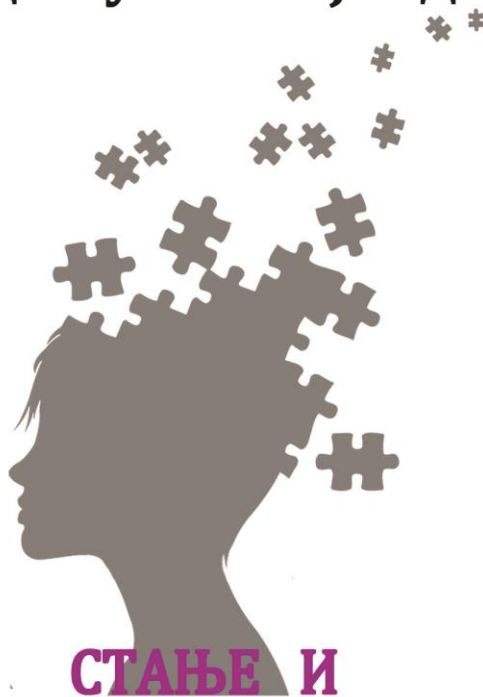


Ментално здравље младих у АП Војводини



СТАЊЕ И ПЕРСПЕКТИВА

Нови Сад, 2016.

Марија Зотовић-Костић
Мирјана Беара
МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У АП ВОЈВОДИНИ
- стање и перспектива



Нови Сад, 2016.

Проф. др Марија Зотовић-Костић
Доц. др Мирјана Беара
МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У АП ВОЈВОДИНИ - стање и перспектива

Издавач:

Центар за производњу знања и вештина
Булевар Јована Дучића 25
21000 Нови Сад
www.cpzv.org

За издавача:

Миленка Обрадовић, извршна директорка

Рецензенти:

др Јелица Петровић, доцент, Одсек за психологију, Филозофски факултет у Новом Саду
др Лада Маринковић, професор струковних студија, Висока школа струковних студија за образовање васпитача, Нови Сад
др Мирослав Гаврић, ванредни професор, Одсек за Психологију, Филозофски факултет у Источном Сарајеву.

ISBN 978-86-919459-0-9

Марија Зотовић-Костић
Мирјана Беара

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У АП ВОЈВОДИНИ

СТАЊЕ И ПЕРСПЕКТИВА



Нови Сад, 2016.

САДРЖАЈ

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

ЗАХВАЛНОСТ

РЕЗИМЕ

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1. АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

2. МЛАДИ И ОКРУЖЕЊЕ: ПОРОДИЦА, ШКОЛА, ВРШЊАЦИ, ИКТ И МЕДИЈИ

2.1. Породица

2.2. Школа

2.3. Вршњаци

2.4. Савремени електронски медији и комуникацијске технологије - ТВ, интернет, мобилни телефони

3. СТРЕС И ПРЕВЛАДАВАЊЕ

3.1. Реаговање на стрес у адолесценцији

3.2. Превладавање стреса

3.3. Превладавање стреса код адолесцената

3.4. Ефикасност превладавања код деце и адолесцената

4. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

5. ПОКАЗАТЕЉИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА: ОПТИМИЗАМ/ПЕСИМИЗАМ, САМОЕФИКАСНОСТ, САМОПОШТОВАЊЕ

5.1. Оптимизам/песимизам

5.2. Самоефикасност

5.3. Самопоштовање

5.4. Могућности развијања оптимизма, самопоштовања и самоефикасности код младих

6. РИЗИЧНА ПОНАШАЊА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

6.1. Чиниоци који доприносе појави ризичних понашања

II ИСТРАЖИВАЊЕ

1. УВОД

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

1. Узорак
2. Полна структура
3. Старосна структура
4. Структура узорка у односу на врсту школе и разред
5. Структура и социо-економски статус породица

III РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

1. Однос ученика према средњој школи и школски успех

- 1.1. Задовољство избором школе
- 1.2. Школски успех

2. Самопроцена здравственог стања ученика и задовољства изгледом

- 2.1. Процена здравља
- 2.2. Задовољство изгледом

3. Социјални односи младих - идоли младих, пријатељства и партнерске везе

- 3.1. Идоли младих
- 3.2. Социјални односи - пријатељства
- 3.3. Социјални односи - партнерске везе
- 3.4. Ступање у сексуалне односе

4. Доживљај могућности контроле живота и безбедност

- 4.1. Доживљај могућности контроле
- 4.2. Безбедност младих и штетни утицаји средине

5. Стрес и превладавање стреса

5.1. Перципирани стрес

5.2. Превладавање стреса

6. Показатељи менталног здравља младих

6.1. Самопоштовање

6.2. Самоефикасност

6.3. Задовољство животом

6.4. Оптимизам/песимизам

6.5. Здравље и поремећаји здравља

7. Ризична понашања и понашање на интернету

7.1. Употреба психоактивних супстанци (ПАС)

7.2. Употреба интернета и мобилних телефона

7.3. Понашање на друштвеним мрежама

7.4. Посећивање еротских садржаја и играње игрица на рачунару или мобилном телефону као ризично понашање

7.5. Поремећај употребе интернета

7.6. Поремећаји исхране

8. Превентивни програми и ментално здравље

9. Одговори на отворена питања – предлози и примедбе испитаника

IV ЗАКЉУЧЦИ ИСТРАЖИВАЊА

V ПРЕПОРУКЕ

VI РАДИОНИЦА КАО МЕТОД ПСИХОЛОШКО-ПРЕВЕНТИВНОГ РАДА СА ГРУПОМ

1. Додатак - Радионице за унапређење менталног здравља младих.

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Истраживање и публикација реализовани су у оквиру
пројекта

„Истраживање о менталном здрављу младих у
АП Војводини - стање и перспектива“

Центра за производњу знања и вештина из Новог Сада.

**Пројекат је реализован захваљујући средствима
Покрајинског секретаријата за спорт и омладину у
оквиру имплементације Ационог плана политике за
младе.**

Центар за производњу знања и вештина (ЦПЗВ) је
удружење грађана основано 2012. године са циљевима у
области инклузивног и одрживог развоја.

*Ми развијамо заједнице у правцу укључивања рањивих
група, покретањем и пружањем иновативних услуга.*

ЗАХВАЛНОСТ

Желимо да се захвалимо представницама Покрајинског секретаријата за спорт и омладину АПВ, који је препознао потребу за истраживањем о стању менталног здравља младих у Војводини и пружио подршку његовој реализацији, од фазе планирања, па до настанка ове публикације. Поред њих, захвалност дугујемо ученицима, наставницима и стручним сарадницима из школа које су учествовале у истраживању:

1. ОШ „Бранко Радичевић“, Кузмин
2. ОШ „Др Ђорђе Јоановић“, Ново Милошево
3. ОШ „Сава Жебељан“, Црепаја
4. ОШ „22. октобар“, Бачки Моноштор
5. ОШ „Исидора Секулић“, Панчево
6. ОШ „Иво Лола Рибар“, Сомбор
7. ОШ „Ђура Јакшић“, Кикинда
8. ОШ „Матко Вуковић“ Суботица
9. ОШ „Јован Јовановић Змај“, Сремска Митровица
10. ОШ „Жарко Зрењанин“, Зрењанин

11. Гимназија, Нови Кнежевац
12. Гимназија „Светозар Марковић“, Нови Сад
13. Гимназија „Лаза Костић“, Нови Сад
14. Гимназија „Вељко Петровић“, Сомбор
15. Средња техничка школа „Милева Марић Ајнштајн“, Нови Сад
16. Средња школа „Доситеј Обрадовић“, Нови Кнежевац
17. Средња медицинска школа „Др Ружица Рип“, Сомбор
18. Медицинска школа „Драгиња Никшић“, Сремска Митровица
19. Средња школа „Ђура Јакшић“, Српска Црња
20. Техничка школа, Кикинда

Драгоцен допринос истраживању дали су активисти Центра за производњу знања и вештина – Милица Дрезга, Милица Чојановић, Данијела Гужалић, Милица Шовић, Соња Стегњајић, Тамара Савић, Александар Мратинковић, Александар Копривица, Анђела Влашкалић, Лидија Рајаковац. Такође, захваљујемо се колегама и пријатељима који су нам помогли у преводу резимеа на енглески језик и језике мањина: Марку Мејдеру, Марини Туроман, Владимиру Митровићу, Лидији Ушурел, Зденку Лазору, Драгану Ристићу, Аленки Репац и Тинде Карачоњи.

Нови Сад, 31. 01. 2016.

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У АП ВОЈВОДИНИ

– СТАЊЕ И ПЕРСПЕКТИВА

САЖЕТАК

Према дефиницији Светске здравствене организације, здравље је „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести“. **Ментално здравље** се дефинише као стање благостања у коме особе остварују или користе своје способности и потенцијале, могу да се носе са стресовима свакодневног живота, раде продуктивно и остварују допринос друштву. **Адолесценција** означава период између детињства и зрелости, период транзиције, у коме се младе особе налазе на прагу значајних промена, које ће их полако увести у свет одраслих. Сведоци смо алармантног пораста негативних друштвених појава, као што су насиље, малолетничка делинквенција, ризична понашања младих (пушење, употреба алкохола, психоактивних супстанци, ризична сексуална понашања, поремећај употребе интернета и сл.), сексуализација адолесценткиња и др. Због оваквог контекста развоја младих данас, њиховом здрављу и психолошком благостању потребно је посветити велику пажњу.

Током јула 2015. године Центар за производњу знања и вештина из Новог Сада покренуо је, уз подршку Покрајинског секретаријата за спорт и омладину, пројекат *„Истраживање о менталном здрављу младих у АП Војводини – стање и перспектива“*.

Општи циљ пројекта је допринос унапређењу менталног здравља младих у АП Војводини. Специфични циљеви су обухватили утврђивање стања у области менталног здравља младих узраста 15–19 година (8. разред ОШ – 4. разред СШ), кроз реализацију емпиријског истраживања у школама и давање препорука за програме превенције и заштите менталног здравља младих, посебно оних из маргинализованих и ризичних група.

Резултати указују на то да су симптоми стреса код младих израженији него што је установљено у иностраним истраживањима. Нарочито су под стресом девојке и ученици гимназија, а доминирају хронично оптерећење и дневни микростресори. Установљене су разлике у више показатеља менталног здравља између девојака и младића, при чему девојке имају више тешкоћа у већини испитиваних домена. Код девојака су, у односу на младиће, израженије следеће појаве: мање задовољство изгледом, чешћа неухрањеност, мањи утисак контроле сопственог живота, ниже задовољство животом и ниже самопоштовање. Код девојака је регистрован већи степен стреса, укључујући вређање и искључивање од стране вршњака, израженије су соматизација, анксиозност и социјална дисфункционалност. Младићи су чешће изложени физичком насиљу и у већој

мери користе психоактивне супстанце. Они чешће од девојака одлазе у кладионице и посећују еротске садржаје на интернету. Млади у граду показују више тешкоћа у менталном здрављу од младих из мањих места. Велики број показатеља менталног здравља у вези је са материјалним статусом породице: што су материјалне прилике лошије, то су показатељи менталног здравља неповољнији.

Монографија, која је резултат пројекта, садржи **теоријски увод** у коме се разматрају развојне карактеристике адолесценције, као и чиниоци и индикатори менталног здравља. Затим су приказани **методологија спроведеног истраживања и основни резултати**. На крају монографије дат је **сценарио за десет психолошко-превентивних радионица** које се фокусирају на неке од проблема из области менталног здравља младих. Надамо се да ће овако конципирана монографија бити инспиративна и корисна научницима, практичарима и студентима, како у сврхе даљег истраживачког проучавања менталног здравља, тако и у сврхе психолошке превенције и едукације младих.

SUMMARY

According to the World Health Organization, health is „a state of full physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease“. Mental health is defined as a state of well-being in which people realize or use their abilities and potentially can cope with the stresses of everyday life, work productively and contribute to society. Adolescence marks the period between childhood and maturity, a period of transition in which young people are on the verge of significant change that will slowly introduce them to the world of adults. We are witnessing an alarming increase in the occurrence of negative social phenomena, such as violence, juvenile delinquency, risky behavior (smoking, alcohol use, psychoactive substances, risky sexual behavior, excessive use of the Internet and the like), sexualization of adolescent girls and others. Due to this context, and the development of young people today, greater attention should be paid to their health and psychological well-being.

In July 2015, the Know How Centre from Novi Sad started the project with the support of the Provincial Secretariat for Sports and Youth, named **„Research on the Mental Health of Youth in Vojvodina – State and Perspectives“**.

The overall objective of the project is to contribute to improving the mental health of young people in Vojvodina. Specific objectives included determining the condition of the mental health of young people aged 15–19 (8th grade primary school – 4th grade secondary school) through the implementation of empirical research in schools and making recommendations for prevention programs addressing the mental health of young people, especially those from marginalized and risk groups.

The results suggest that the symptoms of stress in the Vojvodina youth are more prominent compared to the findings of international studies. Girls and gymnasium students are affected the most. Chronic overload and daily micro stressors are a predominant cause of stress. Differences were established in several indicators of mental health between girls and boys – girls have more difficulties in most of the tested domains. For girls, compared to boys, the following conditions are more prominent: lower satisfaction with their appearance, more frequent malnutrition, decreased feeling of control of their own lives, lower life satisfaction and lower self-esteem, higher degree of stress, exposition to insults and exclusion by peers, somatization, anxiety and social dysfunction. Young men are more often exposed to physical violence and more frequently use psychoactive substances. They, more often than girls, gamble and visit erotic content on the Internet. There is a greater prevalence of mental health problems in urban youth over young people from smaller communities. A considerable

number of indicators of mental health are related to the financial status of the family: the worse the financial status is, the indicators of mental health are more negative.

Resulting from the project, this monograph contains a theoretical introduction which discusses the developmental characteristics of adolescence, as well as the factors and indicators of mental health. Research methodology and the main results are discussed in the following section. Finally, scenarios for ten preventive psychological workshops that focus on some of the mental health problems are outlined. We hope that this publication will be inspiring and useful to scientists, practitioners and students, both in order to promote further research studies of mental health and for the purpose of psychological prevention and education of young people.

ÖSSZEFOGLALÓ

Az Egészségügyi Világszervezetnek (WHO-nak) következő a meghatározása az egészségről: Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jólét egésze, nem csupán a betegség hiánya. A **mentális egészség** a következő megfogalmazáson alapszik: olyan jóléti állapot, amelyben a személy sikeresen meg tudja valósítani és ki tudja használni saját természetes képességeit és kapacitását, jól kezeli a mindennapi stresszel járó feladatokat, a munkája termékeny és hasznos részét képezi a társadalomnak. Az **adoleszcenskor** azon fejlődési korszakot jelöli, amely egy átmeneti kor a gyerekből a felnőtté válás között. Szemtanui vagyunk, annak a degradáló folyamatnak, melyben egyre nagyobb számban van jelen az erőszak, a kiskorú bűnözés, valamint a kiskorúak rizikós viselkedése (dohányzás, alkohol fogyasztás, pszichodelikus szerek fogyasztása, veszélyes szexuális magatartás, valamint internet használat), és a végén az adoleszcens korú lányok szexuális tárgyként való kezelése. Ezen tartalmak miatt nagy figyelmet kell szentelnünk a fiatalok mentális fejlődésére.

2015. júliusában az újvidéki Tudás és készség fejlesztő központ és a Tartományi Önkormányzat az Ifjúság és Sportért felelős titkársága indított el egy projektet, amely a következő nevet viseli: **„Kutatás a fiatalok mentális egészségéről Vajdaság Autonóm területén – jelenlegi állás és kilátások”**.

A projekt célja, hogy a feltárt eredményekkel segítse a fiatalok mentális egészségének javulását Vajdaság területén. Az egyes célok magukba foglalták a 15-19 közötti fiatalok mentális-higiéniáját (8. Ált.-tól – köz.isk. 4.-ig), realizáció révén az empirikus kutatás során tanácsokkal láttuk el a feltérképezett iskolákat, valamint programokkal láttuk el őket, melyeket főképp azon fiatalok számára alkottunk meg, melyek a társadalom peremén élnek, és rizikós társadalmi rétegekből kerülnek ki.

Az eredmények arra mutattak rá, hogy a vizsgált fiataloknál a stressz faktor sokkal magasabb, mint a külföldön vizsgált azonos korosztálynál. Legfőképpen a lányok vannak kitéve a stressz hatásának, valamint a gimnazisták, e mellett domináns még a krónikus terheltség, és a napi mikrostressz helyzetek jelenléte. Több lényegi különbségre tettünk szert a fiatal lányok és fiúk mentális egészségében, melyek szerint a lányok több nehézséggel küszködnek több területen is, mint a fiúk. A lányoknál a fiúkkal szemben a következő jelenségek jellemzőek: az önképpel való elégedetlenség, gyakori alultápláltság, a saját életük feletti irányításának alacsonyabb mértéke, az életükkel való elégedetlenség alacsonyabb ezzel együtt az önbecsülésük is. A lányoknál van jelen a legmagasabb fokú stressz, melynek a kiváltói a verbális sértegetések, csoportból való kizárás az évfolyam társak részéről, mely szomatizációhoz, szorongáshoz és szociális diszfunkcionalitáshoz vezet. A fiúk nagyobb mértékben vannak kitéve fizikai erőszaknak, és nagyobb mértékben használnak pszicho-aktív

szereket. Ők gyakrabban járnak a lányoknál fogadó irodákba, valamint gyakrabban keresnek rá erotikus tartalmakra az interneten. A városi fiatalok nagyobb számban küzdenek mentális nehézségekkel, mint azok akik kisebb településen nőttek fel. A mentális egészség nagyban összefüggésbe hozható a család vagyoni helyzetével, ennek függvényében minnél rosszabb a család vagyoni helyzete, annál nagyobb az esély a mentális egészség romlására.

A monográfia, mely ezen projekt terméke, tartalmazza az **elméleti bevezető részt**, melyben tárgyalja az adolescens kor fejlődési jellegzetességeit, mint a mentál-higiénia mutatóit és tényezőit. Ezt követően bemutatja a **kutatás módszertanát és az általános kutatási eredményeket**. A monográfia végén bemutatott **scenárió**, 10 pszichológiai preventív műhelyt lát el, melyek fókuszában a fiatalok mentális problémái állnak. Reméljük, hogy az ily módon megszerkesztett monográfia segítségül szolgál majd a tudósoknak, praktikusoknak és diákoknak a további kutatásokban, melyek a mentál-higiéniával foglalkoznak, valamint segítik a pszichológiai prevenciót, és a fiatalok felzárkóztatását ebben a témakörben.

РЕЗИМЕ

Спрам дефиниції Шветовой здравственой організації, здорове „стан подполного физичного, менталного и социјалного благостану, а не лем одсуство хороти“. **Менталне здорове** ше дефинує як стан благостану у котим особи витворюю або хасную своју схопности и потенцияли, могу ше вибориц зоз стресом каждодньового живота, робя продуктивно и витворюю доприношенє дружтву. **Адолесценция** означує период помедзи дзецинством и одроснутосцу, период транзиції, у котрим ше млади особи находза на праги значних пременкох, котри их уведу до швета одроснутих. Шведкове зме алармантног зявєня звекшаня негативних дружтвених зявєньох, як цо насилство, малолітніцка делинквенция, ризични справованя младих (курєнє, хаснованє алгохолу, психоактивних супстанцох, ризични сексуални справованя, поремеценє хаснованя интернета и под.), сексуализация адолесценткиньох и др. Пре таки контекст развоју младих нешка, їх здравю и психологийним благостану потребне обрациц вельку увагу.

У цеку юлия 2015. року Центер за продукованє знаня и схопносцох зоз Нового Саду порушал зоз потримовку Покраїнского секретаријату за спорт и младих проєкт „*Вигледованє о менталним здравю младих у АП Войводини – стан и перспектива*“.

Общи цель проєкта доприношенє унапредзованю менталного здравя младих у АП Войводини. Специфични цели облапали утвердзованє стану у обласци менталного здравя младих возросту 15–19 роки (8. класа ОШ – 4. класа СШ) през реализацию емпирийского вигледованя у школах и даванє препоручєня за програми превенції и охрани менталного здравя младих, окреме гєвтих зоз маргінализированих и ризичних групох.

Резултати указую на то же симптоми стреса при младих вираженши як цо установене у иностраних вигледованьох. Окреме под стресом дзивки и школяре гимназийох, а доминує хронічне оптерхованє и дньово микростресоре. Установени разлики у вецей указательох менталного здравя медзи дзивками и легинями, при чому дзивки маю вецей почежкосци у векшини випитованих домонох. При дзивкох, у односу на легиньох, вираженши шлідујучи зявєня: меньше задовольство зоз випатрунком, частейша неукарменосц, меньши упечаток контроли власного живота, низке задовольство животом и низке самопочитованє. При дзивкох регистровани векши ступєнь стреса, укључуюци увредзованє и викључованє зоз боку парнякох, вираженша соматизация, анксиозност и социјална дисфункционалносц. Легинє частейше виложени физичному насилству и у векшей мири хасную психоактивни супстанци. Вони

частейше од дзивкох иду до кладоници и нащивую еротски змисти на интернету. Млади у городу указую векше число почежкосцох у менталним здравю од младих зоз меньших местох. Вельке число указательох менталного здравя у вязи зоз материялним статусом фамелиї: цо материялни статус лошейши, то указателє менталного здравя подлейши.

Монография котра резултат проєкту ма **теорийни увод** у котрим ше розпатраю розвойни характеристики адолесценції, як и факторе и индикаторе менталного здравя. Потим приказана **методология запровадзеного вигледованя и основни резултати**. На концу монографії приказани **сценаріо за дзешезц психологийно-превентивни роботні** котри ше фокусую на дзепоедни з проблемох зоз обласци менталного здравя младих. Наздаваме ше же так конципована монография будзе инспиративна и хасновита науковцом, практичаром и студентом як у цилю дальшого вигледовацкогo виучованя менталного здравя, так и у цилю психологийней превенції и едукації младих.

XARNES(SKURTO)

Ande relacia sa-themeske sastipaske organizaciako, sastipe si kana o manuš xaćarel fizikano, gođako thaj socialo šukaripe vaj na numaj kana naj si nasvalo.

Definicia pala gođako sastipe si šukaripe ande savo e manuša asteren pire potenciala thaj talentura, šaj maren pes perdal o stresu ande svako đeseko trajo, te keren piri bući thaj te den barvalipe e societatoske (amalipaske).

Adolescencia si periodo ande manušesko trajo (dživdipe) kana si vov cikno thaj kana barol, kana nakhel maškar tranziciako periodo, kana si e terne anglal importante pharuvipa, save den šaipe e terneske majpalal aver barol.

Svako đes šaj dikhas bilače aktivitetura ando amalipe (societato) sar si e violencia, terne manušengi delikvencia, bilače ternenge aktivitetura sar (kana len te phabaren o tutuno, kana pijen alkohol, psihoaktive materije, bilače seksualne aktivitetura), seksualizacia terne manušnjengo etc. Godolese, ades trubul te lel pes sama pala buxljaripe/barjaripe terne manušengo, lenge sastipasko sar vi gođake sastipasko.

Ando Juli po 2015-to berš o Centro pala keripe džanglimasko andar Novi Sad khetane ažutimasa Pokrainake sekretariatosko pala sporto thaj terne kerda **projekto „Rodipe pala gođako sastipe ternengo ande AP Vojvodina – statusi thaj perspektive“**

Generalo areslipe kadale projektosko si te vazdel pes opre gođako sastipe terne manušengo ande AP Vojvodina. Specifikane areslipa si te dikhel pes statusi gođake sastipasko e ternengo maškar 15–19 berša (8.to klaso fundoni škola – 4.to klaso maškarutni škola) perdal realizacia empiriake rodimasko ande škole pala dinipe turvinjipasko/adventurengo pala prevencia thaj brakhipe programurengo gođake sastipasko terne manušengo, specialo andar marginalizuime thaj dukhadine grupengo.

Rezultatura sikaven kaj si e simptomura pala o stresu kaj terne manuša maj bare deso maškar terne manuša ande aver thema. Specialo si telal o stresu terne džuvlja thaj sikavne save džan ande gimnazija godolese kaj pe lende šaj dikhel pes svako-đeseko pharipe sar vi divesutne mikrostressora. Dikhide si difference ande but indikatora sastipaske gođako maškar mruša thaj džuvlja, sar vi kaj e džuvljan si maj bare pharipa ande but domenura. Ande relacia maškar džuvlja thaj mruša e džuvlja naj lošale: kaj naj šukar, maj crra (zala) han, e džuvlja gindin kaj naj len kontrola pala lengo dživdipe, naj lošale pire trajosa thaj si len maj zala (crra) korko-respekto. Kaj džuvlja si registruime

maj baro levelo stresosko, e džuvljen khonik či respektuil, kaj e terne manuša lenge beršengo traden len pe rig, maj bari si e somatizacia, anksiozitetu sar vi socialo disfunkcia. Pe terne mruša kerel pes fizikani violencia thaj maj but len psihoaktive supstance. Von maj but deso a džuvlja džan ande kladionice thaj majbut dikhen erotikane scene po internetu. Ternen ando foro si maj bare pharipa e sastipaske gođasa katar terne andar cikne gava vaj thana. Baro numbri indikatorengo sastipaske gođako si ande relacia pala materialo statuso e familiako: kana si o materialo statusi bilačo e indikatora pala sastipe gođako si maj bilače.

E monografia savi si rezultato projektosko inčarel ande peste **teoretikani introdukcia** ande savi kerel pes analiza pala buxljarimaske karakteristike e adolescenciako, sar vi faktora thaj indikatora pala sastipe gođako (mentalo sastipe). Maj palal sikavel pes **metodologia kerdine rodimasko sar vi fundone rezultata**. Po agor e monografiako sikadino si o **scenario pala deš psihologikane-preventive work-šopura** save len sama pala varesave katar problemura andar gođako sastipe terne manušengo.

Pačas kaj gasavi monografia ka avel lači thaj kaj ka del drom sikavne manušenge, manušenge save keren praktika sar vi e studenturenge te maj dur keren rodipa sastipaske gođako sar vi te kerel pes psihologikano brakhipe/protekcija ande edukacia terne manušengo.

REZUMAT

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea este o „stare pe deplin favorabilă atât fizic, mental cât și social și nu doar absența boli”. **Sănătatea mentală** se definește ca fiind o stare de bunăstare în care persoanele își folosesc abilitățile sau își ating potențialul maxim, sunt capabile să facă față stresului vieții cotidiene lucrează eficient și contribuie la bunul mers al comunității în care trăiesc.

Adolescența este perioada dintre copilărie și maturitate, o perioadă de tranziție în care tinerii se confruntă cu începutul schimbărilor importante, care îi vor introduce treptat în lumea adulților. Suntem martorii creșterii alarmante a fenomenelor sociale negative, precum violența, delincvența minoră, comportamentele de risc ale tinerilor (fumatul, consumul de alcool și a substanțelor psihoactive, comportamente sexuale cu risc, utilizarea în exces a internetului etc.) sexualizarea adolescentelor etc. În acest context al dezvoltării tinerilor de astăzi, atenție sporită ar trebui acordată sănătății și bunăstării lor psihice.

În cursul lunii iulie a anului 2015, Centrul pentru dezvoltarea cunoștințelor și abilităților din Novi Sad, a lansat, cu sprijinul Secretariatului Provincial pentru Sport și Tineret, proiectul „**Cercetarea privind sănătatea mentală a tinerilor din P.A. Voivodina – stare și perspectivă**”.

Obiectivul general al proiectului este contribuirea la avansarea sănătății mentale a tinerilor din P.A. Voivodina. Scopurile specifice sunt identificarea situației în domeniul sănătății tinerilor cu vârsta cuprinsă între 15–19 ani (clasa VIII-a Ș.E. – clasa IV-a Ș.M.) prin intermediul cercetărilor empirice în școli, și oferirea sugestiilor și recomandărilor referitoare la programele de prevenire și protecție a sănătății mentale a tinerilor, în special a celor din grupurile marginalizate și de risc.

Rezultatele indică faptul că simptomele de stres la tinerii sondați sârbi? sunt mai accentuate în raport cu cele obținute în cercetările străine. În special, fetele și băieții de liceu sunt afectați de stres, predominante fiind presiunea cronică și stresorii zilnici la nivel micro. Cercetările evidențiază și diferențele dintre băieți și fete, la nivelul mai multor indicatori ai sănătății mentale, fetele având mai multe dificultăți în majoritatea domeniilor examinate. În comparație cu băieții, la fete sunt mai accentuate următoarele fenomene: nemulțumirea legată de aspectul fizic, alimentația precară mai frecventă, senzația lipsei de control asupra vieții proprii, satisfacția de viață mai scăzută și stima de sine mai redusă. La fete se înregistrează și un grad mai mare de stres, printre care

sunt insultarea și excluderea din partea vârstnicilor, somatizarea mai accentuată, anxietatea și disfuncția socială. Băieții sunt mai des expuși la violență fizică și folosesc într-o mai mare măsură substanțe psihoactive. În raport cu fetele, ei frecventează mai des casele de pariuri și vizitează site-urile de sex virtual pe Internet. Tinerii de la oraș manifestă mai multe dificultăți ale sănătății mentale în raport cu tinerii din localitățile mai mici. Un număr mare de indicatori ai sănătății mentale este legat și de statutul financiar al familiei: cu cât situația materială este mai grea, cu atât și indicatorii de sănătate mentală sunt mai nefavorabili.

Monografia, care prezintă rezultatul acestui proiect, este alcătuită din **introducerea teoretică** în care se abordează caracteristicile adolescenței, precum și factorii și indicatorii de sănătate mentală. Apoi, se prezintă **metodologia cercetării efectuate și rezultatele de bază**. La finalul monografiei este prezentat un **scenariu cu zece ateliere psihologice preventive** care se focalizează pe câteva probleme din domeniul sănătății mentale a tinerilor. Sperăm ca o monografie astfel concepută să fie o sursă de inspirație folositoare oamenilor de știință, practicienilor și studenților atât în scopuri de cercetare ulterioară a sănătății mentale, cât și în scopul prevenirii psihologice și a educației tinerilor.

RESUMÉ

Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako „stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako stav neprítomnosti choroby a slabosti“. **Mentálne zdravie** je definované ako stav blahobytu v ktorom osoby realizujú alebo používajú svoje schopnosti a potenciály, môžu sa vyrovnávať so stresom každodenného života, produktívne pracujú a prispievajú k spoločnosti. **Adolescencia** je obdobie medzi detstvom a zrelosťou, obdobie tranzície, v ktorom sa mladé osoby nachádzajú na prahu významných zmien, ktoré ich pomaly vedú do sveta dospelosti. Sme svedkami alarmujúceho javu zvyšovania negatívnych spoločenských javov, akými sú násilie, delikvenia meloletých, riskové správanie sa mládeže (fajčenie, užívanie alkoholu, psychoaktívnych látok, riskové sexuálne správanie, zneužívanie internetu a pod.), sexualizácia mladých dievčat a iné. V dôsledku takého kontextu rozvoja mladých v dnešnej dobe, ich zdraviu a psychickému blahobytu potrebné je venovať veľkú pozornosť.

Behom júla 2015.roku Center pre výrobu znalostí a zručností z Nového Sadu (v originále: „Centar za proizvodnju znanja i veština“) za podpory Pokrajinského sekretariátu pre šport a mládež začal s projektom pod názvom: „**Výskum o mentálnom zdraví mladých v AP Vojvodina – situácia a perspektíva**“ (v originále: „Istraživanje o mentalnom zdravlju mladih u AP Vojvodini – stanje i perspektiva“).

Všeobecným cieľom projektu je prínos k pozdvihnutiu mentálneho zdravia mladých v AP Vojvodina. Špecifické ciele zahrnuli zisťovanie podmienok v oblasti mentálneho zdravia mladých vo veku 15 až 19 rokov (od 8. triedy základnej školy po 4. triedu strednej školy) cez realizáciu empirického výskumu v školách a odporúčania pre programy prevencie a ochrany mentálneho zdravia mladých, zvlášť tých z marginalizovaných a rizikových skupín.

Rezultáty ukazujú na to že sú príznaky stresu u mladých výraznejšie ako čo je to stanovené v zahraničných výskumoch. Zvlášť sú pod stresom dievky a žiaci gymnázia, a prevladáva chronické zaťaženie a denné mikrostresory. Stanovené sú rozdiely vo viacerých indikátoroch mentálneho zdravia medzi dievkami a mladíkmi, a to tak že dievky majú viac ťažkostí vo väčšine skúmaných oblastí. Na rozdiel od mladíkov, u dievok sa výraznejšie prejavuje nasledovné: menej sú spokojné so svojím výhľadom, častejšia je podvýživa, majú menší dojem kontroly vlastného života, menej sú spokojné so životom a majú menšiu sebaúctu. U dievok je zaznamenaný väčší stupeň stresu, rátajú aj urážanie a vylúčenie zo strany rovesníkov, výraznejšia je somatizácia, úzkosť a sociálna nefunkčnosť. Mladíci sú častejšie vystavení fyzickému násiliu a vo väčšej

miere používajú psychoaktívne látky. Oni častejšie ako dievky navštevujú stávkové kancelárie ako aj erotické obsahy na internete. Mladí v meste majú väčší počet ťažkostí v mentálnom zdraví ako mladí z menších osád. Veľký počet indikátorov mentálneho zdravia je v súvislosti s materiálnym statusom rodiny: čo je materiálny status slabší, to sú indikátory mentálneho zdravia nepriaznivejšie.

Monografia ktorá je výsledkom projektu obsahuje **teoretický úvod** v ktorom sa posudzuje o vývojových charakteristikoch adolescencie, ako aj o faktoroch a indikátoroch mentálneho zdravia. Potom sa opisuje **metodológia vykonaného výskumu a základné rezultáty**. Na konci monografie predstavený je **scenár pre desať psychologicko-preventívnych dielní** ktoré sú zamerané na niektoré z problémov v oblasti mentálneho zdravia mládeže. Máme nádej, že takto koncipovaná monografia bude inšpiratívna a užitočná pre vedcov, praktikov a študentov, ako za účel nasledujúcich výskumných štúdií mentálneho zdravia, tak aj za účel psychologickej prevencie a edukácie mladých.

- ТЕОРИЈСКИ ДЕО -**1. АДОЛЕСЦЕНЦИЈА**

Адолесценција означава период између детињства и зрелости, период транзиције, у коме се младе особе налазе на прагу значајних промена, које ће их полако увести у свет одраслих. Од самих почетака изучавања адолесценције, ова развојна фаза често је бивала одређена као период бура и олуја (Зотовић, Петровић и Мајсторовић, 2012). Развојне промене и захтеви су многобројни, а осим развојних, адолесценти су изложени и ненормативним захтевима за прилагођавањем. У адолесценцији се пред младим особама налазе изазовни развојни задаци, као што је уклапање у групу вршњака, диференцирање од породице и формирање личног идентитета. Постоје докази да је повећање стреса у адолесценцији (пубертетске промене, академски и вршњачки притисци и др.) бар делом одговорно за повећану стопу психичких поремећаја у овом периоду, као што су депресија, поремећаји понашања, злоупотреба супстанци (Петровић и Зотовић, 2015).

Иако се мишљења о основним задацима адолесцентног периода разликују у зависности од теоријске оријентације, ипак ће се сви аутори сложити да у периоду адолесценције долази до великих промена у свим аспектима, од физичког, преко когнитивног и моралног, па до социо-емоционалног развоја (Јерковић и Зотовић, 2010).

Адолесценција је период који обележава изражено телесно и полно сазревање. У раној адолесценцији долази до појаве секундарних полних карактеристика и убрзаног процеса раста. Биолошке и хормоналне промене често доводе до специфичних психолошких последица као што су негативни афекти и лабилна расположења, агресивно понашање и сл. Убрзане промене телесног изгледа некада су толико драстичне да се адолесцент тешко привикава на „новог себе“, а телесни изглед постаје једна од најважнијих брига. Телесна тежина, општа привлачност, и нарочито изглед лица постају веома важни за стварање „слике тела“ и општег појма о себи током целе адолесценције.

Око једанаесте односно дванаесте године настаје нови стадијум у когнитивном развоју (стадијум формалних операција), који мења начин на који адолесцент мисли о себи, о другима, о својим односима и друштву у целини. Први пут, јавља се апстрактно мишљење, те је могуће размишљати не само о реално постојећим стварима (својој породици, пријатељима, држави и друштву у коме се живи, итд.), већ и о неком другачијем, идеалном свету. Несклад између реалног и идеалног

стога често доводи до различитих врста конфликта (и унутрашњих и спољашњих), који су у периоду адолесценције чести.

Промене у свим областима социјалног живота веома су изразите током адолесценције. Промене унутар социјалне мреже подразумевају пре свега промене у квалитету односа између родитеља и адолесцента, придавање све веће важности утицајима вршњака, као и развој интимних односа и веза. Сами адолесценти, процењујући важност различитих аспеката свог живота, високо вреднују домен блиских односа са породицом и пријатељима (Петровић и Зотовић, 2014).

Рана адолесценција традиционално се сматра периодом повишеног интензитета емоција у интерперсоналним односима и периодом у коме се појављују разноврсни обрасци интерперсоналних конфликта. Од свих блиских интерперсоналних односа у адолесценцији, укључујући и вршњачке, истраживања показују да је фреквенција конфликта већа у породичним релацијама. Адолесценти имају потребу за ослобађањем стања емоционалне зависности од родитеља, док истовремено настоје да остану у контакту са њима, тражећи притом безусловно прихватање и љубав. Овај процес назива се индивидуација.

Улазећи постепено у период адолесценције, млада особа има потребу за већим степеном интиме када су вршњачки односи у питању. Карактеристике пријатељских односа у адолесценцији јесу блискост, поверење, узајамно поштовање, који даље отварају пут партнерским односима. У адолесценцији се јављају прва права пријатељства која сада представљају трајан однос, утемељен на сличним интересовањима и усклађености личности. Најизразитија промена у односима са вршњацима јесте појава хетеросексуалних веза. Ови односи представљају централни аспект социјалног живота у адолесценцији. За разлику од претходног периода, и девојчице и дечаци почињу да се укључују у активности са особама супротног пола. Већ око 16. године, најчешћи контакти су управо са партнером, много чешћи од контаката са родитељима, братом или сестром, или чак са пријатељима.

Укључење у хетеросексуалне односе утиче на развој интимности и идентитета, што су два круцијална психосоцијална задатка у адолесценцији. Прва хетеросексуална искуства помажу остваривању аутономије у односу на родитеље и могу утицати на касније блиске везе и односе, укључујући ту и брак. Формирање идентитета је процес који подразумева суочавање адолесцента са чињеницом да мора да се осамостали, постане зрела и независна личност и дефинише самог себе. Стога је важан задатак у адолесценцији одговорити на питања: „Ко сам?“, „Где припадам?“, „Шта желим да постанем?“ и сл.

Контекст одрастања младих непрестано се мења у нашем друштву које се налази у процесу транзиције, обележеном брзим и радикалним променама, укључујући ту и промену основних друштвених вредности, која је показана и у оквиру истраживања о вредностима младих (Петровић и Зотовић, 2012). Сведоци смо алармантне појаве пораста негативних друштвених појава, као што су насиље, малолетничка делинквенција, ризична понашања младих (пушење, употреба алкохола, психоактивних супстанци, ризична сексуална понашања), сексуализација адолесценткиња и др. Због оваквог контекста развоја младих данас, њиховом здрављу и психолошком благостању потребно је посветити велику пажњу.

2. МЛАДИ И ОКРУЖЕЊЕ: ПОРОДИЦА, ШКОЛА, ВРШЊАЦИ, ИКТ И МЕДИЈИ

Средина или окружење се у еколошкој психологији људског развоја дефинише као „место на коме људи могу да се упуштају у интеракције типа лицем-у-лице, са свим његовим објективним и физичким карактеристикама и уз напомену да су најбитније оне које имају смисао и значење за актере који се у окружјима 'друже'" (Левков, 1985, стр. 236).

Један од теоријских ослонаца за разматрање међуодноса адолесцента и окружења свакако је Бронфенбренерова теорија еколошких система, која постулира четири таква система, смештених један у други. У средишту је појединац, а око њега су, у концентричним круговима, микросистем, мезосистем, егзосистем и макросистем (Bronfenbrenner, 1977). Овом моделу аутор у каснијем раду додаје и пети – хроносистем (временску димензију) (Bronfenbrenner, 1994).

Ове системе он објашњава на следећи начин (Bronfenbrenner, 1994):

- Микросистем је образац (свакодневних) активности, друштвених улога и међуљудских односа које има појединац, у датом физичком и друштвеном непосредном окружењу. У овај систем убрајају се породица, школа и вршњачке групе.
- Мезосистем представља везе и процесе који се одвијају између више микросистема – мезосистем је заправо „систем микросистема“.
- Егзосистем је социјално окружење које утиче на појединца, иако он у њему директно не учествује. У овом „прстену“ су медији, породични пријатељи, проширена породица, радно место родитеља, итд.
- Макросистем је састављен од свеобухватних карактеристика културе, које утичу преко специфичног система вредности, друштвеног уређења, (не)доступности материјалних ресурса, обичаја, традиције, итд. – дакле,

то је шире друштвено окружење и култура у којој дете или адолесцент живе.

- Хроносистем представља „трећу димензију окружења“: проток времена и промене које се притом дешавају, не само у смислу одрастања детета/адолесцента и промена у његовом микросистему (промене у структури породице, одрастање пријатеља, промена школе), него и у друштвеном, историјском и културолошком смислу.

Од нарочитог значаја је да додатно осветлимо улогу породице, школе и вршњачке групе за унапређење менталног здравља адолесцената, с обзиром на то да сачињавају микросистем са којим адолесценти имају свакодневну интеракцију. Томе ћемо додати и анализу утицаја медија и модерне информацијско-комуникацијске технологије, као елементе егзосистема, са којима у савремено доба и у свакодневној интеракцији одраста адолесцент и за које се претпоставља да врше интензиван, али често и неухватљив утицај.

У погледу хроносистема, тј. хронолошке димензије друштвене средине у којој одрастају млади у Србији, несумњиво је да је у питању „време (касне) транзиције“, што препознајемо по следећим процесима: преласку из тоталитарног у демократски политички систем, надрладавању дубоке структуралне економске кризе изградњом економије слободног тржишта, и модернизацији која подразумева прилагођавање глобалним променама и глобализацији (Радо, 2002). Транзицију у друштву по правилу прати и транзиција у образовном систему, која обухвата и демократизацију школа (промене у односима актера образовања), промене у финансирању (школе на тржишту, маркетинг, борба за ученике, слободно тржиште уџбеника), као и модернизацију у смислу излагања у сусрет новим потребама, групама ученика (инклузивно образовање), захтевима за квалитет (самовредновање и екстерно вредновање школа), итд. Међутим, образовни систем се може посматрати и као оруђе транзиције, пошто је на овом систему одговорност да образује младе за будуће друштво којем се тежи. С обзиром на чињеницу да се те промене у образовању одвијају у окружењу које се брзо мења, често не постоји консензус о основним вредностима и циљевима образовне политике којима се стреми (Беара, 2009; Беара и Јерковић, 2015), а самим тим, могуће су недоследности или неразумевање у погледу вредности и приступа у образовању и васпитању младих у Војводини.

2.1. Породица

Имајући у виду значај који породица, као основни чинилац социјализације има за развој појединца и функционисање друштва у целини, не чуди чињеница да постоје бројне концепције, које на различите начине дефинишу структуру и функционисање породице. Са развојем системског размишљања о људским релацијама, фокус истраживача полако се померао са перспективе индивидуе ка перспективи групе која функционише као јединствена целина и по правилима која надилазе принципе појединачног функционисања чланова (Милојковић, Срна и Мићовић, 1997).

Један од теоријских модела који се често користи за истраживање и описивање карактеристика породице је **циркумплекс модел породичних система**. Аутор модела, Олсон, понудио је тродимензионално решење за описивање основних типова породице (Olson, 2000). Три основне димензије које модел садржи јесу: кохезивност, флексибилност (адаптабилност) и комуникација.

