

Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja

Atlaga, Maša

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:948698>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-09**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Jednopedmetni preddiplomski sveučilišni studij psihologije

Maša Atlaga

Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja

Završni rad

Zadar, 2019.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Jednopedmetni preddiplomski sveučilišni studij psihologije

Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja

Završni rad

Student/ica:

Maša Atlaga

Mentor/ica:

Dr. sc. Nataša Šimić

Zadar, 2019.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Maša Atlaga**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 1. srpnja 2019.

Sadržaj

| | |
|---|----|
| UVOD | 1 |
| Psihosomatski simptomi..... | 1 |
| Etiologija psihosomatskih simptoma | 4 |
| Procjene psihosomatskih simptoma od strane različitih procjenjivača | 6 |
| Cilj istraživanja..... | 8 |
| Problemi: | 8 |
| Hipoteze: | 8 |
| Metoda..... | 9 |
| Sudionici..... | 9 |
| Instrumenti..... | 9 |
| Postupak: | 10 |
| Rezultati | 11 |
| Rasprava | 20 |
| Metodološka ograničenja i implikacije | 24 |

Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja

SAŽETAK:

Simptomi koji se javljaju kao reakcija na stresne životne događaje, a obuhvaćaju različite djelove tijela poput glave, prsa, abdomena, rektuma ili udova, se svrstavaju u kategoriju psihosomatskih simptoma. Manifestaciji psihosomatskih simptoma doprinose emocionalni čimbenici koji uključuju aktivnost jednog ili više organskog sustava koji su, uglavnom, pod kontrolom autonomnog živčanog sustava. Precizna i koherentna slika o djetetovom funkcioniranju i eventualnoj prisutnosti nekih simptoma je moguća u slučaju kada su oba izvora, odnosno dijete i roditelj, uključena u procjenjivanje djetetovih simptoma. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetovih i vlastitih psihosomatskih simptoma. Istraživanje je provedeno u osnovnoj školi tehnikom *papir-olovka* na uzorku djece osnovnoškolskog uzrasta jednako kao i na uzorku njihovih roditelja. Sudionici su ispunili Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu, adolescente i odrasle. Ispitivanjem povezanosti između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetovih psihosomatskih simptoma, nije utvrđena značajna povezanost. Također, nije utvrđena značajna povezanost između djetetove samoprocjene i roditeljeve samoprocjene psihosomatskih simptoma.

Ključne riječi: psihosomatski simptomi, djetetova samoprocjena, roditeljeva samoprocjena, roditeljeva procjena

Psychosomatic symptoms among children and parents

SUMMARY

Symptoms that occur as a reaction to stressful life events and include different bodily localization such as the head, chest, abdomen, rectum or limb area are classified into the category of psychosomatic symptoms. Emotional factors contribute to the manifestation of psychosomatic symptoms and include the activity of one or more organic systems that are, mainly, under the control of the autonomic nervous system. A precise and a coherent picture of the child's functioning as well as picture of potential presence of some symptoms are possible when both sources, the child and the parent, are included in the task of assessing the child's symptoms. The aim of this study was to examine the relationship between the child's self-assessment of psychosomatic symptoms and the parents' assessment of the child's and own psychosomatic symptoms. The research was conducted in primary school by a *paper - pencil* technique on a sample of children of elementary school as well as on their parents' sample. Participants completed the Questionnaire of Psychosomatic Symptoms for Children, Adolescents and Adults. Examining the correlation between the child's self-assessment of psychosomatic symptoms and the parents' assessment of child's psychosomatic symptoms, no significant association was established. Significant association between the child's self-assessment and parent's self-assessment of psychosomatic symptoms has not been established, also.

Keywords: Psychosomatic symptoms, child's self-assessment, parent's self-assessment, parent's assessment

UVOD

Psihosomatski simptomi

Tjelesni simptomi koji izazivaju bol se ne doživljavaju samo kao puka tjelesna nelagoda, već kao i napad na prioritete svakodnevnog života, kao prijetnja obiteljskim vezama i svakodnevnim aktivnostima te kao strah za budućnost. U današnje je vrijeme svijest suvremenog čovjeka o psihološkom i fizičkom stanju razvijena u tolikoj mjeri da su pritužbe o tjelesnom zdravlju u središtu psiholoških tretmana djece i mladih (Vulić-Protrić, 2005). Stoga, važnost psihološke intervencije u smislu poticanja psihološke prilagodbe i njegovanja emocionalnog stanja pojedinca u slučaju tjelesne bolesti, ne smije ostati zanemarena (Vulić-Prtorić, 2005). Dvosmislenost koncepta „psihosomatika“ proizlazi iz činjenice da isti implicira postojanje psiholoških faktora koji su u podlozi mnogih poremećaja jednako kao i kod simptoma koji su u fokusu kliničkih tretmana. Simptomi koji su u fokusu kliničkih tretmana se odnose na tjelesne simptome poput glavobolje ili bolova u području abdomena koji mogu biti indikativni za prisutnost nekih kroničnih bolesti jednako kao i za prisutnost nekih psiholoških tegoba. Psihosomatska je medicina nerijetko bila kritizirana zbog nemogućnosti pružanja odgovora na pitanje „kako se socijalna iskustva i/ili psihološki konflikti te emocije mogu prenijeti u fiziološku reakciju koja izaziva bolest“ (Weiner, 1980). Stoga je opravdano zapitati se kako mozak integrira psihološka iskustva u fiziološke reakcije.

Naime, tjelesni simptomi mogu biti izraženo obilježje nekih poremećaja poput poremećaja spavanja ili hranjena jednako kao i akutnih ili kroničnih bolesti koje, u relativno velikom broju slučajeva, podrazumijevaju prisutnost psihičkih tegoba (poput leukemije ili epilepsije). U slučajevima u kojima je doživljavanje stresnih životnih događaja komunicirano manifestacijom tjelesnih simptoma, govorimo o simptomima somatizacije (Vulić - Prtorić, 2013). Simptomi somatizacije koji se javljaju kao reakcija na stresne životne događaje zahvaćaju različita tjelesna područja poput područja abdomena, glave, leđa, udova, prsa ili rektuma te su navedeni u dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje kao pseudoneurološki, kardiovaskularni, dermatološki, respiratorni, muskulaturni i gastrointestinalni simptomi (Američka Psihijatrijska Udruga, DSM-5, 2013). Prema rezultatima istraživanja problematike somatskih pritužbi, opravdano je zaključiti da postoji povezanost između somatskih simptoma kod djece, poput glavobolje ili recidivirajuće abdominalne boli i internaliziranih poremećaja kao što su depresija i

anksioznost (Santalahti i sur., 2005). Primjerice, prekomjerno znojenje, koje se svrstava u kategoriju psihosomatskih simptoma, može biti potaknuto depresijom i/ili anksioznosti te se nerijetko događa da, osobe koje pate od spomenutog simptoma, osjećaju sram zbog istog te se, posljedično, pojačava intenzitet njihovog znojenja. S druge strane, neka istraživanja upućuju na postojanje povezanosti između somatskih simptoma i eksternaliziranih poremećaja, odnosno simptoma hiperaktivnosti (Santalahti i sur., 2005). Puko postojanje somatskih pritužbi često signalizira postojanje emocionalnih problema. Stoga, u specifičnom slučaju asociranja somatskih i emocionalnih problema, može se govoriti o psihosomatskim simptomima koji se odnose na sve one tjelesne simptome u čijoj su podlozi emocionalni čimbenici. Organski su sustavi najčešće pod kontrolom autonomnog živčanog sustava te se isti aktiviraju uslijed prisutnosti emocionalnih čimbenika (Vulić-Prtorić, 2019).

Manifestacija, trajanje i intenzitet psihosomatskih simptoma su pod relativno velikim utjecajem ponašajnih i okolinskih faktora (Haynes i Gannon, 1981). Psihosomatski se simptomi mogu pojaviti u manjem broju i/ili slabijem intenzitetu, no mogu biti intenzivni u tolikoj mjeri da ometaju pojedinačno funkcioniranje na svakodnevnom planu. Potrebno je naglasiti da reakcija pojedinca na tjelesne simptome može ovisiti o njegovim obiteljskim i kulturalnim normama, aktualnim interpersonalnim interakcijama, percepciji simptoma te strategijama suočavanja koje pojedinac primjenjuje na simptome jednako kao i na stresne događaje koji su doveli do razvoja istih (Kleinman i Osterweis, 1987). Međutim, dugotrajnost simptoma koji ometaju svakodnevno funkcioniranje često dovodi do organskih oštećenja izazivajući devijacije u funkcioniranju fizioloških sustava, stoga se organska oštećenja nerijetko klasificiraju kao psihosomatski poremećaji koji su po potonjem konceptu uvršteni u prvom izdanju američkog DSM-a (Vulić-Prtorić, 2005). Međutim, Poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji, predstavljaju noviju konceptualizaciju spomenutih poremećaja koja se ističe u klasifikaciji priručnika DSM-5. Bez obzira na uporabu termina za označavanje navedenih poremećaja, u kategoriju psihosomatskih poremećaja spadaju poremećaji poput neurodermatitisa, astme, dijabetesa, hiperinzulinizma, iritabilnog kolona, angioneuritičnog edema, tahikardije i mnogih drugih. No, u slučaju kada osoba izvještava o tjelesnim tegobama koje nije moguće atribuirati nekom općem zdravstvenom stanju u smislu nepostojanja medicinskog nalaza koji bi trebao potvrditi spomenute tegobe, može se govoriti o somatoformnim poremećajima. Intenzivna pažnja usmjerena na nevažne i rijetke tjelesne senzacije koja vodi burnoj reakciji jest relativno važno obilježje somatoformnih poremećaja te je, samim time, važna za razlikovanje

psihosomatskih poremećaja od somatiformnih poremećaja (Majić, 2011). Psihosomatski poremećaji podrazumijevaju pojavnost tjelesnih tegoba, ali i zdravstvenog stanja kojem se te tegobe atribuiraju. U somatiformne se poremećaje ubrajaju poremećaji poput somatizacije, nediferenciranog somatiformnog poremećaja, osjeta boli, hipohondrije, konverzivnog poremećaja ili poremećaja sheme vlastitog tijela. Međutim, bez obzira na odsutnost fiziološkog objašnjenja, navedene tegobe mogu postati problematične u tolikoj mjeri da se negativno odražavaju na svakodnevno funkcioniranje osobe na socijalnom ili akademskom planu. Trend koji je uočen u nekim zapadnim zemljama je rastuća pojavnost somatskih simptoma kod djece i adolescenata. Naime, opsežne opservacije finskih istraživača objašnjavaju spomenuti trend u terminima sve većeg utjecaja negativnih stresnih događaja koji svoje korijene imaju u promjenama u načinu obiteljskog funkcioniranja jednako kao i u promjenama koje se uočavaju u načinu na koji mladi, u današnje vrijeme, žive (Santalahti i sur., 2005). Naime, napredak društva sa sobom nosi promjene u strukturi provođenja slobodnog vremena u mladima u smislu da su se igranje video-igrica ili sjedenje pred računalom implementirali u njihovu svakodnevnicu te samim time predstavljaju rizičan faktor za pojavu migrena jednako kao i za bolove u vratu ili leđima (Asmundson i sur., 2000).

