika 1.1.1.). *Model je multifaktorski i razvoj bolesti i zdravlja, objašnjava kao rezultat interaktivnih sustava na nivou fizičkog, psihološkog i socijalnog okruženja, te*

se kroz *Lewin-ovu teoriju polja* pokušao primijeniti u našem radu integrirajući humanističke teorije razvoja ličnosti, salutogene teorije, te teorije razvoja patologije, neuroznanstvena istraživanja, poštujući i aktivno koristeći Konvenciju o pravima djeteta (Slika 1.1.2.). Lewin-ova teorija polja, leži na vjerovanju da svako dijete posjeduje urođeni kapacitet za razvoj zrele ličnosti. Ako ga sredina podrži i prihvati onakvog kakav jeste, te obezbijedi optimalne uslove za zdrav kontakt, ono će uspjeti da se samorealizuje u skladu sa svojim mogućnostima.



Slika 1.1.2. Polane torijske osnove i koncepti

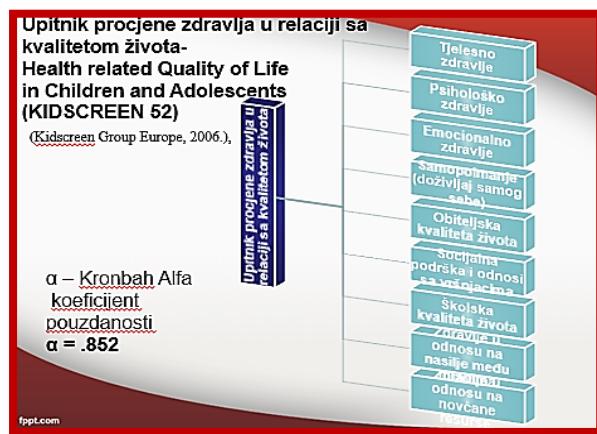
1.2. Zdravlje djece i mladih u relaciji sa kvalitetom života - bh. Skala KIDSCREEN-52

Zdravlje u relaciji sa kvalitetom života danas ima značajno mjesto u *praksi zdravstvene zaštite, prevencije i naučnoistraživačkom radu*, ali njegovo mjerenje u dječjoj-adolescentnoj populaciji je još uvjiek relativno novo istraživačko polje. Brojne definicije postoje, a najčešće citirana i najoperativnija je definicija koju su dali Testa i Simpson (1996) glasi: "zdravlje u relaciji sa kvalitetom života obuhvata fizički, psihički i socijalni domen zdravlja, a pod utjecajem je ljudskih iskustava, vjerovanja, očekivanja i percepcija" (Testa MA, Simpson, 1996., 334:834-45). Skala zdravlja u relaciji sa kvalitetom života - KIDSCKREEN-52, predstavlja multidimenzionalni koncept koji integrira deset dimenzija dobrobiti i funkciranja djece i adolescenata (Slika 1.2.1.), te se danas sve više koristi u oblasti javnog zdravlja za monitoring i

evaluaciju zdravstvenog statusa djece i adolescenata, kao i detekciju vulnerabilnih grupacija sa lošim zdravstvenim stanjem i njihov rani tretman, te kao procjena efekata poduzetih u okviru javno-zdravstvenih intervencija.

Cilj velikog projekta Europske Komisije (*KIDSCREEN* programa u okviru *Fifth Framework Programme FP5*) bio je razvoj standardiziranog skrining instrumenta za procjenu zdravlja u relaciji sa kvalitetom života djece uzrasta 8-18 godina. Pokretači projekta bili su Austrija, Francuska, Njemačka, Španjolska, Švicarska, Nizozemska i Velika Britanija, a kasnije se priključile i Češka, Grčka, Mađarska, Irska, Poljska, Švedska u kojima je provedeno istraživanje zdravlja u relaciji sa kvalitetom života uz upotrebu istog instrumenta. Cilj je, također, da se instrument

koristi u različitim zemljama i za različite grupe djece i koji bi omogućio uočavanje djece pod rizikom i njihov rani tretman. Danas postoji i hrvatska verzija instrumenta (Lorger 2012), koju smo, uz odobrenje i prilagođavanje za naše područje koristili u istraživanju. Prema standardima projekta rezultati od $\alpha = .70$ na više, smatraju se zadovoljavajućim (The Kidscreen Group Europe, 2006), a metrijske karakteristike bh. verzije instrumenta za procjenu *Zdravlja u relaciji sa kvalitetom života*, ukazuju da su koeficijenti pouzdanosti zadovoljavajući i kreću se od od $\alpha = .695$ do $\alpha = .895$, te se može generirati na populaciju uzrasta 10-15 godina i koristiti za dalja israživanja.



Slika 1.2.1. KIDSCKREEN 52 (Kidscreen Group Europa, 2006)

1.3. Teorija privrženosti – Skala stilova i kvalitete privrženosti roditeljima i vršnjacima (ECR, IPPA-R)

Jedna od teorija koja u posljednje vrijeme izaziva veliko interesovanje istraživača kao moguće teoretske osnove za objašnjavanje i razumijevanje

Proces adaptacije skale, uključio je kliničku raspravu i testiranje prefinalne verzije na maloj skupini ciljane populacije i kognitivno ispitivanje. Instrument ispituje zdravlje u relaciji sa kvalitetom života, kroz 10 dimenzija: *tjelesnog, psihološkog zdravlja, autonomije, samopoimanja, autonomije, vršnjačke podrške, školskog i obiteljskog okruženja, te zdravlje u odnosu na vršnjačko nasilje i finansijske resurse*. Također, upitnikom je moguće identificirati onaj segment koji narušava zdravlje. Sukladno priručniku upitnika, pouzdanost upitnika za svaku pojedinu domenu je zadovoljavajući. Cronbachov alfa (α) koeficijent unutarnje konzistencije ukazuje na dobru pouzdanost dimenzija i na domeni fizičkog zdravlja iznosi $\alpha = .835$, psihičkog zdravlja iznosi $\alpha = .892$, neugodnih emocija iznosi $\alpha = .895$, samopoimanja, iznosi $\alpha = .695$, autonomije, iznosi $\alpha = .871$, na dimenziji obiteljske i školske kvalitete života iznosi $\alpha = .844$ i $\alpha = .868$, vršnjačke podrške iznosi $\alpha = .805$, na dimenziji vršnjačko nasilje iznosi $\alpha = .803$, te na domeni finansija (novčanih resursa) iznosi $\alpha = .868$.

ponašanja djece i odraslih je teorija privrženosti ili teorija afektivnog vezivanja (Bowlby 1969, Hazan & Shaver 1990.) koja je od nedavno počela da se

razmatra i u zdravstvenoj psihologiji. Bowlby je smatrao da je potreba djeteta za majkom primarna potreba i svoju teoriju je postavio, sa glavnom postavkom, da se dijete rađa sa biološki programiranim sustavom ponašanja, koji mu omogućava emocionalne veze sa značajnim drugim i opstanak. Bolbi je smatrao da odgovor primarne figure privrženosti (usmjeravanje djeteta prema jednoj osobi koja se brine o njemu), i „povjerenje u dostupnost i podršku”, predstavlja značajan uslov sigurnog funkcioniranja u toku čitavog životnog vijeka osobe (Bowlby, 1969). U ranom djetinjstvu osim sustava privrženosti razvija se i s njime povezan bihevijoralni sustav, koji se naziva eksplorativni sustav. Eksplorativni sustav označava djetetovo istraživanje okoline, te je baza za njegov kognitivni, verbalni i socijalni razvoj. Unutarnji radni modeli koji se formiraju u ranom djetinjstvu, a u skladu sa odgovorom primarne figure privrženosti, dio su naše emocionalnosti u odrasлом dobu, očekivanja, osjećanja i razočaranja. Kako većina ljudi odrasta u relativno kontinuiranim okruženjima i sa dosljednim iskustvima, *rani unutrnji modeli utjecat će na formiranje osobina ličnosti, odnosa prema sebi, prijateljima, partneru i sopstvenoj djeci.*

Sin Johna Bowlbya Sir Richard Bowlby poznat je po svojoj teoriji “dualne” privrženosti i o ulozi oca kao figure privrženosti. *Otac i majka unose različitu kvalitetu u djetetov život i svatko od njih različito pridonosi razvoju djeteta.* U intervjuu koji je vođen u Londonu 2009. godine navodi, da su istraživači otkrili, da su djeca koja se ističu u društvenim situacijama kao mlade odrasle osobe, imali “dualnu” privrženost, tj. privrženost majci koje su pružale trajnu sigurnu bazu i pozitivan model za prisne odnose unutar obitelji, i privrženost ocu koji su osiguravali uzbudljivu igru i

interaktivne izazove. Dakle, otac nije figura sekundarne privrženosti, već još jedna figura primarne privrženosti, dok figure sekundarne privrženosti mogu biti nana/baka, djed, braća i sestre, tete, odgajateljice, rođaci, učitelji. Očeva uloga u podizanju djece je nezamjenjiva. Biti otac uključuje posebnu odgovornost, ali i posebnu nagradu. Identifikacija sa ocem u vezi je sa samostalnošću i kod muške i kod ženske djece (Heilbrun, 1965, prema Džonson, 1990). Isti izvor navodi da su djevojke koje su se identifikovale sa „instrumentalnim ocem“ samopouzdanje od djevojaka koje su se identifikovale sa „osjećajnom majkom“. One koje su se identifikovale sa majkom bile su plašljivije, osjetljivije, poslušnije. I muškarci koji su se identifikovali sa osjećajnom majkom bili su zavisniji i suzdržljiviji. Općenito, odgovoran otac predstavlja pozitivan model učenja. Istraživanja provedena u Australiji, Izraelu, Indiji, Italiji, Japanu i Americi pokazuju da su majka i otac važni socijalizacijski faktori koji igraju različitu ulogu u djetetovu životu. *Majka ima ulogu zaštitnika,* dijete traži majčinu potporu i kada je potrebno zaštitu, dok se dijete radije *igra i istražuje s ocem.* Uloga oca u akademskom postignuću potvrđena je u mnogim istraživanjima (Dunifon i Kowaleski-Jones, 2000.; Fisher i sur., 2004.; Klarin, 2006). *Djelujući stimulativno na dijete kroz igru važna je uloga oca u socijalnom, emocionalnom i intelektualnom razvoju* (Jaffe, Moffitt, Caspi i Taylor, 2003). Ako se vratimo intervjuu sa Sir Richardom Bowlbyjem, *zaključujemo da je teorija privrženosti usmjerena na kvalitete odnosa, potrebna djetetu kako bi se postigao osjećaj sigurnosti kod opasnih okolnosti.* Ovaj autor smatra da moramo ispitati instinkтивnu ljudsku potrebu za otkrivanjem, uživanjem i osjećajem postignuća i gledati na emocionalne i socijalne implikacije na razvoj djece,

čak i kada te potrebe nisu prisutne (<http://www.poliklinikadjeca.hr/aktualno/teme/oulozi-oca-u-zivotu-djeteta/>, preuzeto 27.8.2016).

Istraživanja iz područja fenomena privrženosti sa stajališta *neuroznanosti ukazuju* da u ranom djetinjstvu, *njegujuće interpersonalno iskustvo između skrbnika i djeteta potiče razvoj integriranog uma* sa svim karakteristikama optimalnog funkcioniranja. *Istraživanja su pokazala kako različiti stilovi roditeljstva i brige o djetetu rezultiraju različitim formama privrženosti, te kako se reflektiraju na razvoj djetetovog mozga i posljedično tome na oblikovanje emocionalnog, socijalnog i mentalnog funkcioniranja.* Za optimalno funkcioniranje u svim segmentima života i za razvoj koherentnog uma, od presudne je važnosti da rana privrženost roditelja i djeteta bude sigurna. U toj ranoj komunikaciji dijete – roditelj(skrbnik), sigurnost se gradi na osnovi osjećaja djeteta da ga značajna figura (roditelj/skrbnik) "vidi i čuje". Nadalje istraživanja kazuju, da se um može mijenjati i razvijati kroz cijeli život pod utjecajem emocionalnog odnosa, stvarajući preduvjet za neuralnu integraciju u mozgu pojedinca (Siegel, 1999), koji rezultira samoregulacijom u funkcioniranju pojedinca u odnosu na sebe i okruženje. Način na koji neuroni spajaju udaljene dijelove mozga u funkcionalnu cjelinu, osvajajući novi teritorij neiskorištenog moždanog tkiva, naziva se *neuralna integracija*. Nova saznanja potencijala ljudskog uma za promjenu, koja su psihoterapijskoj struci poznata, raspršena u veliki broj znanstvenih disciplina od antropologije, razvojne psihologije, neuroznanosti pa do područja istraživanja fenomena privrženosti u djetinjstvu i odrasloj dobi, skupio je dr. Siegel u novu znanstvenu discipline koju je nazvao "Interpersonalna neurobiologija".

Radovi Dr. Richarda Davisona unatrag 35 godina objedinjeni u knjizi „The Emotional Life of Your Brain“ (2012) intenzivno govore o plastičnosti mozga i svojevrsnoj biološki tipiziranoj klasifikaciji emocionalnog života. Neuroznanstvena istraživanja govore o načinu na koji različite mozgovne strukture odgovaraju različitim emocionalnim „stilovima“ uključujući i otpornost, te na koji način je na njih cijeloživotno moguće utjecati voljno, te kako na njih nevoljno velik broj vanjskih utjecaja smanjuje i povećava otpornost i druge interkorelatne stilove. Neuroznanstvena istraživanja potvrđuju da sazrijevanje mozga odojčeta zavisi od ranih iskustava i da se ova iskustva duboko ukorjenjuju u odnos privrženosti. Za mogućnost emocionalnog reagiranja uopće, odgovoran je dio mozga koji se zove *limbički sustav* kao dio evolucijski starije kore velikog mozga, a nalazi se na dodirnim, unutrašnjim dijelovima velikih hemisfera. *Limbički sustav, duboka jezgra mozga gdje su nam emocije, biološki je odraz ranog emocionalnog iskustva i predstavlja glavni sistem za reguliranje stresa i emocionalno reguliranje.* U tom važnom dijelu mozga započinje doživljaj tjeskobe i u skladu s prethodnim iskustvom limbički sustav aktivira i regulira reakciju. *Taj se dio mozga, kao i ostatak moždane kore – korteksa, intenzivno razvija tek nakon rođenja i to zahvaljujući odnosu djeteta s majkom/skrbnikom i uopće okolinom.* Napredak tehnologije u neuroznanosti omogućio nam je važna saznanja vezana uz rani razvoj mozga. Kad se dogodi da se dijete rodi rano, istraživanja unatrag 10tak godina govore koliko je djelotvoran tjelesni kontakt (bliski kontakt kožom na kožu, maženje djeteta) za brži oporavak. Takva djeca brže napreduju, imaju manje komplikacija i brže izlaze iz jedinica neonatalne skrbi. Možemo reći da su doživljaji poput hrane za mozak.

