МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКА РАБОТА

АНКСИОЗНОСТ КАЈ РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА СО ДЕФОРМИТЕТИ НА ’РБЕТНИОТ СТОЛБ

СТУДЕНТ:**АЛЕКСАНДАР КРСТЕВСКИ**
БРОЈ НА ИНДЕКС:**M223011**
МЕНТОР:**Д-Р ЃОРЃИНА КИМОВА**

Свети Николе, 2024

МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКА РАБОТА

АНКСИОЗНОСТ КАЈ РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА СО ДЕФОРМИТЕТИ НА ’РБЕТНИОТ СТОЛБ

СТУДЕНТ: **АЛЕКСАНДАР КРСТЕВСКИ**
БРОЈ НА ИНДЕКС:**М223011**
МЕНТОР:**Д-Р ЃОРЃИНА КИМОВА**

Свети Николе, 2024

АПСТРАКТ

Предметот на истражување во овој труд се однесува на застапеноста на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија и нивните ставови кон консултирање на психолошки услуги за надминување на проблемот со анксиозност. Анксиозноста како емоционален одговор на родителите чии деца имаат деформитети на ’рбетот може да има значително влијание врз различни аспекти на животот и здравјето. Чувствата на загриженост, страв и неизвесност може да доведат до психолошки предизвици.

За анксиозноста кај родителите чии деца имаат деформитетите на ’рбетот постојат мал број релевантни истражувања во државата и странство и од таа причина ова истражување е мал придонес кон фондот на научни сознанија со својот прелиминарен карактер.

Истражувањето се состои од теоретски и емпириски дел. Теоретскиот дел на истражувањето се базира на анализа и синтеза на теоретските сознанија за етиопатогенезата на деформитетите на ’рбетниот столб, анксиозните нарушувања, со особен осврт на анксиозноста која е присутна кај адолесцентите со деформитети на ’рбетот, како и начините на психолошка помош и поддршка.Емпирискиот дел на истражувањето се заснова на методот на неекспериментално истражување каде се применети техники и инструменти со кои се добиени релевантни податоци за истражувањето.

Врз основа не спроведеното емпириско истражување се утврди постоењена високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија. Користењето на психолошки услуги од страна на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетниот столб е на ниско ниво. Најголеми бариери за користење на психолошки услуги од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија се од финансиски аспект.

Клучни зборови: анксиозност, родители, адолесценти, адолесценција, ’рбетен столб, сколиоза, кифоза

ABSTRACT

The subject of research in this paper refers to the prevalence of anxiety among parents of children with spinal deformities in the Republic ofNorth Macedonia and their attitudes towards consulting psychological services to overcome the problem of anxiety. Anxiety as an emotional response of parents whose children have spinal deformities can have a significant impact on various aspects of life and health. Feelings of worry, fear and uncertainty can lead to psychological challenges.

About the anxiety of parents whose children have spine deformities, there are a small number of relevant researches in the country and abroad, and for that reason this research is a small contribution to the fund of scientific knowledge with its preliminary character.

The research consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part of the research is based on the analysis and synthesis of theoretical knowledge about the etiopathogenesis of spinal column deformities, anxiety disorders with particular reference to the anxiety that is present in adolescents with spinal deformities, as well as the ways of psychological help and support. The empirical part of the research is based on the method of non-experimental research where techniques and instruments were applied to obtain relevant data for the research.

Based on the empirical research that was not carried out, the existence of a high level of anxiety among the parents of children with spinal column deformities in the Republic of North Macedonia was determined. The use of psychological services by parents who have children with spinal deformities is at a low level. The biggest barriers to the use of psychological services by parents of children with spinal deformities in the Republic of North Macedonia are from a financial aspect.

Keywords: Anxiety, Parents, Adolescents, Adolescence, Spine, Scoliosis, Kyphosis

СОДРЖИНА

ВОВЕД……..1

I.ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ 5

1.Деформитетина ’рбетниот столб 5

1.1.Класификација на деформитети на ’рбетниот столб 5

1.2.Етиопатогенеза на деформитети на ’рбетниот столб 9

1.3.Третман на деформитети на’рбетниот столб.....15

2.Адолесценцијата како развоен период од животниот циклус на човекот…….....20

2.1.Основни карактеристики на адолесцентниот период.....20

2.2.Сликата за себе во адолесцентниот развоен период.....28

2.3.Здравствени аспекти во адолесцентниот развоен период.....32

3.Анксиозност и анксиозни растројства.....35

3.1.Базични концепти и типолошки класификации на анксиозноста и анксиозните растројства.....35

3.2.Деформитетите на ’рбетниот столб како фактор на анксиозност кај адолесцентите.....48

3.3.Деформитетите на ’рбетниотстолб кај децата како фактор на анксиозност кај родителите.....55

3.4.Третман на анксиозноста и анксиозните растројства.....58

II.МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....66

1.Проблем на истражување.....66

2.Цели и задачи на истражувањето.....66

2.1.Научна цел на истражувањето.....66

2.2.Практична цел на истражувањето.....67
3.Резултати од досегашни истражувања.....68
4.Предмет на истражувањето.....70
4.1.Теоретско определување на предметот на истражување.....70
4.2.Хипотези.....72
4.3.Варијабли.....73
5.Метод на истражување, техники и инструменти.....73
6.Популација и примерок.....75
7.Организација и спроведување на истражувањето.....75
III.ДЕЛ АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....76
1.Аназила и интерпретација на резултатите од инструментите.....76
IV.ДЕЛ ДИСКУСИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ.....120
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА.....124
ПРЕПОРАКИ.....129
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....132

Прилози.....125

Прилог 1:СКАЛА ДАСС.....136
Прилог 2:Анкетен лист за ставови кон психолошки услуги на родители на деца со деформитети на рбетен столб.....140

СЛИКИ.....143

Слика 1:Приказ на сколиотичен деформитет.....143

Слика 2:Приказ на кифотичен деформитет.....144

ВОВЕД

Мотивот да се започне истражување со ваков наслов е потребата да се осознае колку е застапена анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб, како и тоа како истата се манифестира кај родителите, а воедно и како се рефлектира на семејството во целина, особено во заемната релација со децата. Адолесценцијата претставува значаен период од животниот циклус на човекот. Во овој стресен психофизички развоен период кај адолесцентите се случуваат значајни физички, социјални и психолошки промени, а тоа е и период кога најчесто се јавуваат деформитети на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза) кои се последица на брзиот телесен раст и развој, карактеристични за овој развоен период.

Сколиотичните нарушувања претставуваат тродимензионална торзија на ’рбетниот столб, која ги вклучува екстремитетите, карлицата и позицијата на главата. Кифозата претставува зголемување на сагиталните кривини на ’рбетниот столб, најчесто во пределот на градниот кош и популарно е позната како подгрбавеност. Новонастанатите промени во физичкиот изглед кои се последица на деформитетите на ’рбетниот столб може да бидат тешко прифатливи за адолесцентите како чувствителна популација, а воедно да влијае и на зголемување на анксиозноста на нивните родители.

Соочувањето со дијагнозата на деформитет на ’рбетот, како и потребата за соодветен третман се настани во животот на младиот човек и неговото семејство кои можат да придонесат за зголемување на нивото на стрес, а воедно се појавува и потребата за соодветна помош и поддршка во новонастанатата животна ситуација. Дијагностицирањето на деформитетите на ’рбетот најчесто се случува во училишните години за време на редовните систематски прегледи, младите и родителите имаат малку информации што точно претставуваат сколиотичните и кифотични нарушувања и каков третман ќе биде потребен за успешно лекување на конкретниот проблем. Начинот на третманот на деформитетот на ’рбетот е детерминиран од тоа за колкав степен на искривување на ’рбетот станува збор, па според тоа тој може да биде: конзервативен со примена на соодветни вежби и носење на помагало (корсет), или хирушки, кога станува збор за деформитет на ’рбетот од поголем степен.

Соочувањето со дијагнозата на деформитет на ’рбетот и потребата од третман може да се одразат на менталното здравје на адолесцентите, како и да придонесат за зголемување на анксиозноста кај нивните родители. Најчестите психолошки проблеми со кои може да се соочат младите и нивните родители во оваа ситуација се: зголеменото присуство на чувството на страв, вознемиреност, загриженост, срам, тага, лутина, гнев, како и конфронтација во семејството и со врсниците. Значаен психолошки проблем кој може да настане од деформитетот на ’рбетот кај младата индивидуа е загриженоста за сопствениот физички изглед, односно сликата за сопственото тело. Сколиотичните и кифотични нарушувања кај младата популација особено се одразуваат и се забележуваат на физички план. Со оглед дека во адолесцентниот период се случуваат значајни промени на физички план, а младите се значително фокусирани на својот физички изглед и потребата за убавина и привлечност, деформитетот на ’рбетот е нешто кое во значајна мера може да влијае на тоа како младиот се перципира себеси, а во исто време да придонесе и за зголемување на фрустрацијата и лутината кај оваа популација.

Сите овие специфични психолошки аспекти поврзани со дијагнозата и третманот на деформитетите на ’рбетот кои се случуваат во адолесцентниот развоен период од животот може да бидат дополнителен фактор на стрес што се одразува на менталното здравје на младите и нивните родители, особено затоа што адолесцентите минуваат низ еден од најчувствителните периоди во животот кога се случуваат значајни и забрзани промени во човековата личност.

Чувството на анксиозност како кај општата популација, така и кај адолесцентите и нивните родители е нешто кое во извесна мера е присутно кај секој поединец во текот на животот. Кога анксиозната симптоматологија ќе го зголеми својот интензитет и начинот на кој таа се манифестира, тоа особено може да се одрази на секојдневното живеење на индивидуата. Чувствата на страв, загриженост, вознемиреност во одредени ситуации се нормална човекова реакција на секојдневните животни околности, но доколку од една акутна анксиозна ситуација се премине во хронична анксиозност, тогаш анксиозноста може да премине од состојба во растројство кое сериозно ќе се одрази на целокупното менталното здравје како на генералната популација, така и на родителите и на децата кои се соочуваат со деформитети на ’рбетот.

Зголемената анксиозност кај родителите, но и кај адолесцентите со деформитет на ‘рбетот, може да влијае на процесот на лекување на сколиотичните и кифотични состојби. Мотивираноста за лекување е предуслов за успех во процесот, третманот може да биде долг, а анксиозноста може да се појави уште во мигот на дијагностицирањето и може да влијае на успешното завршување на лекувањето. Родителите можат да бидат збунети и загрижени од новоностаната ситуација, да имаат големи очекувања од процесот на лекување, да настојуваат на брзо разрешување на состојбата кај нивните деца, а сето тоа да влијае на општата семејна атмосфера и меѓусебните релации, каде анксиозноста и непријатните чувства ќе добијат на присутност и интензивност. Во конкретната ситуација, како што се сколиотичните и кифотични нарушувања на ’рбетот, постои меѓусебно емоционално рефлектирање како од страна на децата, така и од страна на родителите поттикнато од дијагнозата, третманот и потребата за успешно завршување на процесот на лекување на деформитетот на ’рбетот кај детето. Родителите имаат специфична емоционална поврзаност со сопствените деца, а самата улога на родител придонесува најголем дел од нив да направат сè што можат за успешен и квалитетен живот на нивните деца. Медицинските дијагнози и потешкотии на децата можат да бидат силен фактор на стрес во рамките на семејството и да влијаат на зголемено ниво на анксиозност и непријатни чувства како кај самите родители, така и кај децата кои се соочуваат со деформитет на ’рбетот.

Застапеноста на анксиозноста како кај општата популација, така и кај родителите на адолесцентите со деформитети на ’рбетот налагаат потреба за соодветен психолошки третман на причините, симптомите и последиците кои влијаат на менталното здравје. Психолошкиот третман може да биде во форма на психолошко советување, психоедукација или психотерапија. Каков пристап на психолошки третман ќе биде потребен во голема мерка ќе зависи од тоа дали анксиозноста е присутна акутно и е поврзана со една конкретна ситуација, како што може да биде и дијагностицирањето на деформитет на ’рбетот кај децата, или станува збор за анксиозни растројства кои имаат хроничен тек и специфична симптоматологија и феноменологија.

Во рамките на теоретскиот дел на трудот ќе се осврнеме на најзначајните аспекти поврзани со: етиологијата, класификацијата и третманот на деформитетите на ’рбетниот столб, адолесценцијата како развоен период од животот на човекот и адолесцентите како специфична популација на млади луѓе, анксиозноста и анксиозните растројства со нивната симптоматологија и феноменологија, а особено акцент ќе ставиме на тоа кои се главните аспекти на анксиозноста која може да биде присутна кај родителите за време на дијагностицирањето и третманот на сколиотичните и кифотични нарушувања на ’рбетот кај нивните деца, како и анксиозноста кај адолесцентите со деформитети на ’рбетот, и кои се видовите на психолошки третман на анксиозноста и анксиозните состојби.

Во рамките на емириските дел на трудот ќе ги презентираме сознанијата од истржувањето спроведено на нерепрезентативен примерок на родители на деца со сколиотични и кифотични деформитети на ’рбетот во рамките на Република Северна Македонија, каде на основа на психолошко тестирање и анкетно испитување, ќе се обидеме да го утврдиме степенот на застапеност на анксиозноста кај оваа популација.

Преку анализата и синтеза на теоретските аспекти на трудот, како и врз основа на емпириското истражување, ќе се обидеме до донесеме заклучоци преку кои ќе можеме да стекнеме нови сознанија за застапеноста на анксиозноста кај родителите на деца кои се соочуваат со деформитети на ’рбетот, како и можноста за понатамошни истражувања на ова проблематика со цел збогатување на научното и практично искуство.

I.ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ

1.Деформитети на ’рбетниот столб

1.1.Класификација на деформитети на ’рбетниот столб

Во рамките на овој дел ќе се осврнеме на поимното определување и значење на ’рбетот како орган, како и на класификацијата на дефомитетите кои можат да настанат на ’рбетот. За ’рбетот како орган во човековиот организам може да се каже дека тој се состои од вертебрални елементи кои се поврзани меѓусебно преку дискусите и лигаментите. Неговата улога е да ги заштитува нервните структури, да ја обезбедува статиката и динамиката на телото, овозможувајќи прицврстување на екстремитетите и носејќи ги внатрешните органи.’Рбетот е во исто време стабилен и подвижен. На неговиот проксимален дел се надоврзува главата, додека каудалниот дел завршува со карлицата, која е вметната меѓу телото и долните екстремитети. Улогата на карлицата во одржување на рамнотежата во исправена и седечка положба е голема благодарение на големиот степен на слобода кој постои на ниво на двата колка и лубосакралниот дел.’Рбетоткако една целина го сочинуваат хармонично поврзани и организирани вертебрални сегменти за да се добие најдобра подвижност и стабилност, како и можност да понесе врз себе големо оптоварување. Овие сегменти, гледани во фронтална рамнина, го чинат ’рбетот сосема прав. Во сагиталната рамнина тие формираат кифоза и лордоза кои се хармонично распределени, односно застапени. Секоја така образувана кривина преминува во наредната и тој премин се вика зона на транзиција.[1]

Во сагитална рамнина ’рбетот формира четири искривувања:

- Цервикално (вратно);
- Торакално (градно);
- Лумбално (слабинско);
- Сакрално (крстно).

Постоењето на овие искривувања ја зголемува отпорноста на ’рбетот во однос на делување на аксијалните сили.’Рбетот во исто време треба да поседува ригидност и флексибилност. Тој е посредник во пренесот на силите проксимално преку рамениот појас до карличниот појас. Со максимална ефикасност тој треба да има

[1] Clavert J.M.,Facteurs etiologiques des scolioses idiopathiques ,In Scoliose idiopathique.Montpellier: Sauramps Medical,1997, 9-61

правилен исправен став како архитектонски столб. ’Рбетот со својата флексибилност ја доведува главата, рамената и рацете во позиција на ефикасност во однос на карлицата. Оваа флексибилност овозможува ублажување на силите на дејствување од горните делови на телото врз сакралниот дел на ’рбетот. За оваа еластичност во голема мера придонесуваат мускулите со нивниот тонус.

Основен носач се вертебралните (прешленските) тела споени едно со друго во една целина. Задните структури го овозможуваат движењето и даваат ефикасност на мускулната активност. Градниот кош има изглед на цилиндер, при што дијафрагмата со своето движење го аспирира надворешниот воздух во белите дробови. Паравертебралната мускулатура делува врз апофизите и илијачните кристи (сртови). Абдоминалната (стомачна) мускулатура се состои од различни групи на мускули кои во антагонизам со паравертебралната мускулатура овозможуваат движење на горната половина на телото во флексија, инклинација или ротација во однос со карлицата.

Формирањето на физиолошките кривини на ’рбетот е резултат на два меѓусебно поврзани механизми:

1. Статички механизам
2. Динамички механизам.

Пршлените растат асиметрично и постепено, така што со заземање на седната и исправена положба кај доенчињата се формираат физиолошките кривини на ’рбетот. Исправањето на телото е придружено со екстензија во колковите и ја доведува карлицата во движење околу бикоксофеморалната осовина кон напред. Силните предни капсулолигаментарни структури на колковите ја ограничуваат комплетната екстензија. Така настанува балансирање помеѓу екстензијата во колковите и инклинацијата на карлицата, што на ниво на ’рбетот се балансира со лумбална лордоза. Меѓу овие три клучни елементи постојат компензаторни механизми во границите на сопствениот капацитет на секој поединечно.

Кога човекот е во исправена положба, околу него постои таканаречен полигон на одржување на таа состојба. Во границите на овој полигон мускулатурата ја одржува рамнотежата на телото со најмала можна активност, односно работа. Со други зборови, тоа е состојба на најекономична работа на мускулатурата, а во исто

време задржувајќи го исправениот став со максимална рамнотежа во просторот и со полна слобода во движењето. Тоа се нарекува совршена просторна рамнотежа. Меѓутоа доколку ’рбетот како целина излезе од овој полигон на совршена урамнотеженост, елементите кои го сочинуваат се подложни на дејството на перманентни сили на оптеретување, кои доведуваат до неизбежно оштетување на конститутивните елементи.

Од горенаведеното може да заклучиме дека ’рбетот има клучна улога во стабилноста и мобилноста на човековото тело. Секоја промена во држењето и позицијата на главата, карлицата, екстремитетите, како и телото, се одразува на положбата и функцијата на ’рбетниот столб.

Се разликуваат три типа на спинални деформитети:

- Сколиоза
- Кифоза
- Лордоза.

Овие типови можат да се јават самостојно или во комбинација. Деформитетите можат да се класифицираат и во зависност од етиологијата, големината, локализацијата, како и правецот кон кој деформитетот се развива. При описот на секој ’рбетен деформитет кај една индивидуа, неопходно е точно да се наведе видот и големината на деформитетот, како на пример: идиопатска декстроконвексна торакална лордоскоилиоза од 40 степени и синистроконвексна лумбална сколиоза од 35 степени.[2]

Според етиологијата, спиналните деформитети се класифицираат како:

- ❖ Структурална сколиоза
- ❖ Неструктурална сколиоза
- ❖ Кифоза
- ❖ Лордоза.

Структуралната сколиоза се класифицира како:

[2] Chardack.M, Scoliosis, A Guide to Understanding and Overcoming Scoliosis, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2017

I. Идиопатска
II. Невромускуларна
III. Конгенитална
IV. Неурофиброматоза
V. Болест на мезенхимот
VI. Ревматична болест
VII. Траума
VIII. Екстраспинални контрактури
IX. Остеохондродистрофија
X. Коскена инфекција
XI. Метаболни пореметувања
XII. Лумбосакрален спој
XIII. Тумори.

Неструктуралната сколиоза се класифицира како:

I. Постурална
II. Хистерична
III. Иритација на нервните корени
IV. Инфламаторна
V. Разлика во должината на долните екстремитети
VI. Контрактура на колк.

Кифозата се класифицира како:

I. Постурална
II. Шоерманова болест
III. Конгенитална
IV. Невромускуларна
V. Миеломенингокелна
VI. Трауматска
VII. Постоперативна
VIII. Пострадициона
IX. Метаболна
X. Скелетна дисплазија

XI. Колагени заболувања
XII. Тумори
XIII. Инфламаторни процеси.

Лордозата се класифицира како:

I. Постурална
II. Конгенитална
III. Невромускуларна
IV. Постоперативна
V. Секундарна поради флексорна контрактура на колкот
VI. Други

1.2.Етиопатогенеза на деформитети на ’рбетниот столб

Во рамките на овој наслов ќе се осврнеме подетално на етиолошките фактори кои доведуваат до појава на деформитети на ’рбетниот столб. За идиопатската сколиоза, како најчест сколиотичен деформитет кај адолесцентната популација која е позната од пред многу векови, може да се каже дека има непозната етиологија. Причинителот за овој деформитет, кој се јавува кај децата во раст, сèуште останува недокажан иако се смета дека науката е многу блиску да го открие. Поставени се мноштво на хипотези, од кои секоја поединечно има научно објаснување кое не е доволно само по себе да го разјасни мошне сложениот процес на искривување на ’рбетот. Сколиозата е во нераскинлива врска со деформитети на карлицата и долните екстремитети кои настануваат истовремено, а се меѓусебно поврзани. Сега е сосема јасно дека формирањето на сколиотичниот деформитет е последица на дисфункцијата на невро-мускулно-скелетниот систем. Со оглед на тоа што до сега нема хипотеза која сама по себе го објаснува процесот на искривување на ’рбетниот столб, се смета дека сколиозата е мултифакторијално заболување.

Идиопатската сколиоза, која се јавува кај децата во период на интензивен раст, претставува пореметување во ритамот на коскениот раст на ниво на еден ’рбетен сегмент кое може да има и генетска подлога. Во прво време настанува дисхармонија на неколку пршлени со што се пореметува динамичката рамнотежа на ’рбетот. Во период на интензивен раст и забрзано созревање на нервно-мускуло-скелетниот систем и во услови на дисхармонија во динамиката на ’рбетниот столб, настануваат

услови за сколиотична деформација. Всушност, настанува торзија на ’рбетот. За оваа состојба се смета дека треба да стапат во интеракција повеќе етиолошки фактори, за кои засега не се знае дали се со причинско или последично дејство.[3]

Во етиологијата на сколиозата големо значење има динамиката на растот на телото и ’рбетниот столб. Започнувајќи од својот ембриолошки развој, секоја индивидуа се развива и функционира врз основа на единствена генетска програма која е подложна на надворешни влијанија од различен степен. Пршленот во текот на својот ембрионален развој се диференцира во еден преден дел кој одговара на пршленското тело, два странични дела, и еден заден дел, од кој се развива спинозниот продолжеток. ’Рскавицата на раст која ги препокрива овие структури обезбедува тродимензионален раст на пршленот. Растот на ’рбетниот столбне е еднаков по вертикала и хоризонтала, дава диференцијација што ги одредува анатомските карактеристики на ’рбетните сегменти, како и ’рбетот во целина.

Растот на ’рбетот се одвива во одреден редослед и со различна брзина. Понекогаш се случува ритамот на раст да претрпи промени за краток временски период за подоцна повторно да се синхронизира. Оваа појава е наречена дисритмија, а е во состојба да доведе до пореметување на тродимензионалната симетрија на пршленот. Сознанијата за развојот на ’рбетниот столб пред и по раѓањето се поврзуваат со патолошките процеси, како што е развојот на сколиозата, при што освен анатомската сегментација на ’рбетниот столб, значајна е и функционалната сегментација која е генетски детерминирана. Паралелно со развојот на скелетот, од големо значење во развојот на еден сколиотичен деформитет има растот и развојот на мускулно-лигаментарниот апарат, нервниот и хормоналниот систем, кои се во меѓусебна поврзаност.

Покрај интраутериниот, постојат два значајни периоди на раст и еден на созревање. Првиот период на интензивен раст се одвива во првите две до три години од животот. Вториот период на интензивен раст е претпубертетскиот раст, додека адолесцентниот период одговара на периодот на созревање и промена на морфологијата на телото. Во тек на растот лесноможе да се забележи пореметување во смисла на асиметричност помеѓу левата и десната страна на телото. Честопати постои разлика во должината на екстремитетите, како на горните, така и на долните.

[3] Harrington P., The etiology of idiopathic scoliosis.Clin.Orthop, 1977, 126, 17-25

Овие инегалитети се поврзани со доминантната мозочна хемисфера. Постои претпоставка дека доколку постои асиметричност на скелетот кој е видлив, зошто не би постоела таква асиметричност и на ниво на пршлените?

Од посебна значење за растот има пинеалната жлезда, сместена интрацеребрално, која лачи мелатонин. Освен што е генетски програмирана, таа е способна да реагира на информации од надворешната средина (температура, вибрации, светлина...). Мелатонинот има дејство врз ензимската и хормоналната регулација. Непосредно пред започнување на адолесцентниот период, настанува намалување на нивото на мелатонин во периферната циркулација, а расте нивото на хормонот на раст. Тоа значи дека е потребно да постои потполна хармонизација помеѓу хормоналните промени и ткивното созревање. Доколку се јави привремена дисхармонија во растот и развојот на пршлените, се јавува привремен деформитет кој може да биде и траен. Хормоналните промени во предадолесцентниот период влијаат врз мускулно-лигаментарниот систем во смисла на понагласена лабавост. Тоа означува и лабавост на зглобовите, а посебно е намалена статичната и динамичната вертебрална стабилност.

Може да се заклучи дека сосема дискретна дисхармонија во развојот на ’рбетот, особено во периодот на интензивен раст, кога се менува и хормоналниот статус, може да биде иницијален момент за почеток на сколиотичен деформитет на ’рбетот во предадолесцентниот период.

Освен факторот на раст, во етиологијата на идиопатската сколиоза посебно значење имаат генетските фактори. Генетската детерминираност на сколиозата е докажана преку бројни генетски истражувања, водени и публикувани многу години наназад. Резултатите покажале дека сколиозата може генетски да се пренесува. Начинот на трансмисија е врзан за полот, со продорност која е променлива. Меѓутоа сите испитувања покажуваат дека не се пренесува сколиозата, туку се наследуваат етиолошките фактори кои ја иницираат сколиозата или го фаворизираат настанувањето на сколиотичниот деформитет. Тоа го потврдува и фактот дека сколиозата не е заболување, туку симптом кој се јавува како последица на делување на ендогени фактори кои се подложни на надворешни влијанија.

Нервниот систем, вестибуларниот апарат и рамнотежата се тесно поврзани со етиологијата на сколиозата. Функцијата на системот за рамнотежа е да ја регулира статиката и динамиката на телото и покрај дејството на гравитационите сили, ги контролира движењата и позицијата на очите. Аферентните дразби доаѓаат од проприоцепторите (тетиви, лигаменти, капсули и мускули), од окуларниот и вестибуларниот систем. Дразбите се интегрираат во мозочното стебло и малиот мозок, додека референтните импулси преку вестибуло-спиналните и ретикуло-спиналните патишта се пренесуваат до периферијата. Сколиозата е честа при Фридрајховата болест, сирингомиелија, церебрална парализа, што наведува на заклучок дека оштетувањето на аферентните патишта на ’рбетниот и малиот мозок може да бидат во врска со етиологијата на сколиозата.

Од досега изнесеното, може да се заклучи дека пореметувањето во невротрансмисијата или неврохормоналниот систем доведува до дизбаланс во тонусот на мускулатурата или рамнотежата, односно до постурални отстапувања кои се генератор за сколиотичниот деформитет на ’рбетот.

Друг чест деформитет кај адолесцентите е кифозата. Таа може да се определи како деформација на ’рбетот во сагиталната рамнина со големина на кривината повисока од нормалните вредности. Нормалните вредности на сагиталните кривини се во зависност од возраста, полот и нивото на ’рбетот каде се мерат. Во физиолошки граници постои една кифоза – торакална (градна) и две пропратни лордози: цервикална (вратна) и лумбална (слабинска). Секој губиток на цервикалната или лумбалната лордоза всушност е кифоза - лумбално односно цервикално. ’Рбетот кој е прав во сагиталната рамнина е во патолошка состојба.

Во држењето на телото во исправена состојба учествуваат многу елементи, а тоа се:

- Интервертебрални дискуси
- Предни и задни лигаменти
- Паравертебрална мускулатура
- Абдоминална (стомачна) мускулатура.

Сагиталната урамнотеженост претставува однос на силите меѓу екстензорната (паравертебралната) и флексорната (абдоминалната) мускулатура .Во текот на

формирање на кифозата дисбалансот оди во прилог на флексорната, односно абдоминалната мускулатура. Екстензорната мускулатура е истегната и ја губи својата ефикасност.

Кај децата во раст прогресивната кифотична деформација развива биомеханички услови за оштетување на морфологијата на ’рскавицата на раст. Предниот притисок на оваа ’рскавица е одговорен за клинестите деформации на пршелнските тела. Растот во тие услови станува фактор за влошување на самиот деформитет.

Кога човекот е во исправена положба, околу него постои таканаречен полигон на одржување на таа состојба. Во границите на овој полигон мускулатурата ја одржува рамнотежата на телото со најмала можна активност, односно работа. Со други зборови, тоа е состојба на најекономична работа на мускулатурата, а во исто време задржувајќи го исправениот став со максимална рамнотежа во просторот и со полна слобода во движењето. Тоа се нарекува совршена просторна рамнотежа. Меѓутоа доколку ’рбетот како целина излезе од овој полигон на совршена урамнотеженост, елементите кои го сочинуваат се подложни на дејството на перманентни сили на оптоварување кои доведуваат до неизбежно оштетување на конститутивните елементи на ’рбетот. Кифотичните деформитети претставуваат нагласена ангулација на сагиталните кривини на ’рбетниот столб.

Класификацијата на кифотичниот деформитет е направена во зависност од етиологијата. Најчести кифотични деформитети кај адолесцентите се:

- Постурална кифоза
- Шоерманова болест.