Nužno je naglasiti da neka istraživanja skreću pozornost na činjenicu da postoji određen stupanj variranja prilikom procjenjivanja frekvencije tjelesnih ili psiholoških teškoća (Vulić-Prtorić, 2005). Vulić-Prtorić (2005), analizirajući rezultate nekih inozemnih istraživanja, sugerira da procjene frekvencije tjelesnih poteškoća variraju unutar intervala od 2% do 15%, međutim ističe se i do 50 % sudionika s tjelesnim pritužbama. Nadalje, ispitivanja provedena na uzorku od 300 hrvatskih sudionika u dobi od 11 do 16 godina, sugeriraju da je 60% sudionika doživjelo između 6 do 15 simptoma od njih 35 (Vulić-Prtorić, Sorić, Penezić, 2006). Također, Koić i suradnici (2002) u svom istraživanju provedenom na uzorku učenika srednje škole u Osijeku ukazuju na činjenicu da 37% sudionika izvještava o prisutnosti psihosomatskih simptoma. U spomenutom se istraživanju ističe podatak da kod 9% sudionika postoji mogućnost dijagnosticiranja somatiformnog poremećaja. Nadalje, promatranja kliničke populacije u Hrvatskoj dovode do zaključka da, pacijenti u dobi od 12 do 16 godina koji su uključeni u tretman kliničkih psihologa, najčešće dolaze na spomenute tretmane zbog problema somatizacije (Kozjak Mikić, Begić, Bunjevac, 2012; prema Boričević-Maršanić i Kušmić, 2009). Tijekom prošlog desetljeća, problematika tjelesnih simptoma kod djece i mladih je postala sve izraženija. Primjerice, tijekom 70-ih godina

prošlog stoljeća, umor nije bio zastupljen u tolikoj mjeri kod djece da su izvještavali o istom, dok u modernom društvu relativno velik broj djece izvještava o umoru (Petersen, Bergstorm i Brulin, 2003). Razmatrajući trend sve veće izraženosti psihosomatskih simptoma, može se pretpostaviti da su neke osobne psihološke karakteristike u podlozi spomenutih simptoma, poput nezrelih obrambenih mehanizama, disfunkcionalnih strategija suočavanja, samoefikasnosti, disfunkcionalnih atribucija i kognitivne disonance. Rezultati dobiveni na normativnom uzorku djece, srednjoškolaca i studenata (N=1637) pokazuju da, glavobolje, prehlada, manjak energije/umor, bol u leđima i mučnina te ubrzano lupanje srca imaju najveću frekvenciju pojavljivanja među sudionicima te su, ujedno najviše ometajući (Vulić-Prtorić, 2019). Suprotno tome, iznenadni gubitak vida, sluha te nesvjestica se najrjeđe pojavljuju među sudionicima (Vulić-Prtorić, 2019). U ovom istraživanju, od simptoma koje djeca doživljavaju nekoliko puta mjesečno, 50,82% njih ističe mučninu, 50,65% ističe glavobolje, 52,46% njih ističe manjak energije, 50,56% grčeve u trbuhu te 55,74% djece ističu kako doživljavaju prehladu (vidi tablicu 4). Nužno je naglasiti da, prilikom promatranja somatskih pritužbi kod populacije djece, treba uzeti u obzir promjenjivost simptoma kroz njihov razvojni period. Preciznije rečeno, s dobi se povećava broj prisutnih simptoma, stoga su bol u zglobovima, umor te smetnje vida ili sluha sve učestaliji (Vulić-Prtorić, 2005).

Etiologija psihosomatskih simptoma

Kroz povijest, biomedicinski je model bio dominantan model koji je pružao objašnjenje nastanka bolesti predstavljanjem molekularne biologije kao osnovne znanstvene discipline (Engel, 1977). Primarna pretpostavka spomenutog modela jest da se bolest može u potpunosti objasniti odstupanjima od norme mjerljivih somatskih varijabli, a samim time uloga psihičkih, socijalnih i bihevioralnih dimenzija bolesti ostaje zanemarena (Engel, 1977). Preciznije rečeno, biomedicinski model ne zahtijeva samo da se bolest promatra kao entitet koji je neovisan o ponašanju, nego također postavlja imperativ da se devijacije u ponašanju objasne na temelju poremećaja u somatskim procesima. Prema postavkama psihoanalitičke teorije stresa (Alexander, 1950) organska oštećenja u svojoj podlozi nerijetko imaju psihološke čimbenike. Tjelesna predispozicija za razvijanje određene bolesti u interakciji sa potisnutnim emocijama te neriješenim konfliktima rezultira psihosomatskim oboljenjima. Primarna postavka spomenute teorije jest da psihosomatski simptomi predstavljaju način oslobađanja od emotivne napetosti što, posljedično, vodi do „neuroze

organa“. Tjelesni su simptomi povezani sa oralnom i analnom fazom razvoja te se javljaju kao reakcija na potisnuti bijes jednako kao i na neuspješnu separaciju od roditelja (Alexander, 1950). Najčešće, super-ego osoba koje pate od psihosomatskih simptoma, predstavlja barijeru pri adekvatnom izražavanju potisnutih emocija zbog čega te osobe doživljavaju tjelesne simptome kao reakciju na stresne događaje (Alexander, 1950). Psihoanalitička shvaćanja psihosomatskih simptoma sugeriraju da postoji veza između svjesnog, odnosno nesvjesnog i tjelesnih funkcija te se njihov zaključak temelji na proučavanju odnosa između emocija i tjelesnih promjena. Razmatrajući podrijetlo nastanka tjelesnog lišaja kod djeteta kojem nedostaje majčine ljubavi i pažnje, može se primijetiti sustavnost, odnosno slijed „ponašanja“ koji uzrokuju razvoj istog. Preciznije rečeno, ako je majčina ljubav uskraćena, dijete pribjegava samo-zadovoljavajućem ponašanju kao što je milovanje, a grebanje/češkanje tijela može biti varijanta milovanja koja vodi do svrbeža kože što, posljedično, izaziva oštećenje kože (Wolman, 1988; prema Schaefer, 1966). Nadalje, istraživanja na životinjama upućuju na činjenicu da stresne situacije izazivaju organska oštećenja (Seyle, 1956). Kao endokrinolog, Seyle je svoj radni vijek posvetio proučavanju funkcioniranja endokrinološkog sustava u stresnim uvjetima te ističe kako se psihosomatski poremećaji manifestiraju kao produkt tjelesne prilagodbe na stres. Seyle (1956) sugerira da se u stresnim situacijama javlja homogena tjelesna reakcija na okolinske zahtjeve različite prirode koji snažno utječu na tkiva velikog broja tjelesnih sustava jednako kao i na razinu svih tjelesnih stanica te se spomenutim utjecajima može elaborirati povećana podložnost različitim bolestima. Smanjenje opsega limfnih čvorova, slezene, prsne žlijezde i povećanje kore nadbubrežne žlijezde vodi do gubitka leukocita (Seyle, 1956). Isti autor ističe kako smanjenje kalija u tijelu izaziva pojavu upalnog procesa. Upalni proces ima ulogu zaštitnika od uzroka upale te otvara mogućnost za djelovanje protutijela i njihovo uništavanje uzročnika iste (Seyle, 1956). Promjene koje nastaju pod uvjetima upalnog procesa se kategoriziraju kao opći adaptacijski sindrom. Opći adaptacijski sindrom podrazumijeva tri faze. Prva se faza, odnosno *faza alarma*, odnosi na intenzivnu aktivaciju respiratornih i kardiovaskularnih funkcija te rada nadbubrežne žlijezde s obzirom na to da je organizam nespreman za adekvatnu obranu prilikom doživljavanja stresnih događaja. *Faza otpora* predstavlja drugu fazu stresnog odgovora koja podrazumijeva relativno konstantnu otpornost na stresni događaj, međutim otpornost na druge podražaje je smanjena. Dugotrajna izloženost stresnim događajima rezultira posljednjom fazom općeg adaptacijskog sindroma, odnosno *fazom iscrpljenja*. Tijekom *faze iscrpljenja* dolazi do slabijeg izlučivanja hormona što smanjuje efikasnost djelovanja imunološkog sustava, a to ga čini sklonijim razvijanju

određenih bolesti poput prehlade ili čira (Seyle, 1956). Važno je naglasiti da posljednja faza nije neizbježna te se primjenom efikasnih strategija suočavanja ista eliminira. Nadalje, neke druge formulacije etiologije psihosomatskih simptoma poput *dijateza-stres modela* pokušavaju objasniti prisutnost tjelesnih tegoba kao rezultat interakcije predispozicijske vulnerabilnosti (ranjivosti) i stresa uzrokovanog životnim iskustvima. Pojam *dijateza* se odnosi na predispoziciju ili vulnerabilnost (ranjivost) koja može biti u obliku genetskih, psiholoških ili situacijskih čimbenika. U okviru spomenutog modela je sugerirano da određeni životni događaji ne dovode neizbježno do emocionalnih problema kod svakog djeteta, nego samo kod onog djeteta kod kojeg je dijateza, odnosno ranjivost već prisutna (Vulić-Prtorić i Galić, 2004). Drugim riječima, dijete sa obiteljskom povijesti određenih psihičkih ili fizičkih oboljenja će biti sklonije razviti iste u stresnim situacijama poput isključivanja ili odbijanja od strane svojih vršnjaka. Osim genetske predispozicije, spomenuta ranjivost može biti rezultat nezrelih oblika suočavanja sa stresom, niskog samopoštovanja, depresije, anksioznosti i slično (Vulić-Prtorić i Galić, 2004).