Bogatsvo ljubavi i privrženosti, zdrave stimulacije, omogućava mozgu rast i uspješan razvoj.

Pretpostavka teorije privrženosti jeste da *unutarnji radni modeli uglavnom ostaju stabilni*, tj. održavaju sigurnu ili nesigurnu privrženost *tijekom čitavog životnog razdoblja* (77%, McBride i Lindsey, 2010., prema Buljan Flander, 2012). Mnoge studije potvrđuju ovu Bowlbyjevu pretpostavku, no ima i istraživanja koja upućuju na *fleksibilnu kvalitetu rano uspostavljenih tipova privrženosti*. Noviji rezultati istraživanja iz područja neuroznanosti upućuju na to da je *mozak najelastičniji organ podložan promjeni* koja je potaknuta interpersonalnom interakcijom (Bastaić, 2006). Mozak se mijenja tijekom cijelog života, a naš um, proizašao iz spletla veza i neuronskih strujnih cjelina (geštalta), nastavlja se razvijati. Analogno, *pokretač koji pokreće gene, a time i oblikovanje mozga je iskustvo*. „*Naši odnosi, intenzivno utiču na naš um, mijenjući biologiju mozga*. Iskustvo predstavlja podražaj koji pokreće genetsku matricu da izazove stvaranje proteina koji su odgovorni za kreiranje novih veza među neuronima“ (Siegel, prema Bastaić, 2006). Siegel (1999) naglašava da čak nije potrebno ni imati aktivno stvarno iskustvo da bi se potakla promjena. On ističe da je dovoljno usmjeriti pažnju na zamišljenu aktivnost, da bi došlo do aktiviranja neurona i stvaranja novih sinapsi. Ovi nalazi ukazuju da se može, kroz adekvatan odnos, *reparirati neadekvatna rana iskustva i utjecati na zdraviji tok razvoja djeteta*, što daje veliku nadu posebno u kreiranju psihoterapijskih intervencija oslonjene na teoriju privrženosti.

U odnosu na načine na koje figure privrženosti odgovaraju na djetetove signale i potrebe za pažnjom, oblikuje se *sigurni ili nesigurni stil privrženosti*. Nesigurnu privrženost Ainsworth i

suradnici (1978) dijele u dvije podskupine: *izbjegavajući i anksioznu, a naknadno Main i Solomon (1990)* su ponudili kriterije za klasifikaciju djece u četvrtu kategoriju privrženosti, koju su nazvali *dezorganiziran-dezorientiran stil privrženosti*.

Sigurna privrženost baza je za zdrav daljnji kognitivni, socio-emocionalni i moralni razvoj, utječući na mnoge razvojno važne funkcije. Istraživanja kažu da oko 60% djece kreira sigurnu privrženost, koja omogućava uzajamnost odnosa, osigurava temeljno povjerenje, te osjećaj sigurnosti i zaštite, olakšava adekvatan kognitivni i socijalni razvoj kroz sigurno istraživanje okoline, potiče razvoj samokontrole, tj. sposobnost da dijete samo kontrolira, upravlja i ovлада svojim impulsima i emocijama, vodi oblikovanju zdravog identiteta, samopoštovanja i samostalnosti, osigurava prosocijalna i moralna ponašanja, što uključuje empatiju, suosjećanje i savjest, generira pozitivna temeljna uvjerenja o sebi, drugima, svijetu i životu općenito, štiti djecu od budućih stresnih i traumatskih iskustava kroz povećanje otpornosti na njih i olakšava uspostavljanje bliskosti, te povećava stabilnosti u emocionalnim vezama (Levy i Orlans (1998), prema Buljan Flander, 2010).

Nesigurni stil privrženosti razvija se kod djece kada primarna figura privrženosti, tijekom najranije djetetove dobi, djelomično ili uopće ne odgovora djetetovim potrebama za emocionalnom toplinom, bliskošću i sigurnošću, dijete će se osjećati nevoljeno, bezvrijedno i nesigurno u odnosu na skrbnika, te razviti nesigurni stil privrženosti. Usljed opetovanih negativnih iskustava i nedosljednih iskustava, te neadekvatnih skrbnikovih odgovora na dječja privržena ponašanja, dijete će usvojiti negativnu sliku o sebi, doživljavat će se nevoljenim i nevrijednim tuđe

pažnje i ljubavi, neadekvatna ponašanja skrbnika generalizirat će na druge ljude, doživljavajući ih nepovjerljivima, a moguće i opasnima, a prema svijetu će se bazično odnositi kao prema nesigurnom mjestu. Nesigurni stil privrženosti kreira oko 40% djece, a u nastavku ćemo iznijeti podskupine nesigurnog stila privrženosti. Šta utječe na razvoj nesigurne privrženosti? Levy i Orlans (2000, prema Buljan Flander, 2001) su nabrojali nekoliko rizičnih faktora koji utječu na razvoj nesigurne privrženosti, a to su: djetinjstvo provedeno u institucijama, česte promjene udomiteljskih obitelji ili skrbnika (neuspjela posvojenja), mladi, neiskusni roditelji ili skrbnici kojima nedostaju roditeljske vještine, dugotrajna hospitalizacija u ranoj dobi, iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja, neprimjereni odgojni postupci, smrt roditelja, konfliktni razvod roditelja, postporođajna depresija majke i roditelji koji boluju od psihičkih poremećaja, imaju probleme u kontroliranju vlastite ljutnje, ili su ovisnici o alkoholu i/ili drogama.

Za mjerjenje stila privrženosti koristili smo Skalu procjene obiteljske privrženosti (Engl. Expiriens in close Relation – ECT, Brenan, Clark i Shaver, 1995). Skala procjene obiteljske privrženosti, prilagođena je Skala (Kamenov i Jelić, 2003) i adaptirana je na naše područje od strane autora ovog rada. Proces adaptacije skale, uključio je kliničku raspravu i testiranje prefinalne verzije na maloj skupini ciljane populacije i kognitivno ispitivanje. Skala ispituje klasifikaciju u jedan od četiri stila privrženosti, a koji zavisi od odnosa anksioznosti i izbjegavanja. Na temelju kombinacije rezultata na ove dvije dimenzije moguće je razlikovati četiri stila privrženosti: sigurni (niska anksioznost i nisko izbjegavanje), izbjegavajući/odbijajući (niska anksioznost i visoko izbjegavanje), anksiozni/zaokupljeni (visoka

anksioznost i nisko izbjegavanje) i plašljivi/dezorganizirani (visoka anksioznost i visoko izbjegavanje). Cronbachov alfa (α) koeficijent unutarnje konzistencije ukazuje na dobru pouzdanost dimenzija i na ukupnoj skali privrženosti iznosi $\alpha = .809$. Za dimenziju anksioznost koeficijent pouzdanosti iznosi $\alpha = .99$, a za dimenziju izbjegavanje $\alpha = .751$. (Slika 1.3.1.)



Slika 1.3.1. Upitnik stila privrženosti (ECT Experiene in close Relation, Brenan, Clark&Shaver, 1995)

Za mjerjenje kvalitete privrženosti korišten je Inventar privrženosti roditeljima i prijateljima (Engl. *Inventory of Parent and Peer Attachment* - IPPA, Armsden i Greenberg, 1987). Autori inventara konstruisali su instrument za procjenjivanje kvalitete privrženosti u adolescenciji koji se temelji na tri faktora: *kvaliteta komunikacije, povjerenja i otuđenosti* (Slika 1.3.2.). Na osnovu ove teorijske postavke autori su osmislili skale sa ajtemima koje procjenjuju skor sudionika u odnosu na afektivne i kognitivne dimenzije koncepta kvalitete odnosa sa roditeljima i prijateljima. Upitnik ispituje privrženost adolescenata

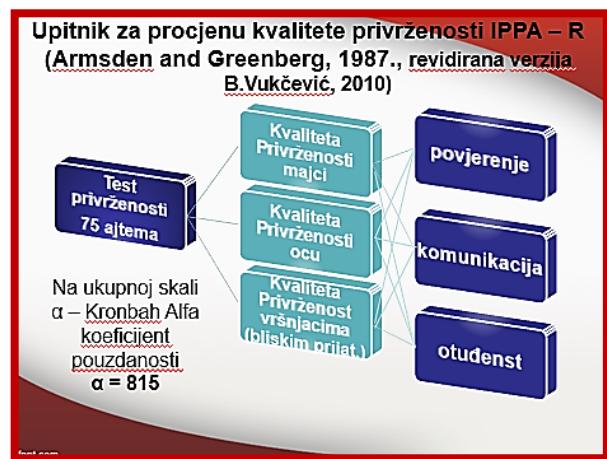
za roditelje i vršnjake. Posebnim skalamama se ispituje vezanost za majku, oca i bliske prijatelje koji se smatraju izvorom psihološke sigurnosti. Revidirana verzija (B. Vukčević, 2010), adaptirana je za naše područje od strane autora ovog rada. Proces adaptacije skale, uključio je kliničku raspravu i testiranje prefinalne verzije na maloj skupini ciljane populacije i kognitivno ispitivanje.

Skala se sastoji od 75 ajtema, na ukupnoj skali, odnosno od 25 ajtema za svakog roditelja, posebno za majku, oca, te prijatelje, koje su zasićene trima međusobno povezanim faktorima: (1) *povjerenje* mjeri stupanj međusobnog razumijevanja i uvažavanja u odnosu privrženosti, (2) *komunikacija* daje procjenu dubine i kvalitete verbalne komunikacije, a (3) *otuđenost* mjeri osjećaje ljutnje i interpersonalne otuđenosti. Cronbachov alfa (α) koeficijent unutarnje konzistencije ukazuje na dobru pouzdanost dimenzija i na ukupnoj skali skali Povjerenje u majku iznosi $\alpha = .794$, Komunikacija sa majkom iznosi $\alpha = .886$, te na dimenziji Otuđenje od majke iznosi $\alpha = .726$. Na skali Povjerenje u otaca iznosi $\alpha = .823$, Komunikacija sa otacem iznosi $\alpha =$

1.4. O rezilijentnosti - bh. Skala retilijentnosti (CYRM-28)

Jedna od značajnih teorija koja predstavlja referentni okvir u razumijevanju koncepta rezilijentnosti jeste, Eriksonova teorija ličnosti. Erikson je pošao od Frojdove psihanalize i stvorio svoju psihosocijalnu teoriju razvoja i razvoj ličnosti djeteta povezuje sa međudnosima sa obitelji i socijalnom sredinom, uključujući i društveno istorijske činioce. Erikson svojim učenjem obuhvata čitavu ontogenezu, od rođenja do kraja života. Razvoj

.871, te na dimenziji Otuđenje od otaca iznosi $\alpha = .761$. Na skali Povjerenje u prijatelje iznosi $\alpha = .872$, Komunikacija sa prijateljima iznosi $\alpha = .911$, te na dimenziji Otuđenje od prijatelja iznosi $\alpha = .623$.



Slika 1.3.2. Upitnik kvalitete privrženosti - IPPA-R (Armsde&Greenberg, 1987., prema Vukčević, 2010)

svake ličnosti prolazi kroz osam faza u kojima se pozitivno/negativno ostvaruju razvojni zadaci. U svakoj fazi razvoja, individua se suočava sa centralnim problemom-pitanjem, dilemom tog razvojnog perioda. Erikson čovjeka vidi prvenstveno kao socijalno biće, te smatra da razvojni konflikti nastaju u interakciji sa okolinom, a ključnim životnim razdobljem smatra adolescenciju kao prostor za mogućnost redefiniranja

prethodnih faza i ugledavanja jasne vizije „Ko sam ja, kome pripadam i kuda idem, šta je moj cilj u životu“. Svi pozitivni ishodi iz prve četiri psihosocijalne krize (povjerenje-nepovjerenje, autonomija-stid i sumnja, inicijativa-krivica, marljivost-inferiornost) u adolescenciji povoljno doprinose razrješavanju pete krize u smijeru formiranja *jasnog identiteta*, a svi negativni (senzorna poremećenost-previše povjerenja; povučenost-previše nepovjerenja, impulsivnost-previše autonomije, kompulsivnost-previše stida i sumnje, bezobzirnost-previše inicijative, inhibiranost-previše krivice, jednostrana virtuoznost-previše marljivosti, inertnost-previše inferiornosti) idu u smjeru trajanja konfuzije identiteta. Erikson smatra da djeca teže jasnom identitetu i prave planove za svoj život. Iz ove faze izlazi se sa vrlinom vjernosti. Eriksonova definicija vjernosti odnosi se na sposobnost da se održi slobodna lojalnost i pripadnost uprkos neminovnim protivrječnostima koje sadrže neke sistem vrijednosti i jedan je od markera rezilijentnosti (Erikson, 1964:125, prema Želeskov Đorić, 2012., str. 37).

Iako postoje razne definicije o rezilijentnosti, o razumijevanju rezilijentnosti (istraživanja koja ukazuju na rizične i zaštitne faktore rezilijentnosti) kao i teorije, svi teoretičari i istraživači se slažu da je neophodno da postoje dva uslova, da bi mogli da govorimo o rezilijentnosti. To su: 1) izloženost prijetnji ili ozbiljnoj nedaći; 2) postizanje pozitivne adaptacije koja pokreće zdravlje, uprkos velikim napadima na razvojni proces (Garmezy, 1990; Luthar & Zigler, 1991; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 1990; Werner & Smith, 198., 1992.).

