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

ВЛИЈАНИЕ НА ФИЗИЧКАТА АКТИВНОСТ ВРЗ СТРЕСОТ И АНКСИОЗНОСТА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Ментор:
доц. д-р Милена Спасовска

Студент:
Александар Димов (234010)

Свети Николе, 2024

СОДРЖИНА:

АПСТРАКТ.....4
ВОВЕД 6
I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ……...7
1.СУШТИНСКИ ОПРЕДЕЛБИ НА СТРЕСОТ.....7
1.1.Дефинирања на стрес.....7
1.2.Причини на стресот.....9
1.3 Симптоми на стрес.....10
1.4.Последици на стрес.....12
2.СТРЕС КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ.....13
2.1.Причини за стрес кај адолесценти.....13
2.2.Симптоми на стрес кај адолесценти.....14
2.3.Стратегии за управување со стрес кај адолесценти.....15
2.4.Превенција на стрес кај адолесценти.....17
3.СУШТИНСКИ ОПРЕДЕЛБИ НА АНКСИОЗНОСТ.....18
3.1.Дефинирања на анксиозност.....18
3.2.Причини на анксиозност.....19
3.3.Најчести симптоми на анксиозност.....20
3.4.Видови на анксиозни пореметувања.....21
4.АНКСИОЗНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ.....23
4.1. Причини за анксиозност кај адолесценти.....24
4.2.Симптоми на анксиозност кај адолесценти.....25
4.3.Стратегии за управување со анксиозност кај адолесценти.....27
4.4.Превенција на анксиозност кај адолесценти.....28
5.ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ 31
5.1.Предности на физичка активност кај адолесценти.....31
5.2.Препорачани физички активности кај адолесценти.....32
5.3.Бариери и предизвици на физички активности кај адолесценти.....34
5.4.Стреатегии за промовирање на физичка активност кај адолесценти.....35
II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....37
1.Проблем на истражување.....37
2..Цели и задачи на истражувањето.....37

2.1. Научна цел на истражувањето..37
2.2 Практична цел на истражувањето 38
3.Резултати од досегашните истражувања..38
4.Предмет на истражувањето..40
4.1. Теоретско определување на предмет на истражување...............................40
4.1.1. Дефинирање на клучните поими...40
4.1.2. Операционално определување на предметот на истражување..................41
4. 2.Хипотези...41
4.2.1.Формулација на општа хипотеза...41
4.2.2.Формулација на посебни хипотези..41
4.3. Варијабли на истражувањето..43
5. Методи, техники и инструменти на истражувањето...43
5.1.Методи на истражување..46
5.2.Техники за обработка на податоци...46
6.Популација и примерок на истражување...46
7.Организација и спроведување на истражувањето..46

III ДЕЛ

АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО...47

1.Анализа и интерпретација на резултатите добиени од инструментите......................52

IV ДЕЛ

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА..75
ДИКСУСИЈА,,...............................82
ЗАКЛУЧОК 85
ПРЕПОРАКИ 87
ЛИТЕРАТУРА...89
ПРИЛОЗИ...97

АПСТРАКТ

Во последните неколку години, зголемениот стрес и анксиозност кај адолесцентите претставуваат значителен предизвик за нивната ментална и емоционална благосостојба. Во светски рамки истражувањата покажуваат дека физичката активност претставува голем потенцијал да го намали нивото на стрес и анксиозност преку различни психолошки и биолошки механизми. Овој труд најпрво дава теоретски преглед, а потоа преку емпириско истражување се стреми да го испита влијанието на физичката активност врз овие два аспекта на менталното здравје кај адолесцентите.

Преку експлоративен теоретски осврт, релевантни истражувања, како и преку емпириско истражување спроведено на примерок од адолесценти се анализираат ефектите на физичката активност врз нивото на стрес и анксиозност. Добиените резултати укажуваат на значајно намалување на симптомите на анксиозност и подобрување на психолошката резилиентност кај оние кои практикуваат физичка активност.

Овие наоди сугерираат дека физичката активност треба да биде составен дел од стратегиите за намалување на стресот и анксиозноста кај младите, особено во контексти на образовни институции и програми за ментално здравје.

Клучни зборови: стрес, анксиозност, физичка активност, адолесценти

ABSTRACT

In recent years, increasing stress and anxiety among adolescents has posed a significant challenge to their mental and emotional well-being. Worldwide, research shows that physical activity has great potential to reduce the level of stress and anxiety through various psychological and biological mechanisms. This paper first provides a theoretical overview and then, through empirical research, seeks to examine the impact of physical activity on these two aspects of adolescent mental health.

Through an exploratory theoretical review, relevant research, as well as through empirical research conducted on a sample of adolescents, the effects of physical activity on the level of stress and anxiety are analyzed. The obtained results indicate a significant reduction of

anxiety symptoms and improvement of psychological resilience in those who practice physical activity.

These findings suggest that physical activity should be an integral part of strategies to reduce stress and anxiety in youth, especially in the contexts of educational institutions and mental health programs.

Key words: stress, anxiety, physical activity, adolescents

ВОВЕД

Современиот живот поставува сè повеќе барања кои ја надминуваат индивидуалната способност за прилагодување и затоа се зголемува бројот на индивидуи - адолесценти кои се под стрес, имаат анксиозност и кои ги трпат негативните последици од стресот.

Адолесценцијата претставува критичен период од развојот на личноста, кога физичките, емоционалните и психолошките промени можат да доведат до зголемено ниво на стрес и анксиозност. Соочени со низа академски обврски, големи социјални предизвици, како и идентитетски кризи, адолесцентите претстваууваат посебно ранлива група на популација кога станува збор за менталното здравје. Според Светската здравствена организација (СЗО), стресот и анксиозноста се меѓу водечките фактори кои влијаат на квалитетот на животот и општото здравје кај младите луѓе.

Во контекст на менталното здравје, со години наназад, физичката активност се покажала како еден од најдостапните и најефикасните начини за превенција и намалување на стресот и анксиозноста. Но, факт е дека и се заборава, односно како да не е влезена во менталитетот на живот на младите, а потоа и на возрасните. Низ годините, бројни истражувања покажале дека редовното вежбање има позитивни ефекти врз менталното здравје, не само преку намалување на физиолошките реакции поврзани со стресот (како што се зголемената продукција на кортизол и зголемен пулс), туку и преку психолошки механизми, како подобрување на самопочитта и социјалните интеракции.

Целта на овој труд е да го испита влијанието на физичката активност врз нивоата на стрес и анксиозност кај адолесцентите. Преку анализа на релевантната литература и емпириско истражување, ќе се утврди позрзаноста на физичката активност со подобрувањето на менталното здравје кај младите.

I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ
1.СУШТИНСКИ ОПРЕДЕЛБИ НА СТРЕСОТ

1.1 Дефинирања на стрес

Според Лазарус и Фолкман (1984), стресот се дефинира како „специфичен однос меѓу поединецот и околината кој се оценува како обременувачки или надминувајќи ги ресурсите на личноста“ (p. 19). Оваа дефиниција ја истакнува интеракцијата помеѓу личните ресурси и надворешните барања. (Lazarus & Folkman, 1984).

Според Каплан (2000), стресот е „емоционален и физиолошки одговор на ситуации кои лицето ги перципира како заканувачки или опасни“ (p. 32). Оваа дефиниција ја акцентира перцепцијата на ситуациите како клучен фактор за појава на стрес.(Kaplan, 2000).

Според Американската психолошка асоцијација (APA, 2020), стресот е дефиниран како „нормална реакција на телото кога се соочува со предизвици или барања“ (para. 1), што ја нагласува природната природа на стресот како дел од човечката адаптација.

Лаички гледано, кога некој ќе каже: „Јас сум под стрес“ - обично се мисли на некоја неволја, дека се доживеало нешто непријатно и дека поради тоа личноста е под влијание на некоја силна и непријатна емоција (вознемирен, загрижен, исплашен , лут, разочаран, тажен...). Мислењето на овој лаик е главно точно, но не ги содржи сите важни факти што го опфаќаат концептот на стрес.
Медицинската дефиниција за стрес нагласува дека стресот е природен феномен кој настанува кога организмот се обидува да се прилагоди на некој животен проблем, животен предизвик, настан или ситуација. Во оваа смисла, стресот е секоја неприлагодена, лоша реакција на организмот која се јавува како резултат на обид да се прилагоди организмот на некое ненадејно, непријатно влијание, а се манифестира во психичко и физичко страдање.

Табела 1. Фази на стресни реакции
Table 1. Phases of serious reactions

Три фази на сресни реакции

1. *фазата на аларм*
2. *Фаза на отпор*
3. ***Фазата на исцрпеност***

Стресните реакции може да имаат три фази:

Првата фаза е фазата на аларм, која трае од неколку секунди до неколку часа. Разни трауматски настани, ситуации и влијанија кои ги носи животот, најчесто се доживувваат како агресија, како напад врз себе, како нарушување на сопствениот психофизички интегритет. Ако тоа се случи одеднаш, како и со акутен стрес, често индивидуите се многу потресени и исфрлени од секојдневната вообичаена рамнотежа. Во секој организам има поголем или помал аларм и се јавува извонредна состојба во нашата психа и во нашето тело. Веднаш автоматски се вклучува одбранбениот систем (како аларм во куќа, која е нападната) и психички и физички се оптоваруваме да го издржиме она што не удрило. Напнатоста расте во нас додека не се успее да се изврши прилагодување на новонастанатата ситуација.

Алармната фаза е веднаш проследена со обид на организмот да се прилагоди на неволјата што го снашла. Таа *втора фаза* се нарекува фаза на отпор. Значи индивидуите се прилагодуваат со сета физичка и ментална сила, каде што важна улога играат разумот и волјата, со чија помош се навикнуваат на новосоздадената ситуација, ја прифаќаат таква каква што е, ја поднесуваат, ја „сваруваат“ и се бараат начини преку кои се гледа надвор од него.

Колку побрзо индивидуата се адаптира, толку побрзо ќе се врати на вообичаената психофизичка рамнотежа и нема да има штетни последици по индивидуалното здравје.

Меѓутоа, во обид да се прилагодат, луѓето често прават разни грешки, не ја гледаат добро реалноста, губат надеж и волја за борба, се предаваат на судбината, се препуштаат на алкохол и дрога итн. Во тој случај, целокупната реакција на организмот е лоша, која често е придружена со психички и физички страдања. Тогаш велиме дека човек е во стресна состојба или под стрес. Самиот збор стрес значи притисок, напнатост, напрегање.

Како краен резултат на ваквата лоша реакција, може да дојде до *трета фаза* - фазата на исцрпеност, во која одбрамбените механизми се исцрпени и разградени. Во таа фаза се појавуваат симптоми на ментална или физичка болест, а може да дојде и до смрт. Оваа трета фаза се јавува многу ретко.

Стресните реакции обично се одвиваат во 2 фази (фаза на аларм и фаза на отпор), а само во исклучителни случаи се јавува третата фаза – фаза на исцрпеност. (Adwas et al., 2019).

1.2.Причини на стресот

Постојат многу причини кои можат да предизвикаат стрес. Најчестите причини за стрес се од психолошка природа.

Реакцијата на истите стресови не е иста за секој човек!

Тогаш се зборува за т.н психоемоционален стрес. Сепак, стресот може да биде предизвикан и од физички фактори, како што се, на пример, бучава над 60 децибели или изложеност на екстремен студ. Социјалните фактори исто така може да предизвикаат стрес (на пр. бегалци, невработеност). Сè што може да предизвика стрес се нарекува стресор.

Табела 2. Причини за стрес

Table 2. Causes of stress

1. *Причини за стрес се од психолошка природа*
2. *Физички причини – бучава, студ*
3. *Социјални причини*

Кога се зборува за потенцијални фактори на стрес - стресори, обично се мисли на некој настан или ситуација, која се доживува како агресија, закана, опасност, притисок или ограничување.

Исто така, секое негирање на нешто за што се грижиме, разочарување, незадоволство, понижување, како и секое изнуда, може да предизвика стрес кај поединците. Современиот живот поставува сè повеќе барања кои ја надминуваат индивидуалната

способност за прилагодување и затоа се зголемува бројот на луѓе кои се под стрес и кои ги трпат негативните последици од стресот.

Секој организам се обидува да се прилагоди на дејството на стресот и ќе реагира во зависност од природата и интензитетот на доживеаниот шок, сериозноста на ситуацијата и, особено, од важноста што нашиот разум му ја придава.

Многу е важно како некој да толкува некој настан. Некои луѓе бурно реагираат на многу немили настани, често ги толкуваат како некаква катастрофа што ги снашла, мислат дека се губитници итн.

Некои, пак, реагираат многу смирено и во најтешките животни неволји, не ги сметаат за несреќи што само им се случуваат, прифаќаат се што им носи животот, очекуваат дека и животот ќе им донесе нешто убаво.

Таквите луѓе се подобро заштитени од стрес - најмногу благодарение на нивните добри гени. Имаат повеќе сила и способност адекватно да реагираат на секоја неволја што ќе ги снајде, умеат се добро да размислат, на се да гледаат релативно мирно, реално, да се снаоѓаат, понекогаш дури и да најдат нова смисла во животот. (Anderson, er al., 2019).

1.3 Симптоми на стрес

Реакцијата на стрес зависи од многу фактори, а најмногу од самата личност - од нејзината психофизичка конституција, природа, наследени тенденции. Тоа зависи и од возраста, воспитувањето, траумите од детството, моменталната здравствена состојба и активноста што се извршува (некои занимања се повеќе изложени на ризик од стрес). Доколку е краткотраен, не преизвикува видливи и долготрајни реакции. Но, доколу има јак, ненадеен и видлив интензитет, тоа е акутен стрес.

Акутниот стрес се јавува како краткотрајна, лоша реакција на телото во трауматски, обично итни ситуации, кога доживуваме многу силни емоции или физички повреди придружени со силна болка.

Речиси и да нема личност која не доживеала силна емоционална реакција, како што се:
- голем страв;
- голема вознемиреност;
- голем гнев;
- ненадејна голема тага и слично.

Тоа се препознава преку:

1. најчесто за време на природни катастрофи;
2. физичка повреда и насилство од различни видови;
3. опасни ситуации и сообраќајни несреќи;
4. средби со диви животни и во други опасни ситуации;
5. кога се дознава некоја лоша вест (како смрт на блиска личност, дознавање за неверство или напуштање од љубовен партнер, најава за дијагноза на сериозна или неизлечива болест);
6. знаејќи дека ќе се добие повторно негативна оценка предизвикува стрес кај некои адолесценти од сите нивоа (или кога ќе добијат лоша оценка);
7. кога се доживува силна навреда, при жестока расправија со некого и слично.

Според тоа, може да се заклучи дека акутниот стрес е поврзан со трауматски настан или ситуација.

Симптомите на акутен стрес може да бидат благи, но и многу драматични. Симптомите на акутен стрес, за разлика од хроничниот стрес, не е тешко да се препознаат. Тие се појавуваат веднаш или кратко по трауматски настан или ситуација, но исто така исчезнуваат релативно брзо. Ефектот на акутниот стрес може да трае од неколку минути и часови, до неколку дена или недели. Симптомите на акутен стрес се израз на неприлагодливи реакции на нашата психа и нашето тело на опишаните стресори.. Во гореспоменатите трауматски настани и ситуации, во нашата психа се создаваат силни и непријатни емоции, кои можат да предизвикаат изменето и неконтролирано однесување (на пр. кризи на гнев, врескање, викање, вкочанетост, напад на паника со треперење на целото тело, агресивност кон другите и кон себе, расеаност, некохерентен говор, повлекување и слично). Нарушувањата на сонот се исто така чести.

Освен психолошката реакција, реагира и нашето тело.

Поради стимулација на симпатичкиот дел на вегетативниот (автономниот) нервен систем, од јадрото на надбубрежната жлезда се лачи адреналин (т.н. хормон за итност), па затоа редовно се присутни физички, односно вегетативни симптоми (брзо отчукување на срцето, забрзано дишење, стегање во градите, потење, бледило, сува уста, тремор, зголемување на крвниот притисок, стеснување на коронарните артерии итн.)

Доколку реакцијата на таквиот организам е премногу тешка, или трае предолго, ќе дојде до прекумерно лачење на адреналин, што може да предизвика здравствени проблеми, пред се на кардиоваскуларниот систем.

Вишокот на адреналин има негативно влијание врз срцето и го зголемува ризикот од тромбоза на срцевите артерии со тоа што ја забрзува работата на срцето, ги стеснува артериите, предизвикува лепење на тромбоцитите и ги намалува вредностите на т.н. добар холестерол (ХДЛ).

Екстремен пример за лоша реакција на организмот, со негативни последици по здравјето е кога човек по расправија и навреда на деловен (или политички) состанок ќе добие срцев удар.