Димензија **кохезивност** је у овом моделу схваћена као емотивна везаност (приврженост) међу члановима породице. Када је Олсон концептуализовао овај модел, сматрао је да је средишњи ниво кохезивности оптималан за функционисање породице, а да су екстремни непожељни. Међутим, нека емпијска истраживања дала су резултате који говоре о томе да што је кохезивност између чланова породице већа, то је функционисање те породице оптималније (Reisch, Henriques & Chanchong, 2003).

Димензија **флексибилност** (или адаптабилност) схвата се као способност и спремност породице да мења своју структуру моћи, односе улога и правила зарад сопственог развоја (Riesch et al., 2003). Везано за ову димензију, Олсон такође претпоставља да је за добро породично функционисање оптималан средишњи ниво (структурисаност и флексибилност).

Трећа димензија циркумплекс модела, **комуникација**, сматра се димензијом која служи поспешивању претходне две димензије. Она је одређена као експресија мисли и осећања на асертиван начин, као и пажљива и тачна рецепција (пријем) туђих мисли и осећања (Riesch et al., 2003). Она се процењује кроз вештине слушања и говорења чланова породице, јасноћу говора, могућност праћења континуитета разговора, као и уважавање и поштовање других, наспрам истицања себе (Митић, 1997). Карактеристике адекватне комуникације, која омогућује породици да постигне оптималан ниво кохезивности и флексибилности, биле би следеће: јасан и конгруентан садржај поруке, емпатичност, активно слушање, пружање подршке и ефикасност у решавању

проблема. Са друге стране, неадекватна комуникација одликовала би се следећим карактеристикама: неконгруентним садржајем који дисквалификује саговорника, недостатком емпатије и подршке упућене саговорнику, критицизмом, неефикасношћу у решавању проблема, као и противуречним и порукама са двоструким значењем. Оваква комуникација онемогућава члановима породице да размењују мисли и осећања, што за последицу има смањену могућност промене нивоа кохезивности и флексибилности (Riesch et al., 2003).

Породица током свог циклуса постојања пролази кроз разне фазе промена своје социо-психолошке динамике. Упоредо са развојем појединаца, њених чланова, мења се и њена групна динамика заснована на (развојним) променама индивидуалних карактеристика појединаца, које доводе до промена у њиховим међусобним односима.

Када је у питању кохезивност, у литератури постоје два гледишта о карактеристикама породице током адолесценције.

Прво гледиште претпоставља **промену у квалитету породичних односа** (Баер, 2002). Теоретичари који заступају ово схватање подразумевају емоционално дистанцирање и смањење породичне кохезивности у периоду када су деца у породици у адолесцентном узрасту.

У оквиру другог приступа, аутори претпостављају **континуитет у емоционалној везаности између родитеља и адолесцената**. Према овом схватању, породична кохезивност је фундаментална јер се сматра да приврженост родитељима, емоционална блискост и осећај подршке са њихове стране подстичу и олакшавају развој у адолесценцији. Сматра се да породична кохезивност делује као заштитни фактор од психосоцијалних стресора који су нераздвојиво везани за развој. Уз то, породична кохезивност доприноси и међусобној сарадњи родитеља и адолесцената (Baer, 2002).

Што се тиче друге најзначајније карактеристике породице, адаптабилности (флексибилности), Олсон указује на **пораст породичне флексибилности** (приближавања хаотичном екстрему) током стадијума породице када су деца адолесценти. Истиче се, међутим, и да адолесценти истовремено своје породице перципирају као мање кохезивне и ригидније него њихови родитељи. То се може разумети у контексту повећане потребе за аутономијом током адолесцентног узраста, што има утицаја на перцепцију кохезивности и флексибилности. Када је реч о балансираним типовима породице (а не екстремним), претпоставља се да ће родитељи више или мање успешно одговорити на већу израженост ове потребе код адолесцената, те да ће и сами са већом флексибилношћу приступати

њиховим захтевима, што ће довести до повећања нивоа флексибилности на нивоу целе породице, у односу на претходни период.

Подаци које добијамо о стању породице данас говоре о глобалним променама на нивоу брачног партнерства, ступања у брак, одржавања брака, квалитета брака и узајамног прилагођавања партнера, о порасту броја самохраних родитеља и потребама које имају једнородитељске породице, порасту броја развода, смањењу броја деце у породицама, и старењу породица и становништва. Кризу породица стручњаци препознају као рефлексiju друштва у транзицији, а њене ефекте најјасније уочавају на деци, на плану њиховог менталног здравља (Дадасовић и Дадасовић, 2004). У већем броју истраживања породица се схвата као заједница која штити појединца у свим фазама његовог живота. Међутим, породица истовремено може бити и највећи извор стреса и патњи за њене чланове, посебно децу.

О барем једном искуству психолошког насиља у породици током досадашњег живота извештава 68,4% испитане деце у Србији, а о барем једном искуству физичког насиља њих 69,2%. Осећај занемарености био је присутан барем једном током досадашњег живота код 28,8% испитане деце, о бар једном искуству сексуалног насиља извештава 8,5% деце, док њих 3,7% извештава о искуству контактнoг сексуалног насиља које су имала током последњих годину дана. Резултати указују на то да су девојчице више изложене психолошком насиљу од дечака. Такође, девојчице чешће него дечаци извештавају о осећају занемаривања. С друге стране, дечаци чешће од девојчица извештавају о изложености сексуалном насиљу. Процењена стопа тежих облика физичког, психолошког и сексуалног насиља креће се од 0,5 до 1% (Ханак, Тењовић, Ишпановић-Радојковић, Влајковић и Беара, 2013).

У исто време, у истраживањима породичне структуре, налазимо помаке ка дисфункционално-хаотичном систему односа, који карактерише умреженост, претерана емотивна блискост међу члановима и недостатак поделе моћи и јасних правила (Гачић, Трбић и Марковић, 2004; Гајић-Драганић и Стаменковић-Рудић, 2004). Овакву промену структуре у налазима пратио је податак о задовољству животом у породици (Гачић и сар., 2004), што је био основни разлог да се у радовима породичних терапеута промена структуре породице интерпретира као „функционално у дисфункционалном контексту“, „нормално понашање у абнормалним условима“, односно као одговор на континуирано високо стање стреса и захтеве актуелног живота.

2.2. Школа

Иако је свакако ученик у средишту процеса образовања у школи, око њега се, попут нових еколошких система, шире за школу специфични кругови утицаја: наставници, стручни сарадници, управа школе, чланови школског одбора, стручњаци и саветници из управних и административних институција школског система, итд. (Хавелка, 2000). Школе су одговорне друштву, а наставници учествују у дефинисању циљева образовања који ће, са једне стране, задовољити очекивања друштва, а са друге уважити специфичности својих корисника. У том дефинисању циљева, неопходно је да се школе, са једне стране, ослане на захтеве које прописују просветне власти и на научне и стручне анализе о томе шта је квалитетна настава/учење (и подршка ученицима – прим. аут.), а са друге, неопходно је да у фокусу буду потребе конкретних ученика, родитеља и локалне средине (Беара, 2009).

Школа има значајну улогу у развоју деце и младих, штавише, сматра се (уз породицу) једним од најзначајнијих агенаса социјализације. Међутим, школе представљају и полигон за негативне утицаје на ментално и физичко благостање младих. Узмимо у обзир чињеницу да се вршњачко насилништво углавном одвија у школи, на местима на којима децу нико не надгледа, односно на којима на њих недовољно пазе (у дворишту, на ходницима, у трпезарији и тоалетима; Стајковић и Љубеновић, 2008). Многа деца и млади управо у школи и преко школских другова долазе у додир са психоактивним супстанцама и другим облицима ризичног понашања.

Школе такође имају кључну улогу у репродуковању доминантне националне културе (која може бити конструктивна и мирољубива, али и деструктивна – конфликтна), а са друге стране, имају важну улогу у јачању отпорности ученика на стресне околности и неповољне утицаје из окружења (VanBalkom & Beara, 2010). На пример, Розентал и сарадници (2009, према: Kurtović i Živčić-Bećirević, 2012) утврдили су да је социјална подршка, посебно одраслих особа од поверења (који нису њихови родитељи и у које се убрајају и наставници – прим. аут.), важан заштитни фактор у појави депресивности код адолесцената. С обзиром на то да је школа место у којем млади проводе много времена и суочавају се са бројним изазовима и потенцијално стресним ситуацијама (као што су уклапање у вршњачку групу, адаптација на захтеве школског програма, насилништво), разумљиво је очекивати да адекватна подршка наставника може имати заштитне ефекте за ментално здравље младих, мада су истраживања о природи и величини ефеката те улоге ретка. Једно од тих истраживања, рађено на нашим просторима (у Хрватској), које узима у обзир улогу школе и наставника у испитивању варијабли менталног здравља ученика, то и доказује: установљено је да су ефекти

подршке наставника били значајни и чак већи од ефекта подршке пријатеља у модерирању односа свакодневних негативних догађаја и депресивности адолесцената (Kurtović i Živčić-Bećirević, 2012).

У прилог томе да је школа значајна за ментално здравље деце и младих, говори и недавно истраживање спроведено на узорку ученика средњих школа у Војводини. Јовановић и Јерковић (2011) утврдили су да је оптимизам у високој позитивној корелацији са задовољством школом, позитивним афектом и доживљајем сврхе живота, и нешто нижом, али ипак значајном, повезаношћу са школским успехом мереним преко просечне оцене. У истом истраживању, оптимизам је био у високим негативним корелацијама са негативним афектом, депресивношћу, анксиозношћу и стресом. То би значило да са порастом задовољства школом долази и до пораста оптимизма и позитивног афекта, као одреднице менталног здравља.

Да би се идентификовали фактори у школи који имају заштитну и подржавајућу улогу за ментално здравље адолесцената, потребно је размотрити кључне процесе који се у школи одигравају. Однос ученик–наставник кључни је однос, и дефинише све друге односе у школи (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања, 2010). Наставник је притом суочен са потребом да ученика сагледа као целовиту особу која функционише у сплету мање или више (не)координисаних улога (Хавелка, 2000), стога он не води ученике само кроз процес учења, већ представља узор понашања и делује као подршка развоју личности у свим аспектима (моралном и вредносном, емоционалном, социјалном). Даље, наставник делује и као мотиватор за учење, арбитар/оцењивач, симбол одељења, иницијатор, ослонац и сл. (Хавелка, 2000). Бројни аспекти улоге наставника стога су често истраживани. У литератури се могу пронаћи истраживања односа и комуникације између ученика и наставника (нпр. Гордон, 1998; Хавелка, 2000, 2005), о очекивањима наставника од ученика (Brophy, 1983; Костовић, 2008; Визек-Видовић и сар., 2014; Rogers, 1998), затим истраживања које се баве радном мотивацијом наставника (Петровић, 1992) и друга. Резултати наведених и других истраживања, као и школске праксе, указују на то да наставници треба да имају развијену емпатију и друге карактеристике емоционалне и социјалне интелигенције, да би квалитетно радили свој посао. Све ово говори о комплексности способности, вештина, особина и понашања (тј. компетенција), али и особина личности, које наставник треба да поседује и емитује да би се успешно бавио својим послом, да би пружао адекватну подршку ученицима и тако деловао као фактор који штити и унапређује ментално здравље младих (Беара, 2012).

Нажалост, како показују недавна истраживања, данашња школа у Србији место је неспоразума, у коме три главне групе актера (ученици, наставници и родитељи) отворено показују неповољне тенденције. Ученици доживљавају школу као

нужно зло и настоје да се што безболније провуку кроз њу, а родитељи су свесни да њихова деца не уче и да школа не заузима високо место у систему вредности средњошколаца. Притом и једни и други означавају наставнике као један од фактора – сматрају да су наставници незаинтересовани за децу и да недостаје више „људског контакта“ између наставника и ученика. Тамо где такав контакт постоји, обострано је прихваћен и хваљен, а ученици према таквим наставницима показују веће поштовање и улажу већи труд (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања, 2010).

Колико ће наставници у својој улози подршке бити успешни, зависи од бројних фактора, међу којима су и они који се тичу наставничке самоефикасности, а која је у вези са искуствима и околностима у којима наставници раде. Стога је важно размотрити како наставници виде себе у својој улози, како виде односе са ученицима, колико су задовољни професијом и околностима у којима је реализују.

Резултати квалитативног истраживања стања у нашим школама недвосмислено су указали да су варање система (преписивање, изостајање, правдање изостанака, итд., у чему учествују ученици и родитељи, али и наставници) и вређање ученика од стране наставника општа места у школској свакодневици (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања, 2010). Овај тренд свакако нарушава међуљудске односе и поверење ученика у наставнике и обрнуто. Стога је овај резултат забрињавајућ у погледу снаге заштитне улоге наставника и школе у превенцији и унапређењу менталног здравља.

Истраживање задовољства професијом наставника у војвођанским школама (Беара и Јерковић, 2015) указује на то да највећи број наставника друштвене околности у којима ради опажа као неповољне, и наводи најчешће лош материјални положај просвете, деградацију струке и система вредности у друштву. Слично овоме, у истраживању о школској мотивацији из 2010. године (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања), наставници су исказали скоро неподељено уверење да се у друштву недовољно цени и поштује образовање, али је половина њих изразила да се ипак осећају довољно поштовани у својој локалној средини. Наставници у квалитативној анализи истичу да их, генерално узевши, ученици и родитељи ниподаштавају, мада су начелно задовољни односом између наставника и ученика у својој школи. Када вреднују себе и рад својих колега из школе, 80% њих процењује однос ученик–наставник као позитиван и имају осећај самоефикасности у наставном раду (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања, 2010).

Постоје и неке разлике у задовољству професијом у односу на тип школе у којој наставници раде. У истраживању Беаре и Јерковића (2015), установљено је да су

наставници у средњим школама задовољнији професијом и професионалним развојем од својих колега у гимназијама, а поготово од колега у основним школама. У квалитативном тумачењу овог налаза откривено је да, као важан фактор свог задовољства послом, наставници у средњим школама наводе чињеницу да они раде на оспособљавању ученика за свет рада, те да се резултати наставничког деловања могу релативно брзо видети – ученик или уме или не уме да изведе неку практичну вештину или демонстрира теоријско знање у решавању практичног проблема (Беара и Јерковић, 2015; Беара, 2012).

Важно је размотрити који типови наставника могу да се идентификују и којих наставника има највише у нашим школама а у погледу тога како виде свој однос са ученицима. Бауцал и сарадници (Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања, 2010) разматрају типове наставника у односу на то како разумеју и подстичу мотивацију ученика. Кластер-анализом издвојена су четири типа наставника:

- Ауторитарни наставници (сматрају да се првенствено ауторитетом ученици приморавају на учење и не верују много у интринзичку мотивацију ученика) – идентификовано је 38,1% оваквих наставника у војвођанским школама у наведеном истраживању.
- Задовољни и мотивишући наставници (имају позитивну слику о мотивацији ученика и сматрају да су ученици у суштини мотивисани и заинтересовани за учење те да и они сами као наставници могу томе да допринесу) – 25% наставника.
- Неауторитарни наставници (не истичу значај наставничког ауторитета и не мисле да ученике треба приморавати да улажу труд и напор) – 25,9% наставника.
- Незадовољни и беспомоћни наставници (са веома негативном сликом о мотивацији ученика – сматрају да их занима све друго осим учења; ови наставници су и најнезадовољнији односом који постоји међу актерима образовања али и собом као наставницима) – 11% наставника у Војводини.

Ови резултати указују да највише има ауторитарних наставника, од којих ученици добро науче градиво јер се плаше казне (Визек-Видовић и сар., 2014), али је упитно да ли би овакви наставници били од стране ученика опажени као узор и могућа подршка у емоционалним и другим проблемима који се тичу менталног здравља. Са друге стране, охрабрујуће је да је четвртина наставника задовољна односима са ученицима и гаје веру у то да им могу бити подршка у учењу, а, вероватно, и у другим аспектима живота, што (уз стручне сараднике – психологе и педагоге) представља позитиван фактор за очување и унапређење менталног здравља у школској средини.

2.3. Вршњаци

У адолесценцији јача утицај вршњака, породица престаје да буде основни референтни оквир и односи са вршњацима постају комплекснији, интензивнији, и квалитативно другачији. Вршњачка група постаје нови референтни оквир, који је подједнако важан, често и важнији од родитељског, пошто у оквиру вршњачке групе адолесцент може да експериментира са разним улогама и да не осећа анксиозност и претњу због тога (Врањешевић, 2003).

У раном детињству, контакт са вршњацима био је површан и сводио се на учествовање у заједничким активностима, док у адолесценцији тај контакт добија на блискости, постаје однос заједништва и лојалности (Капор-Стануловић, 1988).

У вршњачкој групи адолесцент у почетку има прилику да превлада осећање усамљености, да упозна нове пријатеље, а касније група пружа осећање припадности, поверења и подршке, емоционалне сигурности, самопоуздања, могућност да се буде популаран и признат, као и могућност да се подржи формирање слике о себи (Врањешевић, 2003). Поред пријатељских односа са вршњацима, у адолесценцији се јавља и један нови квалитет, а то су сексуална искуства са вршњацима (Капор-Стануловић, 1988).

Вршњачка група, као и појединци-вршњаци, са којима адолесцент остварује важне односе, могу имати изразито позитиван утицај на развој личности – пошто ти односи омогућавају вежбање социјалних понашања и развој социјалне компетентности, а такође и експериментисање са улогама које доприносе развоју идентитета (Dodge & Gonzales, 2009, према: Forko i Lotar, 2012). Вршњаци такође служе као извор валидације за нека важна, али у исто време и пробна веровања и вредности (Dyck, 1973, према: Врањешевић, 2003), јер адолесценти у вршњачкој групи могу да дефинишу или преиспитају своја уверења, вредности и циљеве.

Међутим, утицај вршњака и вршњачке групе може да буде и негативан. **Моделовање** понашања један је од најчешћих начина како вршњаци утичу једни на друге (Brown, Bakken, Ameringer & Mahon, 2008, према: Forko i Lotar, 2012). Често је имитирање навика и понашања популарних чланова групе, које угрожава ментално и физичко здравље (нпр. еротизован стил облачења девојака, агресивно понашање, пушење, итд.). Такође, појава различитих облика **насиља** унутар вршњачке групе представља појаву све присутнију међу младима. Под насилништвом се подразумева физичко, вербално или емотивно злостављање појединца од стране једне или више особа, а о насилништву међу децом и младима говоримо када једно или више деце узастопно и намерно узнемирује, напада или озлеђује друго дете које не може да се одбрани. Притом, насилништво

у школи укључује или претпоставља неравнотежу физичке или менталне моћи, тако да је насилник јачи (или делује јаче) од жртве. Сматра се да је задиркивање најчешћи тип насилништва и за дечаке и за девојчице у основној школи. Међутим, на другом месту су физичко злостављање (код дечака) и протеривање из друштва (код девојчица).

Два суптилнија, али такође присутна облика негативног вршњачког утицаја јесу **оснаживање понашања** (подржавање и награђивање жељених активности, нпр. навијање током туче) и **стварање прилика** (креирање ситуација где се одређена нежељена понашања олакшавају – нпр. приређивање журке са алкохолом и дрогама) (Brown, Bakken, Ameringer & Mahon, 2008, према: Forko i Lotar, 2012).

Посебан облик утицаја вршњака и вршњачке групе, често окарактерисан као кључан за развој различитих облика ризичних понашања, јесте **притисак вршњака**. Вршњачки притисак се дефинише као изражавање напора чланова групе да пропишу одређене ставове, вредности или активности, а са друге стране, да се ограниче другачије (групи неприхватљиве) вредности или активности (Brown, 2004).

У истраживању са адолесцентима узраста 15–17 година, које је за циљ имало да провери подложност младих притиску вршњака, Марија Форко и Мартина Лотар (2012) утврдиле су да је подложност адолесцената вршњачком притиску у хипотетским ситуацијама ризичног понашања (нпр. конзумацији психоактивних супстанци, кршењу родитељских правила, изостајању са наставе, укључивању у сексуалне активности, крађу) генерално ниска, а да је највећи степен подложности установљен код иначе најчешћих понашања – конзумације алкохола и кршења родитељских правила. Значајни предиктори, мада са slabим ефектима, јесу пол (младићи су подложнији вршњачком притиску), самопоштовање (подложнији су млади са нижим степеном самопоштовања) и филантропска оријентација, дефинисана као потреба за људима и пријатељством (млади са већим степеном ове оријентације подложнији су притиску). Истраживачице закључују да је у провери подложности вршњачком притиску потребно утврдити и карактеристике вршњачких односа и особености ситуација у којима вршњаци доживљавају притисак.

2.4. Савремени електронски медији и комуникацијске технологије – ТВ, интернет, мобилни телефони

Познато је да се са појавом сваког новог медија мењала како комуникација људи, тако и интеракција између појединаца и друштва (Пантић, 2009), а додали бисмо: и само друштво, култура па и друштвена уређења. Све више се говори о томе како нови медији мењају и начин на који опажамо, сазнајемо, учимо, мислимо,

осећамо, бирамо пријатеље и партнере, и сл. Појава писма променила је начин на који памтимо; појава штампарске машине подстакла је многе да науче да читају (а самим тим и да другачије мисле); појава телефона омогућила нам је раније незамисливу комуникацију у реалном времену; појава мас-медија (радија, телевизије) довела је до тога да у тренутку сазнајемо шта се десило на другом крају планете. Нарочито је занимљив феномен интернета, који постаје свеприсутна мрежа информација, слика, звукова, видео-записа, алатки и апликација које омогућавају небројене активности и процесе, доступне свима. Николас Кар (2013) наводи илустративну реченицу Клајва Томсона, из часописа *Wired*: „Савршено памћење силицијумске меморије од изузетне је користи мишљењу.“ (стр. 18). Међутим, поред користи за мишљење, интернет доноси и неодољиво привлачан ужитак за савременог човека, како га описује Кар (2013, стр. 15): *„(...) колику ће нам гозбу интернет подметнути: ниже се јело за јелом, једно сласније од другог, готово да и не стигнемо да предахнемо између два залобаја. Како су се умрежени рачунари смањили на величину iPhone-а и Black Berry-ја, теревенка се наставља и у покрету, где год и кад год треба – код куће, у канцеларији, аутомобилу, учионици, торби или џепу. Чак и људи који се према све већем утицају интернета односе с опрезом, ретко допуштају да им забринутост омета ужитак у технологији.“*

Очигледно смо сведоци информатичке револуције, појаве која свакако има импликације и на ментално здравље адолесцената. Савремена технологија постаје незаобилазна у испуњавању редовних школских обавеза и комуникацији са пријатељима. Резултати неких истраживања сугеришу да онлајн активности подстичу давање и примање друштвене и емоционалне подршке, смањивање социјалне анксиозности и већу отвореност и искреност (Whitty, 2002; Whitty & Gavin, 2001; према: Scealy, Phillips, & Stevenson, 2002). Са друге стране, коришћење информационо-комуникационе технологије у себи крије и неке опасности за младе људе, као што је развијање зависности. Сматра се да су млади подложнији поремећајима употребе интернета, јер чине већину интернет корисника, што потврђују подаци Републичког завода за статистику Србије за 2015. годину: чак 99% студената користи рачунаре, а 99,5% интернет. Мобилне телефоне највише користе млади од 16 до 24 године – њих 98,4% (Хинић, 2008).

Поремећај употребе интернета испуњава готово све критеријуме адиктивног понашања: потребу за повећаном употребом објекта зависности, смањену или изгубљену способност контроле употребе, преокупацију објектом зависности, појаву кризе када је та употреба онемогућена, и проблеме у свим сферама живота услед адиктивног понашања. Последице употребе интернета озбиљне су и огледају се како у телесним симптомима (умору, недостатку сна, губитку апетита, боловима у леђима и врату, проблемима са видом), тако и у афективним и конативним поремећајима (раздражљивост, нервоза, анксиозност, безвољност,

губитак интересовања за друга понашања, неодговорност и немар према обавезама; Хинић, 2008).

У последње време, све је већи број корисника тзв. виртуелних друштвених заједница (ВДЗ) или – како се још називају – социјалних заједница, друштвених мрежа. Ове заједнице представљају интернет сервисе за комуникацију и развој социјалних мрежа, као што су *Facebook*, *My Space*, *Twitter*, *Instagram* и сл. Није свака укљученост на друштвене мреже ни свако поседовање профила штетно нити указује на зависност од интернета. Заправо, у неким аспектима, коришћење друштвених мрежа може да унапреди ментално здравље и социјализацију корисника, пошто омогућава упознавање нових људи сличних интересовања, са којима пријатељство може плодотворно да се настави и ван виртуелне заједнице – у реалном животу. Некада укљученост у виртуелне заједнице омогућава повезивање са некадашњим пријатељима који су физички далеко (нпр. живе у иностранству) и успостављање честе комуникације са њима – која би вероватно изостала или би била ређа и отежана да не постоје друштвене мреже.

Међутим, и у овом облику понашања можемо наћи злоупотребе. Наиме, примећено је да неке особе развијају облик бихевиоралне зависности (зависност која не подразумева уношење супстанци, већ одређено адиктивно понашање – слично патолошком коцкању, нпр.) у коришћењу социјалних мрежа (Widyanto & McMurran, према: Бодрожа, Јовановић и Попов, 2008).

У истраживању аутора са Одсека за психологију Филозофског факултета у Новом Саду (Бодрожа, Јовановић и Попов, 2008), установљено је да коришћење виртуелних заједница има следећу структуру:

- 1. Социјализација путем виртуелних друштвених заједница** – огледа се у доживљају ових сервиса као још само једног начина да се стекну нова пријатељства, која лако из виртуелног прелазе у реално окружење. Привлачност оваквог начина повезивања долази из могућности да се лако нађу пријатељи са сличним интересовањима.
- 2. Зависност од виртуелних друштвених заједница** – садржи низ дисфункционалних образаца коришћења ових сервиса, као што су: велики број сати утрошен на њима, неуспешни покушаји да се то контролише, узнемиреност услед депривације (раздражљивост, нервоза које указују на апстиненцијалну кризу), одлагање обавеза због трошења времена на друштвеним мрежама, депривација сна због активности на њима. Због ове појаве, било је разматрано да се у најновију класификацију психијатријских поремећаја (ДСМ-V) уврсти поремећај понашања под називом „зависност од кибернетских односа“, међутим, од тога се одустало јер се још увек воде бројне полемике о томе да ли је заиста посреди посебна врста адикције.

3. **Компензационо коришћење виртуелних друштвених заједница** – испољава се кроз манипулисање информацијама у комуникацији и представљању на ВДЗ. Обично овом начину коришћења прибегавају особе које страхују од неприхватања у непосредној комуникацији (због физичких или неких других карактеристика и недостатка самопоуздања), пошто комуникација посредством друштвених мрежа ослобађа учеснике одговорности, те омогућава прикривање идентитета. У овом случају, комуникација кроз ВДЗ представља извор задовољства, као и замену за реална пријатељства и комуникацију. Повлачење из ВДЗ оваквим особама доноси осећање потиштености и усамљености.
4. **Виртуелни профил као виртуелни селф** – особа доживљава виртуелни профил (који сама креира и бира шта ће на њега ставити) као саставни део селф-концепта (представе о себи), преко којег се другима јасно може изразити лични идентитет (објаснити им јасно ко смо, тј. истаћи неке наше особине које су можда недовољно препознате у реалности). Ове особе пажљиво бирају фотографије које ће окачити на свој профил, често додају разне детаље, музику, видео снимке, којима покушавају да се изразе и прикажу у правом светлу.
5. **Негативан став према ВДЗ** – указује да постоје појединци, који упркос томе што су и сами корисници ВДЗ, имају негативан став према њима. Ови корисници изјављују да их брзо замара комуникација преко ВДЗ, да се лако засите таквим активностима. Такође, ове особе су и свесне тога да неки њихови познаници и пријатељи превише времена проводе на ВДЗ (и сматрају да је то „бесполичарење“). Могуће је, међутим, да су ове особе и саме некада биле „зависне“ од ВДЗ, што се претворило у супротност у тренутку када су то схватиле и одлучиле да се одвикну.

Из ове анализе проистиче да постоји неколико образаца понашања на друштвеним мрежама (зависност, компензација, „искривљен“ и улепшан селф) који би могли бити проблематични за ментално здравље младих.

С обзиром на чињеницу да све више младих на друштвеним мрежама комуницира путем мобилних телефона, не чуди податак да је проценат младих, узраста од 16 до 24 године, који користе мобилне телефоне највећи у односу на друге узрастне категорије: чак 99% момака и 98,2% девојака у Србији користе мобилне телефоне (Републички завод за статистику, 2015).

Нова забрињавајућа појава је и коришћење мобилних телефона „након гашења светла“. Истраживање у Белгији је показало да само 38% тинејџера, просечног узраста од 13,7 година, није никад користило мобилне телефоне до касно у ноћ. Оваквом употребом мобилних телефона, коју је пријавила већина испитаника,

ремети се функција сна и долази до умора и нефункционалности у школским активностима (Van Den Bulck, 2007).

3. СТРЕС И ПРЕВЛАДАВАЊЕ

Једна од широко прихваћених дефиниција одређује стрес као однос између особе и околине, у оквиру кога особа процењује да неки аспект околине укључује **претњу, губитак или изазов за њене снаге**, при чему се јављају карактеристичне психофизиолошке промене (Зотовић, 2002).

Претња се овде схвата веома широко. То може бити објективна опасност, тј. директна претња животу, али и претња за друге значајне особе, за значајне ослонце у животу, устаљени начин живота, уверења и сл. Може се рећи – претња било чему што је за особу значајно. Исто важи и за губитак. У овом контексту губитак не значи само смрт значајне особе, већ се може односити на прекид везе са пријатељем који се одселио, прекид партнерског односа, губитак дома приликом избеглиштва, итд.

Досадашња проучавања стреса најчешће су била усмерена ка откривању општих карактеристика овог процеса и његових последица. Тек средином осамдесетих година XX века започето је са систематским изучавањем појаве која је много раније уочена, а то је да су неке особе осетљивије на стрес, тј. да је стрес код њих интензивнији и има неповољније последице. Насупрот томе, неке особе су мање осетљиве. Оне могу добро да функционишу у условима стреса и он код њих не мора изазвати озбиљне последице. Овакве особе понекад се називају отпорнима на стрес. Код неких појединаца стрес чак може да има и позитивне исходе у виду унапређеног менталног и физичког здравља и живота. Такви појединци се у литератури називају резилијентним особама.

Индивидуалне разлике у осетљивости на стрес последица су природе везе стреса и менталног, тј. физичког здравља. Веза о којој је реч комплексна је и подложна утицају великог броја фактора.

Фактори одговорни за индивидуалне разлике у осетљивости на стрес могу се поделити у три велике групе, према домену коме припадају. Групе чине:

- **Унутрашњи чиниоци.** Овде се сврставају чиниоци из домена личности, као што су наследне основе и лична историја. Најзначајнији чиниоци ове групе јесу различите карактеристике личности, које могу бити разматране појединачно или у оквиру склопова особина.
- **Спољашњи чиниоци.** Ову категорију чине различити чиниоци спољашње средине, као што су: време, новац, образовање, животни

стандард, радни услови и слично. Посебно важно у овој категорији јесте присуство додатних стресова у животу особе, као и социјална подршка.

- **Бихевиорални чиниоци** – обрасци понашања усмерени на отклањање или смањивање физичке и/или психолошке угрожености коју стрес подразумева. Различити поступци особе са напред наведеним циљем називају се стратегијама превладавања стреса.

Ваља напоменути да је разграничење између три групе чинилаца само условно и да су оне међусобно повезане бројним двосмерним везама.

3.1. Реаговање на стрес у адолесценцији

Најбољи начин за испитивање реаговања на стрес током живота и појаве стресних поремећаја јесте лонгитудинално истраживање, у коме се са праћењем деце почиње *пре* него што су доживела стрес. Интересантну студију са оваквим нацртом спровела је Ејми Вернер (Werner, 1993). Она је субјекте пратила од пренаталног периода, до 31/32. године. Код одређеног броја субјеката регистрована је, на адолесцентном узрасту, делинквенција и/или ментално-здравствени проблеми. Испитивани су услови који су претходили овим појавама и установљено је да су то били различити стресови који су се јавили услед живота у сиромаштву, болести, губитка или одвајања од особе која је бринула о детету, учесталих конфликта и сл. Једно од најинтересантнијих открића ове студије јесте да највећи број испитаника који су у периоду адолесценције имали проблема, у одраслом добу није испољавао поремећаје психолошког функционисања и понашања. Психолошки и социјални услови који су били присутни код ових субјеката представљају, по ауторки, заштитне факторе одговорне за опоравак, за разлику од услова карактеристичних за субјекте чији су се проблеми наставили у одраслости. Опоравак, тј. напуштање маладаптивних облика понашања условљених преживљеним стресовима, може бити схваћен као један аспект отпорности на стрес.

Заштитни фактори које је идентификовала Вернерова, груписали су се у неколико скупина. Међу њима су карактеристике темперамента које изазивају позитивне реакције: изражен активитет, социјабилност, одсуство непријатних навика; добро здравље; аутономија и социјална компетенција; академска компетентност у средњем детињству. Према овој ауторки, наведене диспозиције, тј. заштитни фактори, довеле су до избора конструктивних околности које су умањиле ризик у личном животу, повећале самопоштовање и процену сопствене ефикасности и пружиле особама нове могућности. Из резултата ове студије види се да су неки од критичних фактора који одређују функционисање у одраслом добу били присутни у првој декади живота; и да постоје велике индивидуалне разлике у одговорима деце под ризиком и на негативна и на позитивна збивања

у њиховом непосредном окружењу. Један од најважнијих увида који је стечен овом студијом јесте да уколико се младима пружи могућности, може доћи до значајних прекретница у њиховим животима.

Пајнус (Punoo, 1993) наводи да стидљива или анксиозна деца у већој мери теже, након трауматског догађаја, социјалној изолацији и генерализацији страхова повезаних са траумом; деца са депресивним карактеристикама могу имати изражен осећај кривице и већи интензитет симптома посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП); док се код импулсивне деце може јавити већи број проблема у понашању, него у другим категоријама. Неки аутори наводе да су деца са посебним потребама имала већи број симптома након опасне олује која их је задесила; а да су код деце која су била бољи ученици у мањој мери регистровани симптоми ПТСП-а након бродске несреће коју су доживела. Други аутори истичу да је реаговање на стрес било интензивније код деце са емоционалним и здравственим тегобама. Постоје и резултати према којима је симптоматологија након преживљене поплаве регистрована са већом учесталашћу код деце која су у својој историји већ имала ментално-здравствених проблема. Пајнус сматра да на исходе деловања трауматског стреса утичу и актуелни развојни ниво, темперамент, самопоштовање, локус контроле, ранија психопатологија, способност за толеранцију промена које наступају услед трауме, као и реактивност на стимулусе који подсећају на трауму. Неки аутори наводе да је синдром црта личности познат под називом личност типа А, за који је показано да повећава осетљивост на стрес, идентификован и код деце.

Истраживања отпорности на стрес, изведена на просторима бивше и садашње Југославије, као особине повезане са овом појавом истичу самопоштовање и екстровеизију. У оквиру истраживања Петроске-Бешке и сар. (према: Зотовић, 2004а), у коме је отпорност на стрес одређена као одсуство симптома поремећаја након преживљених стресова, деца са вишим самопоштовањем и екстровеизна деца имала су мањи број психопатолошких манифестација. Овакав однос постојао је код деце свих узрасних категорија (четири категорије, у распону од 9 до 18 година).

Симовска (према: Зотовић, 2004а), која у свом истраживању отпорност на стрес одређује као успех у школи и адаптираност на школу упркос изложености стресу, потврђује резултате ранијих истраживања. Она истиче самопоштовање и приврженост као најзначајније протективне варијабле код избеглица преадолесцентног и адолесцентног узраста.

И ауторка овог текста је у свом ранијем истраживању пронашла да деца и адолесценти са вишим самопоштовањем имају мањи број симптома поремећаја

менталног здравља, који су у вези са преживљеним трауматским стресом (Зотовић, 1999).

Фактори који доприносе отпорности не морају увек бити пожељне карактеристике личности, као што ни фактори који повећавају осетљивост на стрес не морају нужно бити непожељне карактеристике. Недостатак емпатије, код деце са проблемима у понашању, може водити мањем степену различитих поремећаја. Супротно томе, висока интелигенција и емпатија могу повећати осетљивост на стрес. У вези са унутрашњим ослонцима, треба имати у виду да је дечји психички живот у процесу развоја, тј. да особине личности немају стабилност и конзистентност која одликује одрасле особе.

Присуство ранијих или истовремених стресова показало се као извор осетљивости и код деце. Ратер (Rutter, 1981) наводи да код већине деце изложеност једном животном догађају (као што је, нпр., смрт блиске особе) нема значајно неповољне ефекте, док јављање истог догађаја праћено другим неповољним околностима (нпр. сиромаштвом, болешћу) има далекосежне последице. Већа осетљивост на стрес код деце која у личној историји имају већи број стресних догађаја регистрована је и у истраживањима спроведеним на нашим просторима (Зотовић, 1999; Зотовић, Мухић и Петровић, 2008).

Неки аутори сматрају да на уочене индивидуалне разлике у реаговању на стрес код деце имају утицаја старост, пол и раса. Постоје подаци о томе да су под највећим ризиком за развој стресних поремећаја предшколска деца (3–5 година) и деца раног адолесцентног узраста. Не треба, међутим, заборавити да сваки узраст има своје специфичне развојне задатке, при чему неуспех и конфликти у њиховом решавању представљају потенцијалне факторе ризика, тј. повећане осетљивости на стрес.

Истраживања о полним разликама у реаговању на стрес не дају конзистентне резултате. Неки аутори извештавају о томе да се полне разлике у депресивности јављају већ на адолесцентном узрасту. Могуће је да је то последица различитог начина васпитања деце, при чему се код мушке деце поткрепљује коришћење дистракције у сусрету са депресивним расположењем, док се код женске деце подстиче усмеравање пажње на емоционалне реакције, што може довести до одржавања депресивног расположења. Овакве разлике регистроване су и у домаћем истраживању са поновљеним мерењима (Јоксимовић-Књиса, Маринковић и Чобрда, 2015). Може се уочити да се концептуални и методолошки оквири постојећих истраживања разликују у толикој мери да је често њихово упоређивање потребно прихватити са резервом. Зато је за добијање одговора на питања о узрасним, полним и расним разликама потребно да буде спроведено још истраживања.

Притом треба имати у виду да се узрасном, полном и расном припадношћу не могу објаснити специфичности реаговања на стрес, осим ако у њиховој основи нису биолошке карактеристике различитих категорија. Регистроване узрасне разлике у реаговању на стрес код деце последица су фактора које узраст имплицира, као што су сазревање, учење, искуство, који у посебним развојним периодима условљавају различиту осетљивост на неповољне утицаје из спољашње средине. Извор полних разлика у реаговању на стрес могу бити одређени поступци у васпитању мушке и женске деце, чији су резултат разлике у процени личне осетљивости и прихватљивости испољавања страха, туге и других осећања.

3.2. Превладавање стреса

Као што је већ речено, бихевиорални чиниоци индивидуалних разлика су обрасци понашања усмерени ка отклањању или смањивању физичке и/или психолошке угрожености коју стрес подразумева. Различити поступци особе са напред наведеним циљем називају се **превладавањем стреса**.

Превладавање представља медијатор стреса, тј. подразумева се да стрес и различити поремећаји нису у директној вези, већ стрес представља чинилац који покреће превладавајућа понашања, а она су та која су у вези са исходима стреса. Избор превладавајућих понашања у вези је са карактеристикама стресора, али и са унутрашњим и спољашњим чиниоцима индивидуалних разлика.

Још један разлог због кога је превладавање посебно интересантан чинилац индивидуалних разлика у осетљивости на стрес јесте то што је, међу чиниоцима од којих зависе последице стресног искуства, на бихевиоралне релативно најлакше утицати, путем превентивних и других интервентних програма, намењених великом броју корисника.

Због тога што је број конкретних превладавајућих одговора практично бесконачан, корисно је класификовати их с обзиром на неки критеријум. Број димензија које су установљене теоријски или пронађене емпиријски разликује се код различитих аутора, а зависи и од нивоа на коме се проучава превладавање (Зотовић, 2004б).

Добро је познат приступ Ричарда Лазаруса и Сузане Фолкман, који разликују **на проблем усмерено** и **на емоције усмерено превладавање**, према могућој функцији превладавајућег понашања, а то је решавање проблема или регулација емоција (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1991). У случају превладавања усмереног на проблем ради се о акцијама које представљају покушај да се измени

проблематичан однос особе и околине, тј. да се реши, преформулише стресна ситуација или минимизирају њени ефекти. Ове акције не морају нужно бити успешне, могу чак имати негативне ефекте, али оно што је битно да бисмо их сматрали превладавањем јесте – покушај. Супротно томе, друга врста превладавања, усмерена на емоције, укључује стратегије за одвлачење пажње, фантазију или друге свесне активности чији је циљ регулација афеката, као и (углавном когнитивне) стратегије које се користе са циљем да се ситуацији припише ново значење. То су стратегије које не мењају директно конкретну ситуацију, али које не морају бити пасивне, напротив, оне могу да укључују унутрашњу реструктурирацију и да изискују знатан напор.

Преференције за ове видове превладавања могу се јавити одређеним редоследом, нпр. особа може прво покушати да измени стање ствари у околини, а потом, након неуспеха, да реинтерпретира ситуацију и пронађе неко субјективно значење у њој.

Поједини аутори прихватају дистинкцију између превладавања усмереног на проблем и на емоције, али овим два димензија превладавања додају још једну. Постојање три димензије превладавања заступа Амиркан (Amirkhan, 1990). Комбинујући рационалне и емпиријске кораке у процесу конструкције мерног инструмента, овај аутор је дошао до следеће три димензије превладавања: **превладавање путем решавања проблема, тражење социјалне подршке и избегавање**. У оквиру истраживања спроведеног на домаћој популацији, превладавајућа понашања груписала су се такође у три категорије: приступање проблему, на емоције усмерено превладавање и избегавање (Зотовић и Петровић, 2011).

Тражење или мобилизација социјалне подршке су понашања која су често идентификована као стратегије превладавања. Међутим, у многим истраживањима социјалне стратегије превладавања нису се појављивале као посебан фактор, тј. димензија превладавања. Објашњење за ову појаву можда лежи у томе што је социјална подршка сама по себи мултидимензионални конструкт. Инструментална подршка корисна је за решавање проблема, емоционална подршка за утеху, тако да социјални ресурси могу бити коришћени у оквиру многих стратегија.

3.3. Превладавање стреса код адолесцената

Адолесценција се за развој вештина превладавања може сматрати критичним периодом. Превладавање усмерено на проблем постаје комплексније и разноврсније, захваљујући нивоу когнитивног развоја. Повезане са појавом формалних операција у мишљењу, когнитивне стратегије користе се далеко више него раније, без обзира да ли је то у склопу превладавања усмереног на проблем или на емоције, тј. приступајућег или избегавајућег превладавања. Међутим, неки аутори тврде да се, упркос повећању броја когнитивних стратегија које се могу употребити, смањује укупан број стратегија које се примењују у стресним ситуацијама. Формално операционално мишљење омогућава избор ефикаснијих стратегија превладавања у конкретним ситуацијама, јер су адолесценти у могућности да мисле апстрактно, узимају у обзир више могућих тачака гледишта на проблем и евалуирају последице коришћења одређене стратегије.

И код адолесцената је уочљива појава да се у сусрету са стресорима који су подложни контроли користи у већој мери превладавање усмерено на проблем и приступајуће, а у сусрету са неконтролабилним стресним догађајима превладавање усмерено на емоције и избегавајуће превладавање; иако се стратегије различитог типа све више комбинују, на супрот јаким преференцијама за само један тип, које се могу уочити код млађе деце. Смањење егоцентризма доприноси развоју социјалних вештина, које укључују и вештине решавања проблема. У тражењу социјалне подршке, млади се окрећу у већој мери пријатељима и брату или сестри, него родитељима, нарочито ако у породици постоји неслагање.