Jedna od domaćih autora iz oblasti istraživanja rezilijentnosti je Zvizdić (2015), koja je autor i voditelj nekoliko naučnoistraživačkih

projekata. Na temelju rezultata istraživanja koje je provedeno na uzorku od ukupno 816 mlađih adolescenata u četrnaest osnovnih škola Kantona Sarajevo (Zvizdić i Butollo, 1998; Zvizdić, 1999, prema Zvizdić, 2015., str. 72), a koji su tokom rata doživjeli pogibiju ili nestanak oca ili separaciju od oca, utvrđeno je da ispitanici koji su percipirali manju socijalnu podršku od prijatelja-vršnjaka imaju značajno veću razinu posttraumatskih stresnih reakcija od ispitanika koji su percipirali veću socijalnu podršku od prijatelja (Zvizdić, 2000; Zvizdić i Butollo, 2002). Rezultati istraživanja ukazuju da je ispitanikova percepcija manje socijalne podrške od prijatelja, nastavnika i obitelji značajno povezana s povećanom razinom depresivnih reakcija (Zvizdić, 1999, 2000., prema Zvizdić, 2015). Nadalje, pokazalo se da mlađi adolescenti, koji su doživjeli smrt oca ili separaciju od oca, a koji su percipirali veću socijalnu podršku od nastavnika, imaju značajno nižu razinu depresivnih reakcija od mlađih adolescenata iz kontrolne grupe s percipiranom manjom socijalnom podrškom od nastavnika (Zvizdić, 2000; Zvizdić i Butollo, 2002, prema Zvizdić, str:72).

Još osamdesetih godina Majhenbaum je govorio da je *rezilijentnost nešto što se može učiti i razvijati* (Meichenbaum, 1985), a to su kasnija istraživanja Stoltza i potvrdila. Takođe, studije su pokazale da je interpretacija događaja značajnija od samog događaja (Beck et al., 1979; Dollard & Miller, 1950; Ellis, 1962), pa se adekvatnim trening programima *može raditi na razvoju AQ ili koeficijenta rezilijentnosti*. Analogno, postepeno je shvaćeno da rezilijentnost, čak i biološka, genetski uslovljena, mora da se razvija u relacionom kontekstu, odnosno predstavlja interakcijsku dimenziju.

Razvoj koncepta rezilijentnosti nametao je, potrebu *sistemskog stanovišta*, tako da sistemske teorije proširuju gledište individualne rezilijentnosti na procese u širim obiteljskim i socialnim sistemima što uključuje ekološko i razvojno sagledavanje rezilijentnosti. Među prvim autorima koji su isticali značaj ekoloških pristupa razvoju i ponašanju (interaktivni model) bio je Bronfenbrenner (Bronfenbrenner 1996). Autor naglašava da obitelj, škola, kao i širi socijalni sistem treba da budu sagledani kao grupni kontekst socijalne kompetencije.

Ganong (2002) svoj revijalni članak počinje konstatacijom *da možda ulazimo u eru rezilijentnosti*, te mada se rezilijentnost izučava više decenija, interes je pojačan posebno u Americi posle događaja od septembra 2001. Od tada je individualna, obiteljska i rezilijentnost u zajednici važna tema kako naučnih istraživanja tako i novinskih članaka. Rezilijentnost je po Grotberg-ovoј (2005) ljudski kapacitet za promenu. To je snaga u osobi, institucijama i narodu. Rezilijentnost se razvija u odnosu, sa njom se ne rađamo, navodi Grotberg-ova (2006) kad postoji bazična podrška, podrška iz okruženja, osobe imaju unutrnje snage kao što je povjerenje, optimizam, poštovanje i empatiju i kada su usvojene interpersonalne vještine za rješavanje problema. Zanimljivo je da je poslednji kongres o rezilijentosti (Halifax, 2011) imao naziv „*Rezilijentnost i socijalna ekologija*”, i time je prihvaćen ekološki interaktivni model i razvojni nivo rezilijentosti.

Proširenu definiciju rezilijentnosti, u skladu sa interaktivnim modelom, iznosi Toland i Carrigan (2011) prema kojem se poteškoće rađaju u odnosu na kvalitetu odnosa (kontakta) djeteta sa njegovim okruženjem, roditeljima, obiteljskom i školskom kvalitetom života, odnosima sa vršnjacima, te

društveom kontekstu u kojemu se dijete razvija. Interaktivni model je proizašao sa stajališta Bronferbrennerove ekološke teorije ljudskog razvoja (Bronfenbrenner, 1997) razvoja, te u odnosu na značaj razvoja programi rezilijentnosti usmjeravaju se uporedo na tri razine: razinu djeteta i njegove obitelji, na razinu kvalitete školskog života, te razinu zajednice (Toland i Carrigan, 2011), te na svakoj razini djeluje se u odnosu na pet osnovnih funkcija: istraživanje, edukacija, procjena, intervencija i supervizija (Zvizdić, 2015). Nadalje, u skladu sa ekološkom teorijom, u ovom istraživanju koristili smo *koncept rezilijentnosti koji se definiše kao sposobnost pojedinca da se kreativno adaptira (svjesno nalazi najbolji put do psiholoških, socijanih, kulturnih i fizičkih resursa) tako da održi svoje zdravlje u trenutcima izloženosti značajnim nedaćama* (Ungar, 2008, str. 225). U našem kontekstu, *rezilijentnost se definirana kao dinamički proces kreativnog prilagođavanja u visoko stresnim okolnostima* (sa jedne strane brze društvene promjene i neizvjesnosti, a sa druge strane neminovne protivrječnosti u potrazi za identitetom koji je osnovni razvojni cilj u ovom razvojnom periodu) *koji vodi zdravlju* (Ungar, 2012). S obzirom na više procesa koji su uključeni u razvoj rezilijentnosti, ima više puteva do rezilijentnosti, te u različitim kontekstima zahtijevaju našu pažnju i razumijevanje (Masten & Obradović, 2006, prema Ungar 2012). U tom smislu, smo u ovom istraživanju „Rezilijentnost promatrali i u kontekstualnom aspektu“. Prvo, zbog toga što su djeca i mlađi suočeni s kontekstualno specifičnim rizicima povezanim sa akutnim i kroničnim stresom (strah, neizvjesnost, osjećaj otuđenosti, konstantnoj promjeni, zahtjevima iz okruženja, izborima), i drugo, zbog uvida kako se u odnosu na rizike usklađuju (kreativno adaptiraju) djeca i mlađi adolescenti,

roditelji, škola, zajednica pod utjecajem kontekstualnih i kulturnih resursa (vrijednosti, osjećaj pripadnosti, zakoni, običaji).

Analogno, možemo reći da se fenomen rezilijentnosti može posmatrati kao aktivni dinamički proces kreativne prilagodbe (zdrave prilagodbe) organizma da u uslovima nevolje, svjestno izabira sistem(e) podrške (intrapsihičke, interpersonalne, biološke sisteme podrške) kako bi omogućio dalji razvoj, a time i zdravlje.

Polazna osnova našeg istraživanja o rezilijentnosti je Bronfenbrenerov ekološki interaktivni model ljudskog razvoja, koji leži na Levinovo teoriji polja, i osnova je modela i mjernog instrumenta rezilijentnosti (Ungar, 2005) koju smo primijenili u našem istraživanju. *Skala procjene rezilijentnosti (engl. Child and Youth Resilience Measure -CYRM-28, Ungar & Leibenberg, 2009)* uskladjena sa interaktivnim modelom, mjeri se pomoću tri dimenzije rezilijentnosti ili tri kategorije faktora značajnih u razvoju rezilijentnosti putem istraživanja resursa (sistema podrške) u odnosu na: individualne, relacijske (obiteljski) i kontekstualne faktore (koji olakšavaju osjećaj pripadnosti, vjere i smisla). Namijenjena je adolescentima od 12 do 23 godine. Instrument koristi u različitim zemljama i za različite grupe djece (Gambia, Rusija, Tanzanija, India, Kanada, Afrika, Palestina, Columbija, Sjedinjene Američke države, Izrael, Kina. Mjesta i mladi su namjerno odabrana kako bi se povećala raznolikost u pogledu socijalnog konteksta i rizika (Masten, 2001; Rutter, 1987, Ungar & Liebenberg, 2005, 2011).

Ono što predmet istraživanja čini posebno značajnim jeste, da smo skalom procjene rezilijentnosti koja se po prvi put koristi na našim područjima i šire, *Child and Youth Resilience Measure*

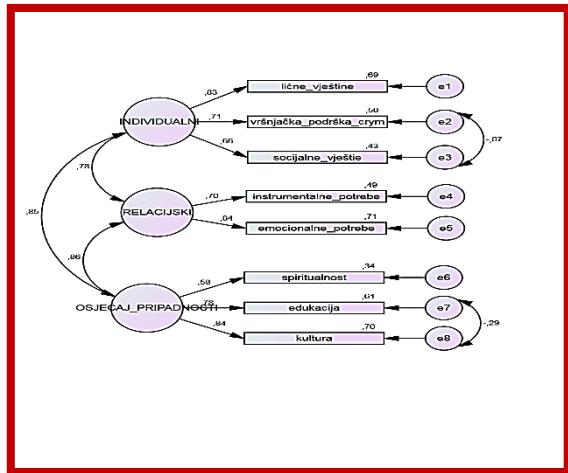
(CYRM-28), M. Ungar & Leibenberg. (2009), a koja je dizajnirana kao screening alat za istraživanje resursa na individualnoj razini, razini relacija, te kontekstualnoj razini kroz osjećaj pripadanja, ispitivali rezilijentnost (Slika 1.4.1.). *Mjerni instrument omogućava visoku pouzdanu procjenu dimenzija rezilijentnosti, koja daje mogućnost bolje percepcije istraživanja potencijala na intrapsihičkoj, interpersonalnoj razini, te kontekstualnoj razini (osjećaja pripadnosti školi i zajednici) i predstavlja jedini instrument za ispitivanje rezilijencije kroz različite kulture.*



Slika 1.4.1. Skala Rezilijentnosti CYRM-28 (Ungar&Leibenberg, 2009)

Trofaktorskom strukturu koja je pronađena od strane autora instrumenta, i potvrđena od strane drugih istraživača, objašnjava 44% varijance. Dodatna dva faktora bi objasnila dodatnih 7% varijance što je premali dobitak u odnosu na broj faktora koje bi smo zadržali. Kako kriterij interpretabilnosti, također, sugerira zadržavanje 3 faktora, a ujedno se slaže i s drugim kriterijima odabira broja zadržanih faktora, odlučili smo se na zadržavanje trofaktorske strukture. Prvi faktor objašnjava najveći procenat varijance 35,05%, drugi faktor 6,04% i treći faktor 5,33% varijance. U narednoj tabeli (Slika 1.4.2.) prikazan je raspored čestica po faktorima. Faktor 1 je *individualna rezilijentnost* koja objašnjava najveću procenat varijance, Faktor 2 je *kontekstualna rezilijentnost koja olakšava osjećaj pripadnosti*, a Faktor 3 *relacijska rezilijencija*. Regresijski koeficijenti, koji govore o vezi između tri faktora višeg reda (individualna rezilijencija, relacijska rezilijencija i osjećaj pripadnosti) i osam subskala instrumenta, su visoki, te

potvrđujemo da model odgovara i može se generalizirati na populaciju, te koristiti za daljnja istraživanja.



Slika 1.4.2. Modificiranog Modela CYRM-28

1.5. Škola kao važan sustav očuvanja zdravlja djece i mladih

Škola je sastvani dio svakog djeteta i predstavlja, pored obiteljskog sustava, jedan od najznačajnijih sustava u dječjem i adolescentnom mentalnom i psihosocijalnom razvoju. Budući da djeca najveći dio svog vremena provedu u školi, postavlja se pitanje, kakve su škole i kako se djeca u njima osjećaju? Ranije prikazani rezultati istraživanja provedeni na našem području (Badurina, 2013) ukazuju, na vrlo značajne pokazatelje povezanosti afektivnih posljedica školovanja, intenzivnog straha kao indikatora akutnog stresa koji je u visokoj

signifikantnoj korelaciji posebno na skali interaliziranim problemima (Skale za samoprocjenu ponašanja mladih ASEBA -YRS (Achenbach i Rescorla, 2001) (Slika 1.2. i 1.3.). Sudionici, djeca i mlađi adolescenti uzrsta od 10-15 godina, njih 60% u potpunosti se slažu da često osjećaju strah od škole, a skoro svaki drugi učenik/ca osjeća se nesigurno u školi. Učenje proces poučavanja (nastave) procjenjuju sa najnižom ocjenom M=2,3 od max 4 (Odgovori na pitanja: „učenje je zabavno“, „nastava je zanimljiva i uživam u njoj“, „u školi mogu pokazati svoje vještine –

stvari koje dobro radim“, „zadovoljan/a sam postignutim rezultatima“) (Sika 1.3.), a ovi rezultati su značajno povezani sa akademskim uspjehom i vladanjem učenika/ca. Također, isto istraživanje ukazuje na značajnu pozitivnu povezanost između subjektivnog doživljaja djeteta kvalitetom odnosa sa nastavnicima i vršnjacima sa akademskim uspjehom i školskom disciplinom. *Naime, učenici/ce koji percipiraju da nastavnici brinu o njima, da ih podržavaju da iskažu svoje mišljenje, koji podstiču njihovu kreativnost i inovativnost, učenici/ce koji percipiraju da mogu da nauče dosta i od drugih učenika/ca, koji imaju povjerenja u vršnjake i školu, postižu bolji školski uspjeh i bolju školsku disciplinu, manje se plaše škole i osjećaju veću sigurnost u nju. Vršnjaci podstiču na učenje više nego nastavnici.* Isto istraživanje govori da djevojčice generalno percipiraju kvalitetu školskog života boljom i češće postižu bolji školski uspjeh i školsku disciplinu u odnosu na dječake. Afektivne posljedice školovanja treba posebno razmatrati, a ne samo kao sredstvo koje omogućava uspješnije ostvarenje akademskih ciljeva školovanja. Svjesni, da osnovno obrazovanje (uz preprimarno obrazovanje) predstavlja produženi

psihološki prostor djetata, ali i početak organiziranog cjeloživotnog učenja, te je kvaliteta školskoga života važan faktor koji utječe ne samo na dugoročne učinke uspješnosti cjeloživotnog učenja, nego i na unapređenje kvalitete života i zdravlja, govori koliko je važan predmet istraživanja. Obrazovni sustav kakav je danas bio je namijenjen populaciji na početku 20. stoljeća kada su potrebe, namjere i dostignuća društva u cijelini bila znatno drugačija, te ovakav sustav u raznim aspektima potencijalno može stvarati rizik za razvoj teškoća i stagnaciju rezilijentnosti kod djece koja vodi negativnom ishodu zdravlja. Tako i autori (Ungar, 2008, prema Ungar i Liebenberg, 2013), govore o rezilijenciji kao kvaliteti kako pojedinca tako i njegovog okruženja koji potencira pozitivan razvoj, a može se kroz različite programe emocionalno-socijalnih vještina usvajati. Ulaganja i zajednička multidisciplinarna i multisekoralna suradnja u podršci i osnaživanju škola, oslonjajući se na modele „zdravog razvoja“, bila bi višestruko značajna, jer, kako istraživanja pokazuju, njihovi su učinci pozitivni i dugoročni i po pitanju životnoga zadovoljstva, kvalitete života i zdravlja.