Procjene psihosomatskih simptoma od strane različitih procjenjivača

S obzirom na to da je učestalost ispitivanja djece i njihovih roditelja u posljednje vrijeme u porastu, dolazi do povećanog interesa za provjeravanjem stupnja slaganja među različitim procjenjivačima kao jedinstvenim izvorima informacija u određenom području interesa. U promišljanju o spomenutoj problematici, opravdano je postaviti pitanje jesu li procjene djetetovih simptoma od strane roditelja identični ili barem slični samoprocjenama simptoma od strane djeteta. Istraživači su postigli generalan konsenzus o činjenici da je pristup informacijama o određenoj problematici od strane različitih izvora optimalna strategija koja omogućava uvid u koherentnu i cjelovitu sliku o djetetovom emocionalnom, kognitivnom ili socijalnom svijetu. Međutim, uspoređivanje procjena različitih procjenjivača često ne rezultira visokom razinom slaganja u spomenutim procjenama (Achenbach i sur., 1987). U tom je slučaju opravdano postaviti pitanje jesu li djeca pouzdan izvor informacija kada se radi o procjeni intenziteta i trajanja njihovih simptoma. Brojne studije dosljedno ukazuju na činjenicu da su djeca kompetentna u izvještavanju o vlastitim unutrašnjim procesima. Primjerice, dijete u dobi od sedam godina može pouzdano opisati glavobolju, odnosno intenzitet i trajanje iste, dok u dobi od 11 godina može primjenjivati kognitivne metode u tretmanu simptoma (Andrasik i sur., 2005; prema Vulić-Prtorić, 2005). Istraživači su, u svrhu prikupljanja informacija od strane djeteta, koristili različite tehnike ispitivanja poput upotrebe različitih igara, crteža ili posebno konstruiranih indirektnih

pitanja (Herjanic i sur., 1975). Naime, izvještaji od strane djece su, uglavnom, bili prihvaćeni s određenom dozom skepticizma zbog sumnje u pouzdanost i samu sposobnost djetetova samoizvještaja o internalnim stanjima. Sanatalhti i suradnici (2005) skreću pozornost na nalaz koji sugerira da, u slučajevima u kojima djeca izvještavaju o frekvenciji glavobolje i abdominalne boli, njihovi roditelji (14% za glavobolju, 30% za abdominalnu bol) u istom slučaju, izvještava da dijete nikada nije imalo spomenute simptome. Nadalje, važno je napomenuti da osobe koje psihosomatske tegobe doživljavaju relativno često te sa jakim intenzitetom, nerijetko, svjedoče vlastitom nerazumijevanju trenutnih događaja jednako kao i nerazumijevanju od strane okoline (Vulić-Prtorić i sur., 2008). Okolina u početku može izraziti empatiju prema osobi koja pati od tjelesnih tegoba, međutim empatiji se postepeno gubi trag u slučaju kada nije riječ o pravoj tjelesnoj bolesti (Vulić-Prtorić i sur., 2008). Drugim riječima, djeca koja doživljavaju tjelesne simptome koji su u podlozi određene bolesti mogu dobiti znatno veću podršku od strane okoline, bez obzira na stres koji proživljavaju zbog medicinskih tretmana te promjena u svakodnevnim aktivnostima, u odnosu na djecu koja proživljavaju tjelesne tegobe čije je porijeklo isključivo psihološke prirode (Vulić-Prtorić, 2008).

Kada je riječ o procjenama djetetovih simptoma na relaciji dijete-roditelj, istraživači naglašavaju postojanje većeg stupnja slaganja prilikom procjenjivanja ponašajnih problema, nego prilikom procjenjivanja simptoma depresije, anksioznosti ili opsesivnih kompulzija (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, Kala, 1986). Kashani i suradnici (1985) sugeriraju da su djeca, u usporedbi sa izvještajima njihovih roditelja o djetetovim simptomima, sklonija izvještavati o prisutnosti vlastitih somatskih tegoba. Nadalje, važno je naglasiti da neki istraživači koji su se bavili problematikom slaganja u procjenama ponašajnih, emocionalnih ili somatskih tegoba na relaciji adolescent-roditelj ističu kako je slaganje među spomenutim procjenama relativno nisko kada je riječ o somatskim tegobama, simptomima depresije i anksioznosti (Pirinen, Kolho, Simola, Ashorn i Aronen, 2011). Međutim, neki drugi autori skreću pozornost na činjenicu da je slaganje u procjenama između adolescenta i roditelja relativno visoko kada se radi o poremećaju pažnje ili poremećajima u ponašanju (Cantwell, Lewinsohn, Rohde i Seeley, 1997). S druge strane, kada je riječ o procjenama općeg zdravstvenog stanja, socijalnog i emocionalnog zdravlja na relaciji adolescent-roditelj, adolescenti imaju tendenciju davati lošije procjene za sebe na spomenutim domenama, u odnosu na procjene vlastitih roditelja o adolescentima (Waters, Stewart-Brown i Fitzpatrick,

2003). Stoga, razumijevanje problematike procjena simptoma od strane djece, odnosno adolescenata i njihovih roditelja, zahtijeva daljnje ulaganje istraživačkih napora.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je ispitati povezanost između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetovih i vlastitih psihosomatskih simptoma.

Problemi:

1. Ispitati povezanost između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetovih psihosomatskih simptoma.

2. Ispitati povezanost između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve samoprocjene psihosomatskih simptoma.

Hipoteze:

1. S obzirom na rezultate dosadašnjih istraživanja (Santalahti i sur., 2005) koja sugeriraju da roditelji i djeca zauzimaju različite perspektive prilikom identifikacije i procjene intenziteta djetetovih simptoma, očekuje se postojanje niske neznčajne povezanosti između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetovih psihosomatskih simptoma.

2. Očekuje se da će djeca čiji roditelji manifestiraju veću frekvenciju i ometenost psihosomatskim simptomima, također manifestirati veću frekvenciju psihosomatskih i ometenost psihosomatskim simptomima.

Metoda

Sudionici

U istraživanju su sudjelovali učenici petog, šestog, sedmog i osmog razreda osnovne škole „Šime Budinić“ u Zadru te njihovi roditelji. Preciznije rečeno, u istraživanju je sudjelovalo 122 djece i 96 roditelja. Zbog prirode istraživanja, u obzir su se uzimali samo oni upitnici koje je ispunio i učenik i njegov roditelj stoga konačan broj sudionika je iznosio 61 (61 učenik petog, šestog, sedmog i osmog razreda te 61 roditelj od navedenih učenika). Preciznije rečeno, u istraživanju sudjelovalo 34 dječaka, 27 djevojčica, 50 majki, 10 očeva te 1 staratelj koji nije biološki roditelj. U istraživanju je sudjelovalo 22,95% učenika petog razreda, 22,95% učenika šestog razreda, 31,15% učenika sedmog razreda te 22,95% učenika osmog razreda osnovne škole.

Instrumenti

Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i odrasle - PSS (Vulić - Prtorić, 2019) je instrument koji se sastoji od liste od ukupno 35 tjelesnih simptoma iz 7 organskih sustava (pseudoneurološki, kardiovaskularni, muskulaturni, respiratorni, gastrointestinalni, dermatološki, osjećaj slabosti/bol) te je najniža dob za procjenjivanje psihosomatskih simptoma ovim upitnikom 10 godina (Vulić-Prtorić, 2019). Primjena upitnika psihosomatskih simptoma pruža informacije o broju i učestalosti simptoma koju je pojedinac doživio u posljednja 3 mjeseca, stupnju ometenosti simptomima, klasteru simptoma, procjeni općeg zdravstvenog statusa. Ako je upitnik *PSS* ispunjen od strane roditelja, omogućen je uvid o slaganju u procjenama o djetetovim simptomima između djeteta i roditelja, percepciji simptoma između različitih procjenjivača te o sličnosti u tipu simptoma koji djeca i njihovi roditelji doživljavaju. Od sudionika se, tijekom ispunjavanja upitnika, traži da svaki simptom procjene tako da izaberu jedan odgovor prilikom odgovaranja na dva konkretna pitanja na skali Likertovog tipa: „*Koliko si često to doživio u protekla 3 mjeseca?*“ i „*Koliko te to ometa u svakodnevnom funkcioniranju?*“. Sudionici odgovaraju na prvo pitanje procjenjivanjem simptoma na skali od četiri stupnja, od 1 što se odnosi na "nikada" do 4 što se odnosi na "skoro svaki dan" dok odgovor na drugo pitanje zahtijeva procjenu određenog simptoma na skali od tri stupnja, od 1 što se odnosi na "nimalo", 2 što se odnosi na "osrednje" do 3 što se odnosi na jako. Sudionicima je objašnjeno na što se termin

„ometanje“ odnosi (svakodnevno funkcioniranje unutar obitelji, u školi, izvannastavnim aktivnostima i sl.). Sastavan su dio PSS upitnika za djecu, adolescente i odrasle (Vulić-Prtorić, 2005) tri dodatna pitanja. Prvo se pitanje odnosi na (samo)procjenu općeg zdravstvenog statusa (*Što mislite, kakvo je Vaše/tvoje zdravlje općenito?*) na koje se odgovara procjenjivanjem zdravstvenog statusa na skali Likertovog tipa od četiri stupnja (pri čemu se 1 odnosi na "loše", 2 se odnosi na "osrednje", 3 se odnosi na "vrlo dobro" te se 4 odnosi na "izvrsno"). Odgovorom na drugo dodatno pitanje sudionici daju informaciju o tome jesu li zbog navedenih zdravstvenih problema morali posjetiti liječnika te su odgovarali zaokruživanjem odgovora *da* ili odgovora *ne*. Treće se dodatno pitanje odnosi na pružanje uvida u bolesti od kojih ispitanik eventualno boluje (*Boluješ li od neke bolesti poput astme, alergija, dijabetesa i sl.*). Zbrajanjem odgovora na subskalama *Frekvencija* i *Ometenost psihosomatskim simptomima* dobiven je ukupan rezultat pri čemu se veći rezultat odnosi na veću frekvenciju (broj) i intenzitet simptoma. Pouzdanost PSS-a provjerena je koeficijentom unutarne konzistencije te prema dobivenim rezultatima radi se o upitniku visoke pouzdanosti: Cronbach-alfa za subskalu *Frekvencije* 0,89, a za subskalu *Ometanja* iznosi 0,91 (Vulić-Prtorić, 2005). Koeficijent unutarne konzistencije je provjeren i u sklopu ovog istraživanja. Cronbach-alfa koeficijent pouzdanosti za subskalu samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma od strane roditelja iznosi 0,87 za subskalu samoprocjene roditeljeve ometenosti psihosomatskim simptomima iznosi 0,79 za subskalu roditeljeve procjene frekvencije djetetovih psihosomatskih simptoma iznosi 0,83 te za subskalu roditeljeve procjene djetetove ometenosti psihosomatskim simptomima iznosi 0,81.

Postupak:

Istraživanje je provedeno grupno tijekom održavanja redovite školske nastave i roditeljskih sastanaka. Djeca i roditelji su ispunjavali upitnike odvojeno jedno od drugih, odnosno djeca su ispunjavala upitnik tijekom redovite školske nastave, a roditelji prilikom dolaska na roditeljske sastanke. Učenici i njihovi roditelji su bili informirani o načinu prikupljanja podataka jednako kao i o činjenici da će se prikupljeni podaci koristiti u svrhu izrade studentskog završnog rada iz psihologije. Sudionicima je bilo naglašeno da, prilikom odgovaranja na pitanja sadržana u upitniku, nema točnih, odnosno netočnih odgovora te da je potrebno pažljivo pročitati uputu. Također, sudionici su bili obaviješteni da je sudjelovanje u istraživanju u potpunosti anonimno te dobrovoljno, stoga je u svakom trenutku moguće od istog odustati te da daljnjim sudjelovanjem daju svoj informirani

pristanak o sudjelovanju u istraživanju. Roditelji su bili informirani da, ako ne žele da njihovo dijete ispunjava upitnik, da ga o tome i obavijeste. Od roditelja je zatraženo da ispune upitnike samoprocjene frekvencije i ometenosti tjelesnim simptomima te procjenu djetetove frekvencije i ometenosti simptomima, dok je od djece zatraženo da ispune upitnik samoprocjene. Ukupno ispunjavanje upitnika od strane sudionika se odvijalo u trajanju od 10 do 20 minuta. Postupak uparivanja upitnika koje su ispunila djeca i onih upitnika koje su ispunili njihovi roditelji temeljio se na nekoliko kriterija, odnosno u obzir su se uzimale informacije o spolu djeteta, razredu koji dijete trenutno pohađa, prosječnoj ocjeni s kojom je dijete završilo prethodni razred, sportu ili rekreaciji kojim se dijete eventualno bavi, članovima obitelji s kojima dijete živi te radnom statusu roditelja.