Постуралната кифоза претставува лошо држење на телото, односно подгрбавено држење. Повеќе се работи за психолошки проблем, отколку за физички проблем. Причините за тоа е отсуство на постурална едукација кај децата во раст, особено кај адолесцентите. Друга причина за подгрбавен став е промената во однесувањето и комуникацијата со околината, намалената самодоверба и тенденцијата кон повлекување и интровертност. Во оваа состојба адолесцентите со телото заземаат одбранбен став со вкрстени раце нанапред и подгрбавеност.

Шоермановата болест претставува вертебрална дистрофија на растот. Анатомопатолошки се работи за дистрофија на ’рскавицата на раст на вертебралните тела. Последиците од ова заболување се:

- Деформација на вертебралните тела како последица на пореметување на нивниот раст, како и продорот на дискалната содржина во нив;
- Намален механички квалитет на вертебралното тело и на дискусот.

Настанатите промени зафаќаат најмалку три пршлени и се состојат во клинаста деформација на пршленските тела и развој на кифоза.

Постојат три основни причини за појава на кифоза кај адолесцентите:

1. Ендокрина етиологија
2. Генетска теорија
3. Метаболна теорија.

Кифозата честопати има ендокрина етиологија бидејќи се јавува селективно околу пубертетот и почесто кај машки деца. Може да се работи за хормонално пореметување кое е толку дискретно така што не може да биде откриено со дозирање на хормоните. Постои и генетска теорија, според која кифозата почесто се јавува кај одредени семејства. Генетските испитувања покажале дека коскената дистрофија се пренесува автосомно доминантно. Во прилог на метаболната теорија е постоењето на остеопороза или остеопоротична тенденција во одреден број на случаи со пореметување на метаболизмот на фосфорот и калциумот.

Лордозата претставува намалена физиолошка кифоза во градниот дел на ’рбетниот столб или нагалсена физиолошка лордоза во вратниот и слабинскиот дел на ’рбетот. Честопати лордозата е пропратен деформитет кај сколиозите во развој и сколиозите од поголем степен.[4]

Ова се најчестите етиолошки причинители запојава на деформитети на ’рбетниот столб кај адолесцентната популација.

1.3.Третман на деформитети на ’рбетниот столб

[4] Staltikov, J., Kandasamy, G., Turnbull, D., Spinal Deformities in Adolescents, Adults and Older Adults, Intechopen, 2021

Лекувањето на деформитетите на ’рбетниот столб може да биде:

1. Конзервативно
    - Кинезитерапија
    - Корсети
2. Оперативно.

Конзервативното лекување се применува во сите случаи на деформитети на ’рбетниот столб, без оглед на големината и типот на деформитетот. Кинезитерапијата се применува и по направена хируршка интервенција на ’рбетниот столб. Со кинезитерапијата треба да се постигне јакнење на статичката мускулатура која функционира врз основа на аеробен метаболизам, односно со внимателно контролирана респирација.

Методи кои се користат во кинезитерапијата се:

1. Метод по Клап

Целта на овој метод е мобилизација и корекција на ’рбетот со корекција на кривините. Со вежбите се овозможува аксијално извлекување, мобилизација на екстремитетите и ’рбетот, како и јакнење на статичката мускулатура во коригирана положба и во рамнотежа.

2.Метод по Фон Нидерхофер

Целта на оваа терапија е јакнење на мускулатурата од конкавната страна во позиција на истегнување и постигнување на рамнотежа на мускулатурата од конкавната и конвексната страна.

3.Метод по Шрот

Целта на овој метод е:

- Осознавање на деформитетот, односно адолесцентот треба да стане свесен за својот изглед и сопствениот деформитет;
- Корекција на сколиозата со ослободување на ретрахираните елементи (мускули,лигаменти, фасции);
- Развој на компензаторните механизми и подобрување на статиката;

- Јакнење на мускулатурата што го олеснува држењето во коригираната положба;
- Подобрување на дишната функција, зголемување на виталниот капацитет особено на белодробието кое е потиснато од деформитетот;
- Одржување на постуралната корекција во секојдневниот живот со самоконтрола, како и преку прилагодување на околината заради добри навики;
- Да се помогне во созревањето и развојот на системот за рамнотежа.

Овој метод се смета за најкомплексен и најкоректибилен метод за корекција на сколиотичниот деформитет.

4.Метод по Мезиер

Овој метод користи техники за олабавување на скратената мускулатура на вратот, грбот, дијафрагмата и особено мускулот псоас. Станува збор за најдлабокиот мускул во мускулниот систем кој го поврзува 'рбетот со нозете и кој најмногу придонесува за стабилноста на човечкото тело. Мускулот псоас во источните култури е нарекуван мускул на душата поради неговата врска со централниот неревен систем, и бидејќи е поврзан со дијафрагмата, тој е поврзан и со дишењето.

5.Електрични стимулации

Овој метод има за цел да се избегне носење на корсет во лекување на сколиозата. Резултатите од повеќе светски центри каде се применувал овој пристап покажале дека електростимулацијата не може да ја запре еволуцијата на сколиотичното нарушување на 'рбетот.

Како дополнителна конзервативна терапија се користи:

1.Масажа

2.Корективно олабавување

3.Мануелно моделирање

4.Гимнастика за разгибување

5.Асиметрични вежби

6.Респираторни вежби

7.Постурални вежби

8.Вежби за рамнотежа.

Кинезитерапијата како третман овозможува:

1.Осознавање на статичката и динамичката дисхармонија на телото

2.Постурална корекција

3.Одржување на корекцијата преку формирање на автоматизам

4.Интеграција на корекциите во телесната шема и во сите движења и активности во секојдневниот живот.

Покрај кинезитерапијата, во лекувањето на сколиозите се користат и корсетите, како еден тип на ортопетско помагало. Во денешно време се изработуваат од специјална медицинска пластика или цврсти еластични ткаенини, во зависност од типот на помагалото.

Корсетите во лекување на сколиозата се мошне важни, особено за оние деформитети кои имаат тенденција кон влошување или се работи за деформитети од поголем степен. Има различни типови на корсети и секој доктор работи со одреден тип кој смета дека врши најдобра корекција. Најдобар е оној корсет кој дава тродимензионална корекција на ’рбетниот деформитет, рамениот и карличниот појас. Корсетот треба да овозможи не само ремоделација на телото, туку исто така една механичка стимулација која преку проприоцепторите и екстероцепротрите делува на центарот за рамнотежа. Корсетот треба да има точки на притисок и експанзија кои се прецизно одредени. Растот може да биде фактор на влошување на сколиозата, меѓутоа доколку корсетот се носи редовно, растот станува фактор на корекција. Добро изработениот корсет има за цел да го ремоделира градниот кош, да го подобри дишењето од страна на конкавитетот. Сите движења кои корсетот ги овозможува се корективни. Корсетот може да се користи целодневно, што значи дека адолесцентите со голем степен на сколиоза или со деформитет кој има тенденција за влошување, треба да го носат и во училиште. Тоа претставува големо

психичко оптоварување, особено во адолесцентниот период. Многу од адолесцентите избегнуваат носење на корсет стравувајќи од реакцијата на околината. Прифаќањето на конзервативното лекување е поголем психолошки проблем не само за самиот адолесцент, туку исто така и за неговото потесно семејство. Постои потешкотија во прифаќање на постоење на самиот деформитет и неговото лекување. Особено психолошкиот момент е значаен заради долготрајноста на процесот на лекување кој се протега до 24-годишна возраст. Лекувањето не се завршува со завршувањето на коскениот раст, тоа продолжува и понатаму во адултниот период од животот. При сколиотични деформитети од помал степен или при стабилни деформитети, корсетот се носи само во домашни услови и за време на спиење. Постојат и деформитети кои не се лекуваат со корсет, туку само со кинезитерапија.

Конзервативното лекување на кифотичниот деформитет се одвива со кинезитерапија и корсет. Основното во лекувањето на кифозата во адолесцентниот период претставува запирање на понатамошната прогресија на деформитетот и негова корекција. Тоа значи да се обезбеди подобра распределба на делувањето на силите на оптоварување врз вертебралните тела кои се зафатени. Зоната која е дистрофична е потребно да се растерети, со што би се олеснала осификацијата, односно правилниот раст на пршленското тело и корекцијата на лезиите кои се настанати. Тоа е можно да се постигне со добро направен реклинационен корсет наменет за лекување на кифотичен деформитет. Во исто време треба да се искористи корективната улога на параваертебралната мускулатура како екстензорна мускулатура на ’рбетот. Треба да се делува и врз активирањето на коскената трофика со зголемена динамика и вежби.

Постои и идиопатска, конституционална адолесцентна кифоза, која нема знаци за Шоермановата болест, а се лекува на идентичен начин. Честопати при кифотичните нарушувања се јавува мускулен спазам кој е болен и поради тоа може да се користат дополнителни топлотни процедури и хидротерапија.

Кинезитерапијата може да биде доволна доколку се работи за мал деформитет и доколку истата се спроведува уредно, а пациентот е под редовен лекарски надзор. Пациентите со деформитети на ’рбетниот столб во адултниот период се подложни на

психички промени поради што треба да им се посвети големо внимание за да би го прифатиле подобро лекувањето и би го спроведувале редовно.[5]

Постои и оперативно лекување на сколиотичните и кифотичните деформитети во адултниот период. Овој тип на лекување се применува во сите случаи кога конзервативниот третман нема успех или не е прифатен од пациентот. Оперативното лекување е тешко иако е краткотрајно, но е поврзано со одредени ризици и понекогаш пропратено со компликации. Со развојот на технологијата мошне е усовршено оперативното лекување со кое се постигнува голема корекција и стабилизација на ’рбетниот столб. Со таа цел во пршленските структури се вградуваат специјално дизајанирани титаниумски шрафови и шипки кои се спојуваат во еден цврст систем за корекција и одржување на истата. Овој начин на лекување претставува голема психолошка траума, како за пациентот, така и занеговите родители и пред и постоперативно. Понекогаш долги години по оперативниот зафат пациентот има психолошки проблем да го прифати присуството на остеосинтетскиот материјал во неговиот ’рбет и стравува од можни несакани последици и компликации.

Во овој дел од трудот накратко се осврнавме на клучните аспекти поврзани со етиологијата, класификацијата и третманот на деформитетите на ’рбетниот столбкои најчесто се појувавуваат кај децата за време на адолесцентниот развоен период од животот. Дијагнозата, третманот и исходот од лекувањето на сколиотичните и кифотични нарушувања кај младите се особено значаен фактор за можноста од појава на анксиозност кај родителите на децата со овој проблем, но исто така и кај самата адолесцентна популација која се соочува со конкретното нарушување на ’рбетниот столб.[6]

2.Адолесценцијата како развоен период од животниот циклус на човекот

2.1.Основни карактеристики на адолесцентниот период

Во рамките на овој наслов ќе се осврнеме на најзначајните аспекти поврзани со адолесценцијата како фаза од животот на човекот и младите луѓе како специфична популација. Разбирањето на оваа популација и на овој развоен период

[5] Scoliosis-awareness-month.https://edisonspinecenter.com,Преземено на 03.02.2024
[6] Goldener-Vukov, M., Porodica u krizi, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1988, 99-108

од животот се значајни и се во корелација како со деформитетите на ’рбетот кои најчесто се појавуваат во оваа фаза од животот, така и со анксиозноста на родителите која може да биде присутна, а е поврзана со сколиотичните и кифотични деформитети на ’рбетот кај нивните деца.

Животниот циклус на човекот се одвива низ развојни фази кои имаат свои специфични карактеристики и во кои се случуваат разновидни физички и психолошки промени кај секоја индивидуа. Животниот циклус започнува со преднаталниот развоен период. Тоа е процесот во кој зиготот, подоцна ембрионот, а потоа и фетусот се развива за време на бременоста. Според германскиот биолог Јоаким Илијес, како нулта точка на постанокот на човекот може да го определиме оплодувањето на јајната клетка од сперматозоидот. Постнаталниот период започнува веднаш по чинот на породувањето и трае до шестиот месец по раѓањето. Првите неколку недели од животот е период кој се именува како новороденче, додека првите две години по раѓањето претставува период на доенче. За оваа фаза од животот на човековата индивидуа се карактеристични развојот на физичките и моторните способности на единката. Меѓу втората и третатагодина од животот, децата го завршуваат периодот на доенче. За детството како развоен период од животниот циклус се карактеристични суштинските биолошки, психолошки и емоционални промени кои настануваат и траат од чинот на раѓањето, па сè до завршувањето на фазата на адолесценцијата.

Детството како период од животот може да го поделиме на три фази:

- Ран детски период
- Среден детски период
- Доцен детски период.

Во психолошката наука и пракса терминот рано детство вообичаено се дефинира како временски период кој трае од раѓањето до петтата или шестата годинаод животот. Средното детство започнува на околу шест годишна возраст, односно со започнувањето на основното образование. Средното детство завршува околу деветтата или десеттата година од животот. Во овој развоен период од животот децата генерално се развиваат на социјален и психички план, стекнуваат нови пријателства и нови вештини кои им овозможуваат да стануваат сè

посамостојни и да ја подобрат својата индивидуалност. Предадолесценцијата е фаза од човековиот развој по раното детство и предадолесцентниот период и таа вообичаено се определува како период помеѓу девет и дванаесетгодишна возраст и завршува со почетокот на фазата на пубертетот. Ова е период од животот исполнет со нови предизвици, но и можност за појава на анксиозност кај младите луѓе.[7]

За адолесценцијата како развоен период од животниот циклус на човекот нема едно универзално теоретско објаснување што вистински таа претставува. Постојат многу дилеми поврзани со нејзиното определување, дали таа е универзален развоен период од животот на човекот. Одредени размислувања одат во насока дека таа е производ на индустриските и општествени промени и на продолжениот период на образование. Според други размислувања, во сите општества каде има издвојување на детството како посебен развоен период од животниот циклус има и адолесценцијата, која е фаза преку која се преминува кон статус на возрасна и зрела личност. Постојат и размислувања кои укажуваат на тоа дека оваа популациона група се смета за една од најстигматизираните општествени групи, и доколку на некого му се каже дека се однесува како адолесцент, тоа најчесто не се доживува како комплимент, туку напротив, асоцира и се поврзува со одредено незрело однесување.

Адолесценцијата е преодна фаза на физички и психолошки развој што генерално се јавува во периодот од пубертетот па сè до зрелоста, и вообично се поклопува со годините кога се станува полнолетена личност. Адолесценцијата вообичаено се поврзува со тинејџерските години, но нејзините физички, психолошки или културни манифестации може да започнат порано или да завршат подоцна и кај секоја индивидуа различно е детерминирана. Пубертетот вообичаено започнува за време на предадолесцентниот период, особено кај припадниците на женскиот пол. Физичкиот раст, особено кај припадниците од машкиот пол, како и когнитивниот развој, можат да продолжат и по тинејџерските години. Возраста дава само една груба и општа одредница за адолесцентниот период од животниот циклус, а во научниот свет сеуште не постои општа согласност за прецизна дефиниција. Некои дефиниции го определуваат овој развоен период од десетгодишна возраст, па сè до 26-годишна возраст. Возраста низ која се протега овој развоен период од животот на

[7] Dordevic.D., Razvojna psihologija, Draslar, 2014

човекот, како што може да забележиме, е варијабилна во зависност од општествените, историските, културните услови на средината. Во развиените индустриски држави, особено во западната култура, адолесценцијата започнува на возраст од десет до тринаесет години и завршува околу осумнаест до дваесетгодишна возраст.

Адолесцентниот развоен период од животот се дели на три потпериоди, и тоа:

- Ран адолесцентен период, од 10 до 14-годишна возраст;
- Среден адолесцентен период, од 15 до 19-годишна возраст;
- Касен адолесцентен период, од 20 до 24-годишна возраст.

За адолесцентниот развоен период е карактеристично, пред сè, што индивидуата расте и созрева. Овој период од животот на човекот е исполнет со големи и суштински промени низ кои се преминува од период на детство во период на зрелост. Почетокот на овој развоен период од животот започнува со фазата на пубертет, односно моментот кога се случуваат значајните физички и физиолошки промени. Во овој развоен период се случува процес на биолошко созревање преку низа на спеифични физички и физиолошки промени кај индивидуата. Пубертетот како фаза започнува со појавата на секундарните сексуални карактеристики, а завршува кога младиот човек се осамостојува. Овој период од животниот циклус трае околу две години, кај девојчињата започнува нешто порано, и оваа фаза од животот е карактеристична по тоа што групата на врсници најчесто се од истиот пол.[8]

Во фазата на пубертет индивидуата го оформува својот физички изглед, физиолошкото функционирање и способноста за репродукција како кај лицата во раната зрелост. Со оглед на тоа што пубертетот го означува почетокот на адолесцентниот период од животот, неговата примарна задача е да се дојде до приспособување на физичките и физиолошки промени.

За да започне фазата на пубертетот, неопходен е сигналот којшто доаѓа од хипоталамусот, како дел од меѓумозокот и со централната невроендокрина функција во чевековиот организам. Хипоталамусот ја активира хипофизата, којаго зголемува

[8] Zatovic, M., Razvojna psihologija, Centar za primenjenu psihologiju

лачењето на хормонот на раст, штого стимулира растењето во целокупниот човечки организам. Хипофизата и питуитарната или подмозочна жлезда излачуваат хормони кои влијаат врз производството на два гонадотропни хормона. Кај припадничките од женскиот пол тие хормони ги стимулираат јајниците да лачат естроген и прогестерон, стимулираат созревање на јајце клетката и предизвикуваат значајани физички промени. Кај припадниците од машкиот пол тие ги стимулираат тестисите и надбубрежните жлезди за да го лачат хормонот тестостерон, кој потоа води кон созадавање на сперма, односно машките полови клетки.

Највоочливите промени кои се случуваат во адолесцентниот период од животот на единката се промените во физичката висина, телесната тежина, како и во телесните пропорции и развојот на секундарните полови карактеристики. Примарните полови карактеристики се поврзанисо органите за репродукција кои брзо се развиваат во почетокот на фазата од пубертетот. Секундарните полови карактеристики се однесуваат на сите останати телесни својства, по кои се разликуваат припадниците на женскиот и машкиот пол и промените во гласот кои се особено карактеристични за момчињата.

Почетните знаци за промените на телесно ниво се долгите нозе и големите стапала. На почеток растат дланките и стапалата, подоцна рацете и нозете, а на крајот и останатите делови од телото. Распоредот на појавување на пубертетските промени може да биде различен од една до друга индивидуа. Временското растојание на споменатите разлики може да изнесува од шест до седум години. Кај одредени адолесценти кои се во иста хронолошка возраст, некои се на почетокот, други се во полн ек, а трети во завршетокот од фазата на пубертет. Разликите кои можат да се појават се позабележливи кај припадниците од машкиот пол, за разлика од припадниците од женскиот пол. Овие разлики во развојот на единката во фазата на пубертетот може да бидат причиназа појава на различни форми на вознемиреност кај младата популација.

Може да заклучиме дека во фазата на пубертет се случуваат неколку значајни промени кај индивидуатаи тоа:

1.Промени во однос на висината, тежината, телесните пропорции, ифизичкиот изглед во целост;

2.Забрзан развој на циркулаторниот и респираторниот систем;

3.Развој на примарни и секундарни полови карактеристики.

Во адолесцентниот развоен период разликите меѓу припадниците на машкиот и женскиот пол по однос на физичкиот изглед и начинот на функционирање се најзастапени за разликаод другите фази од животот на човекот. Факторите, како што се: генетско наследство, здравствената сосотојба, видот на исхрана, влијаат врз динамиката на растот. Сите овие промени кои се случуваат во овој развоен период се под влијание и управување на централниот нервен систем и од жлездите со внатрешно лачење, односно хормоните кои тие ги произведуваат. Кај припадничките од женскиот пол прво нешто кое е воочливо во фазата на пубертет е развојот на градите, а појавата на менструацијата претставувазнак дека највисоката точка од развојот веќе поминала. Кај припадниците од машкиот пол почетокот на фазата од пубертетот е означен со развојот на тестисите, скротумот и на репродуктивните структури. По една година следува растењето на пенисот, а потоа уште една година е потребна за да се појави ејакулацијата. Кај припадниците од машкиот пол промената во гласот е последната појава во фазата на пубертетот и таа се случува на возраст од околу шеснаесет години.

Овие промени кои се случуваат, особено на телесно и физичко ниво, се во директна и суштинска корелација со можноста за развојот на различните типови на деформитети на ’рбетниот столб. Адолесцентната фаза од животниот циклус има суштинско значење во етиологијата на деформитетите на ’рбетот и во можноста од појава на анксиозност кај адолесцентната популација.

За адолесцентниот развоен период е карактеристичнои тоа што тоа е време кога се случува забрзан когнитивен развој. Во оваа фаза од животот мисловниот процес добива сè повеќе апстрактна форма и начинот на егоцентрично размислување се намалува, што пак му овозможува на младиот човек да размислува и просудува во една поширока перспектива. Начинот на размислување, идеите и концептите кои се појавуваат во оваа фаза од животот во голема мера ја детерминираат иднината на младата индивидуа, и истите играат значајна улога во формирањето на карактерот на човековата личност. Во научните теории кои се занимаваат со когнитивниот развој постојат најмалку два пристапи за разбирање на промените кои настануваат на

когнитивно ниво кај адолесцентите. Едниот од тие пристапи е конструктивистичкиот поглед на когнитивниот развој, базиран на работата на швајцарскиот развоен психолог Жан Пијаже, според кого, когнитивното подобрување кај адолесцентите е релативно ненадејно и драстично. Другата перспектива за когнитивниот развој се базира на користењето на вештачката интелигенција која има значително влијание врз специфичните компоненти на процесот на размислување.[9]

Когнитивниот развој е тесно поврзан и со емоционалниот развој. Адолесцентниот период од животот се карактеризира со флуктуирачки емоции помеѓу адолесцентната популација. За многу родители на адолесценти овој развоен период од животот на нивните деца може да изгледа како бура од емоции кои брзо се менуваат. На емоционален план, карактеристичен аспект е тенденцијата на оваа популација исклучително интензивно да реагираат на секојдневните ситуации од животот. Ова размислувања за емотивниот живот на адолесцентите е карактеристичен за традиционалните научни теории кои го проучуваат овој развоен период. Новите истражувања на емоционалните аспекти кај оваа популација ги побиваат тие стари теоретски објаснувања на емотивниот момент кај адолесцентите и сметаат дека тие идеи се застарени. Според одредени нови размислувања, она што изгледа како бура од емоции, карактеристично за адолесценцијата и стресниот начин на реагирање кај адолесцентите, всушност претставува природен резултат од процесот на учење на младите да се справат со многу нови и непознати ситуации во животот на кои наидуваат. Адолесцентите кои растат во денешното модерно време се подложни на зголемени барања за нивниот физички изглед, ментални и емоционални ресурси. Социјалните односи надвор од семејството експоненцијално се зголемија, особено со појавата на социјалните мрежи. Академските стандарди стануваат сè построги, спортот и рекреативните асктивности се поконкурентни, и додека адолесцентите учат како да се справат со овие нови предизвици, очекувано е да тие пројавуваат различен опсег на емоции и да доживеат чести флуктуации на дневно и неделно ниво. Адолесцентниот период од животот на човекот е значително исполнет со стресни моменти за младиот човек. Поради тие причини, адолесцентите треба да научат како да реагираат на нови и непознати ситуации во исто време кога тие се соочуваат со зголемените барања по однос на нивниот физички изглед,

[9] Eisenberg, N., Damon, W., Lerner,R., HANDBOOK OF CHILD PSYCHOLOGY, Six Edition,2016, 1003-1048

ментални и емоционални ресурси. Сите овие околности делуваат стресогено, а способноста за адаптивно справување на младиот човек е под влијание на многу фактори и кај секоја индивидуа се различно детерминирани. Генетската предодреденост и темпераментот ги прават некои луѓе да бидат почувствителни на стресорите на кој наидуваат во секојдневниот живот. Од друга страна, факторите кои се поврзани со животната средина, како што се семејството и поширокаата заедница, можат суштински да помогнат да се намалат ефектите на стресот, со што младите луѓе би станале поотпорни на стресогените настани. Кога сме кај семејството како основна клетка на секое општество, секако дека има исклучително влијание на тоа како младиот човек ќе се развива за време на адолесцентниот период во секоја смисла, и когнитивно и емоционално, а и општеството како поширока заедница со своите околности влијае на генералниот развој на адолесцентите како млада популација.

Темпераментот е еден од факторите кој влијае на начинот како индивидуата ќе реагира на стресните настани со кои се соочува. Адолесцентите кои се родени со почувствителен темперамент може да имаат потешкотии во справувањето со стресни настани и да имаат потреба од поголема помош во учењето на ефективни техники за управување со стресорите. Постојат многу фактори на заштита преку кои можат да се ублажат ефектите од стресот и да служат за зголемување на издржливоста на адолесцентите пред стресогените настани.[10]

Чувствителноста и динамичноста на емоционален план во фазата на адолесценцијата, како и подложноста на стрес на младата популација, секако се во корелација и со можноста од деформитети на ’рбетниот столб. Сколиотичните и кифотични нарушувања кои можат да се појават за време на физичкиот раст, соочувањето со дијагнозата за деформитет на ’рбетот, како и самиот третман кој може да биде долг и да бара посветеност, делуваат стресогено и може да ја нарушат емоционалната рамнотежа кај адолесцентите во момент кога тие се во севкупен забрзан емоционален, когнитивен и физички развој. Начинот на кој когнитивно пристапуваат кон новата ситуација, како и интензивноста на емоциите во овој развоен период можат до придонесат за појавување на негативни мисли кај

[10]Curkovic,K., Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, Svejtla grada, Osjek, 2013

адолесцентите, но и непријатни емоции, како страв, вознемиреност и загриженост за новата ситуација во која се наоѓаат.

Поминувајќи низ овој бурен развоен период, за адолесцентите е пособенозначајна поддршката која тие ќе ја добијат, како од семејството, така и од училиштето и поширокатa општествена заедница. Можноста слободно да се споделуваат мислите и чувствата со кои се соочуваат како во рамките на домот, така и во училиште и меѓу самите врсници, може многу да придонесе кон тоа адолесцентите да имаат позитивен пристап кон сите можни стресни настани и предизвици со кои се соочуваат во тек на развојниот период низ кој минуваат. Можноста за разговор со психолог и психоедукацијата на младите во овој период суштински може да помогне за побезболно соочување со сите предзвици на кои наидува оваа млада популација. Сето ова низ кое поминуваат младите во оваа фаза од животот е особено значајно и за нивните родители. Децата и родителите во рамките на семејството, како основна клетка на секое општество, заеднички ги поминуваат сите предизвици на животот. Со оглед на тоа што адолесценцијата е значаен, а воедно и чувствителен период за младите, секако дека и родителите поминуваат низ стресен период исполент со очекувања сето тоа што е потребно да се постигне во оваа фаза да биде успешно направено. Меѓусебната интеракција меѓу младите и родителите во овој период од животот е силно изразена, каде децата настојуваат да постигнат самостојност, а родителите со исклучително внимание и загриженост го следат севкупниот нивен развој.

2.2.Сликата за себе во адолесцентниот развоен период

Креирањето на сопствениот индивидуален идентитет е значајна карактеристика за адолесцентниот развоен период. Во оваафаза од животниот циклус, младите започнуваат да трагаат по својот сопствен индентитет и се отворени кон тоа да пробуваат различни однесувања и изгледи со цел да откријат кои всушност се тие. Во потрагата по тоа кои се тие, адолесцентите се подложни да експериментираат со својата посебност со цел да го пронајдат оној личен идентитет кој најмногу би им одговарал на нив. Развојот и одржувањето на личниот идентитет во овие години од животот на младите луѓе е исклучително сложена задача поради

влијанието на голем број различни фактори, како што се: семејството во кое живее адолесцентот, поширокото општественото опкружување, социјалниот статус, културните прилики на средината. Оваа фаза од животот на човекот може да се определи како период во кој индивидуата го развива сопствениот личен идентитет, односно својата посебност по која понатаму се разликува од сите други луѓе. Двата главни аспекта на тој развој се самосвесноста и самопочитта. Изборите кои младите луѓе ќе ги направат во оваа фаза од животот го трасираат патот за она што може да се случува во наредните фази од животот на човекот. Високите нивоа на самосвест и самоконтрола во средината на адолесцентниот период ќе доведат до подобри одлуки за време на транзицијата кон зрелоста.

Во истражувањата на овие процеси кај младите луѓе се користат три главни пристапи за подобро разбирање на развојот на индивидуалниот идентитет на младата популација: самоконцепт, чувство за идентитет и самопочит. Во оваа фаза адолесцентите посветуваат значително време, внимание и се трудат околу сопствениот физички изглед, особено кога нивното тело минува низ значајни физички промени. За разлика од претходните развојни периоди, адолесцентите вложуваат доста напор во тоа да бидат што е можно попривлечни за околината. Поаѓајќи од тоа дека ова е период на физички раст, емоционална чувствителност, градење на личен индивидуален идентитет, појавата на деформитети на ’рбетот (сколиотични и кифотични нарушувања) може сериозно да влијае на градењето на сопствената индивидуалност и да ја нарушат сликата за себе кај оваа чувствителна популација на млади луѓе. Сето тоа може да предизвика анксиозност пропратена со вознемиреност, страв, загриженост и намалена самодоверба.[11] Овие појави можат да се одразат и на родителите, кои особено можат да бидат загрижени за физичкиот изглед на нивните деца и максимално да настојуваат тие да бидат со совршен физички изглед и привлечност. Исполнувањето или неисполнувањето на тие нивни очекувања може да придонесат за зголемена анксиозност кај родителите.