2. REULTATI I ZAKLJUČCI ISTRAŽIVAČKOG RADA

U skladu sa definiranim problemima istraživanja, u prvom dijelu, ukratko će biti prikazani sociodemografski podaci, a u drugom dijelu bit će prikazani rezultati glavnih analiza kao i rasprava dobivenih rezultata, kojima će se pokušati odgovoriti na postavljene ciljeve i zadatke istraživanja.

Od ukupnog uzorka dječaci čine 51,7% (N=601), a djevojčice 48,3% (N=562), te možemo

zaključiti da je uzorak ujednačen po spolu. Prosječna dob ukupnog uzorka iznosi 12,64 godina ($SD=1,44$), a totalni raspon godina između sudionika kreće se od 10 do 15 godina. Uočava se da sudionici, u većem broju njih 77,3% nije mijenjalo životno okruženje, tj. mjesto stanovanja u posljednjih pet godina do svoje 15

godine, dok je 22.7% sudionika u posljednjih pet godina promijenilo životno okruženje dva, tri i više puta.

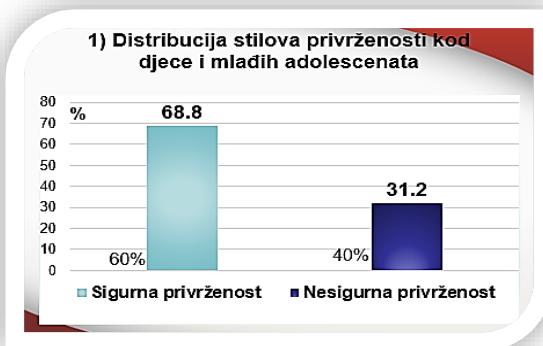
Sudionici u najvećem broju slučajeva žive u potpunoj obitelji sa bratom/sestrom njih 64,8%, u proširenoj obitelji njih 11,9% te u obitelji kao jedno dijete njih 11,7%. U odnosu na istraživanje provedeno 2012. godine na istom području i sa istom uzrasnom grupom, uočava se trend porasta obitelji sa jednim djetetom za 3,1%, što je u skladu sa globalnim trendom (Badurina, 2013). Također, može se vidjeti da njih 11,7% živi u nepotpunoj - jednoroditeljskoj obitelji najčešće zbog razvoda roditelja njih 8,5%, što je za 2,5% više u odnosu na prethodno navedeno istraživanje. Može se uočiti da je 3,2% sudionika do svoje 15 godine doživjelo teško traumatsko iskustvo ranim gubitakom jednog ili oba roditelja, češće oca.

Najveći broj sudionika postigao je odličan uspjeh na kraju prvog polugodišta (67.9%), dok je dovoljan školski uspjeh postiglo 0.3% učenika/ce. Uzorno vladanje u školi imalo je 92.7% sudionika, a jedan sudionik imao je loše vladanje na kraju prvog polugodišta. Na koncu pitali smo sudionike u istraživanju da li se aktivno bave sportom, kako vole provoditi svoje slobodno vrijeme uz koji hobi, te nas je interesiralo koliko bliskih prijatelja imaju. Sudionici u najvećem broju slučajeva, njih 86,7%, se aktivno bavi sportom, dok se, 13,3% djece i mlađih adolescenata ne bavi sportom. Nešto veći procenat, uočen je kod mlađih adolescenata (13,14 i 15 godina) u odnosu na djecu (10, 11 i 12 godina). Sudionici u većem broju slučajeva, njih 68,4% radije biraju pasivne hobije i slobodno vrijeme radije provode za kompjuterom i društvenim mrežama, a njih 31,6% bira aktivne hobije (sviranje, plesanje, glumu, crtanje). Sličan tren se vidi i u drugim studijama. Nalazi ukazuju da 62,5% djece i mlađih adolescenata ima četiri ili više prijatelja, njih

29.3% ima dva ili tri prijatelja, 6,1% sudionika ima jednog, a značajni postotak djece (u odnosu na uzorak) njih 2,2% nema nijednog prijatelja. Ova varijabla je u značajnoj korelaciji sa negativnim polom zdravlja, nesigurnim stilom privrženosti, te niskim kapacitetom rezilijentosti.

1) Na nivou cjelokupnog *uzorka sigurni stil privrženosti javlja u 68.8% sudionika, a 31.2% sudionika kreiralo nesigurni stil privrženosti* (Slika 2.1.1.) Sva istraživanja potvrđuju da je najzastupljeniji sigurni obrazac privrženosti i da se kreće oko 60%, a sigurna privrženost baza je za zdrav daljnji kognitivni, emocionalni, socijalni i moralni razvoj utječući na mnoge razvojno važne funkcije. Nesigurna privrženost se očituje kao *predispozicija za neko somatsko ili psihičko disfunkcioniranje*. Mnoga istraživanja su potvrdila pozitivnu povezanost tipova nesigurne privrženosti sa internaliziranim i eksternaliziranim poremećajima (*depresijom, klinički značajnom anksioznošću, opsessivno-kompulzivnim poremećajem, PTSP-om, suicidalnošću i poremećajima hranjenja, poremećajima ponašanja*). Noviji rezultati istraživanja iz područja neuroznanosti upućuju na to da je *mozak najelastičniji organ podložan promjeni* koja je potaknuta interpersonalnom interakcijom (Bastaić, 2006). „*Naši odnosi, intenzivno utiču na naš um, mijenjajući biologiju mozga*. Kao što smo ranije istakli iskustvo predstavlja podražaj koji pokreće genetsku matricu da izazove stvaranje proteina koji su odgovorni za kreiranje novih veza među neuronima“ (Siegel, prema Bastaić, 2006). Analogno, mogućnosti preventivnih programa oslonjenih na nove spoznaje otvara prostor za moguće *reparacije neadekvatnih ranih iskustva* i utjecaja na zdraviji tok razvoja djeteta, što daje veliku nadu posebno u kreiranju

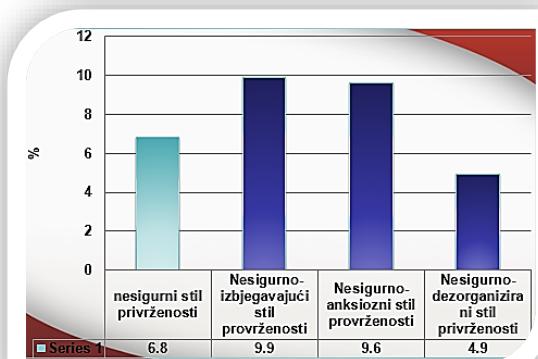
psihoterapijskih intervencija oslonjenih na teoriju privrženosti.



Slika 2.1.1. Distribucija stilova privrženosti

Podskupine *nesigurnog stila privrženosti* govore da je *nesigurno-izbjegavajući stil* privrženosti kreiralo 9.9% sudionika, *nesigurno-anksiozni stil* privrženosti zastavljen je kod 9.6% sudionika, 4.9% sudionika ispoljava *nesigurno-dezorganizirani stil privrženosti*, te 6.8% sudionika nalaze se između sva tri stila *nesigurne privrženosti* (Slika 2.1.2.). Iako ne postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti sigurne i nesigurne privrženosti u odnosu na spol, uočava se tendencija da postoji veća izraženost izbjegavajućeg stila privrženosti u odnosu na dob. *Mlađi adolescenti* imaju značajno *izraženi nesigurno izbjegavajući stil* privrženosti u odnosu na djecu. Iako uočena statististički značajna korelacija između stilova privrženosti u odnosu na ostale sociodemografske karakteristike ipak se uočava tendencija zastupljenosti *nesigurno-anksiozne privrženosti* kod *djece koja žive sa jednim roditeljem*, te *djecem koja su mijenjala životno okruženje*, a

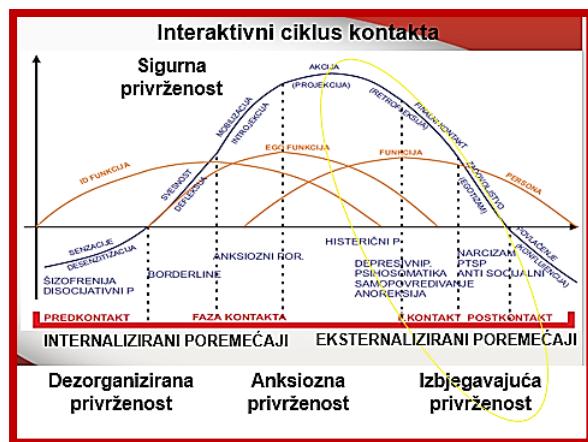
nesigurno-dezorganizirana privrženost zastupljenija je više kod djevojčica u odnosu na dječake.



Slika 2.1.2. Distribucija podskupine nesigurnog stila privrženosti

Znajući da *osnovni zadatak tokom adolescencije predstavlja razvijanje sposobnosti za uspostavljanje funkcionalnog/zdravog kontakta*, sudionici koji su razvili *sigurni stil privrženosti* uspjevaju uspostaviti harmoničnu dinamiku između osobnih potreba i zahtjeva iz okruženja (*balansa između bliskosti-zajedništva i odvojenosti*), mesta koji je neophodan za *razvoj prostora autonomije* koji otvara put ka *razvoju jasnog identiteta*, obezbjeđujući njegov organizacioni identitet i integritet. Sudionici koji su kreirali *nesigurni stil provrženosti* kreiraju *maladaptivne mehanizme* koji ometaju ili prekidaju zdravi kontakt organizirajući disfunkcionalni kontakt koji vodi negativnom ishodu zdravlja (internaliziranim i/ili eksternaliziranim poremećajima) i razvoju konfuznog identiteta. Uočeni pokazatelji prikazani su i u Interaktivnom ciklusu kontakta (Slika 2.1.3.) iz kojeg se vidi da su najčešći

mehanizmi adaptacije za izbegavajući stil privrženosti: retrofleksija, egotizam, projekcija, te u



Slika 2.1.3. Distribucija raspodjele stilova privrženosti u (Dis)funkcionalnom interaktivnom ciklus kontaktu

pozadini često prisutan mehnizam defleksije, sa bazičnom intrejekcijom (svijet je opasno mjesto za život). U pozadini ovih mehanizama adaptacije su inhibirani osjećaji, ljutnje, straha, stida, krivica i tuge. Ovi rezultati su u korelaciji sa kvalitativnim rezultatima gdje se uočava visok postotak maladaptivnih mehanizama koji su u interakciji sa izbjegavajućim stilom privrženosti i kod djece i odraslih. Rezultat koji ukazuje na nesigurno izbjegavajuću privrženost kao sljedeći zastupljeni tip, razlikuje se od rezultata ranijih istraživanja dobivenih na području susjedne Srbije u kojima su dominirali sigurni ili anksiozni tip privrženosti (Stefanović-Stanojević, 2007.; Želeskov-Đorić, 2007, prema Stefanović-Stanojević, 2009). Ova distribucija, iako male značajnosti u odnosu na nesigurno anksiozni stil privrženosti, nalikuje distribucijama kakve se

dobivaju u ekonomski razvijenim zemljama u kojima je naglasak na ranom osamostaljivanju mladih.

Riječ je o mladima koji su u djetinjstvu prošli kroz tzv. protest, očaj i poricanje, ponijeli poruku da drugi neće odgovoriti na njihove signale, te ih ne treba ni slati, već svu energiju ulagati u sebe i materijalne vrijednosti, drugim riječima u ono što ne može iznevjeriti. Ovaj stil privrženosti kod djece često se može manifestirati, kao manjak suradnje i istraživačkog ponašanja, te kroz nedostatak empatije i agresivnog ponašanja. Ainsworth i suradnici (1978) su izbjegavanje smatrali odbrambenim (maladaptivnim) mehanizmom sa kojim se slažu geštalt i integrativno orijentirani teoretičari, takozvanom samozaštićujućom adaptacijom kroz najčešće korištene mehanizme defleksije, egotizma, retrofleksije, projekcije i intrejekta. Ova djeca i mladi stoje na uvjerenju i očekuju odbacivanje u stresnim situacijama od strane značajnih drugih, pa ga i ne traže. U cilju da umanjiti moguću opasnost, dijete šalje moćnijoj strani neprijeteće znakove, na primjer, izbjegava kontakt očima, tjelesno se skuplja, povlači i skriva. Stoga, često u pozadini agresivnog ponašanja, je depresivna simptomatologija, koja pokreće kod djeteta „osjećaj ja nisam ok ti si ok“ („ok je da me ignoriseš, povređuješ, dereš, tučeš, odbacuješ jer sa mnom nešto nije ok, ili ako ja nisam ok i ako ja “nevaljam” ti ćeš me napustiti“). Dijete sa izbjegavajućom strategijom, ima tendenciju da, kad se sustav privrženosti intenzivno aktivira, *inhibira ponašanje privrženosti i aktivira sistem eksploracije, često bivajući destruktivan prema sebi, ali i prema drugima*.