Овој исход, сепак, се случува ретко и обично кај оние луѓе кои веќе имале кардиоваскуларни проблеми. (Smith & Young, 2022).

1.4 Последици на стрес

Во случај на акутен стрес, кога ситуацијата е итна, се активира симпатичкиот дел од вегетативниот нервен систем и јадрото на надбубрежната жлезда, од која адреналин се лачи во крвта (хормон на итност и будност кај животните и луѓето, кој го подготвува телото за активен и агресивен одговор).

Во случај на хроничен стрес, кога ситуацијата е помалку итна, но се повторува, почесто се активира парасимпатичниот дел на вегетативниот нервен систем, системот на хипофизата и кората на надбубрежната жлезда, од кои кортизол се лачи во крв (инхибиторен хормон, кој повеќе го подготвува телото за пасивност, инхибира некои метаболички процеси и ги ослабува имунолошките реакции).

Во некои хронични стресни состојби се лачи премногу кортизол и премногу адреналин. Вишокот на адреналин негативно влијае на кардиоваскуларниот систем и цереброваскуларниот систем, а вишокот кортизол негативно влијае на имунитетот, кожата, мозокот, зглобовите и органите за варење.

Реакцијата на стресни фактори секогаш вклучува појава на непријатни емоции, стимулација на симпатичниот или парасимпатичниот и лачењето на хормоните на стрес, кои заедно претставуваат „вонредна состојба“ во телото.

Без разлика на одговорот на организмот (активен или пасивен), вообичаената психофизичка рамнотежа е нарушена во организмот, а таквата состојба, доколку е

премногу интензивна или се повторува многу пати последователно, може да доведе до симптоми на психичко и физичко страдање и оштетување. на одредени органи и системи на органи. (Strobel & Gollan, 2023).

Целокупната атмосфера во која живее и работи поединецот, односно како ги перцепира околностите и околината околу себе, како и себеси во таква средина, е важна за формирање на хроничен стрес, повеќе од некој непријатен настан. Ако, на пример, доживееме хронична (повторена, долготрајна) непријатност кај нашиот шеф, тоа станува хроничен стрес со непријатни емоции, кои негативно влијаат на функционирањето на различни органи и органски системи преку вегетативниот нервен систем и ендокриниот систем. Функционалните нарушувања најпрво се појавуваат на органите и системите на органи, а потоа постепено и незабележливо може да дојде до оштетување на некои ткива.

2.СТРЕС КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Адолесценцијата е „преоден период помеѓу детството и зрелоста“, и поради бројните промени кои се појавуваат во овој период, адолесцентите се изложени на зголемено ниво на стрес.

Гледано од невролошка гледна точка, постојат неколку неправилности кои можат да го објаснат феноменот стрес кај адолесцентите (HPA оска). Заради зголемена социјализација во периодот на адолесценција, тие издвојуваат стресори поврзани со семејството, училиштето, врсниците и романтичните партнери. Справување со стресните врски на адаптација на личноста во стресна ситуација подразбира способности во форма на фокусирање на емоции, проблем или избегнување. Девојките и момчињата користат различни стратегии за да се справат со стресот и со зголемување на возраста, тие поадекватно се справуваат со стресот.

2.1 Причини за стрес кај адолесценти

Периодот на адолесценција е обележан со бројни промени кои се појавуваат во:

а) физички;

б) емоционални;

в) психолошки нивоа (Kuzman, M. 2009).

Прво, самиот почеток адолесценцијата е поврзана со пубертетот, кој се карактеризира со различни биолошки појави, како на пр. тие резултираат со развој на телото на една личност и сексуална зрелост. (Berk, L. E.2004).
Покрај тоа, за време на за време на адолесценцијата, младите се фокусирани на развивање на својот идентитет и се насочени да постигнат независност од нивните родители.
Во овој период, забележлива е зголемена интеракција со врсниците (Blakemore, 2008; Casey, et al., 2008 година; според Casey et al., 2010).
Исто така, адолесцентите покажуваат напредок во апстрактното размислување
што им нуди нови домени во кои можат да ги насочат своите интереси (Berk, 2004)

2.2 Симптоми на стрес кај адолесценти – поврзаност на особините на личноста во процесот на стрес

Авторите Лазар и Фолкман разликуваат два главни методи за справување со стресот, имено:

а) справување фокусирано на емоции;
б) справување фокусирано на проблем.

Справување фокусирано на емоции опфаќа широк спектар на когнитивни процеси со цел нивно елиминирање или намалување - мачење или емоционална болка. Овој тип на справување вклучува стратегии како што се насочени кон селективно внимание, минимизирање, дистанцирање, избегнување, позитивни споредби и ориентација кон позитивната страна за време на негативни настани (Лазар и Фолкман, 2004).

Друг метод за справување, *справувањето фокусирано на проблем* наликува на стратегии кои служат за решавање проблеми, но сепак стратегиите за справување вклучуваат поширок опсег на стратегии за справување кои се фокусирани на решавање на самиот проблем (Лазар и Фолкман, 2004). Методот справување фокусирано на проблем вклучува ставки како што се дефинирање на проблематични настани, барање

други решенија, евалуација на можни решенија, па избор на едно од нив можности и акции (Лазар и Фолкман, 2004).

Покрај овие два споменати начини на справување, некои автори го нагласуваат стресот како дополнителен метод на избегнување (Ендлер и Паркер, 1990; според Калебиќ Маглица, 2006). Избегнувањето на стресот и стресните ситуации како такво вклучува шема на однесување како што е нереагирање на стрес ситуација и одвраќање од стресни фактори (Kohlmann et al., 1996; според Калебиќ Maglica, 2006).

Со проучување на особините на личноста во процесот на стрес, донесени се значајни заклучоци кои повеќекратното влијаат на личноста. Користејќи ги карактеристиките на личноста, можно е да се разјасни зошто некои индивидуи се такви какви што се, повеќе склони кон стрес во споредба со другите, каква ќе биде реакцијата на личноста на стресот е исто така под влијание на особините на личноста. Покрај тоа, карактеристиките на личноста кои се карактеристични за една личност влијаат на задоволството од животот, здравјето и другите последици од стресот . (Lacković-Grgin, K. 2004).

Повеќето од истражувањата кои се занимаваат со влијанието на особините на личноста во процесот на стрес се фокусираат на модел на личност со пет фактори на Коста и Мек Крej чии димензии се:

а) совесност;
б) согласност;
в) отвореност;
г) невротичност;
д) екстраверзија (Compas B. E., Davis G. E., Forsythe C. J., i Wagner B. M. 1987).

2.3 Стратегии за управување со стрес кај адолесценти

Децата во раниот адолесцентен период не можат да препознаат дека ситуацијата е надвор од нивна контрола, не знаат како да користат интрапсихички стратегии, што доведува до избор на непродуктивни стратегии (Брдар и Ријавец, 1997).

Тие користат специфични стратегии за да се чувствуваат подобро кога се тажни, додека постарите адолесценти користат повеќе ментални стратегии за справување, преку кои се согледуваат различни одговори и одговорности, се согледува нивната

индивидуална различност и се фокусирани на повеќе позитивни фактори поврзани со стресот (Харис и Липијан, 1990).

Според истите автори, адолесцентите се соочуваат со повеќе емоции, кои можат да бидат последица на развојот на способноста за користење и вербализирање на сознанијата кои управуваат со емоциите. За разлика од помалите деца кои користат целосно избегнување кога се соочуваат со неконтролирани стресни ситуации, адолесцентите користат делумни форми на избегнување (одвлекување, когнитивно избегнување) во справувањето со стресот ситуација (Altschuler и Рубља, 1989).

Според истражувањето на Калебиќ Маглица (2006) се согледува фактот дека учениците од првите одделенија во средното образование, за разлика од учениците од осмо одделение од основното образование, во поголема мера користат справување ориентирано кон емоции, што се објаснува со тоа што учениците од помала возраст наидуваат на бројни стресни ситуации кои се нови за нив.

Според Гартон и Прат (1995) коишто вршеле истражување на примерок од австралиски адолесценти од различна возраст, констатирале дека нема недвосмислени разлики во справување со однесувањето во стрсни ситуации.

Најчеста и најефикасна стратегија која е применувана во стресни ситуации е решавањето проблеми како механизам на справување со стресот.

Овој начин на справување преовладува кога личноста - адолесцент мисли дека може да направи нешто конструктивно за стресниот настан, односно кога ќе оцени дека има контрола врз стресниот настан или неговите резултати, имајќи предвид дека училиштето е најстресно за децата и адолесцентите, во координација со семејните и социјалните односи (Halstead et al., 1993; Lazarus, 1999).

Според Лазар и Фолкман (1984), управувањето со проблемите, решавањето на тие пројавени проблеми подразбира превземање дејства и активности со кои може да се контролираат новонастанатите стресни ситуации, додека пак управувањето кое е фокусирано на емоции преовладува во ситуации кои се сметаат за неконтролирани. Поконкретно во стратегијата за решавање на проблеми се користи поддршката од пријателите – тоа е потрагата по социјална поддршка, насочено справување и за емоциите и за проблемот, бидејќи адолесцентот може да бара поддршка, разбирање или утеха како и совети или директно вклучување во решавањето на проблемите, повеќе поддршка од пријателите отколку од членовите на семејството.

Според истражувањето на Мавар (2007), младите во тешки стресни ситуации како од војна, тие најмногу користат поддршка од семејството или пријателите и оваа

стратегија се наоѓа кај нив на прво место на делот на употреба. Нивното избегнување е на второ место, а само на трето решавање на проблеми, што покажува како децата во тешки стресни ситуации воопшто применуваат помалку продуктивни стратегии.

Важно е да се забележи како фреквенцијата на употреба на одредени стратегии се совпаѓа и е во координација со задоволството од нивното користење, поточно стратегии кои адолесцентите најчесто ги користат се оние од кои се најзадоволни. Освен споменатите форми адолесцентите исто така користат одвраќање и избегнување за да се справат со стрес.

Избегнувањето како стратегија може да биде ефективен одмор за да се најде поефективен, на проблемот на фокусирано справување и подготовка за други форми на активност.

Раусте-вон Рајт (1987) открива дека стратегијата за избегнување е најистакната на возраст од 15 години иако методите за справување имаат тенденција да останат стабилни во различни возрасти, така што оние кои се почести користеле избегнување на 13-годишна возраст и продолжиле да го прави тоа на 15 и 18-годишна возраст.

Од друга страна, адолесцентите користат одвраќање со цел да го оттргнат размислувањето за проблематична ситуација, користејќи бихејвиорални форми повеќе од когнитивни во однос на помалите деца.

За разлика од помладите деца кои користат целосно избегнување кога се соочуваат со неконтролиран стрес во одредени ситуации, адолесцентите користат делумни форми на избегнување (одвраќање, когнитивно избегнување) при соочување со стресна ситуација (Altschuler и Ruble, 1989).

2.4 Превенција на стрес кај адолесценти

За да се превентира и да се контролира стресот и стресните ситуации, пред се е потребно да се конкретизираат, да се препознаваат стресерите и различните ситуации кои доведуваат до такви состојби.

Тоа пред се можат да бидат „ пренатрупани“училишни обврски, нарушени односи помеѓу другарите, финансиски проблеми и слично.

Потребно е во континуитет да се развиваат и да се надополнуваат здрави размислувања и односи, воспоставување на приоритети, физичка активност, кои се елементи за разумно однесување во стресните ситуации во кои има и физиолошки и психолошки проблеми.

Сето ова придонесува за да се размислува дека стресот е инкорпориран во секојдневните животни активности како сосем нормална компонента. Потребно е да се најдат и да се градат нормални начини корисни и за индивидуалното здравје и за добар социјален живот.(Strobel & Gollan, 2023).

3. СУШТИНСКИ ОПРЕДЕЛБИ НА АНКСИОЗНОСТ

3.1 Дефинирања на анксиозност

Понекогаш, во личноста се согледуваат одредени нарушувања во биолошката или социолошката или психолошката компонента на индивидуата. Претпоставките се поткрепуваат со тврдења за кои е потребно соодветно лекување. Психолошките нарушувања се компоненти на појава наречена анксиозност.

Анксиозноста е психолошка состојба која се карактеризира со чувство на загриженост, напнатост или страв кои можат да бидат поврзани со настани кои би се случиле во блиска иднина, ситуации или неодредени, непознати закани. Значителен дел од тешкотиите предизвикани од оваа состојба може да се отстранат со континуиран, искрен разговор, доколку се почувствува потреба за тоа, а понекогаш тоа може да биде и состојба за која е потребна краткотрајна интервенција.

За ова е потребно соодветно образование и позитивни практики кои се разбира ги поседуваат психолозите и психијатрите, како и психотерапевтите кои најчесто се вклучени во работата со адолесценти кои страдаат од анксиозност. Оваа појава привлекува внимание за голем број на испитувања, па така на ниво на Република Хрватска, како за пример, од периодот на пандемијата СОВИД-19, хоспитализациите на деца и адолесценти поради ментални нарушувања се зголемени за 30%, а има и пораст на прегледите на ниво од над 40% (за возрасни, оваа бројка е околу 25%).

Во континуитет, се прават анонимни анкети, се прибираат податоци за присутноста на анксиозноста , за причините кои ја предизвикуваат, кои се од разновидна природа.

Генерално, во училиштата има околу 60% од децата имаат симптоми на социјална анксиозност, 50% имаат чувство на тага и празнина и загриженост, 56% имаат потешкотии да се концентрираат, 74% имаат страв од неуспех и 9% од учениците имаат клинички значајни симптоми на анксиозност и депресија.

Меѓутоа, се согледува и друг проблем, имено, има мал број на специјалисти-психијатри кои се специјално обучени за работа со деца и адолесценти кои имаат проблеми со анксиозноста.

Постојат два начина или приоди кон нарушување на менталното здравје кај адолесцентите. Тоа се:

1. Мултимодален пристап
2. Колаборативен пристап

Воопшто не е важен фактот адолесцентот кој има анксиозност или одреден вид на анемија дали има видливи проблеми при функционалноста на тироидната жлезда, дали има одредени срцебиења или хормонални отстапувања и проблеми со варење на храната, важно е да се согледа ситуацијата на восприемање на нови училишни знаења, колку е застапена когнитивната компонента, фактот дали при процесот на учење има одредени видливи трауми, кои се тие стресни фактори што постојат во средината во која егзистира самиот адолесцент.

Потребно е да се осознае дали се консумираат некакви енергетски пијалоци и одредени супстанци кои се стимуланси за добро расположение.

Сите промени и симптоми на анксиозност најмногу се видливи на површината на телото, на кожата, во вид на црвенила, чешање и.т.н.(El-Sheikh & Kelly, 2020).

3.2 Причини на анксиозност

Базично, многу е битно да се види и да се осознае проблемот поврзан со појава на анксиозноста. Тоа е клучниот прв чекор. Се детектира и се прави проценка на изворот на тешкотиите кои се присутни,а потребно е да се запознае семејството и семејните односи во кои живее адолесцентот во контекст пошироко на животните околности.

Од добрата проценка , понатаму зависи соодветниот избор на пристап.

Бидејќи станува збор за училиштен период , оваа проценка на пројавениот видлив проблем во првата фаза ја прави психологот во училиштето, како и наставникот, кој ги согледува промените кои се настанати преку секојденвен контакт и комуницирање. Стручноста укажува на тоа дека потребни се разговори, потребно е вербално комуницирање.

Тоа е таканаречена *вербална или говорна терапија* преку која се поставува првична дијагноза.

Многу е важна и неопходна точна проценка на проблемот и потешкотиите кои се појавени, бидејќи од тоа зависи и понатамошното користење на соодветни методи и начини на дејствување.

Значи, неопходно е да се запознае и да се поразговара со семејството, со другарите и со пријателите, односно со непосредните животни околности, само на тој начин можат да се детектираат заштитните и ризичните фактори во околината, раните искуства, начините на емоционална регулација, како и моделите на приврзаност.

Преку краткорочна интервенција која може да отвори некоја дотогаш невидени перспективи или да „проветри“ дел од товарот што беше вишок за капацитетите на младиот човек. (Clark & Beck, 2010).

3.3 Најчести симптоми на анксиозност

Многу е тешко да се препознаат симтомите на анксиозност, затоа што се испреплетени во секојдневните активности на индивидуата и проблемите што произлегуваат од нив.

Но, ако има многу чести напади на паника, потешкотии, чувство на немоќ, предизвикани од ситуации кои не би требало да го предизвикуваат тоа, се смета дека има нарушено ментално здравје или анксиозно растројство.