Зборувајќи за сликата за себе, односно концептот на себството, можеме да ги определиме како способност на една индивидуа да изгради сопствени уверувања и размислувања кои се базирани на сопствената самоувереност и кои градат еден релативно стабилен и конзистентен индивидуален систем на вредности. Во

[11] Morris,L., March,S., Anxiety Disorders in Children and Adolescents Second Edition, The Guilford Press, 2004

почетокот на фазата на адолесценција когнитивниот развој кај младата индивидуа резултира со поголема самосвест, зголемена свесност за другите и нивните размислувања и проценки, способност да се размислува апстрактно, како и да се разгледуваат идните и повеќе можности одеднаш. Адолесцентите стануваат способни да изградат повеќе концепти за себе, кои се тие како индивидуи во моментот и како се гледаат во иднината. Одлуките донесени во тој миг ги детерминираат последиците од нивниот избор за во иднината. Во овој процес на изградбата на сопственото јас и на индивидуалниот идентитет на адолесцентот, тие можат да ги идеализираат размислувањата за тоа што би сакале да бидат и што не би сакале да бидат во нивниот живот. Во овој процес на тежнеење кон идеализираната слика за себе младите можат да се соочат со разни непријатни ситуации.Без оглед на сите предизвици со кои можат да се соочат младите во оваа фаза од животот тенденцијата за изградба на оригинален личен индивидуален идентитет делува мотивирачки кон остварување на тој личен идеал за индивидуална посебност и различност по кои секој млад човек би бил препознатлив односно автентичен.

Во процесот на градењето на слика за себе можат да се појават определени разлики именувани како ‘диференцијација’ и тие најчесто се јавуваат кога адолесцентот ќе ги препознае контекстуалните влијанија врз сопственото однесување и перцепциите од другите, и тој започнува да ги квалификува сопствените особини кога од него ќе биде побарано да се опишува себеси. Диференцијата како процес се развива до периодот на средната адолесценција, каде врвот се постигнува во 7-мо и 9-то одделение. Особините на личноста што оваа популација ги користи за да се опише себеси се однесуваат на специфични контексти и тие понекогаш можат да бидат контрадикторни едни со други. Препознавањето на неконзистентни содржини во концептот на себство може да биде честа причина за појава на вознемиреност во овие чувствителни години, но во исто време таа вознемиреност може да им користи на адолесцентите како охрабрувачки фактор на нивниот структурен развој како индивидуи. Овој судир кој може да настане во свеста на младиот човек на две или повеќе нескладни верувања, идеи, убедувања или ставови, создава непријатно чувство кај поединецот. Оваа појава е позната како когнитивна дисонанца и таа е последица на некое дејствување кое е во спротивност со личните верувања, идеали и вредности кај младата индивидуа. Таа

најчесто се јавува при соочување со нови информации што се во спротивност со постојните верувања, идеали и вредности кај младите луѓе.

Градењето на сопствениот личен идентитет е суштински аспект што се развива во адолесцентниот развоен период од животниот циклус. Во оваа фаза од животот младиот човек сака да пронајде одговор на повеќе прашања, како што се:„Кој сум јас?“„Зошто сум?“„Што ќе биде со мене во иднината?“ и слично. Подигнувањето на сопствен индивидуален идентитет се постигнува со обединување на различни аспекти од сликата за себе. Во овој период од животот адолесцентите градат сопствен морален систем, сопствени принципи со кои се раководат во личните проценки за сопственото и однесувањето на другите.

Ориентацијата на професионален план во рамките на средното образование го поттикнува размислувањето и подготвувањето за иднината. Младите како ученици се упатени да ги преиспитуваат своите лични цели, желби и иден статус во заедницата. Во некои општествени системи овој процес на подготовка за професијата се прави дури и во основното образование, па дури и порано, под сугестија на наставниците и семејството. Креацијата на личниот идентитет, покрај изградбата на свој животен стил кај индивидуата, физички изглед, начин на облекување, свои интереси и начин на рекреација, го опфаќа и планирањето на професионалниот дел од животот, односно подготовката за идна професија како исклучително значаен аспект од личниот идентитет кој има доживотни импликации за човекот. Овој аспект на избор на професија и насочување во конкретна професионална област со која ќе треба да се занимава младиот човек не е едноставен процес. Во подготовка за идната кариера можат да се јават различни препреки кои можат да влијаат на остварувањето на желбите на младите луѓе. Честа и значајна појава е дискриминацијата на младите кои потекнуваат од различни општествени и социјални слоеви, оние кои живеаат во руралните наспроти оние од урбаните подрачја, како и стереотипи кои се поврзуваат со припаѓањето на одреден пол.[12]

Во адолесцентната фаза младиот човек може да експериментира со повеќе лични идентитети додека го пронајде тоа што автентично го чувствува за своја особеност и лична потреба. Во тој процес на експериментирање со разни аспекти на

[12] Rot,N., Osnovi Socijalne Psihologije, Socijalizacija, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1972, 54-59, 213-258

сопствениот идентитет може да се појават и многу конфузни ситуации поврзани со улогите во кои се наоѓа адолесцентот. Во оваа фаза може да биде присутна и преголема идентификација со општествени групи или поединци без оглед дали станува збор за религиозни, културни, политички или криминални групации. Сите овие околности можат да доведат до појава на криза на личниот идентитет кај младиот човек, што особено може да влијае во изградбата на стабилен, конзистентен и автентичен идентитет.[13] Значаен момент претставува и тоа како другите ја доживуваат младата индивидуа. Во зависност од тоа какви ќе бидат реакциите од потесната и поширокатa средина, дали поттикнувачки или осудувачки, сериозно може да се влијае на сопственото чувство на самопочит и лично достоинство. Имајќи предвид дека во оваа фаза од развојот се случуваат динамични промени на емотивен план, сèуште не е до крај завршен процесот на емоционално созревање на индивидуата, негативните реакации од опкружувањето можат да влијаат на чувството на самодоверба и самопочит. Поаѓајќи од оваа можна негативна ситуација, дијагностицирањето и третманот на деформитет на ’рбетот може да влијае на намалување на самодовербата на младиот човек и развивање на ниско ниво на самопочит. Негативните рекации кои адолесцентите можат да ги добијат од средината во која живеат, особено од врсниците во врска со деформитетот на ’рбетот и лекувањето на истиот, одат во таа насока за појава на негативни емоции и создавање лоша слика за себе меѓу оваа популација. Поддршката од семејството и училиштето можат суштински да помогнат во овој чувствителен момент за младите. Сите овие собитија поврзани со изградбата на индивидуалност кај младите се одразува и на нивните родители. Родителите особено можат да бидат загрижени за појавата кога младите лутаат во процесот на изградба на својата индивидуалност. Појавата на деформитети на ’рбетот кај младите се одразува на физичкиот изглед, а тој аспект е битно обележје на индивидуалноста. Земајќи ги предвид овие појави, тие можат да влијаат на зголемување на анксиозноста и кај родителите.

2.3.Здравствени аспекти во адолесцентниот развоен период

Во овој дел од трудот накратко ќе се осврнеме на суштинските аспекти поврзани со здравјето кај младите за време на адолесцентниот период од животот.

[13] Erikson.E, Identity: Youth and Crisis, Reissued as a Norton paperback, 1994, 128-135

Здравјето е предуслов за секоја човек да може да биде функционален, продуктивен и да живее среќен, задоволен и исполнет живот низ сите развојни фази од животниот циклус.Согласно определбата на Светската здравствена организација, во концептот на здравје се инкопорирани физичката, психичката и социјална благосостојба кај човекот, а не само отсуство на одредена конкретна болест или одреден телесен недостаток. По однос на здравствениот аспект во овој развоен период од живтот, може да се напомене дека генерално здравјето кај младата популација е релативно добро. Тоа не значи дека адолесцентите не се подложни на здравствени проблеми, но во однос на другите развојни фази од животот, здравствениот момент е значително подобар. Морталитетот кај адолесцентната популација најчесто е последица на несреќни случаи и тоа во основа поврзани со сообраќајот, но присутни се и убиствата и самоубиствата. Исто така, предизвици поврзани со здравствениот аспект на адолесцентите како популација се и злоупотребата на наркотични средства, консумирањето на алкохол, тутун, како и проблеми поврзани со процесот на исхрана, но и можноста од појава на сексуално преносливи болести. Како што веќе спомнавме, адолесценцијата е развоен период во кој начесто се јавуваат деформитетите на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза). Согласно Меѓународната статистичка класификација на болестите и сродните здравствени проблеми (МКБ-10 меѓународно ICD-10), сколиотичното нарушување на ’рбетот е завадено под шифра М41-Сколиоза, додека кифотичното нарушување е заведено под шифра М40 - Кифоза и лордоза. Двете дијганози спаѓаат во групата на Деформирачки дорзопатии (М40-М43).[14]

Што се однеува на здравствениот аспект поврзан со нарушувањата во исхраната најчесто е присутен кај припадничките од женскиот пол. Фокусираноста на телесната тежина е белег на современото време, особено кај девојките кои и при нормална телесна тежина се доживуваат како дебели. Особено може да се потенцираат нарушувањата во исхраната, како што се: менталната анорексија и булимијата и тоа најчесто кај припадничките од женскиот пол во адолесцентниот развоен период, но и во раната зрелост. Синдромот на ментална анорексија го карактеризира намалување на внесот на храналиви продукти, кое доведува до

[14]International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

хронична неухранетост, а кое е мотивирано од желбата да се намалат килограмите, како и градењето погрешна слика за сопственото телои настојувањето на младите да имаат намалена телесна тежина. За булимијата како нарушување на исхраната карактеристично е претераното внесување на хранливи продукти до степен на прејадување и значително зголемување на килограмите над нормалните граници за конкретна возрасти телесна конституција.

По однос на злоупотребата на наркотични средства, консумирањето алкохол и цигари се од многу одамна познати појави, а за жал, во денешно време сè повеќе адолесценти имаат желба да експериментираат со овие зависности на многу млада возраст. Причините за сè поголемата присутност на овие зависности меѓу младите луѓе може да се бара во потребата за бегство од секојдневните грижи, зголемениот степен на анксиозност меѓу младата популација, депресивното расположение кое е сè поприсутно, зголемената напнатост поради секојдневните грижи. Проблемот на криза на личниот идентитет, криза на националниот идентитет и слабеењето на религијата,како и распаѓањето на општествените системи, економските потешкотии во современиот свет, неизвесната иднина за младиот човек, секако се фактори кои влијаат сите овие зависности да бидат сè поприсутни кај адолесцентите уште од многу рани години.

Во корелација со зголемување на сексуалните потреби на адолесцентите, карактеристични за овој развоен период, како и стапувањето во првите сексуални односи, се појаува и зголемениот ризик од сексуално преносливи болести кај младата популација. Во денешното современо време младите многу рано стапуваат во овие односи уште пред склучување на бракот, честопати имаат по повеќе партнери, чести сексуални односи и истите се започнуваат на сè помала возраст.

Социјалните, културните и еколошките фактори се значајни области на фокус кога е во прашање здравјето на адолесцентите. Младата популација има специфични здравствени проблеми и развојни потреби кои се различни од детската популција и на возрасните. Причините за нарушеното здравје кај адолесцентната популиција се психосоцијални, а не толку биолошки. Младите главно се впуштаат во ризични ситуации по нивното здравје и не се доволно свесни за можноста од штетните последици од нивните однесувања.Честа појава е младите да потценуваат одредни ризици, додека пак други ризични ситуации ги преценуваат. Младата популација

честопати не е доволно информирана за сопственото здравје, вообиачено незнаат точно каде треба да се обратат, а можно е и да чувствуваат срам и страв кога треба да пристапат кон заштита на сопственото здравје Водењето грижа за сопственото здравје, намалување на ризичните постапки, превенцијата и унапредување на здравствената нега, едукација од системот, домашното воспитување за грижата за здравјето, негување на физичка активност и правилна исхрана, се клучни аспекти за заштита на здравјето на младата популација како предуслов за здрави идни поколенија за човештвото.[15]

Осврнувајќи се на здравствените аспекти на овој развоен период, зборувајќи за младите, треба да се напомене дека семејството и родителите се чувствителни кога станува збор за здравствената состојба на нивните деца. Родителите особено стресно и со загриженост ги доживуваат здравствените предизвици со кои може да се соочат нивните деца. Дури и минимални здравствени проблеми кои можат да се појават во овие години од животот родителите ги доживуваат со интензивна вознемиреност и потреба максимално да им помогнат на децата. Со оглед дека деформитетите на ’рбетот настануваат токму во оваа фаза од животот, а земајќи ги предвид и другите здравствени предизвици со кои можат да се соочат адолесцентите, сето тоа претставува дополнителен фактор на стрес за семејството и родителите, што може суштински да се одрази на нивното ментално здравје, а воедно да доведе и до зголемена анксиозност кај родителите.[16]

3.Анксиозност и анксиозни растројства

3.1.Базични концепти и типолошки класификации на анксиозноста и анксиозните растројства

Поаѓајќи од предметот на истражувањето, којшто се однесува на застапеноста на анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза), во овој дел од трудот суштински ќе ги разработиме основните концепти на анксиозноста и анксиозните растројства. Особено ќе се осврнеме на тоа како тие се манифестираат помеѓу адолесцентите, но и кај родителите, а во контекст

[15] Taylor.S, Helth Psychology, McGraw-Hill, 2011
[16]Lakovic.K, Psihologije adolescencije, Naklada Slap, 2006

на тоа што меѓу децата и родителите во дадената ситуација постои меѓусебна психолошка рефлксија поттикната од дадениот проблем - деформитети на ’рбетниот столб.

Фокусирајќи се на основните карактеристики на анксиозноста, истата може да ја определиме дека таа претставува емоција за која е карактеристично присуството на внатрешен немир и во неа е инкорпорирано и чувството на страв. Анксиозноста не се изедначува со самото чувство на страв, туку претставува облик на емоционален одговор на реална или субјективно потенцијална закана, додека самата анксиозност е исчекување на некоја идна опасност за индивидуата. За анксиозноста може да се каже дека е чувство на генерализирана, фокусирана, а може да биде и нефокусирана непријатност и загриженост, која може да се манифестира прекумерно во одредени ситуации кои само субјективно се доживуваат како заканувачки од страна на одредена индивидуа во даден миг од нејзиниот живот.

Емоцијата на анксиозност може да опстојува долг временски период кај одредена личност која се соочува со специфични стресни настани и во таа ситуација да премине од анксиозно чувство во анксиозно растројство. Основната разлика меѓу анксиозноста како нормално чувство и анксиозното растројство како облик на ментално растројство, е во временската присутност на анксиозното чувство кое може да биде присутно во поглемиот дел од денот, приближно во период од шест месеци. Понекогаш, особено кај детската популација, тој временски период може да биде и пократок. Исклучително е значајно правањето разлика помеѓу периодичната нормална анксиозност која многумина во текот на животот ја доживуваат и преживуваат и анксиозното растројство кое ги надминува нормалните нивоа на загриженост и суштински го отежнува животното функционирање на човекот. Од соодветното препознавање на овие разлики ќе зависи и правилното разбирање, сочувствување и помагање на индивидуата во соочување со сите симптомии манифестации на овие специфични појави.[17]

Во психолошката наука постојат многу теории кои се трудат да ги објаснат главните аспекти на анксиозноста. Секако една од првите такви теории која се занимава со анксиозноста е таа на Зигмунд Фројд, според која анксиозноста

[17] Berger.J., Biro,M., Hrnica,S., Klinicka Psihologija individualna i socijalna, Beograd, 1990, 119-122, 420-430, 548-628

претставува реакција на егото на внатрешната инстиктивна опасност која произлегува од идот и надворешните опсаности, односно доживувањата од страна на егото на некои заканувачки надворешни ситуации. Како сеприсутна рекација на човекот анксиозноста често се јавува како ситуациски условено пореметување, а дури по подолго набљудување, сме во можност да разликуваме: нормална, невротична и психотична анксиозност.

Анксиозноста може да се определи како афективна состојба која има значително непријатен карактер и како таква е слична со психолошката напрегнатост, чувството на жалост и тага. Сепак, непријатното чувство кое е производ на анксиозноста има посебен и специфичен тоналитет кој не е така едноставно да се определи. Анксиозноста често е пропратена и со одредени соматски сензации, како последица на невровегетативната вознемиреност. Карактеристично за анксиозните соматски рекации се респираторните и кардиоваскуларните потешкотии.

Анксиозноста е реакција која е карактеристична за целокупниот човечки род. Биолошкото значење на анксиозноста се поврзува со потребата за заштитување на единката во својата животна средина. Во чинот на породување постои објективна опасност за потребата за заштита на животот, но психолошки може да се каже дека ваквата констатација нема некоја посебна смисла. Сепак, оваа примарна анксиозност која се поврзува со чинот на породување може да биде согледана единствено низ аспектот на глобално пореметување во нарцисоидното либидо, бидејќи големото количество на екситација во екстраутеринатa ситуација отпаѓа на детето и кај него предизвикува нови сензации на непријатност.

По однос на појавата на анксиозноста, може да се разликуваат два вида на одговори кај индивидуата:

1.Неадеквтни и нецелисходни;

2.Корисни, кои ја сигнализираат и алармираат индивидуата за можната појава на одредена ситуациска опасност;

Според Зигмунд Фројд, постојат две теории кои ја објаснуваат анксиозноста:

1.Економска теорија на анксиозноста;

2.Функционална теорија на анксиозноста;

Економската теорија на анксиозноста се смета за прва теорија на анксиозноста и таа се заснова на концепцијата дека анксиозноста е необработена сексуална енергија. Основната претпоставка на Фројд во оваа теорија е дека сексуалната енергија нема можност да биде психички обработена, па поради тоа таа се растеретува преминувајќи во анксиозност. Според Фројд, таа би била последица на пореметената економија на либидото, бидејќи либидната енергија не е во можност психички да се обработи, и настанува празнење на психичката енергија од идот преку телото. За Фројд изворот на анксиозноста не се наоѓа во областа на психичкиот аспект, туку во физичкиот дел на човекот.

Функционалната теорија на Фројд е разработена во неговиот есеј 'Инхибиција, симптом и анксиозност' и таа е исклучително комплексна, поаѓајќи од поимот опасности се заснова на два клучни аспекта[18]:

1.Анксиозноста се појавува како сигнална реакција со цел да ја подготви индивидуата на потенцијално ризична ситуација;

2.Егото на човековата личност е центар на анксиозноста, а понекогаш дури може да биде и причинител.

Оваа теорија на анксиозноста е одредена од два аспекта: историски аспект, според кој анксиозноста претставува повторување на инфантилни анксиозни искуства, и симболичен аспект, според кој функционалната анксизоност е и симболичка со оглед дека репрезентира сама по себе на еден симболичен начин одредена ризична ситуација. Од овие причини оваа теорија се определува и како историска или симболичка, без да ја негира првата економска теорија за анксиозноста.

Осврнувајќи се на научните размислувања на Фројд, тој зборува за неколку видови на анксиозност кои се појавуваат во психосексуалниот развој на човековата личност. Прв тип на комплексна анксиозност е аналната анксиозност. Друг вид на анксиозност е фалусната анксиозност која се поврзува со објектот претставен преку фалусот. Оваа анксиозност е карактеристична во фалусната развојна фаза кај човекот.

[18]Nikolic.S,Psihijatrija Djecje i Adolescentne Dobi, Propedeutika, Skolska knjiga – Zagreb, 1991, 80-81

Овој тип на анксиозност е поврзан со загубата на фалусот и треба да се разликува од кастрационата анксиозност, која е целосно генитална и која единствено го заслужува името ‘кастрационен страв’.

Фројд разликувал реален страв од невротична анксиозност. Реалниот страв претставува реакција пред одредена загрозовачка појава во реалниот живот и има за цел да ја подготви индивидуата за одредената опасност, па така предизвикува рефлекс на бегство, а за тоа е потребен еден услов, а тоа е анксиозноста да се развие до одреден степен каде би била доживеана од егото на човековата личност како непријатност и каде интензитетот на чувството на страв би предизвикал реакција на бегство. За разлика од реалниот страв, невротичната анксиозност претставува страв без објект, бидејќи опасноста е внатрешна, и оваа опасност кај невротичната анксиозност е двострана: инстиктивна опасност која е производ на идот и која може да се однесува на неприфатливите сексуални пулзии на егото, кои тежнеат да бидат задоволени, и моралната опасност, која е производ на стравот од суперегото и од совеста на човекот, кои пак, се последица на контролирачките и казнувачките аспекти кои доаѓаат од родителскиот авторитет на личноста. Моралната анксиозност се однесува на стравот од суперегото, а опасноста која се заканува е можноста од загуба на родителската љубов која го претставува суперегото како наследник на едиповиот комплекс.[19]

Како што веќе споманавме, анксиозноста треба да ја разликуваме од стравот, кој одговара на когнитивна и емоционална реакција на согледана животна закана кај индивидуата во даден момент од животот. За анксиозноста е значајно дека таа се поврзува со карактеристични однесувања на одговорите на борба или бегство. Постои погрешна претпоставка дека анксиозноста се појавува само во ситуации кои се перципираат дека неможат да бидат контролирани или неможат да се избегнат, но тоа најчесто не е така. Анксиозноста исто така може да биде изразена и како агонија, страв и ужас во критичен момент за човекот. Според пристапите кои преовладуваат во рамките на позитивната психологија, анксиозноста се определува како ментална состојба која е производ на одреден тежок предизвик со кој се соочува дадена индивудуа во одреден миг од животот, во кој таа нема доволно вештини за соодветно справување со предизвиците.

[19]Nikolic,S.,PsihijatrijaDjecjeiAdolescentne Dobi, Propedeutika, Skolska knjiga – Zagreb, 1991, 82-85

Стравот и анксиозноста може да ги разликуваеме според:

1.Времетраењето на емоционалното искуство;

2.Карактеристичноста на заканите со кои се соочува индивидуата.

Стравот најчесто е краток и е фокусиран на сегашниот момент, насочен е кон одредена конкретна закана за индивидуата и го олеснува бегството од потенцијалната закана. За разлика од стравот, анксиозноста е подолготрајна, насочена кон иднината, широко фокусирана на одредена дифузна закана и предизвикува исклучителна внимателност додека се приближува до потенцијалната опасност и влијае на начинот на справувањето.

Анксиозните состојби може да се манифестираат со долги и исцрпувачки секојдневни симптоми кои влијаат и го намалуваат квалитетот на животот на индивидуата и во тој случај станува збор за хронична или генерализирана анксиозност, но анксиозноста може да се доживее и со кратки манифестации на симптоматологија карактеристични за паничните напади при стресни ситуации, познати како феномен на акутна анксиозност.[20]

Симптоматологијата која се појавува кај анксиозните состојби може да биде разновидна и тоа како по бројот на симптомите кои се појавуваат кај една индивидуа, така и по нивниот интензитет.

Манифестните симптоми на анксиозноста вклучуваат:

- Невролошка симптоматологија:главоболки, парестезии, фасцикулации, вртоглавица, пресинкопа;
- Дигестивна симптоматологија:абдоминални болки, дијареа, проблеми со варењето на храната, сува уста и сл.;
- Респираторна симптоматологија:проблеми со дишењето;
- Кардиоваскуларна симптоматологија:палпитации, тахикардија, болки во градниот кош;
- Мускулна симптоматологија:замор, тремор или тетанија, мускулни болки;

[20] Folkman, S., The Oxford Handbook of Stress, Oxford University Press, 2011, 3-17

- Кожна симптоматологија:потење и чешање на кожата;
- Урогенитална симптоматологија:често мокрење, диспареунија, импотенција, синдром на хронична карлична болка.

Начинот на манифестирање на симптомите кај анксиозните состојби е индивидуално детерминиран. Секој човек има автентичен начин на реагирање на стресни настани кои доведуваат до состојба на анксиозност. Сепак, во одредени ситуации анксиозноста може да предизвика силна психолошка болка, да добие хроничен тек и да премине во депресивно нарушување, или во други ментални проблеми, каде може да се манифестираат тенденции за самоповредување, а во исклучителни ситуации и до обиди за самоубиство.[21]

Бихевиоралните последици од анксиозноста можат да бидат повлекување од ситуации кои кај единката во минатото предизвикувале анксиозност или негативни чувства. Исто така, последиците можат да влијаат на промени во начинот на спиење, намалување или зголемување на внесот на храна, но и зголемување на моторната напнатост на поединецот.

Емоционалните последици на анксиозноста може да се однесуваат на чувството на страв кое може да биде сè почесто присутно, проблеми во концентрацијата на човекот, чувство на постојана напнатост, предвидување на најлошото можно сценарио, немир и раздразливост, постојано гледање на наводни знаци кај себе и исчекување на нивно појавување. Честопати може да се појавуваат ноќни кошмари, опседнатост со сензации, чувство на заробен ум и доживување како сè е страшно и веќе видено.

Когнитивните последици на анксиозноста може да вклучуваат мисли поврзани со смртта и стравот од умирање. Чести се ситуациите каде одредени сензации и болки по телото, како на пример, болка во главата, се поврзува со можност од појава на тумор или аневризма, болките во градниот кош со можноста од срцев удар. [22]

[21] Fenichel,O., The Psychoanalitic Theory of Neurosis, 193-216
[22]Alispahic,S., Psihologija Boli, Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2016, 81-91

Привремената анксиозност е појава која е често присутна во животот на современиот човек, додека анксиозните растројства се присутни во еден подолг временски период и добиваат хроничен тек во животот на човекот. Како посебна група на растројства, тие се определуваат како состојби на ментални нарушувања за кои е карактеристично присуството на неконтролирани чувства на страв и анксиозност, така што личните, професионалните и социјалните функции на човекот се во значителна мерка нарушени. Во секојдневниот говор честопати поимите анксиозност и страв се употребуваат наизменично. Во клиничката пракса тие имаат малку поинакво значење, анксиозноста клинички се определува како непријатна емоционална состојба за која потеклото не е едноствно да се идентификува, или се смета дека е неконтролирано или неизбежно, додека стравот клинички се определува како емоционален и физиолошки одговор на препознаена надворешна опасност и закана за човекот. Терминолошки, кога се зборува за анксиозно растројство, се мисли на цел систем на специфични нарушувања кои вклучуваат чувство на страв и разновидна манифестација на анксиозна симптоматологија. Постојат различни класификации и поткласификации на анксиозните растројства. Во продолжение накратко ќе се осврнеме на најбитните аспекти кај анксиозните растројства.

Типолошки анксиозните растројства може да се класифицираат како:

I. Генерализирано анксиозно растројство;
II. Социјално анксиозно растројство;
III. Панично растројство;
IV. Хипохондрија (здравствена анксиозност);
V. Специфични фобии;
VI. Сепарационо анксиозно растројство;
VII. Постраумaтско стресно растројство;
VIII. Опсесивно-компулсивно растројство.

За генерализираното анксиозно растројствоможе да се каже дека претставува таков тип на ментално растројство кое се карактеризира со прекумерна, неконтролирана и вообичаено ирационална загриженост за настани или активности кои го попречуваат секојдневното функционирање на човекот, а се однесуваат на работи како што се: личното здравје, финансиите, смртта, семејството, грижи поврзани со партнерството или потешкотии поврзани со работното место.

Карактеристична симптоматологијата на овој тип растројство вклучува: прекумерна грижа, немир, проблеми со спиењето, исцрпеност, раздразливост, потење и треперење. Симптомите кои се присутни кај индивидуата за овој тип на растројство треба да бидат конзистентни, постојани и да опстојуваат за временски период од најмалку шест месеци за да би можело формално да се утврди соодветната дијагноза.[23]

Посебен тип на анксиозно растројство претставува исоцијалното анксиозно растројство, исто така познато и како социјална фобија, кое се карактеризира со присутно чувство на страв и анксиозност во ситуации од социјален карактер. Социјалната фобија се смета за една од најприсутните облици на анксиозност. Луѓето со ваков тип на растројство често стравуваат од можните негативни рекации кои би ги добиле од другите луѓе во нивното опкружување. За социјалната фобија се карактеристични два типа нанегативно размислување: дека индивидуата ќе направи нешто погрешно и дека другите луѓе тоа ќе го забележат. Симптоматологијата која е присутна кај овој тип опфаќа:прекуемерно потење, треперење, руменеење, палпитации, гадење. Во одредени ситуации може да се појави и пелтечење, како и забрзано говорење.

Специфичен тип на на анксиозно растројство кое го обележуваат неочекувани напади на паника кои се повторуваат е паничното растројство. Кај овој тип на растројство нападите на паника се неочекувани и проследени со чувство на интензивен страв и симптоматски се карактеризираат со: потење, палтипации, тресење, отежнато дишење, вкочанетост, како и чувство дека нешто лошо ќе ѝ се случи на индивидуата. Симптоматологијата кај овој тип својот максимален интензитет го достигнува во период од неколку минути, но можно е да се појави постојано чувство на грижа за идни напади и избегнување на места каде што претходно веќе се доживеале такви непријатни искуства. Причините за појавување на овој тип растројство не се сосема познати, но се посочува дека факторот стрес има значајно место. [24]

[23]International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

[24] Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition

Индивидуите кои се соочуваат со панично растројство вообичаено доживуваат серија на интензивни епизоди на исклучителна анксиозност за време на манифестацијата на нападите на паника. Најчесто овие напади траат околу десетина минути, но може да бидат и пократкотрајни и тоа во траење од една до пет минути. Во одредени ситуации тие можат да траат и подолго од дваесет минути до еден час, а интензитетот на симптоматологијата е варијабилен од индивидуа до индивидуа. Анксиозноста која се појавува кај паничното растројство е значително тешка и забележлива, за разлика од онаа кај генерализираното анксиозно растројство. Паничните напади може да бидат предизвикани од изложување на одредени стимулации, како што е гледањето на одредени животни, на пример, инсекти или посета на одредени објекти, како што се стоматолошките ординации и медицинските амбуланти. Паничните напади кај луѓето со овој тип на растројство се особено присутни во ноќните часови. Некои идндивидуи се справуваат со вакви ситуации многу често во својот живот, а тоа може да биде дури и на секојдневно ниво или барем еденаш во неделата.