Rezultati

Tablica 1 sadržava prikaz deskriptivnih parametara za samoprocjene na subskalama frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima na uzorku djece. Također, u tablici se nalaze indeksi asimetričnosti i spljoštenosti distribucija te rezultate Kolmogorov-Smirnovljev test (K-S) koji su izračunati u svrhu provjere normalnosti distribucija.

Tablica 1. Prikaz deskriptivnih parametara (ukupan broj ispitanika (N), aritmetička sredina (M) standardna devijacija rezultata (SD), najmanji i najveći rezultat (Min, Max), teoretski raspon (T R) te indeksi i standardne devijacije spljoštenosti i asimetričnosti distribucija rezultata (SP, Asim, SD SP, SD ASIM) Kolmogorov-Smirnovljev test (K-S test)) za samoprocjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima.

| | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>T R</i> | <i>SD</i> | <i>K-S test</i> | <i>Asim</i> | <i>SD ASIM</i> | <i>SP</i> | <i>SD SP</i> |
|-------|----------|----------|------------|------------|------------|-----------|-----------------|-------------|----------------|-----------|--------------|
| SIMPT | 61 | 49,30 | 35,00 | 70,00 | 35-140 | 7,96 | .12 | .64 | .31 | -.01 | .60 |
| OMET | 61 | 44,18 | 35,00 | 58,00 | 35-105 | 6,21 | .11 | .43 | .31 | -.56 | .60 |

Legenda: SIMPT- samoprocjena frekvencije psihosomatskih simptoma od strane djeteta; OMET- samoprocjena ometenosti psihosomatskih simptomima od strane djeteta

Prije korištenja statističkih analiza koje su relevantne za svrhu odgovaranja na zadane probleme izračunat je Kolmogorov-Smirnovljevo (K-S) test te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti dobivenih distribucija. Prema podacima iz Tablice 1, može se uočiti da dobiveni rezultati Kolmogorov-Smirnovljevo testa jednako kao i vrijednosti indeksa asimetričnosti i spljoštenosti dobivenih distribucija rezultata na subskalama samoprocjena zastupljenosti i ometenosti psihosomatskim simptomima ne ukazuju na značajno odstupanje rezultata od normalne distribucije. Naime, distribucija se klasificira kao normalna distribucija pod uvjetom da je indeks asimetričnosti manji od 3, a indeks spljoštenosti manji od 10 (Kline, 2011). S obzirom da vrijednosti indeksa asimetričnosti i spljoštenosti udovoljavaju spomenutom uvjetu, u ovom je slučaju opravdano koristiti parametrijsku statistiku u daljnjoj obradi podataka.

Tablica 2 sadržava prikaz deskriptivnih parametara za *samoprocjene* i *procjene* na subskalama frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima na uzorku roditelja. Također, u tablici se nalaze indeksi asimetričnosti i spljoštenosti distribucija te Kolmogorov-Smirnovljevi test (K-S) u svrhu provjere normalnosti distribucija.

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih parametara (ukupan broj ispitanika (N), aritmetička sredina (M), medijan (Med) standardna devijacija rezultata (SD), najmanji i najveći rezultat (Min, Max) teoretski raspon (T R) te indeksi i standardne devijacije spljoštenosti i asimetričnosti distribucija rezultata (SP, Asim, SD SP, SD Asim), Kolmogorov-Smirnovljevi test (K-S test)) za *samoprocjene* i *procjene* djetetove frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima od strane roditelja.

| | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>Med</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>T R</i> | <i>SD</i> | <i>K-S test</i> | <i>Asim</i> | <i>SD ASIM</i> | <i>SP</i> | <i>SD SP</i> |
|-------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------------|-------------|----------------|-----------|--------------|
| RSIMP | 6 | 46,7 | 45,0 | 35,0 | 78,0 | 35- | 8,39 | .12 | 1,4 | .31 | 2,86 | .60 |
| T | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 140 | | | | | | |
| ROME | 6 | 43,4 | 42,0 | 35,0 | 72,0 | 35- | 7,79 | .15 | 1,6 | .31 | 3,35 | .60 |
| T | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 105 | | | | | | |
| RDSIM | 6 | 43,2 | 40,0 | 36,0 | 140, | 35- | 13,7 | .30* | 6,1 | .31 | 42,7 | .60 |
| PT | 1 | 3 | 0 | 0 | 00 | 140 | | | | | | |
| RDOM | 6 | 39,6 | 38,0 | 35,0 | 60,0 | 35- | 5,17 | .20* | 1,6 | .31 | 3,21 | .60 |
| ET | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 105 | | | | | | |

*<.05

Legenda: RSIMP - samoprocjena zastupljenosti psihosomatskih simptoma; ROMET - samoprocjena ometenosti psihosomatskim simptomima; RDSIMP - procjena zastupljenosti djetetovih psihosomatskih simptoma; RDOMET - procjena djetetove ometenosti psihosomatskim simptomima

Prema podacima iz Tablice 2 može se uočiti da dobiveni rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa jednako kao i vrijednosti indeksa asimetričnosti i spljoštenosti dobivenih distribucija rezultata na subskalama samoprocjena frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima ne ukazuju na značajno odstupanje rezultata od normalne distribucije. S druge strane, kada je riječ o roditeljevim procjenama frekvencije djetetovih psihosomatskih simptoma i njihove ometenosti istima, rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa ukazuju na značajno odstupanje dobivene distribucije rezultata od normalne distribucije. Također, rezultati na subskali procjene frekvencije psihosomatskih simptoma se ne kreću unutar prihvatljivog raspona prema Klineovim (2011) kriterijima izračuna indeksa asimetričnosti i spljoštenosti distribucija. Preciznije rečeno, distribucija rezultata na subskali procjene frekvencije psihosomatskih simptoma je pozitivno asimetrična ($z=19,74$) što znači da su roditelji procjenjivali da njihova djeca relativno rijetko doživljavaju psihosomatske simptome. S druge strane, rezultati na subskali procjene ometenosti psihosomatskim simptomima udovoljavaju uvjetu izračuna indeksa asimetričnosti i spljoštenosti distribucija. U slučaju kada dobivene distribucije na varijablama značajno odstupaju od normalne distribucije rezultata, u daljnjoj obradi podataka je korištena je neparametrijska statistika, odnosno izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije, dok su u suprotnom slučaju korišteni Pearsonovi koeficijenti korelacije (parametrijska statistika).

Tablica 3. Prikaz ukupnog broja, odnosno postotka sudionika (djece) koja izjavljuju da boluju, odnosno ne boluju od neke bolesti.

| kategorija | N | % |
|-----------------------|----------|----------|
| bez dijagnoze bolesti | 51 | 83,61 |
| Sa dijagnozom bolesti | 10 | 16,39 |

Tablica 4. Prikaz ukupnog broja, odnosno postotka sudionika (roditelja) koji izjavljuju da boluju, odnosno ne boluju od neke bolesti.

| kategorija | N | % |
|-----------------------|----------|----------|
| bez dijagnoze bolesti | 44 | 72,13 |
| Sa dijagnozom bolesti | 17 | 27,87 |

Prema podacima iz tablice 3 i tablice 4 može se uočiti da 16,39% djece te 27,87% roditelja izjavljuju da pate od neke bolesti poput alergija, neurodermatitisa, hipotireoze i slično.

U svrhu odgovora na prvi postavljeni problem, u Tablici 5 se nalaze izračuni Spearmanovog koeficijenta korelacije između djetetove samoprocjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima i roditeljeve procjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima djeteta.

Tablica 5. Prikaz rezultata izračuna koeficijenta korelacije između djetetove samoprocjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima i roditeljeve procjene djetetove frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima.

| | SIMPT | OMET | RDSIMPT | RDOMET |
|---------|-------|-------|---------|--------|
| SIMPT | - | 0,75* | 0,02 | 0,11 |
| OMET | | - | -0,00 | 0,12 |
| RDSIMPT | | | - | 0,93* |
| RDOMET | | | | - |

* $p < .05$

Legenda: SIMPT- samoprocjena frekvencije psihosomatskih simptoma od strane djece; OMET- samoprocjena ometanja psihosomatskim simptomima od strane djece; RDSIMPT- procjena djetetove frekvencije psihosomatskih simptoma od strane roditelja; RDOMET- procjena djetetove ometenosti psihosomatskim simptomima od strane roditelja

Kada je riječ o samoprocjenama i procjenama frekvencije psihosomatskih simptoma, nije utvrđena značajna povezanost između djetetove samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene djetetove frekvencije psihosomatskih simptoma. Dobiveni rezultati su u skladu sa postavljenom hipotezom.

Također, nije utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti između roditeljeve procjene djetetove ometenosti psihosomatskim simptomima i djetetove samoprocjene ometenosti psihosomatskim simptomima.

S druge strane, roditeljeva procjena frekvencije djetetovih psihosomatskih simptoma značajno pozitivno korelira sa roditeljevom procjenom djetetove ometenosti psihosomatskim simptomima uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 5%. Također, djetetova samoprocjena ometenosti psihosomatskim simptomima značajno pozitivno korelira sa djetetovom samoprocjenom frekvencije psihosomatskih simptoma. Odnosno, što su sudionici procjenjivali češće doživljavanje psihosomatskih simptoma, to su procjenjivali simptome kao više ometajuće i obrnuto.

U svrhu odgovaranja na drugi postavljeni problem, u Tablici 6 se nalaze izračuni Pearsonovog koeficijenta korelacije između djetetove samoprocjene i roditeljeve samoprocjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima.

Tablica 6. Prikaz rezultata izračuna koeficijenta korelacija između djetetove samoprocjene i roditeljeve samoprocjene zastupljenosti i ometenosti psihosomatskim simptomima.