Има едноставни тестови за да се провери менталната состојба на ,,загриженост,, преку едноставни поставувања на прашања:

На пример: Дали сте имале некој од овие 3 проблеми во последните две - три недели:

- ✓ Доживувате изразена напнатост, нервоза и анксиозност?
- ✓ Се чувствувате исплашено до степен на паника?
- ✓ Силна потреба да се избегнуваат одредени места и ситуации?

Преку давање на одредени одговори се започнува разговор, вербална конверзација преку која професионалците од оваа област создаваат првични проценки за можни симтоми за анксиозност.

Всушност има големо непознавање на симптомите на анксиозност, иако околу 40 % од населението на пример во Америка имаат анксиозни растројства, но 36% бараат помош и се со одредени третмани. Често се поистоветува со депресија, иако имаат одреден пресек, сепак имаат и одредени специфичности.

Стигмата и ,,срамот,, поврзани со ментална болест, меѓу другите фактори, придонесува за ова заостанување во третманот на анксиозност, индивидуите не препознаваат и се срамат да побараат помош за овој вид на заболување.

Значи, незнаењето за знаците и симптомите на вознемиреност може да спречи индивидуа да побара помош од компетентни стручни лица. Можеби не веруваат и тие самите дека она што го доживуваат бара третман или дека доживуваат симптоми на анксиозност, сериозна состоја, која сепак се лекува. Значи нивото на свесност има значителна улога. Свесноста се чувствува и е во пропорционален однс со повисоката старосна граница. Но, и во поодминати години сепак, континуиран разговор е потребен за сите состојби кои ја вознемируваат личноста, посебно во период на одредена пандемија. Тогаш, вознемиреноста, паниката, стравот како симптоми на анксиозност се на многу повисоко ниво. Преку комуникација може да се увиди дали пројавената грижа и страв се оправдани или се една замислена состојба која е знак на посериозна состојба и за која е потребен посериозен пристап. (Anderson, er al., 2019).

3.4 Видови на анксиозни пореметувања

Поголем број на психолози од сопствено искуство прават одредени класификации на анксиозност. Тоа се:

1. *Генерализирано анксиозно растројство (ГАД)*

ГАД е вид на хронична анксиозност. Засегнатото лице се чувствува вознемирено или загрижено повеќето денови, понекогаш и до 6 месеци. Едно лице може да биде загрижено за своето здравје, работа, социјалните интеракции, сопствената или целокупната животна ситуација. Сите животни ситуации ги генерализира низ призмата на анксиозно растројство.

2. *Социјална анксиозност*

Индивидуите се социјални суштества со потреба од дружење, во овој вид на анксиозност се согледуваат сите социјални интеракции во корелација со односот со другите луѓе. Индивидуите, плашејќи се од осуда и негативен став од другите луѓе, се затвораат во себе, се вознемирени и изолирани. На тој начин тие остануваат сами, социјалниот живот се сведува на минимум.

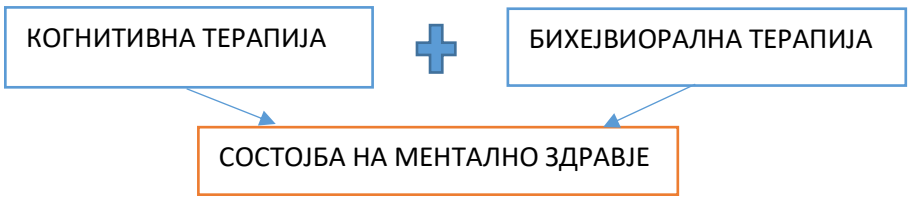
3. *Здравствена анксиозност – хипохондрија*

Од овој тип на анксиозност заболуваат луѓе кои иако немаат реални здравствени (но може и да се болни, но болеста ја максимизираат и претерано се загрижени) проблеми, тие се плашат од можно заболување, иако немаат никакви симптоми.

Таа грижа е непропорционална со можностите навистина тешко да се разболат. Размислуваат дека постои ризик токму тие да се разболат од тешки заболувања, често одат на лекар, негативните дијагнози од здравствените работници не ја намалуваат нивната вознемиреност и паника.

Продолжуваат да ја „бараат“ болеста во нивниот организам , иако болест нема и не постои.

Треба да се спомене фактот дека постојат нефармаколошки лекувања и одредени психотерапии за да се надминат овие анксиозни растројства. Тоа се прави преку разговори кои имаат за цел да се подигне егото и да се зајакне самодовербата на личноста. Третманите вклучуваат медикаменти и когнитивна бихејвиорална терапија.



Слика 1. Когнитивна бихејвиорална терапија

Figure 1. Cognitive behavioral therapy

Се прави комбинација на **бихевиорално-когнитивна терапија (БКТ) и** психофармакотерапија.

БКТ е многу ефикасенатерапија посебно за одредени специфични фобии, опсесивно-компулсивно нарушување, панично растројство, па дури и генерализирано анксиозно растројство.

Третманот со БКТ нуди специфични техники кои се особено погодни за адолесцентите да управуваат со нивните симптоми и да го вратат чувството за контрола што им е важно. Помага во поврзување на каскадата од мисли, емоции и однесување, а главната цел е промена на однесувањето, што се постигнува со когнитивни промени и работа на основните убедувања. Особено се издвојува техниката на фокусирана свесност (т.н. свесност, МБТ), која промовира релаксација преку насочување на вниманието,

исклучувајќи ги надворешните стимули и резултира со подобрена емоционална стабилност, намалена реактивност и подобрена продуктивност. (се користат психодрами во кои се глуми, самото глумење на одредена ситуација, доведува до сознавање на реалната ситуација и излекување).

Понекогаш психотерапијата е доволна за да помогне во анксиозните растројства, но понекогаш преголемиот страв и несигурност, како и придружната анксиозност, се премногу големи за да може да се справат со проблемите без лекови. Во такви ситуации, важно е да се прифатат медикаменти, на одреден временски период, но без да се чувствуваат поразени.

4.АНКСИОЗНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Базична основа на анксиозноста кај адолесценти

Синоними за анксиозност се:страв, вознемиреност (која може да биде видлива, но и прикриена), напнатост. Сите овие синоними укажуваат дека има намалена индивидуална функционалност, претерани емоционални реакции, неконтролирано однесување.

Понекогаш, гледајќи од различни перспективи, анксиозното однесување или состојба, доколку е моментална, може да има позитивни ефекти затоа што ја зголемува индивидуалната претпазливост од определени можни опасности. На тој начин се зголемува индивидуалното внимание и концентрирање кон реализација на одредена активност. Така се доаѓа до сознанието дека начинот на „ индивидуално преживување и спасување“ е во основа на секое индивидуално однесување.

Но, се зборува за анксиозно однесување во ситуации во кои стравот и преживувањето се присутни во тие „опасни“ ситуации, но опасност реално не постои. Постои замислен срав, замислена напнатост, замислен неуспех што доведува до парализирана вознемиреност. Таа зголемена возбуда почнува да смета во однесувањето и е реално опасна само по здравјето на индивидуата која го чувствува сето тоа, тогаш станува збор за една патолошка состојба во која се наоѓа личноста. За таква патолошка состојба потребна е професионална помош и реакции кои во многу случаии имаат позитивен исход. (Clark & Beck, 2010).

4.1 Причини за анксиозност кај адолесценти

Кога личноста се наоѓа во одредени животни промени, се создаваат реални причини за појава на анксиозни состојби. Самата промена носи неизвесност, страв од нешто ново, отпор кон непознатото за кое, понекогаш се потребни и дополнителни знаења и едукација.

Колку е поголемо нивото на едукација, толку процесот на адаптација е попкометентен и носи видливи резултати.

Индивидуалната адаптација и контролирањето на анксиозните причини кај адолесцентите минува низ неколку фази:

1. Првата фаза се нарекува фаза на шок затоа се создава првична, ненадејна и нова ситуација без разлика дали има позитивни или негативни влијанија.
2. Во втората фаза се случуваат одредени реакции со одредени последици, ако станува збор за пријатни случки се развива радост, воодушевување, но ако случките се од негативен карактер тогаш присутно е разочарување, тага, напнатост.
3. Тие пројавени чувства од претходната фаза, почнуваат да создаваат сомневање во вистинитоста на случувањата, значи од оваа фаза, сомнежот ги буди анксиозните размислувања и непријатноста.
4. Анксиозните размислувања водат кон минатото и затоа размислувањата за иднината се видоизменуваат со негативните претходни искуства.
5. Сепак следната фаза значи почеток на размислувања за барање различни алтернативи, тестирање на постоечки искуства од минатото и доколку се надмине стравот од анксиозност и недовербата, се создаваат можности за нови решенија кои ја зголемуваат и личната самодоверба.
6. Секако е потребен процесот на учење во континуитет во животот на личноста за да се осознаат значењето на ситуациите во кој се наоѓа личноста и која ја поттикнува анксиозноста кај младата личност.
7. Последната фаза, е фаза на успех, фаза на интеграција помеѓу личноста и ситуацијата во која се наоѓа, доколку се согледуваат случките во животот на еден поинаков, нов начин, тоа значи дека промената е трансформирана во една нова, позитивна практика.

Може да се констатира дека секоја нова случка предизвикана во време на криза заради анксиозни растројства, може, понекогаш да биде корисна со позитивни исходи и видливи резултати. Преку промените се расте, се развива, се учи како личноста да се справува со новите случувања во животот. Тоа е еден циклус кој се случува во еден континуитет. Доколку во некоја од претходно објаснетите фази кои ја претставуваат индивидуалната адаптација и контролирањето на анксиозните причини, се запре, тогаш нема развој, тогаш се создадени услови за соодветни психопатолошки појави (Влајковиќ, 2001).

4.2 Симптоми на анксиозност кај адолесценти

Кога се појавува чувство на страв, се мисли дека тоа се почетни можности за појава на анксиозност. Но се поставува многу логично прашање за причината од која е пројавен тој страв. Ова се случува во животот на една личност, без разлика на старосната граница. Стравот уште во фазата на детството се појавува од непознати личности, од прегласна музика, од ,,чудовишта,, од приказните, од темни простории.

Понатаму, страв се јавува и со првото заминување во градинка, а тоа подразбира и прва разделба од мајката и од домот. Сепак за овој вид на страв не се претпоставува дека е анксиозен страв. Тоа е нормално однесување пропратено со моментален страв на кој децата брзо се адаптираат и го надминуваат.

Во годините како тинејџери стравот е присутен, а произлегува од ситуации на неприфаќање од непосредната средина, срам од промени во физичкиот изглед, но сепак и тоа се смета за нормално однесување во тој период од животниот век.

Но ако тој страв е долготраен и преминува на панични напади, се започнува можност за појава на анксиозност.

Модерното време на дигитална технологија создава дигитално он- лајн дружење, пријателства кои се бројат, лајкови, онлајн исмејувања или поддржувања, видлив индивидуален живот. Се согледува фактот кој колку е сакан, колку е добар и прифатен, се согледуваат мислењата на другите преку оставени коментари кој секој може да ги прочита и да даде соодветен коментар.

Вербалната комуникација или „живиот збор“ е се помалку присутен, намалено е дружењето преку заеднички излегувања, играње друштвени игри во кои некогаш се добива, некогаш се губи.

Но тоа, доколку се користи ја зголемува желбата за учење, емпатичниот однос, помагањето помеѓу другарите, се создава интерактивен однос во кој би се намалила опасноста од нешто непознато, а тоа пак води кон минимизирање на анксиозно однесување.

Интеракција во дигиталниот свет создава непознати ситуации од кои се раѓа страв, виртуелни дружби, се јавува можност за осаменост во тој виртуелен свет, се создаваат состојби на нетрпение, состојби на депресивност што се манифестираат на повеќе начини:

- Прејадување или прегладнување;
- Примери кои водат кон самоповредување;
- Примери за поттикнување на самоубиствени мисли;
- Состојба на осаменост и изолираност.

Ваква средина во која растат адолесцентите од помала возраст не овозможува развој на вредносни критериуми, развој на емпатичност, дружби со своите врсници. Посебно во време на карантин и онлајн учење има индивидуална вознемиреност, напнатост, оптеретеност и паника, депресивност.

Според одреден број на истражувања, постои разлика помеѓу анксиозно однесување и депресивно однесување.

Доминантна емоција кај *анксиозните однесувања* е засилениот и континуиран страв, а карактеристичните анксиозни мисли имаат облик на размислување од типот „ШТО АКО+негативен исход“ и содржат предвидувања за негативни настани во иднина. Се размислува во негативна конотација, а тоа понатаму се рефлектира и врз физиолошки промени од типот на забрзано чукање на срцето, забрзано дишење, потење на дланките, треперење, чувство на задушување, вознемиреност и нивото на енергија му се зголемува (поради зголемен адреналин). Од преголемиот пројавен страв личноста избегнува ситуации затоа што смета дека се крие опасност во нив.

Депресивното однесување првенствено се карактеризира со нерасположение, континуирана тага која нема видлив надворешен тригер (на пр. губење на сакана/работа), губење на енергија и желба за различни активности кои претходно предизвикувале задоволство, присутен е и зголемен замор. Депресивните мисли првенствено се насочени кон лоши настани од минатото, личноста често се обвинува

себеси/другите, нема страв од иднината како кај анксиозното растројство, бидејќи се е црно и безнадежно - иднина, минато, сегашност. Може да се појават и самоубиствени мисли (додека анксиозните луѓе генерално се плашат за својот живот и здравје, депресивните луѓе замислуваат самоубиство и/или прават конкретни планови за тоа како да го спроведат и во потешки ситуации, дури и да се обидат).

Може да се заклучи дека и анксиозноста и депресијата имаат заеднички пресек , а тоа е дека тие се негативни состојби со негативни мисли за кои е потребен соодветен професионален третман.

Индивидуите кои страдаат од овие состојби живеат во страв и помалку се отпорни на сите животни ситуации во кој има стрес, неизвесност, за кој е потребно знаење како да се справат со одредени животни состојби.

Зависно од интензитетот сепак ова може да се надмине и да се излечи, во почеток без лекарства и антидепресиви, но ако има подолготрајни проблеми потребна е и лекарска помош и терапија, која во голем број на случаи завршува со позитивни резултати.

Многу е важно да се напомене дека анксиозноста не е поткатегорија на депресија или дека е депресија во поблага форма и слично.

Што навистина е точно, може да се заклучи од еден пластичен пример, личност кој има панично растројство со агорафобија се плаши да биде сам, особено ако мора да излезе надвор од дома бидејќи во неговите мисли, постои можност да добие паничен напад кој е доживеан и се размислува за него како опасен по животот и здравјето. Оваа индивидуа, од таа причина, го намалува бројот на животни ситуации во кои може непречено да учествува, да се радува, да се дружи, почнува се повеќе да се изолира во социјална смисла, а неговиот живот осиромашува содржински без соодветни настани и радости. Како резултат на тоа, во таа осаменост, индивидуата може да развие чувства на тага и разочарување бидејќи не успева да се соочи со својот страв, а таквото негативно искуство и изолација може да го доведе во состојба која е наречена депресија.

Така, потребно е сериозно да се пристапи кон анксиозноста уште на самиот почеток, нетретираните анксиозни нарушувања може да доведат до депресија која се јавува како секундарен проблем.

Затоа, важно е навреме да се реши примарниот проблем на анксиозноста за да не дојде до депресија. (Clark & Beck, 2010).

4.3 Стратегии за управување со анксиозност кај адолесценти

Стратегиите за управување со анксиозност кај адолесцентите вклучуваат различни интервенции, како когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ), техники за релаксација и подобрување на социјалните вештини.

Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ): КБТ е една од најефикасните методи за третирање анксиозност кај адолесцентите. Оваа терапија помага на младите да ги идентификуваат и менуваат негативните мисли и однесувања кои ја поттикнуваат анксиозноста. Истражувањата покажуваат дека КБТ значително ја намалува анксиозноста кај младите и го подобрува нивното ментално здравје (Chorpita & Daleiden, 2020).

Техники за релаксација: Вклучуваат длабоко дишење, прогресивна мускулна релаксација и медитација. Овие техники помагаат во намалување на физичките симптоми на анксиозност, како зголемен пулс и напнатост, и се покажале како корисни за млади кои доживуваат чести анксиозни епизоди (Kendall & Peterman, 2015).

Социјални вештини и справување со стресот: Програмите кои ги учат адолесцентите како да се справат со стресни ситуации и да ги подобрат своите социјални вештини, како и да се носат со конфликтни ситуации, можат да придонесат за намалување на анксиозноста (Garber & Weersing, 2010).