Поред умножавања и усложњавања адаптивних стратегија превладавања, у адолесценцији може доћи и до развоја штетних стратегија, као што су употреба дрога и алкохола за смањење дистреса. Још једна потенцијално врло опасна стратегија је социјално повлачење. Интензивно коришћене, ове штетне стратегије могу интензивирати негативне емоције и тиме створити још више проблема. Због тога би ефикасан програм за превенцију употребе психоактивних супстанци требало да има за циљ и развој когнитивних стратегија превладавања усмерених на емоције.

3.4. Ефикасност превладавања код деце и адолесцената

Студије које се баве ефикасношћу превладавања стреса код адолесцента, при чему се као критеријум ефикасности користи одсуство симптома већег броја могућих поремећаја менталног здравља, указују на то да је боља прилагођеност повезана за коришћењем когнитивних, практичних стратегија и приступајућих стратегија (као што су тражење алтернативних задовољења потреба, коришћење социјалне подршке, решавање проблема и позитивна преформулација). Лошије психолошко функционисање било је повезано са емоционалним пражњењем (типа *acting out*), резигнираним прихватањем и когнитивним и бихевиоралним избегавајућим стратегијама (Fields & Prinz, 1997). Слична је ситуација и код млађе деце: бежање и избегавање, као и емоционално пражњење, сматрају се маладаптивним стратегијама; уопште, когнитивне стратегије су ефикасније; затим, ефикасне стратегије су решавање проблема и неагресивно изражавање емоција, а такође и стратегије које укључују социјалну подршку. Педијатријске студије превладавања, тј. истраживања превладавања стреса повезаног са озбиљнијим медицинским проблемима, указују да је приступајуће превладавање повезано са бољим прилагођавањем после лечења, док је током лечења повезано са интензивнијим дистресом.

Један од извора стреса у адолесценцији јесу и школске обавезе и испитивање знања. Сматра се да је **суочавање усмерено на проблем у испитној ситуацији** најконструктивнији избор за адолесцента, с обзиром на то да се у тој стратегији користе понашања која обезбеђују успех. Усмереност на проблем адолесценту користи већ у предиспитној ситуацији – у припреми за испит, јер подразумева учење, преслишавање, коришћење различитих стратегија за побољшање делотворности учења, планирање времена, самоевалуацију и самокорекцију и сл. Такође, максимална усмереност на задатке и њихово решавање, уз оптимално коришћење ресурса, помаже у самој испитној ситуацији, јер подразумева адекватну примену и управљање различитим когнитивним процесима на којима се заснива успех у провери знања (присећање, елаборација одговора, јасно изражавање мишљења, закључивање, управљање временом предвиђеним за писмено испитивање, уобличавање одговора у усменом или писаном виду, и сл.) (Беара и Ракић-Бајић, 2014).

Међутим, резултате студија посвећених ефикасности превладавања увек треба прихватати с резервом, имајући у виду да је и ефикасност превладавања ситуационо условљена и специфична. Нарочито значајан ситуациони чинилац јесте **могућност контроле ситуације**. Због тога неки аутори опрезно тврде да је адаптивно превладавање оно које се налази око средине на континууму између

усмеравања пажње и когнитивног избегавања. Што су стратегије ближе екстремима континуума, оне су мање адаптивне.

Бавећи се превладавањем код деце, потреба за додатном резервом произлази из узрасне условљености ефикасности превладавања. На пример, плакање доводи до тога да беба буде нахрањена или заштићена; избегавање непознатих ситуација код сасвим малог детета спречава да дете буде изложено опасности; изливи гнева представљају експериментисање са околином и учење испољавања емоција; а нестрпљиви захтеви су рано вежбање асертивног комуницирања и независности (Massobu & Martin, 1983). Како се дете развија, претходно наведена понашања све више почињу да представљају асоцијалне или антисоцијалне видове превладавања.

Познавање извора стреса и начина превладавања код адолесцената има теоријски и практични значај. На теоријском нивоу, разумевање ефекта стреса и чинилаца који могу утицати на те ефекте значајно је у оквиру модела менталног здравља и менталних поремећаја. На практичном нивоу, могуће је препознати услове који представљају потенцијални ризик за децу и адолесценте, као нпр. сиромаштво, насиље у породици, а са циљем креирања интервенција намењених смањивању нивоа изложености стресу и унапређивању адаптивних капацитета за превладавање стреса.

4. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

Према дефиницији Светске здравствене организације, здравље је „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести“ (СЗО, 2001). Ментално здравље дефинише се као стање благостања у коме особе остварују или користе своје способности и потенцијале, могу да се носе са стресорима свакодневног живота, раде продуктивно и остварују допринос друштву.

Стручњаци у области менталног здравља нису првенствено заинтересовани за поремећаје здравља, њихове етиолошке и феноменолошке карактеристике, верујући да људска врста поседује урођени капацитет за превазилажење неповољних животних околности и ситуација, тзв. **резилијентност**. Истраживања резилијентности показују како се појединци успешно развијају упркос ризику за менталне болести и неповољним животним условима, и демонстрирају да чиниоци који се често називају факторима ризика не представљају поуздане предикторе психопатологије.

Промовишући оријентацију на здравље, најдаље су отишли аутори који промовишу тзв. **позитивну психологију**, тј. научно проучавање оптималног људског функционисања. Циљ позитивне психологије је откривање и подстицање развоја оних карактеристика које омогућавају појединцима и заједницама успешан живот и просперитет. Заступници позитивне психологије залажу се за то да психологија прошири своје хоризонте и почне да се бави људским снагама, успехом, и срећом, а не само недостацима и психопатологијом. Зачетником позитивне психологије сматра се Селигмен¹, који је и предложио назив за нову област, 1998. године, у свом обраћању Америчком психолошком друштву чији је председник био. Област позитивне психологије већ се 15 година интензивно развија, емпиријски испитујући факторе које аутори сматрају базичним претпоставкама позитивног живота. Неки од њих су: љубав, алтруизам, духовност, креативност, храброст, мудрост и животни циљ. Упоредо са емпиријским истраживањима, аутори предлажу и теоријске моделе, који садрже основне одреднице и предуслове менталног здравља. Сам Селигмен верује да срећу не чине само пролазна афективна стања, већ и одређени степен улагања и посвећеност одређеним животним доменима (породица, посао, забава), као и живот у складу са својим карактерним врлинама (Брдар, Ријавец и Миљковић, 2008).

Природа оптималног функционисања још увек није у потпуности јасна, на шта указују и различите концепције среће, благостања и менталног здравља, дате од стране многих филозофа и психолога. Различите концепције ипак се јасно распоређују у оквиру два становишта: хедонистичког и еудемонистичког. Хедонистички и еудемонистички приступи представљају две различите, а ипак међусобно преклапајуће перспективе и парадигме истраживања психолошког благостања.

Према **хедонистичком приступу**, особа има високо субјективно благостање ако доминантно доживљава позитивна расположења, а ређе непријатне емоције, и обрнуто; има ниско субјективно благостање ако ретко осећа срећу, а често доживљава негативне емоције. **Еудемонистичка концепција** психолошке добробити истиче потребу људи да живе у складу са својом правом природом. Еудемонија се јавља када су животне активности људи повезане са дубљим вредностима. У таквим околностима људи се осећају живим и аутентичним, настоје да буду оно што заправо јесу.

¹ У транскрипцији презимена овог аутора руководили смо се изворним изговором, а то је: Селигмен (у оригиналу: Martin E. P. Seligman). Само у освртима на превод његове књиге „Научени оптимизам“ на српски језик, држаћемо се облика „Селигмен“, како је тамо наведено.

Поједини аутори су у својим истраживањима дошли до резултата да већина људи има одређен, базичан ниво позитивног расположења коме се враћа након позитивних или негативних догађаја. Они нуде формулу према којој се 50% индивидуалних разлика у доживљају среће може објаснити урођеном предиспозицијом за одређеним нивоом позитивног афекта, 10% индивидуалних разлика зависи од животних догађаја, док осталих 40% зависи од нашег понашања (Lybomirski, Dickerhoof, Boehm & Sheldon, 2011). Активности које могу изазвати осећај среће су активности у којима долази до изражаја посвећеност циљевима, улагање у односе са другима, развој механизма превладавања, итд.

Кејес и Лопез (Keyes & Lopez, 2002) интегришу претходне перспективе истичући да ментално здрава особа карактерише емоционално благостање, тј. присуство позитивних осећања, и позитивно функционисање, психолошко и социјално. Дакле, ментално здрава особа није само срећна особа, већ особа која добро функционише. Истичу надаље да ментално здравље и ментална болест представљају две димензије, а не две супротстављене стране једног континуума.

Кејесов допринос позитивној психологији је значајан, с обзиром на то да је он спровео много студија са циљем идентификације карактеристика повезаних са позитивним менталним здрављем, односно тзв. цветањем. Иако су многи људи, у суштини, срећни, мање од 20% одраслих у САД извештавају да су у стању цветања. Многи људи извештавају да су „заустављени у колосеку“ или да „желе више“, а немају при томе дијагнозу менталног поремећаја (Frederickson, 2008).

Појам који се често наводи као супротност менталном здрављу јесте ментална болест. О болести говоримо када је реч о здравственом проблему који у значајној мери интерферира са способношћу особе да мисли, осећа и да постиже задовољавајуће интерперсоналне односе. Под условом да је нарушено уобичајено функционисање особе и/или да је присутан одређен степен трпљења, тј. патње, болест се дијагностикује када је присутан извесан број симптома, одређеног интензитета и трајања. Две најпознатије класификације менталних болести су Дијагностички и статистички приручник (DSM), креиран од стране Америчког психијатријског друштва, и Интернационална статистичка класификација болести и здравствених проблема (ICD), коју је предложила СЗО.

5. ПОКАЗАТЕЉИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА: ОПТИМИЗАМ/ПЕСИМИЗАМ, САМОЕФИКАСНОСТ, САМОПОШТОВАЊЕ

5.1. Оптимизам/песимизам

Са наглим развојем позитивне психологије, одмах почетком двехиљадитих, па до данас, где су у фокусу услови и процеси који доприносе процвату и оптималном функционисању појединаца, група и институција (Gable & Haidt, 2005), расте и интересовање истраживача и практичара за „старо-нови“ појам оптимизма. Као исход тог интересовања, данас нам је на располагању снажан корпус доказа да је оптимизам повезан са позитивним исходима попут доброг менталног и физичког здравља, благостања, успеха, психолошког функционисања, а да је песимизам, са друге стране, повезан са лошим исходима, попут ниског самопоштовања, мањег задовољства животом, депресивности, лошијег здравља и ношења са стресом (нпр. Scheier & Carver, 1992; Taylor et al., 2000; Chang, 2002; Ruthig et al., 2007).

Развој позитивне психологије, у последњој декади, донео је и обиље истраживања о оптимизму и песимизму, као диспозицијама личности. Ова два конструкта се у тим истраживањима углавном дефинишу као генерализована очекивања о позитивном односно негативном исходу активности (O'Connor & Cassidy, 2007; Armor & Taylor, 1998; Scheier & Carver, 1992) и сматрају се релативно одвојеним и стабилним димензијама личности (Chang, D'Zurilla, Maydeu-Olivares, 1994; Penezić, 2002).

Селигменово „откриће“ научене беспомоћности на неки начин је надахнуло трагање за позитивним панданом овог конструкта, па је Селигмен сковао појам „научени оптимизам“ желећи да укаже на то да се, иако су оптимизам и песимизам релативно стабилне особине личности, оптимизам може васпитавати и подучавати, усвајањем новог сета когнитивних вештина (Селигмен, 2008).

Селигмен дефинише три димензије песимистичког односно оптимистичког атрибуционог стила: трајност vs. привременост, општост vs. специфичност и интерналност vs. екстерналност (персонализација). Оптимизам би, по овом моделу, репрезентовала уверења да су лоши догађаји последица пролазних околности, специфичних узрока и спољашњих околности, док се позитивни догађаји тумаче обрнуто, па су они последица неких трајних снага личности, универзалних и интерналних узрока. Песимисти, насупрот оптимистима, лошим догађајима приписују трајне, опште и интерналне узроке, док добре догађаје објашњавају случајношћу и привременим разлозима, екстерне и специфичне природе.

Примере ових атрибуција дајемо у следећем табеларном приказу.

Табела 1. Разлике у атрибуцијама код оптимиста и песимиста, по трима димензијама Селигмена

	Оптимистично објашњење		Песимистично објашњење	
	лоших догађаја	добрих догађаја	лоших догађаја	добрих догађаја
ТРАЈНОСТ / ПРИВРЕМЕНОСТ	„Преморен сам“	„Увек ме прати срећа“	„Потпуно сам изанђао“	„Ово је мој срећан дан“
УНИВЕРЗАЛНОСТ / СПЕЦИФИЧНОСТ	„Професор Селигмен је неправедан“	„Ја сам успешна“	„Сви наставници су неправедни“	„Овога пута сам успела“
ИНТЕРНАЛНО / ЕКСТЕРНАЛНО	„Ово је глупо“	„Умем да искористим прилику“	„Ја сам глуп“	„Чиста срећа“

(Адаптирано из: Селигмен, 2008)

Слично овоме, и социјални концепти песимизма, оптимизма и реализма указују на разлике у оптимизму и песимизму преко димензије флексибилности и непроменљивости понашања. Социјални концепти односе се на то како лаици приписују типична понашања (мисли, осећања, циљеве и акције) оптимистима, песимистима и реалистима. По лаицима, оптимисти и реалисти боље се прилагођавају ситуацијама, од песимиста. Оптимисте карактерише флексибилност у мислима и осећањима али непроменљивост у циљевима и акцијама, док је песимистима приписивана непроменљивост у когнитивним, афективним и мотивацијским варијаблама: негативно разумевање ситуације, одустајање и фокусираност на проблеме (Weber, Vollman & Renner, 2007).

Оптимизам и песимизам су варијабле личности за које је више пута утврђивано да имају ефекте на здравље, постигнућа (на послу и у изведбама различитих врста) и друштвене односе (Reilley, Geers, Lindsay, Deronde & Dember, 2005). Генерално, ранија истраживања су утврдила да је оптимизам значајно повезан са већим позитивним психолошким исходима, док је за песимизам утврђена повезаност са већим негативним психолошким појавама (Chang, 2002). Илустрације ради, навешћемо неколико налаза: оптимизам је позитивно повезан са већим животним задовољством (Chang, Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1997, у: Penezić, 2002), позитивним расположењем (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig & Vickers, 1992) и већим самопоштовањем (Scheier, Carver & Bridges, 1994, у: Chang, 2002). Међутим, у новијим истраживањима о односу оптимистичног и песимистичног атрибуционог стила и психолошког благостања, уз финије методолошке нацрте и контролисање других варијабли, установљено је да

оптимизам није увек повезан са успешним функционисањем појединаца, већ да постоје неки услови за то, тј. ефекат конфундирајућих и модерирајућих варијабли. На пример, установљено је да је оптимистични атрибуциони стил у позитивним ситуацијама бољи предиктор самопроцене среће и благостања него исти тај стил у негативним ситуацијама (Cheng & Furnham, 2003). У другом истраживању, утврђено је да се, код придавања узрока животним догађајима, атрибуциони стил оптимиста и песимиста заиста разликује, али претежно код објашњавања узрока негативних животних догађаја, а не и код објашњавања оних позитивних (Higgins & Hay, 2003).

Вредносне оријентације такође имају ефекте на функционалност оптимистичних односно песимистичних прогноза у погледу извршавања одређених акција. Особе које су примарно мотивисане растом и напредовањем, боље функционишу у остваривању жељених личних циљева ако усвоје оптимистичан приступ, док особе које претежно мотивишу сигурност и безбедност више нагињу песимистичном гледању и боље функционишу када усвоје овај образац (Hazlett, Molden & Sackett, 2011).

Истраживања у којима је испитивана повезаност оптимизма и песимизма са академским постигнућима адолесцената указују на то да су девојчице старијег основношколског узраста оптимистичније од дечака, те да је оптимистични експланаторни стил позитивно повезан са општим школским успехом и успехом из математике и матерњег језика (Mijočević i Rijavec, 2006). У недавном истраживању, спроведеном на узорку ученика средњих школа у Војводини, Јовановић и Јерковић (2011) утврдили су да је оптимизам у високој корелацији са задовољством школом, позитивним афектом и доживљајем сврхе живота и нешто нижом, али ипак значајном, повезаношћу са школским успехом мереним преко просечне оцене. У истом истраживању, оптимизам је био у високим негативним корелацијама са негативним афектом, депресивношћу, анксиозношћу и стресом. Слично овоме, значајне везе пронађене су између оптимизма, академског постигнућа и самопоштовања, док су корелације биле очекивано негативне између академског постигнућа, анксиозности и песимизма код студената (El-Anzi, 2005).

У погледу повезаности оптимизма/песимизма са професионалним стресом и стратегијама превладавања, установљено је да оптимисти имају склоност да користе проактивне стратегије усмерене на проблем и да планирају своје акције (Carver & Scheier, 2002), користе самоконтролу и усмерено решавање проблема (Strutton & Lumpkin, 1992, у: Carver & Scheier, 2002) наспрам песимиста, који преферирају претежно емоционалне стратегије: избегавање, социјалну подршку али и повлачење од људи (*исто*). Такође је установљено да дневне микростресоре на послу оптимисти доживљавају као прилику за учење и развој,

да су склони да такве ситуације прихватају, изразе осећања ради редукције тензије и да користе социјалну подршку радије него да се повлаче, дистанцирају или самоокривљују (стратегије које преферирају песимисти; Fry, 1995, у: Carver & Sheier, 2002).

За прогнозирање успеха у учењу код ученика и студената, занимљиво је размотрити ефекат песимизма на извођење и постигнућа. Установљено је, на пример, да у извесној мери успешна саморегулација понашања у ситуацији извођења може да се огледа и у тзв. дефанзивном или одбрамбеном песимизму за који се сматра да у неким случајевима може да буде адаптивно понашање (Yamawaki, Tschanz & Feick, 2004). Дефанзивни песимизам се огледа у стратегији превладавања анксиозности пред неком будућом изведбом тако што се утврђују ниска очекивања за ту активност, затим се покреће негативно саморазмишљање, да би се покренула мотивација спречавања да то што се очекује буде и реализовано (Norem & Cantor, 1986a, 1986b). Пример за то био би студенатов страх од испита, који се превазилази негативним самоговором: „Нисам спреман за испит, пашћу. Мораћу више да се потрудим“. Иако ова стратегија делује као конструктивна, и заиста доводи до добрих резултата у смислу постигнућа, утврђено је да они који је често користе пријављују више негативних психолошких симптома и мање задовољство животом, у поређењу са оптимистима (Cantor & Norem, 1989, према: Yamawaki et al., 2004), као и већи степен депресивности и ниже и нестабилније самопоштовање (Yamawaki et al., 2004). Наведено истраживање Н. Јамаваки и сарадника дало је и јаснију слику постигнућа дефанзивних песимиста: они успевају не зато што овладавају неком вештином до мајсторства, него зато што се потруде да избегну изведбу (тј. потенцијални неуспех) што је више могуће. Другим речима: дефанзивни песимиста ће се „провући“ али углавном неће заиста овладати неким знањем или вештином (Беара, 2012). Такође, установљено је да се дефанзивни песимисти разликују од диспозиционих песимиста по томе што успевају да, у конкретној ситуацији изведбе, оптимизују своју изведбу под негативним условима, док су диспозициони песимисти ригидни у генералном очекивању неуспеха тј. понашају се веома слично у свим ситуацијама изведбе (Criado del Valle & Mateos, 2008).

5.2. Самоефикасност

Слично оптимизму, самоефикасност је особина која помаже појединцима да остваре своје животне циљеве. Концептуални модел самоефикасности, као кључни концепт социјално-когнитивне теорије, развио је Бандура седамдесетих година прошлог века, у оквиру којег је самоефикасност дефинисана као уверење особе о сопственим способностима организовања и извршавања акција потребних да би се остварио жељени циљ, тј. да би се дошло до жељених резултата (Bandura, 1999, према: Reić-Ercegovac i Koludrović, 2010). Битно је

нагласити да концепт самоефикасности наглашава субјективни доживљај компетентности да се достигне одређени циљ, а не објективну процену знања и вештина (Милановић-Доброта и Радић-Шестић, 2012). Самоефикасност може да буде значајан де/мотиватор за избор активности којима ће се особа бавити, у које ће бити спремна да уложи труд и у њима истраје, чак и при појави одређених препрека. То значи да од самоефикасности добрим делом може да зависи да ли ће се особа упустити у одређену активност, колико ће се залагати и колико ће бити истрајна када се суочи са препрекама и осујећењима.

Доживљај самоефикасности зависи од (Maddux & Gosselin, 2003):

- претходног личног искуства у обављању истих или сличних активности;
- искуства других људи, тј. модела за поређење;
- вербалне персуазије од стране особе која има референтну моћ;
- физиолошких и афективних стања током извођења (стања пријатности или непријатности, од чега зависи да ли ће се учврстити или ослабити осећај сигурности и компетентности);
- имагинарних тј. замишљених искустава (сопствених или туђих) у хипотетичким ситуацијама; она могу бити позитивна или негативна, и самим тим могу утицати на самоефикасност.

Бандура (према: Reić-Ercegovac i Koludrović, 2010) сматра да су одабир циљева, емоције, истрајност, когнитивни процеси и одабир средине и активности заправо посредујући процеси којима самоефикасност утиче на понашање појединца, јер самоефикасност утиче на сам одабир циљева и ка њима усмерених активности, као и на истрајност у решавању проблема и препрека. Стога се као посебан предмет изучавања намеће и концепт „академске самоефикасности“, будући да се она сматра једним од најважнијих детерминанти школске мотивације и академских постигнућа ученика.

Истраживања су потврдила утицај самоефикасности ученика на академска постигнућа. У истраживању Лејна и сарадника (Lane, Lane and Kuprianou, 2004), утврђено је да ученици са вишим степеном самоефикасности бирају стратегије усмерене на проблем, коришћење различитих извора информација и активно тражење помоћи – што се сматра успешним академским стратегијама, за разлику од ученика са ниском самоефикасношћу, који су склонији стратегијама избегавања. У погледу полних разлика, налази нису једнозначни – нека истраживања налазе да су самоефикасност и академска самоефикасност израженије код младића, друга код девојака, док у неким нису нађене полне разлике (Reić-Ercegovac i Koludrović, 2010).

Такође, истраживања потврђују повезаност самоефикасности са професионалним аспирацијама и просоцијалним понашањем, а новија истраживања указују на улогу самоефикасности у поремећајима понашања, посебно у ризичним

понашањима (Милановић-Доброта и Радић-Шестић, 2012). Проблематично понашање среће се код адолесцената који имају негативна очекивања у вези са просоцијалним понашањем и ниску самоефикасност. Ниска самоефикасност негативно утиче на истрајност у просоцијалном понашању, а слаба истрајност води даљем редуковању самоефикасности, све до нивоа на коме се само мање социјално пожељна понашања сматрају доступним (Жунић-Павловић и Ковачевић-Лепојевић, 2008). Међутим, потребна су даља истраживања како би се преиспитале ове претпоставке и разјаснио утицај самоефикасности на развој просоцијалног понашања.

5.3. Самопоштовање

Самопоштовање је део слике о себи (селфа) који укључује доживљај сопствене вредности (Majdak i Kamenov, 2009, према: Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011). Оно се сматра афективном компонентом идентитета, поред саморазумевања које представља когнитивну компоненту (Damon, према: Капор-Стануловић, 1988).

Може се рећи да је самопоштовање један од елемената концепта селфа, уз саморазумевање, самопроцену, самопотврђивање и самодоказивање, и у вези је са концептима самопоуздања, саморегулације и самоефикасности. Самопоштовање се сматра темељем развоја самоконтроле, а тиме и самопоуздања, а без самопоштовања нема ни достизања аутентичне, независне и друштвено интегрисане личности (Тодоровић, 2005).

Високо самопоштовање, које се испоји још у раном детињству, један је од најпоузданијих индикатора доброг менталног здравља у каснијем животу (Тодоровић, 2004). У оквиру већег броја истраживања, развијено самопоштовање идентификовано је као чинилац повећане отпорности на стрес (мање осетљивости на стрес) или ослонац личности (Зотовић, 2004а, 2005).

Истраживања Лазаруса и других показала су да су особе са високим самопоштовањем мање осетљиве на критику и неуспех, процењују ситуације као мање стресне и углавном предузимају стратегије превазилажења стреса које су усмерене на проблем, за разлику од особа са ниским самопоштовањем које су усмерене ка самосажалевању, резигнацији и подршци других (Тодоровић, 2005). Такође, постоје показатељи да је високо самопоштовање заштитни фактор за јављање агресивног понашања – више агресивног понашања регистровано је код појединаца са ниским самопоштовањем, мада налази нису сасвим конзистентни (Ručević i Duvnjak, 2010).

Самопоштовање је посебно важно у адолесценцији, с обзиром на чињеницу да се у том развојном периоду интензивира развој представе о себи и да самопоштовање

стога варира због често контрадикторних атрибута које млад човек опажа код себе (Тодоровић, 2005). У адолесценцији се формира идентитет – процес који се састоји од налажења одговора на питања „ко сам“, „где припадам“, „шта желим да постигнем и какав да postanем“, а на крају процеса изградње идентитета налази се прихватање себе, одобравање и задовољство собом, тј. одговор који гласи „ја сам оно што јесам“ (Капор-Стануловић, 1988), а тиме и високо самопоштовање.

Код адолесцената, самопоштовање је повезано са школским успехом, доживљајем стреса, девијантним понашањем и коришћењем алкохола, али сматра се да ови фактори повратно утичу на самопоштовање младе особе (Тодоровић, 2005). Нађене су полне разлике у предиктивним утицајима самопоштовања на агресивно понашање: код девојака са порастом самопоштовања расте израженост проактивне агресије, док код младића са порастом самопоштовања та врста агресије опада (Ručević i Duvnjak, 2010).

5.4. Могућности развијања оптимизма, самопоштовања и самоефикасности код младих

Са становишта практичног циља ове публикације, важно је размотрити да ли се оптимизам, самоефикасност, самопоштовање, саморегулација и слични процеси могу научити. Учење ових механизма налази се у готово свим психотерапијским теоријама и пракси, али и у психолошко-превентивним програмима. Навешћемо као пример когнитивно-бихевиоралну и рационално-емоционалну терапију, које трагају за аутоматским мислима (КБТ) или ирационалним уверењима (РЕБТ). По овим терапијским школама, емоционалне и бихевиоралне реакције људи, у било којој ситуацији, пре свега су узроковане њиховим когницијама, тј. значењем које приписују догађају или сопственом понашању. Стога РЕБТ настоји да постигне значајну филозофску промену код клијената тако да они минимизирају своју тенденцију да ремете себе (Вукосављевић-Гвозден, 2009) и да ирационално размишљање замене рационалним.

РЕБЕ, или рационално-емоционално-бихевиорална едукација, која се базира на РЕБТ-теорији и пракси, примењује се у образовним контекстима, у циљу подучавања деце и младих конструктивним животним филозофијама уз помоћ којих ће се успешније носити са стресним ситуацијама, повећању самоефикасности и прихватања себе, остваривању дугорочних циљева и задовољства (тзв. одговорни хедонизам), тј. свеукупно у правцу бољег менталног здравља. Деца и млади се кроз РЕБЕ уче да су њихова понашања последица њихових уверења, затим како могу да преузму одговорност за своје понашање и како да промене своја дисфункционална понашања и науче функционалну животну филозофију и алтернативна понашања (Trip, McMahon, Bora, Chirpea, 2010). Више истраживања потврдило је позитивне ефекте РЕБЕ програма на

развијање аспирација, вештина руковођења и унутрашњег локуса контроле (Omizio, Lo i Williams, 1986; Rosenbaum, McMurray i Campbell, 1991, оба према: Trip et al., 2010). Разрађени су и компјутерски програми за подстицање саморегулације код деце, коришћењем принципа РЕБТ-а (Chapin, 2011). Поменућемо и програме из наше средине, као што су програм „ЈА“ за подстицање дечјег самопоштовања, којег су развиле Ибоља Гера и Љубица Дотлић (Гера и Дотлић, 2000) и који се дуго са успехом примењивао у раном дечјем узрасту, затим програм „Осећајмо разумно“ (Беара и Беара, 2001), „Умеће одрастања“ Тима Психокод (1998) и бројне друге.

6. РИЗИЧНА ПОНАШАЊА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

Развојне карактеристике адолесценције су такве да се очекује појава различитих облика понашања који укључују експерименте, повремене ризике, активности које одступају од прихваћених норми и представљају ризик за појединца и/или његову средину. Ни у једном другом периоду живота ризично понашање није тако често као у адолесценцији, па се ризично понашање данас у литератури означава као „нови морбидитет младих“ (Станковић, 2006). С друге стране, ризична понашања одувек су постојала међу младима, у различитим временским и културним миљеима. Отуда се чини да су ова понашања део процеса одрастања, израз потребе младог човека да се осети одраслим. У процесу формирања идентитета неопходно је да се испробају различите улоге, идентификације, системи вредности. Повећана радозналост и различите врсте експериментисања свакако носе са собом и одређени ризик. Неки аутори верују да ризична понашања имају и позитиван развојни ефекат: помажу адолесцентима да испитају границе могућег, сигурног и дозвољеног. Стога можемо рећи да је ризично понашање, на неки начин, нормативни део развоја, међукорак између понашања детета, кога штите одрасли, и одрасле особе, која се брине сама о себи (Томори, 2005). Дакле, ризично понашање у адолесценцији само по себи не мора бити оквалификовано као патолошко, али може да укаже на очекиване будуће психосоцијалне проблеме или да створи основ за будућу психопатологију, нарочито повезано са неконструктивним начинима превладавања стреса и неконструктивним начинима провођења слободног времена (Петровић и Зотовић, 2010).

Многи аутори сматрају да се у основи ризичног понашања налазе недовољно развијене когнитивне способности, које утичу на непотпуну и непрецизну процену ризика, повезаног са одређеним активностима (Капор-Стануловић, 1988). Тако Пијаже, а касније и Елскајнд, говоре о адолесцентном егоцентризму и његовим поткатегоријама, међу којима је и доживљај личне неповредивости. Овај

концепт, који објашњава аутодеструктивно понашање, произлази из уверења младе особе да је заштићена од зла.

Иако постоји велики број оних понашања која различити аутори сматрају ризичним, најобухватнијом се чини следећа подела: 1) насилничко понашање и понашања која доприносе (не)намерном повређивању; 2) употреба цигарета; 3) употреба алкохола и осталих психоактивних супстанци (дрога); 4) сексуална понашања која доприносе нежељеној трудноћи и сексуално преносивим болестима; 5) поремећаји исхране; 6) физичка неактивност (Петровић, Мухић и Зотовић, 2007; Петровић и Зотовић, 2015). Нека истраживања показују да је склоност једном проблематичном понашању ретко изолована, те тако деца која показују један облик проблематичног понашања неретко узимају учешће и у неким другим видовима ризичног понашања (Томори, 2005).

6.1. Чиниоци који доприносе појави ризичних понашања

Резултати досадашњих истраживања показују да се у факторе који доприносе појави различитих облика ризичног понашања најчешће убрајају: средински фактори, породични фактори, школа и вршњачка група, као индивидуални (лични) фактори (Југовић, 2004).

У **срединске факторе** сврставају се, нпр., медији, тј. промоција насиља и других ризичних понашања, доступност алкохола и дрога, али и свеопшта лоша материјална ситуација. Учестала медијска презентација различитих врста насиља свакако подстиче поменуте грешке у перцепцији ризика код младих. У прилог значајности срединских фактора, као што су доступност психоактивних супстанци, говоре и резултати истраживања спроведених у Србији, који нас упозоравају да је алкохол најчешће конзумирана супстанца међу младима (Петровић и сар., 2007). Заправо, у нашој култури се конзумирање алкохола врло често толерише, чак се сматра уобичајеним делом свакодневнице и неизоставним пратиоцем друштвених догађаја и окупљања. Уз до сада речено, треба имати у виду да данашњи адолесценти одрастају у друштву које се налази у процесу транзиције, укључујући ту и промену основних друштвених вредности, што додатно отежава процес дефинисања личних вредности у склопу формирања личног идентитета.

Од **личних фактора** (црта личности), најчешће се издвајају: низак ниво самопоштовања, изразита импулсивност, недостатак самоконтроле, сугестибилност и социјална анксиозност (Томори, 2005), те слаба интегрисаност у социјалну средину и висок степен импулсивног тражења сензација (Митровић, Смедеревац, Грујичић, Чоловић, 2006).

Школа и вршњачка група такође се издвајају као важни фактори ризичних понашања. Период адолесценције карактеристичан је по израженој тежњи ка уклапању у вршњачке групе и нормативе (Петровић и Зотовић, 2007). Није редак случај да одређене супкултурне групе негују антисоцијално и ризично понашање као доминантну вредност, очекујући од својих чланова да се повинују групним вредностима и да их безусловно поштују. С друге стране, недостатак капацитета за било коју врсту конструктивног доказивања (кроз школски успех, спортски успех, специфичан таленат, итд.) има за последицу бег у тзв. „негативни идентитет“, који представља консеквенцу низа неуспешних покушаја адолесцента да добије доказ о својој вредности. Избором негативног идентитета, дете коначно достиже свој циљ – оно постаје „видљиво“ особама у својој непосредној околини.

У **породичне факторе** убрајају се дисфункционални породични односи, пролонгирани брачни и породични конфликти, породично насиље, те слаба емоционална повезаност између родитеља и деце, или, пак, између чланова породице уопште (Југовић, 2004; Ралева, 2005). Тако, нпр., адолесценти који перципирају однос са родитељима као квалитетнији имају мању стопу незаштићених сексуалних односа, имају мање сексуалних партнера и прво сексуално искуство имали су касније од својих вршњака. Слично томе, истраживачки резултати сложни су у ставу да је јака афективна веза са родитељима, тачније висок степен социјалне подршке, обрнуто повезан са проблемима у исхрани и преокупираношћу сопственом тежином (Петровић и Зотовић, 2015).

У контексту чињенице да се једна врста ризичног понашања ретко појављује изоловано, резултати неких истраживања показују да је злоупотреба психоактивних супстанци повезана са поремећајима исхране, а да заједнички протективни фактор представља јака и сигурна афективна веза са родитељима (Croll, Neymark-Sztainer, Story & Ireland, 2002).

Поједини аутори истичу утицај који деца могу остварити на родитеље, као део зачараног круга који води у проблематична понашања. На пример, деца са проблематичним понашањем могу вршити негативан утицај на родитељско понашање, тј. родитељски васпитни стил, на тај начин да родитељи постају строжи, склонији кажњавању и репресивним мерама, и на тај начин доприносе развоју дисфункционалног круга (Petit, Laird, Dodge, Bates, & Criss, 2001). Ако је притом негативан утицај вршњачких супкултурних група висок, вероватноћа за ризична понашања је удвостручена.

Имајући у виду чиниоце који потенцијално доприносе појави ризичних понашања код адолесцената, можемо закључити да је превентивне активности

једним делом потребно усмерити у правцу утицаја на саме адолесценте, њихова знања, ставове и понашања, при чему нарочиту пажњу треба посветити оним младим особама код којих се идентификују одређени чиниоци повећане склоности ка практиковању ризичних понашања. Други сегмент превентивних активности треба усмерити на родитеље и друге одрасле особе које активно учествују у процесу одрастања и васпитавања адолесцената, јер је њихова улога као извора подршке изузетно велика у овој осетљивој фази сазревања младих. Трећи сегмент превенције потребно је усмерити у правцу утицаја на ширу друштвену заједницу и систем друштва. Превенцију ризичних понашања потребно је системски подржати. Пример добре праксе је увођење предмета Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу у војвођанске средње школе. Предмет има за циљ превенцију ризичних сексуалних понашања адолесцената, а у будућности би његов обухват и циљеви могли бити проширени и укључени у шири концепт здравственог васпитања.

- ИСТРАЖИВАЊЕ -

1. УВОД

Током јула 2015. године Центар за производњу знања и вештина из Новог Сада покренуо је, уз подршку Покрајинског секретаријата за спорт и омладину, пројекат „Истраживање о менталном здрављу младих у АП Војводини – стање и перспектива“.

Општи циљ пројекта био је допринос унапређењу менталног здравља младих у АП Војводини.

Истраживања показују да трећина средњошколске популације показује знаке психолошког трпљења и менталних проблема. Слични подаци добијени су и у истраживањима студентске популације. Угроженије су девојке и адолесценти у урбаним срединама. Најчешће психопатолошке манифестације су депресивна стања и поремећаји понашања. Према подацима Републичког завода за статистику, 1990. године регистровано је 99 самоубистава младих узраста од 15 до 29 година, да би тај број растао и достигао кулминацију 1997. године (192), са тенденцијом пада до 2005. (106 случајева). Према подацима СЗО, 3–12% младих има озбиљан психички поремећај, а 20% младих до осамнаесте године има неки од облика развојних, емоционалних или понашајних проблема. Под психичким поремећајима подразумевају се манифестације нефункционисања код појединца, узроковане наслеђем, психогенетским или срединским узроцима. Најчешћи облици психичких поремећаја код младих су: депресија, анксиозност, злоупотреба психоактивних супстанци, анорексија, булимија, опсесивно-компулсивни поремећај, поремећај контроле нагона, поремећај (тешкоће) прилагођавања, специфичне тешкоће у учењу и поремећаји понашања.

Специфични циљеви пројекта били су:

- 1) Утврђивање стања у области менталног здравља младих узраста 15–19 година (8. разред ОШ – 4. разред СШ), кроз реализацију емпиријског истраживања у школама; и
- 2) Давање препорука за програме превенције и заштите менталног здравља младих, младих из маргинализованих и ризичних група.

Истраживање у оквиру пројекта спроведено је да би се добили одговори на следећа истраживачка питања:

- Колика је преваленца психолошког трпљења, ризичних понашања и менталних поремећаја код младих, младих из маргинализованих и ризичних група у актуелном периоду у Војводини? Да ли постоје разлике у односу на претходна истраживања Секретаријата (Истраживање о ризичним понашањима, 2010; Истраживање о квалитету живота, стресу и стратегијама суочавања, 2009)?
- Колики је степен оптимизма, односно песимизма код младих?
- Како млади процењују слику о себи, сопствену ефикасност и колики је степен њихове саморегулације?

- Да ли по одредницама менталног здравља постоје разлике између одређених група младих (село–град, ризичне групе, корисници превентивних програма и млади који су активирани кроз различите пројекте за младе)?
- У ком броју су млади укључени у постојеће програме за унапређење менталног здравља, какво је њихово задовољство тим програмима и како процењују њихове ефекте?
- Које препоруке се могу извући из резултата у циљу унапређивања превентивних и интервентних програма за младе?

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

За потребе истраживања конструисана је батерија инструмената, састављена од упитника и психолошких тестова, којом су испитани ученици основних и средњих школа.

Истраживање је спроведено у првом полугодишту школске 2015/16. године. У истраживање је било укључено 10 основних и 10 средњих школа са територије Војводине.

1. Узорак

Испитани су ученици осмог разреда основне школе, односно другог и четвртог разреда средње школе из следећих места: Бачки Моноштор, Црепаја, Зрењанин, Кикинда, Кузмин, Нови Кнежевац, Нови Сад, Ново Милошево, Панчево, Сремска Митровица, Српска Црња, Сомбор, Суботица.

Фреквенције и проценти ученика који живе у граду, односно на селу, приказани су у Табели 1.

Табела 1. Фреквенције и проценти ученика који живе у граду, односно на селу

	Фреквенција	%
Село	569	32
Варошица	138	8
Град	663	37
Велики град	401	23
Укупно	1.771	100,0

Из табеле се може уочити да 40% ученика из нашег узорка живи на селу или у варошици, док 60% ученика живи у мањим или већим градовима Војводине. Одређени број ученика живи у насељима која се сматрају селима (нпр. Ветерник, Руменка), али заправо су у питању приградска насеља која у великој мери гравитирају великом граду, те смо и ове ученике сматрали децом из града.

2. Полна структура

Фреквенције и проценти дечака и девојчица приказани су у Табели 2.

Табела 2. Фреквенције и проценти дечака и девојчица

Пол	Фреквенција	%
Мушки	743	41
Женски	1.068	59
Укупно	1.814	100,0

Међу испитаницима има нешто више девојчица (59%), него дечака (41%).

3. Старосна структура

Фреквенције и проценти ученика различитих разреда приказани су у Табели 3.

Табела 3. Фреквенције и проценти ученика по узрасту (млађи и старији адолесценти)

Узраст	Фреквенција	%
Млађи адолесценти (од 13 до 15 година)	480	27
Старији адолесценти (од 15 до 19 година)	1.321	73
Укупно	1.801	100,0

Три четвртине узорка чине старији адолесценти, док се једна четвртина убраја у категорију млађег адолесцентног узраста.

4. Структура узорка у односу на врсту школе и разред

Заступљеност у узорку ученика различитих разреда основне и средње школе приказана је у Табели 4.

Табела 4. Фреквенције и проценти ученика различитих разреда

Разред	Фреквенција	%
Осми раз. основне шк.	489	27
Други раз. средње шк.	587	33
Трећи раз. средње шк.	119	6
Четврти раз. средње шк.	605	34
Укупно	1.801	100,0

Узорак чине у највећем броју ученици другог (једна трећина) и четвртог (још једна трећина) разреда средње школе. Близу 30% узорка чине ученици осмог разреда основне школе. Најмање су заступљени ученици трећег разреда средње школе, којих има шест одсто.

Заступљеност ученика који похађају различите врсте школа приказана је у Табели 5.

Табела 5. Фреквенције и проценти ученика који похађају различите врсте школа

Врста школе	Фреквенција	%
Основна	490	27
Гимназија	568	32
Средња стручна	724	41
Укупно	1.782	100,0

Укупно је у узорку било 1.292 средњошколаца, тј. 73% (уз ограду да 32 ученика није одговорило на ово питање, па је могуће да их је било и нешто више). У узорку је и 490 основаца, тј. 27%, што је и пројектовано планом истраживања.

5. Структура и социо-економски статус породица

Структура породица испитаника приказана је у Табели 6.

Табела 6. Фреквенције и проценти ученика који живе у различитим породицама

Особа/е са којима испитаник живи	Фреквенција	%
Са оба родитеља	1.435	79
Само са мајком	253	14
Само са оцем	63	4
Нешто друго	59	3
Укупно	1.810	100,0

Добијени подаци показују да највећи број испитаника (79%) долази из потпуних породица, тј. породица са оба родитеља, док укупно 18% испитаника живи у једнородитељским породицама, при чему су четири пута бројније једнородитељске породице са мајком, од једнородитељских породица са оцем.

У Табели 7 приказан је образовни ниво родитеља испитаних ученика.

Табела 7. Фреквенције и проценти образовног статуса оца, односно мајке испитаника

Степен образовања	Отац		Мајка	
	Фреквенција	%	Фреквенција	%
Основна школа	116	6	131	7
Средња школа	1.126	63	1.046	58
Виша школа или факултет	549	31	622	35
Укупно	1.791	100,0	1.799	100,0

Из табеле се види да највећи проценат испитаника има родитеље који су завршили средњу школу. Око трећина родитеља, и мајки и очева, има завршену вишу школу или факултет, а сасвим мали број њих, 6–7%, има завршену само основну школу.

Фреквенције и проценти породица различитог материјалног стања приказани су у Табели 8.

Табела 8. Фреквенције и проценти ученика који живе у породицама различитог материјалног стања

Материјално стање породица	Фреквенција	%
Одлично	391	22
Добро	806	45
Средње	528	29
Лоше	51	3
Изузетно лоше	12	1
Укупно	1.788	100,0

Највећи број ученика процењује материјално стање својих породица као добро. Добрим и одличним своје материјално стање процењује 67% породица; а лошим и изузетно лошим – 4% испитаних ученика.