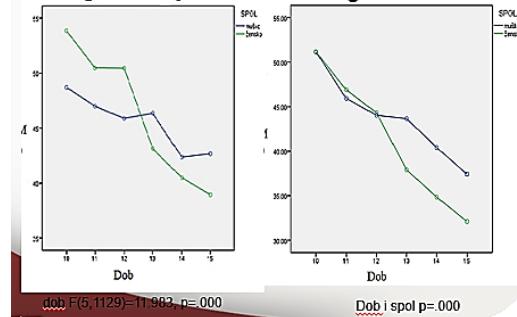
Geštaltističko značenje pojma granica vrijedan je pažnje, jer igra bitnu ulogu u razvoju tokom adolescencije. Pojam granica, kako objašnjava

McConville, izražava osnovnu dijalektičku strukturu samog kontakta i predstavlja dvostruki proces: jednu stranu procesa čini kapacitet da se udruži i spoji, da se daje i prima, utječe na druge i bude pod njihovim utjecajem, a drugu stranu čini kapacitet da se razdvoji i razgraniči, pruži otpor utjecajima i zadrži jedinstvena i suštinska vlastita priroda. Tako fluenti interaktivni ciklus kontakta spajanja i separacije predstavlja zdravi ciklus kontakta i omogućava rast i razvoj adolescenta. *S toga možemo reći da sposobnost za ostvarivanje kontrakta, jeste zdravlje.* (Erskin, 2015:11)

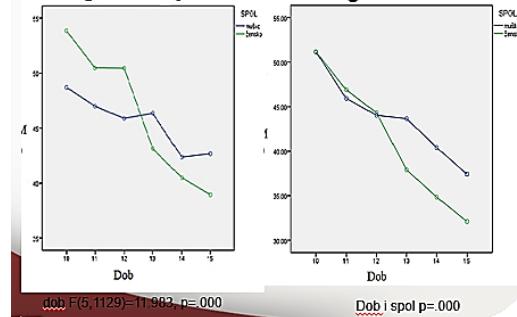
2) Rezultati potvrđuju da odrastanjem dolazi do redefiniranja kvalitete privrženosti roditeljima (Slika 2.2.1.), te je transferna veza roditelj-dijete ka afektivnoj vezi dijete-vršnjak (Slika 2.2.2.), uočljiva. Ova transferna veza je posebno uočljiva kod mlađih adolescentkinja. Možemo reći, da kod djevojčica hijerarhija privrženosti ima nestabilnu strukturu u kojoj je majka na prvom do 12 godine, drug ili drugarice na drugom nivou, a figura oca na trećem nivou. Od 12 godine, hijerarhija privrženosti se kreće drugačije i ima sljedeću strukturu: na prvom nivou su drug i drugarica, a na drugom majka. Kod dječaka oba roditelja su svo vrijeme u vrhu hijerarhije privrženosti, ali je figura oca značajnija kod dječaka nego djevojčica. Mlađi adolescenti pokazuju veći stupanj privrženosti roditeljima, iako se s godinama ima tendenciju opadanja (Slika 2.2.1.).

U prijateljstvu se intenzivnije i ličnije ulaže, i vršnjaci nisu više samo drugari u igri, već poverljivi prijatelji. Da prijatelji prestavljaju "razvojne podupirače" koji adolescentu podupiru osjećaj sigurnosti i time utječu na reduciranje anksioznosti povezane sa razvojnim promjenama, govori odgovor jedne djevojčice dobiven iz kvalitativnog dijela istraživanja (Slika 2.2.2.)

2) Analiza kvalitete privrženosti roditeljima sigurna-majka

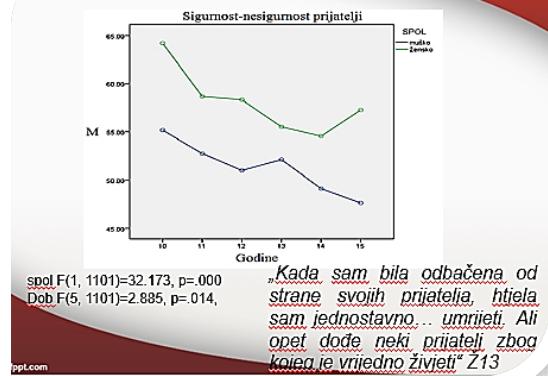


2) Analiza kvalitete privrženosti roditeljima sigurna-otac



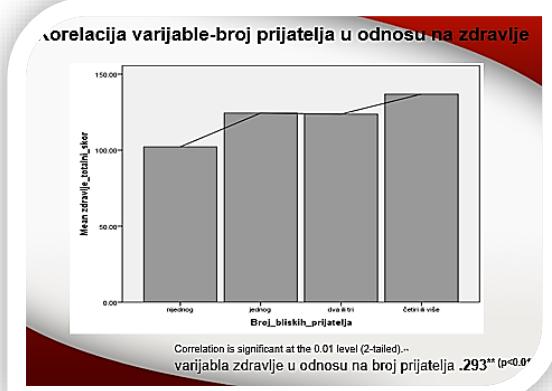
Slika 2.2.1. Analiza kvalitete privrženosti roditeljima

Analiza kvalitete privrženosti prijateljima



Slika 2.2.2. Analiza kvalitete privrženosti vršnjacima

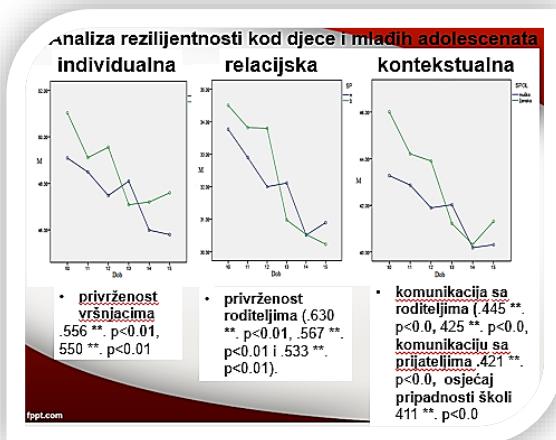
Djeca koja imaju više povjerenja i bolju komunikaciju sa majkom i ocem imaju veći broj prijatelja i preferiraju aktivne hobije. Interesantan je podatak koji smo dobili da djeca, jedinci u obitelji, imaju veće povjerenje i bolju komunikaciju sa ocem, u odnosu na djecu u siblingu, dok ne postoji statistički značajna korelacija u odnosu na majku. Možemo reći da djeca i mlađi adolescenti sa sigurnim stilom privrženosti procjenjuju povjerenje u odnosu s majkom značajno višim, a otuđenost značajno nižom od djece i mlađih adolescenata sa izbjegavajućim i dezorganizirajućim obrascem privrženosti. Dobiveni rezultati ukazuju da je otuđenje od oca statistički značajno više uočljivo u grupi djece koja imaju slabiji akademski uspjeh. Na koncu, jasno se uočava da kvaliteta privrženosti vršnjacima dolazi do izražaja, te da se u razvojnem uzrastu mlađih adolescenata, transfer sigurne privrženosti roditeljima postepeno prenosi od roditelja prema vršnjacima, gdje vršnjaci preuzimaju ulogu sigurne baze. Imajući u vidu važnost prijatelja u ovoj životnoj dobi, kao i značaj da se adolescenti bez prijatelja ne mogu nositi sa svojim razvojnim zadacima pratili smo ovu varijablu sa ostalim varijablama. Naši rezultati istraživanja ukazuju da 2,2% sudionika u odnosu na ukupan uzorak (što predstavlja značajan broj djece) nema ni jednog prijatelja, te je ova varijabla u korelaciji sa nesigurnom privrženosti i nižim kapacetetom rezilijentnosti, kreirajući disfunkcionalni ciklus kontakta koji vodi negativnom polu zdravlja (Slika 2.2.3.).



Slika 2.2.3. Korelacija varijable-broj prijatelja u odnosu na kriterijsku varijablu-zdravlje

3) Utvrđeno je da veći skor na skali ukupnog kapaciteta rezilijentnosti postižu djeca i mlađi adolescenti koji postižu odličan uspjeh u školi, a koji svoj utjecaj na zdravlje ostvaruje preko osjećaja pripadnosti školi (kontekstualne rezilijentnosti) i individualne rezilijentnosti (kvalitetna odnosa sa drugima i sobom, emocionalne i socijane kompetencije, osjećaj podržanosti i podrške od vršnjaka u stresnom period, te radne vještine i sposobnost brige o drugima), sudionici koji preferiraju aktivne hobije, aktivno se bave sportom, djeca koja nisu mijenjala mjesto boravka, te djeca koja žive u potpunoj obitelji. Također, rezultati pokazuju da djeca i mlađi adolescenti koji imaju više prijatelja postižu značajno veći skor na skali ukupnog kapaciteta rezilijentnosti. Djevojčice iskazuju veći stupanj individualne rezilijentnosti u odnosu na dječake. Uočava se da u 12 godini kod djevojčica dolazi do naglog pada kapaciteta individualne i kontekstualne

rezilijentnosti, a kod dječaka nešto kasnije, u 13 godini, što je u skladu sa razvojnom fazom (pubertetom). Uočava se da odrastanjem dolazi do naglog pada na sve tri dimenzije rezilijentnosti. (Slika 2.3.1.). Najznačajniji zaštitni faktori koji utječe na proces razvoja individualne rezilijentnosti, za ovaj razvojni uzrast, je kvaliteta privrženosti vršnjacima. Zaštitni faktori koji utječu na proces razvoja relacijske rezilijentnosti su sigurna dualna privrženost. Zaštitni faktori koji utječu na proces razvoja kontekstualne rezilijentnosti su komunikacija sa roditeljima i vršnjacima, povjerenje u vršnjake, te osjećaj pripadnosti školi.

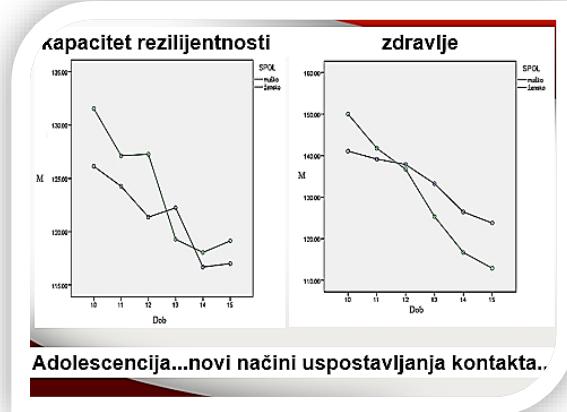


Slika 2.3.1. Analiza dimenzija rezilijentnosti kod djece i mlađih adolescenata

Djevojčice imaju značajno razvijenije osobne vještine, te percipiraju boljim odnose sa drugima i sa sobom, te svoje emocionalne i socijalne kompetencije doživljavaju većim, u odnosu na dječake. Mlađe adolescentkinje percipiraju veće nezadovoljstvo u

zadovoljavanju emocionalnih potreba od strane roditelja u odnosu na mlađe adolescente.

Na ukupnoj skali rezilijencije uočava se značajan pad kapaciteta rezilijentnosti, kod djevojčica sa 12 godinom, a kod dječaka sa 13 godinom. Ova se može objasniti prvom fazom adolescencije (razgradnja) gdje jasnije dolazi do izražaja konflikt između snažne potrebe za bliskosti, ali i potrebe za separacijom koja je nužna za radi uspostavljanja autonomije. Možemo reći da kapaciteti dimenzija rezilijencije koji predstavljaju jednu vrstu zaštitnih procesa putem kojeg adolescenti ostvaruju zdravi kontakt koji vodi pozitivnom ishodu zdravlja - značajno opada sa ulaskom u adolescentnu dob, te ovu razvojnu fazu čini vulnerabilnijom za razvoj psihopatologije (Slika 2.3.2.).



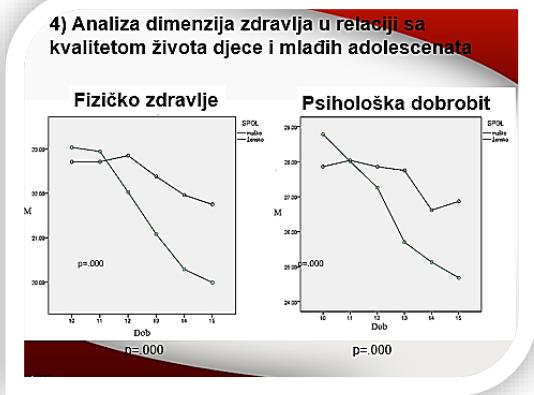
Slika 2.3.2. Analiza ukupnog kapaciteta rezilijentnosti i zdravlja djece i mlađih adolescenata

Dok djetinji Self daje dozvolu obitelji i značajnim drugim (nastavnici, treneri, profesionalci...)

da organizuje polje, adolescentov Self je poduzetnički. Adolescent želi da odbrani svoje argumente ili izrazi svoje kritičko mišljenje, inovativnost i kreativnost, te oni roditelji, ali i značajni drugi koji su fleksibilniji i spremni pomjerati vlastite granice radi definisanja novog načina uspostavljanja kontakta pomažu adolescentu da lakše ostvare svoj razvojni zadat - jasan identitet. Zbog toga adolescencija predstavlja novi način uspostavljanja kontakta. Oni roditelji i značajni drugi koji imaju rigidne ili previše popustljive granice, ometaju ili prekidaju zdravi kontakt organizirajući disfunktionalni kontakt koji vodi negativnom ishodu zdravlja (internaliziranim i/ili eksternaliziranim poremećajima) i razvoju konfuznog identiteta. Blos naglašava da je prvi zadatok adolescencije unutarnji (dijete ima tendenciju povlačenja iz okruženja) i označava drugu individualizaciju (prva se dešava oko treće godine) kada dijete stječe nezavisnost od internaliziranih infantilnih objekata. Redefinirajući promjene u odnosu na svoju obitelj, adolescent pomjera svoju granicu, ali i granicu obitelji čime se i ona mijenja i razvija. Ono što iskustva adolescenata, u najdubljim i najličnjim skrovištima privatne fantazije, stvarno organizuje, na najznačajniji način, je interpersonalno djelovanje obiteljskog miljea i obratno, transakcije između adolescenata i značajnih drugih osoba (roditelja, rođaka, drugara, nastavnika) organizirane su promjenljivim i nastajućim silama intrapsihičkog života (sve prema McConville, 1998). Ovaj stav uzajamne uzročnosti, suštinski je zahtjev za adekvatnu teoriju adolescencije, zbog toga što Self adolescenata odražava razvojne prorade relacija sa članovima obitelji, kao i unutrašnjeg stava prema sebi, dakle, riječ je o neizbjegivo dvostrukom, intrapsihičkom i interpersonalnom procesu. Okolina (roditelji, braća/sestre, vršnjaci, nastavnici, društvo) je

neophodna adolescentima za stvaranje zdravog psihičkog aparata i od značaja za njegovu reorganizaciju. Razumijevanjem, znanjem i podrškom, razumnom tolerancijom, uvažavanjem, ljubavlju, jasnom granicom, stabilnom i predvidivom struktururom, ali i spremnosti da pomjeramo osobne granice, prihvatajući ono što "jestе", osvještavajući vlastite kapacitete i slabosti, redefinišući staro i kreirajući novo za radi obostranog zadovoljstva i razvoja, okolina može pomoći adolescentu da na lakši i bolji način izđe na kraj sa ponekada burnom i konfuznom adolescencijom. McConvill dalje naglašava da je sposobnost za uspostavljanje kontakta primarna organizaciona i motivišuća svrha koja leži u osnovi adolescentnog razvoja. Ovo reorganizovanje odnosa sa drugima, razvoj interpersonalne granice kontakta i procesa koji to prate, samo je dio šire slike razvoja tokom adolescencije.