4.4 Превенција на анксиозноста кај адолесценти

За жал, може да се констатира дека во современиот начин на живеење, се поприсутна е појавата на анксиозни растројства кај адолесцентите како ментално нарушување. Анксиозноста обично е пропратена со друг вид на нарушување, почесто се јавува кај девојчињата. Фактори кои дејствуваат на оваа појава се многу, за кои беше објаснето погоре во овој научен труд. Тие може да бидат од наследна природа, од социјалната средина, од некои психолошки доживувања. Не е секоја анксиозност- пореметување, за да може да се зборува за анксиозно растројство, неопходно е анксиозноста да ги надмине развојно очекуваните граници и да го попречува нормалното функционирање

на адолесцентот, доволно долго, што се оценува според сегашните стручни упатства, кои се дефинирани за секој тип на нарушување.

Глобално, овие ментални нарушувања се се поприсутни 50% од сите проблеми со менталното здравје се откриени до 14-годишна возраст, а 75% од сите ментални нарушувања започнуваат со терапии и лекувањето понекогаш трае и до 24-та година.

Светската здравствена организација (СЗО) има податоци кои укажуваат на фактот дека ментални заболувања имало околу 10 % на возраст до 16 години пред времето на пандемијата. За жал, денес тие бројки двојно се зголемени од 20 % па и до 30% . И возраста е од 11 или 12 години, понекогаш и порано, во зависност од запазените, видливи први симптоми на психичките нарушувања.

Меѓу тие растројства се издвојуваат:

- анксиозно-депресивни нарушувања;
- самоубиство и самоповредување;
- потешкотии со концентрацијата;
- губење на мотивација;
- нарушувања во исхраната.

Во светот има тренд на зголемена злоупотреба на психоактивни супстанции како и зголемување на насилничкото однесување.

Сепак, со добра превенција дел од овие нарушувања можат делумно да се редуцираат и намалат.

Превенцијата која се состои од континуирани интервенции дава резултати ако е на самиот почеток во развојниот период на адолесцентите. На овој начин, прво од страна на психолозите во училиштата може да се спречи анксиозноста да не се продлабочи и да се дојде до посериозни нарушувања кај младата личност. Значи превенцијата е најважна за успешно намалување на менталните здравствени проблеми. Помош во овој период може да се добие покрај во училиштата, и во одредени службите за ментално здравје во Институтот за јавно здравје.

Постојат и многу здруженија каде што се достапни различни профили на експерти кои едуцираат помагаат, разговараат со адолесцентите доколку користат индивидуален пристап или работат преку обуки, преку работилници со групен пристап.

Ова би имало смисла доколку се побара одредена помош од лицата кои почувствувале некаков вид на анксиозност во своето опкружување.

Во сите овие институции многу е важно, исто така да се гради доверба, еден достоинствен и одговорно прифатлив однос за да нема двоумење од страна на

индивидуите во период на адолесценција, па и повозрасни личности, да побараат соодветна помош што ја нудат овие професионалци.

Секоја интервенција при превентирање на анксиозност во развојната возраст има смисла и не е толку важно од која средина се тргнува, туку е многу битно да се делува на спречување на продлабочувањето на нарушувањата.

Во многу ситуации, можеби е доволно само привремено да се помогне на личноста во понатамошниот развој и созревање и на тој начин дадената помош е доволна за да има позитивни резултати.

Денес, со голема едукација на овој вид на појави со кој се соочуваат адолесцентите се зема во предвид големата еластичноста како најважен личен фактор во овој развоен период, кој се спротивставува на околностите на стрес, трауматизација и развојни околности.

Сумативно, превенцијата на анксиозноста кај адолесцентите се заснова на развој на стратегии и програми кои имаат за цел да го намалат ризикот од развој на анксиозни пореметувања преку рано препознавање и интервенција.

Раното идентификување и интервенција: Превентивните програми често се фокусираат на раното идентификување на симптоми на анксиозност кај адолесцентите и брза интервенција. Овие програми се насочени кон учениците во училиштата преку психоедукација и сесии за развој на емоционални вештини, со цел да се зголеми свеста за анксиозноста и да се спречи нејзиното влошување (Neil & Christensen, 2009).

Поддршка од страна на семејството и училиштето: Клучна компонента на превенцијата е обезбедување на поддршка од страна на семејството и училиштето. Истражувањата покажуваат дека создавање на поддржувачка околина, каде што адолесцентите можат да ги споделуваат своите емоции, значително го намалува ризикот од развој на анксиозни пореметувања (Garber & Weersing, 2010).

Психоедукација и когнитивно-бихејвиорални техники: Програмите за психоедукација кои ги учат адолесцентите како да препознаат анксиозни мисли и реакции, како и техниките на когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ), помагаат во развој на механизми за справување со анксиозноста и го намалуваат ризикот од нејзиното појавување (Rapee et al., 2013).

5 .ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Добро е познато значењето на континуираните физички активности, тие се многу важни за човековото физичко здравје, за индивидуалниот имунитет и правилен развој.
Денес, постојат бројни истражувања и студии кои докажуваат дека физичките вежби имаат многу предности кога станува збор за менталното здравје. Всушност, не може и не е потребно да се прави дистинкција помеѓу умот и телото.
Добрата кондиција и состојба на телото многу често има позитивни ефекти и резултати на индивидуалното ментално здравје.

5.1 Предности на физичка активност кај адолесценти

Потврдено е дека физичката активност е базичен и потребен фактор во третманот со видливо и зголемено анксиозно нарушување. Физичка активност е секое движење на скелетните мускули при што има потрошувачка на енергија (СЗО, 2010), т.е. движење на телото произведено од мускулно-скелетниот систем што резултира со потрошувачка на енергија над прагот кои телото ги консумира во мирување (Касперсен и сор., 1985).
Тоа вклучува различни активности на дневна основа (од вршење домашна работа до рекреативни активности и физички вежби), (Педишиќ, 2004; Стојановиќ и др. ал., 2013). Во последните неколку децении, бројни научни студии ја проучуваа врската помеѓу физичката активност и здравјето, како и ефектите од физичките вежби врз индивидуалните органски системи (Kohl et al., 2013).
Ова е посебно потребно и многу важно за личности во период на адолесценција во кој има голем број на физички промени на телото, кој не секогаш се во корелација и со умствениот развој во тој период. Понекогаш има видлив расчекор помеѓу физичкото растење и менталниот развој кај адолесцентот.
Всушност, тоа е една од реалните прилини во овој период да се појават и првите симптоми на анксиозност.
Таканаречениот акомулиран стрес од кој може да произлезе анксиозноста, се надминува и има многу позитивно влијание само со физички активности затоа што се зголемува физичката целокупна енергија, се зголемува задоволството, се јакне самодовербата, се „подзабораваат моментално-ирационалните постојани грижи,

пореално се почнува да се перцепира. Вежбањето ја зголемува и дружбата, ја јакне социјалната компонента, се запознаваат нови личности, а кај дел од адолесцентите кои патат од панични напади физичката активност може да биде добра техника за активирање на симптомите кои вообичаено постојат при зголемена анксиозност поради покачен адреналин (брз пулс, зголемено потење, вртоглавица, хипервентилација). Се развива индивидуална свест дека „моменталните напади“ немаат опасност и загрижувачки карактер, само се непријатни, а сепак минливи заради нивната катастрофална интерпретација на околината околу личноста.

5.2 Препорачани физички активности кај адолесценти

Физичките вежби се ефективен и ефикасен третман за организмот во целост. Има големи придобивки како терапевтска терапија со специфични физички активности, за што потврдуваат голем број на австрилијански истражувања. Има големи бенефити како за телото така и за умот, менталното здравје, а го намалува и ризикот од разновидни ментални заболувања.[1] Какви и колкави ќе бидат придобивките и видливите знаци на подобрување, зависи од повеќе фактори, ама пред се од интензитетот на вежбите, од нивното барање, како и од полот и од возраста на личноста.

Има многу физички вежби и активности. Иако за оваа тематика има направено многу истражувања, со сигурност не е утврдено која физичка активност е најкорисна и најпогодна за одредено ментално заболување.

Сепак, генерално направена е една базична класификација според која јогата и трчање по рамни и благо нагорни терени би биле со најголема ефикасност и ефективност за индивидуалното ментално здравје.

Табела 1 Класификација на физички активности

1. *Јогата и трчање голема ефикасност и ефективност за ментално здравје.*
2. *Долготрајно одење, пешачење – терапија против депресија*
3. *Аеробик вежби – добри за смирена психолошка состојба*

[1] Како доказ за користа од физичките активности, направено е истражување со 14000 учесници, од кое се добиени 218 студии, објавени во британски медицински журнал

Се заклучува дека јогата е корисна, дава ефекти, џогирањето исто така, пешачењето. За да се подобри психичката состојба добро е да се користат вежби за аеробик и вежби наречени таи чи.

Понекогаш се советува да се практикуваат и вежби за сила, но што би се одбрало потребен е совет и разговор од компетентни, професионални лица. Потребен е совет и за интензитетот на физичките активности.

Истражувачите од оваа област откриле дека количината на физичката активност не е приоритетна за појава или намалување на симптомите на депресивните нарушувања.

Од друга страна, интензитетот на физичките вежби има силно влијание врз менталното здравје, а тоа подразбира дека придобивките од вежбањето се во пропорционален однос со пропишаниот интензитет, со што се подобрува и енергичната активност во животот на личноста.

Податоците од истражувањето од оваа област покажале дека постојат разлики во физичките активности и според полот, не се препорачуваат исти физички активности за момчиња и за девојките во периодот на адолесценцијата.

Табела 5. Разлики во физичките активности и според полот

Table 5. Differences in physical activities by gender

Пол		
Момчиња	пешачењето и џогирањето	јога
Девојки	пешачењето и џогирањето	тренингот за сила
Повозрасни личности	Јога	

Треба да не се занемари фактот дека физичките активности делуваат на севкупното здравје на личноста и се многу корисни, посебно во период на адолесценција кога има брз раст и развој.

Се поставува логично прашање со што допринесуваат физичките активности да имаат такво позитивно влијание за кое се согласни научниците кои вршеле истражувања од оваа област?

При физички вежби се лачи хормон наречен *ендофин* кој го има тоа влијание во голема мерка. Ова е реалната причина зошто има многу пријатни чувства и однесување додека се случуваат физички вежби. Но, не треба да се занемари и фактот дека вежбањето има

значителна и социјална компонента, има дружење и меѓусебни интеракции, по два до три пати во неделата во различно времетраење. Исто така се подигнува самосвеста, се активираат одредени невробиолошки механизми, особено ако вежбањето е на отворени, зелени површини. За одреден временски период, доколку ова се практикува во континуитет, резултатите се присутни, видливи, анксиозните нарушувања на адолесцентот видливо намалени.

Може да се донесе заклучок дека физичките вежби ја намалуваат појавата на анксиозност делуваат позитивно, корисни се за психолошкото здравје и затоа треба да се практикуваат. Затоа, се смета дека физичката активност е позитивна терапија за анксиозноста, треба да се практикува, посебно во моментот кога ќе се почувствува некаква состојба со анксиозни симптоми.

5.3 Бариери и предизвици на физички активности кај адолесценти

Како и за секоја друга активност, така и за физичките активности во периодот на адолесценција, има одредени бариери кои се, понекогаш од минлива природа, предизвикани од разни чинители.

Тоа можат да бидат самите адолесценти, можат да бидат другарите и пријателите во непосредната околина во која личноста егзистира, може да бидат наставници или училишната средина, како и родителите и семејните врски и односи.

Иако во природата на секоја млада личност е потребата за користење на физички активности, треба да се напомене фактот дека современиот начин на живеење, користењето и развојот на модерната технологија се исто така бариери или причини за намалување на физичките активности. Адолесцентите, може слободно да се каже, дека имаат намалено движење, се позачестени деформитети на локомоторниот механизам, зголемена телесна тежина. Корисејќи интернет и одредени социјални мрежи имаат се помалку организирано слободно време, активностите како трчање, возење велосипед, прошетки во паркови се подзаборавени, малку се користат иако нивната корисност има големи ефекти.

Научно е докажано дека на децата и младите во периодот на адолесценција им е потребно секојднево користење на одредени физички вежби од времетрање до 60 минути минимум. (Ayers & Sariscsany, 2013). Физичката активност претставува базична детерминанта преку која се троши енергијата и е во функција на градење на еден баланс помеѓу контролирањето на телесната тежина. Зголемената телесна тежина

е еден индикатор за појава на анкциозноста во период на адолесценцијата. (World Health Organization, 2000). Затоа во сите дефиниции за физичка активност, се нагласува фактот дека тоа е секое телесно движење, создадено од работата на скелетните мускули, а резултатот од таа работа е трошење на енергија, без разлика на видот и на интензитетот на тие активности (Caspersen, 1985).

5.4 Стратегии за промовирање на физичка активност кај адолесценти

Има голем број на стратегии кои ги потикнуваа физичките активности кај адолесцентите. Тие се базираат на четири групи на фактори кои имаат големо влијание врз користењето на физичките вежби, кои придонесуваат во промена на менталниот склоп кај адолесцентите, посебно затоа што ова е период кога всушност се гради тој ментален склоп и свесноста за сопствениот личен идентитет. Овие фактори делумно имаат и генетски предиспозиции. (Nahas, 2003).

Табела 6. Базични фактори и нивно влијание врз физички активности
Table 6. Basic factors and their impact on physical activities

1. Лични карактеристики согледани преку пол, возраст, изградени работни компетенции, образование, здравствена состојба, здрави изградени навики.
2. Психолошки детерминанти и бихејвиорални детерминанти согледани преку изградена самосвест, перцептивен процес за индивидуална компетенција, желба за индивидуални активности, начини на уживање и забава, самомотивирачки процеси.
3. Фактори кои градат стратегии и се дел од животната средина во која има компоненти со социјални и физички елементи, согледани преку многу потребна поддршка од своите стекнати пријатели, соодветни услови за пријатен живот во кој се дозволува соодветен раст и развој на младата личност – материјални услови, соодветни финансии, безбедност во домот и во околината.
4. Фактор поврзан со физички активности согледани преку зачестени физички вежби, со лично определен интензитет, напор, времетраење и вид на активност, во корелација со генетските способности и компетенции, од кои

зависат и соодветните постигнати резултати.

За да се развива и да се практикува сето ова погоре претставено во табелата, потребно е да се спомнат и законските нормативи со кои се организирани сите физички активности во училиштата, преку соодветен наставен предмет, се реализираат планираните цели и задачи. (Вишњић, Јовановић и Милетић, 2004).

На крај, може да се констатира дека адолесценцијата како период во растот и развојот на личноста е испреплетена со многубројни и специфични развојни задачи кои водат кон промени на биолошко, когнитивно, социолошко ниво на личноста. Има многу ,, нерешени“ задачи, конфликтни интер и интра состојби, проблеми во сопственото семејство, во својот дом, вознемиреност, несигурност.

Се создаваат индивидуални, соодветни услови за неприлагодливи и неприфатливи форми на однесување (Д-дисертација). Се јавува почеток на анксиозност, стрес, депресија, се врши трансформација во возрасен човек, во физичка и психосоцијална смисла и функционирање. (Anderson, er al., 2019).

II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1.Проблем на истражување

Проблемот на емпириското научно истражување е насочено кон истражување на влијанието на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесценти во државата.

Операционално, проблемот е определен во форма,да се истражи поврзаноста меѓу физичката активност и стресот и анксиозноста кај адолесценти.

2.1. Научна цел на истражувањето

Научната цел на поставеното истражување е дескрипција преку опис на нивоата на стрес и анксиозност кај адолесценти, како и целта на предикција во однос на утврдување на поврзаност преку корелациски и диференцијален метод. Од целта произлегуваат задачи на истражувањето кои се дадени како чекори на истражувањето на следен начин:

-да се добијат сознанија за нивото на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
-да се добијат сознанија за нивото на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
-да се добијат сознанија за нивото на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
-да се добијат сознанија за нивото на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

-да се утврди дали постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата;
-да се утврди дали постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата;

-да се утврди дали постои разлика во нивото на стрес кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност ;
-да се утврди дали постои разлика во нивото на анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност ; (Anderson, er al., 2019).

2.2 Практична цел на истражувањето

Практичната цел на ова истражување е да се обезбедат препораки и стратегии за примена во институциите кои се грижат за менталното здравје на адолесцентите и во здравствените системи, со цел намалување на стресот и анксиозноста кај адолесцентите преку физичка активност.
Поконкретно, да се развијат и имплементираат програми за физичка активност во центрите за ментално здравје и училиштата кои се насочени кон намалување на стресот и анксиозноста кај учениците.
Да се подготват и дистрибуираат упатства за родители и наставници за важноста на физичката активност и нејзиното влијание врз менталното здравје на адолесцентите.
Да се поттикне соработка меѓу психолозите, здравствените работници, наставниците и семејствата за создавање на поддржувачка средина која промовира физичка активност како средство за справување со стресот и анксиозноста.
Да се дизајнираат и спроведат кампањи за јавна свест кои ќе ги информираат адолесцентите за придобивките од физичката активност за нивното ментално здравје.
Со овие практични цели, истражувањето ќе има директно влијание врз подобрувањето на менталното здравје на адолесцентите и ќе помогне во креирањето на здрава и активна генерација.