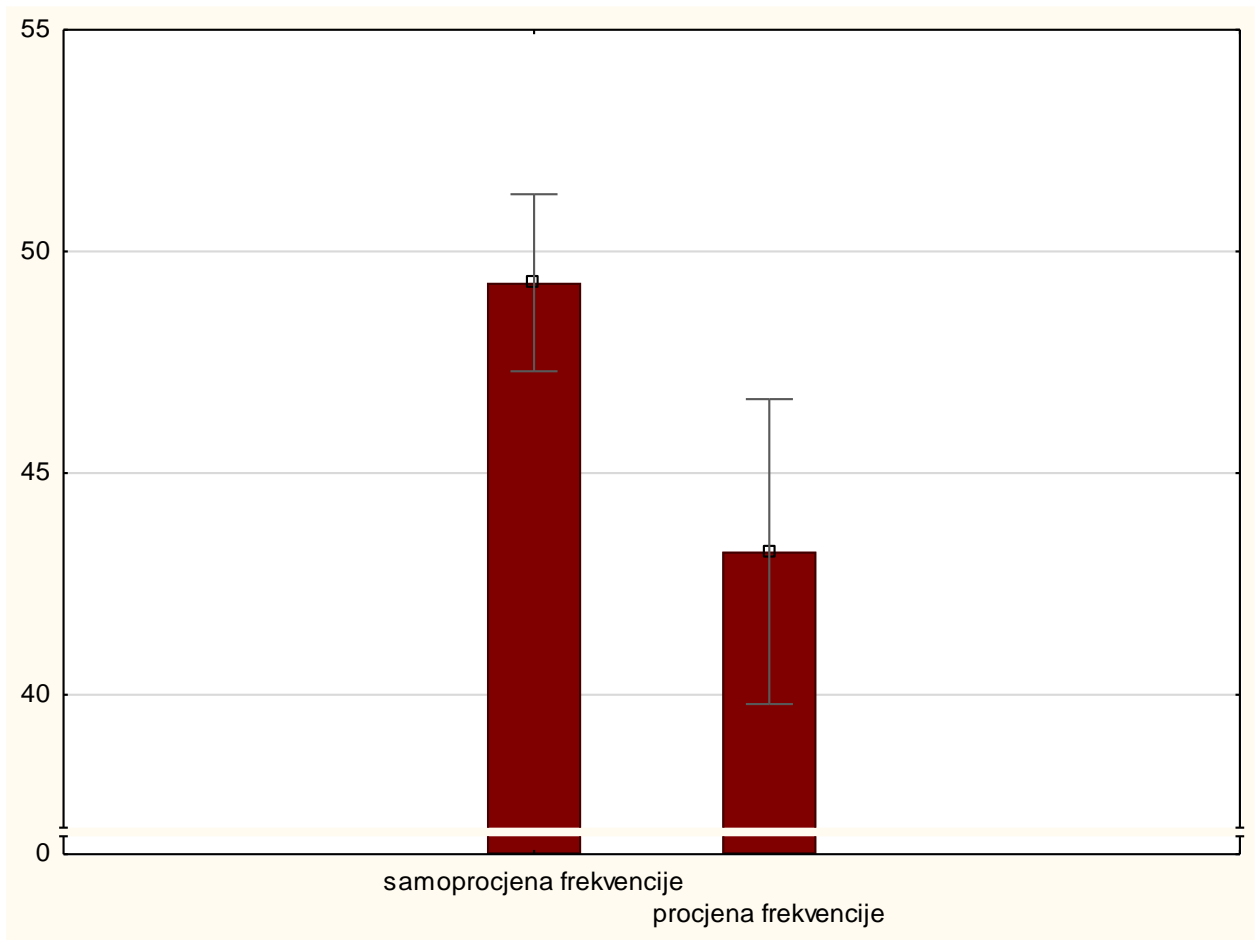
| | SIMPT | OMET | RSIMP | ROMET |
|-------|-------|------|-------|-------|
| SIMPT | - | .75* | .18 | .19 |
| OMET | | - | .08 | .10 |
| RSIMP | | | - | .90* |
| ROMET | | | | - |

*p<.05

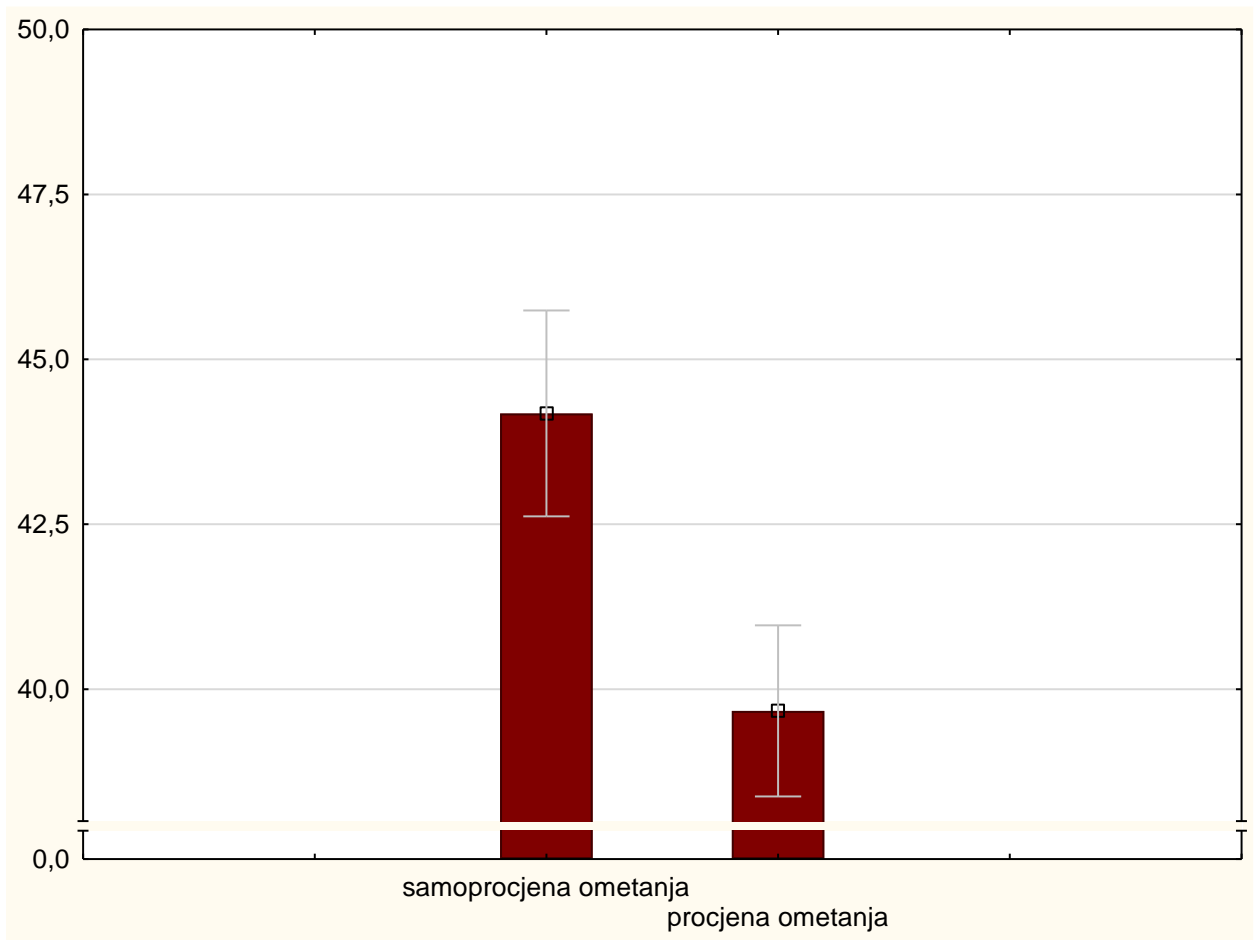
Legenda: SIMPT- samoprocjena frekvencije psihosomatskih simptoma od strane djece; OMET- samoprocjena ometanja psihosomatskim simptomima od strane djece; RSIMP- samoprocjena frekvencije psihosomatskih simptoma od strane roditelja; ROMET- samoprocjena ometanja psihosomatskih simptoma od strane roditelja

Testiranjem povezanosti nije utvrđena statistički značajna povezanost između djetetove samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma i roditeljeve samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma, stoga, u konkretnom slučaju, rezultati nisu u skladu sa postavljenom hipotezom. Također, nije utvrđena statistički značajna povezanost između djetetove samoprocjene ometenosti psihosomatskim simptomima i roditeljeve samoprocjene ometenosti psihosomatskim simptomima.

Samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma značajno pozitivno koreliraju sa samoprocjenama ometenosti psihosomatskim simptomima uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 5%. Drugim riječima, sudionici koje češće doživljavaju psihosomatske simptome, procjenjuju simptome kao više ometajuće i obrnuto.



Slika 1. Prikaz aritmetičkih sredina i intervala pouzadnosti za rezultate na subskali samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma od strane djeteta i procjene frekvencije djetetovih psihosomatskih simptoma od strane roditelja.



Slika 2. Prikaz aritmetičkih sredina i intervala pouzadnosti za rezultate na subskali samoprocjene ometanja psihosomatskim simptomima od strane djeteta i procjene ometanja djetetovim psihosomatskim simptomima od strane roditelja.

U svrhu pružanja detaljnijeg uvida u djetetove samoprocjene frekvencije i roditeljeve procjene frekvencije djetetovih psihosomatskih simptoma, u dodatnim se analizama (vidi tablicu 7 i tablicu 8) nalaze postotci sudionika (djece i roditelja) za svaku kategoriju odgovora na pitanje o frekvenciji djetetovih psihosomatskih simptoma.

Tablica 7. Prikaz simptoma i udjela sudionika- djece (%) u svakoj kategoriji odgovora na pitanje Koliko si često doživio/la tjelesne simptome u posljednja tri mjeseca? (N=61)

| | TJELESNI SIMPTOMI | Nikada | Nekoliko puta mjesečno | Nekoliko puta tjedno | Skoro svaki dan |
|------|------------------------------------|--------|------------------------|----------------------|-----------------|
| 1. | Glavobolje | 36,06% | 42,62% | 14,75% | 6,56% |
| 2. | Vrtoglavica | 70,49% | 4,92% | 24,59% | 0% |
| 3. | Bol u leđima | 60,66 | 26,23% | 6,56% | 6,56% |
| 4. | Manjak energije/umor | 18,03% | 52,46% | 21,31% | 8,20% |
| 5. | Povišena tjelesna temperatura | 68,86% | 29,51% | 1,63% | 0% |
| 6. | Bol u zglobovima | 67,21% | 27,87% | 3,28% | 0% |
| 7. | Bol u rukama/nogama | 59,02% | 27,87% | 6,56% | 6,56% |
| 8. | Gubitak ravnoteže | 90,16% | 8,20% | 0% | 0% |
| 9. | Mišićna napetost | 72,13% | 21,31% | 4,92% | 0% |
| 10. | Slabost mišića | 78,69% | 18,03% | 0% | 0% |
| 11. | Knedla u grlu | 83,61% | 13,11% | 3,28% | 0% |
| 12. | Dvostruka slika | 86,89% | 9,83% | 0% | 3,28% |
| 13. | Zamućeni vid | 77,05% | 14,75% | 6,56% | 0% |
| 14. | Iznenadni gubitak vida | 90,16% | 6,56% | 3,28% | 0% |
| 15. | Iznenadni gubitak sluha | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 16. | Nesvjestica | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 17. | Iznenadni gubitak pamćenja | 90,16% | 9,84% | 0% | 0% |
| 18. | Ubrzano lupanje srca | 54,10% | 29,51% | 11,48% | 4,92% |
| 19. | Bol u grudima | 88,52% | 8,20% | 3,28% | 0% |
| 20. | Mučnina | 37,70% | 50,82% | 9,84% | 0% |
| 21. | Grčevi u trbuhu | 47,54% | 44,26% | 6,56% | 0% |
| 22. | Proljev | 75,41% | 22,96% | 0% | 0% |
| 23. | Povraćanje | 78,69% | 18,03% | 0% | 3,28% |
| 24. | Nadutost | 78,69% | 18,03% | 0% | 3,28% |
| 25. | Gubitak apetita | 47,54% | 40,98% | 6,56% | 4,92% |
| 26. | Nepodnošenje nekih vrsta hrane | 57,38% | 29,51% | 11,48% | 0% |
| 27.. | Opstipacija ili neredovita stolica | 91,80% | 4,92% | 3,28% | 0% |