У односу на истраживање из 2007. године, уочава се благи пораст процента ученика који процењују своје материјално стање као лоше и изузетно лоше (4% у 2015, наспрам 2,2% пре осам година), као и опадање процента ученика који своје материјално стање процењују као одлично и добро (67% у 2015, наспрам 73% у 2007. години).

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Приказ резултата у овом извештају подељен је на неколико целина:

1. Однос ученика према школи и школски успех;
2. Опште стање здравља ученика и задовољство изгледом (самопроцена);
3. Социјални односи младих – идоли младих, пријатељства и партнерске везе;
4. Доживљај могућности контроле живота и безбедност младих;
5. Стрес и превладавање стреса;
6. Показатељи менталног здравља – самопоштовање, самоефикасност, задовољство животом, оптимизам/песимизам, присуство симптома поремећаја здравља;
7. Ризична понашања – злоупотреба психоактивних супстанци, поремећаји исхране, употреба рачунара и интернета и могући проблеми у овом домену;
8. Улога превентивних програма у унапређењу менталног здравља младих.

1. Однос ученика према средњој школи и школски успех

1.1. Задовољство избором школе

На питање упућено ученицима средње школе о томе колико су задовољни врстом школе односно смером који су уписали, одговорило је 1.322 средњошколаца. Добијени одговори приказани су у Табели 9.

Табела 9. Фреквенције и проценти одговора о задовољству школом

Задовољство средњом школом	Фреквенција	%
Изузетно	396	30
Углавном	760	57
Не нарочито	109	8
Уопште не	57	4
Укупно	1.322	100,0

Свега 12% ученика није задовољно својом школом и/или уписаним смером, док их је 87% задовољно, од тога чак 30% изјављује да је својом школом изузетно задовољно.

1.2. Школски успех

Просечан школски успех испитаника приказан је у Табели 10.

Табела 10. Просечна оцена ученика у узорку на крају претходне школске године (2014/15)

	минимум	максимум	ар. средина	ст. одступање
Просечна оцена	2,00	5,00	4,22	0,67

Просечан успех на крају претходне школске године ученика у нашем узорку је „врло добар“ (4,22).

Учесталост категорија просечних оцена приказана је у Табели 11.

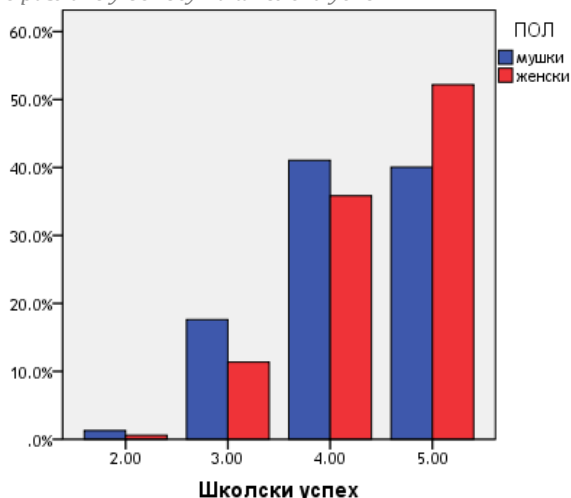
Табела 11. Фреквенције и проценти ученика у категоријама просечних оцена на крају претходне године

Успех (просечна оцена)	Фреквенција	%
Довољан (2,00–2,49)	15	1
Добар (2,50–3,49)	240	14
Вр. добар (3,50–4,49)	656	38
Одличан (4,50–5,00)	816	47
Укупно	1.727	100,0

Чак 47% ученика у нашем узорку постигло је одличан успех на крају претходне школске године, што одступа од предвиђања нормалности дистрибуције.

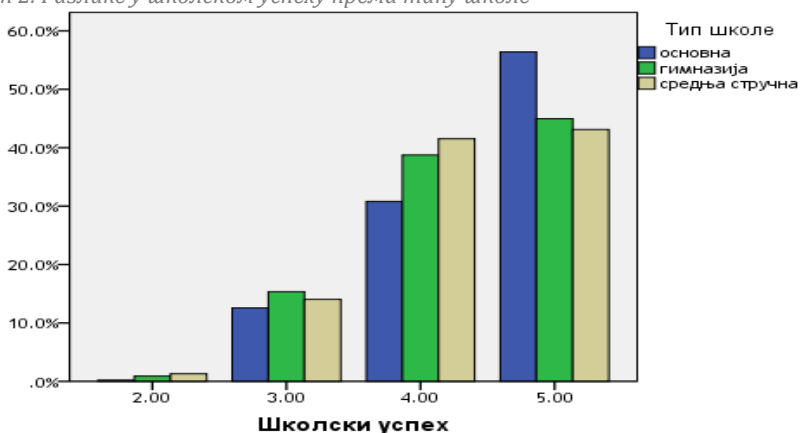
Могу се уочити извесне разлике између момака и девојака у погледу школског успеха, као што показује Графикон 1. Већи је проценат девојака са одличним успехом него момака; док је момака са врло dobrим и добрим успехом више него девојака.

Графикон 1. Полне разлике у односу на школски успех



У погледу врсте школе и школског успеха, уочљиво је да највише одличних ученика има у основним, а најмање у средњим стручним школама. Ове разлике приказане су на Графикону 2.

Графикон 2. Разлике у школском успеху према типу школе



2. Самопроцена здравственог стања ученика и задовољства изгледом

2.1. Процена здравља

На питање „Имаш ли неки инвалидитет или хроничну болест?“, 98 ученика (5%) одговорило је потврдно („да“). На питање који је то инвалидитет или хронична болест, одговорило је 92 ученика и добијени су разноврсни одговори, које смо разврстали у категорије приказане у Табели 12. Проценат је одређен у односу на целокупан узорак ученика (1.814).

Табела 12. Категорије, фреквенције и проценти ученика који имају одређени инвалидитет или хроничну болест

Врста инвалидитета или хроничног обољења	Фреквенција	%
Астма	39	2
Дијабетес	7	0,4
Алергије	7	0,4
Бронхитис	6	0,3
Срчани проблеми	6	0,3
Епилепсија	4	0,2
Проблеми са штитном жлездом	4	0,2

Видимо да доминирају хроничне болести у односу на инвалидитет, и да је код ученика најучесталија хронична болест – астма. Преваленца у узорку на којем је рађено истраживање је два одсто. По подацима стручњака, преваленца астме у Србији код становника свих узраста је око 7% (Ђурић-Филиповић, Филиповић, Тасић и Живковић, 2015).

По један ученик је одговорио да болује од хемипарезе једне стране тела, мултипле склерозе и церебралне парализе, које доводе до моторног инвалидитета. Такође, само по један ученик наводио је и неке друге болести (полицистичне јајнике, кратковидост, гастритис и сл.). Могуће је да у узорку постоји већи број ученика који болују од хроничних болести или имају неки инвалидитет, али да нису желели о томе да се изјасне.

На питање како би описали стање свог здравља у последње време, ученици су бирали одговоре приказане у Табели 13.

Табела 13. Општа самопроцена стања здравља у последње време

	Фреквенција	%
Врло добро	778	43
Добро	709	40
Прихватљиво	248	14
Лоше	59	3
Укупно	1.794	100,0

Из табеле се види да највећи број испитаника – њих 84% – процењује своје здравље као врло добро или добро. Њих 15% стање здравља оцењују као прихватљиво, а као лоше – 3% ученика.

2.2. Задовољство изгледом

Процена задовољства изгледом приказана је у Табели 14.

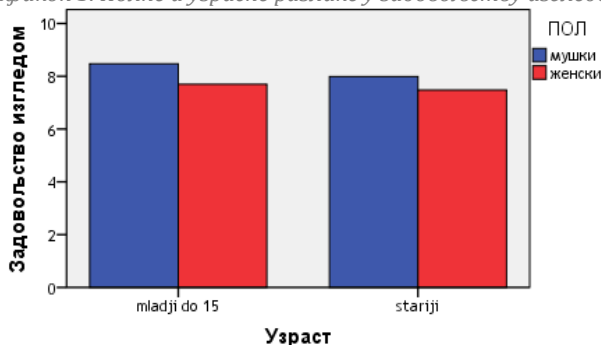
Табела 14. Просечна оцена задовољства изгледом

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
Задовољство изгледом	1.678	1	10	7,77	1,904

Видимо да су млади, генерално узевши, задовољни својим изгледом (аритметичка средина њихових оцена задовољства на скали од 1 до 10 је скоро 8, уз стандардно одступање од 1,9). Обе узрасне категорије не разликују се много по овој варијабли. Момци су својим изгледом нешто задовољнији од девојака. Њихова просечна оцена задовољства износи 8, док је 7,5 просечна оцена код девојака. Разлика је статистички значајна ($t = 6,309$; $df = 1786$; $p = ,000$).

На Графикону 3 приказане су разлике у задовољству изгледом код младих различитог пола и узраста.

Графикон 3. Полне и узрасне разлике у задовољству изгледом



Из графикана се може уочити да су изгледом најзадовољнији млађи адолесценти мушког пола.

На питање шта би променили у свом изгледу, добијени су многобројни одговори (свих 1.814 ученика одговорило је на ово питање). Било је и таквих који заправо не представљају одговор на постављено питање („професоре“, „државу“, „самопоуздање“, „школу“, „политичаре“...), али они нису били сувише бројни. У Табели 15 приказани су одговори на постављено питање, који су били заступљени код више од двадесеторо испитаника.

Табела 15. Одговори испитаника на питање шта би променили у свом изгледу

Шта би променио/ла	Фреквенција
Килажа	167
Висина	46
Нос	40
Ништа не бих мењао/ла	37

Очигледно је да је тежина највећа преокупација младих, било да је реч о недостатку килограма, било о вишку. На другом месту је висина, потом облик носа, док је својим изгледом потпуно задовољан релативно мали број испитаника.

3. Социјални односи младих – идоли младих, пријатељства и партнерске везе

3.1. Идоли младих

На питање о идолима младих добијени су многобројни одговори. У Табели 16 приказани су одговори који су били заступљени код више од десет испитаника.

Табела 16. Одговори на питање о идолима младих

Особа	Фреквенција
Мајка	129
Отац	49
Мајка и отац	45
Новак Ђоковић	69
Брат или сестра	21
Немам	35

Најчешће навођене особе су родитељи: мајка, па затим отац. Новак Ђоковић је, осим чланова породице, једина особа која је идол за већи број младих.

3.2. Социјални односи – пријатељства

Када су у питању социјални односи младих, у вези са тим постављено је питање: „Да ли лако или тешко стичеш нове пријатеље?“. Резултати су приказани у Табели 17.

Табела 17. Одговори на питање о стицању пријатеља

Одговор	Фрекв.	%	Кумулативни %
Веома лако	547	30,3	30,3
Лако	1.013	56,0	86,3
Тешко	213	11,8	98,1
Веома тешко	35	1,9	100,0
Укупно	1.808	100,0	

Из табеле се види да највећи број младих веома лако или лако стиче пријатеље (86,3%).

Младићи лакше стичу пријатеље него девојке и разлике су статистички значајне (16% девојака стиче пријатеље тешко или веома тешко, док се у овим категоријама налази 10% младића; разлика је статистички значајна: $\chi^2 = 9,938$, $df = 3$, $p = ,019$).

На питање о броју блиских пријатеља, добијени су одговори који су приказани у Табели 18.

Табела 18. Одговори на питање о броју пријатеља

„Колико блиских пријатеља имаш?“	Фрекв.	%	Кумулативни %
Више блиских пријатеља	683	37,7	37,7
Неколико	964	53,3	91,0
Једног	131	7,2	98,2
Ниједног	32	1,8	1,8
Укупно	1.810	100,0	100,0

Из табеле се види да највећи број младих има пријатеље. Чак 90% њих има неколико или више пријатеља, док ниједног нема мање од 2% адолесцената.

И на овом питању регистроване су полне разлике. Подаци о броју блиских пријатеља с обзиром на пол испитаника приказани су у Табели 19.

Табела 19. Број пријатеља код испитаника различитог пола

			Број блиских пријатеља				Укупно
			Више	Неколико	Један	Ниједан	
Пол	М	Н	343	349	38	12	742
		%	46,2%	47,0%	5,1%	1,6%	100,0%
	Ж	Н	339	613	93	20	1.065
		%	31,8%	57,6%	8,7%	1,9%	100,0%
Укупно		Н	682	962	131	32	1.807
		%	37,7%	53,2%	7,2%	1,8%	100,0%

Разлике су биле статистички значајне (хи-квадрат = 41,143, дф = 3, $p = ,000$) и указују на то да младићи имају већи број пријатеља.

3.3. Социјални односи – партнерске везе

Када су у питању партнерске везе, близу 30% младих изјаснило се да до сада нису имали искуство партнерске везе ($N = 523 - 29,8\%$).

Најчешћи одговори који су наведени на питање о узрасту када је испитаник/ца имао/ла прву везу, приказани су у Табели 20.

Табела 20. Најчешћи узрасти код прве партнерске везе

Узраст	Фреквенција	%
14 година	309	17,3
15 година	287	16,1
13 година	192	10,8
16 година	159	8,9

Најчешћи узраст када млади ступају у патнерске везе је 14, а затим 15 година. На ово питање добијен је велики број одговора који нису били валидни (навођене су и године раног и средњег детињства), тако да нису укључени у даље анализе.

На питање да ли су тренутно у вези са неким, добијени су одговори који су приказани у Табели 21.

Табела 21. Одговори на питање о партнерској вези

	Фреквенција	%
Није у вези	1.216	71,2
Јесте у вези	493	28,8
Укупно	1.709	100,0

Девојке су чешће те које наводе да су тренутно у партнерској вези, њих 31%, у односу на 25% младића. Разлика је била статистички значајна ($\chi^2 = 7,619$, $df = 1$, $p = ,001$).

Задовољство тренутном везом процењивано је на десетостепеној скали. Просечно задовољство износи 8,3, што је висока оцена, а две трећине испитаника дало је оцене између 6 и 10 (с. од. = 2,16). Полне разлике нису регистроване.

3.4. Ступање у сексуалне односе

О ступању у сексуалне односе извештава 25% младих. Тај проценат је тек незнатно мањи у односу на постотак оних који су се изјаснили да се налазе у партнерској вези (што би могло значити да ступање у сексуалне односе код младих дефинише статус везе).

Младићи су у већем броју већ имали сексуалне односе, њих 31%, док је то случај са 21% девојака. Разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 25,076$, $df = 1$, $p = ,000$).

Просечан узраст ступања у сексуалне односе је 16 година, као што је показано и другим истраживањима (Пројекат „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу“ који спроводи ПССО у сарадњи са ИЗЗЈВ). Највећи број испитаника имали су једног партнера (51%), њих 15% имали су два, а 12% извештава да су имали три партнера.

На питање о нежељеним сексуалним односима, 12% младих је одговорило да су то искуство имали једном, а 5% њих – више пута. Најчешћи разлог за нежељени сексуални однос (60% оних који су га имали) јесте жеља да се угоди партнеру/партнерки, док су други разлози притисак партнера (13%) и утицај алкохола (13%).

4. Доживљај могућности контроле живота и безбедност

4.1. Доживљај могућности контроле

У оквиру упитника испитано је колико млади осећају да имају могућност избора и контролу над својим животима. Овај доживљај оцењиван је на скали од 1 до 10, при чему оцена 1 означава потпуно одсуство контроле, а 10 – осећај потпуне контроле. Просечна оцена коју су млади постигли на овом питању је 8,3, што указује на врло изражен доживљај могућности контроле, а највећи број резултата, око 2/3, улази у опсег између 6,5 и 10. Регистрована је мала, али статистички значајна разлика између младића и девојака, која указује да младићи верују да имају већи степен контроле над својим животом (младићи, а. с. = 8,4; девојке, а. с. = 8,2).

4.2. Безбедност младих и штетни утицаји средине

У оквиру упитника млади су питани да процене колико су били угрожавани на различите начине. Одговори и поређење између младића и девојака приказани су у Табели 22.

Табела 22. Одговори на питање о начинима угрожавања

„Да ли си у протеклих годину дана био/ла у више наврата угрожаван/а на један од следећих начина?“:	%	Полне разлике
Уценама	8,8	н. з.
Праћењем	3,1	н. з.
Вређањем	25,6	28,1 девојке, 21,9 младићи ($\chi^2 = 7,746$, $df = 1$, $p = ,001$)
Снимањем	3	н. з.
Физичким насиљем	4,4	6,8 младићи, 2,9 девојке ($\chi^2 = 14,011$, $df = 1$, $p = ,000$)
Искључивањем из друштва	9,9	12,3 девојке, 6,5 младићи ($\chi^2 = 14,396$, $df = 1$, $p = ,000$)
Присиљавањем на нешто што не желиш	4,6	н. з.
Насиљем на интернету	3	н. з.

Најчешћи начин угрожавања међу младима јесте вређање. Њему је била изложена 1/4 испитаника и то у већој мери девојке него младићи. Изложена искључивању из друштва била је 1/10 испитаника, што их сврстава у категорију жртава индиректне агресивности. Овај проценат знатно је мањи од процената које су добили Попадић и Плут (2007), који су истраживање радили на узорку већем од 26.000 испитаника (Попадић и Плут, 2007). Трећи по учесталости облик угрожавања јесте уцењивање, коме је било изложено близу 9% испитаника.

У овом делу упитника постављено је и питање о учесталости одласка у кладионице. Добијен је податак да 6% младих у кладионице одлази често, 16% њих понекад, а 78% никада.

Подаци добијени од младића и девојака приказани су у Табели 23.

Табела 23. Учесталост клађења међу младима

			Клађење			Укупно
			Често	Понекад	Никад	
Пол	М	Фреквенција	97	216	424	737
		%	13,2%	29,3%	57,5%	100,0%
	Ж	Фреквенција	8	70	984	1.062
		%	0,8%	6,6%	92,7%	100,0%

Разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 324,577$, $df = 2$, $p = 0$) и указују да је често клађење заступљено готово искључиво код младића. Никада се није кладило 57,5% младића и 93% девојака.

И на крају, у оквиру овог дела, младима је постављено питање колико често гледају ријалити програме (Фарму, Великог брата, Парове, и сл.). Добијен је податак да 2/3 младих никада не гледа ове програме (67%), понекад гледа приближно четвртина њих (27%), а често 6% испитаника.

Разлике међу половима биле су статистички значајне ($\chi^2 = 15,961$, $df = 2$, $p = ,000$). Ове разлике приказане су у Табели 24.

Табела 24. Полне разлике у праћењу ријалити програма

			Ријалити			Укупно
			Често	Понекад	Никад	
Пол	М	Фреквенција	54	165	521	740
		%	7,3%	22,3%	70,4%	100,0%
	Ж	Фреквенција	56	323	683	1.062
		%	5,3%	30,4%	64,3%	100,0%

Међу младићима је нешто више оних који често гледају, а међу девојкама више оних које гледају понекад. Већи број младића него девојака уопште не гледа ријалити програме.

5. Стрес и превладавање стреса

5.1. Перципирани стрес

За испитивање стреса код младих употребљена је Скала перципираног стреса (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). То је најшире коришћен психолошки инструмент за испитивање доживљаја стреса. Скалом се испитује колико се догађаји у нечијем животу доживљавају као стресни – непредвидљиви,

неподложни контроли и оптерећујући за испитаника. Питања у скали односе се на осећања и размишљања у последњих месец дана. За свако питање испитаници процењују учесталост одређеног осећања или размишљања.

Резултати на нашем узорку приказани су у Табели 25.

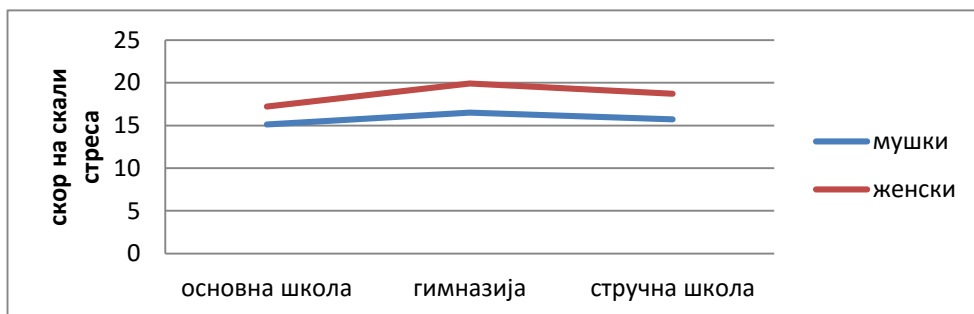
Табела 25. Резултати испитаника на скали стреса

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
Скор на скали стреса	1.644	,00	40,00	17,49	6,48

Ниво стреса наших испитаника упадљиво је виши него што је добијено у истраживању са циљем да се добију норме за ову скалу на америчкој популацији, где је просечан скор мушкараца износио 12,1, а жена 13,7, мада су ове норме добијене на популацији одраслих. Ипак, и просек најмлађе узрасне групе из америчког истраживања, узраста 18–29 година (14,2), био је значајно нижи од просека добијеног код нас (17,5).

На Графикону 4 приказане су разлике међу испитаницима различитог пола, узраста и типа школе у нивоу перципираног стреса.

Графикон 4. Разлике у нивоу стреса према полу и типу школе



Из графика се може уочити да девојке имају израженији доживљај стреса и да је он најјачи код девојака из гимназије. Девојке свих категорија имају израженији доживљај стреса, а разлике су статистички значајне међу свим групама, осим између младића из основних и средњих стручних школа.

На питање о стресном догађају који их је највише узнемирио, испитаници су описивали своја искуства, која су класификована на основу више критеријума. Први критеријум био је интензитет стресног догађаја.

Најважније врсте стресних догађаја према интензитету претње јесу: трауме, животни догађаји, хронично оптерећење и дневни микростресори. Карактеристике сваке категорије описане су у теоријском делу.

Учесталост стресних догађаја из различитих категорија по интензитету, које су наши испитаници изабрали као своје најстресније искуство, приказана је у Табели 26.

Табела 26. Учесталост стресних догађаја различитог интензитета

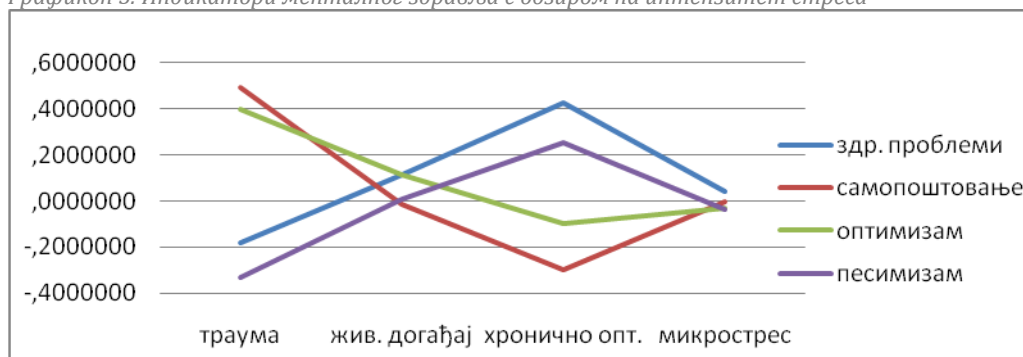
Категорија	Фреквенција	%
Траума	18	2,2
Животни догађај	291	36,1
Хронично оптерећење	255	31,6
Микрострес	239	29,7
Укупно	806	100,0

Пре свега треба истаћи да је на питање о стресном искуству које је наше испитанике највише узнемирило, одговорило свега њих 806, што представља 44% испитаника. Остали испитаници (56%), или нису имали стресна искуства која су на њих оставила озбиљнији траг, или нису желели да одговоре на ово питање отвореног типа (што значи да је давање одговора захтевало одређено време и труд потребан за опис стресног искуства у неколико речи или реченица).

Међу онима који су на питање одговорили, сасвим мали број испитаника доживео је стрес трауматског интензитета. Најзаступљенији су животни догађаји, присутни код више од једне трећине испитаника. Хронично оптерећење и микрострес издвојени су као најистакнутији стресни догађаји код око 30% испитаника за сваку врсту догађаја.

Испитивана је повезаност интензитета стресног искуства код испитаника са мерама благостања и здравља. Разлике које су биле статистички значајне приказане су графички.

Графикон 5. Индикатори менталног здравља с обзиром на интензитет стреса



Из графикона се види да је најугроженија група оних испитаника који за своје најстресније искуство бирају искуство из категорије хроничног оптерећења. Млади који су сврстани у ову групу имају највећи број здравствених проблема,

најниже самопоштовање, виши песимизам и нижи оптимизам у односу на друге групе.

Резултати сврставања стресних догађаја према домену приказани су у Табели 27.

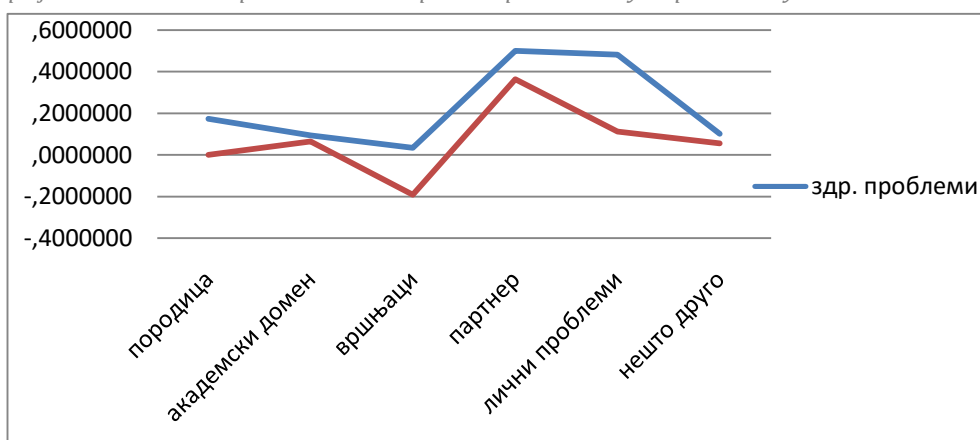
Табела 27. Учесталост стреса из различитих домена

Домен	Фреквенција	%
Породица	317	39,7
Академски домен	163	20,4
Вршњаци	92	11,5
Партнер	48	6,0
Лични проблеми	89	11,2
Нешто друго	88	11,0
Укупно	798	100,0

Из табеле се види да највише испитаника који су одговорили на ово питање (њих 798 – око 44% целокупног узорка) као најзначајнији стрес виде онај који потиче из домена породице (близу 40% испитаника). Једна петина њих издваја стрес из академског домена. Остале категорије заступљене су са учесталošћу од око 10%, с тим да је најмање често издвојен стрес у вези са партнерским односима.

Стање здравља и благостања испитаника, који се разликују по домену најинтензивнијег стресног искуства, које је статистички значајно, приказано је на Графикону 6.

Графикон 6. Индикатори менталног здравља према домену стресног искуства



Из графика се види да највише здравствених проблема и ризичних понашања имају млади чија се стресна искуства убрајају у домен партнерских и личних проблема.

5.2. Превладавање стреса

Познато је да стрес на здравље не утиче директно, него у овој релацији учествују и све активности које особа предузима да би се са стресном ситуацијом изборила. Све напоре и активности са тим циљем називамо превладавањем стреса. У оквиру упитника, испитаницима је постављено и питање шта су предузели да стресну ситуацију на неки начин превазиђу, разреше. Добијени одговори сврстани су у категорије, према функцији коришћеног превладавајућег понашања.

Најважније врсте, према могућој функцији превладавајућег понашања, јесу: превладавање усмерено на проблем, превладавање усмерено на емоције и превладавање усмерено на избегавање. Карактеристике све три категорије описане су у теоријском делу.

У Табели 28 приказана је учесталост коришћења превладавања усмереног на проблем, на емоције и на избегавање.

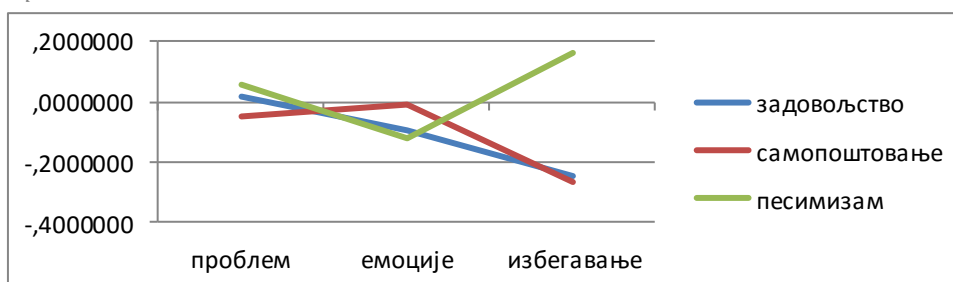
Табела 28. Учесталост коришћења различитих видова превладавања

Превладавање	Фреквенција	%
На проблем усмерено	329	46,1
На емоције усмерено	177	24,8
Избегавање	205	28,8
Укупно	713	100,0

На питање о превладавању одговорило је 713 испитаника, што представља 39% од укупног броја испитаних ученика. Најзаступљеније је превладавање усмерено на проблем, кога користи нешто мање од половине испитаника који су одговорили на ово питање. У другој половини подједнако је заступљено превладавање усмерено на емоције и на избегавање.

Превладавајућа понашања била су повезана са мерама менталног здравља младих. Значајне разлике међу младима који користе различите видове превладавања стреса приказане су на Графикону 7.

Графикон 7. Индикатори менталног здравља у зависности од типа превладавања стреса



Из графикана се може уочити да је превладавање усмерено на избегавање повезано са неповољним исходима на плану менталног здравља. Млади који користе избегавање у стресним ситуацијама имају ниже самопоштовање и задовољство животом, као и израженији песимизам.

Највеће задовољство животом присутно је код младих који су се изјаснили да користе превладавање усмерено на проблем, што је потврђено још једном, приликом одговарања на питање: „Шта ти је од тога што си радио/ла помогло?“. И код овог питања се показало да млади који сматрају да је превладавање усмерено на проблем ефикасно, имају израженије задовољство животом.

6. Показатељи менталног здравља младих

Здравље представља сложен динамички феномен који се може дефинисати на више начина – као недостатак болести, недостатак способности и поремећаја, али и као резултат хармоничних односа са околином, стање равнотеже на свим нивоима, продукт одговорног и здравог начина живота, услов или неопходност за обављање свакодневних активности и потенцијал за самоостварење.

У оквиру овог истраживања коришћен је већи број индикатора менталног здравља младих, као што су: (1) самопоштовање, (2) самоефикасност, (3) задовољство животом, (4) оптимизам и (5) песимизам. Испитано је и присуство одређених симптома поремећаја здравља (6). Важан индикатор менталног здравља јесте и присуство ризичних понашања – употребе психоактивних супстанци (ПАС), поремећаја исхране и поремећаја употребе интернета. Подаци о ризичним понашањима, због обима, приказани су у посебној секцији извештаја.

6.1. Самопоштовање

Самопоштовање младих испитивано је помоћу Розенбергове скале самопоштовања (Rosenberg Self Esteem Scale – RSE; Rosenberg, 1965). У питању је један од најчешће коришћених инструмената за процену самопоштовања, који је преведен на неколико језика и адаптиран за коришћење у различитим културама и популацијама. Састоји се од 10 ајтема, 5 позитивно, а 5 негативно усмерених, на које испитаници одговарају коришћењем Ликертове скале, у складу са нивоом слагања са сваком од ставки: од 1 – *уопште се не слажем*, до 5 – *у потпуности се слажем*. Ставке упитника односе се на глобалне самоевалуације у вези са тим колико испитаник сматра да вреди, од којих је 5 у позитивном, а 5 у негативном смеру. Високи скорови представљају индикаторе високог нивоа самопоштовања. Примери ставки су: „Мислим да вредим барем колико и други људи“, или: „Понекад се осећам потпуно бескорисним“.

Резултати испитаника на скали самопоштовања приказани су у Табели 29.

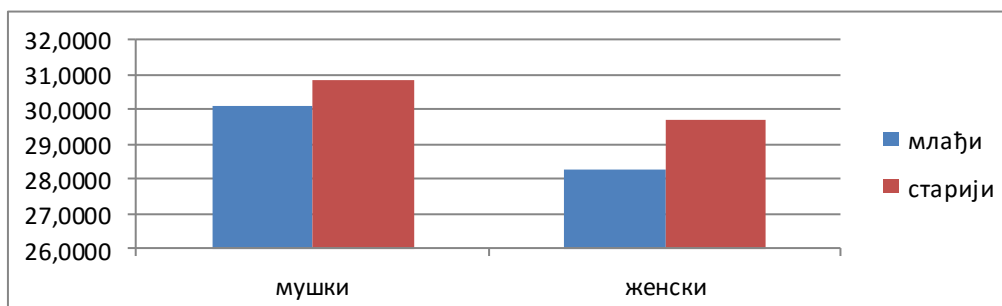
Табела 29. Резултати – аритметичка средина и стандардно одступање на скали самопоштовања

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
Самопоштовање	1.666	1,00	40,00	29,85	6,82

Аритметичка средина добијена на нашем узорку не разликује се битно од вредности које се као просечне наводе у истраживањима у иностранству (Bagley, Volitho & Bertrand, 1997), где се вредности крећу у распону од 30 до 32 бода, са приближним вредностима стандардног одступања. Такође, она је значајно већа од сора 21, који указује на веома ниско самопоштовање. Међутим, треба обратити пажњу на податак да је проценат младих који на скали имају скор мањи од 21 у нашем узорку – 10%, док он у иностраним истраживањима не износи више од три одсто.

На скали самопоштовања регистроване су разлике по полу и узрасту. Ове разлике приказане су на Графикону 8.

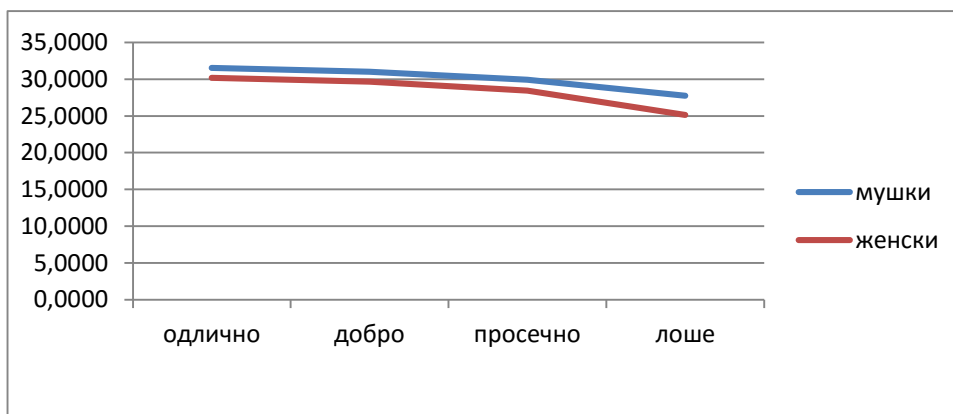
Графикон 8. Полне и узрастне разлике у самопоштовању



Из графикана се види да најниже самопоштовање имају млађе адолесценткиње. Девојке обе узрастне категорије имају ниже самопоштовање од младића.

Разлике према полу и материјалном стању приказане су на Графикону 9.

Графикон 9. Разлике у самопоштовању према полу и материјалном стању испитаника



Из графика се види да постоје мале, али статистички значајне разлике у самопоштовању и према материјалном статусу, тако да је самопоштовање ниже у групама са лошијим материјалним стањем.

Није било разлика према типу школе коју испитаници похађају.

6.2. Самоефикасност

Самоефикасност је мерена скалом генерализоване самоефикасности (ГСЕ, у оригиналу: The General Self-Efficacy Scale, GSE). У питању је психометријска скала са 10 ајтема, који су конструисани да утврде оптимистичку самоувереност особе која сматра да је у стању да се носи и изађе на крај са различитим и тешким захтевима живота. Скала је конструисана у Немачкој (Jerusalem & Schwarzer, 1992), а доступна је и на српском језику. Задатак испитаника је да изрази степен слагања са тврдњама, помоћу четворостепене скале.

У Табели 30 приказани су резултати испитаника из целокупног узорка на овој скали.

Табела 30. Резултати на скали генерализоване самоефикасности

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
ГСЕ	1.583	10,00	40,00	31,59	5,84

Добијени просек одговара претходним истраживањима на нашој студентској омладини (Костић и Недељковић, 2012), који је био 31,75 (с. од. = 4,29). Оба ова сора нешто су виша од аритметичке средине добијене на валидационом узорку скале на немачкој средњошколској омладини, која је износила 29,60 (Schwarzer, 2014), што би могло да укаже да наши средњошколци процењују своју самоефикасност нешто вишем него немачки вршњаци.

Добијен је сличан образац разлика као када је у питању самопоштовање. Разлике су мале и на граници статистичке значајности. У питању су разлике по полу: код младића је регистрована нешто већа процена самоефикасности; затим код старијих ученика и код испитаника са бољим материјалним стањем. Код испитаника из града регистрована је већа самоефикасност у поређењу са осталим категоријама формираним по месту становања.

6.3. Задовољство животом

Задовољство животом испитивано је помоћу Скале задовољства животом (Satisfaction With Life Scale – SWSL; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Скала задовољства животом је кратка скала од пет тврдњи, која се најчешће користи за мерење задовољства животом у целини и представља испитаникову субјективну свесну процену. Задатак испитаника је да са сваком тврдњом изрази слагање помоћу седмостепене скале, а укупан резултат добија се сабирањем свих одговора.

У Табели 31 приказани су резултати испитаника из целокупног узорка на Скали задовољства животом.

Табела 31. Резултати испитаника на Скали задовољства животом

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
SWSL	1.678	5,00	35,00	24,32	6,56

Просечан резултат испитаника износи 24,3 бода (а стандардна девијација износи 6,5, што значи да већина испитаника – око 2/3 – постиже резултат између 17,5 и 30,5). Овај резултат је на граници која дели категорију просека од категорије са високим задовољством животом, према нормама које предлажу аутори скале.

Полне разлике биле су статистички значајне, а подаци о њима приказани су у Табели 32.

Табела 32. Полне разлике на Скали задовољства животом

	Пол	Н	а. с.	с. од.	т	дф	п
SWSL	Мушки	671	24,87	6,29	2,740	1.673	,006
	Женски	1.004	23,97	6,71			

Младићи показују већи степен задовољства животом, у поређењу са девојкама.

Испитане су и узрастне разлике, а резултати су приказани у Табели 33.

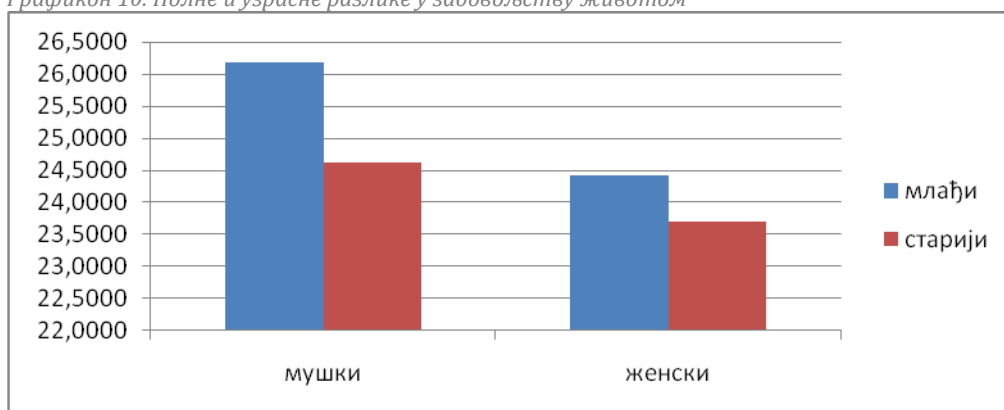
Табела 33. Узрастне разлике у задовољству животом

	Узраст	Н	а. с.	с. од.	т	дф	п
SWSL	млађи	441	25,22	6,92	3,430	1.663	,001
	старији	1.224	23,98	6,36			

Из табеле се може уочити да су старији испитаници мање задовољни животом.

Задовољство животом испитаника различитог пола и узраста приказано је на Графикону 10.

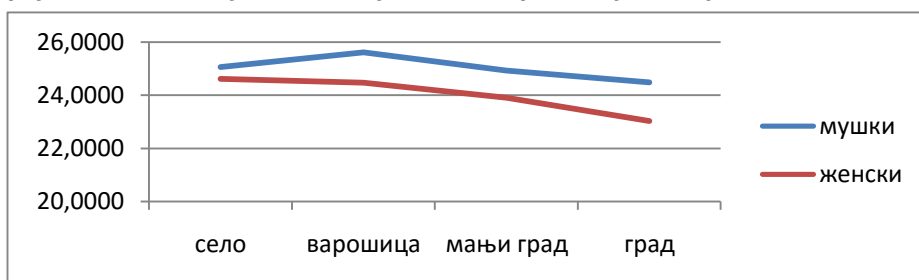
Графикон 10. Полне и узрастне разлике у задовољству животом



Из графикона се може видети да су најзадовољнији млађи адолесценти мушког пола, а најмање су задовољне старије адолесценткиње.

Разлике у задовољству животом посебно су анализиране за младиће и девојке, с обзиром на место становања. Резултати ове анализе приказани су на Графикону 11.

Графикон 11. Разлике у задовољству животом према полу и месту становања



Из графикана се може уочити да постоје разлике у задовољству животом с обзиром на место становања. Испитаници из града мање су задовољни у односу на остале испитанике. Девојке из свих категорија мање су задовољне у поређењу са младићима, с тим да су разлике најмање у селу, а највише у граду. Најмање су задовољне девојке из града.

Задовољство животом доведено је у везу и са материјалним стањем испитаника. Резултати поређења група са различитим материјалним стањем приказани су у Табели 34.

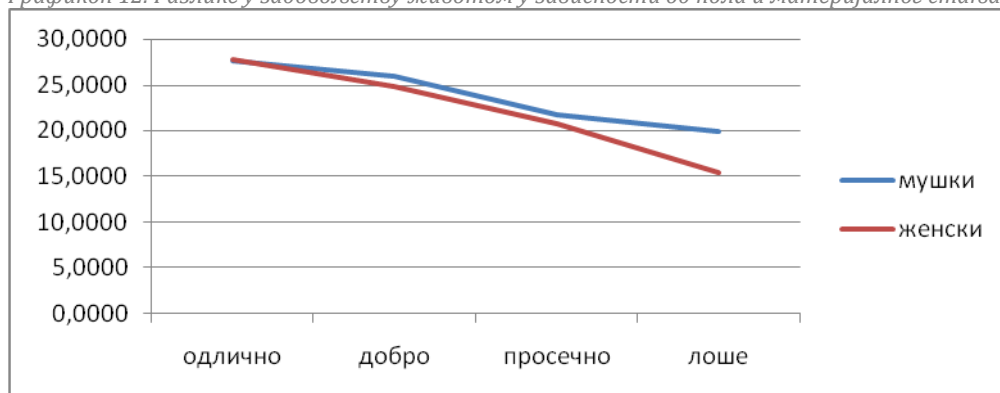
Табела 34. Задовољство животом у групама са различитим материјалним стањем

Мат. стање	Н	а. с.	с. од.	Ф	ДФ	п
Одлично	369	27,71	5,42	115,492	3	,000
Добро	744	25,23	5,90			
Средње	487	21,14	6,30			
Лоше	58	17,58	7,49			
Укупно	1.658	24,32	6,57			

Из табеле се види да се задовољство смањује почев од групе чије је материјално стање одлично, ка групи са лошим материјалним стањем, у којој је задовољство животом најниже и сврстава се у категорију исподпросечног.

На Графикону 12 приказане су разлике међу испитаницима различитог пола и материјалног стања.

Графикон 12. Разлике у задовољству животом у зависности од пола и материјалног стања



Из графикана се може уочити да су најмање задовољне девојке лошег материјалног стања.

6.4. Оптимизам/песимизам

Оптимизам/песимизам схваћени су као генерализовано очекивање позитивних или негативних исхода сопствених активности, па се стога сматрају релативно одвојеним и стабилним димензијама личности (према: Пенезић, 2002). Оптимизам и песимизам мерени су О-П скалом, у којој има укупно 14 ајтема (6 мери оптимизам, а 8 песимизам), а испитаници уз помоћ петостепене скале исказују свој степен слагања са сваком од тврдњи.