3.Резултати од претходни истражувања

Истражувањето на Маргулис и соработниците (Margulis et al., 2021) имало за цел да ја испита ефективноста на тимските спортови и програмите за зголемување на сила и кондиција, во намалувањето на перцепираниот стрес и анксиозност кај студентите. Во текот на есенскиот семестар 2018 година, 140 средношколци (71 машки, 69 женски) и 215 студенти (127 машки, 88 женски) учествувале на еден 90-минутен тимски спортски час за сила и кондиција неделно, во текот на 12 недели. Учениците одговориле на

Скала на перципиран стрес и Скала за генерализирано анксиозно растројство пред и по 12 недели. ANOVA анализите покажале дека двете групи не го зголемиле значително перципираниот стрес со текот на времето и немало групна разлика во воочените резултати на стрес со текот на времето. Сепак, двете групи покажале значително зголемени просечни резултати на анксиозност со текот на времето. Заклучно, немало разлика во намалувањето на перцепираниот стрес и анксиозност кај двете групи после 12 недели. Ова истражување покажува дека учеството во тимски спортови и часови за сила и кондиција еднаш неделно по 90 минути е недоволно за намалување на стресот и анксиозноста кај средношколците и студентите.

Бјеркан и соработниците (Bjerkan et al., 2022) нагласуваат дека децата и адолесцентите кои пријавуваат проблеми со менталното здравје, како што се стрес, депресија и анксиозност, постојано се зголемува во последниве години. Во исто време, постои и намалување на нивото на физичка активност кај децата и адолесцентите. Нивното истражување имало за цел да ја истражи поврзаноста меѓу физичката активност и учеството во спортски активности, со симптомите на депресија и анксиозност. Во истражувањето учествувале 7.347 учесници. Анализите покажале дека симптомите на депресија и анксиозност се зголемуваат со возраста и дека девојчињата имаат зголемен ризик да развијат симптоми на депресија/анксиозност од момчињата. За физичка активност, анализите сугерираат дека неактивните адолесценти имаат поголема можност да искусат симптоми на анксиозност и депресија отколку активните адолесценти. Ова важи и за момчињата и за девојчињата. За спортска активност, адолесцентите со ниско ниво на активност имале поголема веројатност да искусат симптоми на анксиозност и депресија отколку адолесцентите со високо ниво на активност. Ова исто така важи и за двата пола. Студијата покажува дека адолесцентите кои се редовно физички активни во спортски активности имаат помала можност да искусат симптоми на депресија и анксиозност од оние кои се физички помалку активни.

Во истражувањето на Хогланд (Haugland, 2013) спроведено на норвешки примерок од 15-годишни ученици (N = 1.670) се испитувала врската помеѓу стресот поврзан со училиштето, физичката активност во слободното време и поплаките за здравјето на адолесцентите. Физичката активност исто така била испитувана како медијатор во односот помеѓу стресот поврзан со училиштето и здравствените поплаки. Резултатите покажале дека високите нивоа на поплаки се поврзани со високите нивоа на стрес

поврзани со училиштето и ниските нивоа на физичка активност во слободното време. Извештаите за поплаки биле потесно поврзани со стресот кај адолесцентите со ниско ниво на физичка активност; па така, се чини дека физичката активност ја ублажува врската помеѓу стресот поврзан со училиштето и здравствените поплаки.

Браун и Латон (Brown & Lawton, 2010) преку своето истражување се обиделе да утврдат дали адолесцентни девојки, оние кои рутински се занимаваат со физички вежби, ги избегнуваат нарушувањата на физичката и психолошката благосостојба предизвикани од стрес. Според добиените резултати се утврдило дека стресот имал силно негативно влијание врз психофизичкото здравје кај оние адолесцентки кои вежбале ретко, додека пак кај оние кои редовно се занимавале со физичка активност – тоа не било случај.

4.Предмет на истражувањето

Предметот на научното истражување е влијанието на физичката активност врз стрес и анксиозност кај адолесценти во државата.

4.1. Теоретско определување на предмет на истражување

4.1.1 Дефинирање на клучните поими

Физичка активност – категорична, бихејвиорална варијабла. *Редовната физичка активност*, според Светската здравствена организација, за деца и адолесценти на возраст од 5-17 години, се дефинира како физичка активност од најмалку 60 минути дневно со умерен до силен интензитет, главно аеробна, физичка активност во текот на неделата; како и инкорпорирање на аеробни активности со енергичен интензитет, како и оние кои ги зајакнуваат мускулите и коските, *најмалку 3 дена во неделата.* Треба биде ограничено времето поминато во седење, особено рекреативното време пред екранот.[2] *Непрактикување на физичка активност*: Додека упатствата на СЗО примарно се фокусираат на промовирање на редовна физичка активност заради здравствени придобивки, непрактикување на физичка активност во ова истражување ќе се однесува на секоја физичка активност што не ги исполнува критериумите за редовна

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

физичка активност. Ова може да вклучува само повремено ангажирање во физичка активност, како што е учество во физички активности поретко отколку што е препорачано за редовна физичка активност. Тука влегува и незанимавањето со физичка активност која се се дефинира како отсуство на физичка активност – воопшто.

Стрес – квантитативна, организмена варијабла, која се мери. Стресот се дефинира како скор добиен на Скалата на перципиран стрес – *Perceived Stress Scale* (Cohen & Williamson, 1988). Скалата претставува мерка за степенот до кој ситуациите во животот се оценуваат како стресни. Можат да се освојат од 0 до 40 поени при што понизок скор се смета за понизок перципиран стрес, а повисок скор се смета за повисок перципиран стрес.

Анксиозност – квантитативна, организмена варијабла. Ќе се мери. Анксиозноста се дефинира како скор добиен на скалата *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)* – (Birmaher et al., 1999). Вкупен скор од 25 или повеќе е укажува на присуство на клинички значајна анксиозност.

4.1.2 Операционално определување на предметот на истражување

4. 2.Хипотези

4.2.1 Формулација на општа хипотеза

Генерална хипотеза формулирана како исказ на континуитет во истражувањето е определена следната: Постои поврзаност меѓу практикувањето на физичка активност и нивоата на стрес и анксиозност кај адолесцените во државата.

4.2.2 Формулација на посебни хипотези

Генералната хипотеза издвојува неколку потхипотези:

1.1.постои ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

1.2.постои ниско ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

1.2.1.постои ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
1.2.2.постои ниско ниво на симптоми на сепарациона анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
1.2.3.постои ниско ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
1.2.4.постои ниско ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;
1.2.5.постои ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

1.3.постои високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

1.4.постои значајно ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
1.4.1.постои значајно ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
1.4.2.постои значајно ниво на симптоми на сепарациона анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
1.4.3.постои значајно ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
1.4.4.постои значајно ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;
1.4.5.постои значајно ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

2.1.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата;
2.2.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата;

3.1.постои разлика во нивото на стрес кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност ;
3.2. постои разлика во нивото на анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност ;

4.3 Варијабли на истражувањето

Истражувачки варијабли: физичка активност, стрес, анксиозност
Како независна варијабла е определена: физичка активност (со две категории)практикување физичка активност 2-3 пати седмично, и непрактикување)
Зависни варијабли: Стрес и анксиозност кај адолесценти

Светската здравствена организација (СЗО) ја дефинира адолесценцијата како период на возраст од 10 до 19 години. Типични старосни опсези за адолесценцијата се: рана адолесценција: 10-13 години; средна адолесценција: 14-17 години; доцна адолесценција: 18-19 години.[3] Во ова истражување ќе се вклучат адолесценти кои поаѓаат средно училиште.

Како релевантни варијабли на истражувањето се определени: пол, националност, местоположба на училиште, дидактично- методската опременост на училиштата, ниво на образование на родителите.

5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Во текот на планирањето и спроведувањето на истражувачката постапка, ќе се примени дескриптивниот, како и корелациски и деифренцијален метод на емпириско истражување.
Од техниките ќе се употреби скалирање и соодветно нивни инструменти:
-скала на процена -Скала за перцепиран стрес Perceived Stress Scale (PSS) [4]

[3] World Health Organization. Adolescent health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

[4]https://www.das.nh.gov/wellness/Docs%5CPercieved%20Stress%20Scale.pdf преземено 03.05.2023

Скалата на перцепиран стрес (PSS) е инструмент кој се користи за да се процени нивото на стрес што го доживува лицето. Таа била развиена од Шелдон Коен, Ричард Глазберг и други автори во 1983 година и е широко користен во психолошките истражувања.

Скалата PSS се состои од 10 прашања кои се однесуваат на проценка на општото ниво на стрес што човекот го восприема во својот живот. Одговорите се дадени на петстепена Ликертова скала, каде 0 значи „никогаш“ и 4 значи „секогаш“. Вкупниот резултат на скалата може да се движи помеѓу 0 и 40, при што повисоките вредности укажуваат на повисоко ниво на воочен стрес. . *Скоровите кои се движат од 0-13 ќе се сметаат за низок перципиран стрес. Скоровите кои се движат од 14-26 ќе се сметаат за умерен перципиран стрес. Скоровите кои се движат од 27-40 би се сметале за високо перципиран стрес. Скалата има висока релијабилност, Кронбах алфа коефициенти кои се движат во опсег од 0,71 до 0,91 (Mitchell et al., 2008, според Mozumder, 2022).*

PSS се користи за мерење на перцепцијата на стресот кај различни популации и во различни контексти. Често се користи во истражувањата за мерење на влијанието на стресот врз физичкото и менталното здравје на луѓето.

-Анксиозноста ќе се мери со користење на скалата *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)* – (Birmaher et al., 1999). Скалата има детска и родителска верзија, а во ова истражување ќе се употреби само првата.[5] Скалата е наменета за возраст од 8 до 18 години. Скалата се состои од 41 ајтеми кои ги проценуваат неодамнешните симптоми на анксиозност на детето. Учесниците одговараат на 3 степена Ликертова скала од 0 (не е точно или едвај е точно), 1 (донекаде или понекогаш е точно) или 2 (многу е точно или често е точно). Скалата мери пет различни домени на анксиозност. Така, покрај вкупниот скор на анксиозност, се добиваат пет субскали: генерализирани симптоми на анксиозност (девет ајтеми), симптоми на сепарациска анксиозност (пет ајтеми), симптоми на социјална анксиозност (осум ајтеми), паника или соматски симптоми (седум ајтеми) и избегнување на училиште (три ајтеми). Авторите известуваат за висока релијабилност – Кронбах алфа коефициенти кои се движат во

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

опсег од 0,74 до 0,89, и висока тест-ретест релијабилност r = 0,86. Вкупен скор од 25 или повеќе е укажува на присуство на клинички значајна анксиозност.

Скалата Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) содржи пет субскали кои ги мерат различните домени на анксиозност кај децата. Вредностите односно клучевите за субскалите се следни:

Генерализирани симптоми на анксиозност: Девет ајтеми (ајтеми 1, 4, 8, 12, 14, 19, 23, 25, 28);

Симптоми на сепарациска анксиозност: Пет ајтеми (ајтеми 5, 9, 13, 17, 24);

Симптоми на социјална анксиозност: Осум ајтеми (ајтеми 3, 7, 10, 15, 18, 20, 22, 27);

Паника или соматски симптоми: Седум ајтеми (ајтеми 2, 6, 11, 16, 21, 26, 29),

Избегнување на училиште: Три ајтеми (ајтеми 30, 31, 32);

Секој од овие ајтеми се оценува на 3 степена Ликертова скала:

0 (не е точно или едвај е точно);

1 (донекаде или понекогаш е точно);

2 (многу е точно или често е точно);

Скалата SCARED има максимален скор од 82, а вкупниот скор и субскалите можат да се користат за диференцирање на различните типови на анксиозност кај децата.

Нивоа на субскалите:

Генерализирана анксиозност:

0-5: Ниско ниво;

6-8: Умерено ниво;

9-18: Високо ниво;

Сепарациска анксиозност:

0-3: Ниско ниво;

4-5: Умерено ниво;

6-10: Високо ниво;

Социјална анксиозност:

0-4: Ниско ниво;

5-8: Умерено ниво;

9-16: Високо ниво;

Паника или соматски симптоми:

0-7: Ниско ниво;

8-11: Умерено ниво;

12-26: Високо ниво.

Избегнување на училиште:

0-1: Ниско ниво;

2: Умерено ниво;

3-6: Високо ниво.

Овие нивоа се користат за да се утврди тежината на анксиозните симптоми кај децата и да се одреди потребата за понатамошна проценка или интервенција.

5.1 Техники за обработка на податоци

Планираните инструменти се спроведени он-лајн, потоа се обработени со помош на програма SPSS.

Податоците најпрво се обработуваат на ниво на дескриптивна статистика, а за утврдување на разликата применет е Т- тест на независни групи и Пирсон коефициент за корелација.

6.Популација и примерок на истражување

Предметната популација на истражување ја сочинуваат адолесценти, ученици во средни училишта од пет општини во Република Северна Македонија. Примерокот за ова истражување ќе биде кластерски .

Во однос на училиштата обезбедена е согласност од менаџерите, а адолесцентите влегуваат по претходна согласност и се разбира информираност да учествува во истражувањето. Во истражувањето ќе учествуваат 120 испитаници, по 60 за секоја група (практикување и не практикување на физичка активност).

Испитаниците претежно се од доцна адолесценција 18 и 19 години и примерокот е хетероген, односно ќе има подеднаков број на испитаници од машки и од женски пол.

Наодите ќе можат да се генерализираат само на испитуваниот примерок. Истражувањето е од прелиминарен карактер и основа за поголеми истражувања.

7.Организација и спроведување на истражувањето

Вкупното истражување е организирано врз основа на планиран Нацрт на истражување.

Според планот и методологијата на истражување податоците се собираа во тек на месец мај 2024 година , а пота истите беа обработени и интерпретирани.
Со оглед на фактот дека единици на анализа беа адолесценти во четврта година средно образование поголем дел сами пројавија интерес за учество во истражувањето. Пополнувањето на самите инструменти беше објаснето во воведниот дел, а истото беше едноставно и траеше околу 10-15 минуити.

III ДЕЛ
АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИНСТРУМЕНТИТЕ

После завршувањето на фазата на собирање на податоци следува фазата на анализа и интерпретација на собраните податоци и нивна интерпретација.

Во продолжение се наведени добиените податоци кои се прикажани во табели и нивно интерпретирање.

Statistics

		Адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично	Адолесценти кои не практикуваат физичка активност
N	Valid	60	60
	Missing	0	0

Табела 1. Број на адолесценти кои практикуваат и кои не практикуваат физичка активност

Како што е наведено во методолошкиот дел, примерокот брои 120 испитаници, адолесценти 120 испитаници, по 60 за секоја група (практикување и не практикување на физичка активност).
Подолу се прикажани општи податоци за адолесцентите.

пол на адолесценти

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	женски	60	50,0	50,0	50,0
	машки	60	50,0	50,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Табела 2. Пол на адолесценти кои практикуваат и кои не практикуваат физичка активност

Во однос на пол на адолесцентите испитаници, подеднакво се застапени од двата пола односно по 60 или 50% машки и 60 женски или 50%.

Statistics

		возраст на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично	возраст на адолесценти кои не практикуваат физичка активност	националност на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично	националност на Адолесценти кои не практикуваат физичка активност
N	Valid	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0
Mean		18,6714	18,1143	1,15000	1,19143
Median		18,0000	18,0000	1,0000	1,0000
Mode		19,00	18,00	1,00	1,00
Std. Deviation		1,82938	2,71905	1,70908	1,28312
Minimum		18,00	18,00	1,00	1,00
Maximum		19,00	19,00	4,00	4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Табела 3. Мерки на дескриптивна статистика

Прикажаните статистички податоци се однесуваат на возраст и националност на адолесценти кои практикуваат и кои не практикуваат физичка активност.

Средната вредност (Mean) за возраста на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично изнесува 18,6714 години, додека адолесценти кои не практикуваат физичка активност е 18,1143 години.
Медијаната (Median) за возраста е 18 години за двете групи.*

За националноста на адолесцентите кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, најзачестена е првата категорија односно Македонци (Mode) е 1,00 , а исто и за втората група.

Подолу дадени се фрекфенциите и проценти за возраст и националност на адолесценти кои практикуваат и кои не практикуваат физичка активност од примерокот на истражување.