За хипохондријазата или хипохондријата како облик на растројство е карактеристично што таа е сосотојба во која една индивидуа е исклучително загрижена за сопственото здравје и е со уверување дека има сериозна медицинска дијагноза, односно некоја животозагрозувачка болест. Хипохондричната личност е со неоправдана вознемиреност за каков било физички или психички симптом што ќе го детектира на себе, без оглед на тоа дали симптомот е минимален, таа е убдена дека кај неа ќе биде дијагностицирано некое сериозно заболување. Хипохондријазата како состојба може да опстојува долго време, дури и од кога медицинско лице ќе ги направи сите медицински иследувања кај одредена индивидуа и нема да дијагностицира никакво сериозно медицинско заболување. Индивидуите со хипохондријаза изразуваат сомневање и неверување во дијагнозата која ќе ја постават лекарите по опсежните медицински иследувања и за нив тие тврдења кои ќе ги добијат од медицинските стручнаци се неубедливи и краткотрајни. Значаен момент претставува и тоа што хипохондричните личности за време на престојот во медицинските установи додека траат медицинските иследувања имаат можност да добијат зголемен крвен притисок, зголемено ниво на стрес и анксиозност и оваа појава е позната како ‘синдром на бел мантил’. Честопати луѓето со здравствена анксиозност се во потрага по постојани уверувања од лекарите,

семејството, пријателите за нивното здравје, а целокупната ситуација може сериозно да го измори како самиот хипохондрик кој страда од моменталната состојба, така и опкружувањето со кое живее и комуницира. Посетата на медицинските установи, и фиксираноста на сопственото здравје често добиваат и опсесивна димензија.[25]

Специфичните фобии се тип на анксиозни растројства за кои е карактеристично присуството на голем, неразумен и ирационален страв кој се поврзува со одреден предмет од опкружувањето, ситуација или концепт што сам по себе претставува минимална или никаква реална опасност за индивидуата. Фобиите најчесто доведуваат до тоа индивидуата која се соочуваа со тие за неа вознемирувачки и застрашувачки работи постојано да ги избегнува, а присуството на чувството на страв сериозно ја попречува во функционалното секојдневно живеење. Одредено ниво на страв е нормално чувство со кое се соочуваат сите луѓе во текот на нивниот живот, но кај фобиите тоа добива исклучително силен интензитет и долготрајност, а индивидуата вложува огромни напори со цел да ги избегне потенцијалните опасности.

Присуството на неразумни и ирационални стравови сериозно го нарушуваат секојдневниот живот на човекот, тие се одразуваат како на приватниот аспект од животот, така и на успешноста во извршување на професионалните задолженија. Припадничките од женскиот пол имаат поголема веројатност да развијат одредена специфична фобија, за разлика од припадниците на машкиот пол. Доколку одредена специфична фобија биде дијагностицирана во раните развојни години, постои зголемен ризик за појава и на други ментални растројства во иднина. Во животот на човекот се забележани голем број на фобии кои се манифестираат со карактеристична симптоматологија и различен интензитет и присутност кај секоја индивидуа специфично. Најчести се фобиите поврзани со одредени животни, стравот од темни простории, стравот од височина, патувањето со одредено превозно средство, како авион или воз, и многу други.

За сепарационото анксиозно растројство е карактеристично тоа што индивидуата доживува прекумерна анксиозност во врска со одвојувањето од домот

[25]International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

или од луѓе кои за неа имаат особено значење и со кои е исклучително емоционално поврзана. Тоа може да биде најтесното семејство, односно родителите, браќата или сестрите, или кое било значајно лице за индивидуата. Анксиозноста која се појавува како резултат на разделувањето е природен дел од развојниот процес на човекот. Таа најчесто се појавува кај доенчињата и малите деца, карактеристично за возраст од шест до седум месеци, па сè до три години, а во одредени ситуации патолошки може да се манифестира и кај постарите деца, адолесцентите, па дури и кај возрасните. За разлика од сепарационата анксиозност, нормалната анксиозност од одвојувањето упатува на здрав напредок во когнитивното созревање на детето и не треба да се смета за проблем во однесувањето и развојот. Потеклото на анксиозното растројство од одвојувањето произлегува од теоријата на приврзаност на Зигмунд Фројд.

Како и кај другите типови на анксиозни нарушувања, така и кај овој тип децата пројавуваат тенденции да се соочуваат со разни видови на пречки во училиштето, за разлика од децата без анксиозни нарушувања. Децата со анксиозност имаат потешкотии особено во прилагодувањето и поврзувањето во рамките на училишниот систем во споредба со другите деца. Тие можат да ја пореметуваат наставата за време на училишниот процес или целосно да одбиваат да одат во училиште. Во училиштето може да пројават манифестации, како што се врескање и плачење, но на начин како да чувствуваат болка. Овие манифестации кај детето може да се појавуваат подолг временски период откако неговите родители ќе ги нема, и тоа од неколку минути до неколку часови. Исто така, овие деца може да одбијат да комуницираат со своите наставници или другите соученици од класот. Доколку децата со вакви манифестации заостануваат понатаму во наставниот процес, тоа може да биде сериозен проблем, и за нив да станува сè потешко да се вратат на училиште. Краткорочните проблеми кои се последица од академското одбивање вклучуваат слаби постигнувања во образовниот процес, пад на перформансата, отуѓување од своите врсници, но и конфликт во семејството.

За посттрауматското стресно растројство може да се каже дека претставува таков тип на растројство кое настанува како последица на доживување на трауматски настани, како што се: воени активности, сообраќајни незгоди, сексуални злоупотреби, злоупотреба на деца и млади, семејно насилство, проживеани елементарни непогоди, како и други закани кои ја нарушуваат благосостојбата и

животот на индивидуата. Симптоматологијата која се манифестира кај ова нарушување вклучува: вознемирувачки мисли, чувства и соништа поврзани за проживеаните стресни настани, ментална и физичка вознемиреност, до промени во начинот на кој индивидуата чувствува и мисли. Малите деца имаат помала веројатност да манифестираат вознемиреност, но наместо тоа, можат да ги изразат своите сеќавања за тие настани преку игра. Популацијата со овој тип на анксиозно растројство е изложена на поголем ризик од самоубиство или намерно самоповредување.[26]

Поголем број од луѓето кои доживеале одреден трауматски настан не развиваат ваков тип на нарушување. Луѓето кои преживеале интерперсонално насилство, како што се: силување, разни видови на сексуални напади, киднапирање или следење, физичко малтретирање од својот партнер, инцест или друг тип сексуална повреда за време на детскиот период од животот, имаат многу поголема веројатност да развијат ваков тип на растројство, отколку популацијата која доживеала одредена траума која не е заснована на напад, како што се несреќите и природните катастрофи. Популацијата која доживеала пролонгирана траума, како што е ропство, концентрациони логори или хронична семејна злоупотреба, може да развива еден друг тип на посттрауматско стресно растројство кое е познато како сложено посттрауматско стресно нарушување кое има посебен одраз врз емоционалната регулација и основниот идентитет на личноста на човекот.

Симптоматологијата кај овој тип на растројство вообичаено започнува во првите три месеци по поттикнувачкиот трауматски настан, но во одредени ситуации може да започне дури и по неколку години подоцна. Карактеристично за оваа популација со овој тип на растројство е тоа што е присутно избегнување на мисли и емоции поврзани со траумата, воопшто избегнување дискусија за тој настан, а понекогаш можно е да има и амнезија за самиот настан. Сепак, вообичаено е присуството на наметливи и повторувачки сеќавања, дисоцијативни епизоди на преживување на траумата (‘флешбекови’) и кошмари. Често симптоматологијата се појавува веднаш по трауматскиот настан, сепак значајно е симптомите да траат до доволен степен, односно да предизвикаат дисфункционалност во животот на индивидуата. Општо се смета дека тој период на манифестна симптоматологија

[26] Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition

треба да биде повеќе од еден месец по траумата за да би се класифицирало како посттрауматско стресно растројство.

За опсесивно-компулсивното растројство е карактеристично тоа што индивидуата се соочува со наметнати мисли (опсесии) и чувствува потреба постојано да извршува рутини (кумпулсии) со цел да се ослободи од вознемиреноста.Таа е поттикната од опсесијата, до степен каде е нарушена нејзината функционалност во секојдневното живеење. Константните непосакувани мисли, ментални слики или нагони кои создаваат силно чувство на вознемиреност, одвратност и непријатност, се карактеристични за овој тип на растројство. По својата содржина, опсесиите се карактеризираат со страв од контаминација, страв од зараза со бактерии и вируси, опседнатост со симетрија во просторот, несакани забранети или табу мисли од сексуален и религиозен карактер и други типови на ирационални мисловни содржини. За компулсиите се карактеристични повторувачки дејствија или ритуали кои се последица и одговор на опсесивните мисли, а кои индивидуата ги презема со цел да постигне ослободување од анксиозноста. Овие дејствија вклучуваат: прекумерно миење на рацете, чистење, броење, повторување, избегнување, барање на сигурност, постојани проверки, молење и религиски ритуали и други активности. Компулсиите како активности често се присутни кај индивидуата, одземаат најмалку еден час во денот и сериозно го нарушуваат квалитетот на живот и секојдневното функционирање. По извршување на компулсивната активност доаѓа до моментално олеснување кај индивидуата. Оваа активност понатаму доведува опсесивните содржини да се зголемуваат со текот на времето поради постојаното барање награда за извршување на одредениот ритуал со цел ослободување од напрегнатоста кај индивидуата.

3.2.Деформитетите на ’рбетниотстолб како фактор на анксиозност кај адолесцентите

Дијагностицирањето и третманот на деформитетот на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза) кај адолесцентната популација може да биде фактор на стрес кој ќе придонесе за појава на чувството на анксиозност, страв, вознемиреност и загриженост. Адолесцентната популација е во тој развоен период од животниот циклус каде се случуваат бурни промени на емоционален план, па според тоа чувствата кои се појуваат кај адолесцентите секако имаат изразен интензитет и

специфичност, а секако и начинот на когнитивно функционирање и самиот процес на перципирање на опкружувањето и себеси се специфични во оваа фаза од развојот на личноста на индивидуата. [27]

Најчеститепсихолошки манифестации коиможат да бидат присутни кај адолесцентите со деформитет на ’рбетот и кои можат да влијаат на ментално здравје на младата популација се:

- Зголемено ниво на стрес;
- Чувството на страв од дијагнозата, третманот и исходот од лекувањето;
- Чувството на вознемиреност при утврдувањето на дијагнозата и од третманот;
- Чувството на загриженост за дијагнозата и резултатите од третманот;
- Загриженост за сликата за сопственото тело;
- Негирање и одбивање на дијагнозата и третманот;
- Страв од физичка болка;
- Појава на чувство на лутина и гнев;
- Конфронтација со родителите;
- Малтретирање и задевање од врсниците;
- Загриженост за училиштето и образовниот процес;
- Тенденција кон повлекување и изолација;
- Проблеми во прилагодувањето;
- Чувство на срам;
- Чувство на тага;
- Загриженост за иднината.

Соочувањето со дијагнозата деформитет на ’рбетниот столб, како и потребата од третман на истата, претставуваат животен настан, односно ситуација со која се соочува младиот човек и неговото семејство што може да ја наруши рамнотежата на организмот, односно телесниот, психолошкиот и социјалниот интегритет на индивидуата и може да придонесе за појава на стресна реакција.[28] Интензитетот на

[27]Scoliosis-and-anxiety-5-ways-scoliosis-can-cause-anxiety.https://lifewithscoliosis.com,Преземено на 01.02.2024
[28] Mental-health-scoliosis,https://sauk.org.uk, преземено на 02.02.2024

стресното реагирање е во корелација со спецификите на стресорот со кој се соочува една индивидуа, рекацијата, односно начинот на доживувањето се специфични кај секој човек посебно. Здравјето на човекот има исклучително значење за функционалното и квалитетно живеење, па така секоја можна закана за физичкото и телесното здравје може да придонесе за стресна реакција кај индивидуата која се соочува со потенцијални опасности и нарушувања на сопственото здравје. Здравјето на младите луѓе е битен аспект со оглед на тоа што младата популација е во севкупен развој и пред многу животни предизвици со кои допрва треба да се соочува. Адолесцентите се во фаза на емоционален и когнитивен развој, а стресните случувања кај оваа популација може да се доживеат исклучително интензивно. Стресот влијае на емоциите, однесувањето, размислувањето и целокупното ментално и физичко здравје кај младите.

Младиот човек кој е во развојниот период на адолесценција, како и неговото семејство, не се доволно запознаени со состојбата на појава на деформитети на ’рбетниот столб. Младите најчесто за својот деформитет дознаваат за време на систематските прегледи во училишните години. Соочувањето со новата ситуација, недоволното поседување на информации за проблемот, потребата од соодветен третман кој може да биде конзервативен или хируршки, секако се околности кои го зголемуваат интензитетот на стрес и стресната рекација кај адолесцентната популација и кај нивните семејства. Стресот и стресната рекација секогаш се проследени со емоционални, физички, когнитивни и бихевиорални симптоми со различен интензитет кои можат да ја нарушуат хомеостазата и нормалното функционирање на индивидуата.[29]

Дијагностицирањето на деформитет на ’рбетот кај адолесцентите, како и потребата за третман,може да бидат проследени со зголемен интензитет и присуство на чувство на страв. Стравот е реакција на одреден специфичен стимул кој се појавува во сегашните или во очекувањата на идните закани што се сметаат како ризик за телото или животот, и кои произлегуваат од перцепцијата на потенцијална опасност за индивидуата. Медицинските дијагнози и нивниот третман секогаш

---

[29]Nikolic.S, Mentalni Poremecaji u Djece I Omladine 3, Skolska knjiga – Zagreb, 1992, 35-55

претставуваат непријатен стимул кој доведува до зголемување на чувството на страв кај индивидуата. Дијагностицирањето на деформитетот на ’рбетот, како и потребата од соодветен третман, се нова ситуација за младиот човек и неговото семејство кое секако може да биде причина за зголемен интензитет и присуство на чувството на страв. Стравот произлегува од тоа што за индивидуата во новата ситуација ѝ се наметнуваат многу дилеми за кои сака да добие одговор, и како ситуацијата ќе влијае на нејзиниот живот во сегашноста и иднината. Стравот поврзан со деформитетот на ’рбетот е по однос на сериозноста на самата дијагноза, дали ќе влијае на функционалноста на живеењето, каков ќе биде третманот, дали постои ризик при лекувањето, дали лекувањето ќе биде успешно, дали се можни физички болки како резултат на дијагнозата и третманот, каква ќе биде перспективата во иднината за индивидуата со деформитет на ’рбетот. Сите овие дилеми се природна состојба која е карактеристична за секој човек кој се соочува со одредена медицинска дијагноза и потреба за третман. Кај адолесцентите со оглед на нивната емоционална и когнитивна чувствителност во фазата на развој, секако дека чувството на страв и неизвесност може да бидат интензивно присутни.[30]

Чувството на страв може да биде проследено и со зголемена вознемиреност и загриженост,што дополнително ја засилува стресната реакција на индивидуата. Овие чувства се последица на многуте прашања кои адолесцентот со деформитет на ’рбетот може да си ги поставува за време на дијагнозата и третманот. Честопати младите и нивните семејства немаат доволно информации што точно претставува деформитетот на ’рбетот, како сколиоза и кифоза. Реакцијата на родителите може да биде интензивна и да придонесе за уште посилна манифестација на овие чувства кај младите. Од сериозноста на деформитетот ќе зависи и соодветниот третман, дали ќе биде конзервативно преку долг процес на вежби и носење помагала, како корсет, или ќе биде нужно да се интервенира со хируршки пристап. Самиот третман може да биде долг и да бара посветеност, особено конзервативниот начин на лекување, а кај хируршкиот пристап секогаш постои ризик во поглед на целосното и успешно реализирање. За младите луѓе третманот може да биде вознемирувачки и да бидат загрижени дали целиот процес ќе заврши успешно и дали се можни негативни последици. Хируршкиот пристап секогаш е проследен со ризик за пациентот, и целиот процес на подготовка за операција до постоперативниот период индивидуата

[30]Nikolic.S., Zastita Dusevnog Zdravlja Mladih, Prirucnik, Medicinska Naklada – Zagreb, 1993, 97-132

го доживува со зголемено ниво на загриженост и вознемиреност. Чувствата на страв, загриженост и вознемиреност кај секоја индивидуа се присутни и се манифестираат со различна симптоматологија. Начинот како ќе биде прикажана самата дијагноза на деформитет на ’рбетот,како и потребата и видот на третманот ќе влијаат на тоа со кој интензитет овие чувства ќе се манифестираат меѓу адолесцентите. Поддршката од семејството и блиските, но и начинот на нивното реагирање, како и информираноста и претходните искуства со медицински дијагнози и лекувања може да влијаат на тоа каква ќе биде стресната реакција кај популацијата.

Деформитетот на ’рбетот се манифестира со видливи последици по физичкиот изглед на индивидуата. Овие појави се забележливи како за самата индивидуа со деформитетот, така и за непосредното опкружување, како што е семејството, пријателите, соучениците. Со оглед дека во адолесценцијата како развоен период од животот на човекот се оформува сликата за сопственото тело, сите овие промени кои настануваат како последица на сколиотични и кифотични нарушувања на ’рбетниот столб може да влијаат на сликата за себе и да го зголемат чувството на вознемиреност од моменталниот физички изглед. Во овој период од животот младите настојуваат да имаат што е можно повпечатлив физички изглед, како дел од нивниот индивидуален идентитет преку кој стануваат препознатливи во опкружувањето. Со оглед дека сколиозата може да влијае на тој физички изглед, како и самиот третман, особено потребата од носење на корсет, секако дека сето ова се фактори кои влијаат на сликата за себе кај адолесцентот. Како последица на оваа ситуација, можно е присуство на фрустрираност кај младите, интензивно чувство на лутина и гнев, негирање на актуелната ситуација, како и манифестирање на тенденции кон повлекување од околината.

Самиот момент поврзан со дијагностицирањето на деформитетот на ’рбетот, потребата од третман, промените во физичкиот изглед и нарушеаната слика за себе, може да придонесат и до зголемени конфликти со членовите на смејството, како и задевање и малтретирање од врсниците во рамките на училиштето или непосредното опкружување. Дијагнозата и третманот колку што претставуваат фактор на стрес за самиот адолесцент, толку се и стресен настан за родителите. Семејството секогаш посакува сѐ најдобро за своите деца, а кога на децата им се случуваат здравствени проблеми, родителите сето тоа може да го доживуваат со исклучителна загриженост,

како и настојување максимално да им помогнат на своите деца во процесот на успешно надминување на здравствената ситуација. Понекогаш е можен конфликт меѓу адолесцентите, од една страна, кои може да ја негираат дијагнозата и потребата за третман, како и родителите кои одлучно настојуваат да им помогнат во справувањето со новата ситуација. Мотивираноста за лекување има суштинско значење за успешно лекување на сколиотичните и кифотични деформитети. Адолесцентите негирајќи ја дијагнозата и потребата за третман, може да не бидат доволно мотивирани да се вложат во сопствениот процес на лекување, а од друга страна, семејството постојано да инсистира на потребата од третман и лекување, а сето тоа да биде извор на конфликтни односи во семејството меѓу адолесцентот со деформитет на 'рбетот и неговите родители.

Конфликтноста која би можела да настане во рамките на семејството може да се пренесе и во односите со врсниците од училиштето и непосредното опкружување. Со оглед дека деформитетот на 'рбетотфизички се забележува кај индивидуата исто како и носењето на корсет за време на третманот, одредени врсници во овие развојни години на адолесценцијата може да пројават агресивно однесување кон своите врсници со деформитет на 'рбетот, и постојано да биде присутно омаловажувањето и задевањето. Овие манифестации може да влијаат на чувството на самодоверба на младиот човек со деформитет на 'рбетот, како и на мотивираноста и истрајноста во процесот на лекување. Како последица на ваквите негативни рекации од врсниците, кај индивидуата може да се зголеми интензитетот на лутина и гнев, а со тоа и склоноста кон конфликтност, или да се оди во правец на повлекување од социјалното опкружување. Несоодветната рекација од врсниците може да придонесе за манифестирање на физичка или вербална агресија, како и за стимулирање на негативни емоции кај адолесцентите со деформитети на 'рбетот.

Дијагностицирањето на деформитет на 'рбетниот столб и потребата од третман може да влијае и на образовниот процес на младиот човек. Со оглед дека самиот момент претставува стресен настан за индивидуата, а воедно се наложува потреба од лекување кое може да бара големо посветување и истрајност, можено е сето тоа да се одрази и на училишните обврски и успехот во образовниот процес. Зависно од самата реакција на адолесцентот и како тој ќе се соочи со дијагнозата и третманот, ќе зависи и колку сето тоа ќе влијае на квалитетот на неговото

образование и училишен успех. Личните индивидуални карактеристики во соочувањето со ситуацијата влијаат како на прифаќањето на дијагнозата и третманот, така и на мотивацијата за лекување, но и нормално продолжување со образовните обврски. Доколку индивидуата е премногу чувствителна и на дијагнозата и третманот реагира со силна стресна реакција проследена со негативни емоции, како што се: страв, загриженост, вознемиреност, лутина, можно е да дојде до несоодветно прилагодување на ситуацијата и во средината, што пак може да доведе до повлекување од средината, а тоа пак да се одрази и на образовниот процес и успехот во рамките на училиштето.

Кај адолесцентите со сколиотични и кифотични нарушувања на ’рбетниот столб можно е да се појави и чувството на срам. Ова чувство може да биде последица на недоволното познавање на проблематиката поврзана со деформитетите на ’рбетниот столб кај самиот адолесцент и неговото семејство, а особено во контекст на реакцијата од непосредното опкружување на конкретната ситуација со која се соочува младата индивидуа. Срамот е чувство кое е поврзано со непријатноста и стегнатоста која ја доживува индивидуата од она што таа го перципира како нешто непријатно за кое може да биде изложена на негативна критика, потсмев и омаловажување. Со оглед дека во овој развоен период за адолесцентот е особено значајно градењето личен идентитет, односно слика за себе, особено поодност на физичкиот изглед, состојбата кога настанува деформитет на ’рбетот кој е воочлив на физички план за опкружувањето е нешто кое може да ја наруши таа претпоставена и идеализирана слика за себе и да придонесе тој да чувствува срам за сопствената ситуација во контекст на рекацијата на непосредното опкружување на неговата дијагноза, како и на самиот третман низ кој индивидуата ќе треба да помине. Чувството на срам исто така може да биде присутно кога за време на третманот адолесцентот треба да носи корсет како во училиштето, така и во слободното време, и кога доаѓа во интеракција со своите врсници од опкружувањето.

Генерално целокупната ситуација со дијагностицирањето и третманот на деформитетот на ’рбетот кај одредени адолесценти, особено оние со поголема чувствителност, може да придонесе и за појава на чувството на тага. Ситуацијата може да се доживее како исклучително сериозна, како нешто кое ќе остави трајни

последици и како нешто кое ќе влијае на квалитетот на животот, а сето тоа да доведе до чувствона тага и вина за актуелниот проблем.

Дијагностицирањето на деформитетот на ’рбетот,како и третманот низ кој ќе треба да помине индивидуата, може да доведе до загриженост за иднината. Со оглед дека во овој развоен период од животот адолесцентот минува низ забрзан емотивен и когнитивен развој, а воедно е и време кога луѓето имаат планови за понатамошните аспекти од животот како на професионален, така и на приватен план, секако дека загриженоста и неизвесноста за иднината е нешто кое може да биде присутно кај младата популација со оваа проблематика. Младите луѓе во овие години имаат желби и планови за тоа како ќе го продолжат животот понатаму, која би била нивната професија, што би студирале и работеле, како и првите романтични искуства. Во одредени ситуации, зависно од тоа колку е сериозен деформитетот на ’рбетот, каков третман ќе биде потребен, можно е младиот човек да биде привремено попречен во реализирањето на своите животни планови за иднината. Сето тоа може да доведе до фрустрираност, лутина и тага од моменталната ситуација. Загриженоста за иднината може да се однесува и на самиот третман од лекувањето, колку тој ќе биде долготраен, дали ќе се заврши успешно, дали ќе има трајни последици и дали било што поврзано со дијагнозата и третманот може да се одрази во нормалното живеење на човекот во перспектива.

Деформитетот на ’рбетот и самиот третман влијаат стресно за адолесцентите, придонесуваат до појава на негативни чувства, а сето тоа може да влијае на зголемување на општото ниво на застапеност на анксиозноста кај адолесцентите во овој развоен период. Покрај самиот проблем со дијагнозата и третманот на ’рбетот, ако бидат земени предвид и другите тековни стресори со кои се соочуваат младите, низ овој чувствителен период од животот, може да се претпостави дека анксиозноста е во пораст.

3.3.Деформитетите на ’рбетниотстолб кај децата како фактор за појава на анксиозност кај родителите

Во рамките на трудот се осврнавме на општите аспекти на анксиозноста и анксиозните растројства, како и анксиозноста која може да се манифестира кај адолесцентната популација која се соочува со деформитети на ’рбетниот столб. Во

овој дел на трудот ќе се осврнеме на тоа како деформитетите кои се појавуваат кај децата за време на адолесцентниот период од животот може да влијаат на зголемување на анксиозноста кај родителите.

Помеѓу децата и родителите постои меѓусебна поврзаност и емоционална рефлексија кога станува збор за ситуацијата како што е дијагностицирањето и третманот на сколиотичните и кифотични деформитети на ’рбетот. Родителите и нивните деца во значителна мерка ја делат заедничката судбина поврзана со конкретниот животен предизвик. Поаѓајќиод тоа, може да се заклучи дека сè она низ кое минуваат младите на емотивен план и кое кај нив доведува до анксиозност, го живеат и чувствуваат и нивните родители, а во одредени ситуации тие можат да бидат и значително повеќе загрижени од нивните деца за моменталната ситуација. Семејството и родителството во адолесцентниот период имаат значајна улога и место за младиот човек. Семејството е основна клетка на секое општество, а домот и родителите се важен момент за правилниот развој на младите на севкупен план. Во рамките на домот меѓу децата и родителите се градат емоционални релации, а родителите тргнувајќи од својата улога, настојуваат да им помогнат и ги насочат нивните деца во правилна насока, а сè со цел тие да имаат успешен и квалитетен живот. Родителите секоја потенцијална опасност или непријатност во животот на нивните деца може да ја доживеат исклучително емотивно и со загриженост. Здравјето на децата е особено значен аспект за квалитетниот живот на младите, а секоја опасност и неприлика која се одразува на здравјето на децата за родителите може да биде фактор на стрес кој ќе доведе и до зголемена анксиозност кај нив.[31]

Најчестите психолошки манифестации коиможат да бидат присутни кај родителите на деца со деформитет на ’рбетот и кои можат да се одразат на нивното ментално здравје се:

- Зголемено ниво на стрес;
- Зголемено чувство на страв од дијагнозата, третманот и исходот од лекувањето кај детето;

[31]Goldener-Vukov, M., Porodica u krizi, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1988, 99-108

- Зголемено чувство на вознемиреност при утврдувањето на дијагнозата и од третманот кај детето;
- Зголемено чувство на загриженост за дијагнозата и резултатите од лекувањето кај детето;
- Негирање и одбивање на дијагнозата и третманот кај детето;
- Појава на чувство на лутина и гнев;
- Загриженост за училишниот успех кај детето, како и успешно продолжување на образовниот процес;
- Појава на чувство на срам кај родителот;
- Зголемено чувство на тага поттикнато од ситуацијата;
- Загриженост за иднината на детето;
- Зголемена конфликтност со децата поттикната од ситуацијата;

Дијагностицирањето, третманот и исходот од лекувањето на деформитетите на ’рбетот се собитија во животот на родителите кои доведуваат до зголемено присуство на чувството на страв, вознемиреност, загриженост и влијаат на зголеменото ниво на стрес и анксиозност кај родителите, но и семејството во целина. Родителите, како и децата, вообичаено немаат многу информации за проблемот, а сето тоа ја зголемува неизвесноста и грижата за иднината на детето. Кај родителите исто така може да се појави и чувството на лутина и гнев, како и негирањето на новонастаната ситуација. Во одредени околности можно е и присуството на срам кај родителите, особено во контекст на рекацијата од средината во поглед на дијагнозата и потребата од лекување. Родителите исто така можат да бидат загрижени и во поглед на крајниот резултат од процесот на лекување, дали тој ќе биде успешен, дали детето ќе се соочи со одредени последици во остатокот од животот. Грижата која може да биде присутна кај родителите е и во поглед на тоа дали ситуацијата ќе влијае на училишниот процес и успехот во образованието, а во перспектива и на идните професионални ориентации на децата. Како резултат од отпорот кој може да биде присутен кај децата со деформитети на ’рбетот во процесот на лекување, и генерално од целокупната ситуација во семејството иницирана од конкретниот проблем, можно е и зголемување на конфликтноста и проблеми во комуникацијата помеѓу родителите и децата. Овие околности можат да влијаат на крајниот резултат и успешноста во завршување на лекувањето.

3.4.Третман на анксиозноста и анксиозните растројства

Застапеноста на анксиозноста и анксиозните растројства како кај општата популација така и кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб, но и кај самите адолесценти со овој проблем, придонесува за појава на симптоматологија која го попречува нормалното функционирање на луѓето, а воедно го намалува и квалитетот на животот. Со цел успешно надминување на предизвиците кои влијаат на психичката рамнотежа, а во зависоност од тоа како овие состојби се манифестираат, со колкав интензитет ,видот и содржината на симптомите, се налага и потребата за соодветен психолошки третман на анксиозноста и анксиозните растројства.

Во психолошката наука и практика може да се издвојат три облици на психолошки третман на анксиозноста и анксиозните растројства:

- Психолошко советување
- Психоедукација
- Психотерапија.