Резултати испитаника на скалама оптимизма и песимизма приказани су у Табели 35.

Табела 35. Резултати испитаника на скали оптимизма/песимизма

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
Оптимизам	1.607	1,0	5,0	3,7	0,8
Песимизам	1.585	1,0	5,0	2,6	0,9

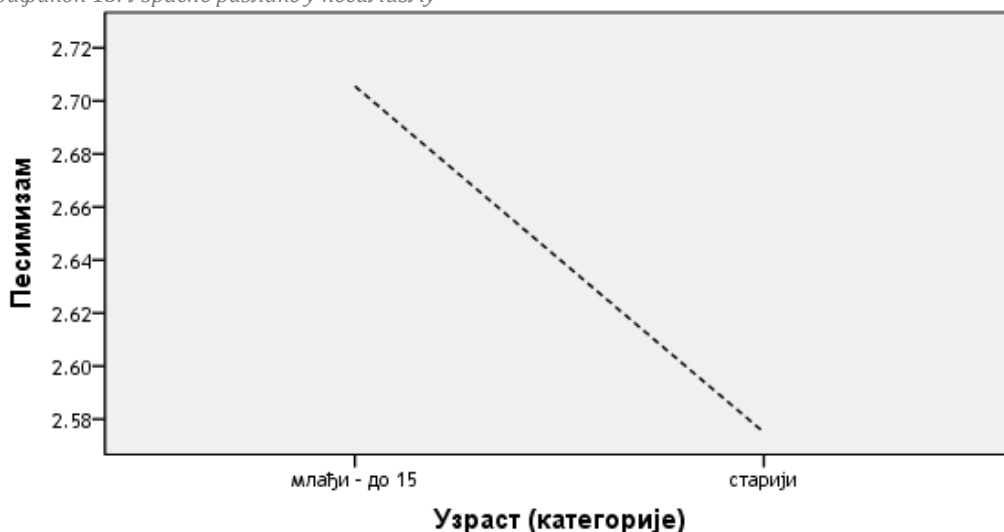
Из табеле се види да је оптимизам израженији од песимизма, што и јесте очекиван налаз код опште популације. У поређењу са скорашњим истраживањем оптимизма и песимизма код наставника војвођанских школа (Беара, 2012), може се рећи да су њихови ученици нешто мање оптимистични (оптимизам код наставника био је 3,86) и више песимистични (2,61 у поређењу са 2,07 код наставника).

Нема статистички значајних разлика у оптимизму у односу на пол, нити у односу на узраст. Такође, нема значајних разлика у песимизму по полу, док је у односу на узраст категорије (млађи/старији адолесценти) нађена статистички значајна разлика. Млађи од 15 година песимистичнији су од старијих ($t = 2,45$; $p = 0,01$), што је илустровано у Табели 36 и на Графикону 13.

Табела 36. Значајност разлика у песимизму у односу на узраст

	Узраст	Н	а. с.	с. од.	т	дф	п
Песимизам	Млађи	405	2,71	0,96	2,45	1.571	,014
	Старији	1.168	2,57	0,90			

Графикон 13. Узрасне разлике у песимизму



Бројна истраживања доказала су да је оптимизам повезан са позитивним исходима, попут доброг здравља, благостања, успеха, оптималног психолошког функционисања, док је песимизам повезан са негативним показатељима менталног здравља: нижим самопоштовањем, мањим задовољством животом, депресивношћу и лошијим здрављем. Неке од ових налаза потврђујемо и нашим истраживањем (видети Графиконе 5 и 7 у овом извештају). Стога би било важно додатно испитати узроке песимизма, поготово код млађих адолесцената.

6.5. Здравље и поремећаји здравља

Присуство здравствених проблема код младих испитивано је Скалом за процену генералног здравља (General Health Questionnaire – GHQ; Goldberg, 1992), која је скраћена у оквиру претходних истраживања на домаћој популацији, тако да се састоји од 12 ставки. Испитаници имају задатак да на четворостепеној скали процене у којој мери се слажу са сваком од ставки. Инструмент има четири супскале које мере: а) соматизацију (склоност да се доживљавају телесни симптоми који нису повезани са телесним болестима), б) анксиозност (стање узнемирености, стрепње, страха без јасног узрока), в) социјалну дисфункционалност (тешкоће у социјалној сфери), и г) депресивност, а прихватљиво је у анализама користити и јединствени скор као меру општег здравља. Испитаници имају задатак да на питања попут: „Да ли сте у последње време осећали да сте истрошени и да вам је лоше?“, одговоре путем означавања одговора са којим се највише слажу, а за сваку ставку понуђене су четири опције: „уопште не“, „не више него обично“, „више него обично“ и „много више него обично“, где одговор „уопште не“ има вредност 0, док одговор „много више него обично“ носи вредност 3, где се одговори са већом вредношћу односе на лошије здравље.

Резултати испитаника на нивоу целокупног узорка приказани су у Табели 37.

Табела 37. Присуство симптома поремећаја код испитаника

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
Соматизација	1.684	0	9	2,67	2,30
Анксиозност	1.675	0	9	2,56	2,42
Социјална дисфункција	1.635	0	9	3,77	1,82
Депресивност	1.640	0	9	1,40	1,99
Здравље – укупно	1.580	0	36	10,44	6,41

Из вредности добијених на нашем узорку може се видети да је стање здравља релативно добро. Просечан скор на нивоу узорка износи 10 и значајно је мањи од теоријске аритметичке средине (18). На појединачним показатељима здравља такође су добијене аритметичке средине које указују да тегобе нису јако изражене. Највише су изражени проблеми који се сврставају у домен социјалне дисфункционалности, а најмање симптоми депресивности.

Полне разлике на показатељима здравља приказане су у Табели 38.

Табела 38. Полне разлике на показатељима здравља

	Пол	Н	а. с.	с. од.	т	дф	п
Соматизација	М	668	2,00	2,01	-9,909	1.679	,000
	Ж	1.013	3,11	2,37			
Анксиозност	М	662	1,94	2,12	-8,681	1.670	,000
	Ж	1.010	2,96	2,51			
Социјална дисфункција	М	642	3,43	1,85	-6,222	1.631	,000
	Ж	991	4,00	1,77			
Депресивност	М	644	1,31	1,96	н. з.		
	Ж	994	1,46	2,02			
Здравље – укупно	М	619	8,65	5,68	-9,165	1.576	,000
	Ж	959	11,61	6,59			

Изузев када су у питању симптоми депресивности, полне разлике су регистроване на свим испитиваним индикаторима и то такве да девојке показују више симптома здравствених тегоба.

Испитане су и узрастне разлике, а резултати су приказани у Табели 39.

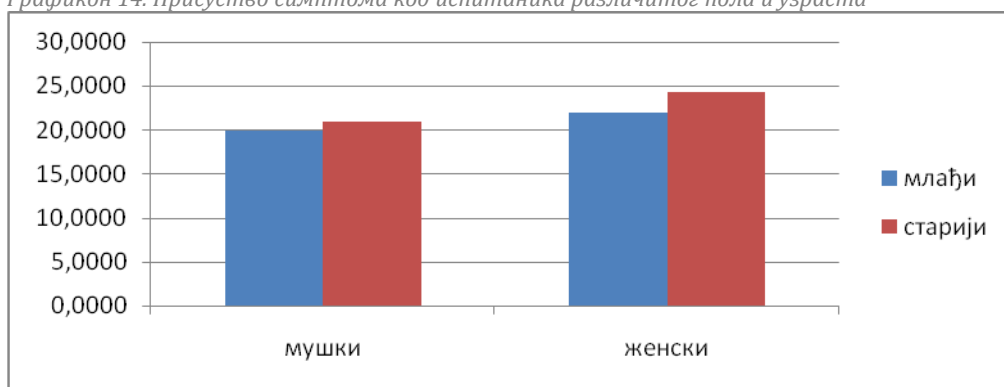
Табела 39. Узрастне разлике у присуству симптома поремећаја здравља

	Узраст	Н	а. с.	с. од.	т	дф	п
GHQ	Млађи	413	21,15	5,93	-4,813	1.566	,000
	Старији	1.155	22,91	6,50			

Из ове табеле може се уочити да старији адолесценти имају више здравствених проблема.

Здравље, тј. присуство здравствених тегоба код испитаника различитог пола и узраста, приказано је на Графикону 14.

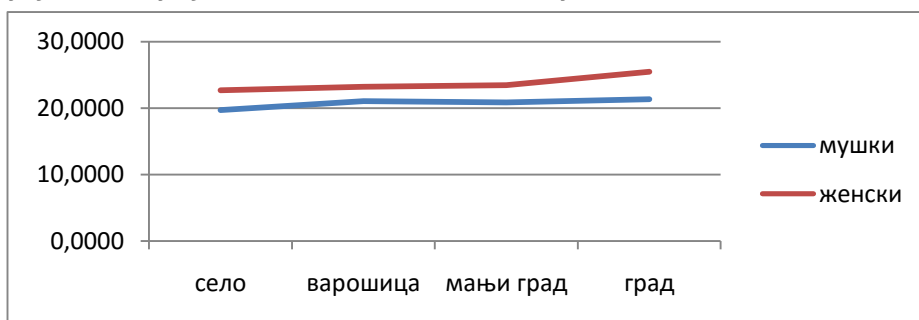
Графикон 14. Присуство симптома код испитаника различитог пола и узраста



Из графикона се може видети да најмање симптома имају млађи адолесценти мушког пола, а највише старије адолесценткиње.

Разлике у броју здравствених тегоба посебно су анализиране за младиће и девојке, с обзиром на место становања. Резултати ове анализе приказани су на Графикону 15.

Графикон 15. Присуство симптома код испитаника различитог пола и места становања



Из графикана се може уочити да постоје разлике у стању здравља с обзиром на место становања. Испитаници из града имају више симптома у односу на остале испитане ученике. Девојке из свих категорија имају више симптома у поређењу са младићима, а разлике су највише у граду. Највише симптома од свих имају девојке из града.

Здравствено стање доведено је у везу и са материјалним стањем испитаника. Резултати поређења група са различитим материјалним стањем приказани су у Табели 40.

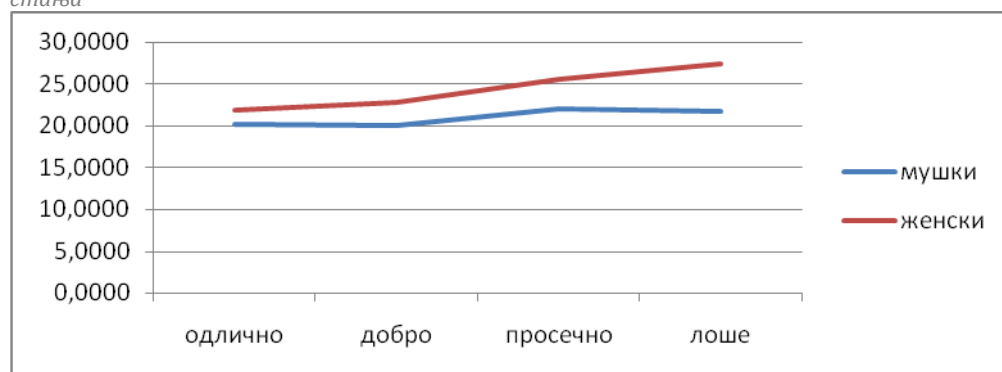
Табела 40. Разлике у броју симптома с обзиром на материјално стање

Мат. стање	Н	а. с.	с. од.	Ф	ДФ	п
Одлично	335	21,18	5,66	22,251	3	,000
Добро	711	21,78	6,02			
Средње	459	24,24	6,89			
Лоше	53	24,92	8,10			
Укупно	1.558	22,48	6,42			

Из аритметичких средина се види да је број здравствених проблема већи, што је материјално стање лошије. Најмањи број симптома имамо у групи са одличним материјалним стањем, а највећи у групи са лошим материјалним стањем.

Разлике у броју симптома у зависности од пола и материјалног стања приказане су на Графикону 16.

Графикон 16. Присуство симптома код испитаника у зависности од пола и материјалног стања



Највећи број здравствених тегоба и симптома имају девојке лошег материјалног стања.

7. Ризична понашања и понашање на интернету

7.1. Употреба психоактивних супстанци (ПАС)

У Табели 41 приказана је учесталост употребе различитих психоактивних супстанци (ПАС), као и узраст у којем су испитаници испробали сваку од њих.

Табела 41. Учесталост и узраст приликом прве употребе различитих ПАС

	Никад	Ретко	Поне- кад	Врло често	Свако- дневно	Узраст код прве употребе
„Пушиш цигарете“	65,8	11,5	7,8	2,8	12,1	14–16
		19,3		14,9		
„Користиш алкохолна пића“	29,3	21,6	35,1	12,2	2,0	14–15
		56,7		14,2		
„Пушиш марихуану“	87,5	6,2	3,4	1,6	1,4	15–16
		9,6		3,0		
„Узимаш екстази“	96,7	1,7	1,0	0,1	0,5	16–17
		2,7		0,6		
„Узимаш неку од ‘тежих’ дрога (кокаин, хероин...)“	98,8	0,3	0,2	0,3	0,3	15–17
		0,5		0,6		
„Попијеш седатив (бенседин и сл.)“	91,8	5,3	2,1	0,4	0,4	15–17
		7,4		0,8		

Из табеле се може уочити да је најчешће употребљавана ПАС – алкохол. Мање од 30% испитаника никада га није користило. Ретко и понекад користи га готово 60% испитаника, а често или свакодневно 14 одсто. Цигарете и алкохол испитаници су пробали нешто раније него остале ПАС, а узрасти који су наведени крећу се од 14 до 17 година.

Када се одговори испитаника на сва питања која се односе на употребу ПАС сумирају у виду скорa који указује на учесталост употребе ових средстава, добијамо просечан скор од 2,6 на скали чији је распон од 0 до 24. Ова вредност указује да употреба ПАС није јако заступљена међу младима.

С обзиром на употребу ПАС, регистроване су полне разлике. Младићи у већој мери користе ПАС, на шта указује скор од близу 3, док је скор који постижу девојке 2,3. Разлика је статистички значајна ($t = 4,483$, $df = 1.754$, $p = ,000$).

У табели која следи приказана је учесталост конзумирања ПАС у последњих 30 дана. Осим за пушење и коришћење седатива, младићи су се учесталије изјаснили да су користили све остале ПАС.

Табела 42. Учесталост употребе ПАС у последњих 30 дана, и полне разлике

	Да	М	Ж	Значајност
1. „Пушио/ла цигарете“	27,9	30,2	26,3	н. з.
2. „Користио/ла алкохолна пића“	55,0	59,5	51,8	,001
3. „Пушио/ла марихуану“	8,1	11,7	5,5	,000
4. „Узимао/ла екстази“	1,8	3,1	0,9	,001
5. „Узимао/ла неку од 'тежих' дрога“	1,1	1,6	0,7	,047
6. „Попио/ла седатив (бенседин и сл.)“	4,0	4,6	3,6	н. з.

У Табели 43 приказана је употреба ПАС у групи вршњака, по процени наших испитаника.

Табела 43. Учесталост употребе ПАС међу вршњацима

	Нико	Мало њих	Неколико њих	Већина	Сви
1. „Пуши цигарете“	14,2	21,5	24,2	36,0	4,1
		45,7		40,1	
2. „Користи алкохолна пића“	8,6	11,5	14,3	44,2	21,4
		25,8		65,6	
3. „Пуши марихуану“	56,5	20,6	15,2	6,2	1,6
		35,8		7,8	
4. „Узима екстази“	77,1	15,9	5,1	1,4	,5
		21,0		1,9	
5. „Узима неку од 'тежих' дрога“ (кокаин, хероин и сл.)	91,3	6,2	1,3	,6	,6
		7,5		1,2	
6. „Попије седатив (бенседин и сл.)“	72,7	17,6	6,2	2,5	,8
		23,8		3,3	

Велики број (већина и сви) вршњака наших испитаника користи алкохол (65,6%) и пуши цигарете (40,1). Остале ПАС заступљене су у значајно мањем проценту. Према укупном скору вршњачке употребе ПАС, младићи и девојке нису се међусобно разликовали. Интересантан податак је да је просечан скор вршњачке употребе ПАС (6,11) на истој скали значајно већи од скорa за личну употребу ПАС (2,6) код наших испитаника, што потенцијално указује да млади нису били сасвим искрени у одговарању на питања о личној употреби.

7.2. Употреба интернета и мобилних телефона

Рачунари, интернет и мобилна телефонија све су више у употреби, а узрасна граница почетка њиховог свакодневног коришћења спушта се на све млађе узрасте. Свакако, интернет и мобилни телефони могу постати извор различитих видова злоупотребе, па и поремећаја у коришћењу (Хинић, 2012), те се могу сматрати потенцијално ризичним понашањем. Стога смо испитали навике и интензитет употребе рачунара, интернета и мобилних телефона код младих у нашем узорку.

Понашање на интернету и коришћење мобилног телефона испитивано је преко више питања о интензитету (колико времена недељно се проведе на рачунару и интернету, односно мобилном телефону) и квалитету употребе интернета (начинима на које се интернет користи).

У Табели 44 упоредно су приказани одговори испитаника у погледу интензитета употребе рачунара, односно мобилног телефона.

Табела 44. Интензитет (број сати недељно) коришћења рачунара и мобилног телефона

	Рачунар		Мобилни телефон	
	Фрекв.	%	Фрекв.	%
Мање од 1 сата недељно	352	20	129	7
Од 1 до 5 сати недељно	699	40	372	22
Од 5 до 15 сати недељно	517	29	594	35
Више од 15 сати недељно	188	11	615	36
Укупно	1.756	100,0	1.711	100,0

Очигледно је да млади проводе много више времена користећи мобилни телефон, него рачунар. Више од једне трећине младих користи телефон дуже од 15 сати недељно, за разлику од само 11%, који толико времена проведу на рачунару.

У погледу расподеле времена проведеног на рачунару (на школске обавезе и на забаву), добијени су одговори који су приказани у Табели 45.

Табела 45. Расподела интензитета коришћења рачунара

	За школске обавезе		За забаву	
	Фрекв.	%	Фрекв.	%
До 1 сата недељно	1.028	59	417	24
Од 1 до 5 сати недељно	588	34	709	41
Од 5 до 15 сати недељно	102	6	467	27
Више од 15 сати недељно	23	1	155	8
Укупно	1.741	100,0	1.748	100,0

Видимо из табеле да млади рачунаре користе интензивније за забаву, него за школске обавезе – скоро 60% младих употребљава рачунар за школске обавезе у врло кратком трајању (до 1 сата недељно), док их укупно преко трећине, у циљу забаве, користи од 5 до 15 сати, и више од 15 сати недељно.

Подаци о томе како ученици користе мобилни телефон приказани су у Табели 46.

Табела 46. Расподела интензитета употребе мобилног телефона

	За комуникацију		За онлајн активности	
	Фрекв.	%	Фрекв.	%
До 1 сата недељно	419	24	290	17
Од 1 до 5 сати недељно	547	32	584	34
Од 5 до 15 сати недељно	537	31	562	33
Више од 15 сати недељно	207	12	269	16
Укупно	1.711	100,0	1.706	100,0

Видимо да нема већих разлика у расподели времена у коришћењу мобилног телефона између комуникацијске функције и онлајн активности (у које смо убројали активности на друштвеним мрежама, сурфовање интернетом, слушање музике, проверавање мејлова), с тим да се опет уочава благи тренд раста броја ученика који ће више времена провести онлајн него у комуникацији путем мобилног телефона. Претпостављамо да се телефон често користи за проверавања друштвених мрежа, што је у нашем истраживању сврстано у онлајн активности.

Питали смо младе да ли им родитељи контролишу време проведено на рачунару и у коришћењу мобилних телефона. Фреквенције њихових одговора приказане су у Табели 47.

Табела 47. Одговори на питање да ли им родитељи контролишу време проведено на рачунару/мобилном телефону

	Рачунари		Мобилни телефони	
	Фрекв.	%	Фрекв.	%
ДА	418	23	270	16
НЕ	1.372	77	1.468	84
Укупно	1.790	100,0	1.738	100,0

Родитељи углавном не контролишу време које њихова деца проводе у употреби рачунара, односно мобилних телефона, с тим да је контрола посебно слаба код употребе мобилних телефона (у 84% одговора тврди се да нема контроле, наспрам 77% код употребе рачунара).

Проверено је и како млади процењују степен сопствене контроле интензитета употребе рачунара, односно мобилних телефона. Питање је гласило: „Уколико би имао/ла могућности, да ли би на рачунару (односно мобилном телефону – прим. аут.) проводио/ла више времена него што проводиш иначе?“. Добијени одговори приказани су у Табели 48.

Табела 48. Одговори на питање о жељи за додатним временом за рачунаром/телефоном

Да ли би проводио/ла више времена да можеш?	На рачунару		У коришћењу мобилног телефона	
	Фрекв.	%	Фрекв.	%
ДА	225	12	137	8
Нисам сигуран/на	331	19	258	15
НЕ	1.238	69	1.334	77
Укупно	1.794	100,0	1.729	100,0

Млади су нешто сигурнији да им је довољно време које иначе проводе у употреби мобилних телефона, него рачунара, што би могло указати на тенденцију да рачунари имају „привлачнију моћ“. Око трећина њих проводила би више времена, или нису сигурни да не би, на рачунару, у поређењу са свега 23% оних који нису сигурни, или су сигурни, да желе више времена уз мобилни телефон. Вероватно је разлог за овакве одговоре то што се мобилни телефони генерално интензивније користе него рачунари (видети Табелу 43).

7.3. Понашање на друштвеним мрежама

Друштвене мреже су интернет сервиси за комуникацију који привлаче све више корисника, поготово младих. Нека ранија истраживања (видети у: Бодрожа, Јовановић и Попов, 2008) указују на то да друштвене мреже штетно делују на ментално здравље и социјални живот корисника, међутим, друга истраживања су показала да учешће у друштвеним мрежама може позитивно да делује на учвршћивање пријатељских веза и социјални живот. Намера овог дела нашег истраживања била је да се опише понашање младих на друштвеним мрежама и да се провери да ли постоји повезаност коришћења друштвених мрежа и неких показатеља менталног здравља.

Подаци о броју младих који користе друштвене мреже приказани су у Табели 49.

Табела 49. Број младих који користе друштвене мреже

„Да ли имаш свој профил на некој од социјалних мрежа?“	Фреквенција	%
Да	1.670	94
Немам креиран профил	99	6
Укупно	1.769	100,0

Преко 90% младих из нашег узорка имају креиране профиле на друштвеним мрежама, који подразумевају нешто другачије облике социјалних интеракција него у реалном животу, што указује на то да је за комплетан увид у ментално здравље младих важно истражити и овај (паралелни) аспект социјалног функционисања. Већина њих има профиле на више друштвених мрежа, најчешће су поменути Фејсбук, затим Твитер и Инстаграм, а често су наведене и друштвене апликације на мобилним телефонима (Viber, WhatsApp).

Подаци о разлозима за креирање профила на друштвеним мрежама приказани су у Табели 50.

Табела 50: Главни разлог за креирање профила на друштвеним мрежама

Разлог	Фрекв.	%
Да бих био/ла у контакту са родбином и пријатељима	1.188	75
Да бих упознао/ла нове људе	90	6
Да бих упознао/ла потенцијалног партнера	17	1
Да прекратим досаду	228	14
За сопствену промоцију	18	1
Нешто друго	43	3
Укупно	1.584	100,0

Доминантан разлог употребе друштвених мрежа јесте одржавање контакта са пријатељима и родбином (наведен код 75% младих), што може да укаже на то да се друштвене мреже користе у сврху одржавања и унапређивања социјалног функционисања, а не у сврху замене реалних пријатељстава. Ово је у складу са нашим налазом да највећи број младих у стварном животу има пријатеље (чак 90% њих има неколико или више пријатеља). На другом месту млади су наводили прекраћивање досаде, али не у великом проценту (14%). Остали разлози знатно ређе су заступљени.

Питали смо ученике од кога прихватају захтев за пријатељство на друштвеним мрежама, при чему су могли да заокруже све одговоре који се односе на њих (стога не сабирамо фреквенције и проценте до укупног броја испитаника у узорку). Добијени одговори приказани су у Табели 51.

Табела 51. Одговори на питање „Од кога прихватате захтев за пријатељство?“

	Фрекв.	%
Од родитеља	487	29
Од блиских пријатеља и родбине	914	54
Од познаника	1.242	73
Од пријатеља мојих пријатеља	426	25
Од било које особе која ме контактира	77	5
Нешто друго	38	2

Веома мали број младих прихвата захтев за пријатељство од било које особе која их контактира, без обзира да ли је познају или не (свега 5% ових одговора), што би се, уз налаз да се најчешће прихватају захтеви од познаника (73%) и од блиских пријатеља и родбине (54%), могло тумачити као одговорно коришћење друштвених мрежа и то у сврху учвршћивања и ширења пријатељстава и родбинских веза. Родитеље као пријатеље на друштвеним мрежама прихватило је 29% ученика, али их није прихватило њих 71%. Овај податак може да укаже, са једне стране, да родитељи путем пријатељства на друштвеној мрежи са својом децом имају увид у њихово „виртуелно“ понашање, али и да већина младих жели да сачува овај домен социјалног функционисања за себе. Међутим, један од разлога зашто проценат пријатељстава између младих и родитеља на

друштвеним мрежама није велики може бити и то што вероватно нису сви родитељи истовремено и корисници друштвених мрежа, па нису ни у прилици да пошаљу захтев за пријатељство својој деци. Одговори под „нешто друго“, иако нису бројни (2%), указују на још један разлог коришћења друштвених мрежа – а то је ступање у контакт са привлачним особама без обзира да ли су познате или непознате („са лепим девојкама“, „са онима који ми се свиде“).

У погледу квантитета и квалитета пријатељстава на друштвеним мрежама, интересовало нас је колико млади имају прихваћених пријатељстава, а такође и ко су им пријатељи на друштвеним мрежама (Табела 52 и Табела 53).

Табела 52. Број пријатеља на друштвеним мрежама

	Фреквенције	%
Мање од 100	91	5
Од 100 до 500	722	43
Од 500 до 1.000	537	32
Преко 1.000	343	20
Укупно	1.693	100,0

Табела 53. Колико од тога су пријатељи које познајеш уживо?

	Фреквенције	%	Кумулативни %
Сви	389	23	23
Већина	1.069	63	86,3
Половина	138	8	94,5
Мањина	86	5	99,6
Скоро нико или нико	7	0,4	100,0
Укупно	1.689	100,0	

У погледу броја пријатеља на друштвеним мрежама, одговори испитаника указују на то да највише младих има од 100 до 500 пријатеља (што, као што смо видели, укључује и родбину и познанике). Висок је проценат и оних који имају од 500 до 1.000 пријатеља (32%), а преко 1.000 пријатеља има око 20% младих (Табела 53) – што говори у прилог експанзивности површних пријатељских и вршњачких веза у виртуелном простору. Вероватно код адолесцената постоји нека врста социјалне норме по којој је пожељно имати што више пријатеља на друштвеним мрежама, јер то говори у прилог популарности особе која их има. Притом је повољно што велика већина младих познаје већину својих онлајн пријатеља и у реалном животу (86% одговора „сви“ и „већина“ – Табела 53).

Занимало нас је да ли се млади, по сопственој процени, другачије понашају на интернету и друштвеним мрежама, него у стварном животу. Одговори на ово питање приказани су у Табели 54.

Табела 54. Одговори на питање „Да ли се некад на интернету или на друштвеним мрежама понашао другачије него у 'реалном животу'?"

	Фреквенције	%
Никада	1.074	61,2
Ретко	417	23,8
Понекад	227	12,9
Често	35	2,1
Укупно	1.754	100,0

Видимо да око 15% младих признаје да се на интернету понекад или често понашају другачије него у реалном животу, што је индикатор да се виртуелни свет може доживети као компензација за фрустрације и ограничења из реалног света, али би овај налаз требало додатно проверити тако да се установи у чему се огледају те разлике, те да ли је понашање онлајн „боље“ или „лошије“ од реалног понашања.

7.4. Посећивање еротских садржаја и играње игрица на рачунару или мобилном телефону као ризично понашање

У ранијим истраживањима установљено је да се општа и клиничка популација (она која се обратила за помоћ због проблема у вези са употребом интернета) разликују у погледу конкретних активности на интернету. Док је код опште популације употреба интернета углавном повезана са провером електронске поште, претрагом садржаја и комуникацијом са родбином и пријатељима, код особа са поремећајем употребе интернета то су (поред прекомерне употребе друштвених мрежа) посебно претрага и конзумирање порнографских садржаја и играње онлајн игрица (Хинић, 2014). Стога смо испитали колико млади у Војводини посећују еротске/порнографске сајтове и колико играју игрице. Одговори на прво од ова два питања приказани су у Табели 55.

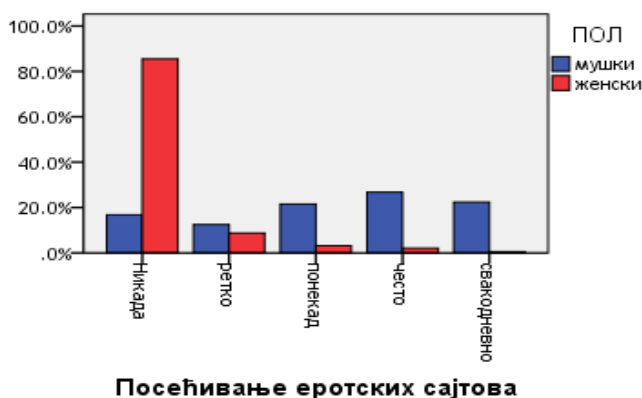
Табела 55. Одговори на питање да ли и колико често испитаници посећују сајтове са еротским садржајем

	Фреквенције	%
Никада	1.021	57,5
Ретко (пар пута годишње)	182	10,3
Понекад (пар пута месечно)	188	10,6
Често (више пута недељно)	217	12,2
Свакодневно	167	9,4
Укупно	1.754	100,0

Видимо из табеле да преко 40% младих посећује сајтове са еротским садржајем, од тога преко 20% често или свакодневно.

На Графикону 17 видљиво је да су углавном момци посетиоци сајтова са еротским садржајем (хи-квадрат = 922,6; $p = ,000$).

Графикон 17. Пол и посећивање еротских сајтова



Испитаницима је постављено и питање о учесталости којом играју компјутерске игрице. Одговори су приказани у Табели 56.

Табела 56. Одговори на питање „Да ли играш игрице?“

	Фреквенције	%	Кумулативни %
ДА, често	495	27,8	27,8
ДА, понекад	795	44,7	72,5
НЕ	489	27,5	100,0
Укупно	1.775	100,0	

Кумулативни проценат од око 73% младих који играју игрице често или понекад, указује на то да су игрице (било на конзолама, са више играча онлајн, било у оквиру социјалних мрежа или на мобилном телефону) постале саставни део живота велике већине младих.

Подаци о броју сати које испитаници недељно проводе у игрању игрица приказани су у Табели 57.

Табела 57. Подаци о времену које испитаници недељно проводе у игрању игрица

	Фреквенције	%
До 1 сата	534	41,7
Од 1 до 5 сати	437	34,2
Од 5 до 10 сати	175	13,7
Преко 10 сати	134	10,5
Укупно	1.280	100,0

Млади који играју игрице и који чине око три четвртине нашег узорка, показују различит интензитет бављења овом активношћу. Највише њих може да контролише овако проведено време у просеку на испод 1 сата недељно (42%), али значајан проценат проводи у игрању игрица више сати недељно. Као главни

разлог, млади наводе досаду (59%), а на другом месту је узбудљивост игара (28%), како се види из Табеле 58.

Табела 58. Основни разлози играња игрица

	Фреквенције	%
„Досадно ми је ако не играм игрице“	729	59,2
„Узбудљиво ми је када играм игрице“	339	27,5
„Спријатељим се са другим играчима“	55	4,5
„Мислим да тако развијам своје способности“	58	4,7
„Осећам се празно када их не играм“	13	1,1
Нешто друго	38	3,1
Укупно	1.232	100,0

7.5. Поремећај употребе интернета

У Табели 59 приказани су резултати испитаника из целокупног узорка на Скали поремећаја употребе интернета.

Табела 59. Резултати на Скали поремећаја употребе интернета

	Н	мин.	макс.	а. с.	с. од.
СПУИ	1.612	18	90	35,25	12,54

Просечан резултат испитаника износи 35,3 поена. Полне разлике нису биле статистички значајне, као ни узрасне. Овај резултат је само неколико поена испод скорa од 38,5, који се сматрао границом за постојање поремећаја употребе интернета (на општој популацији), на основу ранијих истраживања (Хинић, 2014). Међутим, исти аутор (истовремено и аутор скале коју смо користили) напомиње да је ова граница вероватно већ након три године неважећа и да је треба подићи навише – већ истраживања из 2014. указују да би можда тај скор требало повећати, јер интернет комуникација све више постаје део савременог живота, поготово за младе. Такође, неки ајтеми скале описују само интензивно коришћење интернета, не толико патологију. Стога је потребно изнова утврдити нормe и то на основу узраста, као и границу која се може сматрати доњом за постојање поремећаја употребе интернета – што излази из оквира овог истраживања.

7.6. Поремећаји исхране

Испитаници су дали податак о својој телесној висини и тежини. На основу њега израчунат је за сваког испитаника индекс телесне масе. (Рачуна се тако што се телесна маса особе у килограмима подели са квадратом висине у метрима.) Према индексу телесне масе испитаници су разврстани у категорије према препорукама Светске здравствене организације и Међународног удружења за проучавање гојазности.

Учесталост испитаника у различитим категоријама приказана је у Табели 60.

Табела 60. Учесталост испитаника у различитим категоријама према индексу телесне масе

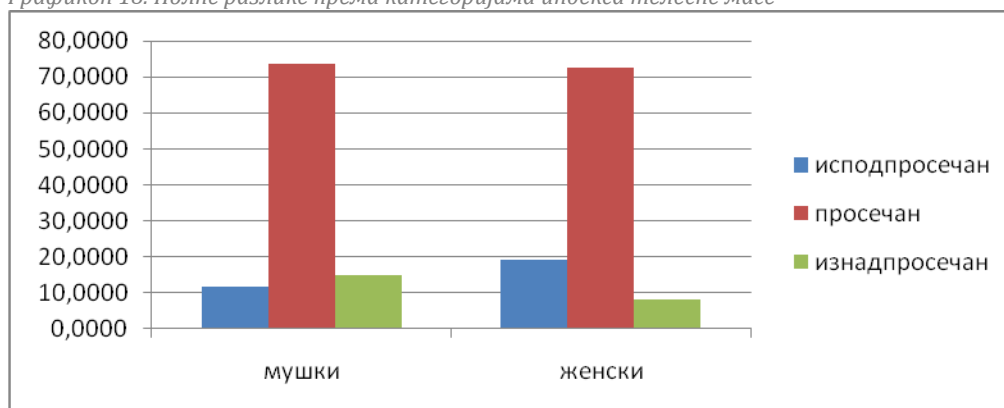
Индекс	Класификација	Фреквенција	%
<18,5	Неухрањеност	279	16,1
18,5–24,9	Идеална маса	1.262	72,9
25–29,9	Прекомерна маса	168	9,7
30–34,9	Блага гојазност	19	1,1
35–39,9	Тешка гојазност	2	,1
>40	Екстремна гојазност	0	0

Из табеле се може уочити да се скоро 3/4 испитаника сврстава у категорију идеалне ухрањености. У категорију неухрањених убраја се 15% испитаника, а око 10% у категорију са прекомерном телесном масом.

За потребе статистичких анализа формиране су три категорије испитаника, са исподпросечним (16,1%), идеалним (72,9%) и изнадпросечним индексом телесне масе (10,9%).

Испитане су полне разлике према категоријама индекса телесне масе и оне су приказане на Графикону 18.

Графикон 18. Полне разлике према категоријама индекса телесне масе



Из графикона се може уочити да је међу девојкама знатно више оних које припадају категорији неухрањених (19% наспрам 12% младића) и значајно мање оних који имају прекомерну телесну масу (8% наспрам 15% младића). Разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 32,142$, $df = 2$, $p = ,000$).

Ученици су у оквиру испитивања попуњавали и упитник о поремећајима исхране. Упитник је конструисан према дијагностичким критеријумима за анорексију и булимију, за потребе истраживања из 2011. године (Ђуровић, 2011). Састоји се од 15 питања, са четворостепеном скалом за одговоре.

Прва три питања конципирана су тако да се сабирањем одговора добија резултат који показује степен забринутости у вези са добијањем на телесној тежини („Често бринем да ћу се угојити“, „Чим нешто поједем узнемири ме помисао да ћу се угојити“, „Мој највећи страх је да ћу се угојити“).

Распон резултата на овом питању је од 0 до 9. Просечан резултат који постижу наши испитаници је 2,32 (значи да су одговори који су бирани најчешће били: „углавном нетачно“ или „потпуно нетачно“), већина резултата (2/3) налази се између 0 и 5 (с. од. = 2,52).

Иако ови резултати не указују на забрињавајући ниво бриге у вези са повећањем телесне тежине, у истраживању ауторке скале, група адолесценткиња која није имала поремећаје исхране (контролна група) постигла је мањи скор на овој скали – 1,63 – него што је то случај у овом истраживању.

Резултати и поређење група испитаника различитог пола приказани су у Табели 61.

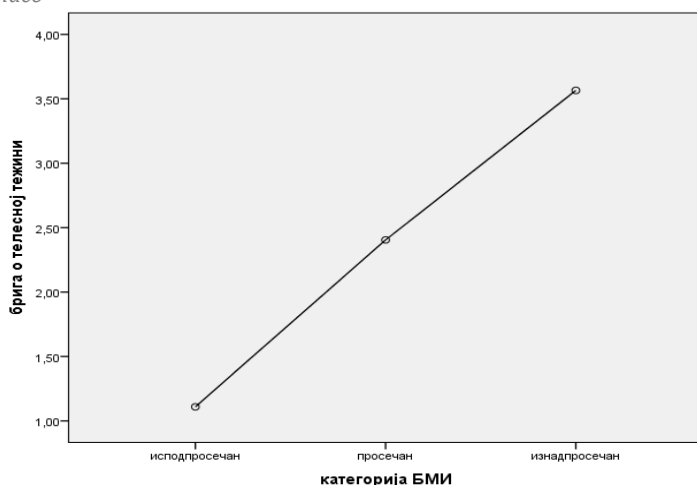
Табела 61. Полне разлике у погледу бриге о телесној тежини

	Пол	Н	а. с.	с. од.	т	ДФ	п
Брига о тежини	М	721	1,36	1,94	-14,022	1.759	,000
	Ж	1.040	2,99	2,66			

Из табеле се може уочити да су девојке много више забринуте у погледу добијања на тежини него што су то младићи.

Разлике према узрасту, месту становања и материјалном стању нису регистроване, а разлике у степену бриге с обзиром на категорију индекса телесне масе приказане су на Графикону 19.

Графикон 19. Разлике у погледу бриге о телесној тежини према категорији индекса телесне масе



Из графика се може уочити да се са повећањем индекса телесне масе повећава и забринутост у вези са добијањем на тежини. Разлике су статистички значајне ($F = 58,702$, $df = 2$, $p = ,000$).

У делу упитника који се односи на поремећаје исхране постављено је и питање о задовољству телесном тежином. Одговори испитаника приказани су у Табели 62.

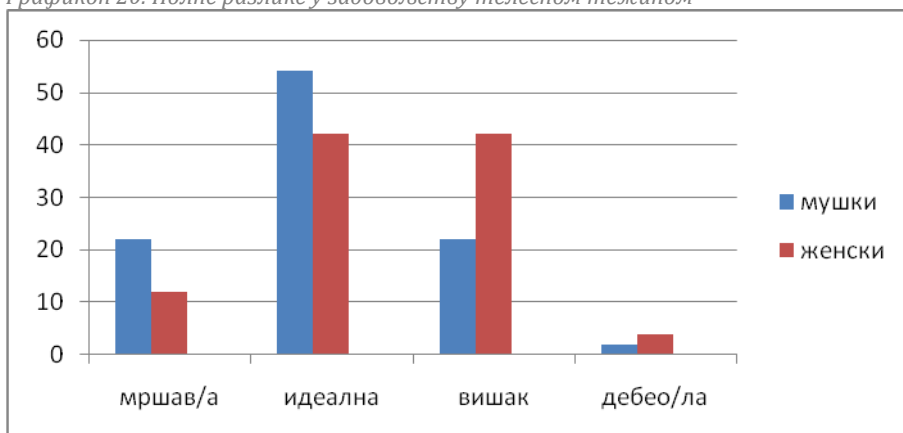
Табела 62. Проценти испитаника у категоријама према задовољству телесном тежином

Колико си задовољан/на својом телесном тежином?	%
„Моја тежина је мања од идеалне“	16
„Моја тежина је идеална“	46,9
„Имам вишка килограма“	33,6
„Мислим да сам предебео/ла“	3,4

Из табеле се види да половина испитаника сматра да има идеалну телесну тежину. Једна трећина испитаника мисли да има вишак килограма, а 15% њих сматрају да су мршави.

Полне разлике у одговорима на ово питање приказане су на Графикону 20.

Графикон 20. Полне разлике у задовољству телесном тежином



Већи број младића сматра да су мршави или да имају идеалну телесну тежину, док већи број девојака мисли да има вишак килограма; што указује на нереалну перцепцију сопствене тежине код девојака, с обзиром на то да међу девојкама има више оних чији је индекс телесне масе у категорији неухрањености, у поређењу са младићима. Разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 98,192$, $df = 3$, $p = ,000$).

На питање о учесталости преједања добијени су одговори да се једна петина испитаника преједа више пута недељно. Ретко се преједа 43% испитаника. Полне разлике нису регистроване. Преједање је повезано са индексом телесне масе, тако да се већи број оних који се преједају сврстава у категорију са изнадпросечним индексом. Преједање је нешто заступљеније на узорку овог истраживања у односу на истраживање из кога је преузет инструмент, али у оквиру овог другог испитиване су само адолесценткиње, па је то евентуално узрок различитих резултата.

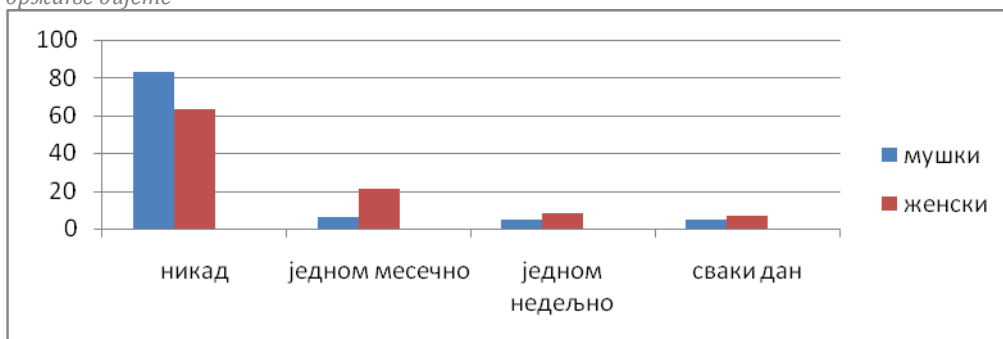
Када је у питању понашање које има за циљ регулацију телесне тежине, испитаницима је постављено питање колико често држе дијету, вежбају, повраћају и користе лаксативе. Одговори на питања приказани су у Табели 63.

Табела 63. Заступљеност понашања са циљем регулације тежине

	Никад	Једном месечно	Једном недељно	Стално
„Држим дијету“	71,4%	15,3%	6,7%	6,6%
„Вежбам“	13,0%	14,9%	28,0%	44,2%
„Повраћам“	94,2%	3,9%	1,2%	0,6%
„Користим лаксативе“	92,0%	4,4%	2,0%	1,6%

Полне разлике на овом питању о држању дијете приказане су на Графикону 21.

