МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН - СВЕТИ НИКОЛЕ - БИТОЛА - Р.МАКЕДОНИЈА
СВЕТИ НИКОЛЕ: ул. Маршал Тито 77; 032 440 330; 032 440 202; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
БИТОЛА: ул. Новачки Пат бб; 047 238 077; 047 222 503; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
www.msu.edu.mk

Факултет за психологија

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

ПОЛОВИ РАЗЛИКИ ВО АНКСИОЗНОСТ ПРИ ОЦЕНУВАЊЕ КАЈ УЧЕНИЦИ ВО ДОЦНА АДОЛЕСЦЕНЦИЈА: НИВО И СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВУВАЊЕ

Ментор:
проф.д-р Ѓорѓина Кимова

Студент:
Сара Томовска М234009

Свети Николе, 2025

СОДРЖИНА:

АПСТРАКТ.....4

ВОВЕД 6

I.ДЕЛ

ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ……...7

1. СТАДИУМ НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈА – ШТО Е, КОИ ПРОМЕНИ ГИ НОСИ ?.....7

1.1. Воспоставување на континуирани, јасни правила и упатства во семејниот дом.....9

1.2. Доцна адолесценција - постабилен период во адолесцентниот живот.....11

1.3 Период на носење важни одлуки – осознавање на образовниот и работниот процес..12

1.4. Видливи полови разлики и општествени промени.....12

2. МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ИНКОРПОРИРАНО ВО ОБРАЗОВНИОТ СИСТЕМ.....14

2.1. Реализација образовен процес – ментално здравје.....14

2.2. Управување и надминување на предизвиците со менталното здравје во овразовниот систем.....17

3. КОМПОНЕНТИ НА ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА – АНКСИОЗНОСТ.....19

3.1. Осознавање на проблемите поврзани со анксиозноста.....19

3.2. Анксиозни својства испреплетени во секојдневни активности.....20

3.3. Класификација на анксиозни состојби.....22

3.4.Видови на анксиозни пореметувања.....21

4. АНКСИОЗНА СОСТОЈБА ВО ПЕРИОД НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈА.....24

4.1. Индивидуалната адаптација и контролирање на анксиозните причини.....25

4.2. Почетни можности за адолесцентна анксиозност.....27

4.3. Методи за справување со анксиозни состојби кај адолесцентите.....31

4.4. Полови разлики во анксиозните растројства.....32

5. КРИТЕРИУМИ ЗА УСПЕШНОСТ ПРЕКУ ПРОЦЕС НА ОЦЕНУВАЊЕ.....33

5.1. Поврзаност на оценувањето во наставниот процес и учењето.....34

5.2. Зона на напреден развој во процесот на учење.....36

6.ПОЛОВИ РАЗЛИКИ ВО АНКСИОЗНОСТ ВО РАЗЛИЧНИ ПЕРИОДИ.....39

6.1.Полови разлики во анксиозност во период на рана адолесценција.....39

6.2. Полови разлики во анксиозност во период на средна адолесценција.....40

6.3. Полови разлики во анксиозност во период на доцна адолесценција.....41

6.4. Полови разлики во анксиозноста при оценување во различни животни периоди: преглед на емпириските истражувања…….43

II ДЕЛ

МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ..46

1.Проблем на истражување...46

2..Цели и задачи на истражувањето..46

2.1. Научна цел на истражувањето...47

2.2 Практична цел на истражувањето 47

3.Резултати од досегашните истражувања..47

4.Предмет на истражувањето..48

4.1. Теоретско определување на предмет на истражување..48

4.1.1. Дефинирање на клучните поими..48

4.1.2. Операционално определување на предметот на истражување..............................49

4. 2.Хипотези..49

4.2.1.Формулација на општа хипотеза...50

4.2.2.Формулација на посебни хипотези..50

4.3. Варијабли на истражувањето..51

5. Методи, техники и инструменти на истражувањето...52

5.1.Методи на истражување..53

5.2.Техники за обработка на податоци..55

6.Популација и примерок на истражување...56

7.Организација и спроведување на истражувањето...57

III ДЕЛ

АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО..58

1.Анализа и интерпретација на резултатите добиенни од инструментите.......................58

IV ДЕЛ

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА..77

ДИКСУСИЈА,,.....................................82

ЗАКЛУЧОК 85

ПРЕПОРАКИ 87

ЛИТЕРАТУРА..89

ПРИЛОЗИ..97

АПСТРАКТ

Во современиот свет во кој живее, се воспитува и се образува младата популација, се почесто се среќава појава на анксиозност, депресивни состојби и други слични ситуации за кои, или воопшто не се разговара или вешто се прикрива таквата состојба. Во училиштата, овие состојби први ги фокусираат училишните психолози и педагози кои даваат несебична помош, ако таа се побара од нив.

Но, учениците многу тешко ги споделуваат своите проблеми затоа што недостасува едукација од оваа област за сите релевантни фактори кои имаат непосреден контакт со учениците, а тоа се наставниците, родителите и самите ученици.

Адолесценцијата е мост помеѓу детството и зрелоста, во период помеѓу 11 – 20 година (понекогаш и до 25 год. во животот). Овој стадиум носи бројни промени кои се случуваат во физичкиот, менталниот, социјалниот, емоционалниот и сексуалниот развој на една млада личност. Тие се случуваат доста брзо, што може да влијае на појавата на несигурност, преосетливост, збунетост, страв и анксиозност, како кај адолесцентите така и кај родителите.

Секој адолесцент (како личност) е своја приказна и има своја динамика на раст и развој, но овие општи упатства можат да помогнат да се подготват и да се разберат предизвиците низ кои треба да се помине во текот на типична адолесценција. Учениците кои се во адолецентен период сметаат дека потребно е едуцирање на менталното здравје преку кое им се отвораат можности да ги разберат индивидуалните промени во овој период за себе, како и за своите врсници околу нив.

Наставниците и стручните служби во училиштата сметаат дека потреба за едукација има затоа што многу е тешко да се разбере овој адолесцентен период, што доживуваат самите ученици, како се справуваат со состојбите на анксиозност, бес, депресивни напади и други психолошки состојби.

Клучни зборови: анксиозност, полови разлики, адолесценти, оценување

ABSTRACT

In the modern world in which the young population lives, is raised and educated, the occurrence of anxiety, depressive states and other similar situations is increasingly encountered, which are either not discussed at all or are skillfully concealed. In schools, these conditions are first focused on by school psychologists and pedagogues, who provide selfless help if it is requested from them.

However, students find it very difficult to share their problems because there is a lack of education in this area for all relevant factors that have direct contact with students, namely teachers, parents, and the students themselves.

Adolescence is a bridge between childhood and adulthood, between the ages of 11 and 20 (sometimes up to 25 years of age).

This stage brings with it numerous changes that occur in the physical, mental, social, emotional and sexual development of a young person. They occur quite quickly, which can contribute to the emergence of insecurity, hypersensitivity, confusion, fear and anxiety, both in adolescents and in parents.

Every adolescent (as a person) has their own story and their own dynamics of growth and development, but these general guidelines can help prepare for and understand the challenges that need to be overcome during a typical adolescence. Students who are in the adolescent period believe that mental health education is necessary through which they open up opportunities to understand the individual changes in this period for themselves, as well as for their peers around them.

Teachers and professional services in schools believe that there is a need for education because it is very difficult to understand this adolescent period, what the students themselves experience, how they deal with states of anxiety, anger, depressive attacks, and other psychological conditions.

Key words: anxiety, gender differences, adolescents, assessment

ВОВЕД

Периодот на адолесценција кај тинејџер кој чувствува приврзаност во семејното опкружување, има чувство за одговорност, научил редовно да ги исполнува обврските и слободното време го поминува во активна социјална средина преку разни активности или е посветен на спортот, периодот на адолесценција минува многу помирно од тинејџер кој е изложен на авторитативно наметнување родителска контрола, каде што се карактеризира со строга родителска контрола и недостаток на сериозна комуникација со родителите.

Дополнително, од личноста - адолесцент се очекува да го спроведе овој животен проект на конкретен начин или барем да почне со процесот на планирање, да создава планови. Во зависност од културата, во овој момент се поттикнува родителската независност, што може да значи време на тага за родителите поради промена на самата родителска улога. До крајот на доцната адолесценција, личноста - адолесцент треба да го промени својот однос со родителите од оној што ја одразува нивната зрелост и одговорности, додека истражува нови социјални и сексуални улоги. Во доцната адолесценција постои тенденција да се совпаѓаат со важни одлуки во животот на адолесцентите, бидејќи во многу култури од нив се очекува да донесат одлука за својата иднина и да изберат интересна кариера, или да донесат одлука да започнат со работа.

Затоа, за оваа фаза постојат одредени очекувања на општеството кон адолесцентот, кој очекува од него да се однесува што е можно поблиску до возрасната личност што наскоро ќе стане.

Поради оваа причина, адолесцентите на оваа возраст можат да чувствуваат голем притисок и да се грижат за тоа што ќе им донесе иднината од изборот што го прават. Како што и претходно беше нагласено, базични бариери кои се присутни во училиштата се недоволна соодветна едукација и недостаток на свест и свесност за менталната состојба и здравјето на учениците во овој период во животот.

Недостасува поддршка, недостасува близина, недостасува отвореност, искрен разговор со наставниот кадар, како и стручните служби во самата средина. Се чувствува потреба од промена како во нивото на едукација, потреби се промени и во самите училишни структури. Институциите кои спроведуваат воспитно – образовен процес, училиштата треба да покажат секојдневна искрена загиженостза овој вид на проблеми со кои се соочуваат учениците , посебно, во средните училишта.

Доколку не се обрне внимание се создава таканаречен ,,маѓепсан круг на проблеми,“ чии резултати се согледуваат во процесот на оценување. Самата дефиниција за процесот на оценување кажува дека тоа е континуиран процес на собрани податоци и носење на суд за постигнатите резултати на учениците од нивниот вложен труд според претходно определени критериуми. Едукативните програми и континуираните разговори се првите алатки кои можат да помогнат да се разберат тие нарушувања и да се продолжи понатаму. Спознавањето на состојбата на анксиозност и разговарањето за причините кои довеле до тоа минува низ неколку чекори кои го означуваат овој циклусен процес.

I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ

СТАДИУМ НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈА – ШТО Е, КОИ ПРОМЕНИ ГИ НОСИ ?

> **„Адолесценцијата е период на ненадејни промени. На пример, на возраст од дванаесет до седумнаесет години, родителот остарува до 20 години“ – Анон**

Адолесценцијата е мост помеѓу детството и зрелоста, во период помеѓу 11 – 20 година (понекогаш и до 25 год. во животот). Овој стадиум носи бројни промени кои се случуваат во физичкиот, менталниот, социјалниот, емоционалниот и сексуалниот развој на една млада личност. Тие се случуваат доста брзо, што може да влијае на појавата на несигурност, преосетливост, збунетост, страв и анксиозност, како кај адолесцентите така и кај родителите. Секој адолесцент (како личност) е своја приказна и има своја динамика на раст и развој, но овие општи упатства можат да помогнат да се подготват и да се разберат предизвиците низ кои треба да се помине во текот на типична адолесценција.

Табела 1. Фази во периодот на адолесценција на личноста (Barett, D. 1976)
Table 1. Stages in the period of adolescence of the personality (Barett, D. 1976)

Личноста е во период на почетна - рана адолесценција – од 12-та година и трае до 15-тата година, (10-тата година и трае до крајот на 13-тата година од животот), физичките промени се најизразени, пубертет, хормоналните промени значително ќе влијаат на емоциите и однесувањето, потреба за приватност.
Личноста е во период на преодна - средна адолесценција – од 14-та до крајот на 17-тата година од животот, физичките и хормонските процеси продолжуваат, но и се стабилизираат, се очекува младите да почнат да се интересираат за партнерски и сексуални односи, експериментирање со цигари, алкохол, марихуана и сексуални активности, размислувања за идните лични професии.
Личноста е во период на завршна - доцна адолесценција – од 18-годишна возраст до 26-та година.

Почетна - рана адолесценција - до неодамна се сметаше дека раната адолесценција започнува околу 12-та година и трае до 15-тата година. Но, современиот начин на живот води и до забрзан интелектуален и хормонален развој и таа граница навистина е поместена. Периодот на рана адолесценција започнува околу 10-тата година и трае до крајот на 13-тата година од животот.

Ова е фаза во која физичките промени се најизразени. Телото на една млада личност почнува да расте и брзо да се менува. Се јавува развој на секундарни полови карактеристики, како и почеток на истражување на сопствената сексуалност. Сите физички промени кои се случуваат за време на адолесценцијата се она што се нарекува пубертет. Поради турбулентните настани во телото на ниво на хормони, може да се појават мрсна кожа и коса, мозолчиња и/или дебелина.

Овие физички промени се поизразени кај девојчињата – девојките. Ова може да предизвика несигурност, испрашување, споредба со другите кај млад човек. Важно е родителите (или другите значајни и присутни возрасни лица) да го препознаат тоа и да му објаснат на личноста - адолесцентот зошто се случува сето тоа, односно да ги нормализираат сите физички промени во овој период.

Исто така, кај девојките треба да се разговара за нивната прва менструација пред да се случи, за настанот да не биде шок за нив. Се очекува дека хормоналните промени значително ќе влијаат на емоциите и однесувањето, а адолесцентот ќе стане раздразлив, плачлив, кавгаџија, видливо е и крајно крајно егоцентрично однесување, ќе почне да поставува граници и да им се спротивставува, особено на родителите и бурно да реагира кога ќе ги прекршат, додека, од друга страна, самиот ќе биде многу бунтовник кога станува збор за правилата поставени од неговите родители, особено ако немало јасни правила и граници во семејниот систем пред да влезе во адолесценцијата.

Се очекува адолесцентот во оваа фаза да почне да ја нагласува својата потреба за приватност, сè повеќе да се врти кон групата врсници и да има поизразена потреба што подобро да се вклопи.

Тој се свртува и кон личните интереси, па постои можност да сака да прекине со некои воннаставни активности на кои присуствувал на иницијатива на родителите. Значи, ова е поврзано со почетокот на развојот на критичкото и апстрактното размислување кое е многу важно за понатамошниот период во индивидуалниот развој.

Преодна - средна адолесценција - оваа фаза го опфаќа периодот од 14-та до крајот на 17-тата година од животот. За време на него, физичките и хормонските процесни промени

продолжуваат, но полека се стабилизираат, па кај девојчињата, на пример, менструацијата, како природен феномен, станува редовна, а кај момчињата мутацијата на гласот се нормализира и доаѓа во завршна фаза.

Фронталниот лобус на мозокот („нов мозок“), кој е одговорен за критичко, логично и апстрактно размислување, рационално одлучување, контрола на импулсите, расудување и увид во можните последици од одредени дејствија, сè уште не ја достигнал својата целосна зрелост и продолжува со својот развој и во оваа фаза.

Затоа, на пример, во ризичните сексуални односи, тие автоматски не ја гледаат можноста за пренесување на сексуално преносливи болести и несакана бременост или лоши оценки како намалена можност за запишување на подобар факултет, туку главно сè уште се водат од принципот на непосреден, краткотраен хедонизам, особено оние млади луѓе чии родители не соработувале со нив од најраното детство и од контролата.

Затоа, во текот на средната адолесценција, се очекува младите да почнат да се интересираат за партнерски и сексуални односи, врз основа на кои ќе почнат да го формираат својот сексуален идентитет. Тие поминуваат се помалку време со семејството, а се повеќе со своите врсници, што е природен процес на осамостојување и манифестација на потребата за независност. Се очекува и експериментирање со цигари, алкохол, марихуана и сексуални активности.

Секако, секогаш се препорачува родителите уште пред адолесценцијата да го насочуваат детето во насока на позитивен развој, така што детето уште од најраното детство ќе усвои позитивни основни верувања за тоа што е добро, а што лошо (и зошто), како и за сопствената вредност. Потребно е и самите родители да бидат позитивен модел.

Така, кога на детето ќе му се даде простор за независност и формирање на автентичност, тоа ќе знае дека е на вистинскиот пат, без страв дека ќе развие нарушувања во однесувањето. Кон крајот на оваа фаза на развој, младите почнуваат поинтензивно и порационално да размислуваат за своето идно занимање.

Завршна - доцна адолесценција - доцната адолесценција трае од 18-годишна возраст до 26-та година, хормоналната активност се стабилизира. Во оваа фаза, доколку сите досегашни предизвици се успешно решени, карактеристично е што младите повторно се обраќаат кон своите родители, иако обично доаѓа до физичка разделба.

Ова е резултат на развојот на сопствената индивидуалност, сопствените ставови и вредности на младиот човек, така што тие ги гледаат своите родители како еднакви наместо авторитети кои сакаат да ги обликуваат според нивните стандарди.

Кај нив се развива потреба за подлабоки, поблиски врски, па се очекува да се стесни кругот на блиски пријатели. Исто така, има потреба од постабилни партнерски односи, што се јавува како резултат на емоционална зрелост. На сцена стапува свеста за последиците од сопственото однесување, што придонесува за воспоставување контрола врз импулсите и емоционална регулација.

Воспоставување на континуирани, јасни правила и упатства во семејниот дом

Периодот на адолесценција кај тинејџер кој чувствува приврзаност во семејното опкружување, има чувство за одговорност, научил редовно да ги исполнува обврските и слободното време го поминува во активна социјална средина преку разни активности или е посветен на спортот, периодот на адолесценција минува многу помирно од тинејџер кој е изложен на авторитативно наметнување родителска контрола, каде што се карактеризира со строга родителска контрола и недостаток на сериозна комуникација. со родителите.

Споредувајќи ги различните стилови на родителство, се покажа дека авторитативниот стил на родителство, во кој доминира рамнотежа на емоционално прифаќање и јасна структура, резултира со најмал број проблематични исходи во адолесценцијата. На родителите им се советува да развијат однос со своите деца со давање јасни правила и насоки, согледувајќи ја потребата од одредени промени кои на младите ќе им овозможат искуство на компетентност.

Овде е важно да се истакне дека авторитативниот стил со емоционална доза и строга родителска контрола со наметнување ригидни правила може да доведе до помалку изразено, проблематично однесување на адолесцентот, но долгорочните последици што ќе ги развие адолесцентот се ниската самодоверба и полошата слика што тинејџерот ја создава и усвојува за себе во такви моменти.

Здравиот родителски пристап е оној кој ја поддржува самоиницијативноста и потребата за индивидуалност на тинејџерите, разбира и изразува искрен интерес и ја одржува активната улога на родителите во животот на детето, со емоционална, отворена и блиска врска во која јасно се дефинира непосакуваното однесување и се обезбедува цврста и јасна структура за понатамошен развој на детето.

Доцна адолесценција - постабилен период во адолесцентниот живот

Ако родителите уште од самиот почеток на детскиот развој се трудат да развиваат и охрабруваат однесување и чувство на независност, самодоверба и независност, детето – личноста, многу ќе ги ублажи реакциите во периодот на биолошки, физички, психолошки и промени во однесувањето. (Zarrett, N. i Eccles, J.,2006).

Да се биде родител на адолесцент е речиси исто толку голем предизвик како и да се биде адолесцент, кој поминува низ тежок период, низ една нормална, но неососознаена поделба помеѓу потребата за поддршка и безбедност и новата создадена потреба за лична независност и индивидуална слобода.

Личноста - адолесцент верува дека родителот насилно сака да го задржи во детството, ограничувајќи му ја слободата и кажувајќи му што да прави и како да го прави тоа. Тоа е една од фазите на адолесценцијата која се јавува приближно на возраст од 17 до 19 години. Оваа фаза одговара на последната фаза која го означува крајот на адолесценцијата и почетокот на раната зрелост. Доцната адолесценција се карактеризира како постабилен период во адолесцентниот живот. (Casas Rivero, J.J. i Ceñal González Fiero, M.J.,2005).

Тоа е затоа што брзите и драстични промени на раната и средната адолесценција веќе поминале. Значи, во оваа фаза има повеќе молк и прилагодување на нивните нови улоги. Во оваа фаза се очекува нешто појасен животен проект од тинејџерот во личноста – адолесцент.

Дополнително, од личноста - адолесцент се очекува да го спроведе овој животен проект на конкретен начин или барем да почне со процесот на планирање, да создава планови. Во зависност од културата, во овој момент се поттикнува родителската независност, што може да значи време на тага за родителите поради промена на самата родителска улога. До крајот на доцната адолесценција, личноста - адолесцент треба да го промени својот однос со родителите од оној што ја одразува нивната зрелост и одговорности, додека истражува нови социјални и сексуални улоги.