Индивидуата која се соочува со одредени потешкотии во текот на својот живот, кои по своите карактеристики и манифестација се од анксиозна феноменологија или друг вид потешкотии, може да се обрати кај психолог со цел остварување на психолошко советување за надминување на истите.[32] Во рамките на психолошкото советување се воспоставува релација меѓу две лица, и тоа психолошкиот советник, односно психологот, кој понудува насоки и поддршка во ситуација кога една индивидуа бара начин за тоа како подобро да функционира, управува и се прилагодува со промените и неповолните околности на животот во која се наоѓа, а од друга страна е самата индивидуа со потешкотии во својство на клиент, која е барател на помошта. Советодавниот однос кој се вопспоставува меѓу психологот како стручно лице и индивидуата како клиент барател на помош и поддршка е исполнет со чувство на емпатија, доверба и топлина, преку кој психологот во својство на советник се обидува да ја разбере личноста која се соочува

[32]Srna, J., Psihoterapija i savatovanje, teorija, praksa, istrazivanje, Zavod za udzbenike, Beograd, 2012, 51-70, 81-89, 135-178

со одреден тип на потешкотии, а воедно ѝ нуди и поддршка во ситуацијата која делува стресогено и доведува до анксиозна состојба кај неа. Советодавниот однос во психолошката практика главно се остварува во ситуации кога постои одреден конкретен проблем, како што може да биде и присутвото на анксиозност и непријатни чувства, како што се: стравот, вознемиреноста и грижата околу дијагностицирањето и третманот на деформитети на ’рбетниот столб кај децата. Барањето помош од психолог и самиот процес на советување е начин за надминување на неповолната ситуација во која се нашле родителите, но и децата. Психологот остварува базично контактно интервју со клиентот, кога се запознава со ситуацијата и потешкотиите со кои се соочува индивидуата во дадениот миг. Во зависност од контактибилноста и мотивираноста на клиентот кој доаѓа на интервју кај психологот, ќе зависи дали тој ќе биде во состојба да собере доволно информации за индивидуата во насока да понуди соодветно решение за потешкотиите низ кои таа поминува во дадената ситуација. Психологот, доколку е неопходно, може да примени и други психодијагностички пристапи, како што се различните типови на психолошки тестови, а со цел формирање подобра претстава за сите аспекти на личноста која доаѓа на советување и со цел успешено надминување на проблемите, или упатување на други облици на третман, како што е психотерапија или консултација со психијатар, во зависност од манифестните симптоми кои се присутни кај клиентот.

Психологот, во рамки на помагачкиот однос со клиентот, користи две базични вештини, а тоа се активно и поддржувачко слушање.

Барањето помош од психолог со цел психолошко советување на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб, како и на адолесцентите, може да биде охрабрувачки и поттикнувачки фактор кој ќе помогне во соочувањето со сите непријатни чувства кои се појавуваат во моментот на поставување на дијагнозата, како и во текот на самиот третман на деформитетите. Со оглед на тоа што родителите и адолесцентите немаат доволно сознанија за новонастаната ситуација, како и за самиот процес на лекување, тие се склони кон генерализација и песимистичко расудување во поглед на проблемот низ кој поминуваат. Разговорот со психолог, споделувањето на чувствата низ кои минуваат, како и запознавањето со сите непознати аспекти на третманот, можат во значителна мера да влијаат на

намалување на анксиозното расположение, како и кон зголемување на мотивираноста кај децата за успешен третман и надминување на деформитетот на ’рбетниот столб. Овој тип на поддршка особено може да помогне на родителот и на адолесцентот кога е неопходна хируршка интервенција, каде чувството на страв и неизвесност може да бидат интензивни, но и во конзервативното лекување кога индивидуата треба да носи помагало, како што е корсет, кое може да влијае на појава на чувството на срам и непријатност по однос на физичкиотизглед.

Во насока да се помогне на родителите и на децата кои се соочуваат со потешкотии или зголемено ниво на анксиозност во ситуацијата поврзана со деформитетите на ’рбетниот столб покрај психолошкото советување, постои уште еден облик на поддршка и помош, а тоа е психоедукацијата. Овој пристап, како и психолошко-советодавниот однос, има за цел да ѝ помогне на индивидуата која се соочува со одредени предизвици по сопственото ментално здравје да изнајде начини како да ги надмине потешкотиите со кои се соочува и повторно да може да има нормално функционирање во своето животно опкружување. Пристапот на психоедукација може да се остварува индивидуално, групно и семејно. Во индивидуалниот пристап идентично како и во психолошко-советодавниот однос, една конкретна индивидуа која се соочува со сопствениот специфичен проблем пристапува во релација со стручно лице каде добива соодветни информации и знаења за тоа како може да се соочи и ги надмине предизвиците кои придонесуваат да не функционира на начин како што таа посакува. Групниот облик на психоедукација опфаќа групи за поддршка, работилници, но и психоедукативна терпија. Најчесто овој облик на групна психоедукација ги поврзува луѓето кои имаат слични потешкотии и каде низ еден процес на заедничка работа под менторство на стручно лице се обидуваат до добијат соодветни знаења, но и меѓусебно поддржување во насока на надминување на сопствените потешкотии.Семејната психоедукација е пристап кој се однесува на едно семејство како заедница на луѓе каде секој член од семејството е погоден од одреден проблем кој влијае на личното ментално здравје и каде во заедничкиот пристап може да се подобрат исходите за секој поединец од семејната заедница, но и да се подобрат односите во семејството како целина.

Психоедукативниот пристап кај родителите и адолесцентите може да придонесе тие да добијат соодветни информации за проблемот со кој се сочуваат, за правилниот третман, озбезбедувањето соодветни алатки и ресурси во соочувањето со сите стресни околности на дијагнозата и третманот на деформитетот кај децата, подобрување на резултатите од самиот третман, градење соодветни вештини за соочување со потешкотиите, зголемување на личната поддршка и слично. Родителите и децата кои се соочуваат со овој проблем се идеален пример за можноста за успешно организирање и спроведување на групна, односно семејна психоедукација. Покрај тоа што самиот адолесцент кој директно е засегнат од дијагнозата и третманот и кој трпи одредени психолошки последици, исто така и семејството, односно родителите поминуваат со него период исполнет со загриженост и очекувања за иднината. Овој пристап може да помогне како на адолесцентот, така и на целокупната семејна заедница за што поуспешно пребродување на целокупниот процес на лекување, но и на намалување на интензитетот на анксиозноста која може да биде присутна и интензивна во дадената ситуација. Групната психоедукација исто така може да биде особено корисна во рамките на образовниот систем и училиштето, каде учениците ќе добијаат содветни информации за можноста од појава на деформитети на ’рбетот, како и за соодвениот третман и психолошките потешкотии со кои би се соочиле во потенцијално таква ситуација. Групна психоедукација може да се спроведува и во поголема група на родители на деца кои се соочуваат со деформитети на ’рбетниот столб, каде би добиле како лична меѓусебна поддршка, секако и потребни информации за сите аспекти поврзани со конкретниот проблем кај нивните деца.

Доколку индивидуата се соочува со потешкотии во текот на животот, како што се ситуациите со различните облици на анксиозни и други видови на растројства, може да се применува и психоетерапевтскиот пристап во надминувањето на истите.[33] За разлика од психолошкото советување кое трае релативно краток временски период и е фокусирано на мал број на теми кои ја засегаат индивидуата, психотерапијата е процес кој трае релативно долг временски период, понекогаш тоа може да биде и со месеци па и години, и таа главно ги третира комплексните

[33]Opalic, P., Egzistencijalisticka psihoterapija,Neolit, Beograd 1988, 46-58

животни потешкотии кај луѓето. Денес постојат голем број на психотерапевтски пристапи, но базично се поделени на: психодинамички, бихевиорален, хуманистички, когнитивен, системски и интегративен пристап,каде секој на свој начин во рамките на својата теориска ориентација и спектар на техники се обидува да му помогне на човекот кој во даден миг се соочува со потешкотии од емотивен или/и когнитивен карактер. Луѓето кои се занимаваат со психоетарапија се психотерапевти кои имаат соодветна наобразба и практично искуство во рамките на одреден психотерапевтски правец. Тие воспоставуваат професионален однос со своите клиенти и во рамките на принципите и знаењето применуваат соодветни техники со кои се обидуваат да му помогнат на клиентот самиот тој поуспешно да си помогне себеси и да стане што позрела и функционална личност во сите тие ситуации кои би можеле да ја нарушат неговата психолошка рамнотежа. Одредени психотерапевтски правци се ориентирани повеќе кон минатото и несвесните процеси во личноста, како што е психодинамската психотерапија, други поголем акцент стават на сегашноста и иднината, некои се фокусираат на емотивните аспекти, други на когнитивните, а одредени правци пристапуваат на интегриран начин, земајќи ги предвид сите овие моменти кои се присутни кај личноста во една интегрирана целина.

Во третманот на анксиозноста и анксиозните растројства може да се применуваат различни типови на техники од големиот спектар на психотерапевтски правци кои постојат во психолошката практика. За конкретниот проблем поврзан со анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетот, како и кај самите адолесценти, особено корисна може да бидекогинитивно-бихевиоралната терапија (КБТ), која се фокусира на тоа да им помогне на индивидуите да ги променат нереалните верувања, моделите на размислувања и однесувања, како и тоа да се стекнат со вештини за навигација во тешки животни ситуации и да научат да го одржуваат чувството на контрола и самодоверба.

Свој придонес во работата со клиенти со анксиозност наоѓа и примената на терапијата со изложување. Ова претставува една форма на КБТ-пристап кој им помага на луѓето кои се соочуваат со различни видови на стравови во секојдневието. Во овој пристап терапевтот работи со клиентот постепено да се соочи со стресните или застрашувачките ситуации за него, и да го ‘репроцесира’ мозокот со цел да ги намали одговорите на конкретните стравови. Начинот на изложување може да биде

во имагинарна форма или во‘in vivo’ изложеност, односно соочување со одредена ситуација во реалниот живот, како и изложување во виртуелна реалност. Овој тип на психотерапија често може да се користи во ситуации како што се одреден тип на специфични фобии, на пример, страв од летање или од одредени животни, но и во ситуации на социјална анксиозност, анксиозност од одвојување од блиските, панични растројства, генерализирано анксиозно растројство и слично.

Во третманот на анксиозните состојби исто така може да се примени и терапијата на прифаќање и посветеност. Таа претставува ефикасен начин во справувањето со анксиозните состојби. Целта на овој тераписки пристап е да ѝ помогне на индивидуата да ги пронајде во себе сопствените вредности и да дејствува на начин кој е усогласен со тие вредности преку техниките на прифаќање и внимание. Овој пристап може да се комбинира и со другите облици на третман со цел на соодветен начин да се разрешат симптоматските манифестации специфични кај секоја индивидуа посебно.

Свое место во тертирање на анксиозноста наоѓа и дијалектичко-бихевиоралниот пристап. Овој пристап, многу слично како КБТ, се насочува на тоа да му помогне на клиентот во насока на изнаоѓање балансиран начин на размислување во ситуации кои се доживуваат со различни спротивности. Пример за тоа би било прифаќањето дека индивидуата има одреден степен на анксиозност додека истата работи на управување со самата анксиозност преку вклучување на внимателноста, зголемување на толеранцијата на непријатности, зголемување на емоционалната регулација и интерперсоналните вештини.

Пристап кој може да даде свој придонес во третманот на анксиозните состојби е и десенсизибилизацијата и репроцесирање на движењето на очите (EMDR). Овој пристап им помага на индивидуите да ги обработат сопствените трауматски животни искуства користејќи го природниот процес на заздравување на мозокот. Терапевтот во рамките на пристапот го насочува клиентот преку билатерална стимулација на мозокот, користејќи се со специфични движења на очите, тапкање или тонови да преработи одредени сеќавања и да го намали севкупниот емотивен и физички стрес со кој се соочува.

Свој придонес во третирањето на овие состојби наоѓа и интерперсоналната терапија. Таа се концентрира на тоа како индивидуата функционира во сопственото социјално опкружување и во социјалните односи со другите луѓе. Терапевтот во овој пристап се фокусира на релацискиот аспект на индивидуата, особено на конфликтите кои можат да се создадат меѓу членовите на семејството или пријателите, нерешените аспекти на чувството на тага присутно кај поединецот, промените на работините и социјални улоги, и севкупните борби со остатокот од непосредното опкружување.

Од хуманистичките психотерапевтски пристапи во третманот на анксиозноста свој придонес може да даде и гешталт-психотерапијата. Целта на гешталт-терапијата е да им помогне на луѓето да ги обноват своите потенцијали, да се прифатат такви какви што се во дадениот момент, односно да бидат автентични. Гешталт-терапевтот ги насочува клиентите да го прават она за кое се способни, да го прават односно да ги освестат и искористат своите капацитети преку интегрирање на сите сопствени отуѓени делови. Најзначајна цел вогешталт-терапијата е да поттикне свесност. Задача на психотерапевтот е да им помогне на клиентите кои се соочуваат со потешкотии во дадениот миг да препознаат како ја блокираат својата свесност и да можат да функционираат со сите нивни способности.[34]

Со оглед дека дијагнозата и третманот на деформитети на ’рбетот се настани во животот кои влијаат на менталното здравје на родителите и на адолесцентите, постои рефлексија во меѓусебната комуникација, а воедно може да биде присутна конфликтност во рамките на семејството, па свој придонес може да даде и семејната психотерапија. На располагање стојат мноштвото техники со кои може да се влијае на комуникациските аспекти меѓу младите и родителите, свесноста кај сите членови на семејството за актуелните предизвици, како и градењето начини и можности како секој член на семејството може да придонесе за што поуспешно надминување на предизвиците, каде секој член од семејната заедница трпи последици по сопствената психичка благосостојба.

Кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб анксиозноста може да биде проследена со различен тип на симптоми кои може да се разликуваат како по однос на својата содржина, така и по однос на интензитетот и нивната

[34]Perls, F., Hefferline, R., Goodman.P, Excitementand Growth in the Human Personality, 1994

зачестеност. Во зависност од тоа дали анксиозноста е само моментална состојба со која се соочува родителот и примарно е предизвикана од самата ситуација поврзана со дијагнозата и третманот на деформитетот на ’рбетот кај децата, или е дополнителен фактор на стрес на веќе одредени претходни непријатни и моментални искуства, што е честа појава, ќе зависи и потребата од примена на соодветен психотерапевтски третман. Во одредени ситуации процесот на лекување на деформитетот на ’рбетот и самата дијагноза може да остават и длабоки трауматски искуства кај родителите, но и кај самите адолесценти, а тоа да се одразува во текот на младешките години кај адолесцентите, па и подоцна во текот на животот. Со оглед на сите овие околности, психотерапијата може да има исклучително позитивен придонес како кај родителите, така и кај младите во успешното надминување на тие трауматски искуства, и во продолжување со нормалното живеење и функционирање во средината.

Психолошкото советување, психоедукацијата и психотерапијата како облици на психолошки третман на анксиозноста и анксиозните состојби како кај адолесцентите кои се соочуваат со деформитети на ‘рбетот, така и кај нивните родители може да имаат значителен допринос во успешното надминување на конкретните предизвици за целото семејство. Соодветното информирање како на родителите, така и на адолесцентите за разновидните облици на психолошки третман преставува значаен момент за целокупното општество, особено имајќи во предвид дека голем број на родители и деца не се точно информирани и запознаени со облиците на психолошкиот третман со кои можат да си помогнат во дадената ситуација низ која минуваат.

II ДЕЛ

МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.Проблем на истражување

Операционално, проблемот е определен во форма на прашање: „Колкаво е нивото на анксиозност и какви се ставовите кон психолошките услуги кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија?“.

2.Цели и задачи на истражувањето

Истражувањето има за цел да го утврди моменталното ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетот и нивните ставови за консултирање на психолошки услуги.

2.1.Научна цел на истражувањето

Научна цел на истражувањето е целта на дескрипција, односно утврдување на нивото на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб. Се работи за неекспериментално истражување со задачи:

-да се добијат научни сознанија за нивото на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

-да се добие увид во негативните последици на анксиозноста (автономна возбуда, ефекти на скелетните мускули, појава на ситуациона анксиозност, субјективно доживување на вознемирувачки ситуации) кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

-да се добијат сознанија за ставот кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот;

-да се добијат сознанија за поврзаност на степенот на образование на родителите и ставот кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот;

-да се сугерираат препораки за начинот на надминување на анксиозноста кај родителите и кај децата кои имаат деформитети на’рбетниот столб во државата;

2.2.Практична цел на истражувањето

Истражувањето поаѓа од потребата да се осознае степенот на застапеност на анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во државата како специфичен проблем.

Анксиозноста како емоционален одговор на родителите на деформитетите на ’рбетот кај нивните деца може да има значително влијание врз различни аспекти на животот и здравјето. Анксиозноста може значително да влијае на психолошкото здравје на родителите. Чувството на загриженост, страв и неизвесност може да доведе до психолошки предизвици. Генерално, анксиозноста влијае на целокупната благосостојба на родителите.

Родителската анксиозност може да влијае на семејните односи, вклучувајќи ги односите меѓу родителите и децата, браќата и сестрите и другите членови на семејството.

Родителите можат да поминат низ процесот на прифаќање на деформитетите на нивните деца. Анксиозноста може да биде поврзана со ставовите кон деформитетот и може да влијае на начинот на кој родителите го поттикнуваат и поддржуваат своето дете.

Исто така, анксиозноста на родителите влијае на нивниот пристап кон здравствената и психолошка заштита на нивното дете. Можно е анксиозноста да ги предиспонира родителите за поголем ангажман во лекувањето и следењето на здравствените совети, како и во психолошка поддршка.

Истражувањето за нивото на анксиозност може да обезбеди информации за будење свесност на родителите за деформитетот. Подоброто разбирање на овој аспект може да помогне во дизајнирањето ефективни психо-едукативни програми и поддршка за родителите.

Со истражување на важноста на анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетот, може да се создаде основа за подобро разбирање на нивните потреби и дизајн на севкупни психолошки и медицински интервенции.

Преку истражувањето ќе се настојува да се дадат предлози и сугестии за предвремено, а потоа и дополнително делување, со акцентирање на улогата на психолозите, како индивидуи или како составен дел на стручни тимови кои ќе влијаат на унапредување на менталното здравје кај родителите и децата, односно адолесцентите со сколиотични и кифотични деформитетина’рбетниот столб во државата.

3.Резултати од досегашни истражувања

Релевантни истражувања на психолошкиот аспект поврзан со анксиозноста кај родители на деца и адолесценти со деформитет на ’рбетот во македонското општество досега не се познати, и доколку постојат, тие се многу ретки.

Во едно истражување спроведено во 2019 година, во Кина, од страна на Ванг и соработниците,[35]се дошло до заклучок дека нивоата на анксиозност и депресија кај родителите на деца со деформитети биле повисоки од оние кај родители со здрави деца. Депресијата и анксиозноста на родителите биле тесно поврзани со депресијата и анксиозноста на нивното дете. Нискиот приход на домаќинството бил истакнат фактор на ризик за родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб. На состојбата на менталното здравје на родителите на пациентите од оваа категорија треба да им се обрне внимание, особено за оние родители со фактори на ризик, што би помогнало да се олесни раното упатување за пофокусирана проценка и интервенции. Увид во родителските стратегии за справување со анксиозноста може да помогне во третманот на децата.

Деформитетите на ’рбетот (сколиоза и кифоза) како проблем се застапени кај адолесцентите во Република Северна Македонија и медицинскиот третман успешно се спроведува во здравствениот систем на државата. За третманот на деформитетите на ’рбетот од медицински аспект постојат извесни релевантни истражувања во

[35]Wang., H. (2019). Mental health of patients with adolescent idiopathic scoliosis and their parents in China: a cross-sectional survey. National Library of medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515648/#Bib1title, преземено 30.01.2024

државата, но психолошките аспекти, особено анксиозноста која е присутна за време на утврдување на дијагнозата и лекувањето, како и чувствата на страв, вознемиреност, загриженост кои се појавуваат за време на третирањето на деформитетите на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија не се доволно истражувани и од таа причина ова истражување може да даде одговор на одредени релевантни прашања поврзани со психолошкиот аспект на оваа проблематика.

Melissa и соработниците, во 2010 година во истражување со наслов „Корелирање на депресивни и анксиозни симптоми кај адолесценти со спинални проблеми“[36], откриле високи стапки на депресија и анксиозност. Хиерархиската регресивна анализа ги идентификувала проксималните индивидуални и фамилијарните (задоволство од функционирањето на семејството) фактори како посилно поврзани со депресивните симптоми, отколку факторот на дисталниот здравствен систем (УСС). Самопријавената болка била единствениот еколошки фактор поврзан со симптомите на анксиозност.

Во истражување од 2013 година, со наслов „Самоуправување, задоволство од функционирањето на семејството и текот на психолошките симптоми кај адолесценти со спинални проблеми“, Melissa H Bellin, и соработниците[37]дошле до резултати каде не биле пронајдени значајни разлики во групното ниво на психолошките симптоми кај учесниците со текот на времето (средна возраст 22 години), но била забележана значајна промена на индивидуално ниво во симптомите на анксиозност (n = 13) и депресивни симптоми (n = 9). Подобреното задоволство од функционирањето на семејството било поврзано со намалени симптоми на анксиозност, а зголеменото самоуправување со спиналните проблеми било поврзано со намалени депресивни симптоми. Како крајни заклучоци биле дека промените во самоуправувањето и задоволството од функционирањето на семејството може да влијаат на текот на психолошките симптоми.

Едно ново сублимирано истражување од 2022 година, спроведено од страна на Shlini и соработниците, со наслов „Проблеми со менталното здравје кај адолесцентите и младите со физички попречености од детството“[38], идентификувало 33 рецензирани студии кои главно се фокусирале на млади луѓе со церебрална

[36]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880443/ преземено 09.12.2023
[37]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22976508/ преземено 09.12.2023
[38]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36189015/ преземено 10.12.2023

парализа, јувенилен артритис и спинални проблеми. Најчестите ментални здравствени проблеми кои биле испитувани биле: депресија и тешкотии поврзани со расположението (73%), анксиозност (39%) и социјално/однесувачки проблеми (33%), а најчестиот опсег на возраст бил од 13 до 17 години.

Десет студии истражувале пристап, употреба и искуства од услуги за ментално здравје; стигма; ментално здравје на родител, негувател; и вредност за сеопфатна нега, користејќи квалитативни, квантитативни или мешани методи. Наодите укажуваат на важноста од развивање интегрирани модели на испорака на услуги за да се идентификуваат и да се решат потребите за ментално здравје на оваа популација и консензус за најдобрите практики за проценка и известување за стапките на субклинички симптоми и психијатриски состојби.

Посебно треба да се нагласи дека менталното здравје на родителите и децата, односно адолесцентите, е од исклучително значење.

4.Предмет на истражувањето

Предметот на истражувањето се однесува на застапеноста на анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза) во државата и нивните ставови кон консултирање на психолошки услуги за надминување на проблемот на анксиозност.

4.1.Теоретско определување на предметот на истражување

Теоретското определување опфаќа еднозначно определување на поимите од проблемот на истражување, а тие се однесуваат на следното:

-Анксиозноста е психолошка состојба што се карактеризира со чувство на непријатно напрегање, страв и несигурност. Лицата со анксиозност можат да искусат повишена напнатост, срцебиење, напнати мускули, нервоза и други симптоми. Тоа може да влијае на секојдневните активности и да предизвика значително страдање[39].

Анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетен столб

[39]American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

-Анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб се однесува на психолошката состојба, при што родителите изразуваат страв, загриженост или емоционални предизвици поврзани со деформитетите на ’рбетниот столб кај нивните деца. Тоа може да вклучува немир и стрес поврзани со дијагнозата, лечењето и влијанието на деформитетот на општото физичко и емоционално здравје на детето[40].

-Адолесценција се однесува на периодот во развојот на човекот кој обично започнува околу преодот од детство кон возрасна личност. Оваа фаза обично се одвива во периодот од приближно 10-12 години до раните 20-ти години и вклучува физички, емоционални, социјални и когнитивни промени[41].

Деформитети на ’рбетниот столб

-Деформитетите на ’рбетниот столб вклучуваат различни аномалии и изменувања во структурата на ’рбетниот столб. Овие промени можат да вклучуваат вдлабнатини, скратувања, изгиби или други несоодветности во нормалната структура на ’рбетниот столб. Деформитетите можат да бидат природни (од раѓањето) или стекнати (појавување по раѓањето поради разни причини). Примерите на деформитети на ’рбетниот столб вклучуваат: сколиоза (абнормална кривина во страна посока), кифоза (необично зголемена изгиб во напредна посока), лордоза (необично зголемен изгиб во задна посока) и други[42].

4.2.Хипотези

Хипотезите на истражувачкиот проблем се формулирани преку општа хипотеза и потхипотези:

Општа хипотеза на истражувањето:

---

[40]Wang., H. (2019). Mental health of patients with adolescent idiopathic scoliosis and their parents in China: a cross-sectional survey. National Library of medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515648/#Bib1title преземено 30.01.2024

[41]Santrock, J. W. (2018). Adolescence. New York, NY: McGraw-Hill.

[42]Weinstein, S. L., & Ponseti, I. V. (2000). Congenital anomalies of the spine. In Instructional Course Lectures (Vol. 49, pp. 461-472). American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Присутно е високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во државата и има претежно позитивен став за користење на психолошки услуги за справување со анксиозноста.

Потхипотези на истражувањето:

1.Застапено е високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

1.1.Кај поголем дел родители често се присутни негативни последици на анксиозноста, како автономна возбуда;

1.2.Кај поголем дел родители често се присутни негативни последици на анксиозноста, како ефекти на скелетните мускули;

1.3.Кај поголем дел родители понекогаш се присутни негативни последици на анксиозноста, како појава на ситуациона анксиозност;

1.4.Често се присутни негативни последици на анксиозноста, како субјективно доживување на вознемирувачки ситуации кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

2.Постои позитивен став кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот;

2.1.Се претпоставува дека користењето на психолошки услуги е на ниско ниво од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

2.2.Достапноста на психолошки услуги во окружувањето се доживува на ниско ниво од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија;

2.3.Се претпоставува дека најголеми бариери за користење на психолошки услуги од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија се од финансиски аспект;

2.4.Интересот за учествуво на психоедукативни работилници од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија е на високо ниво.

2.5.Постои поврзаност на степенот на образование на родителитена деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија и ставот кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот.

4.3.Варијабли

Како истражувачки варијабли се операционализирани:

Анксиозност, односно психолошката состојба каде што родителите изразуваат немир, загриженост или емоционални предизвици поврзани со деформитетите на ’рбетниот столб кај нивните деца.

Став кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот.

Степен на образование на родители.

Релевантни варијабли се: пол**,** возраст, број на децаво семејството.

5.Метод на истражување, техники и инструменти

Истражувањето се состои од теоретски и емпириски дел. Теоретскиот дел на истражувањето се базира на анализа и синтеза на теоретските сознанија за етиопатогенезата на деформитетите на ’рбетниоит столб, анксиозните нарушувања, со посебен осврт на анксиозноста која е присутна кај адолесецентите со деформитети на ’рбетот и нивните родители, како и начините на психолошка помош и поддршка.

Емпирискиот дел на истражувањето се заснова на методот на неекспериментално истражување, каде ќе бидат применети техники и инструменти со кои ќе се добијат соодветни податоци за предметот на истражувањето.

Од техниките кои ќе бидат користени во делот на емпириското истражување во насока на собирање соодветни податоци за предметот на истражување, ќе биде користено скалирање со скала ДАСС и анкетирање со специјално изготвен инструмент - анкетен лист.

Инструментот DASS[43] е скала составена од вкупно 42 точки, поточно прашања наменети за мерење на негативните емоционални состојби, како депресија, анксиозност и стрес. Секоја од трите скали содржи по 14 прашања, кои се поделени во поткатегории или супскали од 2 до 5 прашања кои се со слична содржина и тежина. Конкретно ќе се користи потскалата за анксиозност.

Скалата која се однесува на емоционалната состојба на анксиозност или немир проценува присутност на автономна возбуда, ефекти на скелетните мускули, појава на ситуациона анксиозност, како и субјективно доживување на вознемирувачки ситуации.

Во рамки на истражувањето, во фазата на обработка на податоци ќе се направи соодветна статистичка обработка на податоците кои се добиени од инструментите. Обработката на податоците е со примена на статистичка програма од типот SPSS. Ќе се применат:средна вредност, медијана, стандардна девијација, мода.

Понатаму ќе се користи коефициент на корелација (Pearson's Correlation Coefficient). Корелацијата може да покаже дали и колку постои линеарна врска помеѓу степенот на образование и ставот кон психолошки услуги. Коефициентот на корелација може да биде позитивен (кога зголемувањето на едната променлива се поврзува со зголемување на другата) или негативен (кога зголемувањето на едната променлива се поврзува со намалување на другата).

6.Популација и примерок

Во однос на проблемот на истражувањето, популација на истражување се родители на деца, односно адолесцентна популација, на возраст од 10 до 22 години од машки и женски пол со дијагностициран деформитет на ’рбетниот столб кои се во тек на лекување во релевантни медицински институции во Република Северна Македонија. Конкретно се работеше со еден родител кој во моментот на собирање на податоци беше на располагање.

[43] www.psy.unsw.edu.au/groups пристапено 21.12.2023

Како што е нагласено, поради специфичноста на проблемот, се работеше со пригоден примерок на испитаници, вкупно 61 родител на достапните 61 адолесцент, од кои 48 се од женски, а 13 од машки пол.

7. Организација и спроведување на истражувањето

Емпириските дел на истражувањето се спроведе во периодот од септември до крај на октомври 2023 година на територијата на Република Северна Македонија. Со оглед на проблемот, поголема концентрација на единици на анализа се најдоа во Скопје и Охрид.

III ДЕЛ
АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИНСТРУМЕНТИТЕ

По фазата на собирање на податоците, следуваше фаза на обработка на податоците. Во овој дел се прикажани обработените податоци од првиот инструмент, Скалата Дасс, поточно потскалата за анксиозност.

Добиените податоци од целата потскала за анксиозност од инструментот Дасс се прикажани во табелета подолу.