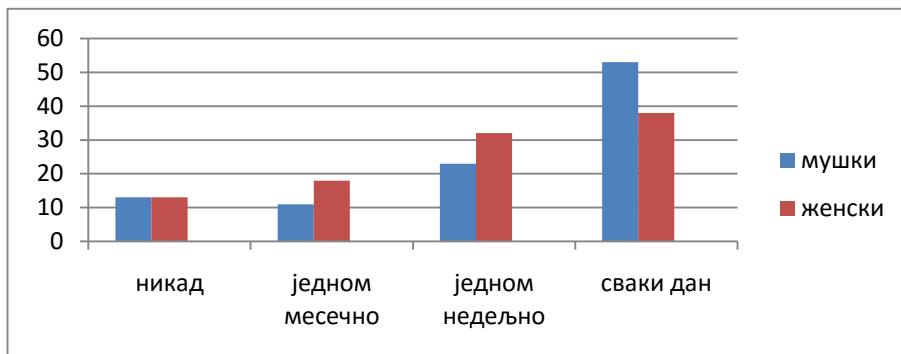
Графикон 21. Полне разлике у погледу понашања са циљем регулације телесне тежине – држање дијете



Младићи ређе држе дијету у поређењу са девојкама. Разлика је статистички значајна ($\chi^2 = 95,831$, $df = 3$, $p = ,000$).

Полне разлике испитане су и у погледу учесталости вежбања и приказане су на Графикону 22.

Графикон 22. Полне разлике у погледу понашања са циљем регулације телесне тежине – вежбање



Међу младићима, више је оних који вежбају свакодневно, док девојке чешће вежбају једном недељно или једном месечно. Разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 49,669$, $df = 3$, $p = ,000$).

Сасвим мали број испитаника користи повраћање или лаксативе као методу регулисања телесне тежине. Ова понашања нису довођена у везу са полом, нити другим чиниоцима, због тога што су готово сви одговори груписани у категорију која указује на одсуство ових појава. Слични резултати добијени су и у истраживању ауторке инструмента, приликом испитивања контролне групе адолесценткиња без поремећаја исхране.

8. Превентивни програми и ментално здравље

С обзиром на то да је Покрајински секретаријат за спорт и омладину АП Војводине до сада подржао бројне превентивне програме који су имали за циљ унапређење различитих аспеката менталног здравља младих, циљ нам је био и да проверимо у којој мери су наши испитаници учествовали у различитим превентивним програмима (не рачунајући у то радионице из грађанског васпитања или неког другог школског предмета); на шта су се односили ти програми; колико су задовољни учешћем у тим програмима али и које теме би им биле занимљиве у будућности.

Подаци о томе да ли су испитаници у последњих 12 месеци учествовали у неким психолошким радионицама или радионицама о менталном здрављу приказани су у Табели 64.

Табела 64. Подаци о учешћу у психолошким радионицама или радионицама о менталном здрављу

	Фреквенције	%
Да	180	10,0
Не	1.619	90,0
Укупно	1.799	100,0

Нажалост, велика већина испитаника одговорила је да није у последњих годину дана учествовала у радионицама које би се бавиле менталним здрављем. Могуће је да су учествовали претходних година, али не и у последњих 12 месеци. У сваком случају, ово може бити индикатор да су превентивни програми и даље потребни у школама.

Испитаници који су одговорили потврдно, најчешће су наводили да су учествовали у програмима радионица о репродуктивном здрављу и о болестима зависности. Дobar показатељ потребе за већим бројем оваквих програма је и просечна оцена задовољства младих овим програмима која износи чак 7,74 (на скали од 1 до 10).

Подаци о израженој жељи за учешћем у неком од програма са циљем побољшања квалитета живота младих приказани су у Табели 65.

Табела 65. Одговори на питање „Да ли би у будућности желео/ла да учествујеш у неком програму који би омогућио младима да квалитетније живе?“

	Фреквенције	%
Да	1.359	75,7
Не	436	24,3
Укупно	1.795	100,0

Велика већина младих (чак 76%) жели у будућности да учествује у радионицама превентивних програма, што још једном потврђује значај и потребу за оваквим програмима.

Млади су упитани о томе које теме би им биле занимљиве (уз могућност избора више понуђених одговора) за евентуалне будуће програме. Њихови одговори приказани су у Табели 66.

Табела 66. Жељене теме будућих радионица

	Жељена тема (% избора)
Безбедност	35
Репродуктивно здравље	18
Исхрана	32
Болести зависности	33
Екологија	10
Вршњачко насиље	28
Комуникација	18
Партнерски односи	20
Запошљивост и вештине запошљавања	15
Како боље учити	23
Како управљати осећањима	29
Нешто друго	27

Пет највише жељених програма били би они о безбедности, затим о болестима зависности и исхрани, психолошке радионице о управљању осећањима и радионице о вршњачком насиљу. У отвореном питању на којем су испитаници могли сами да предложе тему, доминирају поново психолошке теме које нису биле понуђене (као што су самопоуздање, како се борити са тремом, депресијом и фобијама и сл.), али и теме које се тичу спорта и физичке активности, мада су одговори испитаника веома разноврсни и међу њима има и понављања већ понуђених тема.

Сматрамо да је овај налаз релевантан за Секретаријат и као смерница за одређивање приоритетних области превентивних програма, које ће подржавати и/или иницирати у будућности.

9. Одговори на отворена питања – предлози и примедбе испитаника

Ученике основних и средњих школа из узорка питали смо и да ли смо упитницима обухватили сва питања која они сматрају важним. Нису сви испитаници одговорили на ово, већ само они који су имали неки предлог. Одговор „Све сте питали“ дало је 42 испитаника, а њих 9 сматра: „Превише сте питали“. Приказаћемо категорије одговора који се могу сматрати конкретним предлозима, а које је дало више од 10 испитаника.

Табела 67. Одговори на питање „Има ли нешто што вас нисмо питали?“

Категорије одговора (и примери типичних одговора у категорији)	Фреквенција
О спорту („шта тренирамо“, „да ли се бавимо спортом“)	22
О школи („односи са професорима“, „како нам је у школи“)	16
О будућности („чиме бисмо желели да се бавимо“, „планови за будућност“)	16
О породици („односи са родитељима“, „проблеми у породици“)	12
О вршњацима и пријатељству („однос другова и другарица у одељењу“, „коме да се обратим када имам проблем“)	12

Поменуте су и теме попут хобија, насиља, проблема у држави, партнерских односа, али код свега неколико испитаника.

Хтели смо да сазнамо и какво мишљење млади имају о оваквим истраживањима, па смо им дали слободу да нам дају поруке, предлоге и слично.

Табела 68. Одговори на питање „Шта бисте желели да нам поручите?“

Категорије одговора (и примери типичних одговора у категорији)	Фреквенција
Позитивни коментари о истраживању („занимљиво“, „само тако наставите“, „све најбоље“, „што више нам дајте овакве анкете јер постајемо свесни шта смо урадили, тера нас на размишљање...“)	95
Негативни коментари („предугачко“, „непрецизно“, „џаба радите ово, живимо у Србији...“)	38
Приватност („питања су била лична“, „морали смо да се присећамо болних тренутака“)	15

Мање заступљене биле су примедбе на разумљивост питања, коментар да нису сви испитаници били искрени (5 оваквих одговора), сугестија да буде мање питања о одређеним темама, сугестија да се организују радионице и помоћ младима на теме здравог живота, задовољства животом, да средњошколцима није лако – поготово девојкама, итд.

Сугестије и примедбе, иако их нема много у односу на укупан број испитаника, могу послужити као додатни оријентир у будућим пројектима за младе.

4. ЗАКЉУЧЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживањем су добијени одговори на основна истраживачка питања, а главни закључци приказани су у наставку, имајући у виду формулисане задатке истраживања о менталном здрављу младих у Војводини.

- Ниво перципираног стреса младих код нас је значајно виши него код њихових вршњака у САД, одакле потиче инструмент који је коришћен. Највећи степен стреса доживљавају девојке које похађају гимназије.
- Мање од половине испитаника извештава о најстреснијем искуству. У овој категорији подједнако су заступљени животни догађаји, хронично оптерећење и свакодневни микростресови. Трауматски стрес заступљен је у малом проценту. Највећем ризику по ментално здравље изложени су испитаници који издвајају неко хронично оптерећење као најзначајније стресно искуство.
- Највећи број стресних искустава младих потиче из домена породице. Следећи по учесталости је академски домен. Слични резултати добијени су у оквиру пројекта посвећеног испитивању квалитета живота младих из 2009, финансираног од стране Секретаријата. Домен вршњачких односа није се посебно истакао, што је неуобичајено за испитивани развојни период. Стрес који се сврстава у лични домен (усамљеност, незадовољство собом, незадовољство изгледом и сл.) и домен партнерских односа повезан је са потенцијално најштетнијим ефектима на плану менталног здравља.
- Када је у питању превладавање стреса, највише младих користи превладавање усмерено на проблем. Овај тип превладавања стреса најчешће је повезан са добрим исходима на плану менталног здравља. Око једне трећине испитаника користи избегавање у сусрету са стресним искуствима, које је повезано са најлошијим исходима.
- Самопоштовање младих је у границама очекиваног, према нормама за употребљену скалу, с тим да 10% младих има изразито ниско самопоштовање, што је значајно већи проценат од оног добијеног у истраживањима у иностранству. Сличан резултат забележен је и у оквиру Истраживања о квалитету живота младих у Војводини (2009), подржаног од стране Покрајинског секретаријата за спорт и омладину.
- Ниже самопоштовање имају девојке, млађи испитаници и испитаници са лошијим материјалним статусом.
- У погледу самоефикасности, можемо рећи да је она задовољавајућа и на нивоу очекиваних вредности у поређењу са резултатом добијеним на нашој

студентској омладини, и нешто виша у поређењу са узорком немачких средњошколаца (одакле потиче инструмент којим смо мерили самоефикасност). Код старијих ученика, младића и испитаника из градова регистрована је нешто виша самоефикасност.

- Задовољство животом младих на нивоу је просека, али на граници са високим задовољством, према нормама које предлажу аутори Скале задовољства животом. Сличан податак добијен је и ранијим истраживањима. Најмање задовољне животом су старије девојке које живе у граду и које су лошијег материјалног стања.
- Када су у питању симптоми поремећаја, из вредности добијених на нашем узорку може се видети да је стање здравља релативно добро. Највише су изражени проблеми који се сврставају у домен социјалне дисфункционалности, што је на неки начин очекивано, имајући у виду значај социјалних односа у овом развојном периоду, а најмање симптоми депресивности.
- Осим када су у питању симптоми депресивности, полне разлике су регистроване на свим испитиваним индикаторима поремећаја здравља – девојке показују више симптома здравствених проблема. Најмање симптома имају млађи адолесценти мушког пола, а највише старије адолесценткиње. Највише симптома од свих имају девојке из града. Број симптома је већи у групама са лошијим материјалним статусом.
- Када су у питању ризична понашања, прикупљени су подаци о употреби психоактивних супстанци, који показују да је најчешће употребљавана ПАС – алкохол. Мање од 30% испитаника никада није користило алкохол. Ретко и понекад користи га готово 60% испитаника, а често или свакодневно – 14одсто. Цигарете и алкохол испитаници су пробали нешто раније него остале ПАС, а узрасти који су наведени крећу се од 14 до 17 година. Употреба осталих ПАС није изразито заступљена међу младима. Младићи у већој мери користе ПАС. Интересантан податак јесте да је просечан скор вршњачке употребе ПАС на истој скали значајно већи од скорa за личну употребу ПАС код наших испитаника, што потенцијално указује на то да млади нису били сасвим искрени у одговарању на питања о личној употреби.
- Готово идентични резултати у односу на употребу ПАС добијени су у претходном Истраживању о учесталости и чиниоцима ризичних понашања код младих, подржаном од стране Покрајинског секретаријата за спорт и омладину, 2010. године.

- Када је у питању зависност од интернета, испитаници у оквиру нашег истраживања близу су границе која се може сматрати доњом границом за постојање поремећаја употребе интернета, уз ограду да се ова констатација односи на норме добијене 2013. године, тј. уз уважавање могућности да се од тада повећала потреба за свакодневним коришћењем интернета. Велика већина од три четвртине родитеља не контролише време које деца проводе за рачунаром, а још мање њих контролише и ограничава својој деци време проведено у коришћењу мобилног телефона.
- У склопу испитивања ризичних понашања, испитали смо и потенцијално присуство поремећаја исхране. Резултати показују да су девојке много више забринуте у погледу добијања на тежини од младића. Већи број младића сматра да су мршави или да имају идеалну телесну тежину, док већи број девојака мисли да има вишак килограма. То указује на нереалну перцепцију сопствене тежине код девојака, с обзиром на то да је међу девојкама већи број оних чији је индекс телесне масе у категорији неухрањености, у поређењу са младићима. Иако резултати не указују на забрињавајући ниво бриге у вези са повећањем телесне тежине, у једном претходном истраживању добијен је знатно мањи ниво бриге о телесној тежини у популацији адолесценткиња (Ђуровић, 2011), а проценат девојака које се убрајају у категорију неухрањених попео се са мање од 10% (у истраживању о ризичним понашањима младих из 2010), на 15% у 2015. години.
- У испитивању оптимизма и песимизма, уочено је да су млади више песимистични него њихови наставници (из истраживања из 2012, Беара) и да су млађи адолесценти песимистичнији од старијих адолесцената. Нису утврђене значајне разлике по полу. Песимизам је значајно повезан са стратегијама превладавања стреса и са хроничним стресом и то тако да су млади који трпе хронично стресно оптерећење истовремено и најпесимистичнији и најмање оптимистични. Такође, код младих који користе избегавање у стресним ситуацијама, као механизам превладавања стреса, песимизам је израженији.
- У погледу слике о себи и задовољства изгледом, налазимо да су девојке мање задовољне изгледом од момака. Уз податак да оне слабије процењују своју ефикасност, имају ниже самопоштовање и задовољство животом, добијамо слику да девојке генерално имају мање позитивну слику о себи него младићи. Такође, може се закључити да су девојке под већим ризиком за развој симптома поремећаја здравља, укључујући и поремећаје исхране, али да су младићи под већим ризиком за злоупотребу ПАС. Такође, младићи значајно чешће посећују сајтове са еротским садржајем, што је такође потенцијално ризично понашање.

- Девојке су чешће изложене вређању и искључивању, као облицима вршњачког насиља, док су младићи чешће изложени физичком насиљу.
- Веома мали проценат испитаника – свега 10% – известио је да су учествовали у неком од превентивних програма за унапређење менталног здравља и квалитета живота, од којих је најчешће помињан програм о репродуктивном здрављу (финансиран од стране Секретаријата). Истовремено су ти програми оцењени високом оценом у погледу степена задовољства. Такође, важан је резултат да велика већина младих (преко 75%) изјављује да би радо учествовала у програмима радионица који би се бавили менталним здрављем и сродним темама. Теме које су најчешће биране јесу: безбедност, исхрана, болести зависности, вршњачко насиље и управљање осећањима, што може да послужи као путоказ за одређивање приоритета у будућим превентивно-едукативним програмима Секретаријата.
- Већина младих имала је позитивне коментаре о истраживању, сматрајући да смо им поставили важна питања, која и њима помажу да реалније сагледају свој живот и понашање.

5. ПРЕПОРУКЕ

На основу добијених резултата и изведених закључака, могу се формулисати следеће препоруке:

- Обратити пажњу на чињеницу да је ниво стреса код младих виши него што је установљено у претходним истраживањима. Нарочито су под стресом девојке и ученици гимназија, а доминирају хронично оптерећење и дневни микростресори. Препорука је да се млади додатно обуче конструктивним начинима превазилажења стреса, пошто је установљено да чак једна трећина користи најнефункционалнију стратегију превладавања (избегавање).
- Установљене су разлике у више показатеља менталног здравља између девојака и младића.
Код девојака је, у односу на младиће, присутно мање задовољство изгледом, као и задовољство животом у целини, праћено нижим самопоштовањем и мањом увереношћу у могућност контроле сопственог живота. Девојке имају израженији доживљај стреса и више симптома који указују на соматизацију, анксиозност и социјалну дисфункционалност и код њих је чешћа појава неухрањености. Када је у питању вршњачко насиље, девојке су чешће изложене вређању и искључивању.

Младићи су, у поређењу са девојкама, чешће изложени физичком насиљу. Они чешће одлазе у кладионице и посећују еротске садржаје на интернету. Навике младића у коришћењу интернета и игрању игрица потребно је додатно испитати.

- Иако је уочљиво да девојке имају више тешкоћа у већини испитиваних домена, треба имати у виду могућност да су младићи изложени особеним ризицима који воде ка ментално-здравственим проблемима. Препорука је да се планирају специфични превентивни и едукативни програми намењени девојкама, односно младићима, а у складу са регистрованим специфичним ризицима.
- Обратити додатну пажњу на програме усмерене на одговорно коришћење друштвених мрежа. Истраживањем је установљено да више од трећине младих има преко 500, а чак 20% њих преко 1.000 пријатеља на друштвеним мрежама. Ови подаци могу да укажу на површност и илузију популарности у свести младих, којом покушавају да се надоместе реални пријатељски односи. Такође, резултат да су млади из нашег узорка на граници поремећаја употребе интернета треба додатно квалитативно истражити.
- Показатељи менталног здравља су готово свуда доследно повезани са материјалним статусом породице. Што је материјално стање лошије процењено, то су показатељи менталног здравља неповољнији. У том смислу, децу из породица са лошијим материјалним стањем можемо сматрати групом са повећаним ризиком за развој поремећаја менталног здравља. Осим превентивних, корисно би било планирати и програме намењене економском оснаживању породица, поготово једнородитељских.
- Млади у граду показују већи број тешкоћа у домену менталног здравља од младих са села и из варошица. У том смислу, било би корисно планирати специфичне програме намењене градској омладини.
- Млади су веома заинтересовани за програме намењене превенцији из области безбедности и вршњачког насиља, употребе ПАС, поремећаја исхране, као и за психолошке радионице о управљању осећањима. Три четвртине младих жели да похађа овакве радионице којих још увек нема довољно у школама. Стога препоручујемо да се настави подршка превентивним програмима у нашим школама, са акцентом на темама које су предложене од стране наших испитаника.

- Било би веома корисно квалитативно проверити и додатно истражити значајне податке добијене овим квантитативним истраживањем. Такође, верујемо да би ученици који су учествовали у истраживању желели да сазнају резултате. Стога предлажемо Секретаријату да организује фокус-групе или трибине у школама у којима је рађено истраживање, где би били презентовани резултати и од ученика тражено додатно појашњење неких података. Тиме би се остварило више добити: ученици би увидели да Секретаријат брине о томе како ће се применити резултати истраживања (уместо утиска да је оно само себи било сврха, што су неки од испитаника исказали у одговорима на отворена питања у упитнику), добили бисмо појашњења и продубљено разумевање најиндикативнијих резултата, остварила би се боља сарадња и успоставило поверење у школама, јер би оне добиле примерену повратну информацију.

6. РАДИОНИЦА КАО МЕТОД ПСИХОЛОШКО-ПРЕВЕНТИВНОГ РАДА СА ГРУПОМ

Радионица је данас раширен начин рада у одељењима. Тешко је рећи ко је и када први пут употребио овај начин рада, али сматра се да је идеја потекла из психодраме, терапијске технике настале половином двадесетог века, која се везује за Морена. Од тада до данас, радионичарска баштина постајала је све богатија и разноврснија и у њу су улазиле разне игре и активности, прилагођаване или посебно осмишљаване.

Назив „радионица“ (*workshop*) асоцира на „производњу“ и она се заиста на неки начин и дешава током овог процеса. Међутим, у првом плану није неки конкретан, материјалан производ, него најчешће психолошка добит код учесника/ца.

Радионицу бисмо могли дефинисати као начин рада са групом, у којем се кроз лични ангажман и искуство свих учесника развијају одређена знања, вештине, ставови и способности (Бркић и Беара, 2003; Беара 2013а).

ЗАШТО РАДИОНИЦЕ?

Радионице су од самих својих почетака имале врло добар пријем код деце и младих, али и одраслих. Испитивања показују да млади више воле рад у малим групама, уместо предавања *ex cathedra* и да предност дају оним информацијама које су добијене од особе, а не кроз неки штампани или видео материјал.

У радионицама се подстичу оне врсте учења за које је доказано да резултују већим знањем и дужим задржавањем наученог, као што су искуствено, активно, сарадничко, дивергентно, конвергентно и учење по моделу, а такође и учење путем решавања проблема. Тако се за краће време постижу бољи резултати него класичним (фронталним) методом у настави (Јанковић и Ковач-Церовић, 1996).

Искуства у до сада реализованим програмима радионица код нас показују да су деца била много више мотивисана да уче на овај начин, да су кроз искуство научени одређени облици понашања били употребљиви и трајни и да су се деца значајно мењала и брже развијала. Притом, за водитеља радионица свака радионица је увек посебан изазов али и извор великог задовољства, личног напретка и развоја, сазнања.

У савременом приступу психолошкој, па и здравственој примарној превенцији (поготово у свету) одавно се одустало од класичних фронталних предавања у великим групама деце и младих, јер су се она показала као недовољно ефикасна. Уместо тога, уводи се рад у мањим и средњим групама или по одељењима у школи, који је што је могуће више активирајућ, искуствен, подстиче различите облике учења, размену искустава и доживљаја и увежбавање нових образаца понашања. Радионице као метод управо у себи садрже све наведено, те се све више користе у сврхе превенције, са добрим резултатима.

У Србији је до сада осмишљено и реализовано више веома квалитетних радионичарских програма, различитих врста и намена. Неки од њих реализовани су ваншколски, али све чешће се радионице могу наћи у школама као део ваннаставних активности али и изборних и обавезних предмета. За многе од њих постоје и акредитоване обуке водитеља (наставника и стручних сарадника у школама). Центар за производњу знања и вештина је у претходних неколико година разрадио програме „Трипут Ура! За здравље у школама“ и „Култура комуникације међу младима“, који су за циљ имали управо промоцију менталног здравља и социјалног функционисања деце и младих. Радионице из ових програма са успехом су у неколико наврата реализоване у школама Новог Сада и околине. Још један актуелан програм којег вреди поменути јесу радионице које су уграђене у изборни предмет Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу, у школама у Војводини.

Учесници наших програма обуке водитеља наводили су како предности, тако и неке тешкоће у примени радионица у школској средини (Беара, 2013а).

Табела 69. Предности и тешкоће примене радионица у одељењу

Предности	Тешкоће
• Отвореност • Занимљивост • Креативност • Размена искуства • Учење кроз искуство, игру, размену • Индивидуална добит • Индивидуални допринос • Осећај припадности групи • Равноправност • Нема грешака • Нема вредновања • Развијање толеранције • Применљивост разних техника • Применљивост на различите групе • Лични рад – кроз „рад на себи“ • Дружење	• Потребни су одређени физички услови (довољно простора, помичан намештај...) • Потребна су одређена средства за рад (трошкови су већи него код обичне, фронталне наставе) • Још увек се боре за своје право место – недовољно познате и због тога недовољно прихваћене у неким школама • Мора се стално бити у току, морају се пратити потребе групе и радионице се морају прилагођавати групи • Захтевају већу флексибилност и толеранцију водитеља • Током радионичарских програма који трају више месеци, дешава се да се група осипа • Захтевају нешто више времена за прораду одређених садржаја него фронтална настава

ШТА ЈЕ ВОДИТЕЉУ НЕОПХОДНО ЗА ВОЂЕЊЕ РАДИОНИЦЕ?

Можемо рећи да су то „два алата и један занат“ (Мрше, 2001; Бркић и Беара, 2003; Беара 2013а), којима се служи радионичар.

Први алат радионичара јесте **сценарио**. Свака радионица има унапред структурисан сценарио, односно план како конкретним задацима усмерити лични ангажман учесника. Притом, сценарио структурира не само акцију водитеља радионице, већ и активности свих учесника, чиме се не оставља места за пасивно посматрање дешавања. Сценарио радионице обично има троделну структуру.

1. Уводни део, који има две функције:

- Загревање
- Увод у тему

2. Централни део, у коме се прорађује носећа тема радионице

3. Завршни део, који има функцију

- Интеграције доживљаја
- Заокруживања теме
- Јачања групне кохезије

Трајање радионице је од једног до два сата (зависно од узраста). Број учесника може да се креће од 10 до 25, највише 30. Најоптималнији број учесника за рад, по нашем мишљењу, јесте 18–22, мада у школи најчешће радимо са целим одељењима од око тридесетак ученика.

Други алат радионичара јесу **правила рада**. На почетку сваког циклуса, са групом учесника дефинишу се правила којих ће се сви придржавати а која се односе на начине комуникације, тачност, приватност, уважавање различитости, итд. Од посебног је значаја да се правила изнађу тако да у њиховом формулисању великог удела узму и учесници јер се правила тада доживљавају као „власништво учесника“, добијају дубљи смисао и више се поштују него када су наметнута споља. Такође, на овај начин правила доприносе развоју одговорности и саморегулације (Визек-Видовић и сар., 2014). Правила се могу мењати и допуњавати током рада са групом, уколико се укаже потреба и/или неко из групе то затражи.

Функција правила је да стабилизују интерактивни процес који се дешава у радионици, као и да ослободе водитеља улоге судије и ауторитета.

Која правила је важно успоставити у радионици? Предлажемо ова:

- Седимо у кругу (да бисмо лакше разговарали)
- Слушамо једни друге
- Поштујемо другачија мишљења

- Нема посматрача, сви учествујемо
- Правило „даље“ (које омогућава да се повучемо из процеса када не желимо да учествујемо)
- Долазимо на време
- Сви смо равноправни
- Оно што чујемо на радионици, не ширимо даље (изван радне просторије)
- Ословљавамо се са „ти“

Занат радионичара јесте **фацилитација**, односно вођење процеса учења – откривања. Задатак водитеља радионице је да олакша доношење до увида, сазнања, искуства, а не да нуди готова решења и одговоре. Притом, водитељ посматра глобална дешавања у групи, прати учеснике појединачно, а истовремено прати и своје сопствене доживљаје. Из позиције сарадника, он ипак усмерава активности групе, иако све време и припада групи (асиметрично - симетрична дијада). Дobar водитељ радионице испољава демократичност, висок степен толеранције, фрустрација и различитости, добар контакт са самим собом, и поседује вештину да са неочекиваним догађајима „уради нешто“ тј. искористи их за учење.

Боље је да радионицу воде двоје, уместо само једног водитеља. Када је то случај, много је лакше пратити шта се дешава у групи. Тако, док први водитељ води неку активност, други (у улози ководитеља) прати и бележи шта се дешава са децом, опомиње водитеља ако је нека инструкција била нејасна (али тако да не угрози његов кредибилитет), дели материјал... Задужења се мењају током радионице, и оба водитеља смењују се у улогама водитеља, односно ководитеља.

КОЈЕ СУ ОСНОВНЕ КОМПОНЕНТЕ ПРОЦЕСА У РАДИОНИЦИ?

У свакој радионици, са учесницима се пролази кроз више компоненти процеса (Јанковић и Ковач-Церовић, 1996):

- Конкретан структурисан захтев
- Лични ангажман учесника кроз игру
- Изазивање неког доживљаја
- Елаборација и обрада доживљаја
- Размена доживљаја
- Уобличавање доживљаја

Тако, кроз сопствено искуство, играње улога, моделовање, кооперацију, деца и млади (па и одрасли) много брже уче и дуже памте научено.

ОБЛИЦИ ГРУПНОГ РАДА И РАДИОНИЧАРСКЕ ТЕХНИКЕ

У радионици се користи читав низ различитих облика групног рада, путем којих се сви учесници на различите начине ангажују и проводе кроз разнородне фазе, од стварања до елаборације доживљаја.

У сценарију радионице увек су прецизно наведени предвиђени облици групног рада и технике, али сама њихова примена изискује извесну умешност водитеља и крије неке потенцијалне проблеме.

У продужетку, наводимо најчешће облике рада.

- **Симултана индивидуална активност:** сви учесници, у исто време, ангажовани су (менталном или физичком) активношћу. За то је потребна извесна усмереност на себе (интроспективност), коју није увек лако обезбедити, посебно на почетку или у раду са млађом децом. Водитељ може сопственим моделом да обезбеди да се деца лакше фокусирају, тако што ће сам бити тих и концентрисан на активност која се изводи.
- **Рад у паровима или малим групама:** обично се одвија такође симултано, што може да повећа жагор и буку у учионици, али то не треба да плаши; напротив – знак је да се све одвија како треба. Мале групе обично броје 3–5 учесника. Овај облик рада носи изванредан ризик од разбијања групе у мање, изоловане јединице. Због тога се примењује принцип да се групе увек „мешају“ тј. да их чине увек различити учесници, као и да се у завршним фазама рада одвоји време за игре које повећавају кохезију у групи.
- **Размена у целој групи** заправо је основни облик радионичарског рада, и обично је заступљен на почетку и на крају сваке радионице. Већином се та размена јасно структурише („размена у круг“), али могу да се раде и мање структурисани видови размене у групи, попут групне дискусије и мозгалица (*brainstorming*).

Неке посебне технике које се користе у радионицама јесу:

- Писање и цртање – индивидуално или групно
- Вођена фантазија – водитељ чита текст који учесници прате затворених очију и замишљају догађаје из тог текста
- „Акваријум“ – мања група учесника изводи неку активност у средини круга, док остали посматрају и касније коментаришу
- Играње улога – учесницима се поделе улоге са кратким описима; они их драматизују и приказују неку ситуацију о којој се потом расправља
- Уводне и завршне игре – са сврхом упознавања, подизања концентрације, усмеравања пажње на тему радионице, подизања кохезије групе, постизања ведрог расположења, али и у сврху евалуације (вредновања) радионице.

ЕВАЛУАЦИЈА РАДИОНИЦЕ

Сваки програм радионица потребно је евалуирати. Постоје многе методе и технике за ефикасну евалуацију које се могу искористити за добијање вредних повратних информација о томе:

- да ли су задовољени циљеви и задаци учења
- да ли су учесници задовољни вођењем радионице
- које су евентуалне сметње код учења
- како се знање примењује и консолидује
- које су евентуалне будуће потребе за учењем
- како да се курс или обука побољшају и развију

Евалуацију можемо да радимо током радионице, на крају сваке радионице, на крају целог програма, и одложено. Технике за евалуацију могу бити графичке („дрво очекивања/задовољства“, „евалуационе мете“ и сл.); усмене („круг утисака“, „песма о радионици“) или писане (најчешће се користи евалуациони листић) (Беара, 2006).

Додатак**РАДИОНИЦЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА АДОЛЕСЦЕНАТА**

Десет радионица које су пред читаоцима представљају мали допринос ауторки и Центра за производњу знања и вештина, свима онима који у оквиру основних или средњих школа желе да делују превентивно и развојно. Неке од њих настале су у оквиру пројекта „Трипут УРА! За здравље у школама“², неке пак у оквиру пројекта „Култура комуникације међу младима“³, а оба пројекта реализовао је Центар за производњу знања и вештина, уз финансијску подршку Града Новог Сада. Радионице су прошле проверу на терену и показале су се успешнима, али неке су за ову прилику прерађене на основу препорука водитеља. Одређене активности прилагођене су из програма радионица креираних у оквиру пројекта „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу“ који подржава Покрајински секретаријат за спорт и омладину. Неке радионице су, пак, нове и развијене након наше анализе резултата истраживања о менталном здрављу, и представљају покушај да практично одговоримо на потребе за превенцијом и унапређењем здравља и функционисања адолесцената, које смо утврдили у истраживању приказаном у овој монографији.

Радионице могу да се прерађују и допуњавају у зависности од специфичности и потреба школе и одељења у којима би се примењивале. Оне заправо треба да служе као инспирација професионалцима, за унапређење, иновације и обогаћивање психолошко-превентивног рада у школама.

Списак приказаних радионица:

1. Стресни догађаји и како их тумачимо
2. Више оптимизма, мање песимизма
3. Комуникација без стреса
4. Колико се разумеју младићи и девојке?
5. Зашто кажеш љубав, а мислиш на...?
6. Насиље у школи и ненасилна комуникација
7. Како смањити стрес у школи
8. Боља организација – мање стреса
9. Дроге међу нама
10. Свиђа ми се како изгледам

² Уз финансијску подршку Управе града Новог Сада за спорт и омладину – Канцеларије за младе.

³ Уз подршку Управе за културу града Новог Сада.

РАДИОНИЦА 1: СТРЕСНИ ДОГАЂАЈИ И КАКО ИХ ТУМАЧИМО

Циљеви радионице:

1. Упознавање са основним појмовима о стресу и начинима његовог превазилажења.
2. Увиђање значаја атрибуција за превазилажење стресних ситуација и учење димензија атрибуционих стилова (унутрашње–спољашње, трајно–привремено, глобално–специфично).

Укупно трајање: 80 мин.

Трајање	Активност	Метод
15'	Уводни део	
5'	Уводна игра	Једна реч: како се осећам
5'	Објашњење програма радионица	Изолагање водитеља
5'	Правила рада	Заједничко предлагање правила
50'	Централни део	
20'	1. Шта је стресно за мене	Упитници, индивидуални рад
10'	2. Како тумачим себе, друге и догађаје око себе	Просторна вежба атрибуције
20'	3. Објашњење атрибуционих стилова	Дискусија
15'	Завршни део	
10'	„Ја то могу!“	Игра у кругу
5'	Евалуација радионице	Индивидуални рад

Потребан материјал:

- Флипчарт или пано за правила
- Маркери
- Радни лист бр. 1, за сваког учесника
- А4 папир, са словима „а)“ и „б)“

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

15'

Упознавање (ако се ученици не познају претходно) уз игру – представљање: име + придев; ако се познају, свако треба да каже једну реч која најбоље одсликава како се осећа у том тренутку.

Објашњење циљева и динамике радионице.

Установљавање правила рада, заједно са учесницима: сви активно учествују, нема „глупих“ питања, поштује се време, дискреција је зајамчена, итд.

Централни део

50'

1. Шта је стресно за мене:

20'

Ученицима се деле радни листови са питањима о стресним догађајима и даје им се 10 минута да индивидуално одговоре на питања. Након тога, моли се неколико добровољаца да поделе са групом оно што је записано. Довољно је да наведу јачину узнемирености и зашто их је тај догађај толико узрујао (не морају да наводе сам догађај, ако не желе).

2. Како тумачим себе, друге и догађаје

10'

На један крај учионице на под се ставља папир А4, на којем је написано слово а), а на супротан крај папир са словом б). Читају се редом следеће тврдње и одговори и након сваког, тражи се од ученика да одговоре тако што ће стати на а) или на б) страну; кратко се дискутује о њиховим разлозима – зашто тако тумаче тај догађај.

1. Спотакнуо/ла си се и пао/ла испред школе.

а. јер сам неспретан/на

б. јер сам се загледао/ла у нешто док сам ходао

2. Неки момци и девојке које познајеш говоре како им се не свиђаш.

а. други су понекад зли према мени

б. зато јер сам понекад зао према другима

3. Испричао/ла си виц и нико се не смеје.

а. јер не знам добро да причам вицеве

б. виц је свима толико познат да више уопште није смешан

4. Неко ти украде новац.

а. та особа је непоштена

б. људи су генерално непоштени

5. Добио/ла си лошу оцелу на тесту.

а. јер мој професор увек тражи превише на тесту

б. јер је мој професор овога пута саставио тежак тест

3. Атрибуциони стилови код стресних догађаја

20'

Разговор о упитнику из активности 1. и вежби из активности 2: шта су закључили из њих, како тумачимо догађаје, када се боље осећамо, када нам је стрес мањи?

Објашњавање три димензије атрибуционог стила – стила којим приписујемо узрок догађајима: унутрашње–спољашње; опште–специфично; стабилно–нестабилно.

Дати примере атрибуција (видети поглавље *Оптимизам/песимизам*, у теоријском делу ове књиге).

Поновно читање (и откривање на постеру) примера стресних догађаја у школи и понуђених реакције, и тражење од учесника да их разврстају по овим трима димензијама.

Решење:

	а	б
1	унутрашњи/трајни/глобални	унутрашњи/привремени/специфични
2	спољашњи/привремени/глобални	унутрашњи/привремени/глобални
3	унутрашњи/трајни/специфични	спољашњи/привремени/специфични
4	спољашњи/трајни/специфични	спољашњи/трајни/глобални
5	спољашњи/трајни/глобални	спољашњи/привремени/специфични

Затим, даје се прилика ученицима да открију које димензије се могу приписати њиховим стресним догађајима, о којима су писали у претходној активности (раде индивидуално). Изводи ко жели.

Завршни део

15'

1. „Ја то могу!“

10'

Игра самопоуздања: редом укруг, свако одабира једну ствар коју жели да постигне у наредних 7 дана, изговара је наглас и завршава речима: „... и ја то могу!“

2. Евалуација радионице: „стикери за утиске“

5'

Ученицима треба поделити по два стикера различитих боја. На првом треба да напишу шта им се нарочито допало на радионици, а на другом шта би волели да се поправи.

Прилог: Радни лист 1, за активност „Шта је стресно за мене“

Сваки човек понекад има проблеме у животу. Присети се ситуација у свом животу за које ти се чинило да превазилазе твоје могућности и снаге за решавање проблема и тешкоћа.

Опиши ону која те је НАЈВИШЕ УЗНЕМИРИЛА:

Када се то догодило?

Колико си био/ла узнемирен? Означи на скали:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Зашто је то било узнемирујуће?

Колико је та ситуација била под твојом контролом?

Уопште није	Углавном није	У некој мери јесте	Потпуно под мојом контролом
-------------	---------------	--------------------	-----------------------------

РАДИОНИЦА 2: ВИШЕ ОПТИМИЗМА, МАЊЕ ПЕСИМИЗМА

Циљеви радионице:

1. Унапређивање оптимистичног атрибуционог стила („учење оптимизма“) у ситуацијама важним за младе, и јачање оптимистичких стратегија превладавања свакодневног стреса.

Укупно трајање: 85 мин.

Трајање	Активност	Метод
10'	<i>Уводни део</i>	
10'	Размена добрих догађаја	Размена укруг
65'	<i>Централни део</i>	
10'	Недавни стресни догађаји	Индивидуално присећање, размена
10'	Оптимистичан насупротив песимистичном стилу тумачења лоших догађаја	Излагање водитеља уз примере
20'	АБЦ модел	Излагање водитеља (објашњење АБЦ модела) Дискусија у групи на једном примеру Замена песимистичног Б у оптимистично, уз вођење водитеља
25'	АБЦ на делу	Вежба у групама по троје Размена у пленуму – ко жели
10'	<i>Завршни део</i>	
10'	Користи од оптимизма	Дискусија у пленуму Излагање водитеља

Потребан материјал:

- Радни лист за АБЦ на делу

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

10'

Поздрављање учесника.

Размена у кругу: учесницима се каже да се присете неког позитивног догађаја из претходне недеље, да покушају да објасне узрок тог догађаја и како су они допринели том дешавању. Уколико је претходно рађена радионица „Стрес и како га тумачим“, могу се питати учесници коју врсту атрибуција су приписали том догађају, и треба подсетити на димензије атрибуција.

Централни део

65'

1. Недавни стресни догађаји

10'

Водитељ/ка позива учеснике да се присете неког недавног стресног догађаја. Ученицима се даје неколико минута да се присете, затим следи размена у кругу: шта се десило, како су се осећали, како су реаговали.

2. Оптимистичан насупротив песимистичном стилу тумачења догађаја

10'

Водитељ/ка објашњава шта је песимизам а шта је оптимизам. Затим даје примере како оптимисти, а како песимисти тумаче стресне догађаје (видети поглавље: *Оптимизам/песимизам*) и објашњава које атрибуције бирају песимисти (лоши догађаји су узроковани трајним, општим и унутрашњим узроцима), а које оптимисти (лоши догађаји су последица пролазних околности, специфичних узрока и спољашњих околности). Треба дати примере песимистичних, односно оптимистичних атрибуција.

3. АБЦ модел

20'

Водитељ/ка приказује шему АБЦ модела (у прилогу) и објашњава да се атрибуције налазе у Б (уверења) и да од њих зависи како ће се осећати и реаговати у стресним ситуацијама.

Затим тражи од добровољаца да изнесе свој стресни догађај и разрађује АБЦДЕ модел по њему, трагајући најпре за песимистичним атрибуцијама и тражећи од учесника да дефинишу осећања и понашања која су последица песимистичних атрибуција. Након тога, тражи од учесника да формулишу оптимистичне атрибуције у Б и да из њих изведу последице („Како бисте се осећали и реаговали када бисте размишљали на тај начин?“).

4. АБЦ на делу

25'

Учесници се деле у групе по троје и дају им се радни листови АБЦ модела. Имају задатак да размене своје стресне догађаје и да помогну једни другима у попуњавању АБЦ радног листа са елементима (А – активирајући догађај; Б – размишљања и атрибуције; Ц – последице (осећања и реакције/понашања). Треба да установе да ли су Б песимистична или оптимистична и да свако песимистично Б замене за оптимистично. За рад имају 15 минута.

Тројке затим размењују ситуације и решења до којих су дошле (учествује ко жели, не морају сви). Водитељ/ка усмерава активност постављањем потпитања и проверава да ли су атрибуције биле песимистичне или оптимистичне.

Завршни део

10'

Користи од оптимизма

Водитељ/ка тражи од учесника да објасне зашто је добро имати оптимистичан став у суочавању са стресним догађајима. Укључује се са подацима из истраживања, који показују да је оптимизам у значајној повезаности са бољим менталним и физичким здрављем, благостањем и бољим постигнућима у животу (видети поглавље *Оптимизам/песимизам* у овој књизи).

Завршна игра – једна оптимистична реч за крај (редом сви, укруг, изговарају једну реч која је за њих оптимистична).

Поздрављање и завршетак радионице.

Прилог: Радни лист АБЦ

А: наведи активирајући стресни догађај	
Б: ПЕСИМИСТИЧНО размишљање о догађају, приписивање узрока догађају (трајно/глобално/унутрашње)	Б: ОПТИМИСТИЧНО размишљање о догађају, приписивање узрока догађајима (привремено/специфично/спољашње)
Ц: последице песимистичног Б (осећања, понашања, реакције)	Ц: последице оптимистичног Б (осећања, понашања, реакције)

РАДИОНИЦА 3: КОМУНИКАЦИЈА БЕЗ СТРЕСА

Циљеви радионице:

1. Унапређивање разумевања здраве комуникације и пријатељства код младих.
2. Разматрање и допринос превенцији зависности од виртуелних друштвених мрежа.

Укупно трајање: 85 мин.

Трајање	Активност	Метод
10'	Уводни део	
10'	„Невидљиви поклон“	Игра „Невидљиви поклон“
60'	Централни део	
10'	Агресивно-пасивно – асертивно	Игрокази
10'	Врсте комуникације	Дискусија
20'	Виртуелна комуникација преко друштвених мрежа – потребе које се тиме задовољавају, карактеристике, предности и недостаци	Групни рад
20'	Виртуелне друштвене мреже и здравље младих	Презентације и излагање водитеља
15'	Завршни део	
15'	Евалуација радионице: статус о радионици, на Фејсбуку	Индивидуално на стикере, читање стикера

Потребан материјал:

- Упутства за игроказе
- Стикери и постер за статус на Фејсбуку
- Постери за групни рад

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део 10'

„Невидљиви поклон“

Водитељ/ка каже учесницима да стану у круг и да свако свом суседу са десне стране осмисли неки поклон, који ће невербално показати. Особа којој је поклон намењен треба да препозна и „преузме“ поклон, а затим да поклон који је сама осмислила преда свом суседу здесна; ово се наставља док се сви не изређају.

Централни део 60'

1. Пасивно-агресивно – асертивно 10'

Учесници-добровољци добијају упутства за одигравање три ситуације, са три начина реаговања: пасивним, агресивним и асертивним. Након сваког играчког, коментарише се начин комуникације и истичу се битне особености (видети текст *Комуникација без стреса*, у прилогу).