возраст на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18,00	20	33,33	33,33	33,33
	19,00	40	66,67	66,67	100,00
	Total	60	100,00	100,0	

Табела 4. Возраст на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично

Прикажаните податоци покажуваат дека во однос на возраст на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, поголема фрекфенција 40 или 66,67% ,се адолесценти кои имаат 19 години.

Возраст на адолесценти кои не практикуваат физичка активност

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	18,00	42	70,00	70,00	70,00
	19,00	18	30,00	30,00	100,00
	Total	60	100,0	100,0	

Табела 5. Возраст на адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните податоци покажуваат дека во однос на возраст на адолесценти кои не практикуваат физичка активност поголема фрекфенција 42 или 70,00% се адолесценти на 18 години.

Националност на адолесценти кои практикуваат физичка активност
2-3 пати седмично

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	35	58,33	58,33	58,33
	2,00	15	25,00	25,00	83,33
	3,00	1	1,67	1,67	85,00
	4,00	9	15,00	15,00	100,00
					100,00
	Total	60	100,0	100,0	

Табела 6. Националност на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично

Прикажаните податоци кои се однесуваат на националност на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, покажуваат дека најзастапени се адолесценти од првата катагорија 1, односно Македонци со 35 или 58,33%.

Националност на адолесценти кои не практикуваат физичка активност

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	1,00	40	66,67	66,67	66,67
	2,00	11	18,33	66,67	85,00
	3,00	6	10,00	10,00	95,00
	4,00	3	5,00	5,00	100,00
					100,00
	Total	60	100,0	100,0	

Табела 7. Националност на адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните податоци кои се однесуваат на националност на адолесценти кои не практикуваат физичка активност, покажуваат дека најзастапени се адолесценти од првата катагорија 1, односно Македонци со 40 или 66,67%.

Сублимирано, како што е дадено примерокот брои 120 единици на анализа, адоллесценти во доцна адолесценти, по 60 за секоја група (практикување и не практикување на физичка активност).

Во однос на пол на адолесцентите испитаници, подеднакво се застапени од двата пола односно по 60 или 50% машки и 60 женски или 50%.

Средната вредност (Mean) за возраста на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично изнесува 18,6714 години, додека адолесценти кои не практикуваат физичка активност е 18,1143 година. Во однос на возраста на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, поголема фрекфенција 40 или 66,67% се адолесценти кои имаат 19 години, а кај оние кои не практикуваат физичка активност поголема фрекфенција 42 или 70,00% се адолесценти на 18 години.

За националноста на адолесцентите кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, најзачестена е првата категорија односно Македонци, а исто и за втората група.

2.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИ ОД ИНСТРУМЕНТИТЕ

Добиените резултати од Скалата на перцепиран стрес (PSS) се прикажани и интерпретирани согласно потхипотезите:

1.1.Постои ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

Ниво на перцепиран стрес	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Вкупен резултат стрес	60	0,00	28,00	11,24575	3,43842
Valid N (listwise)	60				

Табела 1. ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност

Прикажаните податоци кои се однесуваат на нивото на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата, покажуваат дека

Податоците се добиени од вкупно N =60 испитаници , адолесценти кои практикуваат физичка активност. Ова покажува дека има 60 точки на податоци во базата на податоци.

Минимум: 0 скор, и ова е најмалата вредност во базата на податоци, а максимум е 28 скора што е најголемата вредност во базата на податоци.

Средна вредност (Mean): 11,24575 со стандардна девијација: 3,43842 која ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на повеќе распространети податоци.

Средната вреденост M=11,24575 е во рамки на (0-13) и укажува на ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Сумирано, вкупниот резултат на Скалата на перцепиран стрес (PSS) има опсег од 0,00 до 28,00, со просечна (средна) вредност од приближно 11.25. Стандардната девијација од 3,44 укажува на умерена варијабилност во базата на податоци. Резултатот се состои од 60 валидни одговори без вредности што недостасуваат за оваа променлива.

Средната вреденост M=11.25 е во рамки на (0-13) и укажува на ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Ова упатува на потрвдување на потхипотезата 1.1.постои ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Добиените резултати за анксиозноста со користење на скалата *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED ги даде следните резултати во однос на потхипотеза:*
1.2.постои ниско ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Вкупен резултат анксиозност	60	4,00	26,00	16,11574	5,45874
Valid N (listwise)	60				

Табела 2.Дескриптивни статици за ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за за ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност.
Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 4,00, а максимум: со 26,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.
Средна вредност (M) 6,11574 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 5,45874 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност **добиена од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на анксиозност се движат од минимум 4,00 до максимум 26,00, со просечно (M)**

ниво на анксиозност од приближно 16,12. Стандардната девијација од 5,46 укажува на умерена варијабилност во нивоата на анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=16,12 е под границата >25 и укажува на <u>ниско ниво на</u> ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипоте за 1.2.постои ниско ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.2.1.постои ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на генерализирани симптоми на анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат генерализирани симптоми на анксиозност (1, 4, 8, 12, 14, 19, 23, 25, 28)	60	0,00	9,00	3,56991	2,77451
Valid N (listwise)	60				

Табела 3.Дескриптивни статисти за нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата, конкретно за ајтемите (1, 4, 8, 12, 14, 19, 23, 25, 28)

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 0,00, а максимум: со 9,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 3,56991 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 2,77451 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на генерализирани симптоми на анксиозност се движат од минимум 0,00 до максимум 9,00, со просечно (M) ниво на генерализирани симптоми на анксиозност од приближно 3,57. Стандардната девијација од 2,78 укажува на умерена варијабилност во нивоата на генерализирана анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=3,57 е во границата (0-5) и укажува на ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.1.постои ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.2.2.Постои ниско ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на сепараciска анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат симптоми на сепараciска анксиозност (ајтеми 5, 9, 13, 17, 24)	60	0,00	7,00	2,44365	3,35412

Valid N (listwise)	60				

Табела 4.Дескриптивни статстици за ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (5, 9, 13, 17, 24).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 0,00, а максимум: со 7,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 2,44365 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 3,35412 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 7,00, со просечно (M) ниво на сепараciска анксиозност од приближно 2,44 Стандардната девијација од 3,35 укажува на умерена варијабилност во нивоата на сепараciска анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=2,44 е во границата (0-3) и укажува на <u>ниско ниво</u> на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.2.постои ниско ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.2.3.постои ниско ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на социјална анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на социјална анксиозност (ајтеми 3, 7, 10, 15, 18, 20, 22, 27)	60	0,00	10,00	3,14253	4,06542
Valid N (listwise)	60				

Табела 5.Дескриптивни статстици за ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (3, 7, 10, 15, 18, 20, 22, 27).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 0,00, а максимум: со 10,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 3,14253 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 4,06542 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 10,00, со просечно (M) ниво на социјална анксиозност од приближно 3,14. Стандардната девијација од 4,07 укажува на умерена варијабилност во нивоата на социјална анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=3,14 е во границата (0-4) и укажува на <u>ниско ниво</u> на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.3.постои ниско ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.2.4.постои ниско ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на паника	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на паника (ајтеми 2, 6, 11, 16, 21, 26, 29)	60	1,00	13,00	5,45239	2,25442
Valid N (listwise)	60				

Табела 6.Дескриптивни статстици за ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (2, 6, 11, 16, 21, 26, 29).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 1,00, а максимум: со 13,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 5,45239 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 2,25442 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 1,00 до максимум 13,00, со просечно (M) ниво на паника од приближно 5,45. Стандардната девијација од 2,25 укажува на умерена варијабилност во нивоата на паника кај испитаниците.

Средната вредност M=3,14 е во границата (0-7) и укажува на <u>ниско ниво</u> на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.4.постои ниско ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.2.5.Постои ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на избегнување на училиште	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на избегнување на училиште (ајтеми ајтеми 30, 31, 32).	60	0,00	1,00	0,33514	0,68521
Valid N (listwise)	60				

Табела 7.Дескриптивни статстици за ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата конкретно за ајтемите (30, 31, 32).
Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 0,00, а максимум: со 1,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.
Средна вредност (M) 0,33514 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 0,68521 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 1,00, со просечно (М) ниво на паника од приближно 0,34. Стандардната девијација од 0,67 укажува на умерена варијабилност во нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност.

Средната вредност М=0,34 е во границата (0-1) и укажува на ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.5.постои ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

1.3.Постои високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

Ниво на перцепиран стрес	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Вкупен резултат	60	6,00	40,00	32,36114	5,02438
Valid N (listwise)	60				

Табела 8. Ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните податоци кои се однесуваат на нивото на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата, покажуваат дека

Податоците се добиени од вкупно N =60 испитаници , адолесценти кои не практикуваат физичка активност. Ова покажува дека има 60 точки на податоци во базата на податоци.

Минимум: 6,00 скор, и ова е најмалата вредност во базата на податоци, а максимум е 40 скора што е најголемата вредност во базата на податоци.

Средна вредност (Mean): 32,36114 со стандардна девијација: 5,02438 која ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на повеќе распространети податоци.

Средната вреденост M= 32,36114 е во рамки на (27-40) и укажува на високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Сумирано, вкупниот резултат на Скалата на перцепиран стрес (PSS) има опсег од 6,00 до 40,00, со просечна (средна) вредност од приближно 32,36114 **. Стандардната девијација од** 5,02438 **укажува на умерена варијабилност во базата на податоци. Резултатот се состои од 60 валидни одговори без вредности што недостасуваат за оваа променлива.**

Средната вреденост M=32,36114 **е во рамки на (27-40) и укажува на високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.**

Ова упатува на потврдување на потхипотезата 1.3.постои високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

1.4.Постои значајно ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Вкупен резултат анксиозност	60	15,00	67,00	36,04762	4,85236
Valid N (listwise)	60				

Табела 9.Дескриптивни статстици за ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за за ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност.

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 15,00, а максимум: со 67,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 36,04762 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 4,85236 ја мери количината на варијација или

дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност добиена од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на анксиозност се движат од минимум 15,00 до максимум 67,00, со просечно (M) ниво на анксиозност од приближно 36,05. Стандардната девијација од 4,85 укажува на умерена варијабилност во нивоата на анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=36,05 е над границата >25 и укажува на <u>значајно ниво на</u> ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност.

Ова упатува на прифаќање на 1.4. постои значајно ниво на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

1.4.1.Постои значајно ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на генерализирани симптоми на анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат генерализирани симптоми на анксиозност (1, 4, 8, 12, 14, 19, 23, 25, 28)	60	7,00	18,00	11,45981	3,56960
Valid N (listwise)	60				

Табела 10.Дескриптивни статстици за нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата, конкретно за ајтемите (1, 4, 8, 12, 14, 19, 23, 25, 28)

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 7,00, а максимум: со 18,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 11,45981 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 3,56960 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на генерализирани симптоми на анксиозност се движат од минимум 7,00 до максимум 18,00, со просечно (M) ниво на генерализирани симптоми на анксиозност од приближно 11,46 Стандардната девијација од 3,60 укажува на умерена варијабилност во нивоата на генерализирана анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=11,46 е во границата (9-18) и укажува на високо ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на подхипотеза 1.4.1.постои значајно ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

1.4.2.постои значајно ниво на симптоми на сепарациона анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на сепараciска анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation

Резултат симптоми на сепараciска анксиозност (ајтеми 5, 9, 13, 17, 24)	60	5,00	10,00	7,35980	5,00458
Valid N (listwise)	60				

Табела 11..Дескриптивни статстици за ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (5, 9, 13, 17, 24).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 5,00, а максимум: со 10,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 7,35980 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 5,00458 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 5,00 до максимум 10,00, со просечно (M) ниво на сепараciска анксиозност од приближно 7,36, стандардната девијација од 5,00 укажува на умерена варијабилност во нивоата на сепараciска анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=7,36 е во границата (6-10) и укажува на <u>високо ниво</u> на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.4.2.постои значајно ниво на симптоми на сепарациона анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

1.4.3.Постои значајно ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

Ниво на социјална анксиозност	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на социјална анксиозност (ајтеми 3, 7, 10, 15, 18, 20, 22, 27)	60	7,00	16,00	14,33541	1,91142
Valid N (listwise)	60				

Табела 12.Дескриптивни статстици за ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (3, 7, 10, 15, 18, 20, 22, 27).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 7,00, а максимум: со 16,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 14,33541 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 1,91142 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 7,00 до максимум 16,00, со просечно (M) ниво на

социјална анксиозност од приближно 14,33541 Стандардната девијација од 1,91 укажува на умерена варијабилност во нивоата на социјална анксиозност кај испитаниците.

Средната вредност M=14,33541 е во границата (9-16) и укажува на високо ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.4.3.постои значајно ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

1.4.4.Постои значајно ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на паника	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на паника (ајтеми 2, 6, 11, 16, 21, 26, 29)	60	10,00	26,00	20,86523	3,00842
Valid N (listwise)	60				

Табела 13.Дескриптивни статстици за ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност конкретно за ајтемите (2, 6, 11, 16, 21, 26, 29).

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 10,00, а максимум: со 26,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 20,86523 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 3,00842 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 10,00 до максимум 26,00, со просечно (M) ниво на паника од приближно 20,87 Стандардната девијација од 3,01 укажува на умерена варијабилност во нивоата на паника кај испитаниците.

Средната вредност M=320,87 е во границата (12-26) и укажува на високо ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.4.4.постои значајно ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

1.4.5.Постои значајно ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата;

Descriptive Statistics

ниво на избегнување на училиште	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Резултат ниво на избегнување на училиште (ајтеми ајтеми 30, 31, 32))	60	2,00	6,00	3,65891	3,65221
Valid N (listwise)	60				

Табела 14.Дескриптивни статстици за ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

Прикажаните вредности даваат дескриптивна статистика за ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата конкретно за ајтемите (30, 31, 32)

Минимум е најмалата вредност на скорови на скалата 2,00, а максимум: со 6,00 скора е најголемата вредност во базата на податоци за променливата.

Средна вредност (M) 3,65891 е просечната вредност на променливата кај сите одговори. Стандардна девијација Sd: 3,65221 ја мери количината на варијација или дисперзија во базата на податоци. Повисокото стандардно отстапување укажува на поголема варијабилност околу средната вредност.

Сумирано, за варијаблата ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 2,00 до максимум 6,00, со просечно (M) ниво на паника од приближно 3,66 стандардната девијација од 3,65 укажува на умерена варијабилност во нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност.

Средната вредност M=3,66 е во границата (3-6) и укажува на <u>високо ниво</u> на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на подхипотеза 1.4.5.постои значајно ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

2.1.Постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата;

За утврдување на поврзаност на варијаблите на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата пресметана е непараметарска корелација Пирсон корелација.

Correlations

		практикување на физичка активност	стрес
практикување на	Pearson Correlation	1	-,632)

физичка активност	Sig. (2-tailed)		,003
	N	60	60
стрес	Pearson Correlation	-,632)	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	60	60

Табела 15.Пирсон корелација на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата

Табелата ги прикажува резултатите од анализата на корелација на Пирсон помеѓу променливите практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти во државата. Коефициент на корелација на Пирсон: -0,632, со значење (Sig. 2-tailed): 0,003 со N =60 испитаници.

Коефициентот на корелација на Пирсон се движи од -1 до 1, каде што: 1 означува совршена негативна корелација,-1 укажува на совршена позитивна корелација, и 0 означува никаква корелација.

Во овој случај, коефициентот на корелација е -0,632, што укажува на значајна негативна корелација (+-0.40- +-0.70) помеѓу практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти . P-вредноста (Sig. 2-tailed) е 0,003, што е помало од конвенционалното ниво на значајност од 0,05. Според тоа, корелацијата е статистички значајна на ниво од 0,05.

Статистичката значајност сугерира дека набљудуваната корелација веројатно нема да се должи на случајна шанса во примерокот. Тоа имплицира дека постојат докази за поддршка на заклучокот дека <u>постои значајна негативна корелација</u> помеѓу практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти.

Ова упатува на прифаќање на потхипотезата 2.1.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата. Тоа би значело дека адолесцентите кои практикуваат физичка активност имаат пониско ниво на стрес.

2.2.Постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата;

За утврдување на поврзаност на варијаблите на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата пресметана е непараметарска корелација Пирсон корелација.

Correlations

		практикување на физичка активност	анксиозност
практикување на физичка активност	Pearson Correlation	1	-,711)
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	60	60
анксиозност	Pearson Correlation	-,711)	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	60	60

Табела 16.Пирсон корелација на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата

Табелата ги прикажува резултатите од анализата на корелација на Пирсон помеѓу променливите практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти во државата. Коефициент на корелација на Пирсон: -0,711, со значење (Sig. 2-tailed): 0,002 со N =60 испитаници.