Во оваа фаза од личноста - адолесцент се очекува да искусат интимни пријателства, да го формираат својот идентитет на сите нивоа, да ја планираат својата иднина и да преземат чекори за пристап кон овој проблем.

Покрај тоа, постои развој на работните, заедницата, родителските и граѓанските вештини и вредности кои ви овозможуваат да преминете во возрасен живот.

Сепак, многу автори сметаат, (Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A.,Sharma, S, 2013) од биолошка гледна точка, земаат предвид примена и на возрасните граници на личноста – адолесцент, таа, според некои се движи околу 24 или 25 години, бидејќи тоа е возраста на која сè уште се забележуваат зрели промени во мозокот.
Тоа значи дека почнувајќи од доцната адолесценција, започнува зрелоста, во која човекот се препознава како полноправен член на општеството со сите негови должности и права.

Период на носење важни одлуки – осознавање на образовниот и работниот процес

Во доцната адолесценција постои тенденција да се совпаѓаат со важни одлуки во животот на адолесцентите, бидејќи во многу култури од нив се очекува да донесат одлука за својата иднина и да изберат интересна кариера, или да донесат одлука да започнат со работа.
Затоа, за оваа фаза постојат одредени очекувања на општеството кон адолесцентот, кој очекува од него да се однесува што е можно поблиску до возрасната личност што наскоро ќе стане.
Поради оваа причина, адолесцентите на оваа возраст можат да чувствуваат голем притисок и да се грижат за тоа што ќе им донесе иднината од изборот што го прават.

Видливи полови разлики и општествени промени

Има видливи разлики во промените кај девојките и момчињата во периодот на адолесценција. Во оваа фаза, девојката адолесцент повеќе не е под големо влијание на своите врсници, што е придружено со изборот на пријателство. Така, личноста - адолесцент има помалку пријателства, но повеќе квалитет. (Gaete, V.,2015).
Нешто важно што се случува во оваа фаза е личноста – адолесцент (посебно девојките) повторно се враќа во своето семејство (иако имало физичка независност), бидејќи веќе се чувствува поудобно со сопствениот идентитет, а конфликтите со родителите ќе бидат помали, причините за тоа полека исчезнуваат.
Семејните односи со неговите родители се менуваат, бидејќи тој сега е возрасен. На овој начин и семејните односи ќе преминат во нова фаза на развој.

Од друга страна, личноста - адолесцент почнува да има групи на познаници (и машките и женските) кои се поврзани не само со образованието, туку и со нивната работа, образование, заедница итн., што сега може да се направи со целосна автономија.

Во тоа време се и најтрајните љубовни врски, во потрага по интимност и стабилност. Таа се обидува да сподели долгорочен животен проект, формирајќи брачни планови, деца, меѓу другото.

2.МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ИНКОРПОРИРАНО ВО ОБРАЗОВНИОТ СИСТЕМ

Во современиот свет во кој живее, се воспитува и се образува младата популација, се почесто се среќава појава на анксиозност, депресивни состојби и други слични ситуации за кои, или воопшто не се разговара или вешто се прикрива таквата состојба. Во училиштата, овие состојби први ги фокусираат училишните психолози и педагози кои даваат несебична помош, ако таа се побара од нив.

Но, ученитиците многу тешко ги споделуваат своите проблеми затоа што недостасува едукација од оваа област за сите релевантни фактори кои имаат непосреден контакт со учениците, а тоа се наставниците, родителите и самите ученици.

Значи, треба да се поттикнува во континуитет активен дијалог меѓу сите фактори, посебно во средните училишта во кои учениците се во период на доцна адолесценција, кои чувствуваат страв од осуди или недоразбирања со своите врсници. Ако се случи тоа осудување и недоразбирање во поширока смисла, и од професорите и од родителите, неминивен е еден мачен и долг период на индивидуална изолација.

Реалција образовен процес – ментално здравје

Како што и претходно беше нагласено, базични бариери кои се присутни во училиштата се недоволна соодветна едукација и недостаток на свест и свесност за менталната состојба и здравјето на учениците во овој период во животот.

Недостасува поддршка, недостасува близина, недостасува отвореност, искрен разговор со наставниот кадар, како и стручните служби во самата средина. Се чувствува потреба од промена како во нивото на едукација, потреби се промени и во самите училишни структури. Институциите кои спроведуваат воспитно – образовен процес, училиштата треба да покажат секојдневна искрена загиженост за овој вид на проблеми со кои се соочуваат учениците , посебно, во средните училишта.

Доколку не се обрне внимание се создава таканаречен ,,маѓепсан круг на проблеми“ чии резултати се согледуваат во процесот на оценување. Самата дефиниција за процесот на оценување кажува дека тоа е континуиран процес на собрани податоци и носење на суд за постигнатите резултати на учениците од нивниот вложен труд според претходно определени критериуми.

Оттука и големата потреба на загриженост, доколку се согледуваат минимални постигнати успеси во наставниот процес. Многу адекватен пример за оваа состојба се

согледува од состојба наречена *математичката анксиозност* која е состојба која предизвикува негативна емоционална реакција кон овој предмет - оваа анксиозност предизвикува видлив страв, физичко страдање и проблеми во однесувањето кај учениците. Тоа доведува до недостиг на самодоверба или целосно губење на самодовербата, што се резултира со ниски или недоволни оценки во процесот на оценување.

Учесниците чувствуваат видлив бес, личен очај поради „математичката анксиозност“ со која се соочуваат на часовите по математика. Понекогаш, некои од учениците плачат, а други не можат да дишат, имаат ,,страв“ од доживеаните чувства. Тука е и притисокот од родителите од стравот од ,,слаби оценки“ што доведува до зголемена збунетост. Други чести предизвикувачи за анксиозност се лошите оценки, задевањето од со учениците и притисокот од тестовите.[1]

Сето ова, погоре напишано доведува до констатација дека има потреба од превенции во менталното здравје кај учениците. За ова има спроведено многу истражувања, преку анкетни прашалници од кои се доаѓа до констатација дека 50% од средношколците доживеале стресни состојби во процесот на оценување, 40% имале депресивни рекции , а 30% доживеале анксиозност.

За жал, многу мал број од учениците 0,5%, сакале да зборуваат за своите проблеми и побарале совет од професионални лица во училиштата – психолог и педагог. Од овој мал процент повеќе биле ученици од женскиот пол.

Значи, голема е важноста на менталното здравје во образованието. Има голем број на наставни програми, како и програми за менталното здравје кои можат, генерално, да се класифицираат како:

1. Програми за препознавање на проблемите во менталното здравје
2. Програми за менаџирање и канализирање на појавените емоции и чувства
3. Програми за управување со стрес, појавен бес и видлива нервоза

[1] Извештај добиен од истражување од 2014 година покажало дека речиси четири од пет возрасни лица во Велика Британија имаат лоши математички вештини во споредба со помалку од половина луѓе во Велика Британија кои имаат ниски нивоа на функционална писменост. ,, Нашите наоди треба да бидат вистинска грижа за наставниците. Треба да се справиме со проблемот на математичка анксиозност за да им овозможиме на овие млади луѓе да престанат да се чувствуваат вознемирено во врска со учењето математика и да им дадеме можност да напредуваат. Ако можеме да го подобриме искуството на ученикот во рамките на нивните часови по математика, тогаш можеме да помогнеме да се намали математичката анксиозност - вели д-р Денес Шукс, коавтор на истражувањето.

4. Програми за минимизирање на чувството на недостаток на разбирање од непосредната околина

5. Програми за надминување на недостатокот од недоволно изградени и достапни системи на поддршка и грижа за менталното здравје

Може да се констатира дека потребни се промени, реформи во образованието како воспитен и образовен процес, да се создава средина во која ќе има креативност и проактивност кон оваа проблематика поврзана со менталното здравје кај учениците во периодот на доцната адолесценција, да се стави акцент на темите поврзани со оваа проблематика со цел да се опфати што поголема популација која, со својата професионалност може да придонесе за формирање образовен, но и видоизменет здравствен систем во нашата држава.

Се поставува многу логично прашање, доволна ли е застапеноста и вклученоста на менталното здравје во образовниот систем? Кои се причините за влошување на менталното здравје во училиштата, посебно во средните училишта? Одговори треба да бараме од трите инволвирани страни во образовниот процес: учениците, професорите и родителите.

Учениците кои се во адолецентен период сметаат дека потребно е едуцирање на менталното здравје преку кое им се отвораат можности да ги разберат индивидуалните промени во овој период за себе, како и за своите врсници околу нив.

Наставниците и стручните служби во училиштата сметаат дека потреба за едукација има затоа што многу е тешко да се разбере овој адолесцентен период, што доживуваат самите ученици, како се справуваат со состојбите на анксиозност, бес, депресивни напади и други психолошки состојби.

Но, факт е дека темите од оваа област се уште се недоволно застапени иако потребата за нив, во ова турбулентно време на живеење, е се поголема и попотребна, понекогаш потребна и за спасување нечиј млад живот.

Според добиените податоци од голем број на истражувања[2], може да се согледа фактот дека некои индивидуални причини кои се поврзани со менталното здравје подразбираат отсутност од социјално контактирање, недостаток од веќе формирани здрави лични навики, како и минимално користење на отворен дијалог.

[2] Истражувањата на УНИЦЕФ во Р.С.Македонија

Всушност, постојаната социјална изолираност во овој адолесцентен период доведува до осаменост, доведува до проблеми во менталното здравје на адолесцентот, доведува до ирелевантен срам. Поддршката и излезот е токму во негување на социјални врски во кои се содржи енергијата и „лекот“ за помош за што поедноставно движење низ животните предизвици.

Преку тие социјални врски се создава можност за создавање емоционално поддржување, се гради чувство на индивидуална припадност, како и можности за споделување на секојдневните настани кои се компоненти на личното искуство.

Од сето ова произлегува потребата за едукација, прво на стручните служби во училиштата, нивно континуирано присуство на тренинзи и обуки кои едуцираат за теми поврзани со менталното здравје, како што се: управување со стресот, управување со анксиозноста, справување со бесот, приближување на учениците преку користење на отворен дијалог.

Со тоа, тие ќе можат и ќе знаат како да помогнат во градење на механизми за справување и градење на индивидуална отпорност, унапредување на добросостојбата на менталното здравје кај учениците. Меѓутоа, самите психолози го истакнуваат фактот дека овие теми, освен на тренинзи или обуки, не се застапени во наставните планови и програми во формалниот образовен систем, нема, или многу малку има одредени наставни единици од оваа област.

Се бараат начини како овие состојби да се надминат, во корелација со министерството за образование, се разбира.

Овој дел, во одредени сегменти е надополнет од невладини организации кои едуцираат на оваа тема преку таканраречено неформално образование и едукација, преку организирани работилници, советувалишта и консултации, преку изработка на соодветни проекти, но ова е присутно само во поголемите урбани градови.

Потребни се отворање на младински центри и советувалишта во кои психолози, педагози, лекари и професионалци од оваа област би работеле со ученици од овој адолесцентен период, решавајќи ги сите проблеми кои се појавуваат, спроведувајќи изготвени програми за ментално здравје.

Управување и надминување на предизвиците со менталното здравје во образовниот систем

Претходно посочените проблеми со менталното здравје кај адолесцентите, има глобален карактер, затоа тоа е состојба со која треба да се занимаваат институциите во целиот општествен поредок, со фокус на:

- превенцијата;
- создавање на услови за градење на индивидуална отпорност;
- промоција на позитивна добросостојба и позитивни ментални аспекти;
- како и обезбедување на професионална поддршка кога е потребна.

Ова подразбира и има големо позитивно влијание - вклученоста на родителите во овој процес во градењето на позитивно ментално здравје на учениците во училиштата. Процесот подразбира вклученост на родителите во:

- создавање и осознавање програми за квалитетно родителство;
- обезбедување на соодветни услови за поддршка;
- создавање на средина во која ќе се одвива процесот на активно учење.

Младите генерации се свесни за своите проблеми во адолесцентниот период во процесот на учење, всушност, тие знаат дека ширум во светот младите на оваа возраст имаат слични или идентични проблеми.

Затоа општеството треба, пред се, да се насочи кон превентирање, а потоа (ако има потреба)реактивно на решавање на проблемите и давање континуирана поддршка, колективност и интерактивност, со цел да се постигнат видливи ефекти, а не само формални постапки.

3. КОМПОНЕНТИ НА ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА – АНКСИОЗНОСТ

Однесувањето на личноста е различно во поглед на биолошките, социолошките и емоционалните компоненти. Во слични систуации, секој поединец различно реагира. Реакциите се во нормална насока, но, понекогаш ако се согледува пренагласен страв и појавени реакции од него, преголема загриженост, нереални закани, тогаш станува збор за психолошка појава наречена анкциозност.

Оваа појава, во современиот свет на живеење е се поприсутна посебно кај младата популација. Затоа се повеќе се попотребни стручни кадри, психолози, психијатри, педагози кои ќе обавуваат отворени и искрени разговори со личности кои се соочуваат со овакви психолошки состојби, понекогаш само краткотрајни терапии и индивидуални интервенции.

Ова психолошко нарушување е присутно најмногу во училиштата меѓу учениците, во делот на воспитно-образовниот процес. Се согледува фактот дека се создава нерационален страв од испитување, страв од личен неуспех, загриженост и нервозни состојби, сите промени и симптоми најповеќе се гледаат на површината низ целото тело, на кожата, во вид на осипи, црвенила, чешање и др. (El-Sheikh & Kelly, 2020). Ова се видливи знаци на анксиозност.

Има и проблем со тоа што мал е бројот на специјализирани професионалци кои можат да работат со оваа појава со учениците, при тоа користејќи ги двата најпознати методи – мултимодален метод и колаборативен метод. Многу од адолесцентите, понекогаш имаат сиптоми како што се срцебиење, проблеми при варењето на храната, но сепак највидливи се промените кои настануваат во наставниот процес. Се става акцентот на когнитивните аспекти и восприемање на нови знаења, концентрацијата при тоа е видливо намалена, видливи промени во расположението, ученикот добива слаби оцени, има видливи трауматски компоненти.

Осознавање на проблемите поврзани со анксиозноста

Многу е потребно, како прв чекор да се осознаат појавените проблеми кои се поврзани со анксиозноста кај индивидуата. Доколку е возможно, се прават напори да се осознае изворот на проблемите, потребна е негова детекција, за тоа е потребно, се разбира професионалност и стручно оспособени професионалци.

Стручните лица обавуваат разговори со индивидуата, со поблиското и пошироко семејство, како и сите сегменти поврзани со социјалниот живот на индивидуата – пријатели, другари. Таа првична професионална проценка ја создава базата за понатамошниот приод кон изнаоѓање на соодветно решение. Во адолесцентниоот период, појавата на анксиозна состојба се согледува првично во училиштата, па затоа наставниците, психолозите имаат голема улога со своите стручни компетенции да започнат со постапки како што се набљудување и секојдневно комуницирање.

Факт е дека во секојдневните училишни средби, потребни се секојдневни разговори, секојдневни контакти, преку таканаречената разговорно-вербална комуникација, всушност се започнува терапија за првично дијагностицирање на проблемот. Се обавуваат разговори за потешкотиите со кои се соочува индивидуата, за чувствата и емоционалните видливи знаци, од што, во иднина потребно е да се изберат соодветни методи за соодветно дејство.

Неопходни се контакти и со семејството, во присуство на индивидуата – ученикот, како и без негово присуство, со другарите во училишната средина, како и со пријателите надвор од училиштето, со цел да се согледа животното искуство, контактите, справувањето со емоциите, поврзаноста и приврзаноста во тие секојдневни релации со семејниот дом како и со средината во која ученикот живее и се развива.

Да се види дали постојат таканаречени ризични фактори, ако ги има , да се изврши нивна класификација.

Само на овој начин може да се започне со интервенции, да се започне со процес на ,,отворање на неосознаени состојби во самата личност,“ за да се согледа индивидуалниот терет (Clark & Beck, 2010) кој во себе го носи индивидуата. Понекогаш, тој товар е претежок за младиот човек, потребно е да се осознае, да се олесни и да се продолжи со секојдневното развивање на личноста во училиштето.

Анксиозни својства испреплетени во секојдневни активности

За жал, симптомите на анксиозноста многу тешко можат да се препознаат во првичната фаза, а тоа многу потребно за да се превенира колку што е можно побрзо.

Најрани симтоми кои даваат такви знаци се зачестени секојдневни знаци на паника, на нервозни состојби, чувства на немоќ за справување во одредени ситуации, во кои ученикот не би требало така да реагира.

Табела 2. Видливо анксиозно растројство

Table 2. Visible anxiety disorder

Анксиозно растројство во менталното здравје на ученикот
- **видлива секојдневна паника;**
- **нервозни состојби;**
- **чувства на немоќ за справување.**

Во научните сосзнанија од оваа област, постојат соодветни тестови преку кои може да се процени почетната фаза на анксиозност, од компетентни стручни лица.

Тие ја тестираат перголемата секојдневна ,,загриженост“ на ученикот преку неколку едноставни прашања од типот на ,,Чувствувате ли напнатост и нервози во училиштето?“ ,,Имате ли чувство на страв и паничење?“ Сакате ли да избегнувате некои случувања, ситуации во училиштето?,,

Одговорите се битни показатели за состојбата на личноста. Понекогаш, тоа е состојба на моментален страв, невоза, паника, нерасположеност, тоа не е состојба на анксиозност, затоа што нормални се тие состојби во секојдневниот живот.

Но, доколку тие се се позачестени и секојдневни, со се поголем интензитет, (Anderson, er al., 2019), тогаш е потребно да се превенира и да се започне со разговори и со следење на таквите состојби.

Многу често слични се симптомите на анксиозност со депресија. Во одреден дел тие две појави имаат одредени сличности, но, сепак имаат и свои специфични карактеристики. Потребно е да се истакне фактот дека учениците во оваа возраст чувствуваат срам и непријатност за признавање на постоење на таканаречена ,,ментална болест“ со која се соочуваат, затоа молчат, затоа не сакаат да побараат помош, не разговараат. Таа вознемирувачка состојба можеби понекогаш, има моментално времетраење и доколку личноста има воспоставен близок однос со родителите, во разговори со нив, може да се надмине.

Голем дел од учениците не ги познаваат симптомите на анксиозните состојби, немаат сознанија за таква ментална болест и затоа не знаат дека е потребно да се побара помош од стручните лица во училиштата.

Ова наведува на потребна од едукација за овие теми, за да може да се развива свесност за индивидуалната состојба во која дел од нив, во одредени периоди се наоѓаат, за

сериозноста на тие анксиозни состојби и самиот приод кон нив. Заради неосознаени доживеани состојби тие не знаат што да прават, како да се однесуваат, со кого да разговараат, за што да разговарат...
Сепак, тоа е доста сериозна состојба, за која, доколку се создаде свесност за нејзино постоење, да се минимизира срамот, има лек, има можност за нејзино надминување.
Со зголемување на старосната граница на учениците, се зголемува и потребата за разговарање, за комуникација со компетентни лица, се намалува тој срам и тој страв. Само преку вербална и секојдневна комуникација може да се открие дали таа пројавена ,,загрижувачка состојба е реална, дали е потребен соодветен професионален третман, или тоа е замислена и минлива состојба преизвикана од некои настани кои имале непријатни елементи, како што на пример тоа можат да бидат одредени природни непогоди, сообраќајни несреќи, пандемии и слично.

Класификација на анксиозни состојби

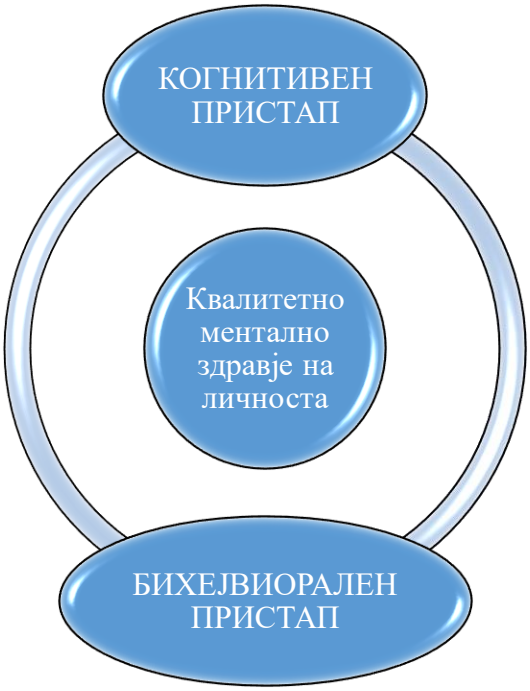
Компетентните и поискусните психолози и стручни лица кои се занимаваат со оваа област, прават соодветни класификации на анксиозните состојби.