Табела 1: Фреквенција и процент по добиени резултати

тотал

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	1,6	1,6	1,6
	12,00	1	1,6	1,6	3,3
	13,00	2	3,3	3,3	6,6
	14,00	1	1,6	1,6	8,2
	16,00	5	8,2	8,2	16,4
	17,00	5	8,2	8,2	24,6
	18,00	13	21,3	21,3	45,9
	19,00	6	9,8	9,8	55,7
	20,00	9	14,8	14,8	70,5
	21,00	5	8,2	8,2	78,7
	22,00	4	6,6	6,6	85,2
	23,00	1	1,6	1,6	86,9
	24,00	1	1,6	1,6	88,5
	26,00	1	1,6	1,6	90,2
	28,00	1	1,6	1,6	91,8
	32,00	1	1,6	1,6	93,4
	34,00	1	1,6	1,6	95,1
	35,00	1	1,6	1,6	96,7
	38,00	2	3,3	3,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Прикажаните податоци укажуваат на најзачестен скор 18 кај 13 или 21.3% од испитаниците родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб. Скоровите се движат од најмал 0, до 38 скора на потскалата.

Табела 2: Вкупни дескриптвини статистици на потскала за анксиозност

Statistics

тотал

N	Valid	61
	Missing	0
Mean		18,9344
Mode		18,00
Std. Deviation		5,97179
Minimum		,00
Maximum		38,00

Прикажани се резултатите од мерењето на анксиозноста, каде што се анализирани податоците од 61 учесник. Притоа, средната вредност (Mean) за анксиозност е приближно 18,93 (ниво од 15 до 19), што укажува на високо ниво на анксиозност, со што се добива општа претстава за нивото на анксиозност во истражувањето. Мода (Mode): 8,00, што значи дека 18 скорови е најчеста вредност. Стандардната девијација (Std. Deviation) изнесува 5,97179. Ова мери колку варијација постои меѓу резултатите за анксиозност. Минимална и максимална вредност (Minimum и Maximum): Најниската оценка за анксиозност е ,00, додека највисоката е 38,00. Овие вредности го покажуваат опсегот на анксиозност во примерокот на родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб.

Во продолжение се прикажни распределбите на добиените резултати според нивоата на анксиозност.

Табела 3: Дескриптивни статистици по нивоа на анксиозност

Statistics

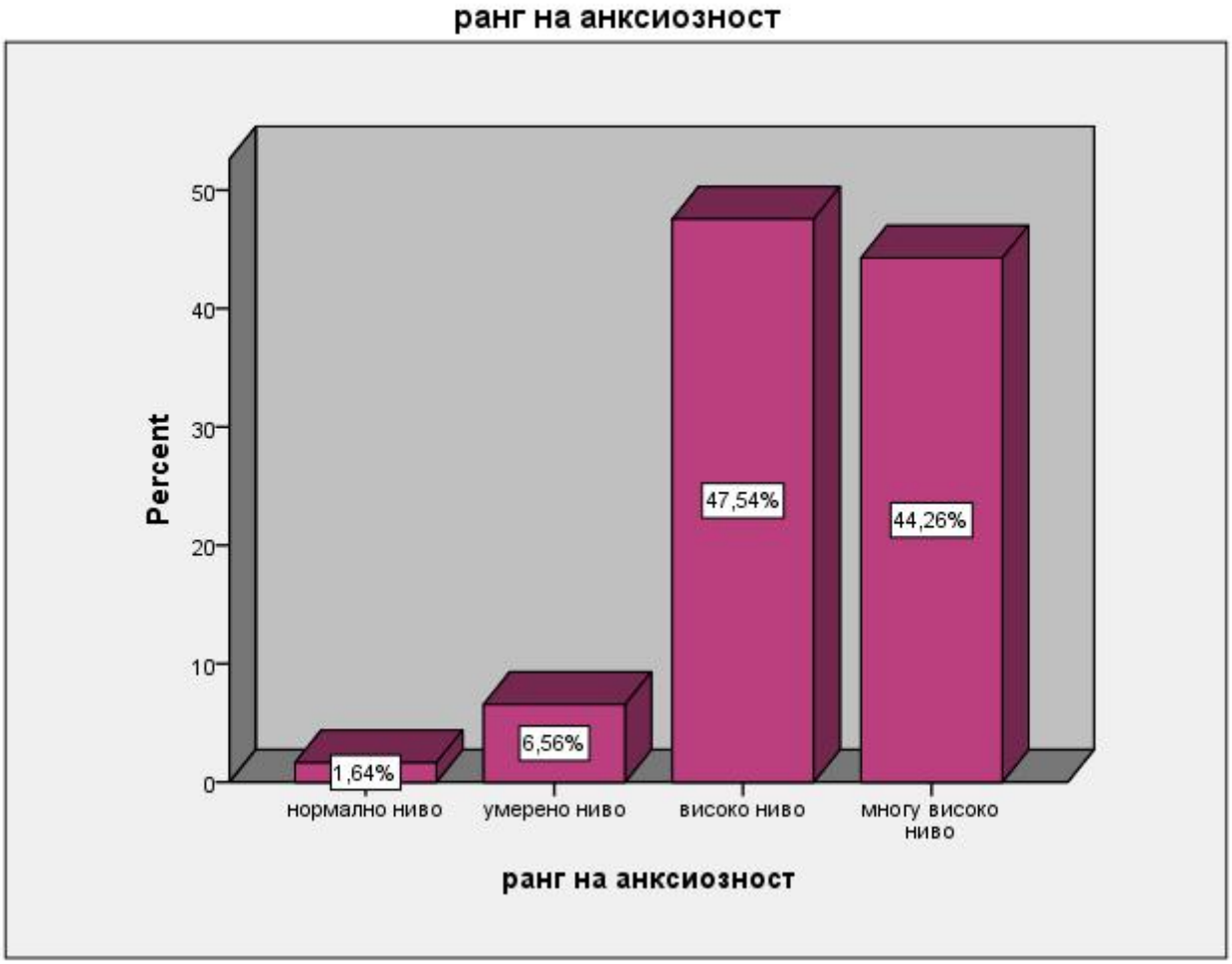
ранг на анксиозност

N	Valid	61
	Missing	0
Mean		4,3279
Mode		4,00
Std. Deviation		,74658

Minimum	1,00
Maximum	5,00

Табела 3: Фреквенции на ранг на анксиозност

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	нормално ниво	1	1,6	1,6	1,6
	умерено ниво	4	6,6	6,6	8,2
	високо ниво	29	47,5	47,5	55,7
	многу високо ниво	27	44,3	44,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 3:Ранг на анксиозност

Средната вредност (Mean) за потскалата на анксиозност е приближно 18,93 (скорови од 15-19) во рамки на високо ниво на анксиозност. Процентуално застапеноста на испитаниците во рангот високо ниво изнесува 47.54%, со што се добива општа претстава за вискокото ниво на анксиозност во истражувањето.

Сето наведно упатува на потврдување на хипотеза дека:

1.Застапено е високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија.

Понатаму посебно се прикажани податоците од потскала за анксиозност.

Табела 1: Дескриптивни статистички параметри на скала Дасс

Statistics

	АВ ми се суши уста	АВ забрзано дишење	АВ потење дланки	АВ потешкотии со голтање	АВ прескокнување срце	ЕСМ се тресам-нозете	СА „первозни ситуации,ми олесни кога завршија	СА „чувствувам дека ќе се онесвестам	СА близу паника	СА се чувствувам преплашено	СА се плашам да не направам будала од себе	СА „чувствувам дека рацe ми се тресат	СД се чувствувам неспасен без причина	СД „ништо не може да ме заинтересира
N Valid	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1,4754	1,2623	1,5082	1,2951	1,4426	1,6066	1,5246	1,1639	1,3279	1,5574	1,2459	1,5246	1,5902	1,4098

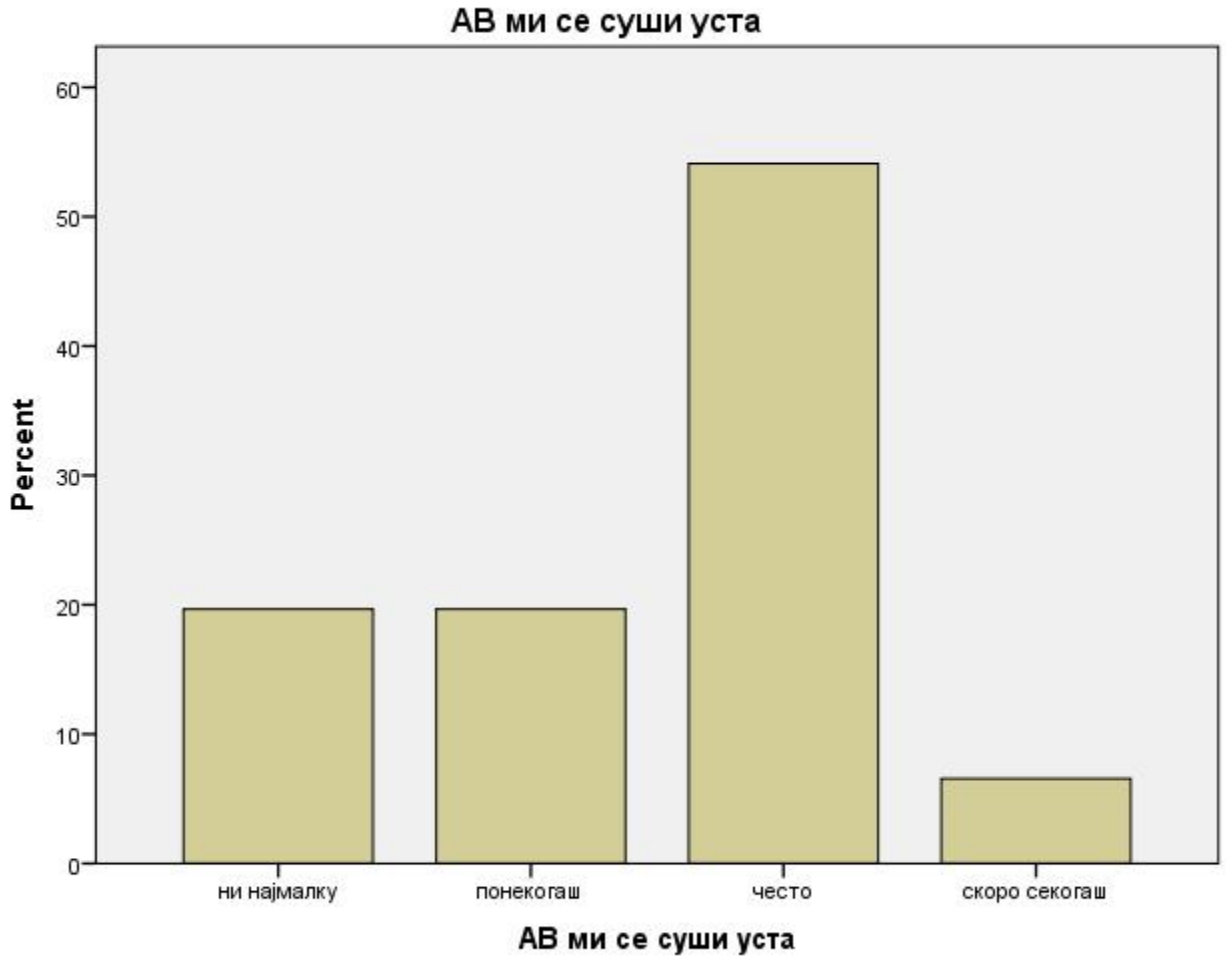
Mode	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00
Std. Deviation	,88707	,81449	,86839	,84349	,59230	,95357	,97650	,84024	,78996	1,00871	,80944	,74401	,69227	,84414
Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Од сите искази, најмногу се истакнува исказот кој се однесува на ефект на скелетни мускули: „**Чувствувам дека се тресам - нозете ми се тресат“,** со M=1.6066.

Подолу поединечно се прикажани секој од исказите во потскалата за анксиозност:

Табела 1:АВ - ми се суши устата

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	12	19,7	19,7	19,7
	понекогаш	12	19,7	19,7	39,3
	често	33	54,1	54,1	93,4
	скоро секогаш	4	6,6	6,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



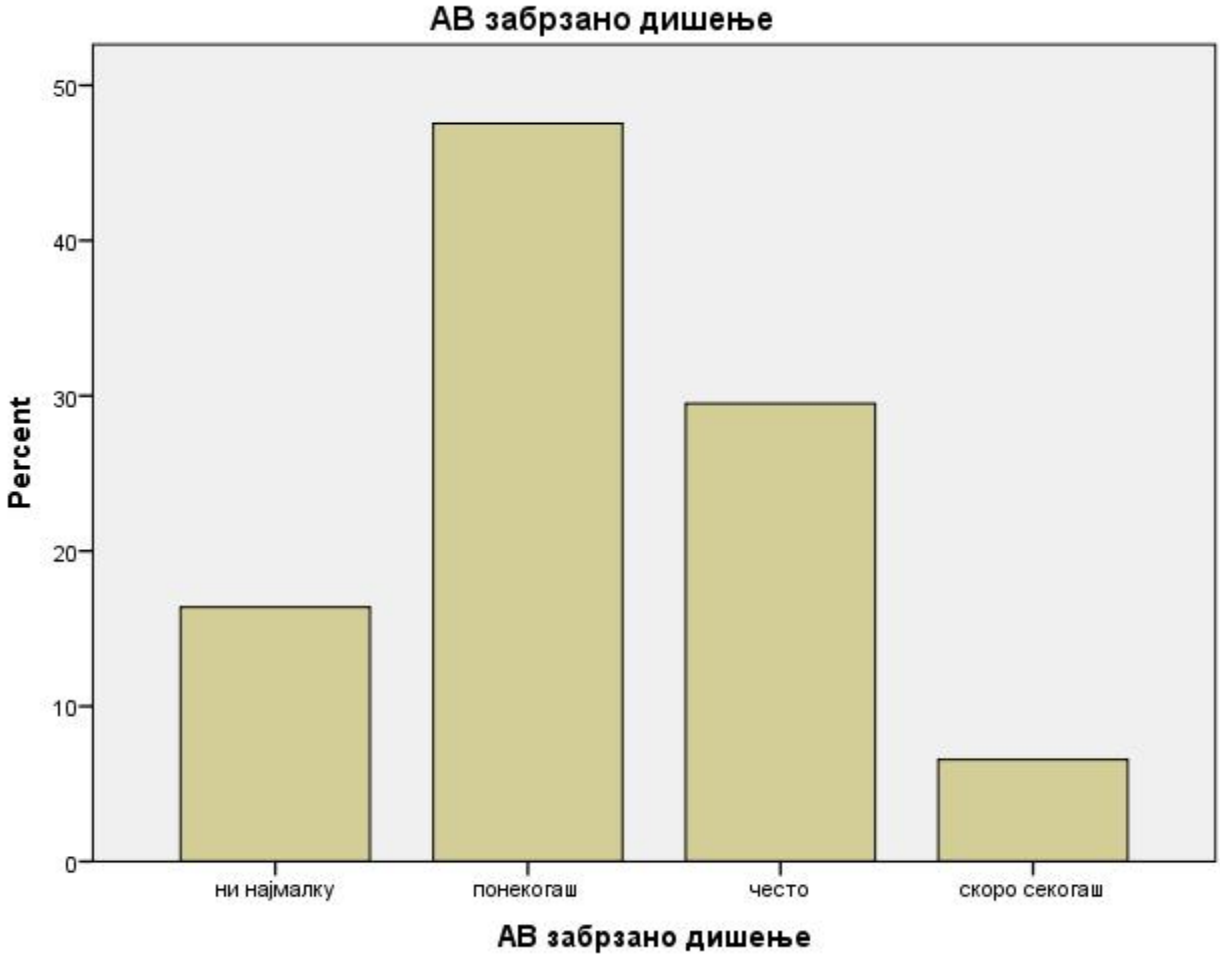
Графикон 1:АВ - ми се суши устата

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност - автономна возбуда:„**Ми се суши устата**“, покажуваат дека на најголем дел испитаници, поточно 33 или 54.1% тоа им се случува често.

Табела 2:АВ - забрзано дишење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	10	16,4	16,4	16,4
	понекогаш	29	47,5	47,5	63,9
	често	18	29,5	29,5	93,4
	скоро секогаш	4	6,6	6,6	100,0

Total	61	100,0	100,0	



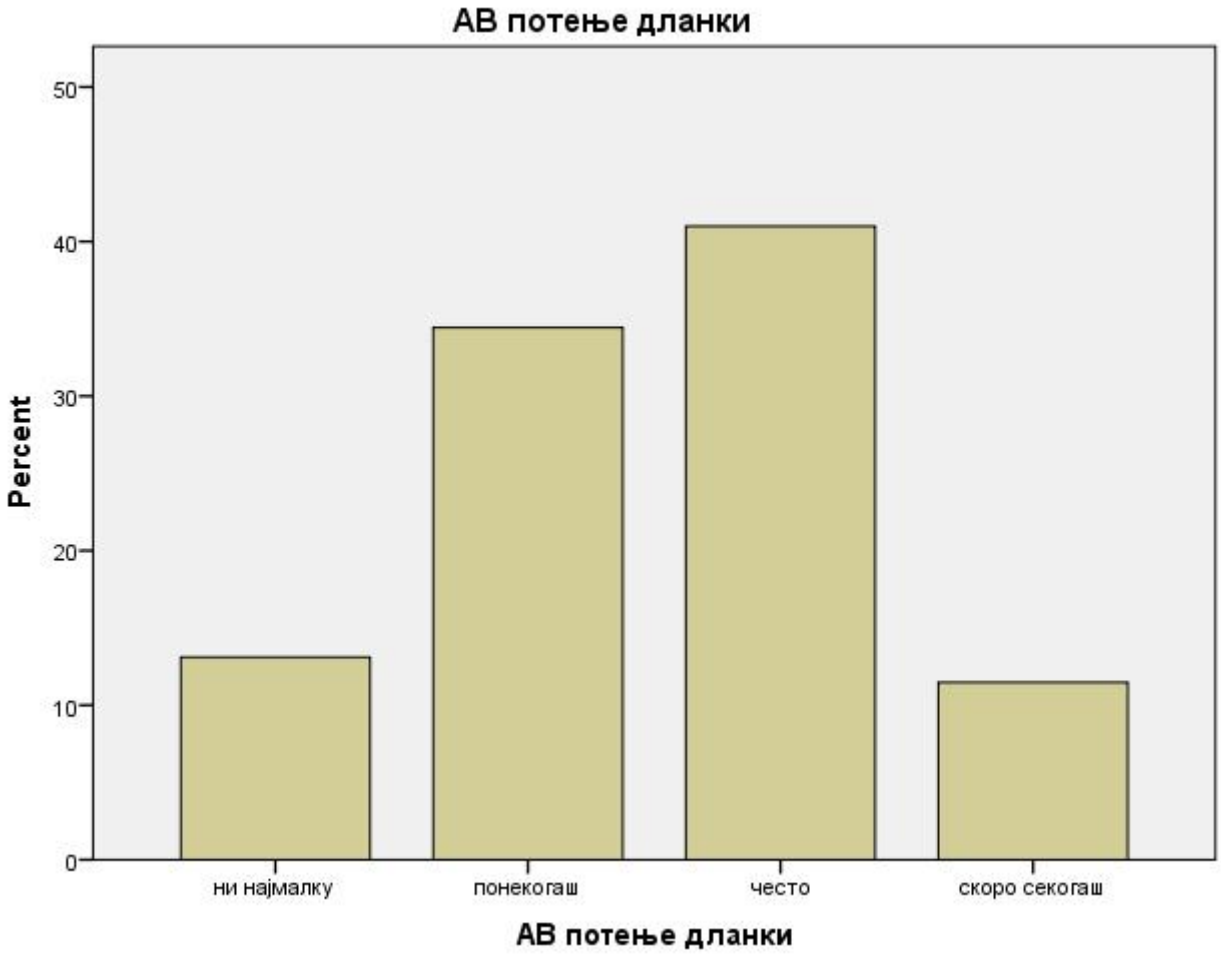
Графикон 2:АВ - забрзано дишење

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-автономна возбуда која се однесува наисказот: **„Забрзано дишење“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, поточно 29 или 47.5% тоа им се случува понекогаш.

Табела 3:АВ - потење дланки

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ни најмалку	8	13,1	13,1	13,1
	понекогаш	21	34,4	34,4	47,5
	често	25	41,0	41,0	88,5
	скоро секогаш	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

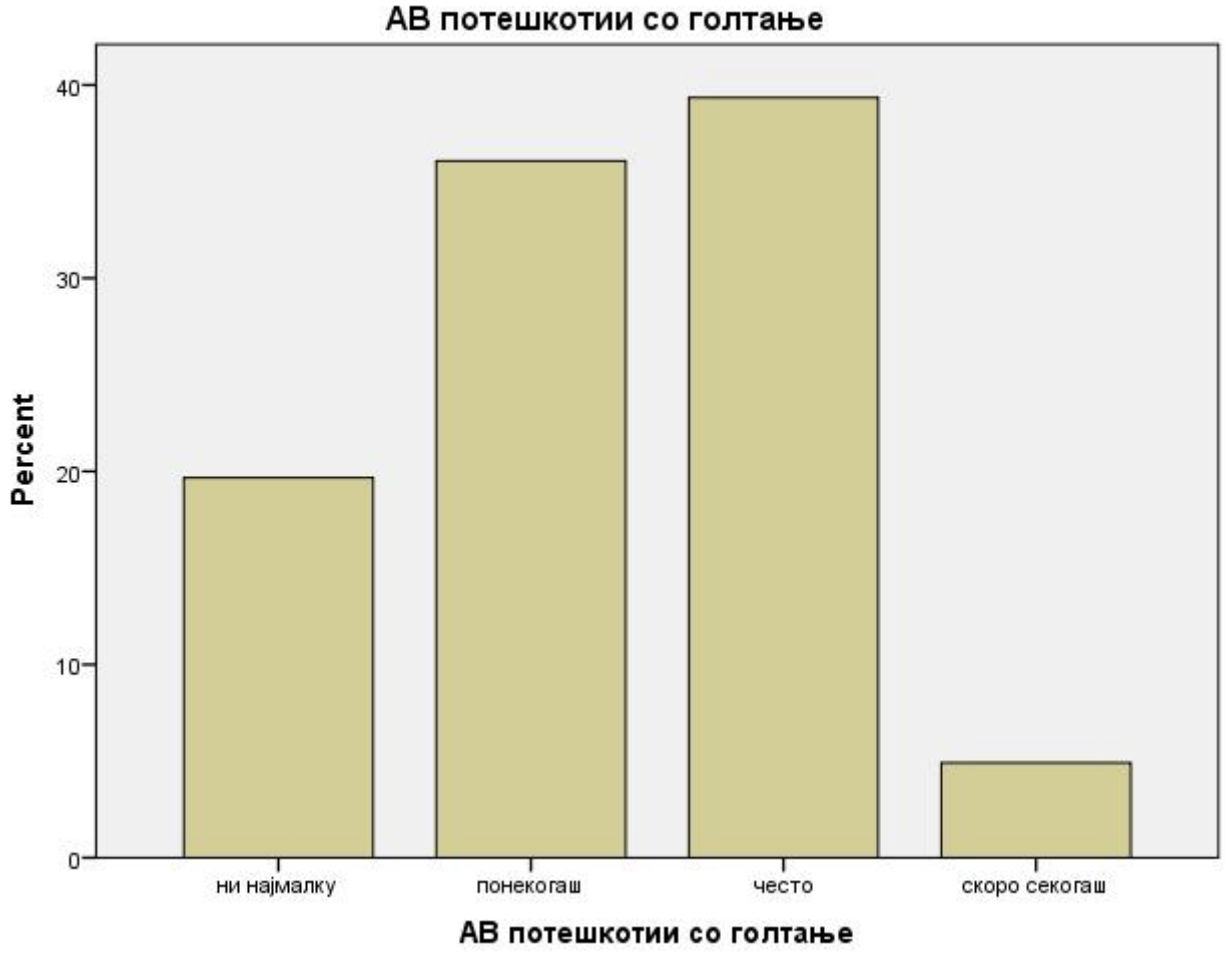


Графикон3:АВ - потење дланки

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-автономна возбуда која се однесува наисказот: „**Потење на дланки“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 25 или 41.0% тоа им се случува често.

Табела 4:АВ - потешкотии со голтање

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	12	19,7	19,7	19,7
	понекогаш	22	36,1	36,1	55,7
	често	24	39,3	39,3	95,1
	скоро секогаш	3	4,9	4,9	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

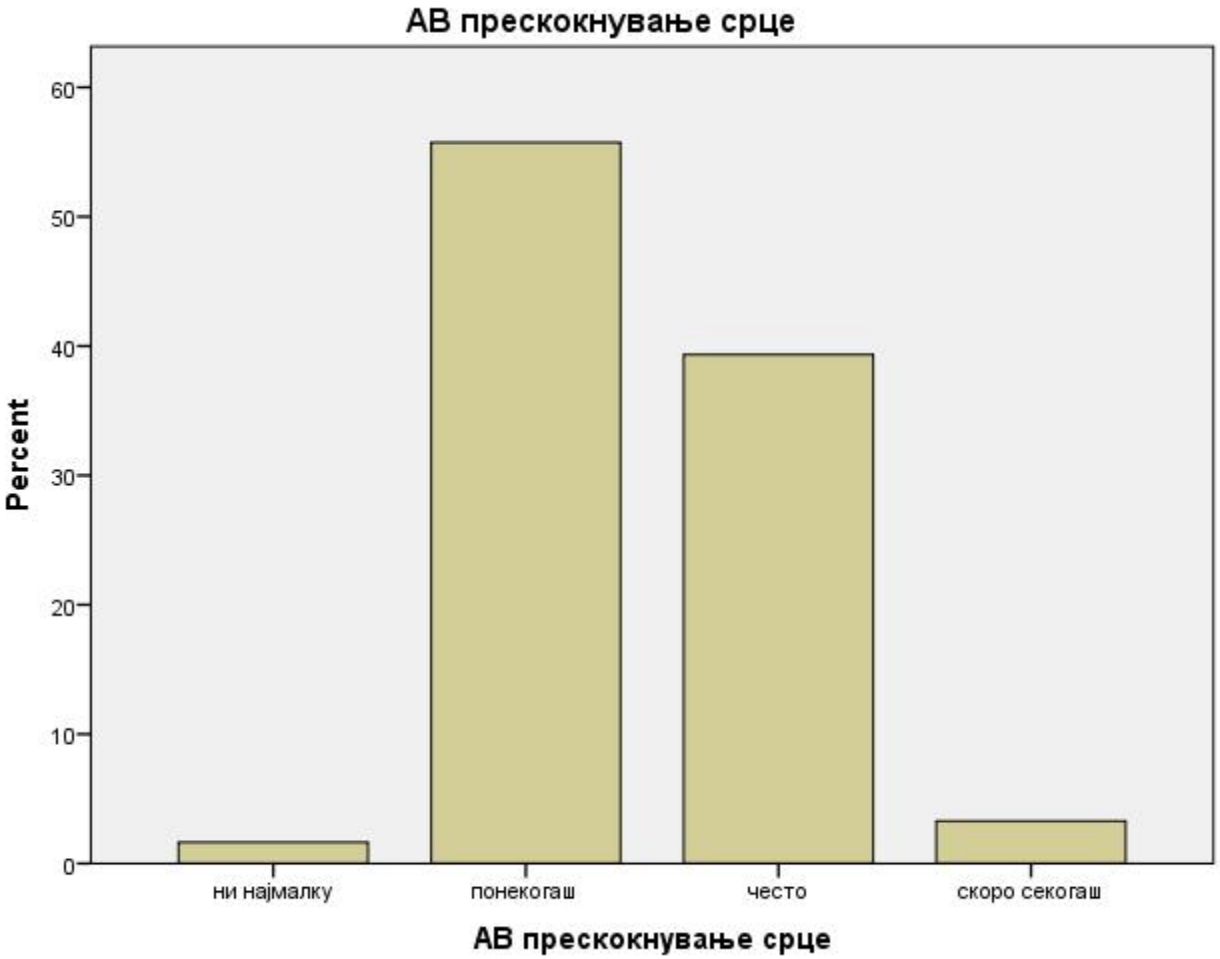


Графикон 4: АВ - потешкотии со голтање

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-автономна возбуда која се однесува наисказот:**„Потешкотии со голтање“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 24 или 39.3% тоа им се случува често.