Коефициентот на корелација на Пирсон се движи од -1 до 1, каде што: 1 означува совршена негативна корелација,-1 укажува на совршена позитивна корелација, и 0 означува никаква корелација.

Во овој случај, коефициентот на корелација е -0,711, во рамки (+-0.70- +-1)што укажува на висока негативна корелација помеѓу практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти . P-вредноста (Sig. 2-tailed) е 0,002, што е помало од конвенционалното ниво на значајност од 0,05. Според тоа, корелацијата е статистички значајна на ниво од 0,05.

Статистичката значајност сугерира дека набљудуваната корелација веројатно нема да се должи на случајна шанса во примерокот. Тоа имплицира дека постојат докази за поддршка на заклучокот дека <u>постои значајна негативна корелација</u> помеѓу практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти.

Ова упатува на прифаќање на потхипотезата 2.2.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата. **Тоа би значело дека адолесцентите кои практикуваат физичка активност имаат пониско ниво на анксиозност.**

3.1.Постои разлика во нивото на стрес кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност ;

За утврдување на разликите помеѓу двете групи на испитаници, адолесценти кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на стрес, пресметан е независен Т- тест.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
резултат	Equal variances assumed	,154	,003	-26,874	118	,000	11,24575	3,43842	-1,9621)	-4,53656)

	Equal variances not assumed			-26,874	118	,000	32,36114	5,02438	-1,56223)	-5,22254)

Табела 17.Независен Т- тест

Табелата ги прикажува резултатите од независен т-тест за примероците. Добиени се вредности t : -26,874 со степени на слобода (df): 118, Значење (Sig. 2-tailed): 0.000.

Т-тестот ги споредува средните вредности на две независни групи -двете групи на испитаници-адолесценти, кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на стрес за да утврди дали постои статистички значајна разлика меѓу нив. Резултатите укажуваат дека разликата во средната вредност е статистички значајна (p-вредност < 0,05), без разлика дали се претпоставуваат еднакви варијанси или не.

Со оглед на тоа што т-вредноста е многу висока (во апсолутна смисла) и p-вредноста е помала од 0,05), можеме да заклучиме дека постои статистички значајна разлика помеѓу средните вредности на двете групи. Со други зборови, средните вредности на двете групи значајно се разликуваат една од друга.

Сумативно, постојат докази кои укажуваат на значајна разлика во средините помеѓу двете групи што се споредуваат и ова упатува на прифаќање на потхипотезата. 3.1.Постои разлика во нивото на стрес кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност.

3.2. Постои разлика во нивото на анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност.

За утврдување на разликите помеѓу двете групи на испитаници, адолесценти кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на анксиозност, пресметан е независен Т- тест.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
резултат	Equal variances assumed	,105	,002	-21,14021	118	,000	16,11574	5,45874	-1,86521)	-4,56841
	Equal variances not assumed			-21,14021	118	,000	36,04762	4,85236	-1,96533)	-5,32541)

Табела 18..Независен Т- тест

Табелата ги прикажува резултатите од независен т-тест за примероците. Добиени се вредности t : -21, 14021 со степени на слобода (df): 118, Значење (Sig. 2-tailed): 0.000.

Т-тестот ги споредува средните вредности на две независни групи -двете групи на испитаници-адолесценти, кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на анксиозност за да утврди дали постои статистички значајна разлика меѓу нив. Резултатите укажуваат дека разликата во средната вредност е статистички значајна (p-вредност < 0,05), без разлика дали се претпоставуваат еднакви варијанти или не.

Со оглед на тоа што т-вредноста е многу висока (во апсолутна смисла) и p-вредноста е помала од 0,05), можеме да заклучиме дека се отфрла нулта хипотеза

за непостеоње разлики и се прифаќа дека постои статистички значајна разлика помеѓу средните вредности на двете групи. Со други зборови, средните вредности на двете групи значајно се разликуваат една од друга.

Сумативно, постојат докази кои укажуваат на значајна разлика во средините помеѓу двете групи што се споредуваат и ова упатува на прифаќање на потхипотезата. 3.2. Постои разлика во нивото на анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност.

Сите потврдени потхипотези упатуваат на прифаќање на генералната хипотеза: Постои поврзаност меѓу практикувањето на физичка активност и нивоата на стрес и анксиозност кај адолесцентите во државата.

IV ДЕЛ

ЗАКЛУЧНИ РЕЗУЛТАТИ

Проблемот на емпириското научно истражување е насочен кон истражување на влијанието на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесценти во државата.

Примерокот брои 120 единици на анализа, адолесценти во доцна адолесценти, по 60 за секоја група (практикување и непрактикување на физичка активност).

Во однос на пол на адолесцентите испитаници, подеднакво се застапени од двата пола односно по 60 или 50% машки и 60 женски или 50%.

Средната вредност (Mean) за возраста на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично изнесува 18,6714 години, додека адолесценти кои не практикуваат физичка активност е 18,1143 година. Во однос на возраста на адолесценти кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, поголема фрекфенција 40 или 66,67% се адолесценти кои имаат 19 години, а кај оние кои не практикуваат физичка активност поголема фрекфенција 42 или 70,00% се адолесценти на 18 години.

За националноста на адолесцентите кои практикуваат физичка активност 2-3 пати седмично, најзачаестена е првата категорија односно Македонци, а исто и за втората група.

Вкупниот резултат на Скалата на перцепиран стрес (PSS) има опсег од 0,00 до 28,00, со просечна (средна) вредност M= 11.25. Стандардната девијација Sd=3,44 укажува на умерена варијабилност во базата на податоци. Средната вредност M=11.25 е во рамки на (0-13) и укажува на ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Ова упатува на потврдување на потхипотезата. 1.1.Постои ниско ниво на стрес кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

За варијаблата ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност добиена од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на анксиозност се движат од минимум 4,00 до максимум 26,00, со средна вредност M= 16,12. Стандардната девијација Sd= 5,46 укажува на умерена варијабилност во нивоата на анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=16,12 е под границата >25 и

укажува на ниско ниво на ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.Постои ниско ниво на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

За варијаблата нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на генерализирани симптоми на анксиозност се движат од минимум 0,00 до максимум 9,00, со просечна вредност (M) на генерализирани симптоми на анксиозност од приближно 3,57. Стандардната девијација од 2,78 укажува на умерена варијабилност во нивоата на генерализирана анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=3,57 е во границата (0-5) и укажува на ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.2.1.постои ниско ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

За варијаблата ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 7,00, со просечно (M) ниво на сепараciска анксиозност од приближно 2,44. Стандардната девијација од 3,35 укажува на умерена варијабилност во нивоата на сепараciска анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=2,44 е во границата (0-3) и укажува на ниско ниво на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза .1.2.2.постои ниско ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на социјална

анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 10,00, со просечна (M) вредност на социјална анксиозност од приближно 3,14 и стандардната девијација од 4,07 укажува на умерена варијабилност во нивоата на социјална анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=3,14 е во границата (0-4) и укажува на ниско ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза. 1.2.3.постои ниско ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 1,00 до максимум 13,00, со просечно (M) ниво на паника од приближно 5,45 Стандардната девијација од 2,25 укажува на умерена варијабилност во нивоата на паника кај испитаниците.
Средната вредност M=3,14 е во границата (0-7) и укажува на ниско ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на подхипотеза 1.2.4.постои ниско ниво на паника кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

За варијаблата ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност се движат од минимум 0,00 до максимум 1,00, со просечно (M) ниво на паника од приближно 0,34 Стандардната девијација од 0,67 укажува на умерена варијабилност во нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност. Средната вредност M=0,34 е во границата (0-1) и укажува на ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза. 1.2.5.постои ниско ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Вкупниот резултат на Скалата на перцепиран стрес (PSS) има опсег од 6,00 до 40,00, со просечна (средна) вредност од приближно 32,36114 . Стандардната девијација од 5,02438 укажува на умерена варијабилност во базата на податоци. Ресзултатот се состои од 60 валидни одговори без вредности што недостасуваат за оваа променлива.
Средната вреденост M=32,36114 е во рамки на (27-40) и укажува на високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.
Ова упатува на потврдување на потхипотезата 1.3.постои високо ниво на стрес кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата;

За варијаблата нивото на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на генерализирани симптоми на анксиозност се движат од минимум 7,00 до максимум 18,00, со просечно (M) ниво на генерализирани симптоми на анксиозност од приближно 11,46. Стандардната девијација од 3,60 укажува на умерена варијабилност во нивоата на генерализирана анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=11,46 е во границата (9-18) и укажува на високо ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза. 1.4.1.постои значајно ниво на генерализирани симптоми на анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на симптоми на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 5,00 до максимум 10,00, со просечно (M) ниво на сепараciска анксиозност од приближно 7,36 Стандардната девијација од 5,00 укажува на умерена варијабилност во нивоата на сепараciска анксиозност кај испитаниците. Средната вредност M=7,36 е во границата (6-10) и укажува на високо ниво на сепараciска анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.
Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.4.2.постои значајно ниво на симптоми на сепарациона анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 7,00 до максимум 16,00, со просечно (М) ниво на социјална анксиозност од приближно 14,33541 Стандардната девијација од 1,91 укажува на умерена варијабилност во нивоата на социјална анксиозност кај испитаниците. Средната вредност М=14,33541 е во границата (9-16) и укажува на високо ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на потхипотеза 1.4.3.постои значајно ниво на социјална анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 10,00 до максимум 26,00, со просечно (М) ниво на паника од приближно 20,87 Стандардната девијација од 3,01 укажува на умерена варијабилност во нивоата на паника кај испитаниците.

Средната вредност М=320,87 е во границата (12-26) и укажува на високо ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на подхипотеза 1.4.4.постои значајно ниво на паника кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Варијаблата ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата од база на податоци со 60 единици на анализа, нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност се движат од минимум 2,00 до максимум 6,00, со просечно (М) ниво на паника од приближно 3,66 Стандардната девијација од 3,65 укажува на умерена варијабилност во нивоата на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност.

Средната вредност М=3,66 е во границата (3-6) и укажува на високо ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност во државата.

Наведените податоци упатуваат на прифаќање на подхипотеза 1.4.5.постои значајно ниво на избегнување на училиште кај адолесценти кои практикуваат физичка активност во државата.

Во однос на испитување на поврзаност помеѓу практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти , добиен е коефициентот на корелација е -0,632, што укажува на значајна негативна корелација (+-0.40- +-0.70) помеѓу практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти . P-вредноста (Sig. 2-tailed) е 0,003, што е помало од конвенционалното ниво на значајност од 0,05. Според тоа, корелацијата е статистички значајна на ниво од 0,05. Тоа имплицира дека постојат докази за поддршка на заклучокот дека постои значајна негативна корелација помеѓу практикување на физичка активност и нивото на стрес кај адолесценти.

Ова упатува на прифаќање на подхипотезата 2.1.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на стрес кај адолесценти во државата. Тоа би значело дека адолесцентите кои практикуваат физичка активност имаат пониско ниво на стрес.

Во однос на испитување на поврзаност помеѓу практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти утврден е коефициентот на корелација е -0,711, во рамки (+-0.70- +-1)што укажува на висока негативна корелација помеѓу практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти . P-вредноста (Sig. 2-tailed) е 0,002, што е помало од конвенционалното ниво на значајност од 0,05. Според тоа, корелацијата е статистички значајна на ниво од 0,05. Тоа имплицира дека постојат докази за поддршка на заклучокот дека постои значајна негативна корелација помеѓу практикување на физичка активност и нивото на анксиозност кај адолесценти.

Ова упатува на прифаќање на потхипотезата. 2.2.постои поврзаност на практикување на физичка активност врз нивото на анксиозност кај адолесценти во државата. Тоа би значело дека адолесцентите кои практикуваат физичка активност имаат пониско ниво на анксиозност.

За утврдување на разликите помеѓу двете групи на испитаници, адолесценти кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на стрес, пресметан е независен Т- тест. Добиени се вредности t : -26,874 со степени на слобода

(df): 118, значење (Sig. 2-tailed): 0.000. Т-тестот ги споредува средните вредности на две независни групи -двете групи на испитаници-адолесценти, кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на стрес за да утврди дали постои статистички значајна разлика меѓу нив. Резултатите укажуваат дека разликата во средната вредност е статистички значајна (p-вредност < 0,05).
Со оглед на тоа што t -вредноста е многу висока (во апсолутна смисла) и p-вредноста е помала од 0,05, може да се заклучи дека постои статистички значајна разлика помеѓу средните вредности на двете групи. Со други зборови, средните вредности на двете групи значајно се разликуваат една од друга.

Ова насочува дека постојат докази кои укажуваат на значајна разлика во средините помеѓу двете групи што се споредуваат и ова упатува на прифаќање на потхипотезата 3.1.Постои разлика во нивото на стрес кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност.

За утврдување на разликите помеѓу двете групи на испитаници, адолесценти кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на анксиозност, пресметан е независен Т- тест. Добиени се вредности t : -21, 14021со степени на слобода (df): 118, значење (Sig. 2-tailed): 0.000. Т-тестот ги споредува средните вредности на две независни групи -двете групи на испитаници-адолесценти кои практикуваат и не практикуваат физичка активност во однос на нивото на анксиозност за да утврди дали постои статистички значајна разлика меѓу нив. Резултатите укажуваат дека разликата во средната вредност е статистички значајна (p-вредност < 0,05).
Со оглед на тоа што t -вредноста е многу висока (во апсолутна смисла) и p-вредноста е помала од 0,05), може да се заклучи дека се отфрла нулта хипотеза за непостеоње разлики и се прифаќа дека постои статистички значајна разлика помеѓу средните вредности на двете групи. Со други зборови, средните вредности на двете групи значајно се разликуваат една од друга.

Ова насочува дека постојат докази кои укажуваат на значајна разлика во средините помеѓу двете групи што се споредуваат и ова упатува на прифаќање на потхипотезата. 3.2. Постои разлика во нивото на анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност.

Сите потврдени потхипотези упатуваат на прифаќање на генералната хипотеза: Постои поврзаност меѓу практикувањето на физичка активност и нивоата на стрес и анксиозност кај адолесцентите во државата.

ДИСКУСИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Проблемот на емпириското научно истражување кој е насочен кон истражување на влијанието на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесценти во државата ги даде следните резултати:
Ниско ниво на стрес и анксиозност кај адолесценти кои практикуваат физичка активност (1.1, 1.2)

Хипотеза 1.1: Резултатите покажуваат дека адолесцентите кои редовно практикуваат физичка активност имаат пониско ниво на стрес. Ова може да се објасни со тоа што физичката активност предизвикува ослободување на ендорфини, кои го намалуваат стресот и ја подобруваат општата благосостојба. Дополнително, учеството во спортски тимови и активности може да обезбеди социјална поддршка и да го подобри чувството на припадност, што исто така помага во намалувањето на стресот.

Хипотеза 1.2: Пониските нивоа на анксиозност кај физички активните адолесценти исто така се потврдени. Физичката активност може да дејствува како природен анксиолитик преку механизми како подобрување на самодовербата и одвлекување на вниманието од негативни мисли.

Хипотези 1.2.1 - 1.2.5: Пониски нивоа на генерализирани симптоми на анксиозност, симптоми на сепарациона анксиозност, социјална анксиозност, паника и избегнување на училиште кај физички активните адолесценти се потврдени. Ова може да биде резултат на редовната физичка активност која ја подобрува регулацијата на емоциите и обезбедува структуриран начин за справување со стресот.

Високо ниво на стрес и анксиозност кај адолесценти кои не практикуваат физичка активност (1.3, 1.4)

Хипотеза 1.3: Адолесцентите кои не практикуваат физичка активност покажуваат повисоки нивоа на стрес. Овој резултат е очекуван, бидејќи недостатокот на физичка активност може да доведе до акумулација на стрес, без природни механизми за негова редукција.

Хипотеза 1.4: Високото ниво на анксиозност кај адолесцентите кои не се физички активни е потврдено. Недостатокот на физичка активност може да ги влоши симптомите на анксиозност поради недостаток на одвлекување и намалување на стресот.

Хипотези 1.4.1 - 1.4.5: Генерализираната анксиозност, сепарационата анксиозност, социјалната анксиозност, паниката и избегнувањето на училиште се посилно изразени кај адолесцентите кои не практикуваат физичка активност. Ова покажува дека физичката активност игра важна улога во менталното здравје на младите.