Прва состојба на анксиозност – хронична анксиозност или таканаречено генерализирано анксиозно растројство (ГАД) – состојба која се карактеризира со постоење на вознемиреност и загриженост од аспект на својата здравствена состојба, односите во работниот процес, соцојализацијата, подолг временски период.

Втора состојба на анксиозност – негативен став кон социјалните интеракции, односот со другите лица во социјалната средина е нарушен заради стравот од индивидуално неприфаќање, осуди од другари и пријатели, кое доведува до осамена изолација, немање желба за дружење, тие социјални релации доаѓаат во минимални граници.

Трета состојба на анксиозност-болен организам, или хипохондрија, се бараат здравствени проблеми иако тие, реално не постојат.Личноста го набљудува својот организам, бара болест, има чувство на сигурност дека нешто не е во ред со одредени органи во неговото тело, чувствува напетост, страв од смрт заради неговото нарушено здравје, сето тоа е ирационално, но тие одат на лекар, добиваат негативни дијагнози, добри здравствени резултати во кои не веруваат. Постојано бараат здравствен проблем,

кој ги зголемува нивните грижи, ги окупира нивните мисли. Ако оваа состојба трае подолг временски период, потребни се терапии во кои се користат таканаречени нефармаколошки лекувања и соодветни психотерапии. На тој начин се зајакнува рационалното размислување, се зголемува самодовербата, се користат бихејвиоралниот и когнитивниот пристап за терапија, преку која се создаваат услови за квалитетно ментално здравје кај личноста.



Слика 1. Когнитивно - бихејвиорален пристап за квалитетно ментално здравје на личноста

Figure 1. Cognitive-behavioral approach to quality mental health of the individual

Се согледува поврзаност на ове два пристапи во терапијата, заедно со таканаречената психофармакотерапија.

Има видливи резултати во лекување на различни видови на анксиозност, различни видови на фобии, како и други видови на ментални растројства. Многу е важно да се истакне фактот дека колку побрзо се откријат овие ментални сосотојби, резултатите од нивното лекување се поефикасни и со видливи позитивни резултати.

Овој начин на лекување во период на адолесценција е доста погоден и примелив од страна на стручни и компетентни професионалци, со што се враќа индивидуалното чувство на самоконтрола, позитивни мисли и соодветно лично однесување адекватно на животните ситуации во кој се наоѓа личноста.

Постои една техника која се користи со адолесцентите, наречена техника на фокусирана свесност преку која се пренасочува индивидуалното внимание,(се симулираат состојби во психодрами во кој се глуми одредена улога и се согледуваат однесувањата) се враќа емоционалната стабилност кај ученикот, се менуваат индивидуалните убедувања – од негативни ставови и размислувања, кон позитивни мисли за самиот себеси.

На тој начин се враќа изгубената самодоверба и самосвест за индивидуалниот раст и развој на личноста. Има контролирано однесување.

Се реагира нормално на надворешните дејсва и ситуации со емоционална стабилност и разумност.

Така се зголемува продуктивноста, се случуваат когнитивни промени, видливи се постигнати резултати во наставниот процес.

Има компактност помеѓу мислите, емоциите и однесувањето. Сето ова, преку оваа техника, се реализира без консумирање на медикаменти. Но доколку, сепак, се потребни, тие се консумираат во краток временски период, без да се предизвика одредена зависност, без тоа да се разбере како доживеан пораз.

4.АНКСИОЗНА СОСТОЈБА ВО ПЕРИОД НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

Непостоечки „опасни вознемирувачки ситуации“

Видлива (или невидлива) вознемиреност, страв, паника, сето ова се причини за намалена фунлциоланост на учениците во адолесцентниот период. Намалена е функционалноста, зголемени се емоционалните реакции кои создаваат нереално и неконтролирано индивидуално однесување. Опасност се гледа насекаде во училиштето и надвор од него во непосредната средина, иако реално неа ја нема.

Сепак, доколку таа состојба на опасност е контролирана, понекогаш има и позитивност во неа затоа што е зголемена внимателноста и однесување на претпазливост од реално опасни ситуации. Се зголемува реалното размислување за индивидуално преживување во средината во која личноста се наоѓа и живее, реалното внимателно однесување подразбира и зголемена концентрација и насоченост која води кон насочено размислување при реализирање на одредени активности.

Многу често адолесцентот живее во таканаречен ,,замислен свет,, што подразбира замислен страв, замислени возбуди и нервози, замислени неуспеси и отфрлања од средината.

Овие состојби ја зголемуваат возбудата која доведува до несекојдневно однесување, кое понекогаш трае долг временски период.

Ова доведува до нарушување на здравствената состојба и создавање на можности за патолошки нарушувања (Clark & Beck, 2010) во овој адолесцентен период. Таквите патолошки состојби бараат професионална помош која прво ја забележуваат и ја даваат психолозите во училишната средина.

Индивидуалната адаптација и контролирање на анксиозните причини

Стравот од промени, стравот од нешто ново, непознато за ученикот доведуваат до вознемирувачки ситуации кои создаваат причини за анксиозно однесување.

Штом се забележат овакви ситуации, психолозите се должни да започнат со едукација и со објаснување за новите состојби во кои се наоѓаат учениците, потребни се разговори за новонастанатите ситуации.

Едукативните програми и континуираните разговори се првите алатки кои можат да помогнат да се разберат тие нарушувања и да се продолжи понатаму. Спознавањето на

состојбата на анксиозност и разговарањето за причините кои довеле до тоа минува низ неколку чекори (Влајковиќ, 2001) кои го означуваат овој циклусен процес.

Првиот чекор го означува првичното ненадејно спознавање со новонастаната ситуација која предизвикува *шокирачка состојба*.

Вториот чекор означува *реципроцитет на реакција – последица*, позитивни реакции – радосни последици, негативни реакции – негативни последици. Значи ако се случуваат некои позитивни влијанија се создава однесување полно со радост, насмевки, веселост, додека се доживуваат негативни случки, се создава однесување исполнето со тага, разочарување, болка.

Третиот чекор е *сомнеж*, имено надоврзувајќи се на претходниот чекор, реакциите почнуваат да создаваат сомнежи, несигурност, непријатност. Сето ова се почетни сигнали за анксиозни состојби, почеток на анксиозно разочарување.

Следниот чекор е всушност тоа *анксиозно разочарување* кое се поврзува со непријатни случки од минатото. Тие случки добиваат интензитет, го окупираат индивидуалното размислување, создаваат негативни слики и негативно искуство.

Петтиот чекор претставува *желба за почеток на алтернативи*, состојба за враќање кон „нормално“ однесување и напуштање на анксиозни размислувања поврзани со негативни размислувања. Се започнува да се размислува за создавање на можности за соодветни решенија за соодветни ситуации.

Претпоследниот чекор обрнува внимание на *процесот на едукација – учење* за спознавање на одредени животни ситуации во кои би се нашла младата личност, адолесцентот. Потребна е едукација и за ситуации кои би поттикнале анксиозна состојба, како да се справат со своите чувства, со сопствената возбуда од такви ситуации на непријатност.

Последниот чекор се однесува на *постигнување на личен успех*, победник во одредени животни ситуации,се постигнал успех интегрирајќи ги успехот и ситуациите во кои се нашол адолесцентот, се изградиле нови патишта на успешни решенија, со самото тоа,

почнува да се гради и самодовербата. Значи постигната е треансформација како нова, личнопостигната практика.

Табела 3. Чекори во анксиозни состојби
Table 3. Steps in anxiety states

Прв чекор на шокирачка сосотојба
Втор чекор - реципроцитет на реакција – последица
Трет чекор - сомнеж
Четврт чекор - анксиозно разочарување
Петти чекор - желба за почеток на алтернативи
Шести чекор - процесот на едукација – учење
Седми чекор - постигнување на личен успех

Треба да се напомене фактот дека понекогаш, анксиозните растројства имаат и позитивни влијанија во растот и развојот на адолесцентот.
Во многу ситуации, овие состојби се надминуваат и овој циклус завршува без некои големи последици. Се случуваат промени во животот на учениците, тие го осознаваат животот и сите животни лекции кои имаат понекогаш, позитивни , но, понекогаш и негативни исходи.
Учениците учат како да се справуваат со тие влијанија, како да ги надминуваат тие кризни ситуации без поголеми непријатности и возбудувања.

Почетни можности за адолесцентна анксиозност

На самиот почеток во адолесцентниот период во кој ученикот навлегува, првиот почувствуван страв во наставниот процес, првото одбивање од другарите во училиштето, се смета дека започнува појава на анксиозност, дека стравот ги најавува почетните анксиозни растројства.
Сепак, стравот како чувство се појавува без разлика на старосните граници. Страв од градинка, страв од ,,страшен филм“, страв од патување со авион...но овие видови на страв се нормални чувства и секоја личност ги има почувствувано во својот животен век.

Исто така, во периодот на пубертет, во кој има големи промени во физичкиот изглед на телото, тоа е исто така причина за појавување на страв од изгледот, од неприфаќање...Тоа се таканаречени моментални ситуации кои предизвикуваат моментален страв. Адаптацијата следува за многу краток временски период и се надминува таа состојба. Но, доколку состојбата на страв е долготрајна, се јавува од и во секоја новосоздадена ситуација, тогаш е потребно да се обрне внимание од страна на педагошко-психолошката служба во училиштето. Со нивната професионалност многу бргу и лесно може да се надмине.

Посебно во современиот свет на комуникација каде што се комуницира електронски, користејќи ја дигиталната технологија, чувствата се искажуваат преку знаци, симболи, лајкови, се оставаат одредени коментари од кои се проценува прифатеноста во тој социјално – електронски свет.

Тоа on line дружење, тие коментари, понекогаш создаваат страв, се чувствува виртуелна осаменост, неизвесност и нетрпеливост.

Тоа се видливи сипмтоми на анксиозност која се манифестира преку затворање во себе, намалени интеракции со надворешниот свет, понекогаш има прекумерно конзумирање на храна заради досада, тотална изолација, мисли со самоубиствени елементи.

Се поставува многу логично прашање – каде е вербалната комуникација? Се користи ли меѓу младата популација, меѓу адолесцентите ,,живиот збор,, ,постои ли дружење преку многубројните друштвени игри, дружење преку дијалози од различни теми, музика, спорт, филм, дискусии за одредени прочитани книги?

Овие сегменти како да не постојат, полека но, сигурно се во изумирање. Но, токму тие ја разгоруваат желбата за учење, желбата за критичко размислување развивајќи одредени емпатии, меѓусебен однос на давање несебична помош и развивање на интеракција во однесувањата. Само на овој начин се минимизираат можностите за анксиозни состојби од непознато и неразјаснето.

На ова треба да се додаде и влијанието на семејната атмосфера, доколку детето расте во семејство во кое има топлина, нежност, разговор, љубов, детето ќе има можност уште од најмала возраст да гради вредносни критериуми кои се потребни да израсне во една позитивна и квалитетна личност. Во таква средина може да се разговара за сите проблеми со кои детето, а подоцна и адолесцентот се среќава.

Има отвореност и почитување, токму тоа што е потребно за да се разгаснуваат сите нејаснотии во тие таканаречени преодни фази во развојот на личноста, кон возрасен човек.

Детето – адолесцентот – возрасниот човек се учи на интерактивен однос, прво во семејството, со членовите од семеството, потоа со другарчињата во градинка, па со учениците во училиште и понатаму со колеги, пријатели, другари во понатамошниот животен тек.

Но, доколку адолесцентот не растел во квалитетно – сложна средина, со слога, разбирање почит, тогаш промените во адолесценцијата кои се големи, нема со кога да разговара за нив, се јавува страв од самиот себе, тоа доведува до се поголема изолација и на тој начин се започнува со анксиозно однесување, кое доколку не се побара помош, може да се трансформира и во депресивно однесување.

Голем дел од научниците кои се замнимаваат со оваа област, сметаат дека анксиозноста и депресијата, иако во голем дел имаат меѓусебни поклопувања, сепак имаат и свои различности во самата природа на согледување на проблемите со кои се соочува самата личност.

Анксиозноста претставува негативно размислување кон се околу адолесцентот, страв од се, несигурност. Сите активности што се реализираат во училиштето, адолесцент со анксиозност, очекува континуиран негативен резултат.

Од вакви размислувања се случуваат и физички негативни знаци и показатели како што се забрзано чукање на срцето, потешкотии во дишењето, замор.

Значи, во сите ситуации во кои учествува адолесцентот, очекува опасност од секаков вид. Значи, се очекува негативна иднина исполнета со голем и нереален страв кој го има во континуитет подолг временски период.

Табела 4. Појава на анксиозност и депресивност

Table 4. Occurrence of anxiety and depression

Анксиозност	**Депресивност**
Страв со јак интензитет, во континуитет	Нерасположеност и континуирано тагување
Негативен исход од реализирани активности	Губење на енергија и желба за различни активности
Иднина исполнета со негативни настани	Лично континуирано себеобвинување

Забрзано чукање на срцето, забрзано дишење, потење на дланките, треперење, чувство на задушување	Депресивноста води кон размислување за самоубиство, самиот чин и начин како тоа да се изведе

За разлика од анксиозноста чија карактеристика првенствено е неоснован страв, *депресивноста* е состојба чија базична карактеристика е континуирано тагување и нерасположение.

Депресивната личност е нерасположена, тажна личност. Оваа тага не е базирана на некои реални состојби за тагување како што би биле смрт на некој близок член од семејството, или отпуштање од работа, или др.

Одредени активности кои предизвикувале радост и задоволство, сега се замор, се одвиваат без енергија – тоа се знаци на депресивно однесување.

Во минатото се што било добро, што причинувало радост, сега преку деперсивните мисли се доживува како негативно, постојат само таканаречени црни мисли. За жал, понекогаш тие црни мисли прераснуваат во мисли за самоубиство, се размислува за самиот начин како тоа да се направи, на кој начин, се доживува самиот чин. Од сето ова се чувствува состојба на зголемен замор.

Може да се заклучи дека и двете сосотојби, и анксиозноста и депресивноста се појави со негативни димензии, со јаки, интензивирани емоции и претставуваат замислени состојби, понекогаш доволни се само разговори со своите најблиски, но понекогаш потребна е и професионална помош.

Сепак, треба да се истакне фактот дека анксиозноста не е поблага форма на депресивност или депресивноста е задоцнета анксиозност. Не, тоа се појави кои имаат свои специфики, потребни се соодветни, различни методи за нивно надминување и во многу ситуации, има напредок и лечењето дава позитивни резултати. На пример, агрофобија е состојба кога личноста се плаши да биде сама, да излегува сама бидејќи има мисла дека ќе добие одредени панични напади, па затоа останува дома во изолација. Ако оваа состојба подолго трае и не е забележана од некои членови од семејството, може да се трансформира во депресивност. Затоа треба сериозно да има пристап кон анксиозноста уште од почеток, нетретираните анксиозни состојби и нарушувања може да предизвикаат ситуации на депресија која се јавува како секундарен проблематичен стадиум.

Затоа, важно е навремено да се решава тој анксиозен примарен проблем за да не се дојде до секундарниот (депресијата). (Clark & Beck, 2010).

Откога ќе се надминат тие состојби кај адолесцентите , се заклучува дека тоа бил само период на адолесценција, дека адолесцентот е подготвен да продолжи понатаму по својот животен пат.

На овој начин тие стануваат појаки, стануваат поотпорни, независни учат како да се изборат со одредни потешкотии и животни состојби. Ова може да се постигне преку отворени дијалози, континуирани разговори со компетентни лица во кои се има доверба, имаат почит кон нив.

Но, ако анксиозноста и депресивноста се присутни подолг временски период и за нив не се разговарало, се криело, понекогаш се потребни и медикаменти, кои исто така, во многу ситуации даваат посакувани поситивни резултати.

Методи за справување со анксиозни сосотојби кај адолесцентите

Иако овие состојби не се непознати за голем дел од истражувањата во оваа област, голем дел од научната фела препорачуваат одредени методи или постапки со кои би се олесниле анксиозните ситуации со кој се соочуваат адолесцентите.

Тоа се различни интервенции и техники за индивидуална релаксација, секако и континуирано подобрување на социјалните вештини и нивно практикување.

Потребно е да се примени и тераписката постапка наречена кбт во која се испреплетени когнитивни аспекти поврзани со процес на едукација и бихејвиористички аспекти поврзани со однесувањето на адолесцентите во средината.

Преку нови сознанија се создава можност ,,црните“ мисли да се заменат со позитивни мисли да се развива љубопитството кон осознавање на нешто ново, само на овој начин ќе се победи анксиозното однесување и ќе се замени со емпатија и прифатливо однесување.

Ова е единствениот пат кон квалитетно ментално здравје.

Потребно е да се надоврзат и практичните вежби со кои се вежбаат техники за дишење, (Kendall & Peterman, 2015) потребна е медитација која води кон релаксација.

Релаксираните адолесценти многу полесно ќе развијат способности за разрешување на конфликтните ситуации и намалување на стресни состојби.

Полови разлики во анксиозните растројства

Денес, во современиот свет, треба да се нагласи фактот дека анксиозно однесување е се поприсутно во училиштата, посебно во времето на адолесценција. Анксиозната појава, често е пропратена со видливи знаци на нервоза, изолација. Оваа појава поприсутна е кај девојчињата. Можеби е со наследна природа, можеви е резултат од некои преживеани психички состојби, па така, многу често девојчињата се повлекуваат и се затвораат во себе. Ова се случува најчесто околу 14 до 16 година на девојчињата и има минлив карактер.

Ако продолжат и после 24-годишна возраст, станува збор за потешки психички нарушувања и растројства и личноста е потребно да побара стручна помош. Оваа појава, за жал е се поприсутна и се зголемува бројот на девојчиња, но и на момчиња кој го минат овој период во животот и се соочуваат со оваа ситуација.

Тоа се манифестира, кај девојчињата преку нарушување во конзумирање на храна, претерано внимание на надворешниот изглед, се намалува и мотивацијата и концентрацијата за учење и кај девојчињата и кај момчињата, некои од нив покажуваат лубопитност кон психоактивни супстанции (видови на дрога) и желба да се проба.

Затоа, потребен е разговор како едно од превентивните алатки.

Потребни се развивање на доверба и почит што подразбира можност за отвореност, за барање помош и за водење на дијалог за сите промени, за сите мисли, за сите „нови“работи, нови моменти во начинот на однесување. Треба да се споменат и одредени здруженија кои работат со учениците, достапни се и во нив работат експерти кои несебично ја нудат својата помош. Организираат обуки, тренинзи и одредени работилници.

Па затоа се истакнува фактот дека овие интервенции при превентирање на анксиозност во преодно - развојната возраст има смисла и не е толку битно од која средина се тргнува, туку е многу корисно да се делува на превенирање и спречување на продлабочувањето на растројствата и овие психолошки нарушувања.

5.КРИТЕРИУМИ ЗА УСПЕШНОСТ ПРЕКУ ПРОЦЕС НА ОЦЕНУВАЊЕ

Оценувањето е процес на прибирање податоци и донесување на суд за постигањата на учениците во однос на определени стандарди - критериуми за реализација на успешност. Во овој процес има три компоненти:

1. Когнитивни компоненти
2. Емоционални компоненти
3. Социјални компоненти

Значи, преку процесот на оценување се добиваат информации за учениците и нивните родители за индивидуалниот напредок и развој во совладувањето на знаењата добиени преку наставниот процес, како и создавање на способности и лични ставови.
Се создаваат и можности и охрабрување на самите наставници да ја модифицираат содржината во наставниот процес, доколку за тоа има реална потреба.
Потребни се информации, исто така, од другите надлежни структури кои учествуваат во процесот на одлучување за образовната политика во која се инкорпорирани учениците.
Ова е факт кој зборува за создадената реалација и нераскинлива врска помеѓу наставата, учењето и оценувањето.
Се доаѓа до јасна констатација дека оценувањето е составен дел во самиот наставен процес во кој има јасна визија, јасна врска помеѓу целите и наставните содржини, постапките се правични и транспарентни.
Процесите како што се подучување, учење и оценување се во континуитет поврзани, претставуваат кохерентност во самиот наставен процес. Преку својата сеопфатност, оценувањето, исто така, создава позитивна и конструктивна клима. Тоа претставува дел од социјалните процеси инкорпорирани во општественото окружување.(Black&Wiliam, 1998).
Постојат повеќе видови на оценување:

1. Формативно оценување
2. Сумативно оценување

Формативно оценување кое се однесува на „сите активности на наставникот и/или на учениците од кои се добиваат информација што ќе се користи за да се приспособат на

наставниот процес и учењето“ (Black & Wiliam, 1998) Процесот на учење претставува барање на индивидуални одговори на безброј поставени прашања. Големиот број на прашања е карактеристика на овој период на адолесценција во училиштата.