| | | | | | |
|-----|--|--------|--------|--------|--------|
| 28. | Žgaravica | 78,69% | 21,31% | 0% | 0% |
| 29. | Teškoće disanja | 78,69% | 18,03% | 3,28% | 0% |
| 30. | Osjećaj gušenja | 95,08% | 4,92% | 0% | 0% |
| 31. | Kožni osip | 81,97% | 11,48% | 0% | 3,28% |
| 32. | Svrbež/Crvenilo kože | 85,24% | 11,47% | 0% | 3,28% |
| 33. | Akne ili bubuljice | 60,66% | 9,84% | 13,11% | 16,39% |
| 34. | Prehlada (začepljen nosm kašalj i sl.) | 14,75% | 55,74% | 19,67% | 9,84% |
| 35. | Prekomjerno znojenje | 63,93% | 21,31% | 8,20% | 6,56% |

Djeca u ovom uzorku izvještavaju da nekoliko puta mjesečno doživljavaju glavobolje (42,62% djece), manjak energije (52,46% djece), mučninu (50,82% djece), grčeve u trbuhu (50,56% djece) te prehladu (55,74%). S druge strane, sva djeca iz uzorka (100% djece) izvještavaju kako nikada nisu doživjela iznenadni gubitak sluha i nesvjesticu u posljednja tri mjeseca.

Tablica 8. Prikaz simptoma i udjela sudionika- **roditelja** (%) u svakoj kategoriji odgovora na pitanje *Koliko često je to Vaše dijete doživjelo u posljednja tri mjeseca?* (N=61)

| | TJELESNI SIMPTOMI | Nikada | Nekoliko puta mjesečno | Nekoliko puta tjedno | Skoro svaki dan |
|-----|-------------------------------|--------|------------------------|----------------------|-----------------|
| 1. | Glavobolje | 65,57% | 34,43% | 0% | 0% |
| 2. | Vrtoglavica | 98,36% | 1,64% | 0% | 0% |
| 3. | Bol u leđima | 81,97% | 18,03% | 0% | 0% |
| 4. | Manjak energije/umor | 59,02% | 37,70% | 3,28% | 0% |
| 5. | Povišena tjelesna temperatura | 63,93% | 34,43% | 1,64% | 0% |
| 6. | Bol u zglobovima | 80,33% | 19,67% | 0% | 0% |
| 7. | Bol u rukama/nogama | 85,24% | 14,75% | 0% | 0% |
| 8. | Gubitak ravnoteže | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 9. | Mišićna napetost | 95,08% | 4,92% | 0% | 0% |
| 10. | Slabost mišića | 96,72% | 3,28% | 0% | 0% |
| 11. | Knedla u grlu | 93,44% | 6,56% | 0% | 0% |
| 12. | Dvostruka slika | 98,36% | 1,64% | 0% | 0% |
| 13. | Zamućeni vid | 95,08% | 4,92% | 0% | 0% |
| 14. | Iznenadni gubitak vida | 98,36% | 1,64% | 0% | 0% |
| 15. | Iznenadni gubitak sluha | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 16. | Nesvjestica | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 17. | Iznenadni gubitak pamćenja | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 18. | Ubrzano lupanje srca | 96,72% | 3,28% | 0% | 0% |
| 19. | Bol u grudima | 100% | 0% | 0% | 0% |
| 20. | Mučnina | 85,24% | 13,11% | 1,64% | 0% |

| | | | | | |
|-----|--|--------|--------|-------|-------|
| 21. | Grčevi u trbuhu | 67,21% | 27,87% | 1,64% | 0% |
| 22. | Proljev | 70,49% | 27,87% | 1,64% | 0% |
| 23. | Povraćanje | 80,33% | 18,03% | 1,64% | 0% |
| 24. | Nadutost | 88,52% | 11,47% | 0% | 0% |
| 25. | Gubitak apetita | 86,88% | 13,11% | 0% | 0% |
| 26. | Nepodnošenje nekih vrsta hrane | 85,24% | 11,47% | 1,64% | 1,64% |
| 27. | Opstipacija ili neredovita stolica | 90,16% | 8,20% | 1,64% | 0% |
| 28. | Žgaravica | 98,36% | 1,64% | 0% | 0% |
| 29. | Teškoće disanja | 93,44% | 3,28% | 1,64% | 1,64% |
| 30. | Osjećaj gušenja | 96,72% | 3,28% | 0% | 0% |
| 31. | Kožni osip | 90,16% | 4,92% | 4,92% | 4,92% |
| 32. | Svrbež/crvenilo kože | 86,88% | 8,20% | 4,92% | 0% |
| 33. | Akne ili bubuljice | 62,29% | 24,59% | 3,28% | 9,84% |
| 34. | Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.) | 34,43% | 63,93% | 0% | 1,64% |
| 35. | Prekomjerno znojenje | 88,52% | 4,92% | 4,92% | 1,64% |

Od simptoma koje djeca doživljavaju nekoliko puta mjesečno, većina roditelja, odnosno 63,93% njih ističe prehladu, dok svi roditelji iz uzorka (100% roditelja) ističu kako djeca nikada nisu doživjela gubitak ravnoteže, iznenadni gubitak pamćenja i sluha, nesvjesticu i bol u grudima u posljednja tri mjeseca.

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između djetetove samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene frekvencije djetetovih i vlastitih psihosomatskih simptoma. Problematikom učestalosti javljanja psihosomatskih simptoma bavio se veći broj istraživača, a u svrhe znanstvene prirode preporučljivo je koristiti različite izvore prilikom procjenjivanja psihosomatskih simptoma, što omogućava relativno detaljan uvid u iste. U posljednje se vrijeme pokazalo da su djeca pouzdan izvor informacija kada je riječ o procjeni vlastitih unutarnjih procesa, ponašanja ili socijalnih odnosa (Edelbrock, i sur., 1986). Konkretno, pristup informacijama od strane djeteta, roditelja ili drugih procjenjivača može omogućiti cjelovitu sliku djetetovog emocionalnog, kognitivnog, socijalnog te bihevioralnog funkcioniranja.

S obzirom na prvi problem, čija je svrha bila utvrditi povezanost između djetetove samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene zastupljenosti djetetovih psihosomatskih simptoma, dobiveni rezultati impliciraju postojanje statistički neznačajne povezanosti između djetetove samoprocjene zastupljenosti psihosomatskih simptoma i roditeljeve procjene zastupljenosti djetetovih psihosomatskih simptoma (vidi tablicu 5). Navedeni su rezultati u skladu sa postavljenom hipotezom jednako kao i s nalazima prethodnih istraživanja (Garber i sur., 1998; Kashani i sur., 1985; Santalahti i sur., 2005). Prethodna istraživanja skreću pozornost na činjenicu da u slučaju kada djeca izjavljuju da pate od glavobolja i bolova u području abdomena, većina roditelja (14% za glavobolju i 30% za abdominalnu bol) izvještavaju kako djeca nikada nisu doživjela spomenute tegobe (Santalahti i sur., 2005). Važno je istaknuti da je stupanj neslaganja prilikom procjena djetetovih simptoma od strane djeteta i roditelja, relativno visok kada je riječ o simptomima koji su apstraktni i dvosmisleni, a u tu kategoriju spadaju internalizirani simptomi (Garber, Slyke, Walker, 1998; Santalahti i sur., 2005). Istraživanje koje su proveli Kashani i suradnici (1985) predstavlja još jedno istraživanje u nizu istraživanja koja su svoja nastojanja usmjerili prema razumijevanju faktora koji pridonose neslaganju između djetetovih i roditeljevih procjena djetetovih simptoma. Primjenom polustrukturiranog intervjua, spomenuti su istraživači došli do zaključka da djeca, češće u odnosu na izvještaje njihovih roditelja o djetetovim simptomima, izvještavaju o vlastitim somatskim simptomima jednako kao i o simptomima depresije i anksioznosti. S druge strane, njihovi roditelji češće ističu kao problem djetetovo nedosljedno izvršavanje obaveza, nepoštivanje kućnih pravila ili konflikte u koje ulaze s nastavnicima. Valja uzeti u obzir da neslaganje oko djetetovih i roditeljevih procjena djetetovih simptoma može biti takvo da roditelj precjenjuje broj simptoma koje dijete doživljava tijekom svakodnevnog funkcioniranja (Garber, Slyke, Walker, 1998). Kao razlog spomenutom može se istaknuti da postoji mogućnost da veće razine roditeljevog distresa rezultiraju procjenjivanjem djetetovog češćeg doživljavanja tjelesnih simptoma nego što je to u stvarnosti slučaj i nego što bi to dijete izjavilo za sebe (Garber, Slyke, Walker, 1998). Djeca i roditelji ističu različite aspekte djetetovih tegoba, no to ne isključuje mogućnost da su oba izvora informacija donekle u pravu (Kazdin, French, Unis, Esveldt- Dawson, 1983).

Nadalje, rezultati u ovom istraživanju ukazuju da većina roditelja procjenjuje da njihova djeca manje učestalo doživljavaju tjelesne simptome jednako kao što procjenjuju da su simptomi manje ometajući za dijete, nego što dijete isto procjenjuje za sebe. (vidi sliku 1 i

sliku 2). S druge strane, prilikom odgovaranja na pitanje o tome koji je simptom koji je dijete doživjelo u posljednja tri mjeseca najneugodniji za dijete, 70% roditelja je izvijestila da takvi simptomi ne postoje (vidi prilog 1). Suprotno tome, 34,43% djece iz uzorka ističu mučninu ili grčeve u truhu kao najneugodnije doživljene simptome u posljednja tri mjeseca (vidi prilog 2). Kao razlog dobivenim rezultatima može se istaknuti da neki autori navode da djeca i roditelji imaju različita područja zabrinutosti, stoga njihovi izvještaji mogu reflektirati te razlike (Kashani i sur., 1985). Drugim riječima, dijete može biti u većoj mjeri zabrinuto za češće doživljavanje somatskih tegoba koje ga ometaju prilikom ispunjavanja svakodnevnih dužnosti, poput pisanja domaćih zadaća. Suprotno tome, roditelji mogu izraziti veću zabrinutost zbog djetetovog nedosljednog ispunjavanja školskih obaveza u odnosu na dijete. Također, moguće je da roditelji nisu svjesni djetetovih briga jednako kao što nisu svjesni da djetetove brige mogu biti klinički značajne (Kashani i sur., 1985). Roditelji i djeca se razlikuju u osjetljivosti i toleranciji na djetetove tegobe. Primjerice, roditeljima može biti problematična djetetova nepažnja prilikom ispunjavanja određenih obaveza ili njihova neposlušnost dok djeca ne vide to kao problem.