Табела 5:АВ - прескокнување срце

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	1	1,6	1,6	1,6
	понекогаш	34	55,7	55,7	57,4
	често	24	39,3	39,3	96,7
	скоро секогаш	2	3,3	3,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 5:АВ - прескокнување срце

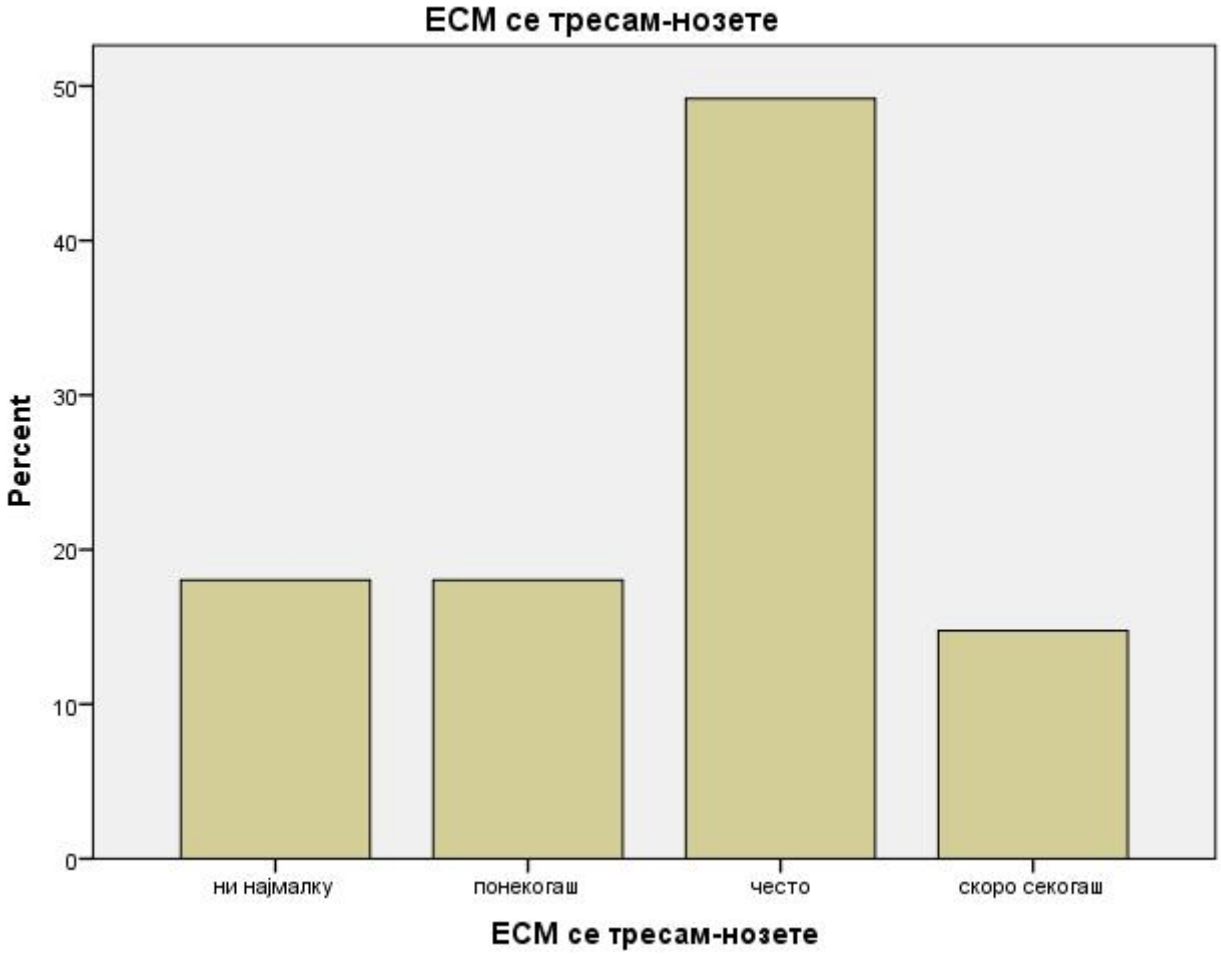
Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-автономна возбуда која се однесува наисказот: **„Прескокнување срце“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 34 или 55.7% тоа им се случува понекогаш.

Прикажаните податоци кои се однесуваат на последицата на анксиозност-автономна возбуда во однос на исказите:**„Ми се суши уста“**, M=1,4754 или кај 33 или 54.1% тоа им се случува често, **„Забрзано дишење“** M=1.2623 кај испитаници 29 или 47.5% им се случува понекогаш; **„Потење на дланки“** M=1,5082 кај 25 или 41.0% им се случува често;**„Потешкотии со голтање“** M=2951 кај 24 или 39.3% им се случува честои **„Прескокнување срце“** M=1.4426 кај 34 или 55.7% им се случува понекогаш.

Сите наведени податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:
1.1.Кај поголем дел родители често е присутна негативната последица на анксиозноста како автономна возбуда со сите наведени симптоми.

Табела 6:ECM - чувствувам дека се тресам - ми се тресат нозете

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	11	18,0	18,0	18,0
	понекогаш	11	18,0	18,0	36,1
	често	30	49,2	49,2	85,2
	скоро секогаш	9	14,8	14,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 6:ECM - чувтствувам дека се тресам - ми се тресат нозете

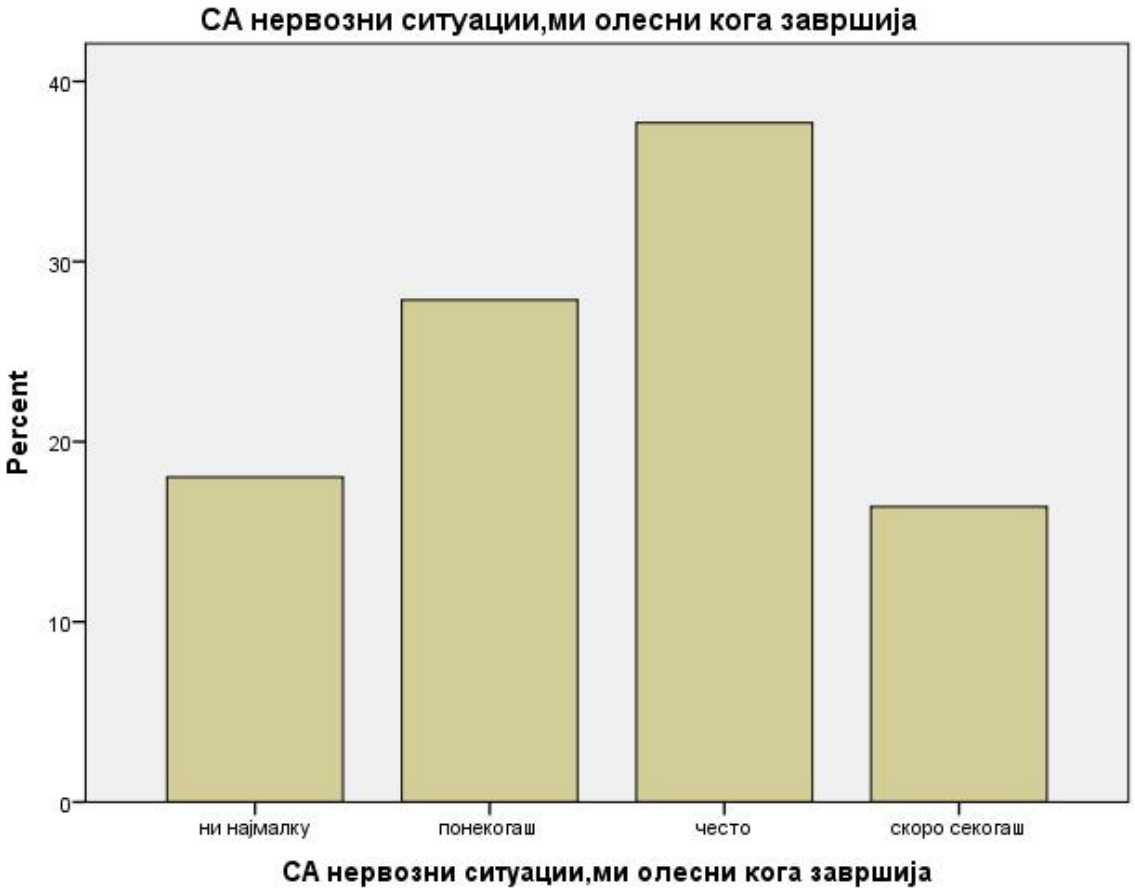
Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ефект на скелетни мускули која се однесува на исказот: „**Чувствувам дека се тресам-нозете ми се тресат“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, поточно 30 или 49.2% тоа им се случува често.

Прикажаните податоци кои се однесуваат на последицата на анксиозност-ефект на скелетни мускули во однос на исказот: **„Чувствувам дека се тресам-нозете ми се тресат“** M=1.6066, покажуваат декана најголем дел испитаници, поточно 30 или 49.2% тоа им се случува често, а на 9 или 14.8% скоро секогаш, што изнесува повеќе од половина.

Наведените податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:
1.2.Кај поголем дел родители често се присутни негативните последици на анксиозноста како ефекти на скелетните мускули со нивни симптоми.

Табела7: CA - нервозни ситуации, ми олесни кога завршија

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	11	18,0	18,0	18,0
	понекогаш	17	27,9	27,9	45,9
	често	23	37,7	37,7	83,6
	скоро секогаш	10	16,4	16,4	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

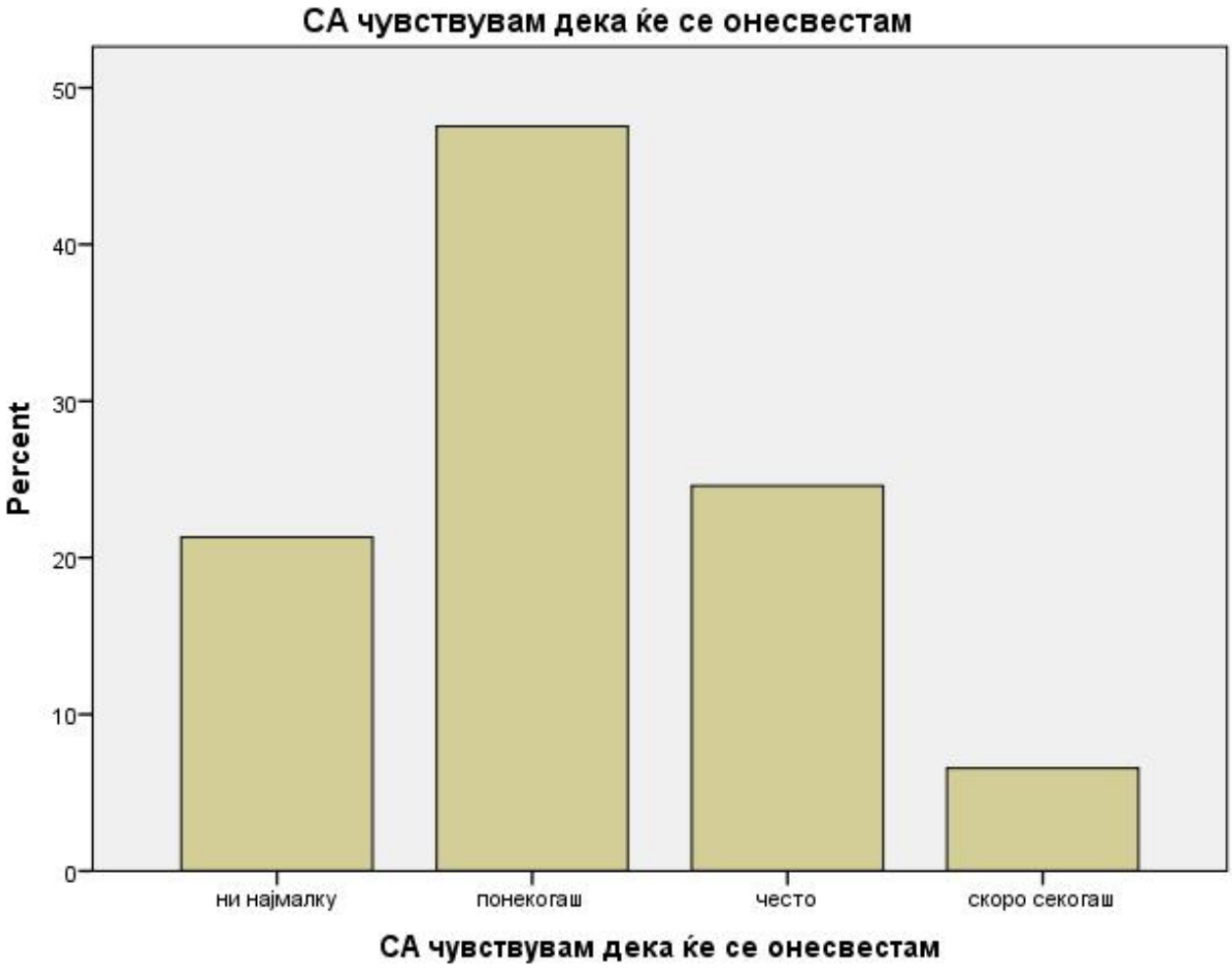


Графикон 8:CA - нервозни ситуации,ми олесни кога завршија

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауционa анксиозност која се однесува на исказот: **„Нервозни ситуации,ми олесни кога завршија“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 23 или 37.7 % тоа им се случува често.

Табела 8:CA - чувствувам дека ќе се онесвестам

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	13	21,3	21,3	21,3
	понекогаш	29	47,5	47,5	68,9
	често	15	24,6	24,6	93,4
	скоро секогаш	4	6,6	6,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

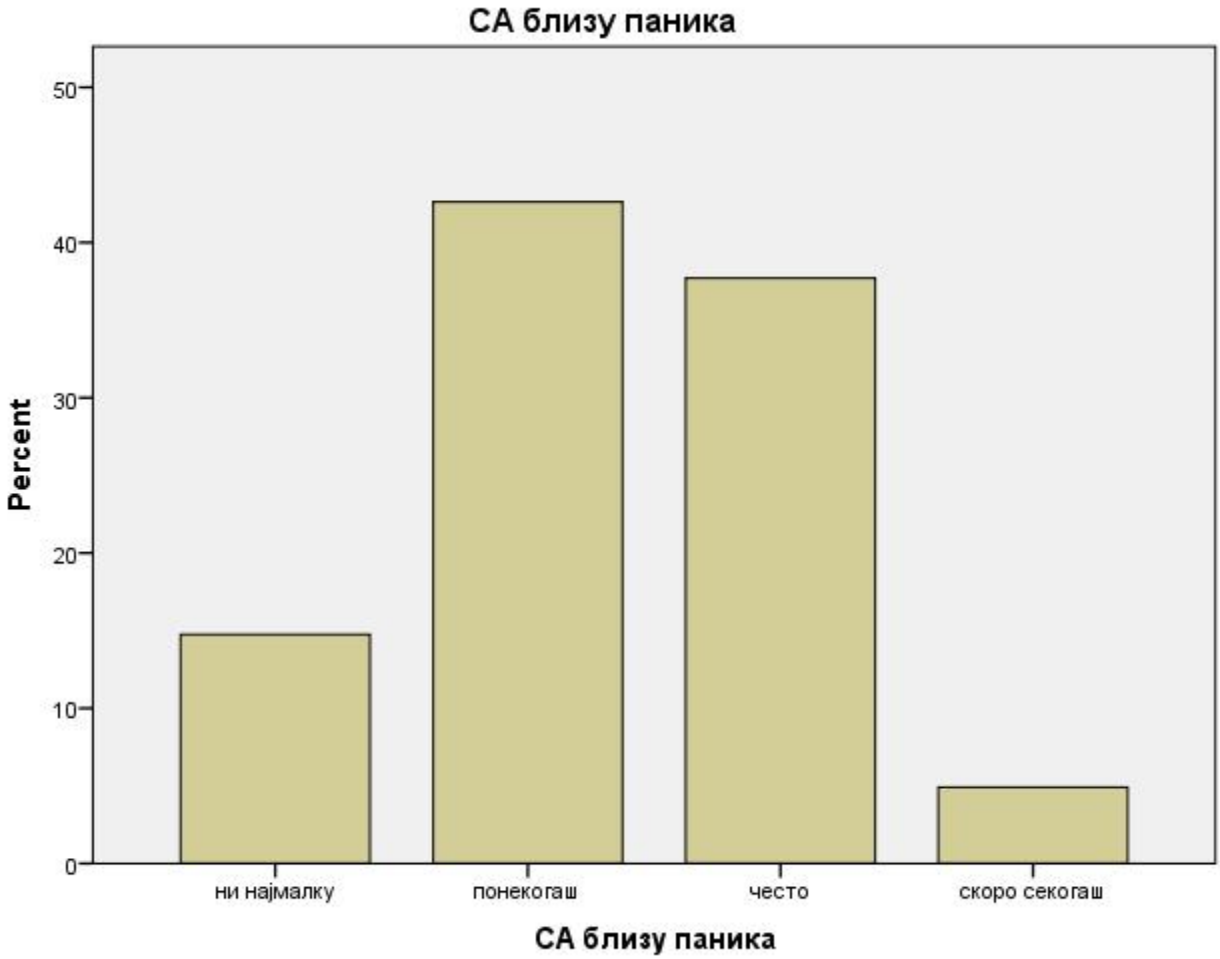


Графикон 8: СА - чувствувам дека ќе се онесвестам

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност која се однесува на исказот:**„Чувствувам дека ќе се онесвестам“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, поточно 29 или 47.5% тоа им се случува понекогаш.

Табела 9: СА - близу паника

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	9	14,8	14,8	14,8
	понекогаш	26	42,6	42,6	57,4
	често	23	37,7	37,7	95,1
	скоро секогаш	3	4,9	4,9	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



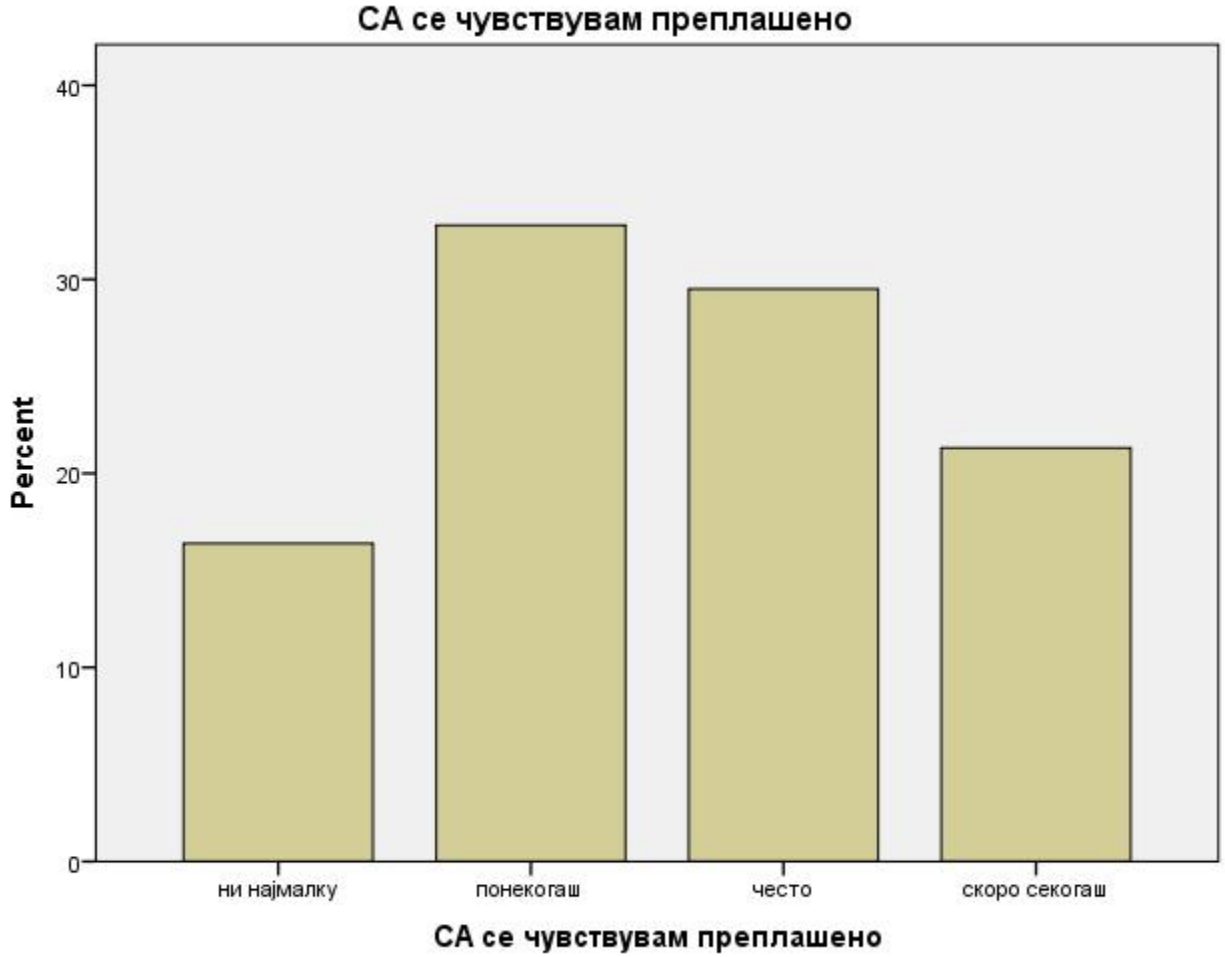
Графикон 9:СА - близу паника

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност која се однесува

наисказот:**„Близу паника“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 26 или 42.6% тоа им се случува понекогаш.

Табела 10:СА - се чувствувам преплашено

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	10	16,4	16,4	16,4
	понекогаш	20	32,8	32,8	49,2
	често	18	29,5	29,5	78,7
	скоро секогаш	13	21,3	21,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 10: СА - се чувствувам преплашено

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауционa анксиозност која се однесува наисказот:**„Се чувствувам преплашено“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 20 или 32.8% тоа им се случува понекогаш.

Табела 11:CA - се плашам да не направам будала од себе

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	9	14,8	14,8	14,8
	понекогаш	33	54,1	54,1	68,9
	често	14	23,0	23,0	91,8
	скоро секогаш	5	8,2	8,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

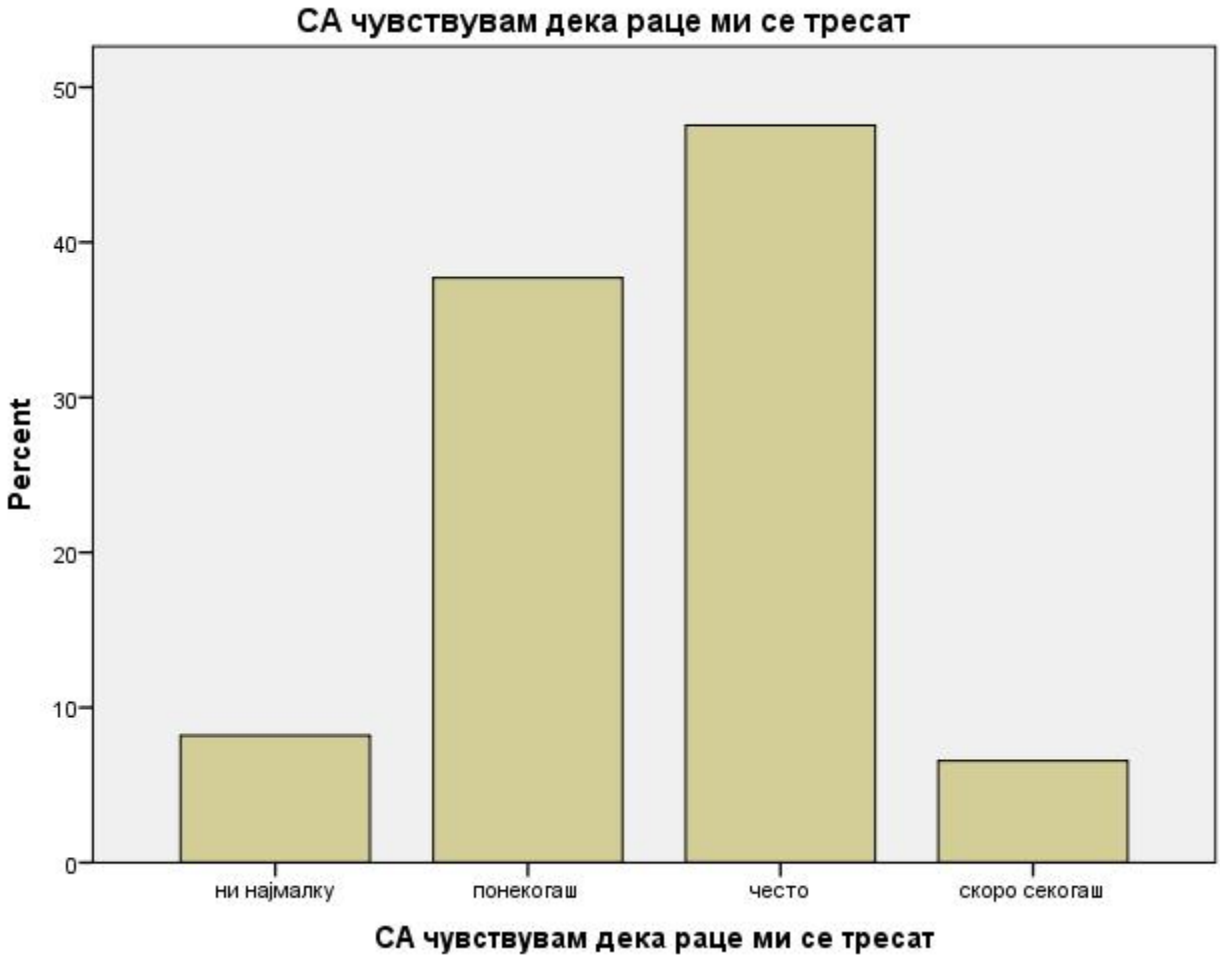


Графикон11:СА - се плашам да не направам будала од себе

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност која се однесува наисказот:**„Се плашам да не направам будала од себе“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 33 или 54.1% тоа им се случува понекогаш.

Табела 12:СА - чувствувам дека рацете ми се тресат

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	5	8,2	8,2	8,2
	понекогаш	23	37,7	37,7	45,9
	често	29	47,5	47,5	93,4
	скоро секогаш	4	6,6	6,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 12:СА - чувствувам дека рацете ми се тресат

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност која се однесува наисказот:**„Чувствувам дека рацете ми се тресат“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 29 или 47.5% тоа им се случува често.

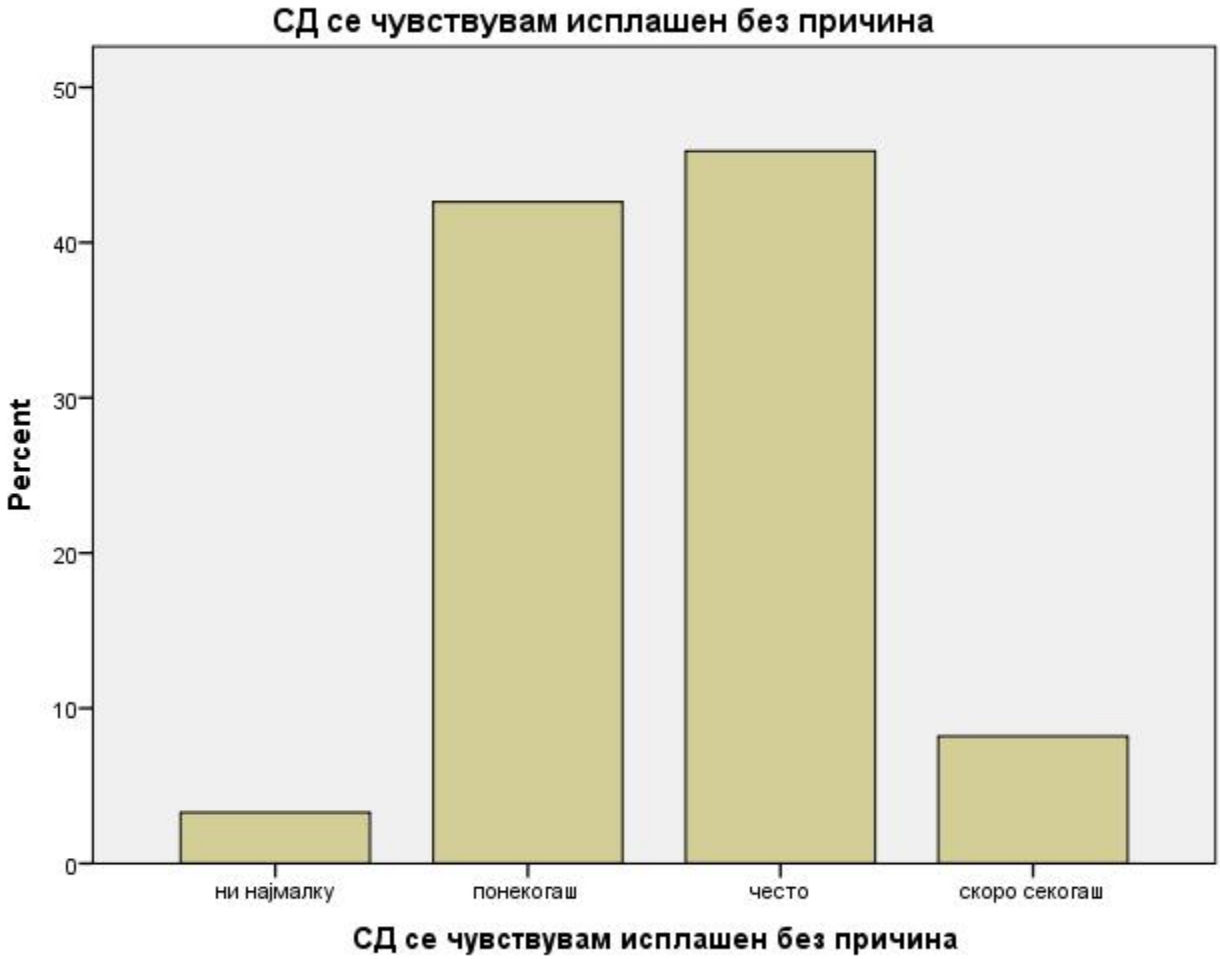
Наведените податоци кои се однесуваат на последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност во однос на исказите:„**Нервозни ситуации,ми олесни кога завршија“**, м=1.5246 кај 23 или 37.7 % родители им се случува често; „**Чувствувам дека ќе се онесвестам“**, м=1639 кај 29 или 47.5% им се случува понекогаш, „**Близу паника“**м=1.3279, кај 26 или 42.6% им се случува понекогаш; **„Се чувствувам преплашено“**, м=1.5574 кај 20 или 32.8% им се случува понекогаш; „**Се плашам да не направам будала од себе“**м=1.2459, кај 33 или 54.1% им се случува понекогаш; **„Чувствувам дека рацете ми се тресат“**м=1.5246, кај 29 или 47.5% тоа им се случува често.

Податоците упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

1.3 Кај поголем дел родители понекогаш е присутна негативната последица на анксиозноста како појава на ситуациона анксиозност.