Додека се учи дома, ученикот сам на себе си ги поставува прашањата и си дава одговори, во училиште тоа се прави заедно со другите ученици и со наставникот. Основна карактеристи се дека информации се добиваат преку процесот на оценување, многу е важен начинот како тоа се соопштува, дали ќе се појави анксиозност или не.

Понатаму, следна карактеристика е вклученоста на сите субјекти во процесот, а тоа се согледува преку јасно поставени цели со кои се запознати сите, поставување соодветни прашања за поставените задачи и давање повратна информација, како и процес на самооценување, се со цел да се биде активен учесник во самиот процес.

На тој начин се гради одговорност, се гради самодоверба и самопочитување кај учениците. Сето ова ја намалува можноста за појава на анксиозност кај учениците. Тие се активни, тие се градат и растат како активни личности, созреваат, се развиваат. Значи процесот на оценување е вграден во самиот наставен и воспитно-образовен процес.

Поврзаност на оценувањето во наставниот процес и учењето

Има неколку процеси кои ја истакнуваат оваа заемна поврзаност помеѓу учењето, оценувањето и самиот наставен процес.

Конструктивизам – е појава која го истакнува фактот дека самите ученици треба да ја ,,конструираат“ својата желба за знаење, да добиваат нови информации кои ги вградуваат и го развиваат своето разбирање за средината околу себе. Градат ствавови за врските и релациите, ги модифицираат во посовремени оние кои ги имале до тогаш, во детството.

Ова е период на адолесценција во која промените се неминовни и се случуваат и на физичко и на психичко ниво. Не смее да има голема дискрепанца меѓу постојното и новото знаење, затоа што колку тој расчекор е поголем,толку е потешко да се интегрираат знаењата во еден систем.

Има неколку видови на знаење:

1. Фактичко знаење
2. Концептуално знаење
3. Процедурално знаење
4. Метакогнитивно знаење

Фактичкото знаење претставува учење на основни поми, термини, елементи, специфични елементи.

Концептуалното знаење се податоци од одредени класификации и поделби, одредени принципи и генерализации.

Процедуралното знаење подразбира начини, методи како нешто да се направи, да се истражи, да се дојде до одредени заклучоци.

Метакогнитивното знаење претставува мисловен процес преку кој се развива свесност, развивање на стратегии преку кои се осознаваат одредени задачи.

Голема улога се разбира, има наставникот. Тој несебично ја дава својата помош во поврзување на старите и новите знаења, помага во нивното проширување и продлабочување, користи современи методи за полесно разбирање на наставното градиво, се труди и организира различни видови активности за учење што нудат можности на учениците да ги разгледаат информациите , да размислуваат и да ги користат на најсоодветен начин што е најразбирлив и најсоодветен за нив.

Метакогниција – е ситуација во која во процесот на учење, дел од учениците разбираат и се трудат да учат за себе, си ги осознаваат своите слаби и силни страни во учењето, свретни се кон себе си и градат реална слика која ја користат во самооценувањето.На тој начин тие развиваат свесност за тоа како учат и постигнуваат успех и резултати. Ако се користат овие методи, тогаш нема место за анксиозни растројства, затоа што има насочена мисла кон учење на задачите, планирање на учењето, почнување на различни, нови техники и методи за учење, истражување според сопствениот интерес. Учениците сами си го вреднуваат постигнатиот резултат, се развива самоконтролата. Развиваат вредносни критериуми.

Зона на напреден развој во процесот на учење

Кога учениците имаат интерес и ги развиваат когнитивните способности, нема простор за анксиозни растројства.

Учениците и во формалното и во неформалното учење бараат помош, поддршка, знаат што е нивен интерес, се вклучуваат во училишни активности. Поддршката (барањето на поддршка) во процесот на совладувањето на когнитивните вештини, како и во совладувањето на индивидуалните физички вештини е многу важна за стекнување на кои и да било компетенции.

Посебен акцент се става на напредниот развој во когинитвната сфера, развивање на ,,зрелост“ во совладување на нешто ново, дотогаш непознато. Ова е начин како да се надмине таканаречената ,,математичка анксиозност“ за која се пишуваше во овој научен труд, како една од видовите на анксиозноста во периодот на адолесценција. Затоа се започнува со формативниот начин на учењето, на веќе создадените предзнаења, се надоврзуваат и се надоградуваат новите активности, малку по малку се гради нов концепт.

Се создава однос кон учењето, љубов кон наставниот процес, интерес за откривање на нешто ново почнува да се развива свесност и *мисловен склоп* кој според теоријата на Карол Двек и др. (Carol S. Dweck, Gregory M. Walton, & Geoffrey L. Cohen, Academic Tenacity: Mindsets and Skills that Promote Long-Term Learning) се класифицираат *фиксен* и *развоен* мисловен ментален склоп.

Така учениците, адолесцентите веруваат во своите способности, веруваат во својот успех, веруваат дека со напорна работа може да се постигне многу, си ,,компарираат“ самите со себе, задоволни се од сопствениот напредок. Учениците со ваков мисловен склоп не размислуваат дека неуспехот значи немање способности, дека ,,за ништо не ги бива,, напротив, тоа служи како средство за мотивација, за повеќе вложување на труд и очекување на успех.

Се гради упорност и истрајност, бараат пофални зборови, очекуваат нивниот труд да биде забележан од наставниците, од другите ученици, од родителите.

Овој мисловно- ментален склоп започнува од седмата година, но понатаму во период на адолесценција, се менува, понатаму во зрелата возраст повторно се менува, се создава искуство, важна е споредбата со другите личности.

6.ПОЛОВИ РАЗЛИКИ ВО АНКСИОЗНОСТ ВО РАЗНИ ПЕРИОДИ

Полови разлики во анксиозноста при оценување во рана адолесценција

Раната адолесценција, период од животот помеѓу 10 и 14 години, е време на интензивен емоционален, когнитивен и социјален развој. Една од појавите што особено доаѓаат до израз во овој период е анксиозноста поврзана со оценувањето – било тоа да е во училишен контекст, спортски активности или меѓу врснички групи. Но, важно е да се запрашаме: дали оваа анксиозност се доживува на ист начин кај момчињата и девојчињата? Истражувањата и искуствата укажуваат на значајни полови разлики во начинот на кој анксиозноста се манифестира и се процесира.

Прво, девојчињата во раната адолесценција често покажуваат повисоки нивоа на анксиозност поврзана со оценување во споредба со момчињата. Ова може да се објасни преку социјализацијата што од најрана возраст ги учи девојчињата да бидат повеќе самокритични и чувствителни кон надворешни очекувања. Очекувањата за постигнување совршенство, од страна на семејството, училиштето и медиумите, кај многу девојчиња создаваат силен внатрешен притисок, кој при ситуација на оценување може да прерасне во изразена анксиозност.

Од друга страна, момчињата, иако исто така чувствуваат страв и несигурност, често се охрабрувани да покажуваат самодоверба и натпреварувачки дух, дури и кога не се чувствуваат целосно подготвени. Поради оваа социјална улога, анксиозноста кај момчињата може да остане потисната или да се изрази преку алтернативни форми, како што се однесувања на непочитување или избегнување на обврските.

Интересно е и тоа што начинот на кој анксиозноста влијае на успехот при оценување исто така се разликува. Девојчињата, и покрај поголемата анксиозност, често вложуваат повеќе напор и покажуваат повисоки академски резултати, барем во одредени области. Кај момчињата, анксиозноста може да доведе до пасивност или недоволна посветеност, што резултира со послаби резултати во некои случаи.

Биолошките фактори, како што се хормоналните промени карактеристични за пубертетот, дополнително ја интензивираат оваа разлика. Промените во нивоата на кортизол, хормон поврзан со стресот, различно влијаат врз емоционалната регулација кај момчињата и девојчињата, што уште повеќе ја нагласува различната реакција на ситуации на оценување.

На крајот, разбирањето на половите разлики во анксиозноста при оценување во рана адолесценција не треба да служи за создавање стереотипи, туку како основа за развој на поемпатични и индивидуализирани пристапи во образованието и воспитувањето. Поттикнувањето на здрава самодоверба, нормализирањето на стравот од неуспех и создавање безбедна средина за учење може да помогнат секој млад човек да се соочи со анксиозноста на начин што ќе го поттикне неговиот личен раст.

Полови разлики во анксиозноста при оценување во средна адолесценција

Средната адолесценција, период кој го опфаќа возраста од приближно 14 до 17 години, претставува клучна фаза во развојот на индивидуалниот идентитет, самодовербата и односот кон надворешните притисоци. Еден од најсилните извори на стрес во овој период е оценувањето – академско, спортско или социјално. Забележливо е дека половите разлики во анксиозноста при оценување стануваат особено изразени во овој развоен момент.

Истражувањата постојано покажуваат дека девојчињата генерално искусуваат повисоки нивоа на анксиозност при оценување споредено со момчињата. Оваа разлика не е резултат само на биолошки предиспозиции, туку произлегува и од културни очекувања и воспитни модели. Девојчињата, почесто од момчињата, се охрабрувани да бидат перфекционисти, да се грижат за туѓото мислење и да тежнеат кон академски и социјален успех. Како резултат, притисокот што тие го чувствуваат за време на тестирања или јавни проценки е далеку поинтензивен.

Од друга страна, момчињата често се воспитуваат со нагласување на самоувереност и натпреварувачки дух, што може да ги заштити од видливи манифестации на анксиозност. Сепак, тоа не значи дека анксиозноста е отсутна кај нив – туку повеќе дека

таа се изразува на поинаков начин, често преку однесувања како што се избегнување, негодување или минимизирање на важноста на успехот.

Биолошките фактори, како што се хормоналните промени поврзани со пубертетот, исто така имаат улога. Промените во нивото на естроген и тестостерон влијаат врз емоционалната реактивност и справувањето со стресот. Девојчињата, поради поголема чувствителност на стресни ситуации, можат да развијат подлабоки форми на анксиозност поврзана со оценување, што понекогаш може да прерасне и во сериозни анксиозни нарушувања.

Важно е да се нагласи дека системот на оценување во училиштата често ја засилува оваа полова разлика. Формите на тестирање кои нагласуваат брзина, натпревар и индивидуален успех може да бидат повеќе во прилог на момчињата, додека девојчињата, кои покажуваат поголема сензитивност кон неуспех и критика, страдаат под зголемен психолошки товар.

За надминување на овие разлики, неопходен е поинаков пристап во образованието и психолошката поддршка. Поттикнување на здрави механизми за справување со стресот, нормализирање на анксиозноста како дел од процесот на учење и градење средина која вреднува напор исто толку колку и успехот, може да помогне и на девојчињата и на момчињата подобро да се соочат со предизвиците на оценувањето.

Разбирањето на половите разлики во анксиозноста не треба да биде основа за создавање стереотипи, туку можност за создавање почувствителни и поддржувачки средини во кои сите млади ќе можат да го достигнат својот потенцијал без страв од неуспех.

Полови разлики во анксиозноста при оценување во доцна адолесценција

Доцената адолесценција, периодот меѓу 17 и 21 година, е време на интензивни лични промени и соочување со важни животни одлуки. Во оваа чувствителна фаза, оценувањето — било академско, професионално или социјално — често станува извор на анксиозност. Но прашањето што се наметнува е: дали начинот на кој младите мажи и жени ја доживуваат оваа анксиозност е различен?

Истражувањата покажуваат дека жените, во просек, пријавуваат повисоко ниво на анксиозност при ситуации на оценување. Овој тренд се припишува на неколку фактори. Социјализацијата на жените од најрана возраст вклучува посилно фокусирање на перфекционизам, желба за надворешна валидација и страв од неуспех. Девојките често се поттикнувани да бидат „добри ученици" и „примерни" во своето однесување, што создава притисок кој во доцна адолесценција може да ескалира во висока анксиозност кога нивните способности се ставени на тест.

Од друга страна, мажите во доцна адолесценција генерално се охрабрувани да покажуваат самодоверба и отпорност кон стрес. Сепак, тоа не значи дека не доживуваат анксиозност. Кај младите мажи, анксиозноста при оценување често се манифестира на поинаков начин: преку избегнување, одбрана или агресија, наместо преку отворено изразување на страв и сомнеж. Ова понекогаш води до потценување на нивното вистинско ниво на внатрешна анксиозност, бидејќи стереотипите ги одвраќаат од јавно признавање на своите емоционални состојби.

Половите разлики во анксиозноста не се исклучиво биолошки; тие се длабоко вкоренети и во културниот контекст. Општествените очекувања, родовите улоги и начинот на кој младите луѓе се научени да се справуваат со стресот играат клучна улога во развојот на нивните емоционални реакции. Девојките се научени да се грижат за туѓото мислење, додека момчињата се учат да го потиснуваат сопствениот страв за да изгледаат силно.

Важно е да се нагласи дека анксиозноста при оценување може да има сериозни последици ако не се препознае и соодветно адресира. Кај жените, таа може да води кон синдром на измамник (impostor syndrome) и хроничен стрес, а кај мажите, кон нездрави механизми на справување како избегнување или злоупотреба на супстанци.

За да се надмине овој проблем, неопходен е холистички пристап кој ги признава специфичните потреби на двата пола. Емоционалната писменост, менталното здравје како приоритет, и создавање на поддржувачки образовни и работни средини може да помогнат младите да научат здрави начини на справување со анксиозноста, без разлика на полот.

На крајот, разликите постојат, но тие не се неизбежна судбина. Преку разбирање и соодветна поддршка, секој млад човек може да научи да ја трансформира анксиозноста во сила за личен раст и успех.

Полови разлики во анксиозноста при оценување во различни животни периоди: преглед на емпириските истражувања

Анксиозноста поврзана со оценување (тест-анксиозност) претставува сложена комбинација од когнитивни (грижливост, сомнеж), емоционални (вознемиреност, страв) и физиолошки реакции што се активираат кога резултатот од некоја задача има формална тежина за личноста. Истражувањата постојано укажуваат дека женските почесто и поинтензивно доживуваат анксиозност отколку мажите, како во клинички контекст, така и во образовни ситуации (McLean et al., 2011)

Во голема национална студија на возрасни ($N \approx 20\,000$) жените биле 1,7 пати поверојатно да исполнуваат критериуми кои се однесуваат на анксиозно растројство во текот на животот, споредено со мажите (McLean et al., 2011)

Иако оваа статистика не е специфична за училишни ситуации, таа поставува контекст дека биолошки, социјални, како и психолошки фактори ја зголемуваат веројатноста жените да реагираат со поголема анксиозност во средини каде проценката е нагласена.

Мета-анализа на 76 истражувања кои опфатиле 53 617 деца покажала дека тест-анксиозноста кај девојчињата е статистички повисока од онаа кај момчињата ($d = 0{,}21$) уште во основно образование (Robson et al., 2023)

Во високото образование, студија со 168 студенти од Универзитетот во Барселона открила дека жените имаат значително поголема општа, математичка и

тест-анксиозност, иако оценките не им се пониски од оние на мажите (Núñez-Peña, Suárez-Pellicioni, & Bono, 2016)

Кога оценувањето се базира на високозначајни и временски ограничени тестирања и испити, родовата разлика се продлабочува. Во лонгитудинална анализа на 5 864 студенти од STEM-курсови, Salehi et al. (2019) покажале дека тест-анксиозноста се гледа во резултатите: кај жените, но не и кај мажите, поголема анксиозност води до пониски испитни поени, ефект кој исчезнува кај задачи со понисоко ниво како (проекти, домашни работи)

Како можни механизми вообичаено се наведуваат:

Биолошка чувствителност на непредвидливост – Експериментална работа покажала дека жените демонстрираат поголема физиолошка реактивност на непредвидлива закана, што делумно посредува за повисоки панични симптоми (Burani & Nelson, 2020)

Когнитивно преоптоварување – Повисоката „грижа“ кај жените троши повеќе работна меморија, намалувајќи ја достапноста на когнитивни ресурси за решавање задачи (Núñez-Peña et al., 2016)

Стереотипска закана и социјализација – Очекувањата дека жените треба да покажат повисока конформност и перфекционизам можат да го засилат доживувањето на неуспех како личен неуспех, што ги зголемува нивните анксиозни реакции (Salehi et al., 2019)

Во оваа насока се наведуваат импликации за пракса кои се однесуваат на:

Дизајн на оценување: Вклучување на повеќекратни, понискостресни задачи (портфолија, проекти) го намалува родовиот јаз во перформансите.

Психоедукативни интервенции: Кратки сесии за когнитивно прерамување и техники на релаксација пред испит покажале дека ја ублажуваат тест-анксиозноста кај студентки без да ги оштетат академските стандарди (Robson et al., 2023)

Активно учење: Активните методи во училница го минимизираат ослонувањето на високостресни испити и индиректно ја редуцираат родовата разлика (Salehi et al., 2019)

Доказите континуирано и конзистентно укажуваат дека жените доживуваат повисок степен на анксиозност при оценување низ образовните нивоа. Разликата е најизразена

во ситуации со високо значање и непредвидлив исход, каде што биолошката реактивност, когнитивната грижа и социјалните стереотипи се преплетуваат. Реформите во начинот на оценување и таргетираните интервенции за управување со стрес можат да ја ублажат оваа нееднаквост и да обезбедат поправедна академска средина.

II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1.Проблем на истражување

Проблемот на емпириското научно истражување е насочен кон истражување на половите разлики во анксиозноста при оценување кај ученици во доцна адолесценција (17-19 години).

Операционално, проблемот е определен во форма на прашањето: Дали постои поврзаност меѓу полот и нивото на анксиозност при оценување кај ученици во доцна адолесценција?

2.1. Научна цел на истражувањето

Целта во истражувањето се дескриптивна која се однесува на опис на нивото на анксиозност кај учениците и анализа на разликите меѓу половите и предиктивна која се однесува на испитување дали полот е значаен предиктор на анксиозноста.

Главната цел на истражувањето е да се испитаат половите разлики во анксиозноста при оценување кај учениците во доцна адолесценција (17-19 години), да се утврди нивото на анксиозност кај машките и женските ученици и да се анализира статистичката значајност на разликите.

Конкретни цели:
-Да се утврди вкупното ниво на анксиозност кај учениците во доцна адолесценција (17-19 години) користејќи GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) и DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scale).

-Да се испитаат разликите во нивото на анксиозност меѓу машките и женските ученици и да се утврди статистичката значајност на тие разлики.

-Да се анализира поврзаноста помеѓу полот и анксиозноста, односно дали полот е значаен предиктор за нивото на анксиозност при оценување.

-Да се испита дали анксиозноста при оценување кај учениците достигнува клинички значајни нивоа, односно дали дел од испитаниците имаат анксиозност која укажува на потреба од психолошка интервенција.

-Да се предложат психолошки интервенции и стратегии за справување со анксиозноста, засновани на добиените резултати.

2.2 Практична цел на истражувањето

Ова истражување има за цел да обезбеди подлабоко разбирање на половите разлики во анксиозноста при оценување кај учениците во доцна адолесценција (17-19 години) и да понуди применливи решенија за намалување на анксиозноста која се појавува при оценување. Со оглед на тоа што оценувањето претставува еден од најголемите извори на стрес за учениците, особено во оваа развојна фаза, резултатите од истражувањето ќе помогнат во креирање на соодветни стратегии за психолошка поддршка во образовните институции.

Преку анализа на нивото на анксиозност кај машките и женските ученици, ова истражување ќе овозможи идентификација на групи со висок ризик за анксиозност, што ќе им овозможи на психолозите и наставниците да развијат таргетирани интервенции. Добиените податоци можат да послужат за воведување на ментални техники за справување со стресот, програми за емоционална регулација и когнитивно-бихејвиорални пристапи во рамките на училиштата.