2. Врсте комуникације 10'

Водитељ/ка резимира врсте комуникације према заступању својих или туђих потреба (пасивну, агресивну и асертивну), затим објашњава да се комуникација дели и на вербалну (уз помоћ говора, писаног или усменог) и невербалну (коју су имали прилике да искусе у уводном делу), а такође да постоји директна комуникација (лицем у лице, без посредника), као и комуникација уз помоћ посредника – па пита који су то посредници (телефон, писмо, медији, интернет...).

3. Виртуелна комуникација преко друштвених мрежа 20'

Водитељ/ка дели учеснике у неколико мањих група и тражи од њих да на постерима напишу одговоре на следећа питања:

- Зашто млади користе виртуелне друштвене мреже?
- Које су карактеристике пријатељстава остварених преко друштвених мрежа?
- Које су предности друштвених мрежа у односу на директну, живу комуникацију са пријатељима?
- Који су недостаци комуникације преко друштвених мрежа?

4. Виртуелне друштвене мреже и здравље младих 20'

Групе презентују своје постере, а водитељ/ка их допуњава подацима из истраживања о коришћењу интернета и друштвених мрежа и здрављу младих (из поглавља *Савремени електронски медији и комуникацијске технологије – ТВ, интернет, мобилни телефони*).

Завршни део 15'

Статус о радионици, на Фејсбуку 15'

Водитељ/ка дели учесницима по један стикер и моли их да на њима напишу, у једној реченици, статус који би поставили на свом Фејсбук профилу, о радионици коју су управо похађали. Уместо на ФБ, окачиће стикере на за то припремљен постер и водитељ/ка ће их прочитати, без коментарисања.

Прилог: Комуникација без стреса

КОМУНИКАЦИЈА БЕЗ СТРЕСА

Комуникација са другим особама представља један од извора великог задовољства и среће, али понекад може да фрустрира, изазове непријатне емоције, доведе до нарушавања односа или пак до појаве зависности (као што је случај каткад са комуникацијом путем друштвених мрежа). Комуникација може да буде агресивна, па да се осећамо угроженима или да тиме угрозимо друге; пасивна, чиме угрожавамо себе; такође и манипулативна (када покушавамо да преваримо друге људе тиме што ћемо говорити неистине, користимо околишање и имамо скривену „агенду“ тј. циљ који се покушава представити као нешто друго). Због свега овога, важно је да знамо како комуницирати на здрав и правилан начин.

Агресивна, пасивна и асертивна комуникација

За **агресивну** комуникацију и понашање карактеристичан је недостатак уважавања других; агресивним понашањем кршимо права других људи. Агресивност је директно залагање за своја права и изражавање мисли, осећања и уверења на начин који угрожава права друге особе. Циљ агресије је доминација и постизање победе над другом особом и таквим понашањем често кажњавамо друге људе због њихових поступака. У комуникацији са другом особом агресија најчешће почиње са: „Мораш да...“. Добра карактеристика агресивног понашања је што се на тај начин порука шаље веома директно и што је такво понашање фокусирано на постизање циља. Лоше стране су што агресивним понашањем повређујемо друге људе, кршимо њихова права, често изазивамо контранападе и заправо не покушавамо да чујемо шта друга страна жели. У ситуацијама када имамо тим који треба заједно да функционише у дужем временском периоду, агресивно понашање је контрапродуктивно јер се неки од чланова тима повлаче у пасивност, а други су у сталним међусобним сукобима (што непотребно исцрпљује ресурсе).

Међу узроцима агресивног понашања, најчешћи су следећи: особа агресивном, претераном реакцијом обезбеђује „моћ“, мисли да контролише ситуацију, спречава могућност да буде осетљива на потенцијалне будуће „нападе“; особа је претходно акумулирала незадовољство, бес зато што је била пасивна, па сада има агресивне епизоде; особа није решила неке емоционалне проблеме, искуства из прошлости; особа мисли да је агресија једини начин на који се може остварити циљ или допрети до друге особе; особа не зна како да се понаша другачије, а агресивно понашање је у њеној супкултури прихватљиво и пожељно.

За **пасивну** комуникацију и понашање карактеристичан је недостатак уважавања себе и кршење сопствених права. Пасивност се манифестује кроз немогућност изражавања својих мисли, осећања и уверења на отворен и директан начин. Циљ пасивног понашања је задовољити другог и по сваку цену избећи конфликт. Други људи особу која се понаша пасивно често опажају као саосећајну и љубазну, али и као некога ко има ниско самопоштовање, због чега се, чак и ако га саопшти, мишљење пасивне особе често не уважава.

Међу узроцима пасивног понашања, најчешћи су следећи: особа не разликује асертивност од агресивности и/или пасивност од љубазности; особа не прихвата своја права и/или страхује од изражавања емоција; особа се плаши исхода асертивности и нарушавања слике о себи; особа делује из улоге „спасиоца“ („спасава“ другу особу дајући јој помоћ која јој није заиста потребна); особа не познаје или не уме да примени асертивне вештине или јој недостају спонтаност и отвореност.

Асертивност је вештина која омогућава да се изборимо за своја права, осигуравајући да се наше мишљење и осећања узму у обзир, а притом се не нарушавају права других. Асертивна комуникација може се назвати и самопоузданом комуникацијом.

Асертивни људи се боре за своја права не угрожавајући туђа. Њихов циљ је – комуницирати. Они желе да открију шта је добро, а не ко је у праву. Верују да су обе стране одговорне за своје понашање. Они знају своја права и цене своје способности. Њихово понашање је чврсто, али није непријатељско. Спремни су да информишу, објасне, изразе своје циљеве и очекивања.

РАДИОНИЦА 4: КОЛИКО СЕ РАЗУМЕЈУ МОМЦИ И ДЕВОЈКЕ?

Циљеви радионице:

1. Боље разумевање супротног пола и брига у вези са сексуалним понашањем.
2. Преиспитивање родних стереотипа.

Укупно трајање: 80 мин.

Трајање	Активност	Метод
15'	<i>Уводни део</i>	
10'	Порука супротном полу	Писање на папирима – како је бити дечак/девојчица и шта би волели да поруче супротном полу
50'	<i>Централни део</i>	
20'	Која питања постављамо себи пре ступања у сексуалне односе	Стикери
20'	Како смо научили родне улоге	Рад у малим групама
10'	Стереотипне и родно научене представе о дечацима/девојчицама и зашто оне нису добре	Издавање водитеља уз постер
15'	<i>Завршни део</i>	
5'	„Ја против стереотипа“	Игра у кругу

Потребан материјал:

- Стикери, А4 папир
- Флипчарт
- Постер са колажима од исечака из новина и магазина са женским и мушким ликовима (из бајки, цртаних и играних филмова, са ТВ-а, из ријалитија...)
- Селотејп, маказе

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

10'

Порука супротном полу

10'

Водитељ/ка даје сваком учеснику А4 папир и тражи да на њима напишу своје виђење припадности мушком, односно женском полу, као да „пишу писмо“ неком припаднику супротног пола. Како је то бити девојчица/девојка, односно дечак/младић? Шта желе да поруче супротном полу? Потребно је дати довољно времена да се учесници замисле и концентришу и да свако запише по неколико идеја. Папире учесници савију и задржавају код себе.

Централни део

50'

1. Која питања постављамо пре ступања у сексуалне односе

20'

Учесници се у активност уводе кроз објашњења о томе да млади људи користе различите критеријуме да процене да ли и када да постану сексуално активни. Наглашава се да је доношење одлуке о ступању у сексуалне односе за многе младе тешко и да су питања на која млади траже одговор бројна: „Ова активност ће вам помоћи да размислите о својим бригама и разлозима, својој зрелости и предусловима који су важни за доношење ове одлуке“.

Активност се спроводи на нивоу целог одељења. Ученици на стикерима пишу питања која би требало себи да поставе пре него што одлуче да ступе у сексуални однос.

Водитељ/ка групише стикере и бележи (озбиљна и важна) питања на другој табли. Очекивано је да ће се, као битна, појавити следећа питања:

- *Да ли је у питању (права) љубав?*
- *Да ли је партнер/ка права особа?*
- *Да ли ме партнер/ка сексуално привлачи?*
- *Да ли се довољно познајемо?*
- *Да ли смо довољно блиски?*
- *Да ли можемо сасвим отворено да комуницирамо?*
- *Да ли верујем партнеру/ки?*
- *Да ли сам самостално донео/ла одлуку?*
- *Да ли знам како да се заштитим од нежељених последица?*
- *Да ли имам на располагању неко контрацептивно средство?*
- *Да ли постоји место на коме се осећамо довољно опуштено и сигурно?*

Води се дискусија са ученицима, о томе на која од наведених питања могу сами да одговоре, а за која би им био потребан савет или разговор. Са којом особом/особама би могли да се посаветују/разговарају?

Дискусију затим треба наставити у правцу трагања за сличностима и разликама у питањима којима се баве момци односно девојке. Питати: „Да ли мислите да постоје разлике међу младићима/девојкама у погледу тога која су за њих осећања/услови важни?“

Која су најважнија питања за младиће?

- Која су питања важнија за девојке?
- Како се осећате када уочите ове разлике у приоритетима младића и девојака?

Тамо где група мисли да је неко осећање/услов важније за момке – водитељ/ка на табли поред питања црта знак за мушки пол (♂), а тамо где мисли да је неко осећање/услов важније за девојке – исцртава знак за женски пол (♀).

На крају водитељ/ка пита: „Размислите о питањима која млади најчешће занемарују доносећи одлуку да ли да ступе у сексуалне односе први пут. Има ли нешто што је важно а што смо занемарили у питањима која сте поставили?“ Уколико се открију, водитељ/ка кроз дискусију открива зашто је то питање важно и како са њим поступити. Било би добро да се дође до питања: „Колико се од мене у друштву вршњака или уопште очекује да будем/не будем сексуално активан/на?“, „Шта то моја родна улога каже о томе када и како да ступим у сексуалне односе?“

2. Шта друштво каже о томе какви треба да будемо – како смо научили родне улоге 20'

Водитељ/ка показује постер (претходно припремљен од исечака из новина и магазина) на коме су колажном техником приказани мушки и женски ликови из популарне културе: из бајки, цртаних филмова, глумице, манекенке, певачице, старлете. На постеру су такође и мушки ликови: суперхероји, спортисти, ратници, глумци... Ученици се деле у 4 мање групе. Прва група добија задатак да напише на флипчарт-папиру које особине имају женски а које мушки ликови са постера. Друга група има задатак да напише које поруке су родитељи ових ликова њима упућивали како би их васпитали да постану такви какви јесу. Трећа група исписује на постеру какве поруке добијају момци, односно девојке, од модерних медија (телевизије, часописа, интернета...). Четврта група има задатак да прикаже добре стране ових разлика између мушкараца и жена и зашто је негативно ако овако делимо мушкарце и жене. Рад у групама траје 10 минута.

Водитељ/ка тражи да групе презентују своје продукте, пита за појашњења ако је потребно, подстиче развој дискусије у групи постављањем потпитања, нпр.: „Како бисмо могли да променимо лик Снежане?“, „Да ли медији утичу на наше понашање?“, „Да ли се неко некада нашалио на ваш рачун јер сте обукли мушке или женске боје?“, „Да ли су вас родитељи грдили јер се понашате 'као харамбаша' или 'као цурица'?“ „Како сте се осећали?“, „Да ли се очекује данас од девојака да буду 'скоцкане' и еротизоване, да изгледају као старлете?“ Дискусија траје 10 минута.

3. Стереотипне представе о мушкарцима и женама 10'

Водитељ/ка објашњава како се и кроз филмове, цртаће, уџбенике, медије... провлаче поједностављене и претерано уопштене представе о мушкарцима као јакима, активнима, грубима и неемотивнима, итд., и о женама као нежним, пасивним, лепим... домаћицама, лепотицама/принцезама или старлетама... Даје

примере познатих ликова из бајки (нпр. Снежана и принц на белом коњу, Трнова Ружица, Пепељуга, Црвенкапа и ловац..., хероји из акционих филмова..., старлете и певачице). Подстиче учеснике да кажу своје мишљење о томе шта треба да карактерише жене, а шта мушкарце и усмерава их у правцу равноправности, слободе избора и једнаких могућности (нпр.: „И дечак има право да се игра луткама или да се бави модом, има право да покаже осећања“, или: „И девојчица има могућност да игра фудбал или научи да вози мотор, да жели да буде космонаут, да буде обучена једноставно и спортски – уместо наглашено и еротизовано, да буде или не буде нашминкана“, и сл.).

Завршни део

15'

4. „Ја против стереотипа“

15'

Учесници треба да допуне своја „писма супротном полу“ и да размене идеје о томе како могу да се супротставе родним стереотипима. Наглашава се: „Видели смо шта све закупа момке односно девојке у погледу одлуке о ступању у сексуалне односе и у погледу стереотипних родних представа. Хајде сада да свако, редом у кругу, напише у свом писму супротном полу шта може да уради или промени у свом понашању, да би комуникација са девојкама, односно дечацима, била успешнија, са више уважавања дилема у вези са сексом и без стереотипних представа“.

Учесници размењују своја писма (девојке стављају своја писма у једну кутију а момци у другу, промешају се писма у обе кутије и потом свака девојка извлачи насумице једно „мушко“ писмо, а момак једно „женско“). Читање у кругу.

РАДИОНИЦА 5: ЗАШТО КАЖЕШ ЉУБАВ, А МИСЛИШ НА...?

Циљеви радионице:

1. Разликовање љубави од сличних емоција.
2. Побољшање разумевања и превенција неспоразума и конфликта у партнерским односима.
3. Развијање самопоштовања у партнерским везама.

Укупно трајање: 80 мин.

Трајање	Активност	Метод
5'	Уводни део	
5'	„Љубав је...“	Олуја идеја
60'	Централни део	
5'	Љубав и слични појмови	Дискусија
35'	Да ли је то љубав?	Рад у групама и дискусија
20'	Љубав и секс	Играње улога и дискусија
15'	Завршни део	
10'	Љубав, секс и самопоштовање	Дискусија
5'	„Шта смо научили?“	Идивидуални рад – евалуација уз помоћ стикера

Потребан материјал:

- Флипчарт-папир и маркери (или табла и креда)
- Радни листови са појмовима
- Цедуље са улогама
- Стикери

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

5'

„Љубав је...“

Након најаве теме радионице и подсећања на правила рада, водитељ/ка тражи од учесника да наведу асоцијације на појам „љубав“. Охрабрује их да кажу све чега се сете, без аутоцензуре. Све асоцијације се прихватају без коментарисања, макар звучале и неприкладно или удаљено од појма.

Централни део

60'

1. Љубав и слични појмови

5'

Водитељ/ка на основу претходне активности покреће кратку дискусију о томе да ли је све то љубав, или се међу идејама налазе и нека осећања која су нешто друго а не љубав. Преиспитује да ли ученици увиђају разлику између љубави („праве“, партнерске љубави) и следећих појмова:

- Страст
- Заљубљеност
- Свиђање
- Сексуална привлачност
- Љубомора

Дискусија не треба дуго да траје и водитељ/ка не треба да даје дефиниције ових појмова, јер ће се на томе детаљно радити у наредној активности.

2. Да ли је то љубав?

35'

Ученици се деле у пет група. Свака група бира једну од претходно припремљених цедуља са дефиницијом појмова (радни лист у прилогу, исечен на пет делова). Свим групама додељује се цедуља на којој је објашњен појам љубави.

На табли треба написати: „У чему је разлика између ЉУБАВИ и _____?“

Тражи се од група да узму празан папир и препишу реченицу са табле, с тим да уместо линије упишу реч са листа који су извукли („страст“, „свиђање“, итд.). Покреће се дискусија о питању које су написали и тражи се од њих да запишу свој одговор.

Након отприлике 5 минута, једна група чита своје питање и представља свој одговор.

Следећа питања могу да послуже за кратку дискусију:

- *Да ли се неко не слаже или жели да да неки коментар?*
- *Да ли је у нашој култури прихватљиво да и дечаки и девојчице доживљавају и испољавају то осећање (о коме се дискутује)?*
- *Може ли неко да да пример ситуације (из живота, новина, књиге, филма) када се то осећање (о коме се дискутује) не разликује од осећања љубави? Шта се дешава у таквим ситуацијама, као у датом примеру?*
- *Може ли то осећање бити део љубави?*

Поновља се корак 3 (за преостале четири групе), и свака група има 5 минута за свој извештај и дискусију.

Оставља се 10 минута за разговор о следећим темама:

- Како млади људи формирају свој доживљај љубави и заљубљености?
- Да ли филмови и љубавни романи реално приказују та осећања? Ако то није случај, шта мислите, како они утичу на младе људе и њихова очекивања?
- Зашто је важно размислити о сопственим уверењима о љубави и разликовати љубав од других сличних осећања?

3. Љубав и секс

20'

Водитељ/ка уводи учеснике у тему и циљ ове активности: „У једном скоријем истраживању, утврђено је да је четвртина младих (25%), узраста од 14 до 18 година, ступила у сексуалне односе, од тога је 31% момака и 21% девојака. Тај проценат је тек незнатно мањи у односу на проценат оних који су се изјаснили да се налазе у партнерској вези, што би могло значити да ступање у сексуалне односе код младих дефинише статус везе. Циљ ове активности је да преиспитамо у каквој су вези љубав, партнерске везе и сексуални односи“.

Затим позива учеснике да дискутују о томе, постављајући им питања:

- *Шта ви мислите, да ли је неопходно ступити у сексуалне односе, да би се било у вези са неким?*
- *Зашто тако мислите?*
- *Да ли је неопходно да оба партнера то желе?*
- *Да ли сте некада чули од својих вршњака да је неко од њих имао сексуални однос и онда када то није желео/желела?*

Након краће дискусије подстакнуте овим питањима, водитељ/ка износи следећи податак: „На питање о нежељеним сексуалним односима, у наведеном истраживању 12% младих је одговорило да су то искуство имали једном, а 5% њих више пута. Најчешћи разлог за нежељени сексуални однос (60% оних који су га имали) јесте жеља да се угоди партнеру/партнерки, док су други разлози притисак партнера (13%) и утицај алкохола (13%)“.

Водитељ/ка пита учеснике шта мисле о томе.

Потом учесници добијају упутство да покушају да формулишу одговор којим би одбили сексуални однос али тако да искажу своја осећања и покажу разумевање за осећања и потребе партнера/ке. Додатно их треба охрабривати коментарима попут следећих:

- „Он/а има право на своје потребе и осећања исто колико и ми, иако наше потребе нису подударне са његовим/њеним.“
- „Изражавањем својих осећања и потреба, умирујемо његова/њена страховања и стварамо атмосферу искрености и поверења. Тако се однос са партнером/ком неће променити без обзира што нисмо у стању да изађемо у сусрет жељи за сексуалним односом.“

- „Ако говоримо у своје име, без самооптуживања и правдања, самопоуздано износећи своје разлоге, без нападања, сумњичења или окривљавања партнера, тиме показујемо своју спремност за разговор и тражење решења које ће бити прихватљиво за обоје.“

Учесници исписују своје реченице на папириће, затим их гужвају и међусобно се гађају, тако да свако на крају узме по један папирић. Потом свако од ученика прочита садржај папира који је добио. Заједно се дискутује о свим одговорима. Прихватљиви одговори могу да буду и овакви⁴:

- *Волим те и осећам да и ти мене волиш. Потребно ми је да прихватиш то да ја тренутно нисам спреман/на за сексуални однос.*
- *Заиста ми је стало до тебе и не желим да покварим нашу везу. Када инсистираш на сексуалном односу имам утисак као да мислиш да ти не пружам љубав.*
- *Немој да мислиш да те не волим. Можемо да разговарамо о томе да ли секс мора да прати љубав.*
- *Волим те и желим да будем са тобом. То не значи да треба да имамо сексуалне односе. Мислим да су за сада довољни пољупци.*
- *Верујем да ћу за сексуалне односе бити спреман/на тек кад будем старији/ја.*
- *Разумем твоју потребу. И ја слично осећам, али се плашим да нам се не догоди трудноћа. Мислим да морамо много одговорније да се понашамо у вези са тим.*
- *Лакше би ми било да одлучим кад бисмо још мало сачекали.*
- *Нисам сигуран/на да ли се довољно познајемо. Веома ми је стало до тебе и желео/ла бих да те стварно упознам пре него што ступимо у сексуалне односе.*
- *Видим да ти је веома стало до тога, али врло сам уплашен/на кад помислим на сексуални однос и то је нешто што морам сам/а са собом да рашчистим. Рећи ћу ти кад будем спреман/на.*
- *Уреду је да то желиш, али ја не бих журио/ла са том одлуком.*

Завршни део

15'

1. Љубав, секс и самопоштовање

10'

На крају се кратко дискутује о томе какве последице може да има одлука да се ступи у нежељене сексуалне односе – због угађања партнеру или попуштања под притиском – на самопоштовање оба партнера, на њихову љубав, и сл. Закључује се да у правој љубави не би требало да постоји притисак и да би оба партнера требало да имају права на сопствену одлуку и да у вези осећају да су поштовани и да могу да сачувају самопоштовање.

⁴ Формулације одговора којима се одбија сексуална понуда у оквиру ове активности преузете су из: Група аутора (2000). *Сачувајмо здравље: Приручник за здравствене раднике о заштити репродуктивног здравља младих*. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Републички центар за планирање породице.

2. „Шта смо научили?“

5'

Водитељ/ка тражи од сваког учесника да на једном стикеру запишу једну мисао, идеју, исказ... који најбоље одсликава оно што је научио/ла на овој радионици – „најјачи утисак“ са радионице. Упућује их да почну речима: „Научио/ла сам да...“. Стикери се лепе на таблу или флипчарт и не коментаришу се, већ служе водитељу/ки за евалуацију ефеката радионице.

Прилог: Радни листови са дефиницијом појмова за активност „Да ли је то љубав?“

Страст се може изједначити са сексуалном привлачношћу, али може се схватити и шире. С обзиром на то да је у склопу радионице сексуална привлачност понуђена посебно, можемо овде страст дефинисати као осећање интензивне привлачности, које укључује и физичко узбуђење. Најчешће се јавља у љубавним односима, али може се јавити и ван њих – страст према неким активностима, хобијима, предметима, јавним личностима...

(Упутство за водитеља/ку: ослонити се што више на инпут групе.)

Заљубљеност се обично јавља као фаза у формирању везе, која следи после фазе привлачности и удварања. Блискост значајно расте у овој фази, као и блиски телесни контакт, не само сексуалне природе, већ и онај сличан родитељском (као што је држање за руке, пребацивање руке преко рамена или струка, тепање). У присуству друге особе партнер који је заљубљен постаје узбуђен и умирен у исто време. Заљубљеност укључује осећаје страсти, сексуалне привлачности и узбуђења. Раздвајање од партнера током фазе заљубљивања производи недостатак енергије, тугу и депресију.

Свиђање је осећање које се јавља у склопу правих пријатељстава. Свиђање укључује осећања блискости и топлине у односу са другом особом, али не и интензивна осећања, као у случају страсти.

Сексуална привлачност је висок степен физичког узбуђења у присуству одређене особе, жеља за физичком блискошћу са њом.

Љубомора – када људи осећају да је однос са важном особом угрожен, они могу постати љубоморни. Љубомора (у било каквом односу, укључујући и љубавни) односи се на осећаје зависти, посесивности, рањивости и љутње. Већина људи осећа љубомору у неким ситуацијама. У романтичним односима, људи могу бити љубоморни на стварног или замишљеног супарника. Међутим, особа може осећати да је љубавни однос угрожен и због партнерове посвећености породици, пријатељима или послу.

Свим групама даје се цедуља на којој је објашњен појам љубави:

ЉУБАВ (ПРАВА ЉУБАВ) – након фазе заљубљености, може се развити оно што се често назива „правом љубављу“. Изрази „истинска љубав“ или „права љубав“ односе се на везу интимних партнера која је напредовала даље од фазе занесености или заљубљености. У овој фази, ефекат узбуђивања опада и подршка и неговање постају значајнији од узбуђења и секса. За ову фазу је карактеристично мирно задовољство у оквиру кога комуникација постаје све важнија. Волети некога значи бринути дубоко за ту особу и залагати се за његово или њено благостање и срећу. Љубавни однос често (иако не увек) укључује и посвећеност одржавању везе.

РАДИОНИЦА 6: НАСИЉЕ У ШКОЛИ И НЕНАСИЛНА КОМУНИКАЦИЈА

Циљеви радионице:

1. Упознавање са различитим врстама насиља, ради препознавања насиља у школи.
2. Разумевање карактеристика насилника и жртве.
3. Увежбавање асертивног реаговања у конфликтним ситуацијама.

Укупно трајање: 75 мин.

Трајање	Активност	Метод
10'	Уводни део	
10'	Колико има насиља у школама?	Разговор у групи
50'	Централни део	
10'	Врсте насиља у школама Ко је насилник, а ко жртва?	Излагање водитеља уз помоћ постера
20'	Агресивно-пасивно – асертивно у ситуацији насиља	Игрокази
20'	Дискусија о различитим начинима реаговања на задиркивање и које реаговање је најбоље	Дискусија
15'	Завршни део	
5'	„Кажи комшији нешто лепо“	Игра у кругу
10'	Евалуација радионице – кажи водитељу нешто лепо о радионици: шта ти се допало а шта није (на асертиван начин)	

Потребан материјал:

- Постери бр. 4, 5, 6: насилништво, видови насилништва, ко је насилник а ко жртва
- Цедуљице са упутствима за игроказе (треба их претходно исећи)
- Маказе, селотејп

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део 10'

1. Колико има насиља у школи? 10'

Водитељ/ка започиње, најављујући циљ радионице и тему: насиље у школама (може се повезати и са претходном темом, тражећи од ученика да одговоре на питање: „Какво је насиље најчешће међу дечацима, а какво међу девојчицама“). Водитељ/ка пита ученике да ли сматрају да насиља у њиховој школи има и како се оно испољава. Који је најчешћи вид насиља? Како поступају остала деца, а како одрасли ако неко трпи насиље? Шта се дешава са жртвом ако дуже време трпи насиље? Шта би они урадили?

Централни део 50'

2. Шта је насиље и ко га врши/трпи 10'

Водитељ/ка уз помоћ постера бр. 4, 5 и 6 објашњава шта је насиље, које врсте насиља постоје и шта карактерише насилнике и жртве. Покреће разговор на сваку од тема са постера, подстиче ученике да изнесу своје мишљење, примере, искуства... Пита их како треба реаговати у ситуацији насиља, шта урадити ако смо и сами жртва, ако смо сведоци насиља над другима, ако смо у ситуацији да сами вршимо насиље. Разговара о улози одраслих у томе: шта они треба да ураде.

3. Пасивно-агресивно – асертивно 20'

Учесници-добровољци добијају упутства за одигравање три ситуације вербалног насиља у школи (групно задиркивање и вређање), са три начина реаговања: пасивним, агресивним и асертивним. Након сваког играчког, коментарише се начин комуникације и истичу се битне особености пасивног, агресивног и асертивног реаговања на насиље, испитује се колико су ефикасни ови начини у заустављању насиља, итд.

Сцена 1: Група момака и девојака задиркује две девојке, говори им да су смешне, дебеле, смотане... Две задиркиване девојке се стиде, покуњено се склањају, једна од њих почиње да плаче.

Сцена 2: Група момака и девојака задиркује две девојке, говори им да су смешне, дебеле, смотане... Две задиркиване девојке нападају групу која их задиркује, вриште на њих, покушавају да се физички обрачунају.

Сцена 3: Група момака и девојака задиркује две девојке, говори им да су смешне, дебеле, смотане... Две задиркиване девојке прилазе групи и одлучно кажу да им такво опхођење не прија, да не желе да трпе такво понашање и да желе да група престане са тим.

4. Асертивни ЈА-ГОВОР

20'

Водитељ/ка резимира врсте комуникације према заступању својих или туђих потреба (пасивну, агресивну и асертивну), објашњава укратко технику „ја-говора“ и омогућава учесницима да је провежбају тако што ће осмислити „ја-реченицу“ у примерима неколико ситуација.

Водитељ/ка на табли исписује елементе: **„Када ти... ја (се) тада осећам... желео/ла бих...“**

Ситуације

Ситуација 1: Уморан долазиш из школе, а млађи брат/сестра наваљује на тебе да се играте.

Ситуација 2: Касниш из изласка јер се градски аутобус покварио. Родитељи су будни, љуте се на тебе.

Ситуација 3: Момак ти је направио љубоморну сцену пред друштвом.

Ситуација 4: Твој најбољи друг/другарица опет касни у школу, а код њега/ње је твоја свеска из математике у којој је домаћи за данас...

Завршни део

15'

5. „Кажи комшији нешто лепо“

5'

Сваки учесник треба да каже неку лепу поруку свом суседу здесна (или слева, свеједно), али да је искрена. Нпр.: „Свиђа ми се како си се обукла данас“, или: „Мени значи што могу да разговарам са тобом када ме нешто мучи“, „Допада ми се како црташ/пишеш/играш фудбал“, итд.

4. „Кажи водитељу/ки нешто лепо“

10'

Сваки учесник треба да каже шта му/јој се допало у радионици, а шта није и то на асертиван начин. Ова активност служи и за евалуацију радионице али и за вежбање асертивног говора.

Прилог: постери (или слајдови *PowerPoint* презентације)⁵

НАСИЛНИШТВО У ШКОЛИ

- Насилништво је физичко, вербално или емотивно злостављање појединца од стране једне или више особа.
- Насилништво је када једно или више деце узастопно и намерно узнемирују, нападају или озлеђују друго дете које не може да се одбрани.
- Насилништво у школи укључује или претпоставља неравнотежу физичке или менталне моћи, тако да је насилник јачи (или делује јаче) од жртве.

ДИРЕКТНО И ИНДИРЕКТНО НАСИЉЕ

- Директно: ругање, понижавање, вређање, отимање и уништавање ствари, ударање, наређивање, гурање...
- Индиректно: оговарање, игнорисање, искључивање из групе...
- Насилништво може бити: физичко, психолошко, социјално и сексуално.

НАСИЛНИЦИ И ЖРТВЕ

Ко су насилници?

- Деца/млади који имају потребу да се осећају моћно
- Деца/млади који мисле да насилништво доноси резултате
- Они који понављају насилничко понашање; деца која само повремено задиркују друге нису насилници

Ко су жртве?

- Жртва може бити свако!
- Пасивне жртве: осетљиве особе, рањиве, повучене и усамљене, не умеју да се бране и немају много пријатеља
- Провокативне жртве: импулсивна деца/млади, лако се узбуђују и узнемиравају, „праве мете од себе“ али не умеју да се бране

⁵ У припреми материјала коришћен је „Водич кроз развојне сметње“, настао у оквиру пројекта „Другачији заједно“, Школа за основно и средње образовање „14. октобар“, Ниш.

РАДИОНИЦА 7: КАКО СМАЊИТИ СТРЕС У ШКОЛИ

Циљеви радионице:

1. Идентификовање стресних ситуација у школи.
2. Разматрање механизма настанка и функција треме.
3. Упознавање са техникама превазилажења треме – РЕБТ решења.

Укупно трајање: 90 мин.

Трајање	Активност	Метод
10'	Уводни део	
10'	„Ау, што је школа стресна!“	Дискусија у групи
65'	Централни део	
15'	1. Недавни активирајући догађај: искуства треме „Колико је јака моја трема?“	Индивидуално присећање, размена, Термометар треме пред проверу знања или јавни наступ
5'	2. Ситуације у којима се најчешће осећа трема	Индивидуално присећање, размена
10'	3. Дефиниције и врсте треме	Излагање водитеља кроз примере
10'	4. Како „правимо“ трему – АБЦ шема	Излагање водитеља (објашњење АБЦ модела)
25'	5. АБЦ модел на делу	Вежба у 3 групе: промене блокирајуће у подстичућу трему (замена ирационалног Б у преференцију)
15'	Завршни део	
5'	Како савладати трему (неколико корисних савета)	Излагање водитеља
10'	Користи од РЕБТ решења	Задатак за рад код куће Игра у кругу

Потребан материјал:

- Постер са нацртаним термометром
- Постери за групни рад или радни лист за АБЦ на делу (из једне од претходних радионица)

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

10'

„Ау, што је школа стресна!“

Водитељ/ка позива учеснике да се сете својих искустава из школе, постављајући питања: „Како се најчешће осећате у школи?“; „Да ли вам је у школи чешће пријатно или непријатно?“, „У којим ситуацијама се осећате да оне превазилазе ваше способности?“, „Да ли некада осећате страх, трему или сте нервозни? Када то најчешће осећате?“, „Колико су јака та непријатна осећања?“

Водитељ/ка води дискусију, сумира резултате и закључује колико се процене учесника разликују или су сличне, истиче проверу знања или јавни наступ као чест извор стреса у школи и најављује да ће се у радионици говорити о трему.

Централни део

65'

1. Искуства треме – шта је за вас трема и како је доживљавате?

15'

Водитељ/ка након кратког увода о трему пита учеснике да објасне шта је за њих трема и које су њихове најчешће асоцијације на трему. Размена у кругу.

2. „Колико је јака моја трема?“ – термометар треме пред проверу знања или јавни наступ

5'

На унапред припремљени постер са нацртаним термометром, обележеним бројевима 1–10, учесници стављају знак на термометру, у зависности од тога којим степеном процењују ниво треме пред проверу знања или јавни наступ. Водитељ/ка сумира резултате и изводи закључак о томе колико се процене разликују или су сличне.

4. Недавни активирајући догађај

10'

Водитељ/ка позива учеснике да се присете неког недавног догађаја који је довео до активирања треме. Учесницима се даје неколико минута да се присете, а затим следи размена у кругу: која ситуација је била у питању, колико су осећања била јака, који физиолошки симптоми су се јавили, и шта су урадили. Водитељ/ка све резимира тако да учесници разумеју тачку А из АБЦ модела и препознају да је реч о будућим јасно дефинисаним и важним ситуацијама.

5. Дефиниције и врсте треме

10'

Водитељ/ка објашњава појам треме и врсте треме кроз примере, са циљем да учесници разумеју тачку Ц из АБЦ модела и трему као врсту страха који се осећа пред неки одређен, будући и важан догађај/ситуацију, за коју процењују да превазилази њихове способности.

6. Како „правимо“ трему – АБЦ шема

25'

Водитељ/ка приказује шему АБЦ модела, са циљем да учесници схвате да је наше ирационално размишљање узрок блокирајуће треме и да увиде шта се може учинити у претварању блокирајуће треме у подстицајну (трагање за решењима и увиђање да решења постоје).

Учесници се деле у три групе и дају им се листови АБЦ модела или постери за групни рад. Задатак је да кроз 3 најчешће ситуације које доводе до активирања треме промене блокирајућу трему у подстичућу (замена ирационалног Б у преференцију), уз помоћ РЕБТ решења, да на тај начин смање стрес и анксиозност пред проверу знања или јавни наступ, и увиде да се размишљањем може изаћи из блокирајуће треме.

Завршни део

15'

1. Како савладати трему (неколико корисних савета)

10'

Водитељ/ка кроз излагање још једном резимира користи РЕБТ решења и даје учесницима 6 савета о томе како управљати тремом.

2. Евалуација радионице:

5'

Размена у кругу – шта ћу од наученог применити.

Сваки учесник саопштава које решење за управљање тремом ће му/јој највише користити.

Поздрављање и завршетак радионице.

Прилог: Шест савета како управљати тремом

1. Потражи доказе за то да је евентуални неуспех једнако катастрофалан, да је ужасно ако не успеш, да си неспособан ако не успеш. Сигурно их нећеш наћи!
2. Искрено се увери у то да ти ниси исто што и твоје постигнуће на презентацији на часу или на усменом одговарању. Исход тог наступа није мерило твоје вредности као особе. Ако не успеш, не значи да си цео/цела неуспешан/на као особа.
3. Активно ради на томе да разликујеш захтеве од жеља. Кажи себи радије: „Ја ЖЕЛИМ да на том наступу јасно кажем шта имам, то би било баш добро“, него да се ирационално убеђујеш: „Ја апсолутно МОРАМ да одрадим то савршено“ (Шта се стварно мора?).
4. Увежбај стопирање мисли. Интрузивне мисли попут: „Знам да нећу положити“, „Ја то нећу моћи поднети“, „Ја сам неспособан/на“ могу бити заустављене једним „СТОП!“ Даље почни да мислиш разумно и кажи себи: „Није ужас ако не положим, само је непријатно“, „Грешити је људски, а ја сам човек“, „Моја вредност не зависи од мог успеха на овом наступу“.
5. Менталне блокове превазиђи тако што ћеш се за тренутак релаксирати, и рећи себи поново нешто разумно: „Хајде да видим шта могу да учиним уместо што размишљам о томе шта не могу“.
6. Примени 5+3+5 вежбу дисања (удиши полако бројећи до 5, задржи дах бројећи до 3, затим полако издахни бројећи до 5), уколико осећаш јаке телесне симптоме.

РАДИОНИЦА 8: БОЉА ОРГАНИЗАЦИЈА – МАЊЕ СТРЕСА⁶

Циљеви радионице:

1. Увиђање значаја преузимања активне улоге у процесу организације радног времена.
2. Увежбавање прављења распореда радних обавеза.
3. Подстицање ученика да буду активнији и успешнији.

Укупно трајање: 70 мин.

Трајање	Активност	Метод
15'	Уводни део	
5' 10'	1. Уводна игра 2. Подсећање ученика на једну ситуацију када нису научили за тест/одговарање	Игра у кругу Размена у кругу
50'	Централни део	
10'	Објашњење појма прокрастинације и процеса доношења одлуке	Излагање водитеља уз презентацију
20'	Прављење распореда обавеза за наредну недељу	Индивидуални рад ученика
15'	Представљање плана	Размена у групи
5'	Смишљање награде и казне	Индивидуални рад и размена
5'	Завршни део	
5'	Игра међусобне подршке	Размена у кругу

Потребан материјал:

- А4 папир за сваког ученика
- Оловка за сваког ученика

⁶ У припреми ове радионице учествовао је тим водитеља радионица из пројекта „Трипут ура! За здравље у школи“ из Карловачке гимназије.

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део 15'

1. „Шта желим?“ 5'

Ученици стоје у кругу. Водитељ/ка их позива да свако каже једну своју жељу, тако што ће почети речима: „Желим да...“

2. Искуство неспремности за час 10'

Водитељ/ка позива ученике да се присете једне ситуације из средње школе када нису били спремни за тест/одговарање које им је било важно. Након пар минута размишљања, у кругу се размењују искуства о томе шта се десило, да ли су због тога били под стресом, како су се осећали, какве су биле последице.

Централни део 50'

1. Објашњење прокрастинације 10'

Водитељ/ка објашњава појам прокрастинације (одуговлачења), с циљем да ученици увиде да је ту ситуацију могуће надвладати. Водитељ/ка посебно истиче важност доношења одлуке о промени нежељеног понашања. У припреми се може користити прилог – „О одлагању“. Водитељи могу припремити презентацију или на постеру или табли исписати кључне појмове.

2. Одабир једног циља и израда индивидуалног плана рада 20'

Водитељ/ка позива учеснике да дефинишу себи један циљ који је у вези са школом и истиче да је један од начина који им може помоћи у остваривању циља, као и превазилажењу проблема прокрастинације којег евентуално имају, прављење дневног/недељног распореда обавеза. Позива ученике да свако направи свој недељни распоред рада домаћих задатака. Сваки ученик планира време које ће му бити потребно за израду домаћег задатка за сваки предмет, као и време када ће тај задатак радити, за сваки дан у недељи. Водитељ/ка посебно наглашава значај прављења конкретних и остваривих планова.

3. Представљање плана 15'

Ученици у кругу саопштавају план који су направили. Разговор се води о остваривости плана, потребном времену, вољи за испуњавањем плана. Водитељ/ка наглашава значај јачања воље да се оствари зацртани план и охрабрује ученике да буду упорни у томе.

4. Награда – казна 5'

Сваки ученик смишља како ће себе наградити/казнити (као вид управљања својим понашањем), у случају придржавања/непридржавања сачињеног плана, и у кругу саопштава своје закључке групи.

Завршни део 5'

1. Међусобна подршка 5'

Редом у кругу, сваки ученик започиње реченицу речима: „Желим ти да...“ и понавља жељу коју је на почетку радионице изговорио ученик са његове десне стране.

Водитељ/ка поздравља ученике и завршава радионицу.

Прилог: „О одлагању“

Облик понашања за који је карактеристично одлагање акција и задатака за касније назива се **прокрастинација**.

Промена зацртаног плана и одлагање неке радње не морају увек бити лош знак и чак могу указивати на нечију флексибилност и способност да се адекватно прилагоди новонасталим околностима. Одлагање постаје проблем онда када пређе у навику и почне да значајно снижава квалитет рада, постигнућа, па и живота. Још једна битна одредница прокрастинације јесу психички бол и кривица које такво понашање изазива. Одлагање се врши упркос знању да ће исто имати негативне последице. Са савременим технологијама, бежање од обавеза и све веће ширење овог проблема чини се још лакшим јер одлагање посла значајно олакшавају интернет и телевизија – па проводимо много времена на друштвеним мрежама, на пример, уместо да учимо или радимо.

Бројни су могући узроци оваквог понашања и могу се разликовати, како од особе до особе, тако и од ситуације до ситуације. Избегавање отпочињања посла може бити последица ниског самопоуздања или несигурности у себе, такође може бити последица стреса, перфекционизма, ниске толеранције непријатности, па и отпора ауторитетима.

- **Страх.** Особа која страхује да неће успешно одрадити посао, баш као и ученик који се плаши превеликог градива, тежиће што даљем одлагању рада. Особе ниског самопоуздања често се плаше резултата сопственог рада, убеђене да неће бити онолико добри колико се то од њих очекује. У том случају, прокрастинација не само што их удаљава од онога чега се плаше, већ им даје и довољно добар разлог, односно изговор, за ниске резултате. Њихова логика је да, чак и ако не буду остварили очекивања, уз прокрастинацију ће моћи то да објасне недостатком времена пре него ли недостатком способности.
- **Перфекционизам** се такође често доводи у везу са прокрастинацијом. Особе са превисоким очекивањима од себе сматрају да је неопходно бити савршено припремљен како би се неки посао могао отпочети. Како је такво савршенство тешко оствариво, одлагање посла је једини начин да се особа сачува од разочарања.
- **Недостатак мотивације.** Уколико задатак није уклопљен у неку ширу слику коју особа има о себи и свом животу и уколико не постоје жеља и страст ка посвећивању истом, тада особа неће моћи да обавља задатке подстакнута унутрашњом мотивацијом, већ ће тражити спољашње мотиваторе. Дobar мотиватор може бити осећај стреса који се повећава како се ближи крајњи рок за завршетак посла. Тек онда када стрес достигне довољно висок ниво, он ће особу погурати ка циљу и натерати је да се посвети задатку.

- **Ниска толеранција непријатности.** Неки људи прокрастинирају (нарочито ако је посао који треба урадити захтевнији) зато јер имају ирационално уверење да не могу да поднесу да им буде тешко или пак да им увек мора бити занимљиво и забавно када нешто раде. Слично овоме је одлагање посла за период дана када „ми иде лакше“ или кад смо одморнији, сити, када нам је мирније окружење, мада овај вид одлагања има своје реалистично оправдање и обично се посао ипак обави.
- **Однос према ауторитету.** Многим људима извршавање задатака у стриктно одређено време представља проблем већ због саме чињенице да је тај рок очекиван и од околине, и то у највећем броју случајева од стане неких ауторитета. Пробијајући рок и обављајући задатке са закашњењем они заправо остварују осећај личне аутономије и независности за које страхују да им могу бити нарушене од стране неког ауторитета. Објашњење прокрастинације преко односа са ауторитетом може нам донекле објаснити и значајно повишење прокрастинације у периоду тинејџерских дана и адолесценције. Управо је то период кад се код човека јавља и највеће бунтовништво, јер покушава да помири своје потребе са правилима света одраслих у који управо улази. Бунт који се тада јавља нормалан је и може донекле објаснити потребу за прокрастинацијом код младих. Ипак, штета коју такво понашање доноси може бити већа од користи у циљу проналажења сопственог идентитета и места у свету одраслих. У том случају, рад на прокрастинацији мора укључивати и рад на односу према старијима, радним навикама и техникама управљања собом, али и учење вештина планирања времена.