Djeca u ovom uzorku izvještavaju da nekoliko puta mjesečno doživljavaju glavobolje (42,62% djece), manjak energije (52,46% djece), mučninu (50,82% djece), grčeve u truhu (50,56% djece) te prehladu (55,74%) (vidi tablicu 7). S druge strane, 34,43% roditelja izvještava da njihova djeca nekoliko puta mjesečno doživljavaju glavobolju, 37,70% njih izvještava o manjku energije, 13,11 % roditelja izvještava o mučnini, 27,87% o grčevima u truhu te 63,03% roditelja izvještava da njihova djeca nekoliko puta mjesečno doživljavaju prehladu (vidi tablicu 8). Nužno je naglasiti da postoji mogućnost da su se roditeljevi stavovi o zdravlju i bolesti, njihova percepcija tjelesnih simptoma jednako kao i njihova prethodna iskustva sa bolesti i tjelesnim simptomima, mogla reflektirati na njihovu procjenu djetetovih i vlastitih simptoma te tako doprinijeti dobivenim rezultatima. Iako su tjelesni simptomi i doživljavanje istih kao izvora nelagode subjektivno iskustvo, neverbalna komunikacija, facijalne ekspresije ili riječi kojima pojedinac opisuje tjelesne simptome mogu determinirati manji ili veći stupanj ozbiljnosti simptoma te tako simptomi mogu biti dostupni drugim ljudima iz pojedinčeve okoline. Međutim, ako pojedinac ne komunicira tjelesne simptome na taj način, njegovi izvori nelagode mogu ostati neprimijećeni od strane okoline. S obzirom na navedeno, postoji mogućnost da neka djeca nisu sklona izražavati vlastite tjelesne simptome, bilo verbalnom ili neverbalnom komunikacijom, niti zabrinutost zbog istih, stoga roditelji nisu obraćali pozornost na djetetove tegobe što se moglo odraziti na roditeljeve

procjene djetetovih tjelesnih tegoba. Spomenuti nalazi naglašavaju važnost intervjuiranja djece u kliničke i istraživačke svrhe jer učestalost i trajanje tjelesnih simptoma koji su intenzivni utječu na djetetovu kvalitetu života, a obiteljska rutina tijekom svakodnevnog funkcioniranja utječe na djetetovo suočavanje sa simptomima.

U svrhu odgovaranja na drugi problem, odnosno testiranja povezanosti između djetetove i roditeljeve samoprocjene zastupljenosti psihosomatskih simptoma, izračunati su koeficijenti korelacije (vidi tablicu 6). Prema rezultatima spomenute analize nije utvrđena statistički značajna povezanost između djetetove i roditeljeve samoprocjene frekvencije i ometenosti psihosomatskim simptomima (vidi tablicu 6) te samim time, nalaz nije u skladu s postavljenom hipotezom. Neki istraživači ističu da su djeca roditelja koji pate od tegoba somatizacije preokupirana tijelom na isti način kao i njihovi roditelji te imaju sličan pogled na zdravstveni status poput njihovih roditelja (Majić, 2011). Osobe koje proživljavaju tegobe somatizacije najčešće imaju člana unutar obitelji sa sličnim somatskim simptomima, a koje su mogli usvojiti modeliranjem ili opažanjem članova obitelji (Majić, 2011). S druge strane, prema postavkama operantnog uvjetovanja, nagrađivana ponašanja pokazuju veću učestalost i intenzitet pojavljivanja. Ako je somatizacija potkrepljivana prilikom njenog nastanka, povećava se vjerojatnost nastavljanja istog ponašanja (Majić, 2011). U tom je slučaju uloga bolesnika prihvaćena od strane djeteta s obzirom na to da je bila potkrepljena roditeljevom naklonošću i popustljivošću ili naklonošću i popustljivošću drugih članova obitelji. Rezultati dobiveni u sklopu ovog istraživanja mogu biti indikativni za činjenicu da dijete i roditelj ne pokazuju isti obrazac psihosomatskog reagiranja na životne okolnosti. Također je moguće da je dijete usvojilo obrazac psihosomatskog reagiranja od nekih drugih članova obitelji, a koji nisu bili uključeni u zadatak procjenjivanja djetetovih psihosomatskih simptoma. Nužno je naglasiti da sudionici ovog istraživanja pripadaju različitim populacijama, stoga je moguće da doživljavaju kvalitativno različite psihosomatske simptome koji pripadaju različitim organskim sustavima, a koji su dobno specifični. Treba imati na umu da određen dio sudionika, odnosno 16,39% djece te 27,87% roditelja doživljava tjelesne simptome koji su u podlozi neke bolesti (vidi tablicu 3 i tablicu 4). Djeca su u ovom istraživanju najčešće navodila da pate od alergija ili neurodermatitisa dok su roditelji isticali širi spektar bolesti kojima su izloženi poput hipotireoze, artritisa, psorijaze, astme te sindroma iritabilnog kolona. S obzirom na navedeno, različite bolesti u svojoj podlozi imaju različitu simptomatologiju, što je moglo pridonijeti dobivenim rezultatima.

U slučaju u kojem se od sudnionika zahtijevalo da procjene koje simptome smatraju najneugodnijim simptomima koje su doživjeli u posljednja tri mjeseca, većina djece, odnosno 34,43% njih u kategoriju najneugodnijih simptoma svrstava mučninu ili grčeve u trbuhu, dok 47,54% roditelja izvještava kako nema simptoma koje bi svrstali u kategoriju najneugodnijih (vidi prilog 2 i prilog 3). Djeca su, u odnosu na roditelje, sklonija komunicirati stres i patnju u obliku tjelesnih simptoma, a takav način reagiranja na zahtjeve okoline se može atribuirati djetetovim relativno nerazvijenim kognitivnim, verbalnim i emocionalnim sposobnostima. Drugim riječima, dijete ili ne može razumjeti vlastita područja zabrinutosti ili ne može verbalizirati probleme sa kojima se suočava prilikom svakodnevnog funkcioniranja te za posljedicu doživljava tjelesne tegobe. Moguće je da se s dobi razvijaju efikasne strategije suočavanja sa svakodnevnim stresorima poput suočavanja usmjereno na problem te se, posljedično, smanjuje učestalost doživljavanja tjelesnih simptoma. Promjene u socijalnom okruženju, pritisci modernog i tehnološki naprednog društva, promjene u obiteljskom funkcioniranju te negativni životni događaji mogu pridonijeti sve učestalijem javljanju psihosomatskih simptoma kod djece (Santalahti i sur., 2005). U današnje vrijeme, „znanost o mrežama“ (Watts, 2007) se značajno razvila tijekom proteklog desetljeća potaknuta popularnošću moderne tehnologije, a grupa koja u potpunosti prihvaća novi trend su djeca i mladi. Djeca sve više vremena provode pred ekranima tragajući za izvorima zabave i relaksacije koju omogućavaju elektronički uređaji. Međutim, provođenje slobodnog vremena na takav način može uzorkovati zatezanja i bolove u području vrata ili ramena jednako kao i povećanu učestalost glavobolja. Fond Ujedinjenih naroda za stanovništvo procjenjuje da, u današnje vrijeme, u svijetu postoji 1.8 milijardi mladih ljudi u dobi između 10 i 24 godine, od kojih se mnogi suočavaju sa novitetima i izazovima modernog društva (Stengard i Appelqvist-Schmildechner, 2010). S obzirom na navedeno, djeci treba pružati sve više podrške te razvijati njihove strategija suočavanja kako bi se mogli nositi s izazovima sve složenijeg i tehnološki naprednog društva. Usred takvog društvenog napretka, potrebno je razmotriti načine na koje se društveni izazovi odražavaju na razvoj današnje djece, pri čemu je razvijanje svijesti o negativnom učinku modernih izazova na djetetov razvoj od posebne važnosti.

Metodološka ograničenja i implikacije

Na kraju je potrebno napomenuti da postoji mogućnost da su se određena metodološka ograničenja mogla odraziti na rezultate ovog istraživanja. Prvenstveno, način

uparivanja djece i njihovih roditelja treba uzeti s rezervom zbog same činjenice da su se u obzir uzimali odgovori na pitanja na koja dijete i roditelj može pružiti identičan odgovor, a koja su bila općenita u toj mjeri da je više djece i roditelja moglo pružiti jednake odgovore. Nužno je naglasiti da zbog istog razloga neki upitnici nisu uzeti u obzir prilikom analiza podataka što predstavlja relativno velik metodološki nedostatak. Također, izvor nedostatka su uvjeti pod kojima su podaci prikupljeni budući da je istraživanje provedeno u manjim razredima s puno roditelja ili učenika te se provodilo tijekom nastave ili prije provedbe pismenih i usmenih ispita i bilo je retrospektivno. Također, provedba je istraživanja bila realizirana u predvečernjim satima prije početka roditeljskog sastanka. Spomenute su situacije mogle izazvati nelagodu ili pobuditi stres kod sudionika što se moglo odraziti na motivaciju za ispunjavanjem upitnika. Isto tako, stupanj intimnosti pitanja i socijalna poželjnost su mogli utjecati na odgovore na upitniku, međutim taj se utjecaj pokušao minimalizirati informiranjem sudionika da ne postoje točni, odnosno netočni odgovori te da je sudjelovanje u istraživanju u potpunosti anonimno. S obzirom na to da su upitnike ispunjavala djeca u dobi od 10 do 14 godina, njihova sposobnost čitanja, samomotrenja te prepoznavanja tjelesnih promjena je mogla utjecati na njihove odgovore (Vulić-Prtorić, 2019). U budućim bi istraživanjima trebalo evaluirati i uzeti u obzir neke druge relevantne faktore koji mogu pridonijeti rjeđem ili češćem doživljavanju i većoj ili manjoj ometenosti psihosomatskih simptoma poput obrambenih mehanizama, strategija suočavanja sa stresom, anksioznosti kao crte ličnosti, anksiozne osjetljivosti, interakcije djece i roditelja, obiteljske podrške, samomotrenja, nekih sociodemografskih obilježja i slično. Isto tako, prilikom ispitivanja problematike psihosomatskih simptoma je preporučljivo ispitati problematiku psiholoških čimbenika poput depresije ili anksioznosti. Nužno je naglasiti da bi bilo poželjno prakticirati uporabu kodova prilikom uparivanja djece i njihovih roditelja. U budućim bi istraživanjima bilo preporučljivo upotrebljavati različite mjerne instrumente koji su konstruirani za procjenjivanje psihosomatskih simptoma te je tako, postojanje ili nepostojanje značajne povezanosti, odnosno (ne)slaganja između procjena tjelesnih simptoma na relaciji dijete-roditelj, moguće odvojiti od utjecaja pojedinačne mjere. S obzirom da pojavnost tjelesnih simptoma podrazumijeva interpretaciju i doživljavanje simptoma te strategije suočavanja sa istima, zanimljivo bi bilo ispitati emocionalni, bihevioralni i kognitivni aspekt tjelesnih simptoma. Prilikom procjenjivanja tjelesnih tegoba primjenom Upitnika psihosomatskih simptoma (Vulić-Protrić, 2005), poželjno bi bilo prakticirati uporabu intervjua te tako omogućiti da rezultati na upitniku dobiju svoj puni smisao. Također, buduća bi istraživanja trebala detaljnije proučiti određene tjelesne