Дополнително, резултатите можат да придонесат за зголемување на свеста кај учениците, родителите и наставниците за важноста на менталното здравје во академскиот успех. Истражувањето може да иницира промени во пристапот кон оценувањето, преку предлагање на методи за намалување на стресот, како што се алтернативни форми на тестирање, психолошка поддршка и техники за релаксација.

На долг рок, ова истражување може да има значајно влијание врз унапредувањето на менталното здравје на младите, помагајќи им на учениците да развијат поефикасни

стратегии за справување со анксиозноста и да постигнат подобри академски резултати без нарушување на нивната психолошка благосостојба.

3.Резултати од претходни истражувања

Во истражувањето на Núñez-Peña, Suárez-Pellicioni и Bono (2016), се испитуваат родовите разлики во тест-анксиозноста, математичката анксиозност и општата анксиозност кај универзитетски студенти. Резултатите покажуваат дека жените пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност во сите три категории во споредба со мажите. Ова укажува дека постојат значајни родови разлики кои можат да се манифестираат уште во средношколските години.

Слично на тоа истражување, Owens, Stevenson, Hadwin и Norgate (2012) анализирале родови разлики во анксиозноста при тестирање кај средношколци и откриле дека жените пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност во споредба со мажите. Ова ја поддржува хипотезата дека жените се посклони кон академска анксиозност во ситуации на оценување.

Дополнително, студијата на Putwain, Connors и Symes (2010) ја испитува врската помеѓу анксиозноста при тестирање и академските постигнувања кај средношколци. Наодите покажуваат дека анксиозноста при тестирање може негативно да влијае врз академските резултати, особено кај жените, кои пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност.

4.Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е испитување на половите разлики во однос на нивото на анксиозност при оценување кај ученици во доцна адолесценција (17-19 години) и анализирање на статистичката значајност на тие разлики.
Истражувањето се насочува кон идентификација и проценка на нивото на анксиозност што учениците го доживуваат во контекст на оценување, како и утврдување на тоа дали полот претставува значаен фактор кој влијае врз интензитетот на оваа анксиозност.

Во оваа рамка, истражувањето ги опфаќа следниве аспекти:

-Мерење и проценка на анксиозноста при оценување кај ученици во доцна адолесценција со помош на психометриски инструменти (GAD-7 и DASS-21).
-Споредба на анксиозноста кај машките и женските ученици за да се утврдат можни статистички значајни разлики.
-Анализа на поврзаноста помеѓу полот и нивото на анксиозност, со цел да се утврди дали полот е предиктор на анксиозноста.
-Проценка на клиничката значајност на анксиозноста, односно дали дел од испитаниците имаат анксиозност што би барала дополнителна психолошка поддршка.
-Препораки за психолошки интервенции и стратегии за справување со анксиозноста, со цел да се подобри академскиот перформанс и емоционалната благосостојба на учениците.

Ова истражување има за цел да даде научно засновани сознанија за начинот на кој учениците од различни полови ја доживуваат анксиозноста при оценување, што ќе овозможи подобро разбирање на психолошките аспекти на академскиот стрес и ќе придонесе кон подобрување на поддршката за учениците во образовниот систем.

4.1. Теоретско определување на предмет на истражување

4.1.1 Дефинирање на клучните поими

-Анксиозност (Anxiety)-Анксиозноста е емоционална состојба која се карактеризира со чувства на напнатост, загриженост и физиолошки промени како што се зголемено чукање на срцето и потење. Таа може да биде нормална реакција на стрес, но кога е прекумерна и се меша во секојдневното функционирање, може да укажува на анксиозно растројство (American Psychiatric Association, 2013).

-Анксиозност при оценување (Test Anxiety)-Анксиозноста при оценување се однесува на интензивен страв или загриженост што учениците ја доживуваат при полагање испити или други форми на академско оценување. Таа може да доведе до намалена концентрација, избегнување на тестови и намалени академски резултати (Zeidner, 1998).

-Пол (Gender)-Полот се однесува на социјалните, културните и психолошките карактеристики поврзани со машкиот и женскиот род. Тој се разликува од биолошкиот

пол (sex), кој е поврзан со биолошките и физиолошките карактеристики на лицето (American Psychological Association, 2021).

-Доцен адолесцентен период (Late Adolescence)-Доцената адолесценција (17–19 години) е развоен период во кој младите се соочуваат со зголемена независност, одлуки поврзани со образованието и кариерата, како и засилен социјален и академски притисок (Steinberg, 2014).

4.1.2 Операционално определување на предметот на истражување

4. 2.Хипотези

4.2.1 Формулација на општа хипотеза

Генералната хипотеза, формулирана како исказ на континуитет во истражувањето, е следната:
Постои статистички значајна разлика во нивото на **генерализирана анксиозност** (GAD-7) и **анксиозноста при оценување** (адаптирана TAI) меѓу машките и женските ученици во доцна адолесценција (18–19 г.), при што женските ученици покажуваат повисоки нивоа на двете форми на анксиозност.
Подхипотези:

(1) Генерализирана анксиозност (инструмент GAD-7)
1.1. Се очекува низок до умерен степен на генерализирана анксиозност (GAD-7 < 10) кај поголемиот дел од машките ученици во доцна адолесценција;

1.2. Се очекува умерена до тешка генерализирана анксиозност (GAD-7 ≥ 10) кај поголемиот дел од женските ученици во доцна адолесценција.

(2) Анксиозност при оценување (адаптирана TAI)
2.1. Се очекува низок до умерен степен на анксиозност при оценување кај **машките ученици**.
2.2. се очекува висок степен на анксиозност при оценување кај женските ученици.

B. Полот како предиктор на анксиозноста при оценување(адаптирана TAI)

(1) Корелација помеѓу полот и нивото на анксиозност при оценување.

2.3. Постои статистички значајна (позитивна) врска помеѓу полот и анксиозност при оценување кај адолесцентите.

C. Разлика во нивото на анксиозност при оценување:

2.4. Постои статистички значајна разлика во просечните нивоа на анксиозност при оценување меѓу машките и женските ученици. (адаптирана TAI)

4.3 Варијабли на истражувањето

Во истражувањето „Полови разлики во анксиозноста при оценување кај ученици во доцна адолесценција (18-19 години)“, варијаблите можат да се поделат на зависни, независни и контролни варијабли.

1. Независна варијабла (Independent Variable)

- Пол (gender) – машки или женски ученици.

Оваа варијабла е клучна бидејќи истражувањето е насочено кон анализирање на разликите во анксиозноста меѓу половите.

2. Зависна варијабла (Dependent Variable)

- Ниво на анксиозност (test anxiety level), мерено преку GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) и анксиозност при оценување , мерено преку Скала за анксиозност при оценување.

Оваа варијабла е зависна бидејќи нејзината вредност зависи од полот на испитаниците.

3. Контролни варијабли (Control Variables)

За да се намали влијанието на други фактори, ќе се контролираат следниве варијабли:

-Возраст – Сите испитаници ќе бидат во доцна адолесценција (17-19 години) за да се избегнат развојни разлики.

-Тип на училиште – Гимназии и стручни училишта можат да имаат различен пристап кон оценување.
-Претходни академски успеси – Учениците со повисоки оценки можеби имаат помала анксиозност во однос на оние со пониски оценки.
-Претходни искуства со анксиозност – Ученици кои имаат историја на анксиозни нарушувања можат да пријават повисоки нивоа на анксиозност.

Релевантни варијабли
Дополнително, можат да се земат предвид модерирачки и посреднички варијабли, кои можат да имаат влијание врз врската меѓу полот и анксиозноста:
- Модерирачка варијабла (moderator variable)

-Перцепција за оценување (perceived importance of evaluation) – Ако ученикот смета дека оценувањето е многу важно за неговата иднина, тоа може да ја зголеми анксиозноста.
-Посредничка варијабла (mediator variable)
Начини на справување со анксиозноста (coping strategies) – Учениците кои користат стратегии за справување како што се медитација или когнитивно реструктуирање можат да имаат пониско ниво на анксиозност.

5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Во ова истражување чија главна цел е испитување на половите разлики во анксиозноста при оценување кај учениците во доцна адолесценција (17-19 години) ќе се применат квантитативни истражувачки методи, кои ќе овозможат мерење и споредба на нивоата на анксиозност.

Истражувачки методи се:
- Квантитативен метод: Овој метод ќе се користи за мерење на анксиозноста кај учениците, анализа на статистички разлики меѓу половите и утврдување на поврзаноста меѓу полот и анксиозноста.
- Компаративен метод : Ќе се користи за споредба на нивоата на анксиозност помеѓу машките и женските ученици.
-Корелациски метод: Ќе се испитува врската помеѓу полот и нивото на анксиозност, како и можната статистичка значајност на разликите.

Истражувачки техники кои се користат се:
-Анкетирање – Ќе се користи за прибирање податоци од учениците преку посебно креирани прашалници.
-Скалирање-за собирање податоци за нивото на општа анксиозност и анксиознст при оценување.

- Статистичка анализа – Ќе се применат различни статистички техники за обработка на податоците и тестирање на хипотезите, вклучувајќи:
Дескриптивна статистика-Пресметка на средна вредност (Mean), стандардна девијација (SD), минимални и максимални резултати за секоја скала , како и Фреквенции и проценти.)

Т-тест за независни примероци (Independent Sample t-test) – За утврдување на разликите во анксиозноста помеѓу машките и женските ученици.
Корелациона анализа (Pearson's correlation) – За испитување на поврзаноста меѓу полот и анксиозноста или друга корелација зависно од резултатите.

Инструменти за истражување:
Во истражувањето ќе се користат психометриски инструменти за мерење на анксиозноста:

1. GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale - 7)
Скала за мерење на генерализирана анксиозност. GAD-7 е скрининг инструмент за мерење на симптомите на генерализирано анксиозно растројство, кој се состои од 7 прашања и е валидиран истражувачка употреба (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Тестот е преведен и адаптиран за потребите на истражувањето.

Се состои од 7 прашања, каде испитаниците одговараат на 4-степена Ликертова скала (0 = Никогаш, 3 = Речиси секој ден).
Вкупниот резултат варира од 0 до 21, при што:
0-4 -минимална анксиозност
5-9 -блага анксиозност
10-14 -умерена анксиозност

15-21 -тешка анксиозност

2. **Скала за анксиозност при оценување**[3]

Се работи за прилагодена скала чија цел е да се измери нивото на анксиозност кај учениците (или студентите) во ситуации на проверка на знаење (усни или писмени испити, тестови, презентации и сл.) според една од најшироко користените и истражувани скали, развиена од познатиот психолог Ч. Д. Спилбергер.

Тоа е адаптирана скала која опфаќа изјави поврзани со искуството на поединецот за време на оценувањето.

Учесниците ја оценуваат секоја изјава на Ликерт-скала од 1 до 5, при што 1 означува „воопшто не се согласувам“ или „воопшто не се случува“, а 5 означува „целосно се согласувам“ или „секогаш се случува“.

Се добива збир на поени кој служи за ориентир при утврдување на ниско, умерено или високо ниво на анксиозност.

Постапката на истражувањето се состои во:

-Фаза 1 – Подготовка на инструментите

Адаптација на GAD-7 и Скала за анксиозност при оценување за популацијата.

Подготовка на анкетен прашалник со демографски прашања (Пол, Возраст, Тип на училиште , Претходни академски успеси, Претходни искуства со анксиозност).

- Фаза 2 – Прибирање на податоци

Анкетирање на 112 ученици (56 машки и 56 женски) во завршните години од средното образование.

Анонимно пополнување на скали и прашалник.

- Фаза 3 – Обработка на податоците

Внесување на податоците во статистички софтвер (SPSS).

Спроведување на т-тест, корелациска и регресиона анализа.

[3] Spielberger, C. D. (1980). Test Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Фаза 4 – Интерпретација на резултатите
Анализа на разликите во анксиозноста според полот.
Утврдување на статистичката значајност на добиените резултати.
Изведување на заклучоци и давање препораки за психолошка поддршка на учениците.

Ова истражување користи квантитативен пристап со скали и анкета и статистичка анализа, овозможувајќи мерење на анксиозноста и испитување на разликите меѓу половите. Употребата на инструменти како (GAD-7 и Скала за анксиозност при оценување) ќе осигура валидност и сигурност на податоците, а статистичката анализа ќе овозможи објективно тестирање на хипотезите.

5.1 Техники за обработка на податоци

Податоците ќе бидат обработени преку квантитативни статистички методи.

Ова истражување ќе користи описна и инференцијална статистика за анализа на податоците.
-Т-тестот ќе покаже дали има значајни разлики во анксиозноста помеѓу половите.
-Корелационата анализа ќе испита дали постои поврзаност меѓу полот и нивото на анксиозност.
-Регресионата анализа ќе испита дали полот може да биде предиктор на анксиозноста.

Подготовка на податоците е со внесување на податоците во статистички софтвер (EXEL , SPSS).
Проверка на точноста на внесените податоци (идентификација на недостасувачки податоци, екстремни вредности).
Кодирање на одговорите според скалите на GAD-7 и Скала за анксиозност при оценување.

Дескриптивна статистика (описна анализа) има за цел да се добие општ увид во податоците.
Се врши пресметка на средни вредности (Mean), стандардна девијација (SD), минимални и максимални вредности за нивото на анксиозност кај машките и женските ученици.

Исто така и пресметка на фреквенциски дистрибуции и проценти , за анксиозноста според половите.

Следува инференцијална статистика (статистички тестови) за тестирање на разликите во нивото на анксиозност меѓу половите:
-Т-тест за независни примероци (Independent Sample t-test)
Се користи за да се испита дали постои значајна разлика во анксиозноста помеѓу машките и женските ученици.
Нулта хипотеза (H_0): Нема значајна разлика помеѓу половите во нивото на анксиозност.
Алтернативна хипотеза (H_1): Постојат значајни разлики во анксиозноста помеѓу половите.
- За утврдување на поврзаноста меѓу полот и анксиозноста:
Се користи корелациска анализа (Pearson's correlation или Spearman's correlation, или Поинт бисериска корелација зависно од резултатите) за да се испита поврзаноста меѓу полот (како категоријална варијабла) и нивото на анксиозност (GAD-7 резултати).
- За предвидување на анксиозноста врз основа на полот се користи Линеарна регресиона анализа (Linear Regression Analysis).

Ќе се испита дали полот може да го предвиди нивото на анксиозност.
Ако регресониот модел покаже значајна врска ($p < 0.05$), ќе може да се заклучи дека полот е значаен предиктор на анксиозноста.

Исто така ќе се примени визуелизација на податоците , односно за подобра презентација на резултатите, податоците ќе бидат прикажани преку Табели и визулени прикази.

6.Популација и примерок на истражување

Популацијата на истражувањето опфаќа ученици во доцна адолесценција (18-19 години) од средни училишта од 3 различни градови во државата, со цел анализа на половите разлики во анксиозноста при оценување.

Примерокот го сочинуваат:112 ученици (56 машки и 56 женски).
Се работи за кластерски избор – три градови (еден голем, еден среден, еден мал град).
Истражувањето ќе се спроведе како онлајн истражување.

Критериуми за вклучување се:Возраст 18-19 години, редовни ученици, активни во процесот на оценување; Пристап до интернет и согласност за учество.

Предности на онлајн методот е: брза дистрибуција, анонимност, автоматска обработка на податоците.

7. Организација и спроведување на истражувањето

Истражувањето од планирање до реализација и обработка се одвиваше во текот на 2024 година и опфати ученици од Скопје, Струмица, Берово (како случајно избрани кластери).

Во текот на истражувањето, учесниците беа детално запознаени со постапките и целта на истражувањето, при што немаше притисок за учество. Согласноста беше доброволна, а секој учесник имаше право да се откаже во секое време.

Податоците се собираа на начин кој ја гарантира анонимноста и доверливоста, наместо имиња или лични идентификатори, беа користени шифри. Дополнително, беа земени предвид специфичните потреби и права на младите лица (ученици), соодветно добивајќи согласност и од родителите/старателите.

Сите фази на анализата и презентирањето на резултатите ги почитуваа етичките кодекси, за да се избегне било каква форма на манипулација со добиените сознанија.

III ДЕЛ

АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИНСТРУМЕНТИТЕ

Анализа и интерпретација на податоците од прв инструмент

Откога се заврши фазата на собирање на податоци онлајн , се започна со фазата на анализа и интерпретација на добиените податоци.

Подолу се прикажани добиените податоци соодветно.

Statistics

		машки	женски
N	Valid	56	56
	Missing	0	0

Табела 1. Адолесценти според пол



Графикон 1. адолесценти според пол

Примерокот брои 112 испитаници и тоа 56 машки, и 56 женски пол.

Последователно се прикажани демографски податоци за испитаниците.

Во однос на возраста на адолесцентите, со оглед на фактот дека се настојуваше да се полнолетни, се земаа испитаници кои се над 18 години.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18,00	42	37,5	37,5	37,5
19,00	70	62,5	62,5	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Табела 2. Возраст на адолесценти

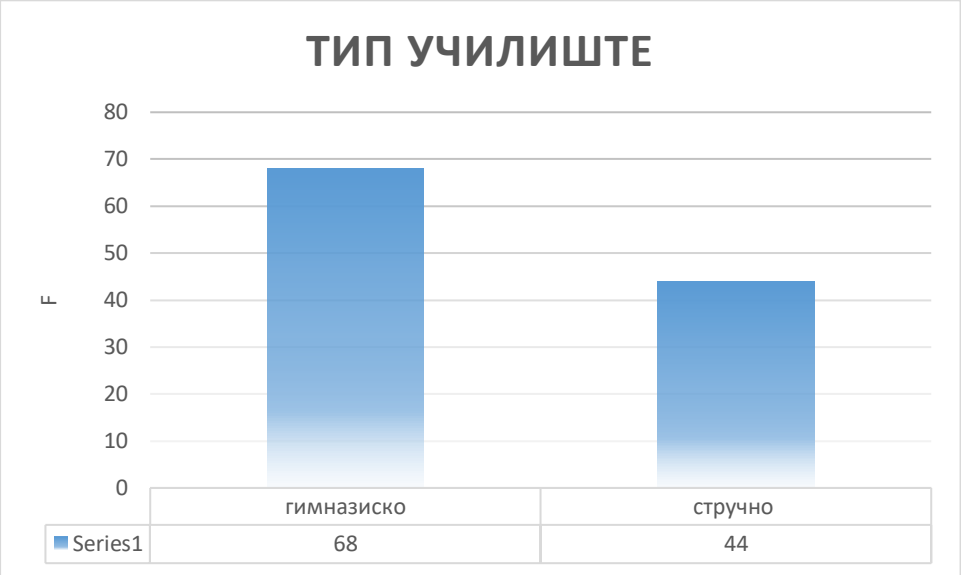


Графикон 2. Возраст на адолесценти

во однос на типот на средно училиште кое го посетуваат адолесцентите прикажани се добиените податоци:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
гимназиско	68	60,71	60,71	60,71
стручно	44	39,29	39,29	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Табела 3. Тип училиште на адолесценти



Графикон 3. Тип училиште на адолесценти

Во однос на просечниот успех на адолесцентите , дадени се следните добиени податоци:

	Просечен успех
N	112
Mean	3,56
Median	3,13
Mode	4,12
Std. Deviation	0,56
	2,74
Minimum	5,00
Maximum	

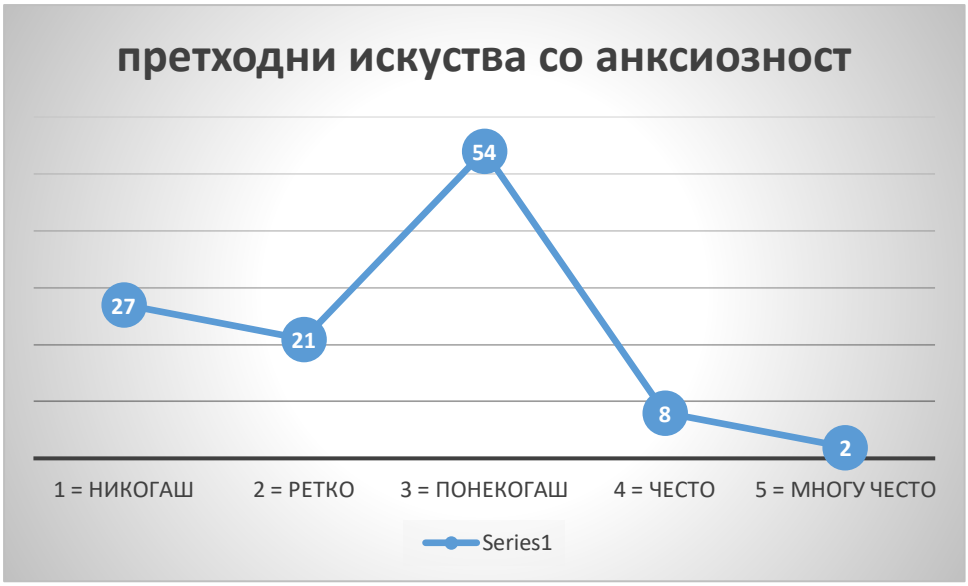
Табела 4.Просечен успех на адолесцентите

Прикажаната табела покажува дека во ова истражување во кое учествувале 112 испитаници, при што просечниот успех изнесува 3,56, а резултатите се движат од 2,74 (минимум) до 5,00 (максимум). Медијаната е 3,13, што укажува дека половината од испитаниците имаат успех под или еднаков на таа вредност, додека модата (најчесто појавуван резултат) е 4,12. Стандардната девијација изнесува 0,56, што покажува дека резултатите не се многу расфрлани околу просекот, па повеќето испитаници имаат сличен успех.