4) Potvrđeno je da viši skor na skali ukupnog zdravlja postižu djeca i mlađi adolescenti koji nisu mijenjali mjesto življenja, koja žive u sibingu, u potpunoj obitelji, postižu odličan uspjeh koji svoj utjecaj na zdravlje osvaruje preko osjećaja pripadnosti školi i individualne rezilijentnosti te djeca, i mlađi adolescenti koji preferiraju aktivne hobije i aktivno se bave sportom. Dječaci procjenjuju fizičko zdravlje boljim, osjećaju da su u dobroj formi i da su puni energije, u odnosu na djevojčice. Rezultati dimenzije fizičkog zdravlja govore da s 11. godinom naglo opada fizičko zdravlje kod djevojčica, a kod dječaka sa 12. Godinom (Slika 2.4.1.). Dakle, subjektivni doživljaj općenito dobrog zdravlja i osjećaja dobre forme mlađi adolescenti percipiraju značajno boljim u odnosu na mlaše adolescentkinje.



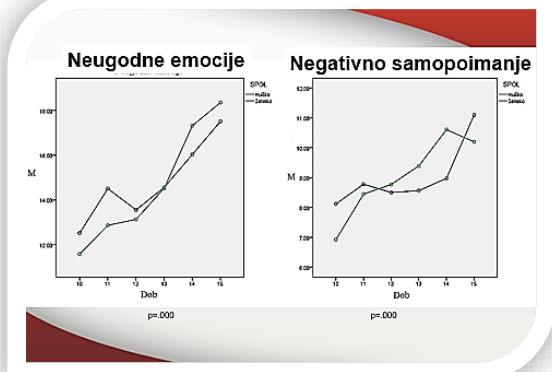
Slika 2.4.1. Analiza dimenzija zdravlja u relaciji sa kvalitetom života djece i mlađih adolescentenata

Nadalje, mlađi adolescenti procjenjuju boljim psihološko zdravlje, zadovoljniji su sa sobom i svojim životom, češće doživljaju radost, zabavu i nadu u odnosu na mlađe adolescentkinje. (Slika 2.4.1.).

Utvrđeno je da *odrastanjem, neugodne emocije postaju dominantnije. Prelaskom iz djetinjstava u mlađu adolescentnu dob, mlađi adolescent značajno više prepoznaju svoju usamljenost, zabrinutost, krivicu, tugu i osjećaj pritiska/stresa*, Slika 2.4.2.

Uočava se da mlađe adolescentkinje češće pokazuju generalni osjećaj zabrinutosti vlastitim izgledom (Dimenzija negativnog samopoimanja), ljubomornije su na izgled drugih, te želje za promjenom vlastitog izgleda. Ovaj trend je u značajnom porastu sa 14. godinom kod mlađih adolescenta. (Slika 2.4.2).

Iako odrastanjem dolazi do značajnog pada autonomije, rezultati pokazuju da dječaci percipiraju

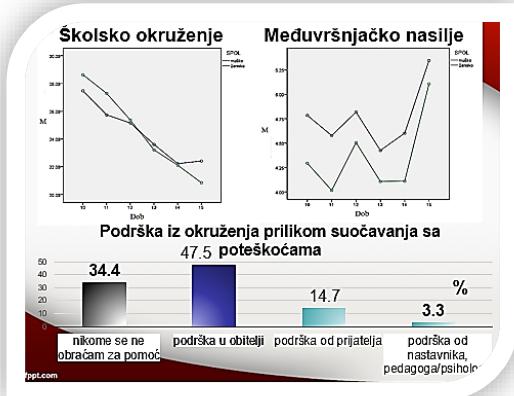


Slika 2.4.2. Analiza dimenzija zdravlja u relaciji sa kvalitetom života djece i mlađih adolescentenata

veću mogućnost obezbjeđivanja dovoljnog vremena za sebe, veću mogućnost izbora provođenja slobodnog vremena i izbora sadržaja, te veću mogućnost izlaska i dovoljnog vremena za druženje sa prijateljima, u odnosu na djevojčice. Nadalje, dječaci percipiraju veće zadovoljstvo obiteljskom atmosferom u odnosu na djevojčice. Mlađi adolescenti percipiraju veće razumijevanje od strane roditelja, veći osjećaj roditeljske ljubavi, sreće i dobre atmosfere u kući, te kvalitetu odnosa i vremena provedenog sa roditeljima, također percipiraju većim, u odnosu na mlađe adolescentkinje. Kvalitetu odnosa sa prijateljima, osjećaji razumijevanja, mogućnosti razgovora, pouzdanja i pomaganja među prijateljima, značajno većim procjenjuju mlađi adolescenti u odnosu na mlađe adolescentkinje.

Uočavaju se značajne razlike između doživljaja kvalitete školskog života između djece i mlađih adolescentenata. *Što su učenici stariji, to su manje zadovoljni kvalitetom školskog života (osjećaj*

sigurnosti, sreće unutar škole, zadovoljstva u odnosu na rad profesora, kvalitetu odnosa sa profesorima, veću mogućnost praćenja nastave i odlaska u školu sa uživanjem), te se pitanje o reformi školstva u odnosu na kvalitetu školskoga života, nameće kao nešto što je prioritet. (Slika 2.4.3.).

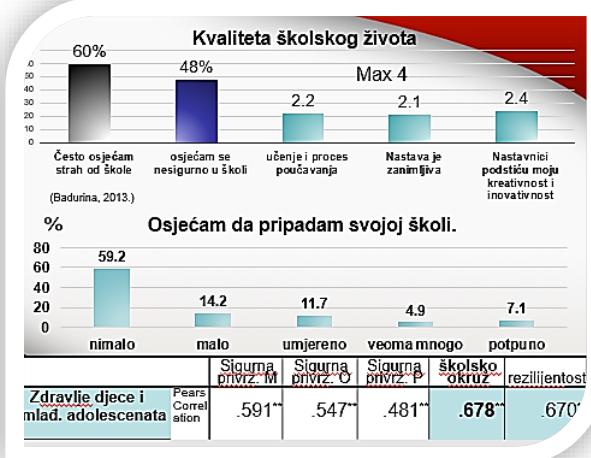


Slika 2.4.3. Analiza kvalitete školskoga života kao dimenzije zdravlja djece i mlađih adolescenata

Nadalje, iako je statistički relativno zanemariva, uočava se, da su djevojčice nešto zadovoljnije kvalitetom školskog života u odnosu na dječake. Potvrđeno je da *odrastanjem dolazi do porasta vršnjačkog nasilja*. *Mlađi adolescenti percipiraju visok intenzitet osjećaja straha, emocionalnog i fizičkog zlostavljanja od strane vršnjaka*. Ovaj trend rasta, također, se uočava kod mlađih adolescentkinja. Možemo zaključiti da nasilja u školama ima, te da nasilje među vršnjacima čine i dječaci i djevojčice, a ova varijabla je u negativnoj statističkoj korelaciji sa zdravljem sudionika. Odgovori dobiveni iz kvalitativnog dijela istraživanja govore: da

skoro svako treće dijete ne treži ni od koga pomoći kada mu je teško i kada se suočava sa poteškoćama, a samo 3.3% sudionika traži podršku od nastavnika i stručne službe škole kada se suočava sa poteškoćama. Ovo je vrlo značajan rezultat i pitanje na koje treba što prije odgovarati.

Rezultati kvalitete školskoga života u skladu sa ranije dobivenim nalazima (Slika 1.3.), a dobiveni rezultati našeg isrtajivanja govore da blizu 60% sudionika nimalo ne osjeća da pripada svojoj školi. Negativan odnos sudionika prema školi (osjećaj nepripadanja školi), trebao bi nas sve ozbiljno zabrinuti. Nadalje, jasno se uočavaju afektivne posljedice škologa života na zdravlje djece i mlađih adolescenata, te jasne aktivnosti usmjerene na poboljšanje kvalitete školskog života, treba da bude prioritet. (Slika 2.4.4.).



Slika 2.4.4. Afektivne posljedice školskoga života na zdravlje djece i mlađih adolescenata

Posljedice krize obrazovnog sistema i škole kao institucije na zdravlje djece i mlađih adolescenata je vidljiva, te aktivacija rješenja treba da ide u smjeru mogućnosti redefiniranja osnovnih principa rada sa djecom i adolescentima u obrazovnom sistemu, obezbješujući optimalne uvjete za razvoj cjelovite ličnosti. *Škola bi trebala biti centralno mjesto zainteresovanosti svih profesionalaca, institucija, politika, društva u cjelini koje će imati zadatak, ulaganja, podrške i osnaživanja svih koji učestvuju u odgojno-obrazovom sistemu.* Također, *škola bi trebala da postane prijateljsko, edukacijsko, istraživačko, poticajno i sigurno okruženje, kako za djecu tako i za odrasle koji u njoj rade.*

5) U cilju ispitivanja ukupnog i zasebnih doprinosa demografskih varijabli, tipova privrženosti, kvalitete odnosa sa majkom, ocem i prijateljima i rezilijentnosti u objašnjavanju kriterijske varijable *zdravlja u relaciji sa kvalitetom života*, provedena je *hijerarhijska regresijska analiza i niz složenih medijacijskih modela*. Potvrđeno je da se postavljenim setom prediktora može objasniti 61.6% ukupne varijance kriterija ($R^2=0.616$), a kao najznačajni prediktori za kriterijsku varijablu *zdravlja*, izdvojili su se: djeca (sudionici uzrasta od 10-12 godina); dječaci, djeca i mlađi adolescenti (sudionici uzrasata od 13 do 15 godina) koji nisu mjenjali životno okruženje, tj. mjesto stanovanja u posljednjih pet godina; *sigurni stil dualne privrženosti* koji se ostvaruje preko kvalitete privrženosti roditeljima kroz aspekte: povjerenja u majku (osjećaj sigurnosti i povjerenja da će majka odgovoriti na potrebe djeteta-adolescenta) i komunikacije sa ocem (uzajamna i sinhronizirana komunikacija kao uslov jake emocionalne veze), te *kvaliteta privrženosti vršnjacima* kroz aspekte komunikacije sa prijateljima (povjerenje i osjećaj

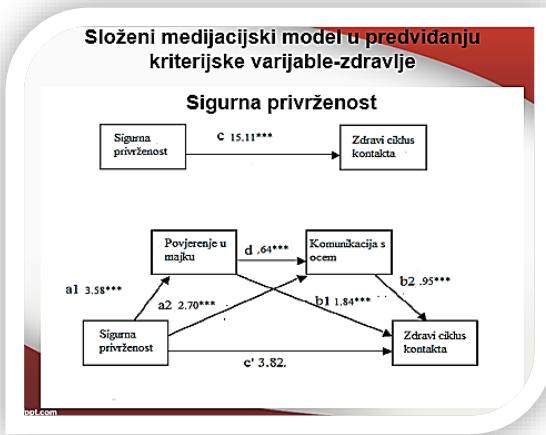
podrške); *razvijeni kapaciteti individualne rezilijentnosti* (kvalitetnog odnosa sa drugima i sobom, emocionalne i socijane kompetencije, osjećaja podržanosti i podrške od vršnjaka u stresnom period, te radnih vještina i sposobnosti brige o drugima); *razvijeni kapaciteti relacione rezilijentnosti* (kvalitetan odnos sa roditeljima) i *razvijeni kapaciteti kontekstualne rezilijentnosti* (osjećaj povezanosti sa ljudskom zajednicom, prirodom i univerzumom i osećaj smislenosti, unutrašnje cjelovitosti i povezanosti sa drugima, uživanje u tradicijama svoje zajednice, zadovoljstva pripadanja osobnoj kulturnoj pozadini, religiji, osjećaj vrijednosti autoriteta u odnosu na koje kreiraju osobne vrijednosti, te osjećaja pripadnosti i ravnopravnosti u zajednici), a *kao najznačajniji zaštitni factor razvoja procesa kontekstualne rezilijentnosti izdvajaju se: osjećaj pripadnosti školi i kvalitetan odnos sa nastavnicima i vršnjacima*) (Slika 2.5.1.)