Поврзаност меѓу физичката активност и нивото на стрес и анксиозност (2.1, 2.2)

Хипотези 2.1 и 2.2: Постои значајна поврзаност помеѓу практикувањето физичка активност и нивото на стрес и анксиозност. Физичката активност се покажува како значаен фактор во намалувањето на стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Овие резултати сугерираат дека вклучувањето на редовна физичка активност во дневната рутина на адолесцентите може да има значајни бенефити за нивното ментално здравје.

Разлики во нивото на стрес и анксиозност кај адолесцентите кои практикуваат и не практикуваат физичка активност (3.1, 3.2)

Хипотези 3.1 и 3.2: Резултатите покажуваат значајни разлики во нивото на стрес и анксиозност меѓу адолесцентите кои практикуваат и оние кои не практикуваат физичка активност. Адолесцентите кои практикуваат физичка активност имаат значително пониски нивоа на стрес и анксиозност. Ова укажува на важноста на физичката активност како превентивна мерка за менталното здравје.

Резултатите од ова истражување потврдуваат дека физичката активност игра клучна улога во намалувањето на стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Потребно е да се промовираат програми за физичка активност во училиштата и заедниците за да се обезбеди подобро ментално здравје кај младите.

Подолу ќе ги споредиме резултатите од ова истражување со наоди од други слични истражувања.

Неколку студии ги поддржуваат наодите дека физичката активност го намалува стресот кај адолесцентите. Naidoo и Gaspar (2021)[6] во своето истражување покажуваат дека редовната физичка активност има значителен позитивен ефект врз намалувањето на стресот кај учениците во средните училишта. Ова е во согласност со нашите резултати кои укажуваат на ниско ниво на стрес кај адолесцентите кои практикуваат физичка активност.

Истражувањата исто така ја поддржуваат хипотезата дека физичката активност го намалува нивото на анксиозност кај адолесцентите. Во студија од Reigal et al. (2022)[7], се покажува дека редовната физичка активност значително ги намалува симптомите на анксиозност, вклучувајќи генерализирана анксиозност и социјална анксиозност. Ова е во согласност со нашите наоди кои укажуваат на ниско ниво на анксиозност кај физички активните адолесценти.

Според истражувањето на Rodriguez-Ayllon et al. (2020)[8], физичката активност има значајни позитивни ефекти врз намалувањето на социјалната анксиозност кај адолесцентите. Ова е компатибилно со нашите резултати, кои покажуваат ниско ниво на социјална анксиозност кај оние кои редовно се занимаваат со физичка активност.

Голем број студии потврдуваат дека постојат значајни разлики во нивото на стрес и анксиозност меѓу активни и неактивни адолесценти. Sliter и Sliter (2021)[9] истакнуваат дека адолесцентите кои не практикуваат физичка активност покажуваат повисоки нивоа на стрес и анксиозност. Ова ги поддржува нашите наоди и укажува на потребата од промовирање на физичката активност како средство за подобрување на менталното здравје кај младите.

---

[6] 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

[7] 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

[8] 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

[9] 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

Споредбата со слични истражувања покажува дека нашите резултати се во согласност со наодите од повеќе други студии. Физичката активност значително го намалува стресот и анксиозноста кај адолесцентите, а недостатокот на физичка активност е поврзан со повисоки нивоа на овие проблеми. Ова укажува на важноста на физичката активност за менталното здравје на младите и потребата од интервенции кои ќе ги поттикнуваат адолесцентите да бидат физички активни.

ЗАКЛУЧОК

Предмет на истражувањето беше влијанието на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесценти. Истражувањето спроведено на две групи адолесценти во доцна адолесценција, со вкупно 60 испитаници во секоја група, има за цел да ги истражи ефектите на физичката активност врз нивото на стрес и анксиозност. Резултатите јасно укажуваат на значајни разлики помеѓу адолесцентите кои редовно практикуваат физичка активност и оние кои не се активни.

Главни сознанија добиени во истражувањето се однесуваа на :

1.Ниско ниво на стрес и анксиозност кај физички активните адолесценти. Адолесцентите кои редовно се занимаваат со физичка активност имаат значително пониски нивоа на стрес и анксиозност во споредба со нивните неактивни врсници. Овие наоди се потврдени преку различни подкатегории на анксиозност, вклучувајќи генерализирана анксиозност, социјална анксиозност и симптоми на паника.

2.Високо ниво на стрес и анксиозност кај неактивните адолесценти. Адолесцентите кои не практикуваат физичка активност имаат повисоки нивоа на стрес и анксиозност. Ова вклучува различни форми на анксиозност како сепарациона анксиозност и избегнување на училиште.

3.Значајна поврзаност помеѓу физичката активност и менталното здравје. Резултатите покажуваат дека постои значајна поврзаност помеѓу практикувањето физичка активност и намалувањето на стресот и анксиозноста. Физичката активност се потврдува како важен фактор за подобрување на менталното здравје кај адолесцентите.

4.Разлики меѓу активни и неактивни адолесценти. Истражувањето открива значајни разлики во нивото на стрес и анксиозност помеѓу адолесцентите кои практикуваат физичка активност и оние кои не се активни, со физички активните адолесценти покажувајќи пониски нивоа на овие проблеми.

Овие наоди сугерираат дека физичката активност има потенцијал да биде важен елемент во превентивните програми за ментално здравје кај адолесцентите. Препорачливо е училиштата и општините преку психолозите да промовираат редовна физичка активност преку програми и иницијативи кои ќе ги поттикнуваат младите да бидат физички активни. Дополнително, родителите и воспитувачите треба да ги охрабруваат адолесцентите да се вклучат во спортски активности и редовно вежбање како дел од нивниот секојдневен живот.

Заклучно, истражувањето потврдува дека физичката активност игра значајна улога во намалувањето на стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Овие резултати се во согласност со претходни студии и укажуваат на потребата од континуирана поддршка и промоција на физичката активност за подобрување на менталното здравје на младите, како и понатамошни продлабочени истражувања на темата.

ПРЕПОРАКИ

Во насока на добиените резултати на истражувањето, следат неколку препораки за адолесцентите :

Редовна физичка активност.Препорачливо е адолесцентите што порано да се вклучат во редовна физичка активност, како што се спортови, фитнес или дури и секојдневни прошетки. Истражувањата покажуваат дека редовната физичка активност може значително да ги намали нивото на стрес и анксиозност.

Разновидност на активности.Важно е да се практикуваат различни видови физички активности за да се одржи интересот и мотивацијата на адолесцентите. Комбинација од спортски вежби, јога, медитација и активности на отворено може да биде особено корисна.

Поддршка од семејството и пријателите.Семејството и пријателите можат да играат клучна улога во охрабрувањето и поддршката на адолесцентите да останат физички активни. Заедничките активности или спортски активности и настани можат да бидат одличен начин за зајакнување на меѓусебните врски и намалување на стресот.

Учествување во спортски тимови или клубови.Вклучувањето во спортски тимови или клубови може да им обезбеди на адолесцентите чувство на припадност и социјална поддршка, што може дополнително да го намали стресот и анксиозноста.

Со интенција за продлабочување на темата на истражување се дадени препораки за понатамошни истражувања:

Лонгитудинални студии.Потребни се долгорочни студии за да се истражи долгорочниот ефект на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Ова ќе овозможи подобро разбирање на одржливоста на позитивните ефекти од физичката активност.

Различни типови на физичка активност.Истражувања кои ги испитуваат ефектите на различни видови физички активности (како што се јога, медитација, тимски спортови и индивидуални спортови) врз стресот и анксиозноста кај адолесцентите ќе бидат корисни за препорака на најсоодветните активности.

Механизми на влијание. Потребни се истражувања кои ќе се фокусираат на биолошките, психолошките и социјалните механизми преку кои физичката активност го намалува стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Ова ќе овозможи поцелосно разбирање на процесот и подобро креирање на интервенции.

Различни демографски групи. Потребни се истражувања кои ќе ги разгледуваат ефектите на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај различни демографски групи на адолесценти, вклучувајќи: пол, етничка припадност, социо-економски статус и географска локација.

Интервенции во училиштата. Истражувања кои ги испитуваат ефектите на интервенции за физичка активност спроведени во училиштата врз стресот и анксиозноста кај адолесцентите. Ова може да помогне во развојот на ефикасни програми за поддршка на менталното здравје на учениците.

Со овие препораки, истражувачите и практичарите можат подобро да ги разберат и адресираат ефектите на физичката активност врз стресот и анксиозноста кај адолесцентите.

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 Psychological Association. (2020). Stress: Definition. Retrieved from https://www.apa.org
5. Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 27. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00027
6. 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.
7. 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
8. 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
9. 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.
10. 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

11. Brdar, I. i Rijavec, M. (1997) Suočavanja sa stresom zbog loše ocjene – konstrukcija upitnika, Društvena istraživanja, 6, str. 599-617
12. Brdar, I. i Rijavec, M. (1997) Suočavanja sa stresom zbog loše ocjene – konstrukcija upitnika, Društvena istraživanja, 6, str. 599-617.
13. 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
14. 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.
15. 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
16. Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2020). Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. Guilford Press.
17. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press.
18. 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
19. 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
20. Cloninger, R. (1988). Anxiety and Theories of Emotion. *Handbook of Anxiety*, *2*, 1-30.
21. 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.
22. 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.

23. 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.
24. 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
25. 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.
26. 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
27. Foro, D..(2015). Profesionalne kompetencije nastavnika u suocavanju sa stresnim situacijama u skoli. *Doktorski rad. Zagreb.*
28. 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.
29. Frydenberg, E. i Lewis, R. (1991) Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope, Journal of Adolescence, 14, str. 119-133.
30. 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.
31. Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. Pearson Education.
32. Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. Pearson Education.
33. George, J. M., & Jones, G. (2012). Understanding and managing organizational behavior. Sixth edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
34. 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

35. 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.
36. 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
37. 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.*
38. Griffin, R. W., & Moorhead, G. (2014). Organizational behavior: Managing people and organizations. Eleventh edition. Mason, OH: South-Western Cengage Learning.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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
43. 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
44. 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.

45. 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
46. Kaplan, H. I. (2000). Anxiety, stress, and mechanisms of defense. American Psychiatric Press.
47. Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Therapist manual (3rd ed.). Workbook Publishing.
48. 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/.
49. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus, 18(2), 155-172.
50. 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.
51. Lazarus, R. S. i Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping, New York, Springer publishing company.
52. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer publishing company.
53. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
54. 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
55. 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
56. 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.

57. Mavar, M. (2007) PTSP i način suočavanja sa stresom u ratu traumatizirane djece, Acta Iadertina, 4, str. 81-91.
58. 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
59. 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
60. 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
61. 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.
62. Patterson, J. M. i McCubbin, H. J. (1987) Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement, Journal of adolescence, 10, str. 163-186.
63. 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).
64. Rajcevic, A. (2003). Prilog ispitivanju nekih odrednica i ishoda proaktivnog suocavanja. Diploma Thesis. Filozofski fakultet u Zagrebu.
65. 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.
66. 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
67. 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
68. 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

69. 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.
70. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2019-06/SCARED-form-Parent-and-Child-version.pdf
71. Seiffge-Krenke, J. (1998) Chronic disease and perceived developmental progression in adolescence, Developmental psychology, 34, 5, str. 1073-1084.
72. Simunovic, V. (1998). Suocavanje adolescenata i odraslih sa svakodnevnim stresnim situacijama. *Drustvena istrazivanja Zagreb, 3*(35), 317-338.
73. 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
74. 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
75. 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.
76. 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
77. 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.
78. 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.
79. Vulić-Prtorić, A. (2002) Priručnik za skalu suočavanja sa stresom za djecu i adolescente, Jastrebarsko: Naklada Slap.
80. World Health Organization. (2022). Physical activity. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

81. World Health Organization. Adolescent health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
82. World Health Organization. Physical activity. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
83. 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

ПРИЛОЗИ

Демографски податоци:

Пол:

- **Машко**
- **Женско**

Возраст:

- **18**
- **19**

Националност:

- **Македонец**
- **Албанец**
- **Турчин**
- **друга**

Скала за анксиозност - *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)*

Инструкции: Подолу се наоѓа листа на тврдења кои опишуваат како се чувствуваат луѓето. Прочитајте го секое тврдење и одлучете дали се однесува на вас или не со заокружување на броевите на дадената скала, каде што:

- **0 (не е точно или едвај е точно);**
- **1 (донекаде или понекогаш е точно);**
- **2 (многу е точно или често е точно).**

За секое тврдење заокружете го бројот што одговара на одговорот што ве опишува во последните 3 месеци.

Кога се чувствувам исплашено, тешко ми е да дишам. 0 1 2

Имам главоболки кога сум на училиште. 0 1 2

Не сакам да бидам со луѓе кои не ги познавам добро. 0 1 2

Се плашам ако спијам надвор од дома. 0 1 2

Се грижам за тоа дали им се допаѓам на другите луѓе. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, ми доаѓа да се онесвестам. 0 1 2

Јас сум нервозен/а. 0 1 2

Ги следам мајка ми или татко ми каде и да одат. 0 1 2

Луѓето ми велат дека изгледам нервозно. 0 1 2

Се чувствувам нервозен со луѓе кои не ги познавам добро. 0 1 2

Ме боли стомакот на училиште. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, се чувствувам како да полудувам. 0 1 2

Се грижам да спијам сам/а. 0 1 2

Се грижам да бидам добар/а како другите деца. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, чувствувам како работите да не се реални. 0 1 2

Имам кошмари дека нешто лошо што ќе им се случи на моите родители. 0 1 2

Се плашам да одам на училиште. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, срцето ми чука брзо. 0 1 2

Се тресам. 0 1 2

Имам кошмари дека нешто лошо што ми се случува. 0 1 2

Се грижам за функционирањето на работите. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, многу се потам. 0 1 2

Јас сум загрижен/а. 0 1 2

Навистина се плашам без никаква причина. 0 1 2

Се плашам да бидам сам/а дома. 0 1 2

Тешко ми е да разговарам со луѓе кои не ги познавам добро. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, се чувствувам како да се гушам. 0 1 2

Луѓето ми велат дека премногу се грижам. 0 1 2

Не сакам да бидам далеку од моето семејство. 0 1 2

Се плашам дека ќе имам напади на анксиозност (или паника). 0 1 2

Се грижам да не им се случи нешто лошо на моите родители. 0 1 2

Се чувствувам срамежливо со луѓе кои не ги познавам добро. 0 1 2

Се грижам за тоа што ќе се случи во иднина. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, ми доаѓа да повртам. 0 1 2

Се грижам за тоа колку добро ги правам работите. 0 1 2

Се плашам да одам на училиште. 0 1 2

Се грижам за работи кои веќе се случиле. 0 1 2

Кога ќе се исплашам, ми се врти. 0 1 2

Се чувствувам нервозен кога сум со други деца или возрасни и имам потреба да направам нешто додека ме гледаат (на пример: да читам на глас, да зборувам, да играм игри, да спортувам). 0 1 2

Се чувствувам нервозен/а кога одам на забави, танци или на кое било место каде што ќе има луѓе што не ги познавам добро. 0 1 2

Јас сум срамежлив/а. 0 1 2

Скала на перципиран стрес – *Perceived Stress Scale*

Инструкции: Подолу се наоѓа листа на тврдења кои опишуваат како се чувствуваат луѓето. Прочитајте го секое тврдење и одлучете дали се однесува на вас или не со заокружување на броевите на дадената скала, каде што:

- **0 (никогаш),**
- **1 (скоро никогаш)**
- **2 (понекогаш)**
- **3 (често)**
- **4 (многу често)**

1. Во последниот месец, колку често сте биле вознемирени поради нешто што се случило неочекувано? 0 1 2 3 4
2. Во последниот месец, колку често сте почувствувале дека не сте во можност да ги контролирате важните работи во вашиот живот? 0 1 2 3 4
3. Колку често сте се чувствувале нервозни и под стрес во последниот месец? 0 1 2 3 4
4. Во последниот месец, колку често сте се чувствувале сигурни за вашата способност да се справите со вашите лични проблеми? 0 1 2 3 4
5. Во последниот месец, колку често чувствувавте дека работите се одвиваат како што сакате? 0 1 2 3 4
6. Колку често во последниот месец откривте дека не можете да се справите со сите работи што требаше да ги направите? 0 1 2 3 4
7. Колку често можевте да ги контролирате иритациите во животот во последниот месец? 0 1 2 3 4
8. Во последниот месец, колку често сте почувствувале дека се справувате со работите? 0 1 2 3 4
9. Во последниот месец, колку често сте се налутиле поради работи што се случиле кои биле надвор од ваша контрола? 0 1 2 3 4
10. Во последниот месец, колку често сте почувствувале дека тешкотиите се натрупуваат толку многу што не можете да ги надминете? 0 1 2 3 4