Што се однесува до претходни искуства на адолесцентите со анксиозност, добиените се следните податоци:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 = Никогаш	27	24,11	24,11	24,11
	2 = Ретко	21	18,75	18,75	42,86
	3 = Понекогаш	54	48,21	48,21	91,07
	4 = Често	8	7,14	7,14	98,21
	5 = Многу често	2	4,79	4,79	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Табела 5.Претходни искуства со анксиозност



Графикон 5.Претходни искуства со анксиозност

Заклучно, откако се заврши фазата на онлајн собирање на податоците, беше спроведена анализа и интерпретација на добиените информации. Примерокот брои вкупно 112 адолесценти, рамномерно распределени според пол (56 машки и 56 женски), главно на возраст од 18 и 19 години. Повеќето од нив (60,71%) посетуваат гимназиско образование, а преостанатите (39,29%) се во стручни училишта.

Просечниот успех кај адолесцентите изнесува 3,56 и е релативно збиен околу таа вредност (стандардна девијација 0,56), со најниска оцена од 2,74 и највисока од 5,00. Медијаната (3,13) укажува дека половината од адолесцентите имаат успех под или еднаков на таа вредност, додека мода вредноста (4,12) покажува дека најчестата оцена е нешто повисока од просекот. Во однос на претходни искуства со анксиозност, мнозинството адолесценти (48,21%) известуваат дека понекогаш почувствувале анксиозност, а само мал број (4,79%) го доживуваат ова чувство многу често.

2.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИ ОД ИНСТРУМЕНТИТЕ

Во врска со потврдување на хипотезите, претставени се добиените податоци соодветно

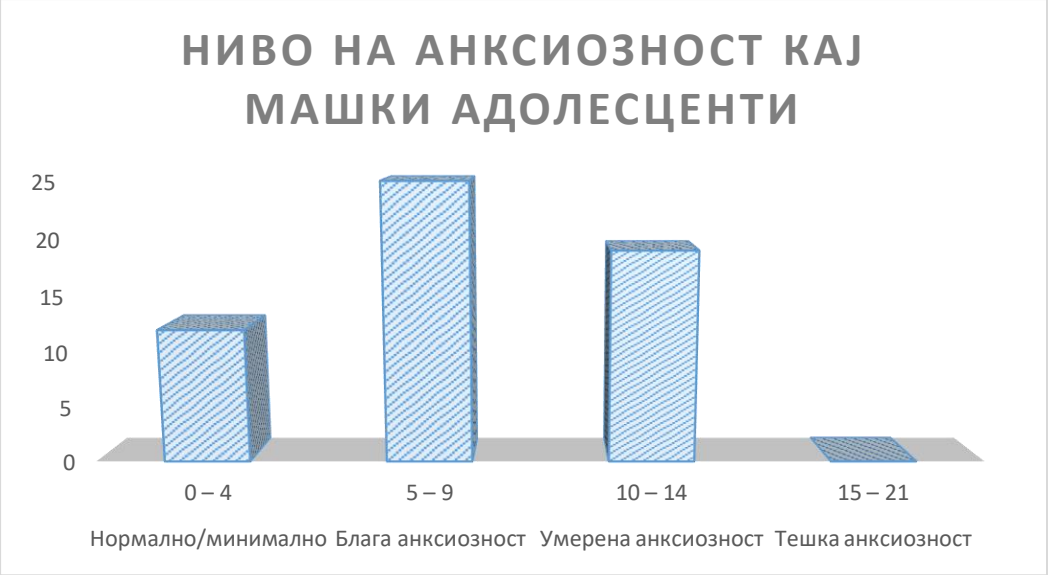
(1) Генерализирана анксиозност (инструмент GAD-7)

Во однос на посебната подхипотеза која се однесува на ниво на анксиозност кај учениците во доцна адолесценција мерена со инструмент GAD-7 (генерализирана анксиозност): 1.1. Се очекува низок до умерен степен на генерализирана анксиозност (GAD-7 < 10) кај поголемиот дел од машките ученици во доцна адолесценција; се прикажани добиените податоци соодветно.

Добиените резултати на инструмент GAD-7 (генерализирана анксиозност) се однесуваат на нивото на анксиозност кај машки ученици во доцна адолесценција.

Категорија	**Опсег на резултат**	**f** **Број на испитаници**	**% (од 56)**
Нормално/минимално	0 – 4	12	21.43%
Блага анксиозност	5 – 9	25	44.64%
Умерена анксиозност	10 – 14	19	33.93%
Тешка анксиозност	15 – 21	0	0%
Вкупно		**56**	**100%**

Табела 1.Распределба на резултати по категории за машки



Графикон 1.Распределба на резултати по категории за машки

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
резултат	56	0	14	7,54	3,68
Valid N (listwise)	56				

Табела 2. Дескриптивни параметри на инструмент GAD-7 (генерализирана анксиозност)

Според Табела 1, вкупно 12 (21.43%) испитаници имаат нормално/минимално ниво на анксиозност (0–4), додека 25 (44.64%) испитаници покажуваат блага анксиозност (5–9). Заедно, овие категории опфаќаат 37 испитаници, што претставува 66.07% од вкупниот примерок (N=56). Во категоријата на умерена анксиозност (10–14) има 19 (33.93%) испитаници, а нема ниту еден (0%) регистрирани случаи на тешка анксиозност (15–21).

Од другата Табела 2, се гледа средна вредост Mean = 7.54 (што паѓа во опсег на блага анксиозност), SD = 3.68, при Min = 0 и Max = 14. Ова укажува на доминација на блага анксиозност со умерено варирање на скоревите.

Од наведеното се утврдува дека скоро две третини од машките ученици во доцна адолесценција (66.07%) спаѓаат во опсег кој може да се смета за нормален/минимален или благ, без сериозни индикатори за клиничка анксиозност.

Една третина (33.93%) покажуваат умерени симптоми, што потенцијално бара внимание, но не достигнува ниво на тежок облик на анксиозност.

Нема ниту еден ученик со значително изразени симптоми што би упатувале на клиничка слика за генерализирано анксиозно растројство.

Оваа дистрибуција покажува дека анксиозноста, генерално, не е висока кај машките испитаници, односно најчесто се среќаваат пониски или умерени вредности.

Оттука може да се потврди дека подхипотезата 1.1. Се очекува низок до умерен степен на генерализирана анксиозност (GAD-7 < 10) кај поголемиот дел од машките ученици во доцна адолесценција; се прикажани добиените податоци, е потврдена, бидејќи мнозинството од машките ученици во доцна адолесценција имаат низок до умерен степен на анксиозност според инструментот GAD-7.

Во врска со подхипотеза 1.2. Се очекува умерена до тешка генерализирана анксиозност (GAD-7 ≥ 10) кај поголемиот дел од женските ученици во доцна адолесценција., прикажани се добиените податоци.

Категорија	**Опсег на резултат**	**Број на испитаници (f)**	**% (од 56)**
Нормално/минимално	0 – 4	5	8.93%
Блага анксиозност	5 – 9	15	26.79%
Умерена анксиозност	10 – 14	25	44.64%
Тешка анксиозност	15 – 21	11	19.64%
Вкупно		**56**	**100%**

Табела 2.Распределба на резултати по категории за женски



Графикон2.Распределба на резултати по категории за женски

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
резултат	56	1	21	10,15	3,22
Valid N (listwise)	56				

Табела 3. Дескриптивни параметри на инструмент GAD-7 (генерализирана анксиозност)

Како што се гледа во табелата за распределбата, кај женските ученици (N = 56) добиени се следниве резултати: во Нормално/минимално ниво (0–4): 5 испитанички (8.93%), блага анксиозност (5–9): 15 испитанички (26.79%), умерена анксиозност (10–14): 25 испитанички (44.64%) и тешка анксиозност (15–21): 11 испитанички (19.64%). Вкупно, 36 испитанички (64.28%) имаат резултат ≥ 10, односно умерено до тешко ниво на анксиозност.

Од дескриптивните статистики, аритметичка средина Mean (просек) = 10.15, Std. Deviation = 3.22 со Minimum = 1; Maximum = 21.

Со тоа, просечниот скор на GAD-7 е над граничната вредност (10) за умерена анксиозност, што укажува на зголемен ризик или присуство на клинички релевантно ниво кај голем дел од учесничките.

Од ова е утврдено дека поголемо мнозинство (64.28%) од женските ученици покажуваат умерено (44.64%) или тешко (19.64%) ниво на анксиозност, што упатува на потенцијална потреба од дополнителна интервенција. Само 35.72% (20 испитанички) остануваат во

интервалот на нормално или благо ниво, што значи дека помал дел од женските ученици имаат несуштински симптоми на анксиозност.

Вредноста на Mean = 10.15 се совпаѓа со категоријата „умерена анксиозност“, прикажувајќи тенденција кон повисоки резултати во рамките на целата група.

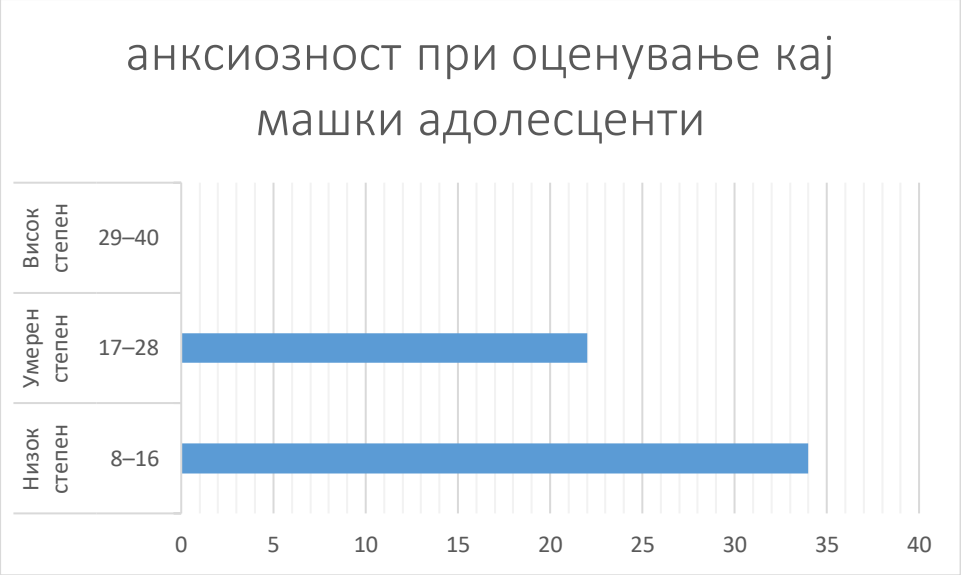
Оттука Според добиените податоци: 36 од 56 (64.28%) жени имаат резултат ≥ 10, што е статистички значајно над 50%, затоа може да се заклучи дека подхипотезата 1.2. Се очекува умерена до тешка генерализирана анксиозност (GAD-7 ≥ 10) кај поголемиот дел од женските ученици во доцна адолесценција., е потврдена, односно најголемиот број на женски ученици во доцна адолесценција покажуваат умерена до тешка генерализирана анксиозност.

(2) Анксиозност при оценување (адаптирана TAI)
Во врска со подхипотезата 2.1. Се очекува низок до умерен степен на анксиозност при оценување кај **машките ученици**, добиени се следните податоци:

Распоред и класификација на испитаниците:

Категорија на анксиозност	**Опсег на вкупни поени**	**Број на испитаници**	**Проценетен удел**
Низок степен	8–16	34	61, 09%
Умерен степен	17–28	22	38,91%
Висок степен	29–40	0	0%
N		56	100%

Табела 4.Распоред на испитаниците по степени на анксиозност при оценување кај машки



Графикон 3.Распоред на испитаниците по степени на анксиозност при оценување кај машки

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
резултат	56	8	28	15,5	3,22
Valid N (listwise)	56				

Табела 5 Дескриптивни параметри на инструмент Анксиозност при оценување (адаптирана TAI)

Од прикажаните табели се утврдува дека Вкупно 34 од 56 испитаници имаат резултати што укажуваат дека доживуваат ниска анксиозност при оценување. Ова значи дека поголем дел не доживуваат значителна нервоза или страв при ситуациите на оценување.

Остатокот од испитаните (22 од 56) покажуваат умерен степен на анксиозност, што значи дека, иако може да се појават некои симптоми на анксиозност (какви што се појава на физички симптоми, тремор или загрижување од заборавување на материјалот), тие се управливи и не влијаат значително на нивните перформанси.

Ниту еден испитаник не прикажува резултат во овој опсег, што дополнително ја потврдува хипотезата дека, кај машките ученици, висок степен на анксиозност при оценување не е доминантен.

Просечната вредност Mean 15.5 укажува дека вкупниот степен на анксиозност при оценување е во рамките на низок опсег.

Стандардната девијација SD 3.2 поени покажуваат дека има умерено расфрлање на индивидуални разлики меѓу испитаните.

Оттука, според добиените податоци за Скала за анксиозност при оценување (адаптирана TAI), од вкупно 56 машки испитаници 34 (61.09%) добиваат резултати во опсегот 8–16 поени, што укажува на низок степен на анксиозност при оценување, а 22 од 56 испитаници (38.91%) добиваат резултати во опсегот 17–28 поени, што укажува на умерен степен на анксиозност при оценување. Ниту еден испитаниик не дава резултат во опсегот 29–40 поени (висок степен на анксиозност).

Дополнително, дескриптивната анализа даде просечна вредност (Mean) од 15.5 поени и стандардна девијација (SD) од 3.22 поени. Овие вредности укажуваат дека доминантниот групен резултат е во рамките на низок степен на анксиозност.

Со оглед на фактот дека повеќе од половината од испитаните (61.09%) имаат резултати во категоријата на низок степен, може да се заклучи дека подхипотезата 2.1. Се очекува низок до умерен степен на анксиозност при оценување кај **машките ученици**, е потврдена односно машките ученици во доцна адолесценција покажуваат претежно низокстепен на анксиозност при оценување.

Во однос на подхипотеза 2.2. се очекува висок степен на анксиозност при оценување кај женските ученици, се дадени добиените податоци:

женските ученици покажуваат висок степен на анксиозност при оценување.

Категорија на анксиозност	**Опсег на вкупни поени**	**Број на испитаници**	**Проценетен удел**
Низок степен	8–16	5	8.93%
Умерен степен	17–28	11	19.64%

Категорија на анксиозност	**Опсег на вкупни поени**	**Број на испитаници**	**Проценетен удел**
Висок степен	29–40	40	71.43%
Вкупно (N)		**56**	**100%**

Табела: 6.Распоред на испитаници по степени на анксиозност кај женски



Графикон 4. Распоред на испитаници по степени на анксиозност кај женски

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
резултат	56	8	40		7,44
Valid N (listwise)	56			30,13	

Табела 7. Дескриптивни параметри на инструмент Анксиозност при оценување (адаптирана TAI)

Од дадените табели се утврдува дека 40 од 56 испитаници (71.43%) се добиваат резултати во опсегот од 29 до 40 поени и доминира групата која покажува висок степен на анксиозност при оценување. Само 5 испитаника (8.93%) се во категоријата на низок степен, а 11 испитаника (19.64%) во умерен степен.

Просечната вредност од околу Mean 30,13 и SD 7,44 потврдуваат дека групата се распоредува главно во високата категорија.

Овие податоци визуелно и бројчано го потврдуваат очекувањето дека поголемиот дел од женските ученици имаат висок степен на анксиозност при оценување.

Од сето наведено се забележува дека поголемиот дел од женските испитаници (71.43%) имаат резултати во категоријата на висок степен на анксиозност (29–40 поени), може да се заклучи дека потхипотезата 2.2 е потврдена, односно женските ученици во доцна адолесценција покажуваат претежно висок степен на анксиозност при оценување.

B. Полот како предиктор на анксиозноста при оценување(адаптирана TAI)

(1) Корелација помеѓу полот и нивото на анксиозност при оценување.

2.3. Постои статистички значајна (позитивна) врска помеѓу полот и анксиозност при оценување кој адолесцентите.

Подхипотеза 2.3 тврди дека постои статистички значајна (позитивна) врска помеѓу полот и анксиозност при оценување кај адолесцентите, што значи дека како што кодирањето на полот се движи (на пр. 0 = машки, 1 = женски), тест анксиозноста (сите резултати од инструментот Таи) имаат тенденција да се зголемуваат. Во следниот хипотетички пример се прикажуваат параметрите кои овозможуваат таква анализа.

машки испитаници	56
женски испитаници	56
N	112

	(Mean)	(SD)
машки испитаници	15.5	3.22
женски испитаници	30.13	7.44

Табела. 8.Резултати според Скала адаптирана Таи за анксиозност при оценување

Бидејќи полот е дикотомна варијабла (0 = машки, 1 = женски), за да се испита врската помеѓу полот и тест анксиозноста може да се користи Point Biserial корелација.

Разлика во групните средни вредности:	14.63
Корен од факторот за тежина:	0.5
Point Biserial коефициент:	0.79

Табела.9. Point Biserial корелација

Во однос на тестирање на подхипотезата поставени се:

Нулта хипотеза (H_0): Нема значајна врска помеѓу полот и анксиозноста при оценување (r=0r = 0r=0).

Алтернативна хипотеза (H_1): Постои значајна позитивна врска, односно женскиот пол (кодирано како 1) е поврзан со поголеми резултати на анксиозност при оценување(r>0r > 0r>0).

Добиениот Корелациски коефициент: rpb≈0.79, со p-вредноста: $p < 0.001$ укажува дека како што се движи од машки кон женски, резултатите на Скала адаптитана Таи за анксиозност при оценување значително се зголемуваат. Статистичката значајност ($p < 0.001$) дополнително потврдува дека оваа врска не е случајна.

Заклучно, со оглед на добиените податоци: машките испитаници (n = 56) имаат значително пониски резултати на анксиозност при оценување(Mean ≈ 15.5), додека женските испитаници (n = 56) имаат значително поголеми резултати (Mean ≈ 30.13). Point Biserial корелацијата изнесува околу 0.79, со $p < 0.001$. Овие резултати значително укажуваат на постоење на силна позитивна врска помеѓу полот и анксиозноста при оценување кај адолесцентите, што ја потврдува потхипотезата 2.3. Постои статистички

значајна (позитивна) врска помеѓу полот и анксиозност при оценување кај адолесцентите.

Тоа покажува дека, женскиот пол е поврзан со поголема анксиозност при оценување, што е во согласност со очекувањата поставени во подхипотезата.

С. Разлика во нивото на анксиозност при оценување:

2.4. Постои статистички значајна разлика во просечните нивоа на анксиозност при оценување меѓу машките и женските ученици. (адаптирана TAI)

Во однос на проверка на подхипотезата:

2. Постои статистички значајна разлика во просечните нивоа на анксиозност при оценување меѓу машките и женските ученици, прикажани се добиените податоци:

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		Welch t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
резултат	Equal variances assumed	5,338	,024	-13,502)	110	,000	-14,632	1,083	-16,778	-12,486

	Equal variances not assumed			-13,502	110	,000	-14,632	1,083	-16,791	-12,473

Табела 10.Т- тест

Во ова истражување ја проверивме под-хипотезата дека машките и женските ученици се разликуваат во нивото на анксиозност кога се оценуваат. На почеток, се испитани предусловите за т-тест. Levene-овиот тест покажа дека варијансите на двете групи не се еднакви ($F = 5,338$; $p = ,024$), па затоа ја применивме Welch. Со 56 ученици во секоја група, примерокот е доволно голем .