5) Analiza prediktora zdravlja			
4. KORAK			
Dob	-.091**	.262	.056
Spol	-.084**	-.063	.078
Uspjeh	.017	.115	.016
Vladanje	-.013	.048	-.013
Potpuna/neotpuna porodica	.000	.107	.000
Raseljeno/neraseljeno	-.046*	.078	.045
Sigurna privrženost	.011	.390	.004
Odvrijedljiva privrženost	-.030	-.292	.016
Zakopljena privrženost	-.044	-.113	.024
Plaćiva privrženost	-.053	-.215	.035
Komunikacija s majkom	-.102**	.526	.051
Povjerenje u majku	.243***	.561	.130
Otuđenje od majke	-.065*	-.459	.044
Komunikacija s ocem	.089***	.509	.046
Povjerenje u oca	.024	.497	.013
Otuđenje od oca	-.052	-.425	.035
Komunikacija s prijateljima	.126***	.447	.056
Povjerenje u prijatelje	-.033	.403	.015
Otuđenje od prijatelja	-.123**	-.377	.097
Individualna rezilijentnost	.187***	.587	.123
Relaciona rezilijentnost	.172***	.639	.100
Osjećaj pripadnosti	.096***	.553	.064
$R^2=.616$ (61.6%)		$\Delta R^2=.064$	
F (22,1013)= 73.901, p= .000			

Slika 2.5.1. Rezultati hijerarskije regresijske analize za kriterijsku varijablu zdravlje

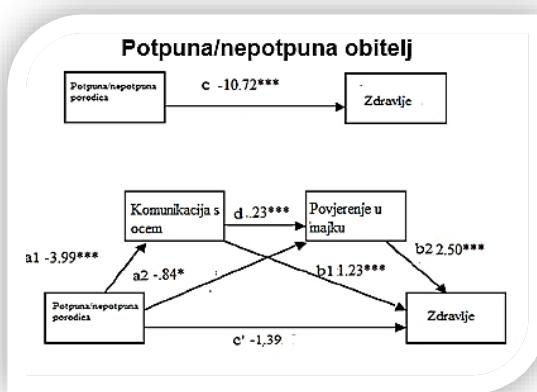
Složeni medijacijski modeli u predviđanju kriterijske varijable zdravlje, govore da sigurna

privrženost svoj uticaj na zdravi ciklus kontakta, koji vodi pozitivnom polu zdravlja, ostvaruje se preko kvalitete povjerenja u majku i kvalitete komunikacije s ocem. Dakle, uočava se dualna privrženost koja govori da se radi o dvije različite roditeljske uloge, ali jednakovo važne i predstavljaju bazu sigurnosti. Slika 2.5.2.



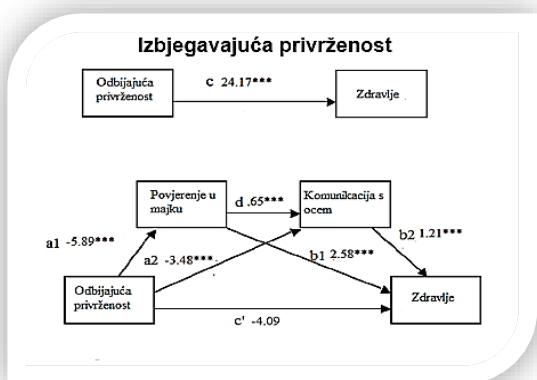
Slika 2.5.2. Složeni medijacijski model, sigurna privrženost u odnosu na zdravi ciklus kontakta

Potpuna/nepotpuna obitelj svoj uticaj na zdravlje ostvaruje preko sigurne privrženosti koja se manifestira kroz aspekte komunikacije sa ocem i povjerenja u majku. (Slika 2.5.3.).

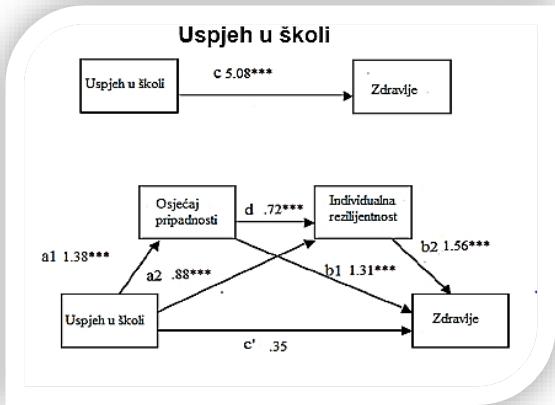


Slika 2.5.2. Složeni medijacijski model, potpuna/nepotpuna obitelj u odnosu na zdravlje

Nesigurno izbjegavajući stil privrženosti, kao i ostali stilovi nesigurne privrženosti, u negativnoj su korelaciji sa zdravljem i svoj utjecaj na negativni pol zdravlja ostvaruje preko nepovjerenja u majku i osjećaja otuđenosti od oca. (Slika 5.2.3.).



Slika 2.5.3. Složeni medijacijski model, Nesigurno-izbjegavajući stil rivrženosti u odnosu na zdravlje



Slika 2.5.4. Složeni medijacijski model, Akademski uspjeh u odnosu na zdravlje

Na koncu, *neznačajan je direktni utjecaj varijable akademskog uspjeha u školi na zdravlje*. Ova varijabla svoj utjecaj na zdravlje ostvaruje preko kontekstualne rezilijentnosti (osjećaja pripadnosti školi) i individualne rezilijentnosti (većeg samopouzdanja, samopoimanja i osjećaja podrške od prijatelja i nastavnika). (Slika 2.5.4.).

6) Nalazi našeg istraživanja pokazuju da se postavljenim setom *prediktora može objasniti 59,2% ukupne varijance kriterija (R²=.592)*, a kao najznačajni prediktori *kriterijske varijable zdravog/funkcionalnog ciklusa kontakta koji vodi rastu i razvoju djeteta*, to jeste pozitivnom polu zdravlja, izdvojili su se: djeca (sudionici uzrasta 10, 11 i 12 godina); dječaci; sigurna dualna privrženost roditeljima, te kvaliteta privrženosti vršnjacima kroz aspekte komunikacije sa prijateljima (povjerenje i podrška), zatim kapacitet individualna rezilijentnosti; kapacitet relaciona rezilijentnost (kvalitetan odnos sa

roditeljima), te kapacitet kontekstualne rezilijentnosti (osjećaj povezanosti i pripadnosti školi, kvalitetan odnos sa nastavnicima, osjećaj vrijednosti autoriteta u odnosu na koje kreiraju osobne vrijednosti, te osjećaja pripadnosti i ravnopravnosti u zajednici).

Potvrđeno je da rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize, pokazuju da se *postavljenim setom prediktora može objasniti 35,9% ukupne varijance kriterija (R²=.359)*, a kao *značajni prediktori disfunkcionalnog ciklusa kontakta koji vodi negativnom polu zdravlja*, izdvojili su se: mlađi adolescenti (13, 14 i 15 godina), slabiji akademski uspjeh koji se ostvaruje prko osjećaja otuđenosti i nepripadanja školi, te osjećaja odbačenosti i izolacije od strane nastavnika i vršnjaka; nesigurna dualna privrženost roditeljima, nesigurnu privrženost vršnjacima koja se manifestira kroz aspekte poteškoća u komunikaciji sa prijateljima, nepovjerenja u prijatelje i otuđenja od prijatelja; nerazvijeni kapaciteti individualna rezilijentnost (neadekvatan odnos sa drugima i sobom, slabe emocionalne i socijane vještine, osjećaj sumnje i nepovjerenja u vršnjake, slabi kapaciteti empatije, problemi u pažnji i koncentraciji); nerazvijeni kapaciteti relacione rezilijentnosti (osjećaj odbačenosti i izolacije od strane roditelja, nepovjerenje i sumnja u roditelje).

Obzirom da je najveći deficit profesionala osposobljenih za rad sa djecom i adolescentima, prva stepenica prevencije predstavlja, prije svega, edukaciju i osposobljavanje profesionalaca za sticanje akademskih i profesionalnih iskustava sa posebnim naglaskom na kliničke vještine koja uključuje Integrativnu psihoterapiju i savjetovanje za djecu i adolescente, te visoku suradnju sa roditeljima, dječjim i adolescentnim psihijatrima, pedijatrima, školama, centrima za socijalni rad i mentalno zdravlje, sudstvom,

s ciljem integracije i ponovnog obnavljanja potencijala i vrijednosti, kroz preventivne, terapijske i rehabilitacijske intervencije salutogeno orijentirane.

Na kraju, možemo zaključiti da je preventivna akcija u ovoj životnoj dobi vrlo važna (Nikolić i sur., 2004). Ovim istraživanjem uspjelo se identifikovati odrednice zdravlja, zaštitni faktora i procesi koje vode zdravlju, a time i mogućnosti salutogeno orijentiranih preventivnih programa. Dosadašnji rezultati istraživanja salutogeno orijentiranih programa po modelu „Zdravog razvoja“ koji se oslanjaju na osvještavanje mogućnosti obnavljanja potencijala i vrijednosti, ali i sticanju novih sposobnosti kreativnog prilagođavanja na način učenja kroz iskustvo, pokazala su visoku uspješnost u preveniranju internaliziranih i eksternaliziranih problema djece i mlađih, i procjenjuju se značajnim zaštitnim faktorima, potrebnim djeci i mlađima da se razvijaju živeći svoje potencijale u harmoniji sa sobom, drugima i tehnologijom.

3. ZAVRŠNA RAZMATRANJA I PREDLAGANJE PREPORUKA PRAKTIČNIH PREVENTIVNIH MODELA

Istraživanja govore, *iako se mnogo pažnje posvećuje prevenciji rizika i fokusa na zaštitu djece, depresivnost, anksionost, destruktivni oblici ponašanja u djece i mlađih u kontinuiranom su porastu. Dramatična situacija na sadašnjem globalnom nivou, alarmantno upućuju da se pažnja usmjeri na zaštitu i očuvanje zdravlja.*

Prema Ottawwa povelji *promocija zdravlja je proces koji omogućava pojedincima i zajednicama da se poveća kontrola nad odrednicama zdravlja, čime se*

poboljšava zdravlje za život koji je aktivan i produktivan. Novija istraživanja u oblasti zdravlja djece i mlađih, kao jedan od najvažnijih indikatora zdravlja, navode proučavanje koncepta rezilijentnosti, te se zbog toga *novi preventivni programi usmjeravaju i kreiraju u odnosu na saznanja o rezilijentnosti. Rezilijentnost predstavlja nov način razumijevanja i tretiranja humanih problema, novu paradigmu u oblasti mentalnog zdravlja, pristupu fokusiranom na snage i potencijale. Biopsihosocijalni pristup u istraživanju kao i praksi predstavlja značajan multidisciplinarni i multisektorijalni rad, koji predstavlja suštinu istraživanja i rada sa djecom i adolescentima, a koji ima za cilj integraciju i ponovno obnavljanje potencijala i vrijednosti, koje optimistično gledaju u budućnost.*

Sve studije uspješnih Programa za promociju zdravlja kao osnovnih principa rada *usmjereni na odgojno obrazovnim programima*, navode strateški pristup razvoja rezilijentnosti kroz *programe emocionalne i socijalne kompetencije*, u prijateljskom okruženju i mogućnosti promocije osvještavanja osobnih potencijala, integrirajući sve tri razine sustava (Slika 1.3.4).

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organisation, 2002) daje sveobuhvatan pregled prevencija koja obuhvata tri razine (primarna, sekundarna i tercijalna) prevencije, te sve društvene faktore (od vladinih, nacionalnih, lokalnih do nevladinih organizacija). Pod pojmom *prevencije podrazumijeva se proaktivni pristup zdravlju, ističući salutogeno orijentirane preventivne, interventne i rehabilitacijske programe sa fokusom na proces razvoja rezilijentnosti* (Slika 3.1.1.).

Kreiranje preventivnih programa ima nekoliko koraka (Cole i sur., 1993; Weissberg i

Greenberg, 1998, DePanfillis i Dubowitz, 2005; sve prema Bilić, Buljan Flander i Hrpka, 2015):

1. Identifikaciju problema, proučavanje epidemioloških podataka, provedba istraživanja o učestalosti problema u populaciji;
2. Identifikaciju rizičnih i zaštitnih faktora i procesa, odrednica zdravlja, povezanih sa problemom;
3. Kreiranje i provedbu pilot (probnih) preventivnih programa;
4. Kreiranje i provedbu programa prevencije na velikom uzorku;
5. Širenje preventivnih programa i njihovog monitoringa i evaluacije po lokalnim zajednicama.

Predloženi model preventivnih programa dijeli se na aktivnosti unutar:

1. Primarne prevencije u odgojno-obrazovnim ustanovama koja se odnosi na:
 - Podizanje svijesti roditelja, odgajatelja, nastavnika i djece o očuvanju i unapređenju zdravlja djeteta,
 - Identificirati problem, prikupljanju informacija iz različitih izvora, objektivnim instrumentima, kako bi se mogla postaviti djelotvorna, cilju usmjerena strategija, primjerena sredini;
 - Stvaranje tima za kreiranje i provedbu programa prevencije;
 - Kontinuirani rad na razvoju pozitivne atmosfere (osjećaj prihvaćenosti, sigurnosti, podrške i zajedništva)

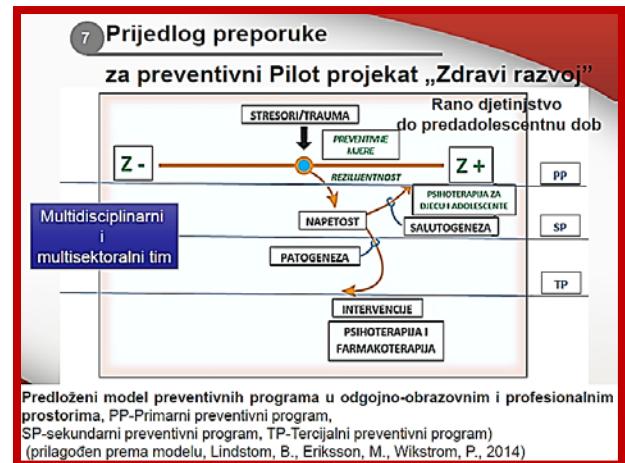
- Razvijanje zaštitnih faktora kao odrednica zdravlja
 - Trajnu educiju za odgojno-obrazovene djelatnike i nenastavno osoblje
 - Edukaciju roditelja
 - Uspostavljanje suradnje sa drugim stručnjacima, centrima i institucijama koje se bave zaštitom zdravlja djeteta
 - Trajno provođenje individualnog i grupnog rada s djecom usmjeren na jačanju potencijala
2. Sekundarne prevencije odnose se na rizične skupine, odnosno na pomoć djeci koja pokazuju neki oblik (auto)destruktivnog ponašanja
 - Usmjeriti rad na učenike koji pokazuju emocionalne i ponašajne probleme, s ciljem smanjenja (auto)destruktivnog oblika ponašanja (kroz individualnu ili grupnu integrativnu psihoterapiju za djecu i adolescente)
 - Rad sa djecom žrtvama ili počiniocima nasilja s ciljem ublažavanja njihovih problema, uz podršku da ojačaju osobne vrijednosti
 - Pružanje različitih oblika podrške roditeljima, nastavnicima i stručnjacima
 - Organiziranje stabilne podrške i pomoći u zajednici (npr. osobno savjetovanje, supervizija)
 3. Aktivnosti unutar tercijalne prevencije odnose se na učenike koji pokazuju najintenzivnije emocionalne i ponašajne probleme, a neophodna im je individualna

pomoć i podrška od strane multidisciplinarnog tima profesionalaca iz oblasti dječje i adolescentne integrativne psihoterapije, neuropsihijatrije za djecu i adolescente, uz visoku suradnju obitelji, škole, centara za socijalni rad, centara za mentalno zdravlje i sudstva.