РАДИОНИЦА 9: ДРОГЕ МЕЂУ НАМА

Циљеви радионице:

- Допринети превенцији злоупотребе психоактивних супстанци.
- Разумети зашто људи (и млади) користе психоактивне супстанце – идентификовати факторе ризика и заштитне факторе.
- Подизање нивоа знања о распрострањености и дејству ПАС на здравље.
- Преиспитивање ставова о ПАС у широј средини и код младих.

Укупно трајање: 80 мин.

Трајање	Активност	Метод
10'	Уводни део	
10'	Најчешће ПАС међу младима	Олуја идеја и избор 5 најучесталијих
70'	Централни део	
20'	Анализа за 5 најучесталијих ПАС	Рад на постерима у 5 група – свака добија једну ПАС која је идентификована у претходној активности и ради анализу
30'	Презентације постера	Презентације, допуне и дискусија
20'	Истине и заблуде о дрогама	Вежба у простору („просторна дијагонала“)
10'	Завршни део	
10'	Поруке себи, вршњацима и родитељима	Индивидуално писање на стикере, пленарна дискусија

Потребан материјал:

- Флипчарт-папир за постере – унапред припремљене табеле са питањима
- Маркери
- Стикери

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

10'

Након представљања теме и циљева радионице, водитељ/ка тражи од учесника да наведу све психоактивне супстанце које познају и за које знају да се користе међу младима. Бележи одговоре на флипчарту или табли. Затим саопштава учесницима да имају по 10 бодова („гласова“) које треба да распореде, тако што ће доделити највише бодова оним ПАС за које сматрају да се најучесталије користе међу младима (тј. да их највише младих користи). Могу да дају једној супстанци свих 10 бодова, да их поделе на по 5, или да бодове другачије распореде, онако како желе и сматрају да је најбоље. Даје им се неколико минута да приђу флипчарту или табли и да означе расподелу својих бодова (тачкацама, цртицама и сл.). На крају се пребројавају „гласови“ и утврђује се којих пет наведених ПАС имају највише гласова.

Напомена водитељу: обавезно у листу ПАС укључити и цигарете и алкохол, ако их се ученици не сете. На основу података истраживања (приказаних у овој публикацији), може се очекивати приближно следећи ранг по преваленци коришћења:

1. Алкохол – 65% одговора гласи: „већина или сви“ вршњаци, а 25,8 одговора су: „мало или неколико“
2. Цигарете – 40% „већина или сви“; 45,7% „мало или неколико њих“
3. Марихуана – 7,8% одговора „већина или сви“; 35% одговора „мало или неколико њих“
4. Седативи (бенседин и сл.) – 3,3% „већина или сви“; 23,8% „мало или неколико њих“
5. Екстази – 1,9% „већина или сви“; 21% одговора „мало или неколико њих“
6. Хероин, кокаин и сл. – 1,2% „већина или сви“; 7,5% „мало или неколико њих“

На постеру могу да се нађу забележени и лепак и други испаривачи (боје, лакови, спрејеви и сл.); спид (амфетамини, метамфетамин – „кристал мет“); чај од чаура мака, неки други лекови, ЛСД („трип“), итд. Уважити и то уколико ове супстанце добију много гласова. Уколико за неку од супстанци нисте претходно чули, или не познајете актуелни „улични“ назив за неку супстанцу, питајте ученике да појасне.

Након што је идентификовано 5 најучесталијих ПАС у овој активности, водитељ/ка уписује називе тих ПАС на постерима на којима су већ припремљене табеле са питањима:

- Како се препознаје интоксикација и како утиче на организам?
- Зашто млади почињу да је користе/настављају да је користе?
- Шта би могло да спречи почетак употребе или наставак злоупотребе те ПАС?

Овако може да изгледа постер:

ПАС: алкохол

Како се препознаје да је неко под дејством ове супстанце?	Како ова супстанца дугорочно утиче на организам?
Зашто младе привлачи да пробају ову супстанцу?	Шта би могло да спречи почетак коришћења?
Зашто настављају да је користе?	Шта би могло да спречи настављање коришћења?

Централни део

70'

1. Анализа ПАС:

20'

Водитељ/ка дели учеснике у 5 група и групама даје припремљене постере (видети изнад) и маркере. Тражи од свих група да одговоре на сва питања и напомиње да за то имају 20 минута.

2. Дискусија

30'

Пре него што групе почну да презентују, дели им се материјал о деловању ПАС (видети у прилогу) и то тако да свака група добије неку ПАС чију анализу није радила. Групе потом имају задатак да допуне излагање о тој ПАС.

Групе једна по једна презентују постере; водитељ/ка охрабрује остале да допуне или коментаришу одговоре групе која презентује. На крају резимира, користећи резултате истраживања:

Ризико-фактори за злоупотребу ПАС (ко их користи?)

Лични:

- Младићи више него девојке
- Млади више него одрасли (радозналост, незнање, неискуство)
- Деца и млади са менталним проблемима
- Неуспешни у школи
- Деца и млади са неразвијеним или недовољно развијеним личним и животним вештинама – са тешкоћама у доношењу одлука, изражавању емоција, асертивној комуникацији, партнерским односима, решавању проблема...

Средински:

- Сиромаштво
- Породични проблеми (родитељи и сами користе ПАС или су толерантни према томе, хаотична свакодневица, сукоби, насиље)
- Позитиван став према тој супстанци у друштву и непосредном окружењу младе особе
- Притисак вршњака
- Доступност ПАС

Заштитни фактор: (ко не користи ПАС?)

- Млади који имају добро развијене животне и личне вештине – који умеју да комуницирају, да изразе емоције, да доносе одлуке, решавају проблеме; који су „зрели“, имају развијено самопоштовање и самопоуздање
- Деца из породица које добро функционишу и у којима постоје правила

Битно је напоменути да је важан заштитни фактор и СТАВ ОКРУЖЕЊА о ПАС – ако се у окружењу (породици и шире) истиче да је та супстанца лоша, нездрава и забрањена, тј. ако нема толерисања употребе било које ПАС, мања је учесталост коришћења ПАС од стране младих.

Прилог: Картице са описом деловања ПАС (исећи и поделити групама; изабрати оних 5 ПАС о којима се ради на радионици, а ако остане времена, водитељ/ка може да објасни и остале).

ПАС	Како утиче на организам?
Алкохол	Алкохол је моћан наркотик који депримира централни нервни систем и изазива промене у начину како особа размишља и како се понаша. Тинејџери су подложнији утицају алкохола јер је њихова физичка толеранција на алкохол неразвијена. Такође, недовољно су искусни у пићу и имају мању способност да процене у којој мери су опијени. Ум и тело у развоју више су подложни негативним ефектима алкохола. Што млада особа почне раније да пије без ичијег надзора, повећава се ризик да ће касније у животу имати проблема који су резултат употребе алкохола. Много брже него код одраслих јавља се немогућност контроле и заустављања на мањим количинама пића, безвољност и мањак интересовања за велик број свакодневних активности и хобија, појава апстиненцијске кризе при прекиду конзумирања. Последице употребе алкохола: губитак контроле над сопственим понашањем; ризично понашање у вршњачкој групи, сексуалним односима и у саобраћају; покушаји самоубиства. Телесне последице дуготрајне употребе: оштећење јетре, срца, бубрега, мозга, једњака и желуца, црева; карциноми разних органа. Психосоцијалне последице: „алкохоличарско понашање“ (склоност

	испадима, конфликтима и насиљу; партнерски и породични проблеми, проблеми у школи и на послу, непоузданост, раздражљивост, неурачунљивост...)
Цигарете (дуван)	Дуван је најзначајнији појединачни фактор ризика за настанак бројних обољења и превремено умирање становништва. Дуван је једини легални производ који делује штетно на све који су му изложени и убија скоро половину оних који га користе. Нема органа нити система у организму који дуван не напада и не оштећује. Брзо се развија јака психичка и физичка зависност и пушење постаје хронично. Последице вишегодишњег пушења: смртна обољења срца и крвних судова (инфаркт, шлог); малигне болести уста, ларинкса, плућа, једњака, желуца, панкреаса, мокраћне бешике, бубрега; леукемија; плућне болести; отежано зачеће, побачаји... Посебно треба истаћи пасивно пушење – невољно излагање дуванском диму које такође може довести до горенаведених обољења и прераног умирања.
Марихуана	Знаци акутне интоксикације: прегласно и убрзано причање уз често смејање непосредно по узимању марихуане, поспаност и успореност у каснијим фазама дејства, заборавност у разговору, црвенило вежњача, зенице могу бити раширене, утисак спорог протицања времена. Трајне последице: губитак воље и иницијативе, оштећење плућа, атрофија мозга, хромозомска оштећења, поремећаји менструалног циклуса и нивоа тестостерона.
Екстази	Знаци акутне интоксикације: крвни притисак је повишен и срце ради убрзано, зенице су широке, знојење је појачано, повишена температура тела може довести до топлотног удара. Они који имају проблеме са срцем, крвним притиском, астматичари, они који болују од епилепсије или психијатријских болести треба да буду опрезни – екстази може бити смртоносан, нарочито кад се комбинује са алкохолом и другим дрогама. Последице: трајна оштећења мозга која доводе до поремећаја мишљења, памћења, халуцинација и депресија.
Седативи	Седативи се преписују као лекови особама којима је потребно да се смире и ослободе брига и напетости. Користе се уз савет лекара, строгу контролу дозе и начина примене и тада нису опасни по живот и здравље. Могу да створе зависност и могу се злоупотребљавати и постати опасни по здравље, посебно ако се мешају са другим лековима и дрогама, укључујући алкохол. При томе постоји велика опасност од предозирања. Алкохолно-седативни тип зависности постаје све већи проблем и код нас. Последице дуготрајног коришћења: људи који узимају лекове за смирење дуже време, постају зависни од њих (таблетоманија). Могу постати депресивни и агресивни, а њихово понашање непредвидиво. Када покушају да престану са узимањем, трпе непријатне симптоме одвикавања (апстиненцијална криза) као што су: узнемиреност, напади панике, повраћање и јаки грчеви,

	осећај утрнулости, врелине, пецкања, а могуће су и теже компликације.
Опијати (хероин, опијум, метадон...)	Узимање опијата доводи до озбиљних оштећења личности и соматског здравља. Најтеже последице су: тешке карактерне измене и осиромашења личности, породична дисфункционалност, криминал, физичко пропадање, могућност добијања ХИВ инфекције, АИДС-а, хепатитиса Б и Ц, као и смрти код предозирања опијатима, због застоја дисања. Живот зависника од опијата је не само краћи, него је и много мучнији од живота особе која не узима дроге, због наведених последица. Поседовање и препродаја дрога су илегалне, противзаконите активности које друштво санкционише законским, али и моралним осудама.
Амфета-мини (спид, мет)	Амфетамини могу да изазову убрзање рада срца, брже дисање, повећање крвног притиска и телесне температуре; изазивају знојење; повишено самопоуздање и прилив енергије; смањење апетита, поремећаје спавања; брбљивост; анксиозност; раздражљивост; паничне нападе. Последице: јака зависност; велике дозе могу да доведу до смрти.
Инхаланти (лепак, спрејеви, боје...)	Коришћење инхалата доводи до краткотрајног осећаја пријатности и умирења; јављају се „умртвљена осећања“, вртоглавица, поспаност, умор, мучнина, повраћање; несвестица, главобоља, халуцинације. Последице могу бити трајна оштећење плућа, јетре и бубрега; угушење, кома и смрт.

3. Истина и заблуде о дрогама

20'

Водитељ/ка претходно исписује следеће тврдње на листове папира А4 формата:

- Алкохол и дуван нису толико опасни, чим су легални.
- Наркоманија није излечива.
- Мени не може да се деси да се „навучем“ на дуван, алкохол или дрогу, ја то могу да контролишем.
- Пошто је марихуана биљка и долази из природе, она није опасна.
- Повремено узимати дроге није ризично.
- Живот је лепши без дроге.

Водитељ/ка једну по једну тврдњу лепи на таблу или флипчарт, уз инструкцију учесницима да се распореде у простору по замишљеној дужи, коју је претходно означио/ла са:

Уопште се не слажем ----- Нисам сигуран/на ----- Потпуно се слажем

Након изношења сваке тврдње, ученици се распоређују по дужи у зависности од тога колики је њихов степен слагања са тврдњом. Водитељ/ка пита по једног или двоје ученика из сваке од подгрупа за кратко образложење: зашто се слаже/не слаже са тврдњом и тражи да аргументима поткрепе свој став. Пита и остале учеснике шта мисле.

На крају може да поентира⁷:

- Алкохол и дуван су забрањени за младе испод 18 година. Они су водећи узрочници веома озбиљних и неизлечивих болести, па и смртности код нас и у свету. Постоје заједнице у којима су алкохол и друге врсте ПАС забрањени свима (нпр. држава Џајпур у Индији) и тамо веома мало људи има неку болест зависности.
- Наркоманија јесте излечива, али је потребна стручна помоћ и дуготрајна, често мукотрпна терапија, праћена различитим кризама и болестима. Изрека „једном наркоман – увек наркоман“ погрешна је и штетна, јер убија наду у излечење и није тачна. Постоје бројни примери лечених и излечених наркомана, који настављају нормалан живот.
- „Мени не може да се деси да се 'навучем' на дуван, алкохол или дрогу, ја то могу да контролишем“ – сви корисници дрога у почетку тако мисле и ово је једна од најопаснијих заблуда; у стварности, супстанце врло брзо изазивају снажну психолошку и/или физичку зависност, против које се не можемо борити само „чврстом вољом“. Није довољна само воља; она је неопходна, али је нужна и стручна помоћ и помоћ породице.
- Пушење марихуане најчешће је „улаз“ у употребу других врста дрога; изазива снажну психичку зависност и слаби концентрацију, вољу, оштећује мозак и мења личност; сматра се да 10% оних који су пушили марихуану постају окорели зависници од опијата (хероина). Стога се сматра да је опасна заблуда поделити дроге на „лаке“ и „тешке“ – све могу да буду „тешке“ и да доведу до нарушавања здравља, поготово када их користе млади.
- И повремена употреба ПАС може да доведе до поремећаја и испада функција нервног система, поремећаја менталног и телесног здравља.
- Живот без дроге је заправо много лепши – пошто се лепота живота састоји у налажењу различитих активности које доносе задовољство и у успостављању блиских пријатељских и партнерских односа, а не у бежању од живота (што коришћење дроге постаје).

Завршни део

10'

„Порука себи – порука мојим пријатељима – порука родитељима“

Водитељ/ка тражи од учесника да на крају радионице извуку по једну поуку/поруку са којом излазе са радионице, а коју би упутили:

- себи
- својим пријатељима који понекад или редовно користе ПАС
- родитељима

Тражи од њих да поруке напишу на стикерима (три већа стикера различитих боја). Неколико добровољаца чита. Поруке упућене себи задржавају, а остале лепе на таблу.

⁷ Више информација и литературе може се пронаћи на: <http://www.drajzerova.org.rs/>

РАДИОНИЦА 10: СВИЂА МИ СЕ КАКО ИЗГЛЕДАМ

Циљеви радионице:

1. Идентификовање тога какву слику сопственог тела имају млади и колико се она разликује од „идеалне“.
2. Разјашњавање одакле потиче „идеална слика тела“.
3. Развијање самоприхватања.

Укупно трајање: 80 мин.

Трајање	Активност	Метод
5'	Уводни део	
5'	Шта млади мисле о свом изгледу	Презентација резултата истраживања
60'	Централни део	
15'	Цртамо себе	Индивидуални рад
15'	Зашто желимо да будемо другачији?	Дискусија
30'	Самоприхватање – пут ка лепоти	Групни рад на постерима
15'	Завршни део	
10'	Лепа порука	Размена у кругу
5'	Евалуација	Барометар осећања

Потребан материјал:

- Флипчарт-папир и маркери (или табла и креда)
- А4 папир
- Фломастери у боји, дрвене и воштане боје...
- Стикери
- Стари магазини у боји
- Лепак за папир, селотејп
- Неколико маказа за папир

УПУТСТВО ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ РАДИОНИЦЕ

Уводни део

5'

Водитељ/ка најављује тему радионице и уводи учеснике износећи резултат истраживања:

„Недавно је у истраживању са младима проверено колико су задовољни својим изгледом. На питање 'Шта би променили у свом изгледу?' највећи број одговора био је у вези са килажом. Очигледно је да је тежина највећа преокупација младих (не само девојака), било да је реч о недостатку килограма, било о вишку. На другом месту су телесна висина и облик носа, док је свега 37 младих (од преко 1.800) одговорило да су својим изгледом потпуно задовољни“.

Затим отвара краћу дискусију, питањем: „Зашто тако мало младих одговара да не би ништа мењало у свом изгледу?“

Централни део

60'

1. Цртамо себе

15'

Водитељ/ка дели А4 папире и по један фломастер или бојицу и тражи од учесника да, користећи само једну боју тј. писаљку, нацртају своју фигуру (контуру), онако како себе виде – преко целог папира, тако да фигура буде што већа. Даје им 5–10 минута за овај задатак.

Када су сви нацртали своју контуру, дели сваком учеснику још по две бојице и тражи да једном бојом обоје оне делове тела које им се допадају и које не би мењали, а другом бојом делове којима нису задовољни – ако има тога.

Затим проверава колико је учесника желело нешто да мења у својој фигури. Ако има добровољаца, може се и показати неколико цртежа, и дати кратко објашњење.

2. Дискусија

15'

Отвара се дискусија, уз помоћ питања:

- Зашто желимо да изгледамо другачије него што изгледамо?
- Шта значи бити леп у данашње време?

Водитељ/ка износи додатне резултате истраживања:

„У истом истраживању је, израчунавањем индекса телесне масе, установљено да чак три четвртине младих има нормалну телесну тежину, да је 10 одсто оних са прекомерном тежином, а 15% имају мањак килограма. На питање шта они сами мисле, каква је њихова телесна тежина, 15% је одговорило да је 'мања од идеалне' што одговара и објективном резултату. Међутим, чак 35% њих је рекло да им је већа од идеалне ('да су дебели') иако је објективно гојазних било само 10%. Притом су девојке опет биле незадовољније својом телесном тежином од момака“.

Потом се води разговор, на основу следећих питања:

- Одакле та „искривљена слика“ код неких младих људи – виђење себе дебелима чак и кад то није објективно случај (на основу медицинског показатеља – BMI)?

- Зашто толико младих жели да промени килажу? Да ли су начини на који се то ради опаснији од добити које могу да донесу дијета, повраћање, итд.?
- Одакле долазе норме, императиви да изгледамо овако или онако?
- Да ли су те промене увек могуће (нпр. промене у грађи, висини, облику носа, итд.), да ли су немогуће или барем нису лако променљиве?
- Шта добијамо тиме што нисмо задовољни својим изгледом?
- Како то делује на наше самопоуздање?
- Како то делује на нашу привлачност?

3. Самоприхватање – пут ка лепоти

30'

Водитељ/ка чита следећу вест⁸:

„На Пикадили серкусу, великој раскрсници у центру Лондона, Џеј Вест је одлучила да уради нешто несвакидашње и наизглед друштвено неприхватљиво – да се скине. Међутим, како су поступци оправдани ако је сврха ваљана, ову младу девојку ни енглеска полиција није спречила у њеној намери. Напротив, после обављеног посла, тамошњи плавци су је загрлили како би јој исказали подршку. Као чин самоприхватања, Џеј је решила да се скине на једном од најпрометнијих лондонских места не би ли помогла људима да прихвате свој изглед и тело. Она је остала само у доњем вешу, завезаних очију, а испред себе је поставила таблу на којој је писало: 'Стојим у име свих који се боре са поремећајем у исхрани и немају довољно самопоштовања према своме телу. Ја сам једна њих. Ако желите да ме подржите, нацртајте срце на моме телу.'"



'Један од највећих подстрекана у мом животу доживела сам када је један отац објашњавао деци шта радим. Он их је учио да сви треба да се волимо и прихватамо себе и друге онаквима какви јесмо. Да ценимо тела која су нам дата. Ако бисмо знали да поштујемо себе и своју лепоту још од детињства, свет би био лепше место' – написала је Џеј на inspiralight.wordpress.com.

⁸ Извор: <http://www.srbijadanas.com/clanak/skinula-se-na-ulici-ljudi-su-odusevljeni-njenom-porukom-ctali-srca-na-njenom-telu-video-16>

Истраживања показују да се чак 60% људи на свету стиди свог изгледа. Џеј Вест је била једна од њих и решила је да уради нешто да то промени.“

Водитељ/ка пита учеснике шта мисле о овој акцији Џеј Вест. Затим тражи да свако за себе, у неколико минута, размисли о следећим питањима и да их потом запишу на стикерима:

- Колико прихватају себе и свој изглед?
- Шта би им помогло да боље прихвате себе?
- Шта би могли да учине па да помогну другима да прихвате себе и свој изглед?

Учесници се деле у неколико група, добијају флипчарт-папир и бојице (фломастере, дрвене, воштане), разнобојне стикере, старе магацине у боји, лепак, маказе, итд. Имају задатак да на постерима прикажу **Самоприхватање – пут ка лепоти**.

Галерија – презентација постера.

Завршни део 15'

1. Лепа порука 10'

Припремљене су цедуље са именима учесника радионице. Сваки учесник/ца извлачи једно име. Задатак је да се за особу чије се име извуче осмисли и искаже неки комплимент – шта му/јој се свиђа код те особе. То може бити неки детаљ у изгледу али и у понашању, који је заиста запажен (треба избегавати лажне и измишљене, уопштене комплименте). Игра се завршава онда када свако прими и упути комплимент.

2. Барометар осећања 5'

На флипчарт-папиру исцртава се једна дуж. На једном крају дужи је „смајлић“, а на другом „тужнић“. Свако треба да обележи оно место на дужи, које показује како се осећа на крају радионице.

ЛИТЕРАТУРА:

Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of personality and social psychology*, 59 (5), 1066.

Armor, D. A., & Taylor, S. E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. In M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 30, pp. 309–379). New York: Academic Press.

Baer, J. (2002). Is Family Cohesion a Risk or Protective Factor During Adolescent Development. *Journal of Marriage and Family*, 64 (3), 668–675.

Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1997). Norms and Construct Validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Canadian High School Populations: Implications for Counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 31 (1), 82–92.

Beara, M. (2006). Workshop Evaluation. In W. D. VanBalkom & S. Mijatovic, (Eds.). *Professional Development: Experiences from Educators for Educators*. Montreal: ADEA (published in association with the Canadian International Development Agency (CIDA)), 341–350.

Beara, M. (2009). Škole u tranziciji – upravljanje kvalitetom i školsko razvojno planiranje. U: Kapor-Stanulović, N. (ur.): *Efekti tranzicije na porodične i profesionalne životne procese*, Zbornik radova. Novi Pazar: Državni univerzitet, 81–93.

Beara, M. (2012). *Primarna i sekundarna kontrola u procesu samoregulacije profesionalnog razvoja nastavnika*. Doktorska disertacija. Novi Sad: Filozofski fakultet.

Beara, M. (2013a). *Kultura komunikacije među mladima – priručnik za vršnjačke edukatore*. Novi Sad: Centar za proizvodnju znanja i veština (interni priručnik).

Beara, M. (2013b). *Triput Ura! Za zdravlje u školi: priručnik za voditelje radionica*. Novi Sad: Centar za proizvodnju znanja i veština (interni priručnik).

Beara, M. i Beara, V. (2001). *Racionalno-emotivna edukacija u grupama adolescenata*. Naučno-stručni skup psihologa Srbije, Subotica. Knjiga rezimea, str. 68.

Beara, M., Jerković, I. (2015). Društvene okolnosti i nastavnička profesija. *Sociološki pregled*, vol. XLIX No. 2, 229–253.

Beara, M., Rakić-Bajić, G. (2014). Primarna i sekundarna kontrola i suočavanje sa ispitnom situacijom. U: Stojiljković, S., Marković, Z. i Đigić, G. (ur.). *Individualne razlike, obrazovanje i rad*. Zbornik tematskih radova. Niš: Filozofski fakultet, str. 37–47.

Bodroža, B., Jovanović, S. i Popov, B. (2008). Latentna struktura ponašanja u virtuelnim društvenim zajednicama i njegove relacije sa socijalnom anksioznošću. *Primenjena psihologija*, Vol. 1 (1–2), 19–35.

Brdar, I., Rijavec, M. i Miljković, D. (2008). *Pozitivna psihologija*. Zagreb: IEP.

Brkić, S. i Beara, M. (2003). Znanjem protiv HIV-a: priručnik za vođenje radionica. Novi Sad: EHO.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, pp. 513–531.

<http://cac.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201977.pdf>, 10. 11. 2015.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd Ed. Oxford > Elsevier. Reprinted in Gauvain, M & Cole, M. (Eds.) *Readings on the development of children*, 2nd Ed. Pp. 37–43.

Brophy, J. E. (1983). Research on the self-fulfilling prophecy and teacher expectations. *Journal of Educational Psychology*, 75 (5), 631–661.

Brown, B. B. (2004). Adolescents' Relationships with Peers. U: Lerner, R. M., Steinberg, L. (ur.) *Handbook of Adolescent Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. New York. 363–394.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds.). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford university press, 231–243.

Chang, E. C. (2002). Optimism-Pessimism and Stress Appraisal: Testing a Cognitive Interactive Model of Psychological Adjustment in Adults.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 2, 143–161.

Chapin, B. (2011). *Using REBT to promote Self-Regulation in Children*. <http://psychchallenge.blogspot.com/2011/08/using-rebt-to-promote-self-regulation-in.html>, pristupljeno 16. 12. 2015.

Cheng, H., Furnham, A. (2003). Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 16, No. 2, 121–130.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386–396.

Criado del Valle, C. H., Mateos, P. M. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: the effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and emotion*, 22 (8), 1600–1612.

Croll, J., Neumark-Sztainer, R. D., Story, M., Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31 (2), 166–175.

Dadasović, M. i Dadasović, B. (2004). Transformacija makedonske porodice u tranziciji. U: J. Veselinović (ur.). *Izazovi porodica, izazovi porodičnih terapeuta u vremenu tranzicije*. Beograd: Centar za porodicu.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Đurić-Filipović, I., Filipović, Đ., Tasić, M. i Živković, Z. (2015). Adolescenti i astma – faktori rizika. *Naučni časopis urgentne medicine*, 21 (2), 91–101.

Đurović, D. (2011) *Psihološki činioci razlika između podtipova poremećaja ishrane*. Doktorska disertacija. Novi Sad: Filozofski fakultet.

El-Anzi, F. O. (2005). Academic Achievement and it's Relationship with Anxiety, Self-Esteem, Optimism and Pessimism in Kuwaiti Students. *Social Behavior and Personality*, Vol. 33 (1), 95–104.

Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical psychology review*, 17 (8), 937–976.

Forko, M. i Lotar, M. (2012). Izlaganje adolescenata riziku na nagovor vršnjaka – važnost percepcije sebe i drugih. *Kriminologija i socijalna integracija*. Vol 20 (1), 35–47.

Fredrickson, B. L. (2008). Promoting positive affect. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 449–468). New York: Guilford Press.

Gable, S., & Haidt, J. (2005). Positive Psychology. *Review of General Psychology*, 9, 1089–2680.

Gaćić B., Trbić V. i Marković M. (2004). Funkcionisanje porodice u društvenom kontekstu hronične krize u Jugoslaviji. U: J. Veselinović (ur.). *Izazovi porodica, izazovi porodičnih terapeuta u vremenu tranzicije*. Beograd: Centar za porodicu.

Gajić-Draganić, S., Stamenković-Rudić, B. (2004). Tranzicija – izazov braku. U: J. Veselinović (ur.). *Izazovi porodica, izazovi porodičnih terapeuta u vremenu tranzicije*. Beograd: Centar za porodicu.

Gera, I. i Dotlić, Lj. (2000). *Ja: Priručnik za podsticanje dečjeg samopoštovanja*. Novi Sad: Izdavačko preduzeće Matice srpske.

Goldberg, D. (1992). *General health questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK: Nfer-Nelson.

Gordon, T. (1998). *Kako biti uspešan nastavnik*. Beograd: Kreativni centar i Most.

Grupa autora (2000). *Sačuvajmo zdravlje: Priručnik za zdravstvene radnike o zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih*. Beograd: Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, Republički centar za planiranje porodice.

Hanak, N., Tenjović, L., Išpanović-Radojković, V., Vlajković, A. i Beara, M. (2013). Epidemiološko istraživanje nasilja nad decom u porodici u Srbiji. *Temida*, 16 (2), 75–102.

Havelka, N. (2000). *Učenik i nastavnik u obrazovnom procesu*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Havelka, N. (2005). *Uvod u psihologiju međuljudskih odnosa u obrazovanju*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Hazlett, A., Molden, D. C. & Sackett, A. M. (2011). Hoping for the best or preparing for the worst? Regulatory focus and preferences for optimism and pessimism in predicting personal outcomes. *Social Cognition*, Vol. 29, No. 1, 74–96.

Higgins, N. C., Hay, J. L. (2003). Attributional Style Predicts Causes of Negative Life Events on the Attributional Style Questionnaire. *The Journal of Social Psychology*, 143 (2), 253–271.

Hinić, D. (2008). Korisnički profili internet zavisnika u Srbiji. *Psihologija*, 41 (4), 435–453.

Hinić, D. (2012). Evaluacija Skale poremećaja upotrebe Interneta (PUI). *Psihologija*, 45 (3), 311–325.

Hinić, D. (2014). *Internet komunikacije i poremećaj upotrebe interneta*. Kragujevac: Interprint.

Janković, S., i Kovač-Cerović, T. (1996). Osnovne pretpostavke radioničarskog postupka. U: T. Kovač-Cerović, R. Rosandić i Dragan Popadić (ur.): *Učionica dobre volje – Uvod*. Beograd: Grupa MOST.

Jerković, I., Zotović, M. (2010). *Razvojna psihologija*. Novi Sad: Futura publikacije.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. *Self-efficacy: Thought control of action*, 195–213.

Joksimović-Knjisa, I., Marinković, L., & Čobrda, N. (2015). Depressive disorders in student population-comparative study conducted in 2007 and 2014. *Medicinski pregled*, 68 (7–8), 234–239.

Jovanović, V. i Jerković, I. (2011). Zadovoljstvo školom kod učenika srednjih škola: povezanost sa školskim uspehom i indikatorima mentalnog zdravlja. *Psihologija*, Vol. 44 (3), 211–224.

Jugović, A. (2004). Rizična ponašanja omladine u Srbiji. U: Mihailović, S. (ur.): *Mladi zagubljeni u tranziciji* (62–74). Beograd: Centar za proučavanje alternativa.

Kapor-Stanulović, N. (1988). *Na putu ka odraslosti*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Kar, N. (2013). *Plitko*. Smederevo: Heliks.

Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. (pp. 45–59). London: Oxford University Press.

Kostović, S. (2008). *Pigmalion u razredu*. Novi Sad: Filozofski fakultet.

Kurtović, A., Živčić-Bećirević, I. (2012). Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata. *Društvena istraživanja*. 21, 3 (117), 671–691.

Lane, J., Lane, A. M., Kyprianou, A. (2004). Self-efficacy, Self-esteem and their Impact on Academic Performance. *Social Behavior and Personality*, 32 (3), 247–256.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lebedina-Mazoni, M. i Lotar, M. (2011). Percepcija sebe kod adolescenata u Hrvatskoj. *Kriminologija i socijalna integracija* (19), 1; 39–50.

Levkov, Lj. (prir.) (1985). *Ekološka dečja psihologija*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: Two experimental longitudinal interventions to boost well-being. *Emotion*, 11, 291–402.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor*.

Maddux, J. E., Gosselin, J. T. (2003): Self-efficacy. In: Leary MR, Tangney JP, editors. *Handbook of Self and Identity*. New York, NY, USA: Guilford Press; pp. 218–237.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig L., K. & Vickers Jr. R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 62 (6), Jun 1992, 1067–1074.

Mijočević, I., Rijavec, M. (2006). Optimistični i pesimistični eksplanatorni stil i školski uspjeh u višim razredima osnovne škole. *Odgojne znanosti*, Vol. 8, br. 2, 347–360.

Milanović-Dobrota, B. i Radić-Šestić, M. (2012). Značaj modela samoeфикаsnosti u vaspitno-obrazovnom radu sa adolescentima. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, Vol. 11 (4), 637–655.

Milojković, M., Srna, J., Mićović, R. (1997). *Porodična terapija*. Beograd: Centar za brak i porodicu.

Mitić, M. (1997). *Porodica i stres*. Beograd: Institut za psihologiju, Filozofski fakultet.

Mitrović, D., Smederevac, S., Grujić, S., Čolović, P. (2006). Tipološki pristup rizičnom ponašanju adolescenata. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja* 1, 264–278.

Mrše, S. (2001). Dva alata i jedan zanat radioničara. Interni materijal sa obuke za Razgovore o reformi. Zlatibor.

Nedeljković, J. i Sad, N. (2012). Samoeфикаsnost i vremenska orijentacija kod studenata Filozofskog fakulteta u Nišu. *Teme*, 03, 1103–1113.

Norem, J. K., & Cantor, N. (1986a). Anticipatory and post hoc cushioning strategies: Optimism and defensive pessimism in „risky“ situations. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 347–362.

Norem, J. K., & Cantor, N. (1986b). Defensive pessimism: „Harnessing“ anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1208–1217.

O'Connor, R., Cassidy, C. (2007). Predicting hopelessness: The interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies, *Cognition and Emotion*, 21 (3), pp. 596–613.

Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167.

Pantić, D. (2009). *Probaj me, prodaj me – Mediji i potrošačko društvo*. Beograd: Čigoja štampa.

Penezić, Z. (2002). Skala optimizma-pesimizma (O-P skala). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* – I. Zadar: Filozofski fakultet, str. 15–17.

Petit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72, 583–598.

Petrović, D. (1992). Radna motivacija i samoprocena uspešnosti nastavnika srednjih škola, *Psihologija*, 1–2, str. 145–160.

Petrović, J., Mihić, I., Zotović, M. (2007). Forme i učestalost rizičnih ponašanja kod studentkinja Novosadskog univerziteta. *Pedagoška stvarnost*, 9–10, 875–891.

Petrović, J., Zotović, M. (2007). Prihvaćenost u grupi vršnjaka i emocionalna kompetencija kod dece preadolescentnog uzrasta. *Psihologija*, 40 (3), 431–446.

Petrović, J., Zotović, M. (2010). Isti ili drugačiji: slobodno vreme mladih u Vojvodini i u svetu. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 130, 73–88.

Petrović, J., Zotović, M. (2012). Adolescenti u Srbiji: U traganju za novim vrednostima. *Teme*, 1, 47–66.

Petrović, J., Zotović, M. (2014). Kvalitet života i zadovoljstvo životom tokom adolescencije. U: I. Jerković i I. Mihić (ur.) *Vrednosti, stavovi i uloge – transgeneracijska perspektiva 2*. Novi Sad: Filozofski fakultet, str. 11–32.

Petrović, J., Zotović, M. (2015). Rizična ponašanja u adolescenciji: kvalitet odnosa sa roditeljima kao protektivni faktor. U: I. Jerković (ur.) *Vrednosti, stavovi i uloge – transgeneracijska perspektiva 3*. Novi Sad: Filozofski fakultet, str. 21–42.

Popadić, D. i Plut, D. (2007). Nasilje u osnovnim školama u Srbiji: oblici i učestalost. *Psihologija*, 40, 309–328.

Pynoos, R. S. (1993). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. *Review of psychiatry*, 12, 205–238.

Rado, P. (2002). *Tranzicija u obrazovanju*. Bihać: Pedagoški zavod.

Raleva, M. (2005). Unutrašnji doživljaj i spoljašnje manifestacije rizičnog ponašanja adolescenata: mogućnost uspostavljanja dijaloga. U: Ćurčić, V. (ur.): *Unutrašnja i spoljašnja realnost adolescenta*. Beograd: Žarko Albulj, 89–97.

Reić-Ercegovac, I. i Koludrović, M. (2010). Akademska samoeфикаsnost i školski uspeh adolescenata. *Pedagogijska istraživanja*, 7 (1), 110–128.

Reilley, S. P., Geers, A. L., Lindsay, D. L., Deronde, L. & Dember, W. N. (2005) Convergence and predictive validity in measures of optimism and pessimism: Sequential studies. *Current Psychology*, Vol 24 (1), 43–59.

Reisch, K. S., Henriques, J., Chanchong, W. (2003). Effects of Communication Skills Training of Parents and Young Adolescents from Extreme Family Types. *Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing*, 16 (4), 162–175.

Republički zavod za statistiku (2015). *Statistički godišnjak Republike Srbije* 2015.

Rogers, C. (1998). Teachers expectations: implication for school improvement. U: D. Schorrock-Taylor (ur.). *Directions in educational psychology*. London: Whurr publishers.

Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior therapy*, 11 (1), 109–121.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ručević, S. i Duvnjak, I. (2010). Povezanost reaktivne i proaktivne agresije, privrženosti i samopoštovanja adolescenata. *Psihologijske teme* 19 (1), 103–121.

Ruthig, J. C., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., Newall, N. E., Swift, A. (2007). Comparative Risks and Perceived Control: Implications for Psychological and Physical Well-Being Among Older Adults. *The Journal of Social Psychology*, 147 (4), 345–369.

Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (4), 323–356.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it?: Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727.

Scealy, M., Phillips, J. G., & Stevenson, R. (2002). Shyness and anxiety as predictors of patterns of Internet usage. *CyberPsychology & Behavior*, 5 (6), 507–515.

Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 201–228.

Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. *The science of subjective well-being*, 97–123.

Schwarzer, R. (2009). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Dostupno na: http://userpage.fuberlin.de/~health/faq_gse.pdf (pristupljeno 18. 01. 2016).

Selidžmen, M. (2008). *Naučeni optimizam*. Beograd: Zavod za udžbenike.

Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57, 3–18.

Stajković, M., Ljubenović, J. (2008). *Vodič kroz razvojne smetnje – Drugačiji zajedno*. Niš: Škola za osnovno i srednje obrazovanje „14. oktobar“ i Save the Children.

Stanković, B. (2006). Znanje, stavovi i ponašanje mladih relevantni za planiranje porodice. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 121, 217–225.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenwald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109. Dostupno na:

http://taylorlab.psych.ucla.edu/2000_Psychological%20Resources,%20Positive%20Illusions,%20&%20Health.pdf. Pristupljeno 12. 12. 2015.

Tim PSIHOKOD (1998). *Umeće odrastanja*. (Saradnici: I. Lobodok-Štulić, M. Krivačić, S. Kijevčanin, D. Jovanović i D. Stojanović). Beograd: Tim PSIHOKOD.

Todorović, J. (2004). Vaspitni stilovi u porodici i stabilnost samopoštovanja adolescenata. *Psihologija*, Vol. 37 (2), 183–195.

Todorović, J. (2005). Porodični činioci stabilnosti samopoštovanja adolescenata. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, XXXVII (1), 88–106.

Tomori, M. (2005). Rizično ponašanje u adolescenciji – razlike među polovima. U: Ćurčić, V. (ur.): *Unutrašnja i spoljašnja realnost adolescenta*. Beograd: Žarko Albulj, 79–89.

Trip, S., McMahon, J., Bora, C., Chipea, F. (2010). The efficiency of a rational emotive and behavioral education program in diminishing dysfunctional thinking, behaviors and emotions in children. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 10, No. 2, 173–186.

Van den Bulck, J. (2007). Adolescent Use of Mobile Phones for Calling and Sending Text Messages After Lights Out: Results from a Prospective Cohort Study with a One Year Follow-Up. *Sleep*, Vol. 30, No. 9 1220–1223.

VanBalkom, W. D. & Beara, M. (2012). Making or breaking the peace: The role of schools in inter-ethnic peace making. In: O. Simic, Z. Volcic and C. R. Philpot (Eds.). *Peace Psychology in South Eastern Europe*. New York: Springer, 75–87.

Vizek-Vidović, V., Rijavec, M., Vlahović-Štetić, V. i Miljković, D. (2014). Psihologija obrazovanja. Beograd: Klett.

Vranješević, J. (2003). Adolescencija. U: J. Vranješević, Z. Trikić, D. Koruga, S. Vidović i V. Dejanović (ur.). *Vršnjačka medijacija – priručnik za voditelje radionica iz oblasti obrazovanja za veštine medijacije*. Beograd: Kinderberg and GTZ.

Vukosavljević-Gvozden, T. (2009). *Racionalno-emotivna bihevioralna terapija – teorija i metod*. Beograd: Kreativni centar.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96 (3), 465.

Weber, H., Vollman, M., Renner, B. (2007). The Spirited, the Observant and the Dishartened: Social Concepts of Optimism, Realism and Pessimism. *Journal of Personality*, Vol. 75/1, 169–197.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5 (04), 503–515.

WHO (2001). *World Health Report. Mental health: new understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

Yamawaki, N., Tschanz, B. T. & Feick, D. L. (2004). Defensive pessimism, self-esteem instability and goal strivings. *Cognition and emotion*, 18 (2), 233–249.

Zavod za vrednovanje kvaliteta obrazovanja i vaspitanja (2010). *Školska motivacija učenika u Srbiji (tehnički izveštaj)*. Beograd: Zavod za vrednovanje kvaliteta obrazovanja i vaspitanja.

Zotović, M. (1999). *Ratni stres. Postoje li otporna deca?*. Beograd: Zadužbina Andrejević, str. 1–111.

Zotović, M. (2002). Stres i posledice stresa: prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Psihologija*, 35 (1-2), 3–23.

Zotović, M. (2004a). *Stres i mentalno zdravlje dece: studija posledica bombardovanja*. Beograd: Zadužbina Andrejević, 1–125.

Zotović, M. (2004b). Prevladavanje stresa: konceptualna i teorijska pitanja sa stanovišta transakcionističke teorije. *Psihologija*, 37 (1), 5–32.

Zotović, M. (2005). PTSP i depresivnost posle NATO bombardovanja: činioci individualnih razlika u reagovanju na stres. *Psihologija*, 38 (1), 93–109.

Zotović, M., Mihić, I., Petrović, J. (2008). Stresna iskustva i njihov značaj za formiranje pojma o sebi u adolescenciji. *Pedagoška stvarnost*, 3–4, 326–339.

Zotović, M., Petrović, J. (2011). Prevladavanje stresa u adolescenciji: relacije sa karakteristikama ličnosti i mentalnim zdravljem. *Primenjena psihologija*, 3, 245–261.

Zotović, M., Petrović, J. i Majstorović, N. (2012). Izvori stresa i načini prevladavanja stresa kod adolescenata: jesu li bure i oluje mit ili realnost? *Psihologija*, 45 (2), 171–188.

Žunić-Pavlović, V., Kovačević-Lepojević, M. (2008). Uticaj socio-ekonomskog statusa малолетних делинквената на ток и исход кривичног поступка. *Социјална мисао*, 69 (4), 167–177.

Центар за производњу знања и вештина
Булевар Јована Дучића 25
21000 Нови Сад

Руководилац пројекта
Татјана Лазор Обрадовић

Координаторка истраживања
Катарина Мајкић

Дизајн корица
Јелена Аврамов

Дизајн и прелом
Јелена Аврамов

Лектура и коректура
Светлана Зејак Антић

Штампа
Аргуспринтинг Нови Сад
Тираж
300

CIP - Каталогизација у публикацији
Библиотека Матице српске, Нови Сад

613.86-053.6(497.113)

ЗОТОВИЋ-Костић, Марија

Ментално здравље младих у АП Војводини : стање и перспектива / Марија Зотовић-Костић, Мирјана Беара. - Нови Сад : Центар за производњу знања и вештина, 2016 (Нови Сад : Аргуспринтинг). - 176 стр. : табеле ; 25 cm

Тираж 300. - Библиографија. - Резиме на више језика.

ISBN 978-86-919459-0-9

1. Беара, Мирјана [аутор]

а) Млади - Ментално здравље - Војводина

COBISS.SR-ID [304314887](#)