Резултатите од Welch т-тестот се впечатливи: статистиката t изнесува –13,50 со приближно 110 степени на слобода, а двостраната p-вредност е помала од ,001. Тоа значи дека веројатноста случајно да се појави ваква разлика, ако во популацијата навистина не постои разлика, е помала од една десетилјадитинка. Просечната анксиозност кај машките ученици е 15,5 поени, додека кај женските е 30,1 поени, што претставува разлика од 14,6 поени во корист на машките, односно женските доживуваат значително поголема анксиозност при оценување. Довербениот интервал од –16,8 до –12,5 поени не ја вклучува нулата, што дополнително ја зацврстува сигнификантноста на резултатот.

Сумирано, сите докази одат во прилог на потхипотезата. 2.5. Постои статистички значајна разлика во просечните нивоа на анксиозност при оценување меѓу машките и женските ученици, прикажани се добиените податоци.

Овие наоди сугерираат дека психолозите и наставниците во училиштата треба да обрнат особено внимание на анксиозноста при оценување кај девојчињата, можеби преку програми за управување со стресот, различни методи на оценување или дополнителна психолошка поддршка.

Од сето наведено, во однос на генералната хипотеза: „Постои статистички значајна разлика во нивото на генерализирана анксиозност (GAD-7) и анксиозноста при оценување (адаптирана TAI) меѓу машките и женските

ученици во доцна адолесценција (18–19 г.), при што женските ученици покажуваат повисоки нивоа на двете форми на анксиозност.“ прикажани се добиените резултати

Во оснос на Генерализирана анксиозност (GAD-7)

Група	*n*	Mean	SD
Машки	56	7.54	3.68
Женски	56	10.15	3.22

Welch t-тест: $\Delta = 2.61$ поени (женски > машки), $t(\approx 108) = 3.99$ $p < 0.001$, Cohen’s $d = 0.75$ што укажува на средно-голем ефект насочува дека женските ученици имаат статистички значајно повисока генерализирана анксиозност.

Во однос на Анксиозност при оценување (адаптиран TAI)

Група	*n*	Mean	SD
Машки	56	15.50	3.22
Женски	56	30.13	7.44

Welch t-тест: $\Delta = 14.63$ поени (женски > машки) $t(\approx 75) = -13.50$ $p < 0.001$, Cohen’s $d = 2.55$ што укажува на многу голем ефект, насочува дека разликата е исклучително силна: над 70 % од девојчињата се во категорија „висок степен“ на тест-анксиозност при оценување.

Корелациски однос

Показател	Пол → GAD-7	Пол → TAI
Point-Biserial *r*	≈ 0.35	0.79
p-вредност	< 0.01	< 0.001

Табела 11.Корелација

Проценето од разликата во средини; И тука врската е позитивна и значајна.

Заклучно може да се каже дека и двете независни т-тестирања (за GAD-7 и адаптирана TAI) покажуваат статистички значајна разлика со поголеми средни вредности кај женските ученици. Корелациските анализи дополнително потврдуваат дека женскиот пол е силен позитивен предиктор за поголема анксиозност и на двете скали.

Како резултат на сето наведено, генералната хипотеза„Постои статистички значајна разлика во нивото на генерализирана анксиозност (GAD-7) и анксиозноста при оценување (адаптирана TAI) меѓу машките и женските ученици во доцна адолесценција (18–19 г.), при што женските ученици покажуваат повисоки нивоа на двете форми на анксиозност се потврдува.
Женските ученици (18–19 г.) покажуваат повисоки нивоа и на генерализирана анксиозност и на анксиозност при оценување во споредба со нивните машки врсници.

IV ДЕЛ

ЗАКЛУЧНИ РЕЗУЛТАТИ

Емпириското истражување беше насочено да разбереме дали и колку полот влијае врз анксиозноста кај учениците во доцна адолесценција. Резултатите упатија на следното:

Прво, генерализирана анксиозност (GAD-7).
Кај момчињата доминира нормално до благо ниво: скоро две третини од нив или речиси и да немаат симптоми, или само пријавуваат лесна нервоза. Просечниот скор (7,5 поени) се вклопува токму во тоа „благо“ ниво, а ниту еден испитаник не достигна праг за тешка анксиозност. Девојчињата, пак, покажаа сосема поинаква слика: повеќе од 60 % се во умерена или тешка категорија, а просекот (10,2 поени) веќе ја надминува клиничката граница за умерена анксиозност. Статистички, разликата е значајна; ефектот е средно голем, што значи дека полот има забележливо влијание врз генерализираната анксиозност.
Потоа, анксиозноста поврзана со оценување (адаптирана TAI).
Тука контрастот е уште поостар. Повеќе од 60 % од момчињата се сместуваат во ниско ниво на стрес при оценување, а ниеден не влезе во високата зона. Кај девојчињата – токму спротивното: дури 71 % доживуваат висок степен на анксиозност при оценување, со просек од 30 поени што речиси двојно го надминува просекот на момчињата. Статистичката анализа покажа силна разлика (t-вредност од –13,5 и огромен Cohen-ов d ≈ 2,6). Со други зборови, се работи за значајна разлика помеѓу двата пола.
Полот како предиктор.
Кога го разгледуваме полот како едноставна бинарна варијабла (0 = машки, 1 = женски) и ја поврзавме со анксиозноста при оценување, добивме point-biserial корелација од 0,79 – исклучително висока вредност која објаснува над 60 % од варијансата во резултатите. Тоа значи дека самиот факт што некој е женски пол е силен сигнал дека ќе има поголема веројатност за високо ниво на анксиозност при оценување.

Сумирано, сите подхипотези се потврдија, а генералната хипотеза – дека девојчињата покажуваат повисоки нивоа и на генерализирана анксиозност и на анксиозност при оценување доби статистичка поткрепа.

ДИСКУСИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Добиените резултати дека девојчињата во доцна адолесценција пријавуваат повисоки средни резултати и почеста појава на генерализирана анксиозност целосно се поклопуваат со голем број истражувања.

Истражувања со тинејџери во Кина покажуваат идентичен тренд: женските адолесценти имаат поголема веројатност за умерена или тешка анксиозност отколку момчињата. Овие разлики се објаснуваат и во поголемите прегледни трудови за распространетоста на анксиозните растројства (McLean et al., 2011), каде што жените имаат речиси двојно поголем доживотен ризик за анксиозност.

Кога се разгледуваше анксиозноста при оценување, разликата стана уште понагласена. Нашите резултати се во прилог на истражувањето на Хембри (1988) која пријави мали до умерени полови разлики исто така се во линија со поновите истражувања во средни училишта во Англија каде 22.5 % од девојчињата, наспроти 10.3 % од момчињата, се класифицирале со високо ниво на анксиозност при оценување. Универзитетските податоци исто така потврдуваат дека жените постојано пријавуваат повисок тест-стрес (Chapell et al., 2005).

Фактот дека поголем дел од девојчињата спаѓаат во „висок степен“ на анксиозност при тестирање може да се должи на неколку фактори. Истражувањата упатуваат дека девојчињата почнуваат да развиваат повисок тест-стрес уште во основно училиште и дека таа разлика се пренесува и продлабочува со возраста. Биолошки механизми – како поголема реактивност на амигдалата на непредвидлива закана – се предложени како можни посредници, но социјалните објаснувања (поголеми очекувања, перфекционизам и стереотипни пораки) остануваат доминантни (Putwain & Daly, 2014; Hembree, 1988).

Од практична перспектива, нашите резултати се во согласност со студијата на Харис и соработници (2019) која покажала дека едноставни техники како експресивно пишување и когнитивна реапраизација можат да ја намалат негативната влијателност на

анксиозноста при оценување, иако не секогаш го намалуваат самопријавениот интензитет (Putwain & Daly, 2014).

Затоа, училиштата би можеле да воведат пристап кој се однесува на ран скрининг за навремено откривање на високоризични ученици.

Целни интервенции (изразно пишување, техники за регулација на физиолошка возбуда, модификација на форматите на оценување) насочени пред сè кон девојчињата, кои статистички носат поголем товар.

Се разбира, нашето истражување е ограничено на еден географски регион и трансферзално истражување.

Добиените податоци сепак се придружуваат кон растечкото тело докази дека полот е значаен предиктор на анксиозноста во доцната адолесценција и дека без систематска поддршка, девојчињата можат да се соочат со голем емоционален товар во критичниот период на матурски испити и премин однодно транзиција кон високо образование.

ЗАКЛУЧОК

Истражувањето опфаќа 112 полнолетни адолесценти, еднакво поделени според машки и женски пол кои се во последната година од средното образование. Повеќето се гимназијалци, а останатите посетуваат стручни училишта, и сите заедно со просечна оцена околу 3,5, со малку варијации и најчесто повторувана четворка.

Главно истражувачко прашање беше дали и колку полот влијае врз анксиозноста кај учениците во доцна адолесценција (18–19 години). Посебно нè интересираше генерализирана анксиозност и анксиозноста што се јавува во ситуации на оценување. Прашањето беше формулирано операционално: Постојат ли статистички значајни разлики и поврзаност меѓу полот и нивото на анксиозност при оценување кај средношколци во доцна адолесценција?

Истражувањето користеше компаративен пристап, за директна споредба на средните вредности на анксиозност меѓу машките и женските ученици. Корелациски пристап за да се испита силата и насоката на врската помеѓу бинарната варијабла „пол“ и скалите за анксиозност. Статистички техники како дескриптивна статистика, t-тест за независни примероци (со Welch-ова корекција каде што беше потребно) и point-biserial корелација.

Инструменти кои се употребија се GAD-7 – седумточкова скала за генерализирана анксиозност, преведена и адаптирана и Скала за анксиозност при оценување (адаптирана TAI) Ликерт-скала (1–5) со изјави за мисли, чувства и физички реакции пред и за време на испити.

Целната популација опфати ученици од завршни класови во три различни градови (голем, среден и мал).Примерок брои 112 испитаника, рамномерно распоредени по пол (56 момчиња, 56 девојчиња).

Примерок кластерски анкетирани онлајн.

Резултати се однесуваа на:
Кај момчињата доминира нормално до благо ниво на генерализирана анксиозност: скоро две третини од нив или речиси и да немаат симптоми, или само пријавуваат лесна нервоза. Просечниот скор (7,5 поени) се вклопува токму во тоа „благо“ ниво, а ниту еден испитаник не достигна праг за тешка анксиозност. Девојчињата, пак, покажаа сосема

поинаква слика: повеќе од 60 % се во умерена или тешка категорија, а просекот (10,2 поени) веќе ја надминува клиничката граница за умерена анксиозност. Статистички, разликата е значајна; ефектот е средно голем, што значи дека полот има забележливо влијание врз генерализираната анксиозност.

Во однос на анксиозноста поврзана со оценување (адаптирана TAI). Повеќе од 60 % од момчињата се сместуваат во ниско ниво на стрес при оценување, а ниеден не влезе во високата зона. Кај девојчињата – токму спротивното: дури 71 % доживуваат висок степен на анксиозност при оценување, со просек од 30 поени што речиси двојно го надминува просекот на момчињата. Статистичката анализа покажа силна разлика (t-вредност од –13,5 и огромен Cohen-ов $d \approx 2,6$). Со други зборови, се работи за значајна разлика помеѓу двата пола.

Кога го разгледуваме полот како едноставна бинарна варијабла (0 = машки, 1 = женски) и ја поврзавме со анксиозноста при оценување, добивме point-biserial корелација од 0,79 – исклучително висока вредност која објаснува над 60 % од варијансата во резултатите. Тоа значи дека самиот факт што некој е женски пол е силен сигнал дека ќе има поголема веројатност за високо ниво на анксиозност при оценување.

Сумирано, сите под-хипотези се потврдија, а генералната хипотеза – дека девојчињата покажуваат повисоки нивоа и на генерализирана анксиозност и на анксиозност при оценување – доби статистичка поткрепа.

Утврдено е дека девојчињата носат значително поголем емоционален товар, како во секојдневните ситуации (генерализирана анксиозност) така и при проверка на знаење анксиозност при оценување. Овие разлики бараат целни програми кои се однесуваат на поддршка и адаптирани стратегии за соодветно оценување во средното образование.

СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВУВАЊЕ

Врз основа на резултатите кои покажаа дека девојчињата во доцна адолесценција се особено осетливи со генерализирана анксиозност и анксиозност при оценување се наведува дека е потребен повеќеслоен пристап кој ги опфаќа сите актери во образовниот процес и окружување.

1. Во однос на индивидуално ниво

Кратки когнитивно-бихејвиорални интервенции (КБТ). Во рамки на училишните часови или преку ученички советувања, фокусирани на препознавање и преиспитување на ирационални мисли („ќе добијам слаба, ништо не знам“) и нивна замена со реалистични, поттикнувачки ставови.

Техники за релаксација и mindfulness. Дијафрагмално дишење, прогресивна мускулна релаксација или кратки body-scan вежби пред тест; брзо ги намалуваат физиолошките симптоми на стрес.

Психоедукација и самонабљудување. Учениците да водат дневник за мисли и емоции, што им помага да ја „демистифицираат“ анксиозноста и да забележат подобрување со текот на времето преку сопствено следење.

Вештини за управување со време и учење. Планери, Pomodoro-техника, поставување мали, мерливи цели – сето тоа ја намалува прокрастинацијата, чест тригер на анксиозност.

2. На ниво на час и наставник

Создавање безбедна пријатна атмосфера при оценување. Јасни критериуми, формативно оценување и можност за пробни тестови го намалуваат притисокот од „еден обид“.

Интегрирани „анти-стрес паузи“. Наставникот може да вметне две-триминутни вежби за дишење или истегнување непосредно пред почетокот на тестот.

Користење на јазик без стигма. Избегнување етикетирање („Ти секогаш паничиш!“) и користење раст-менталитет преку повратната информација („Што можеме да подобриме следниот пат?“).

3. На училишно ниво

Програми кои се однесуваат на ментално здравје кои се чувствителни на пол. Пример групи за поддршка само за девојчиња, работилници за самосвест и асертивност.

Достапност на училишен психолог, педагог или советник. Редовни „отворени термини“ кога учениците можат без закажување да побараат консултација, разговор и помош.

Обука на наставниот кадар. Кратки, акредитирани обуки, семинари за препознавање симптоми на анксиозност и техники за нивно управување во училница.

4. На семејно ниво

Партнерство помеѓу училиште и родители. Поттикнување и практикување на вебинари или печатени брошури со информирање и насоки како да се даде поддршка без да се зголеми стрес и притисокот.

Моделирање здрави механизми за справување. Родителите да покажуваат баланс помеѓу работа и одмор и позитивен став кон повремени неуспеси и послаби постигнувања како можност за развој и учење.

5. На системско/политичко ниво

Ревизија на практиките кои се однесуваат на високоризично оценување. Поголем удел на проекти, портфолија, презентациски задачи и усни интеракции, со што се намалува зависноста од единечни писмени тестови.

Национални кампањи кои се однесуваат на јакнење на ментално здравје. Развивање на поширока мрежа на дигитални ресурси, видеа, поткасти и апликации на македонски јазик, насочени кон информирање, самопомош и намалување на стрес.

Особено се нагласува дека е значајно да се почитуваат клучни препораки кои се насочени кон создавање:

Приоритетна група. Девојчињата од завршните класови да имаат преференцијален пристап до психолошки работилници, како и индивидуално советување.

Интеграција во наставата на интересни вежби. Кратки mindfulness вежби и „микро-КБТ“ сегменти да се вметнат во часовите на класен час, односно одделенските часови.

Обука на наставници. Тоа би се однесувало на континуирани обуки за „Препознавање и управување со анксиозност при оценување“ , кои би биле задолжителни за сите наставници, посебно оние кои држат предмети со чести писмени проверки и оценувања.

Мониторинг и евалуација. Училиштата неколку пати годишно да администрираат кратка анкети или скали на процена за следење на ефективноста на интервенциите.

Соработка со здравствен сектор и сите соодветни сектори на локално ниво. Локалните центри за ментално здравје да нудат бесплатни групни сесии за КБТ или mindfulness со акцент во периодот пред матура.

Крајно, во ова истражување полот се покажа како силен предиктор за нивото на анксиозност при оценување кај средношколците. Затоа, интервенциите значајно е да бидат родово осетливи, превентивни и интегрирани во секојдневниот образовен процес, наместо да се применуваат само како итно неопходни пред ситуации кои се алармантни пред завршни и значајни испити.

Со континуирана и системска примена на горенаведените стратегии, училиштата можат значително да го намалат стресот и емоционалниот товар кај девојчињата и да создадат поздрава и пореалксирана средношколска клима за сите ученици.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Adwas, A., Jbireal, J., & Azab, A. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *The South African journal of medical sciences, 2,* 80-91.
2. Altshuler, J. L. i Ruble, D. N. (1989) Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress, Child development, 60, str. 1337-1349.
3. Altshuler, J. L. i Ruble, D. N. (1989) Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress, Child development, 60, str. 1337-1349.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. American Psychological Association. (2020). Stress: Definition. Retrieved from https://www.apa.org
6. American Psychological Association. (2021). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
7. Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 27. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00027
8. Anderson, T., Berry, N. T., Wideman, L. (2019). Exercise and the hypothalamic–pituitary–adrenal axis: a special focus on acute cortisol and growth hormone responses. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research, 9,* 74-77.
9. Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., ... Sharma, S. (2013). Sazrevanje adolescentskog mozga. Neuropsihijatrijska bolest i liječenje, 9,494-461.
10. Bandalos, D. L., Yates, K., & Thorndike-Christ, T. (1995). Effects of math self-concept, perceived self-efficacy, and attributions for failure and success on test anxiety. Journal of Educational Psychology, 87(4), 611–623. https://doi.org/10.1037/0022-0663.87.4.611
11. Bao, C., & Han, L. (2024). Gender difference in anxiety and related factors among adolescents. Frontiers in Public Health, 12, Article 1410086. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1410086

12. Barett, D. (1976). Tri faze adolescencije. Časopis za srednju školu, 79 (4), str. 333-339.
13. Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2020). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. British Journal of Sports Medicine, 54(4), 245-254. https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100671
14. Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(10), 1230–1236. https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00011
15. Bjerkan, M., Rangul, V., Ulstad, S. & Skjesol, K. (2022). Physical Activity and Depression/Anxiety Symptoms in Adolescents -the Young-HUNT Study. *Physical Activity and Health, 6*, 73-85. doi:10.5334/paah.185.
16. Blanco, C., & Mendez, M. (2023). The impact of physical exercise on stress and anxiety in adolescents: A comprehensive review. Journal of Adolescent Health, 72(1), 18-26.https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.004
17. Brdar, I. i Rijavec, M. (1997) Suočavanja sa stresom zbog loše ocjene – konstrukcija upitnika, Društvena istraživanja, 6, str. 599-617
18. Brdar, I. i Rijavec, M. (1997) Suočavanja sa stresom zbog loše ocjene – konstrukcija upitnika, Društvena istraživanja, 6, str. 599-617.
19. Brown, J. D., & Lawton, M. (1986). Stress and Well-Being in Adolescence: The Moderating Role of Physical Exercise. *Journal of Human Stress*, *12*(3), 125–131. https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936777
20. Burani, K., & Nelson, B. D. (2020). Gender differences in anxiety: The mediating role of sensitivity to unpredictable threat. International Journal of Psychophysiology, 153, 127–134. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.001
21. Casas Rivero, J.J. i Ceñal González Fiero, M.J. (2005). Razvoj adolescenata. Fizički, psihološki i socijalni aspekti. Sveobuhvatni pedijatar, 9 (1), p.p. 20-24.
22. Caspersen, C., Powell, K., Christenson G. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Pub Health Rep. 100(2), 126–31.
23. Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. Contemporary Educational Psychology, 27(2), 270–295. https://doi.org/10.1006/ceps.2001.1094

24. Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. Journal of Educational Psychology, 97(2), 268–274. https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.268
25. Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. Journal of Educational Psychology, 97(2), 268–274.
26. Chen, T., & Zhang, Y. (2020). Exploring the relationship between physical activity and mental health outcomes in adolescents: A meta-analysis. Mental Health and Physical Activity, 18, 100320. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100320
27. Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2020). Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. Guilford Press.
28. Cizek, G. J., & Burg, S. S. (2006). Addressing test anxiety in a high-stakes environment: Strategies for classrooms and schools. Corwin Press.
29. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press.
30. Clark, R. A., & Johnson, C. M. (2023). The effect of physical exercise on depression and anxiety among adolescents: A systematic review of recent evidence. International Journal of Psychiatry in Medicine, 58(2), 130-146.https://doi.org/10.1177/00912174231113974
31. Cleveland, M., & van der Meijden, A. (2022). The relationship between physical exercise and anxiety in adolescents: A meta-analysis. Journal of Youth and Adolescence, 51(2), 312-326.https://doi.org/10.1007/s10964-021-01474-6
32. Cloninger, R. (1988). Anxiety and Theories of Emotion. *Handbook of Anxiety, 2*, 1-30.
33. Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology. Newbury Park, CA: Sage.
34. Compas B. E., Davis G. E., Forsythe C. J., i Wagner B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. Journal of consulting and clinical psychology, 55(4), 534-541.
35. Copeland, E. P. i Hess, R. S. (1995) Differences in young adolescents coping strategies based on gender and ethnicity, Journal of early adolescence, 15, 2, str. 203-219.