simptome koji imaju relativno veliku frekvenciju pojavljivanja kod populacije djece poput glavobolje ili abdominalne boli. U budućim bi istraživanjima trebalo uzeti u obzir procjene djetetovih simptoma od strane nastavnika i vršnjaka te uključiti oba djetetova roditelja u zadatak procjenjivanja djetetovih simptoma radi boljeg razumijevanja problematike. Nužno je naglasiti da su sudionici, točnije roditelji, u ovom istraživanju provoditelja istraživanja obavijestili kako ispunjavanje PSS upitnika zahtijeva relativno puno vremena jer se od njih traži velik broj informacija te da bih trebalo smanjiti količinu pitanja. Također, roditelji su istaknuli kako bi subskala zastupljenosti psihosomatskih simptoma trebala sadržavati veći raspon za procjenu pojedinačnog simptoma. Stoga bi trebalo kontrolirati navedene metodološke nedostatke u budućim istraživanjima.

Nužno je naglasiti da je potrebno osvijestiti društvo o prevalenciji i intenzitetu psihosomatskih simptoma kod populacije djece budući da se njihova učestalost pojavljivanja može reflektirati na kvalitetu njihovog života. Stoga bi bilo poželjno provoditi radionice na spomenutu temu radi pružanja informacija o problematici psihosomatskih simptoma u svrhu adekvatnog reagiranja na njihovu pojavnost. S druge strane, s obzirom na to da se radi o statističkim analizama i grupiranju rezultata, u kliničke je svrhe potrebno prikupiti više podataka dijagnostičke i anamnestičke prirode kako bi se poremećaj dijagnosticirao na adekvatan način (Vulić-Prtorić, 2019). Drugim riječima, neki sudionik može zaokružiti maksimalan broj (4) na manjem broju čestica te imati ispodprosječan ili prosječan rezultat, a da pri tome može biti riječ o osobi koja proživljava manji broj simptoma, ali intenzivnih u tolikoj mjeri da je potrebna intervencija kliničara (Vulić-Prtorić, 2019). Kliničare treba upozoriti da ne očekuju sličnost između djetetovih i roditeljevih procjena djetetovih simptoma te, ukoliko je neslaganje prilikom procjenjivanja djetetovih simptoma takve prirode da roditelj precjenjuje broj i intenzitet simptoma koje dijete proživljava, u tom je slučaju potrebno evaluirati razinu roditeljevog distresa. Potrebno je skrenuti pozornost na činjenicu da se neslaganje između djetetovih i roditeljevih procjena djetetovih simptoma ne odnosi nužno na činjenicu da je netko u pravu ili krivu. U realnosti, svaki procjenjivač predstavlja jedinstven izvor informacija, stoga bi trebalo pitati roditelje da detaljnije objasne djetetovo svakodnevno ponašanje, a dijete pitati za njegova internalna stanja te tako omogućiti cjeloviti uvid u djetetov psihološki i socijalni svijet.

ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ne postoji statistički značajna povezanost između djetetove samoprocjene psihosomatskih simptoma te roditeljeve procjene djetetovih psihosomatskih simptoma. Također, rezultati sugeriraju kako nema statistički značajne povezanosti između djetetove samoprocjene i roditeljeve samoprocjene frekvencije psihosomatskih simptoma.

Literatura

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H i Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*. 101:213–232
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: W. W. Norton and Co.
- Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Naklada Slap.
- Andrasik, F., Powers, S.W., i McGrath, P.J. (2005). Methodological considerations in research with special populations: Children and adolescents. *Headache*, 45, 520-525
- Asmundson, G.J.G., Wright, K.D. i Hadjistavropoulos, H.D. (2000). Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 100-117.
- Boričević-Maršanić, V. i Kušmić, E. (2009). Somatizacija kod djece i mladeži. *Socijalna psihijatrija*, 37(2), 57-110.
- Cantwell, D.P., Peter, M.D, Lewinsohn, M., Rohde, P. i Seeley, J.R. (1997). Correspondence Between Adolescent Report and Parent Report of Psychiatric Diagnostic Data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 610-619.
- Cipolletta, S., Beccarello, A. i Galan, A. (2012). A Psychological Perspective of Eye Floaters. *Qualitative Health Research* 22 (11) 1547-1558.
- Eedelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, M. C. i Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child Psychiatric symptoms assesed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 181-190
- Engel, G. L. (1977.), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136
- Garber, J., Slyke, D., A. i Walker, L. S., (1998). Concordance Between Mothers' and Children's Reports of Somatic and Emotional Symptoms in Patients with Recurrent Abdominal Pain or Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 26(5): 381–391.

- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown i F. i Wheatt, T. (1975). Are Children reliable reporters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- Herjanic, B. i Reich, W. (1982), Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10:307-324.
- Kashani, J. D., Orvaschel, H., Burk, J. P. i Reid, J. C. (1985). Informant Variance: The Issue of Parent-Child Disagreement. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24,4:437-441.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S. i Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of Childhood Depression: Correspondence of Child and Parent Ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22,2:157-164.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Third edition.* New York: The Guilford Press.
- Koić, O., Filaković, P., Đorđević, V., Koić, E., Požgain, I. i Laufer, D. (2002). Psychosomatic disorders in secondary school students in Osijek. *Acta Clinica Croatica*, 43, 257-267.
- Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N. i Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti tijekom prilagodbe na srednju školu. *Psihologijske teme*, 21(2), 317-336
- Majić, G. (2011). *Funkcioniranje obitelji djeteta sa recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog podrijetla.* Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju.* Jastrebarsko: Naklada Slap
- Orvaschel, H., Weissman, M. M., Padian, N. i Lowe, T. L. (1981), Assessing psychopathology in children of psychiatrically disturbed parents: a pilot study. *This Journal*, 20:112-122.
- Petersen, S., Bergstrom, E., i Brulin, C. (2003). High prevalence of tiredness and pain in young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 367-374.

- Pirinen, T., Kolho, K.L., Simola, P., Ashorn, M. i Aronen, E.T. (2011). Parent–adolescent agreement on psychosocial symptoms and somatic complaints among adolescents with inflammatory bowel disease. *Acta Paediatrica* 101(4), 433-437.
- Santalahti P., Aromaa M., Sourander A., Helenius H. i Piha J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115(4), 434-44
- Schaefer, H. (1966). Psychosomatic problems of vegetative regulatory functions. *Brain and conscious experience*, 522-535 New York: Springer
- Selye, H. (1956). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Montreal: Acta.
- Stengard, E. i Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). Mental health promotion in young people- An investment for the future. *World Health Organization Europe*.
- Tkalčić, M. (1998.), *Psihoneuroimunološki aspekti bolesti alopecia areata*. Doktorska disertacija, Zagreb, Filozofski fakultet
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu – procjena valjanosti. *Suvremena psihologija* 8, 2, 211-227
- Vulić-Prtorić, A. i Galić S. (2004). Stres i tjelesni simptomi anksioznosti u djece i adolescenata. *Medica Jadertina*, 34, 5-13
- Vulić-Prtorić, A., Sorić, I. i Penezić, Z. (2006). Coping strategies and psychosomatic symptoms in children. Rad prezentiran na 3rd European conference on positive psychology, Braga, Portugal.
- Vulić-Prtorić, A., Jović, M., Coha, R., Grubić, M., Lopižić, J. i Padelin, P. (2008) Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata, *Klinička psihologija*, 1, 1-2, 7-26
- Vulić-Prtorić A. (2013) Algoritam samoprocjene tjelesnih simptoma: odnos među pokazateljima. U Kuterovac Jagodić G., Erceg Jugović I., Huić A. (ur) 21. Dani Ramira i Zorana Bujasa – Knjiga sažetaka. Zagreb, 11.-13.04.2013., str. 98.
- Vulić-Prtorić, A. (2019). Priručnik za Upitnik psihosomatskih simptoma -PSS. Neobjavljeni priručnik. Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.

- Waters, E., Stewart-Brown, S. i Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development*, 29(6), 501-509.
- Watts, D. J. (2007). The „new“ science of networks. *Annual Review Sociology*, 30, 243-270.
- Weiner, H. (1980). *Contemporary Research and the Mind-body Problem*. New York: Academic press

Prilog 1. Prikaz ukupnog broja, odnosno postotka simptoma koje su roditelji svrstali u kategoriju najneugodnijeg simptoma koje je njihovo dijete doživjelo u posljednja 3 mjeseca.

| Kategorija | N | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Niti jedan simptom | 43 | 70,49 |
| Mučnina, grčevi u trbuhu | 6 | 9,84 |
| Prehlada | 2 | 3,28 |
| Mišićna napetost, slabost mišića | 4 | 6,56 |
| Glavobolje, manjak energije | 6 | 9,84 |

Prilog 2. Prikaz ukupnog broja, odnosno postotka simptoma koji su svrstani u kategoriju najneugodnijih simptoma na razini djece.

| Kategorija | N | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Niti jedan simptom | 20 | 32,79 |
| Mučnina, grčevi u trbuhu | 21 | 34,43 |
| Prehlada | 4 | 6,56 |
| Glavobolja, manjak energije | 14 | 22,95 |
| Mišićna napetost, slabost mišića | 2 | 3,28 |

Prilog 3. Prikaz ukupnog broja, odnosno postotka simptoma koji su svrstani u kategoriju najneugodnijih simptoma od strane roditelja.

| Kategorija | N | % |
|---|----|-------|
| Niti jedan simptom | 29 | 47,54 |
| Glavobolja, manjak energije | 24 | 39,34 |
| Prehlada, osjećaj gušenja | 2 | 3,28 |
| Mučnina, grčevi u trbuhu | 4 | 6,56 |
| Svrbež, akne/bubuljice | 1 | 1,64 |
| Ubrzano lupanje srca, prekomjerno znojenje, bol u grudima | 1 | 1,64 |