Ako se vratimo na ključne riječi ovog istraživanja, predlažemo u odnosu na dosegnute istraživačke ciljeve i zadatke, obezbjeđivanje mogućnosti za kreiranje Preventivnih programa u odgojno obrazovnom i profesionalnom okruženju oslonjenih na "zdrav razvoj" (Slika 3.1.1. i 3.1.2.). Analogno, cilj ovog istraživanja, jesu jasne činjenice bazirane na istraživanju u odnosu na koje se jedino mogu kreirati preventivni multidisciplinarni programi i politike u očuvanju, unapređenju i rehabilitaciji zdravlja djece i mladih.

Sa naučnog aspekta, značajan doprinos istraživačkog rada je proširenje Bowlbijeve teorije privreženosti, uvodeći koncept rezilijentnosti. Rezultati istraživanja, omogućili su identifikaciju problema u našem društvenom kontekstu, identifikaciju odrednica zdravlja, zaštitnih faktora i procesa koje vode zdravlju, (Slika 3.1.2.), te aktivacije rješenja kroz prijedloge izgradnje mogućih salutogeno orijentiranih preventivnih programa.

Jedan od istraživačkih ciljeva jeste i pokušaj otvaranja mogućnosti istraživačke scene novijim pristupa u prevenciji i unapređenju zdravlja kroz istraživanje rezilijencije kao aktivnog adaptivnog mehanizma i zaštitne uloge u ispunjavanju razvojnih zadataka tokom života, te mogućnosti redefiniranja osnovnih principa rada sa djecom i adolescentima u obrazovnom i zdravstvenom sistemu u Bosni i Hercegovini.

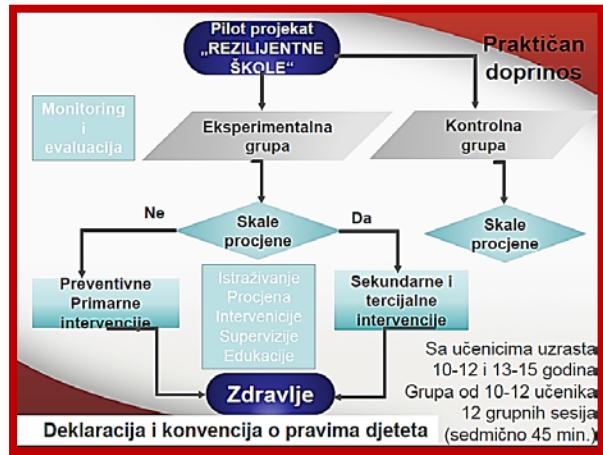


Slika 3.1.1. Predloženi model preventivnog programa u odgojno obrazovnom i profesionalnim prostorima



Slika 3.1.2. Orednice zdravlja, zaštitni faktori i procesi koji vode zdravlju.

Kao treći korak u kreiranju preventivnih programa, predlaže se nastavak rada u pravcu kreiranja i implementiranja preventivnog *Pilot programa* po modelu „zdravog razvoja“ uz primjenu dobivenih rezultata, koristeći integrativne metode rada sa djecom i mladima koje su u skladu sa Europskim standardima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, pod nazivom „*Rezilijentne škole*“. Na osnovu rezultata post-hoc analize uočene su dvije kohorte u odnosu na dob: djeca od 10, 11 i 12 godina čine prvu kohortu, a mlađi adolescenti su sudionici od 13,14 i 15 godina. (Sika 3.1.3.). Preporučuje se, da se kreiranje i implementacija Pilot programa provede u odnosu na eksperimentalnu i kontrolnu grupu, formirajući dvije kohorte u odnosu na uzrast.

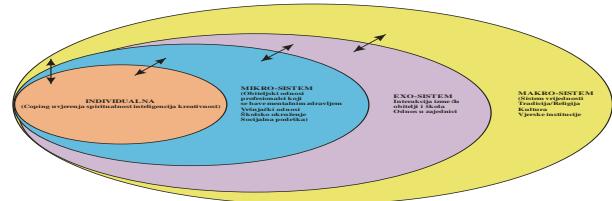


Slika 3.1.3. Predloženi Pilot program po modelu “Zdravog razvoja” pod nazivom “Rezilijentne škole”

Akcentat bi trebao biti na unapređenju kvalitet školskoga života (sigurne privrženosti školi) za odgoj i obrazovanje cjelevite ličnosti integrirajući sve njene aspekte zdravlja (emocionalno, socijalno, kognitivno, fizičko, edukativno, duhovno zdravlje), te

u kreiranju sigurnih škola u kojima bi rado boravili i djeca i učitelji, nastavnici i roditelji. Znajući da je iskustvo osnovni faktor promjene, Preventivni programi trebali bi biti usmjereni, prije svega, roditeljima (zdravo roditeljstvo), odgajateljima, nastavnicima, zajednicama, kroz iskustveno-edukativne radionice, s ciljem prepoznavanja, razumijevanja i razvoja emocionalnih, socijalnih kompetencija i kapaciteta rezilijentnosti, te važnosti razvoja sigurne privrženosti.

Zadovoljavajuće metrijske karakteristike prvih bh. verzija skale „Zdravlja u relaciji sa kvalitetom života“, te instrumenta „*Rezilijentnosti*“, daju mogućnost uvida u proces uspostavljanja zdravog kontakta, kapacitete rezilijentnosti, monitoring i evaluaciju zdravstvenog statusa djece i adolescenata, detekcije vulnerabilnih grupacija sa lošim zdravstvenim stanjem i njihov rani tretman, kroz sekundarnu ili tercijalnu intervenciju, te procjene efekata poduzetih u okviru obrazovnih i javno-zdravstvenih intervencija. *Program bi trebao integrirao sve tri razine:* djete i obitelj, razinu kvalitete školskog života, te razinu zajednice (Toland i Carrigan, 2011), Slika 3.1.4., te na svakoj razini bi se djelovalo u odnosu na pet osnovnih funkcija: istraživanje, edukacija, procjena, intervencija i supervizija (Toland i Carrigan, 2011, prema Zvizdić, 2015). (Slika 3.1.3.)



Slika 3.1.4. Socijalni ekološki okvir za strategiju razvoja rezilijentnosti (prema, Ungar, 2012)

Partnerstvo u preventivnim programima je od krucijalnog značaja, te je temeljna pretpostavka uspješne prevencije. Partnersvo se obično objašnjava kao proces u kojem su uključeni pojedinci i/ili institucije koje nastoje međusobno pružiti podršku i uskladiti svoje napore u cilju pozitivnih ishoda u budućnosti, zdravog razvoja djece. Saradnički odnos naglašava ravnopravan i partnerski odnos u kojem dijete/obitelj/škola/zajednica/profesionalci/insticij e aktivno učestvuju u traženju optimalnih rješenjanja za aktuelne probleme.

Pred Bosnom i Hercegovinom je izazov odgovaranja na standarde koji su postavili svjetski preventivni programi. Postojanje mnogobrojnih izvora uspješnosti preventivnih programa (programi namjenjeni prevenciji internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja, promociji mentalnog zdravlja, prevenciji asocijalnog ponašanja, programi temeljeni na školskim kurikulumima) koji se temelje na teoriji salutogeneze, Modelu „zdravog razvoja“, mogućnosti su za aktivaciju.

U vremenu u kojem živimo, vremenu brzih promjena, **zdravlje i kvaliteta života u direktnoj su vezi** sa sposobnošću kreativne adaptivnosti, pa se tako **rezilijentnost** kao vid zaštitnog procesa uspostavljanja zdravog kontakta, na koju utječe sigurna privrženost, nameće kao **jedna od najvažnijih kompetencija neophodnih** za život u XXI stoljeću.



Bosansko-hercegovački Institut za dječju i adolescentnu psihoterapiju

www.psychotherapy.ba, bhidapa@gmail.com

„Mislim da su ljudi mnogo u žurbi i puno nervozni. Mislim da postoji previše brige o nebitnim stvarima, a malo dobrih odnosa. Puno je stresa i svakim danom manje bitnih stvari. Puno ljudi misli da su djeci dali sve, ako imaju novac, ali ja mislim da se ljubav ne može kupiti. Učenici se puno brinu za ocjene i učenje, jer mislim da ih roditelji tjeraju, a ne da je to njihova želja“. Djevojčica, 14g

„Najveći izazov za mene je kada mi iskušuje internet na kompjuteru i počnu pričati kako to nije zdravo i kako će nositi naočale zbog toga.“ Dječak 13g

„S obzirom na to da je odrastanje vrlo bitno, smatram da nosi mnogo izazova, a o tome nam нико не приča i ne priprema. Najveći izazov po meni je pronaći prave prijatelje i zajednički jezik sa roditeljima i nastavnicima. Ako imamo dovoljno podrške sve ostalo je manje važno i onda možemo odrasti“. Djevojčica, 13g

Slika 3.1.5. Mišljenja djece sa fokus grupa o najvećim izazovima odrastanja u trenutnom društvenom kontekstu.

Završna riječ autora:

Dijete je budućnost društva!

Odgajati i educirati dijete, biti u odnosu sa mnogo ljubavi, uvažavanja i jasnim granicama je najveći izazov za svakog roditelja, nastavnika, stučnjaka i drušva u cjelini. Vodeći se našim pojedinačnim i drušvenim odgovornostima za očuvanje i unaprijeđenje zdravlja i dobrobiti djece i mlađih, želja nam je da kroz naš rad BHIDAPA-e, razvijamo interdisciplinarnu suradnju sa profesionalcima, domaćim i inozemnim srodnim Udrugama, Institutima i Institucijama u projektima koji se bave djecom i adolescentima, te da razvijamo standarde u cilju zaštite prava djece i adolescenata i poboljšanja uvjeta za pravilan mentalni razvoj. Prevencijska praksa u skladu sa istraživačkim radovima, umreženo djelovanje na svim nivoima u cilju osiguravanja minimalnih uvjeta za zdrav rast i razvoj djeteta i adolescenta, te permanentna edukacija svih profesija koje rade sa djecom i adolescentima putem organiziranja edukativnih programa, stručnih predavanja, seminara, a u skladu sa europskim standardima i preporukama WHO, putem kojim težimo.

BIOGRAFIJA



Dr.sc. Mirela Badurina, Geštalt psihoterapeut i dječji i adolescentni integrativni psihoterapeut pod supervizijom, od 1992. godine do danas svoj profesionalni i akademski rast i razvoj usmjerava na oblasti očuvanja i poboljšanja mentalnog zdravlja djece i adolescenata u Bosni i Hercegovini.

Europski je Certificirani psihoterapeut (ECP), europski certificirani Gestalt psihoterapeut (EAGT) i dječiji i adolescentni integrativni psihoterapeut pod supervizijom (EIATSCYP). Dugogodišnje iskustvo u radu sa djecom, adolescentima i odraslima sticala je u internacionalnim organizacijama (World Vision International, Save The Children UK, SOS Kinderdorf) radeći na pozicijama *fasilitatora, voditelja, istraživača, supervizora, psihosocijalnih Programa* usmjerenih na očuvanje i jačanje dječijeg integriteta.

Osnovač je bosansko-hercegovačkog Instituta za dječju i adolescentnu psihoterapiju – BHIDAPA, Prvog europskog akreditovanog edukacijskog programa na području Bosne i Hercegovine, koji okuplja svjetski priznate stručnjake iz područja neuroznanosti, psihijatrije, psihologije, posebno dječje i adolescentne psihijatrije i psihoterapije. Voditelj je edukacijskih programa iz oblasti: dječje i adolescentne integrativne psihoterapije, dječjeg i adolescentnog psihoterapijskog savjetovanja, te terapijskih tehniki i vještina u radu sa djecom, koji se provode u Sarajevu. Pridruženi je član EIATSCYP.

Voditelj je i predavač mnogih projekata namjenjenih djeci i mladima, njihovom potpunijem i kreativnjem razvoju. Održala je niz predavanja i edukativnih radionica na temu: *Samopoštovanje kod djece; Utjecaj ishrane na dječije ponašanje, Umjeće roditeljstva, Strahovi kod djece i šta sa njim, Profesionalni stres, sindrom izgaranja i mehanizmi zaštite mentalnog zdravlja pomagača, Alternative nasilju, Zaštita zdravlja djece...u saradnji sa domaćim i internacionalnim NVO i institucijama*. Kreator je radova: *Razvoj privrženosti kod djece u porodičnom i izvan porodičnom okruženju, Mentalno zdravljje djece rane adolescentne dobi, Škola kao važan sustav u očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata, Dijagnoza i procjena klijenta – Geštalt pristup, Minimalni standardi-dječija verzija* - za planiranje, pružanje i praćenje usluga dječije zaštite na nivou entiteta u BiH, te koautor *Priručnika za nastavnike osnovnih i srednjih škola u BiH: "Prevencija nasilja koja uključuje dječu i promocija poštivanja različitosti u BiH kroz obrazovni sistem"* i „*Povećanje blagostanja adolescenata kroz jačanje protektivnih faktora u školskom okruženju*“. Od 2006. godine obavlja praksu za psihoterapiju i savjetovanje i radi sa djecom, adolescentima i odraslima u Sarajevu. Udata je i majka dvoje djece.