36. Davis, R., & Anderson, M. (2022). Exercise interventions for reducing anxiety and depression in adolescents: A systematic review. Journal of Adolescence and Young Adult Health, 21(1), 27-42.https://doi.org/10.1007/s10804-021-09453-5

37. DordiNejad, F. G., Hakimi, H., Ashouri, M., Dehghani, M., Zeinali, Z., Daghighi, M. A., & Bahrami, N. (2011). On the relationship between test anxiety and academic performance. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 15, 3774–3778. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.04.372
38. Ekelund, U., Brown, W. J., & Steene-Johannessen, J. (2020). Physical activity and mental health: Evidence from the UK Biobank. British Journal of Sports Medicine, 54(10), 601-607.

39. Elliot, A. J., & McGregor, H. A. (1999). Test anxiety and the hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 76(4), 628–644. https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.4.628
40. El-Sheikh, M., & Kelly, R. J. (2020). The influence of physical activity on stress and anxiety in adolescents: A meta-analysis. Behavioral Medicine, 46(3), 209-220. https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1776368
41. Foro, D..(2015). Profesionalne kompetencije nastavnika u suocavanju sa stresnim situacijama u skoli. *Doktorski rad. Zagreb.*

42. Frydenberg, E. (1997) Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspectives, London: Routledge. Garton, A. F. i Pratt, C. (1995) Stress and self-concept in 10 - to 15 - year - old school students, Journal of adolescence, 18, str. 625-640.
43. Frydenberg, E. i Lewis, R. (1991) Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope, Journal of Adolescence, 14, str. 119-133.
44. Frydenberg, E. i Lewis, R. (1993) Boys play sportand girls turn the others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping, Journal of Adolescence, 16, str. 253-266.
45. Gaete, V. (2015). Adolescentni psihosocijalni razvoj. Čileanski časopis za pedijatriju, 86 (6), str. 436-443.
46. Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. Pearson Education.
47. George, J. M., & Jones, G. (2012). Understanding and managing organizational behavior. Sixth edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.

48. Gillespie, N.A., Walsh, M., Winefield, A.H., Dua, J. i Stough, C. (2001). Occupational stress in universities: staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. Work & stress, 15(1), 53-72

49. Gordon, B. R., McDowell, C. P., Lyons, M., Herring, M. P. (2022). The effects of exercise on depression and anxiety among adolescents: A meta-analysis. Journal of Adolescent Health, 71(2), 175-183.

50. Gordon-Larsen, P., McMurray, R. G., & Popkin, B. M. (2021). Physical activity and mental health among adolescents: A review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 18(1), 19. https://doi.org/10.1186/s12966-021-01155

51. Grayson J. L.,&Alvarez H.K. (2006): Teacher stresss in southeastern Ohio: Diferential rates of survey return based on dissemination method, burnout levels, and school climate factors. *Ohio Psihological Association Annual Convention, Columbus, OH.*

52. Griffin, R. W., & Moorhead, G. (2014). Organizational behavior: Managing people and organizations. Eleventh edition. Mason, OH: South-Western Cengage Learning.

53. Grillon, C., Lieberman, L., & Nelson, B. D. (2020). Gender differences in the co-occurrence of anxiety and sensitivity to unpredictable threat. Journal of Psychiatric Research, 129, 154–162

54. Halstead, M. i sur. (1993) Measuring coping in adolescents: An application of the Ways of Coping Checklist, Journal of Clinical Child Psychology, 22, str. 337-344.

55. Harris, P. L. i Lipian, M. S. (1990) Understanding emotion and experiencing emotion,U: Saarni,C. i Harris, P.L. (ur.), Children's understanding emotion, New York: Cambridge University Press, str. 241-258.

56. Harris, R. B., Grunspan, D. Z., Pelch, M. A., Fernandes, G., Ramirez, G., & Freeman, S. (2019). Can test-anxiety interventions alleviate a gender gap in an undergraduate STEM course? CBE—Life Sciences Education, 18(3), ar35. https://doi.org/10.1187/cbe.18-05-0083

57. Haug, E., & Østergaard, S. D. (2021). The impact of physical exercise on anxiety and depressive symptoms in adolescents: A review and meta-analysis. Clinical Child and Family Psychology Review, 24(3), 269-287.

58. Haugland, S., Wold, B., & Torsheim, T. (2003). Relieving the Pressure? The Role of Physical Activity in the Relationship between School-Related Stress and Adolescent

Health Complaints. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *74*(2), 127–135. https://doi.org/10.1080/02701367.2003.10609074

59. Hembree, R. (1988). Correlates, causes, effects, and treatment of test anxiety. Review of Educational Research, 58(1), 47–77. https://doi.org/10.3102/00346543058001047
60. Hembree, R. (1988). Correlates, causes, effects, and treatment of test anxiety. Review of Educational Research, 58(1), 47–77. https://doi.org/10.3102/00346543058001047
61. Huberty, T. J. (2009). Test and performance anxiety. Principal Leadership, 10(1), 12–16.
62. Johnson, S. L., & Wills, T. A. (2021). The impact of physical activity on mental health outcomes in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Sport Behavior, 44(4), 495-510.https://doi.org/10.12678/1087-8740.44.4.495
63. Kalebić-Maglica, B. (2006) Spolne i dobne razlike adolescenata u suočavanju sa stresom vezanim uz školu, Psihologijske teme (15). Knapp, L. G., Stark, L. J., Kurkjian, J. A. i Spirito, A. (1991) Assessing the coping in children and adolescents: Research and practice, Educational Psychology Review, 3, str. 309-334.
64. Kang, H. S., & Ku, P. K. (2021). Effects of physical exercise on emotional regulation and anxiety in adolescents: A longitudinal study. Journal of Sport and Health Science, 10(2), 186-195. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.12.005
65. Kaplan, H. I. (2000). Anxiety, stress, and mechanisms of defense. American Psychiatric Press.
66. Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Therapist manual (3rd ed.). Workbook Publishing.
67. King, J. E., & Ollendick, T. H. (1989). Test anxiety in children and adolescents. In C. R. Reynolds & E. P. Livingston (Eds.), Advances in test anxiety research (Vol. 6, pp. 62–80). Swets & Zeitlinger.
68. Kohl, H. W. III, & Cook, H. D. (2013). Physical activity, fitness, and physical education: Effects on academic performance. In Educating the student body: Taking physical activity and physical education to school. (pp. 161–196). Washington DC: National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201501/.
69. Krauskopof, Dina. (1999). Psihološki razvoj u adolescenciji: transformacije u vremenu promjena. Adolescencija i zdravlje, 1 (2), 23-31.
70. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus, 18(2), 155-172.

71. Lazarus, R. S. (1999) Stress and emotion: A new synthesis, London: Free Association Books. Long, B.C. (1990) Relation between coping strategies, sex-typed traits, and environmental characteristics: A comparison of male and female managers, Journal of Counseling Psychology, str. 185-194.
72. Lazarus, R. S. i Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping, New York, Springer publishing company.
73. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer publishing company.
74. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
75. Lesser, I. A., & Nothwehr, F. (2022). Physical activity and mental health outcomes among adolescents: A systematic review. Journal of Adolescence, 89, 19-31. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.11.008
76. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335–343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U
77. Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Medical Care, 46(3), 266–274.
78. Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2008). Factor structure of the test anxiety inventory for children and adolescents (TAICA) scores across gender among students in elementary and secondary school settings. Journal of Psychoeducational Assessment, 26(3), 231–246. https://doi.org/10.1177/0734282907303773
79. Mahindru, A., Patil, P., & Agrawal, V. (2023). Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus*, *15*(1), e33475. https://doi.org/10.7759/cureus.33475
80. Margulis, A., Andrews, K., He, Z., & Chen, W. (2021). The effects of different types of physical activities on stress and anxiety in college students. *Current Psychology, 42*, 1-7. doi:10.1007/s12144-021-01881-7.
81. Mavar, M. (2007) PTSP i način suočavanja sa stresom u ratu traumatizirane djece, Acta Iadertina, 4, str. 81-91.

82. McDonald, A. S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. Educational Psychology, 21(1), 89–101. https://doi.org/10.1080/01443410020019867
83. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity, and burden of illness. Journal of Psychiatric Research, 45(8), 1027–1035.
84. Miller, K. W., & Liao, Y. (2021). Effects of physical activity on mental health in children and adolescents: A review of longitudinal studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62(8), 923-934. https://doi.org/10.1111/jcpp.13312
85. Morris, L. W., Davis, M. A., & Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry-emotionality scale. Journal of Educational Psychology, 73(4), 541–555. https://doi.org/10.1037/0022-0663.73.4.541
86. Mozumder M. K. (2022). Reliability and validity of the Perceived Stress Scale in Bangladesh. *PloS one*, *17*(10), e0276837. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276837
87. Naidoo, P., & Gaspar, D. (2021). The impact of physical activity on stress levels among high school students. Journal of Adolescent Health, 68(4), 350-357. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.017
88. Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clinical Psychology Review, 29(3), 208-215.
89. Núñez-Peña, M. I., Suárez-Pellicioni, M., & Bono, R. (2016). Gender differences in test anxiety and their impact on higher education students' academic achievement. Higher Education, 72(3), 283–298. https://doi.org/10.1007/s10734-015-9956-7
90. Núñez-Peña, M. I., Suárez-Pellicioni, M., & Bono, R. (2016). Gender differences in test anxiety and their impact on higher-education students' academic achievement. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 228, 154–160.
91. Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. School Psychology International, 33(4), 433–449. https://doi.org/10.1177/0143034311427433
92. Patterson, J. M. i McCubbin, H. J. (1987) Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement, Journal of adolescence, 10, str. 163-186.

93. Pedišić, Ž., Greblo, Z., Phongsavan, P., Milton, K., & Bauman, A.E. (2015). Are Total, Intensity- and Domain-Specific Physical Activity Levels 64 Associated with Life Satisfaction among University Students. PLoS One, 10(2).
94. Pekrun, R., Goetz, T., Perry, R. P., Kramer, K., Hochstadt, M., & Molfenter, S. (2004). Beyond test anxiety: Development and validation of the test emotions questionnaire (TEQ). Anxiety, Stress & Coping, 17(3), 287–316. https://doi.org/10.1080/10615800412331303847
95. Putwain, D. W. (2007). Test anxiety in UK schoolchildren: Prevalence and demographic patterns. British Journal of Educational Psychology, 77(3), 579–593. https://doi.org/10.1348/000709906X161704
96. Putwain, D. W., Connors, E., & Symes, W. (2010). Do cognitive distortions mediate the test anxiety and examination performance relationship? Educational Psychology, 30(1), 11–26. https://doi.org/10.1080/01443410903328866
97. Putwain, D., & Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. Educational Studies, 40(5), 554–570. https://doi.org/10.1080/03055698.2014.953914
98. Rajcevic, A. (2003). Prilog ispitivanju nekih odrednica i ishoda proaktivnog suocavanja. Diploma Thesis. Filozofski fakultet u Zagrebu.
99. Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2013). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 488-497.
100. Reigal, R. E., Moral-Campillo, L., Hernandez-Mendo, A., & Morales-Sánchez, V. (2022). Physical activity and anxiety in adolescents: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(5), 2762. https://doi.org/10.3390/ijerph19052762
101. Robinson, J., & Alwan, H. (2022). The impact of physical activity on adolescent mental health: A meta-analysis of randomized controlled trials. Mental Health Review Journal, 27(1), 60-75. https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2021-0072
102. Robson, D. A., Johnstone, S. J., Putwain, D. W., & Howard, S. (2023). Test anxiety in primary school children: A 20-year systematic review and meta-analysis. Journal of School Psychology, 98, 39–60. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.02.003

103. Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sanchez, C., Estevez-Lopez, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., ... & Ortega, F. B. (2020). Physical activity, sedentary behavior, and mental health in young people: A review of reviews. Adolescent Mental Health, 15(3), 230-244. https://doi.org/10.1016/j.adolhealth.2020.01.019

104. Rybski, B. (1997) The role of emotion in children`s selection of strategies for coping with daily stresses, Merriel-Palmer Quarterly, 43, str. 129-146.

105. Salehi, S., Cotner, S., Azarin, S. M., Carlson, E. E., Driessen, M.,et al. (2019). Gender performance gaps across different assessment methods and the underlying mechanisms: The case of incoming preparation and test anxiety. Frontiers in Education, 4, Article 107. https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00107

106. Sarason, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 929–938. https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.929

107. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2019-06/SCARED-form-Parent-and-Child-version.pdf

108. Seiffge-Krenke, J. (1998) Chronic disease and perceived developmental progression in adolescence, Developmental psychology, 34, 5, str. 1073-1084.

109. Simunovic, V. (1998). Suocavanje adolescenata i odraslih sa svakodnevnim stresnim situacijama. *Drustvena istrazivanja Zagreb, 3*(35), 317-338.

110. Sliter, K., & Sliter, M. (2021). Differences in stress and anxiety levels between physically active and inactive adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 50(5), 1020-1030. https://doi.org/10.1007/s10964-021-01447-5

111. Smith, A. L., & Young, K. L. (2022). Physical activity and its effect on mental health in adolescents: An updated review. Clinical Child and Family Psychology Review, 25(1), 67-84.https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-w

112. Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). Test anxiety: Theory, assessment, and treatment. Taylor & Francis.

113. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

114. Steinberg, L. (2014). Adolescence (10th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

115. Stober, J., & Pekrun, R. (2004). Advances in test anxiety research. Anxiety, Stress & Coping, 17(3), 205–211. https://doi.org/10.1080/10615800412331292615

116. Strobel, K., & Gollan, J. (2023). The role of physical activity in reducing anxiety and stress among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 52(1), 12-26.

117. Thompson, R. G., & Yager, Z. (2021). Physical activity and mental health in young people: A systematic review. Pediatric Exercise Science, 33(4), 256-272. https://doi.org/10.1123/pes.2021-0025

118. Vancampfort, D., Schuch, F. B., Carra, G., & Vansteelandt, K. (2021). Physical activity and mental health in adolescents: A review of the literature. Mental Health and Physical Activity, 20, 100411.

119. Vulić-Prtorić, A (1998) Koncept suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata i načini njegova mjerenja, Radovi filozofskog fakulteta u Zadru, 36 (13), str. 135-146.

120. Vulić-Prtorić, A. (2002) Priručnik za skalu suočavanja sa stresom za djecu i adolescente, Jastrebarsko: Naklada Slap.

121. World Health Organization. (2022). Physical activity. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

122. World Health Organization. Adolescent health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

123. World Health Organization. Physical activity. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

124. Wright, L. J., Veldhuijzen van Zanten, J. J. C. S., & Williams, S. E. (2023). Examining the associations between physical activity, self-esteem, perceived stress, and internalizing symptoms among older adolescents. *Journal of adolescence*, *95*(6), 1274–1287. https://doi.org/10.1002/jad.12201

125. Zeidner, M. (1998). Test anxiety: The state of the art. New York, NY: Springer.

126. Zeidner, M. (1998). Test anxiety: The state of the art. Plenum Press.

127. Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P., & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: The role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. PLoS ONE, 8(12), e84911. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084911

ПРИЛОЗИ

Прилог 1

ДЕМОГРАФСКИ ПРАШАЛНИК

1. Пол

- Машко
- Женско

2. Возраст

(Ве молиме наведете го вашиот број на години):

- _____ (отворен одговор)

3. Тип на училиште кое го посетувате

- Гимназиско
- Стручно

4. Претходни академски успеси

- Вашиот просечен успех (на пример, просечна оценка): _____

5. Претходни искуства со анксиозност

- Дали досега сте искусиле анксиозност (вознемиреност) во врска со оценување во училиште или воопшто?

  □ 1 = Никогаш
  □ 2 = Ретко
  □ 3 = Понекогаш
  □ 4 = Често
  □ 5 = Многу често

ПРИЛОГ 2

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) – Прашања и интерпретација[4]

GAD-7 е краток скрининг инструмент за мерење на **генерализираната анксиозност**. Се состои од 7 прашања, при што испитаниците одговараат колку често ги доживуваат дадените симптоми во последните две недели.

„Во текот на последните две недели, колку често сте биле вознемирени од следниве проблеми?“

1. Чувство на нервоза, анксиозност или напнатост.
2. Неможност да престанете да се грижите или премногу загриженост за различни работи.
3. Тешкотии со опуштање.
4. Чувство на вознемиреност, како да не можете да останете мирни.
5. Лесно иритирање или нервоза.
6. Чувство на страв како да може да се случи нешто страшно.
7. Тешкотии со концентрација поради загриженост.

Клуч за бодување (скала за одговори):

0 = Никогаш

1 = Неколку дена

2 = Повеќе од половина од деновите

3 = Речиси секој ден

Максимален можен резултат: 21 (ако испитаникот за сите прашања одговори со „3“).

[4] Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Интерпретација на резултатите:		
Вкупен резултат	Ниво на анксиозност	Клиничка интерпретација
0 – 4	Нормално или минимално	Не укажува на значајна анксиозност.
5 – 9	Блага анксиозност	Потенцијални симптоми, но не секогаш клинички значајни.
10 – 14	Умерена анксиозност	Може да бара дополнителна процена или интервенција.
15 – 21	Тешка анксиозност	Висока веројатност за генерализирано анксиозно растројство (GAD); препорачлива клиничка интервенција.

*Резултат од 10 или повеќе се смета за клинички значаен и може да укажува на потреба од професионална помош.

ПРИЛОГ 3

Скала за анксиозност при оценување

(адаптирана според *Spielberger, C. D. (1980). Test Anxiety Inventory)*[5]

Инструкција: Прочитајте ги следниве изјави и означете колку се согласувате со нив или колку ги доживувате опишаните чувства/мисли, кога сте во ситуација на оценување (писмен испит, усмен испит, презентација и сл.). Користете ја скалата од 1 до 5, каде што:

1 = Воопшто не
2 = Малку/Ретко
3 = Умерено/Понекогаш
4 = Многу/Често
5 = Исклучително/Секогаш

Ве молиме заокружете го бројот што најдобро ја опишува вашата состојба или согласност со секоја изјава.

1. **Се вознемирувам (чувствувам трема) уште штом ќе разберам дека ме очекува тест, писмена или усна проверка.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. **Кога ќе помислам на претходна ситуација на испрашување или одговарање, ми се појавуваат непријатни телесни симптоми (забрзано чукање на срцето, потење, мачнина).**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. **Пред оценување, имам грижа дека нема да се сетам на ништо што сум учел/а.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. **За време на писмен или усен испит, често мислам дека другите ќе се снајдат подобро од мене.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5

[5] *Spielberger, C. D. (1980). Test Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

5. **Имам тешкотии да се сконцентрирам за време на оценувањето, поради нервоза или страв.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. **Ми се случува да ги заборавам работите што сум ги научил/а, само затоа што сум под притисок на оценување.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. **Често се плашам дека ќе добијам слаба оценка, дури и ако сум учел/а многу.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. **Чувствувам олеснување веднаш штом ќе заврши оценувањето, дури и ако не сум уверен/на во резултатот.**
   1 - 2 - 3 - 4 - 5

Толкување

Поставување на поени

Скалата содржи 8 изјави.

Секој одговор е оценет од 1 до 5 (1 = Воопшто не, 5 = Исклучително/Секогаш).

Максималниот збир на поени е 40 (8 изјави × 5 поени), а минималниот е 8 (8 изјави × 1 поен).

Категоризација на резултатите

8–16 поени - Низок степен на анксиозност при оценување

17–28 поени - Умерен степен на анксиозност при оценување

29–40 поени - Висок степен на анксиозност при оценување