Табела 13:СД - се чувствувам исплашен без причина

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	2	3,3	3,3	3,3
	понекогаш	26	42,6	42,6	45,9
	често	28	45,9	45,9	91,8
	скоро секогаш	5	8,2	8,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

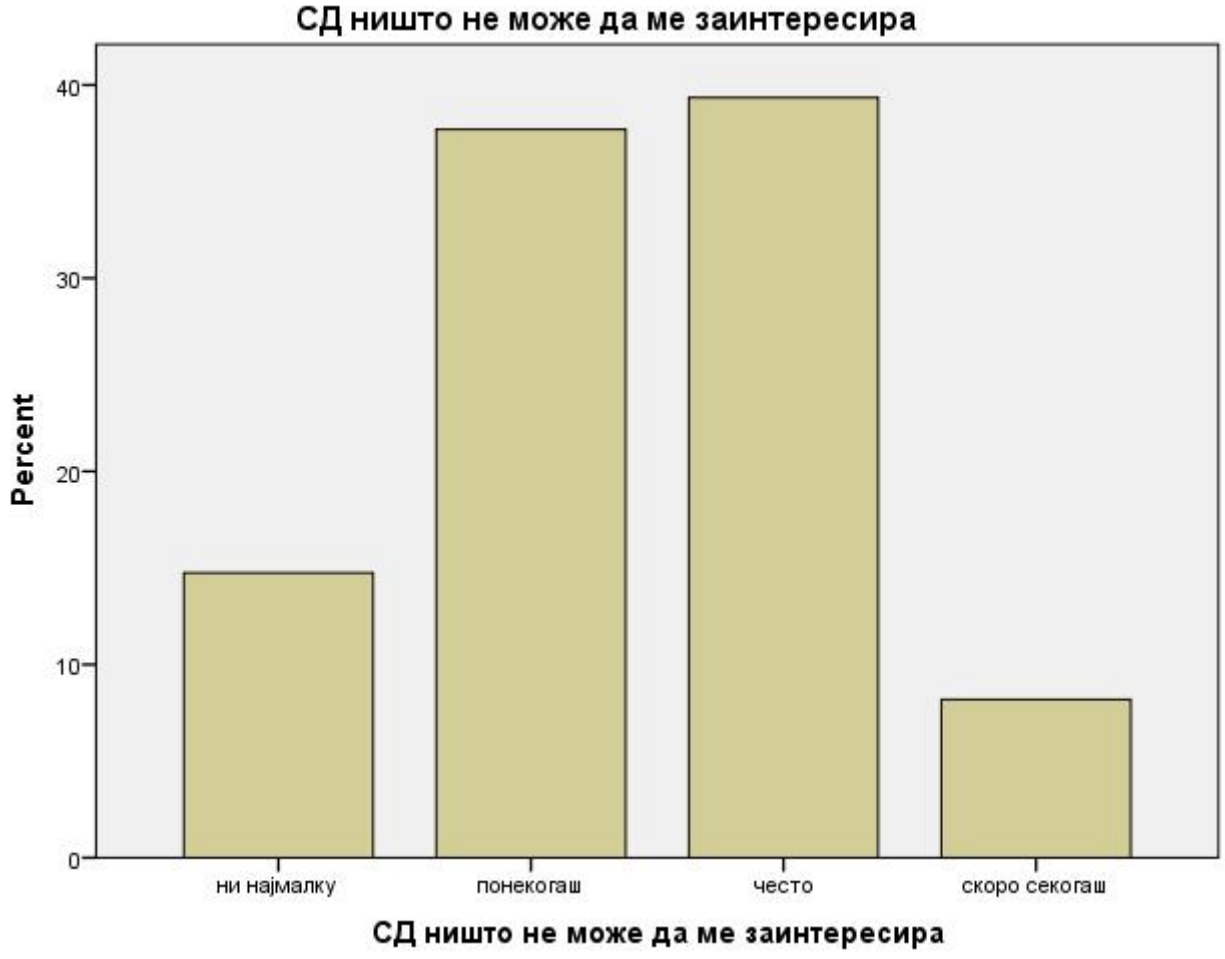


Графикон 13:СД - се чувствувам исплашен без причина

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-субјективно доживување на вознемирувачки ситуации која се однесува наисказот:**„Се чувствувам исплашен без причина“**, покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 28 или 45.9% тоа им се случува често.

Табела 14:СД - ништо не може да ме заинтересира

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ни најмалку	9	14,8	14,8	14,8
	понекогаш	23	37,7	37,7	52,5
	често	24	39,3	39,3	91,8
	скоро секогаш	5	8,2	8,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 14: СД - ништо не може да ме заинтересира

Податоците претставени во табеларна и визуелна форма, каде што родителите одговориле за последицата на анксиозност-субјективно доживување на вознемирувачки ситуации која се однесува на исказот:„**Ништо не може да ме заинтересира“,** покажуваат дека на најголем дел испитаници, т.е. 24 или 39.3% тоа им се случува често.

Наведените податоци кои се однесуваат на последицата на анксиозност-субјективно доживување на вознемирувачки ситуации во однос наисказот: „**Се чувствувам исплашен без причина“**M= 1.5902,кај 28 или 45.9% испитаници им се случува често и исказот: „**Ништо не може да ме заинтересира“**M= 1.4098, кај најголем дел испитаници, т.е. 24 или 39.3% тоа им се случува често.

Податоците упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

1.4.Често се присутни негативните последици на анксиозноста како субјективно доживување на вознемирувачки ситуации кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија.

АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ВТОР ИНСТРУМЕНТ

Во продолжение се прикажани податоците кои се однесуваат на вториот инструмент, односно на специјално прилагодениот анкетен лист согласно проблемот на истражување:

Табела 1: Дескриптивни параметри за прашањата од анкетниот лист

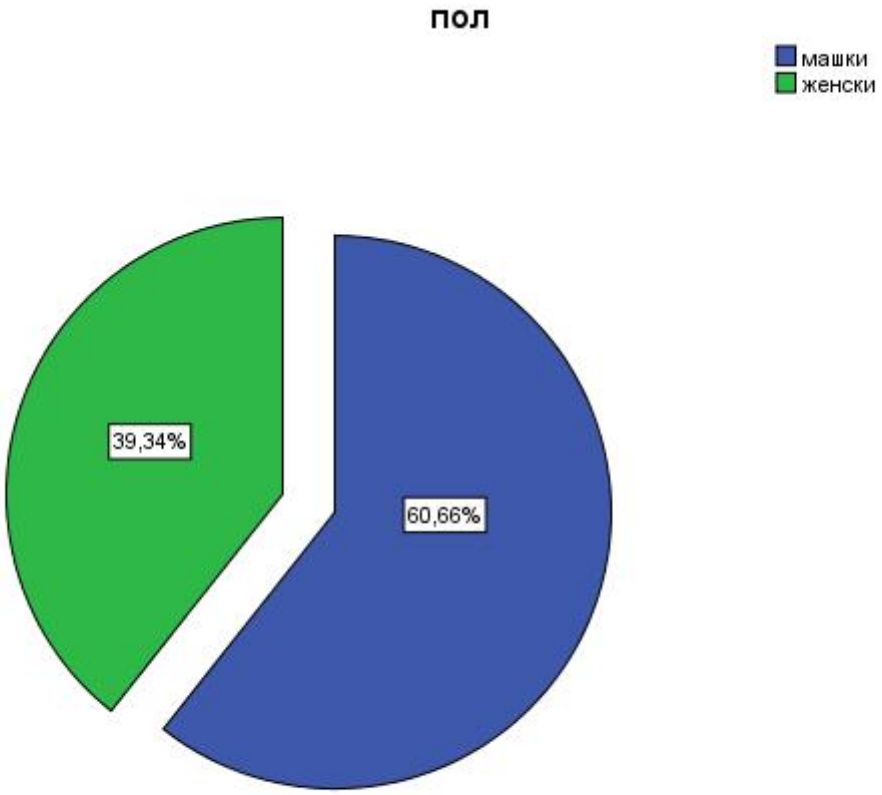
Statistics

	пол	возраст	број деца	степен на образование	дали сте користеле психолошки услуги	доживување за психолошки услуги	услуги во вашето окружување	квалитетот на психолошките услуги	бариери за користење на психолошки услуги	каде се добиваат информации за психолошки услуги	заинтересираност за психолошки услуги	психолошки аспект
N Valid	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	0
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61
Mean	1,3934	40,1967	1,7049	2,4590	1,8197	3,2459	2,2787	3,5738	2,3934	2,4918	3,3607	
Median	1,0000	39,0000	2,0000	2,0000	2,0000	3,0000	2,0000	4,0000	2,0000	2,0000	4,0000	
Mode	1,00	38,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	2,00	4,00	
Std. Deviation	,49257	4,57464	,69148	,86744	,38765	,99425	,93329	1,07174	1,15872	1,04280	1,22519	
Minimum	1,00	30,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Maximum	2,00	52,00	3,00	4,00	2,00	5,00	5,00	5,00	6,00	4,00	5,00	

Во продолжение поединечно се прикажани добиените одговори од истражувањето:

Табела 1: Пол на испитаниците

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	машки	37	60,7	60,7	60,7
	женски	24	39,3	39,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

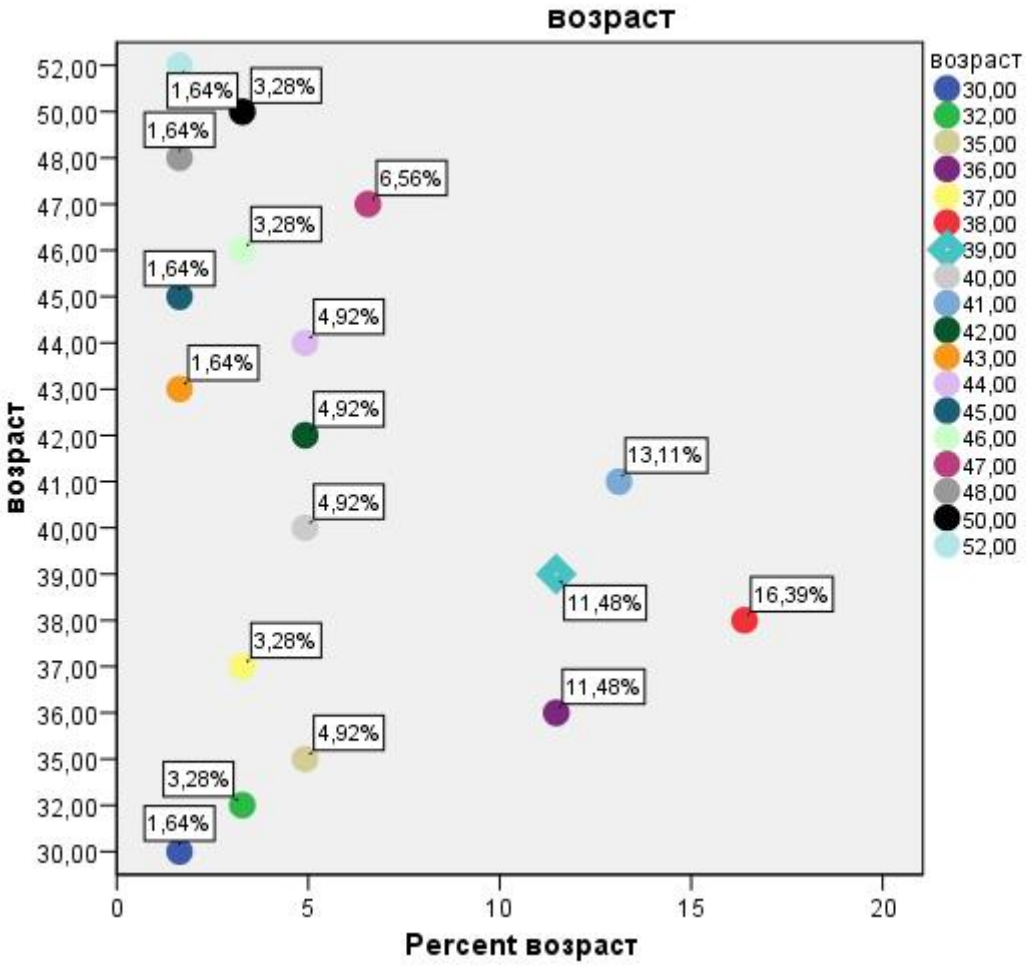


Графикон1: Пол на испитаниците

Наведните податоци кои се однесуваат на полот на испитаниците родители на деца со деформитети на ’рбетен столб, покажуваат дека од вкупно 61 испитаник, 37 или 60,7 % се мажи, а 24 или 39.3% се жени.

Табела 2: Возраст на испитаниците

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30,00	1	1,6	1,6	1,6
	32,00	2	3,3	3,3	4,9
	35,00	3	4,9	4,9	9,8
	36,00	7	11,5	11,5	21,3
	37,00	2	3,3	3,3	24,6
	38,00	10	16,4	16,4	41,0
	39,00	7	11,5	11,5	52,5
	40,00	3	4,9	4,9	57,4
	41,00	8	13,1	13,1	70,5
	42,00	3	4,9	4,9	75,4
	43,00	1	1,6	1,6	77,0
	44,00	3	4,9	4,9	82,0
	45,00	1	1,6	1,6	83,6
	46,00	2	3,3	3,3	86,9
	47,00	4	6,6	6,6	93,4
	48,00	1	1,6	1,6	95,1
	50,00	2	3,3	3,3	98,4
	52,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

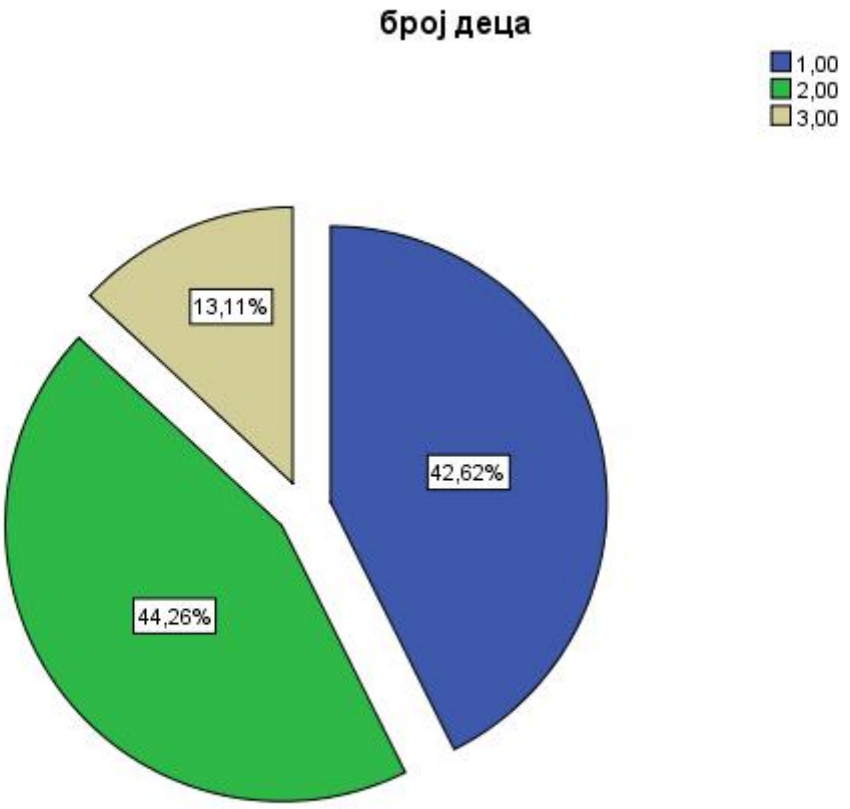


Графикон 2: Возраст на испитаниците

Во однос на возраста на родителите, таа се движи од 30 до 52 години, при што најчеста е возраста од 38 години на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетен столб.

Табела 3:Број на деца во семејството

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	26	42,6	42,6	42,6
	2,00	27	44,3	44,3	86,9
	3,00	8	13,1	13,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

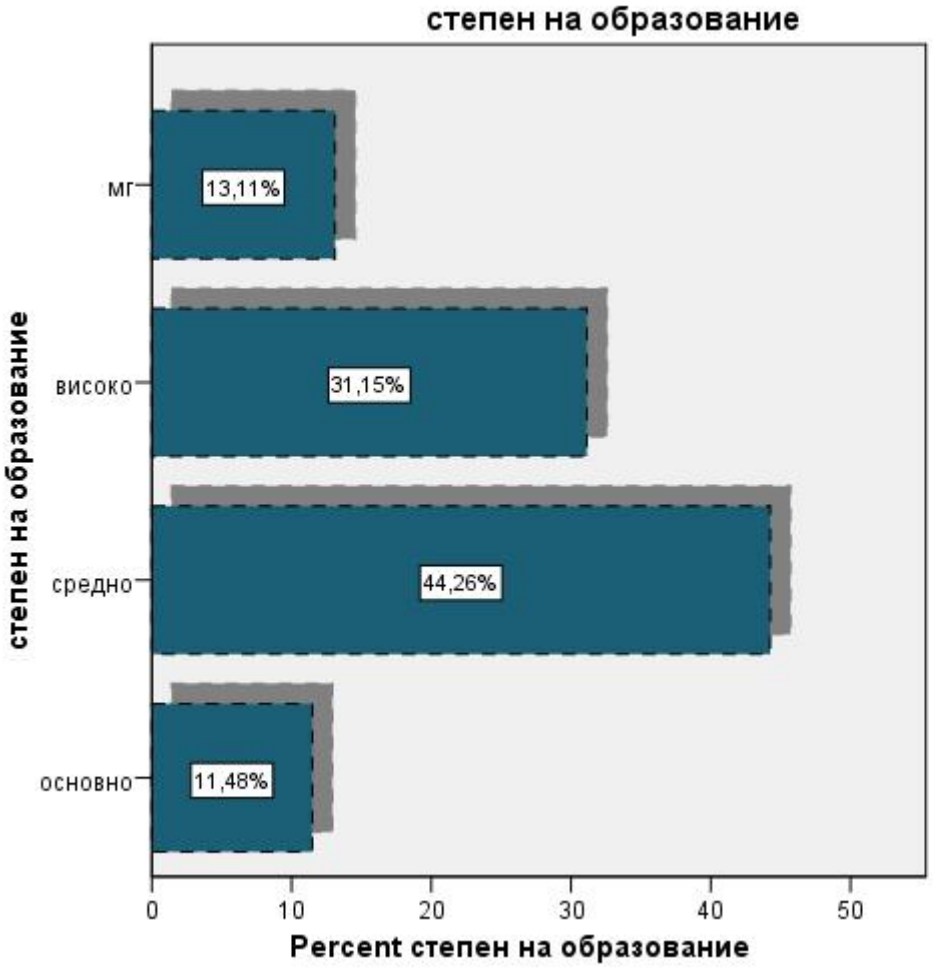


Графикон 3:Број на деца во семејството

Прикажаните податоци кои се однесуваат на тоа колку деца имаат родителите, укажуваат дека 26 или 42,6% имаат по едно дете, а 27 или 44.3% имаат по две деца.

Табела 4: Степен на образование

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	основно	7	11,5	11,5	11,5
	средно	27	44,3	44,3	55,7
	високо	19	31,1	31,1	86,9
	мг	8	13,1	13,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

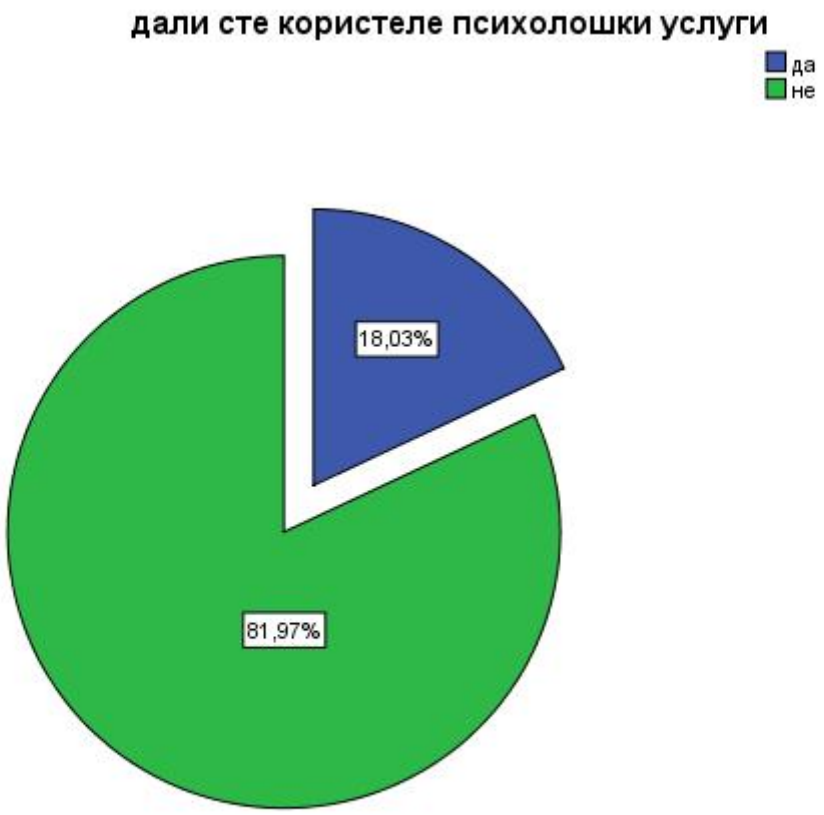


Графикон4: Степен на образование

Во однос на варијаблата степен на образование,најголем дел родители, поточно 27 или 44.3% се со средно оразование, дел од 19 или 31.1% се со високо ниво на образование, а 8 или 13.1% се со завршени постдипломски студии.

Табела 5: Дали сте користеле психолошки услуги?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	11	18,0	18,0	18,0
	не	50	82,0	82,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 5: Дали сте користеле психолошки услуги?

Наведените податоци кои се однесуваат на користење на психолошки услуги, покажуваат дека најголем дел, т.е. 50 или 82% досега не користеле психолошки услуги.

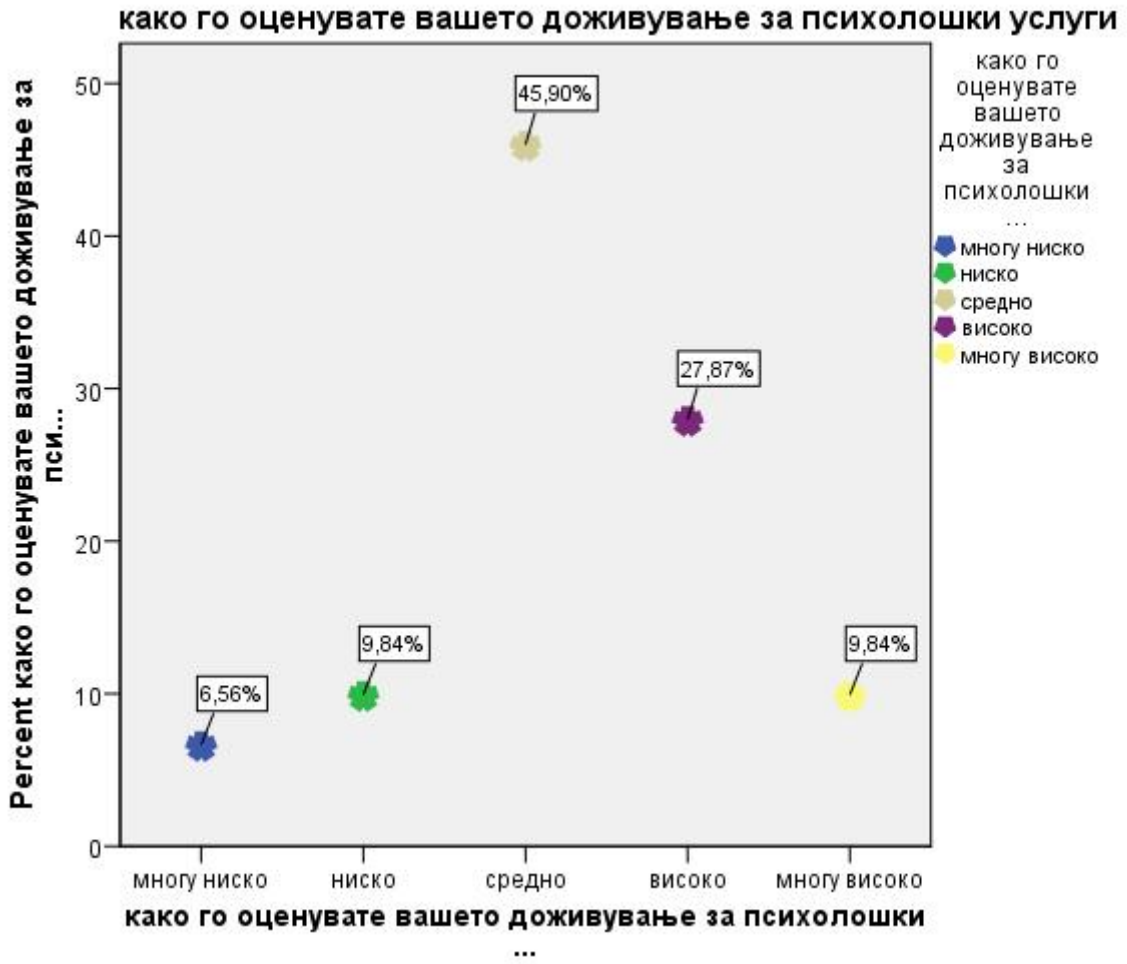
Добиените податоци кои прикажуваат искази на родителите во однос на користењето на психолошки услуги, покажуваат дека најголем дел, т.е. 50 или 82% не користеле психолошки услуги или M=1.8197 кон вториот одговор.

Наведеното упатува на потврдување на потхипотезата дека

2.1.Користењето на психолошки услуги од страна на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетниот столб е на ниско ниво.

Табела 6:Како го оценувате вашето доживување за психолошки услуги

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	многу ниско	4	6,6	6,6	6,6
	ниско	6	9,8	9,8	16,4
	средно	28	45,9	45,9	62,3
	високо	17	27,9	27,9	90,2
	многу високо	6	9,8	9,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

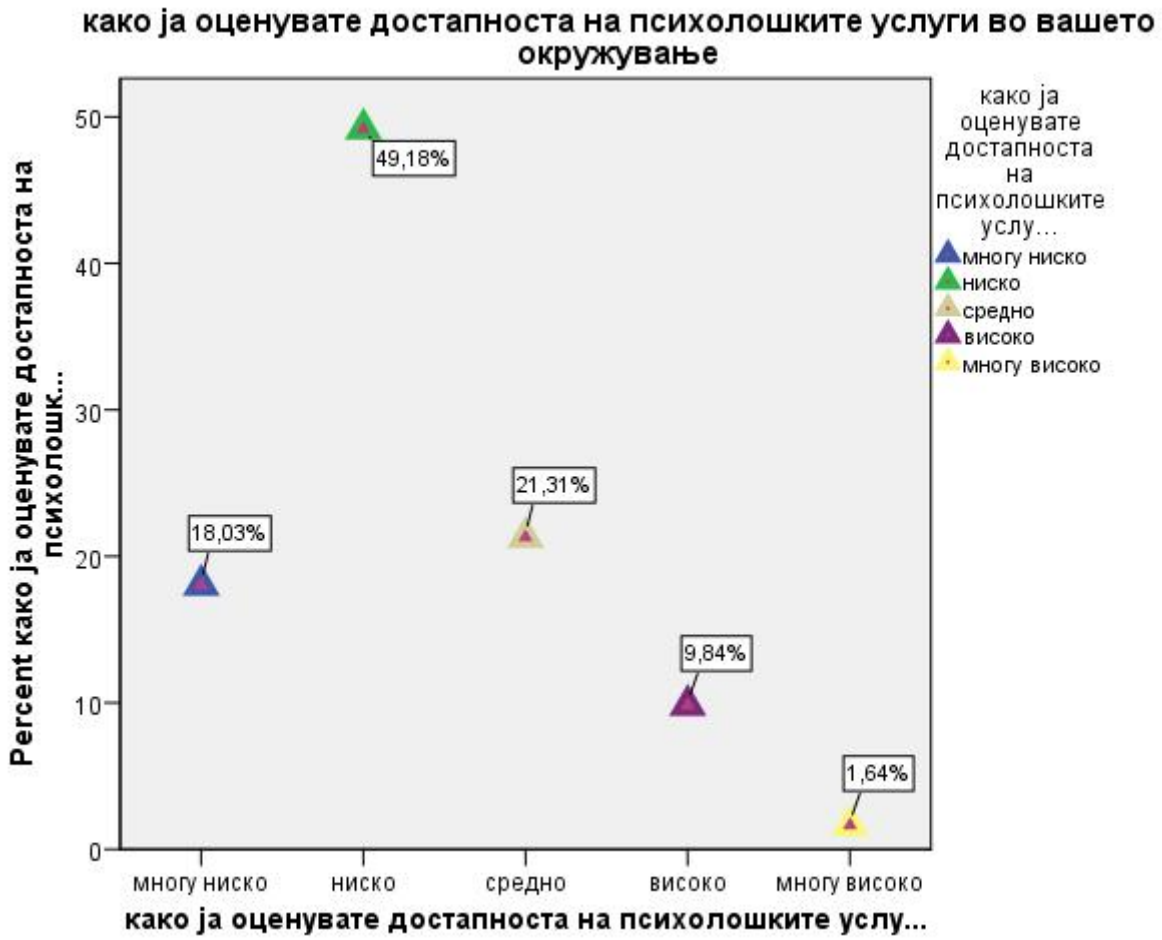


Графикон 6: Како го оценувате вашето доживување за психолошки услуги

Дадените податоци кои се однесуваат на прашањето:**„Како го оценувате вашето доживување за психолошки услуги?“**, покажуваат дека најголем дел, поточно 28 или 45.9% го оценуваат на средно ниво.

Табела 7:Како ја оценувате достапноста на психолошките услуги во вашето окружување?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	многу ниско	11	18,0	18,0	18,0
	ниско	30	49,2	49,2	67,2
	средно	13	21,3	21,3	88,5
	високо	6	9,8	9,8	98,4
	многу високо	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 7:Како ја оценувате достапноста на психолошките услуги во вашето окружување?

Прикажаните податоци кои се однесуваат на прашањето:**„Како ја оценувате достапноста на психолошките услуги во вашето окружување?“,** покажуваат дека најголем дел испитаници, т.е. 30 или 49.2% достапноста на психолошките услиги ја доживуваат на ниско ниво. Наведениот исказ е индикатор дека во иднина треба да се работи на оваа проблематика.

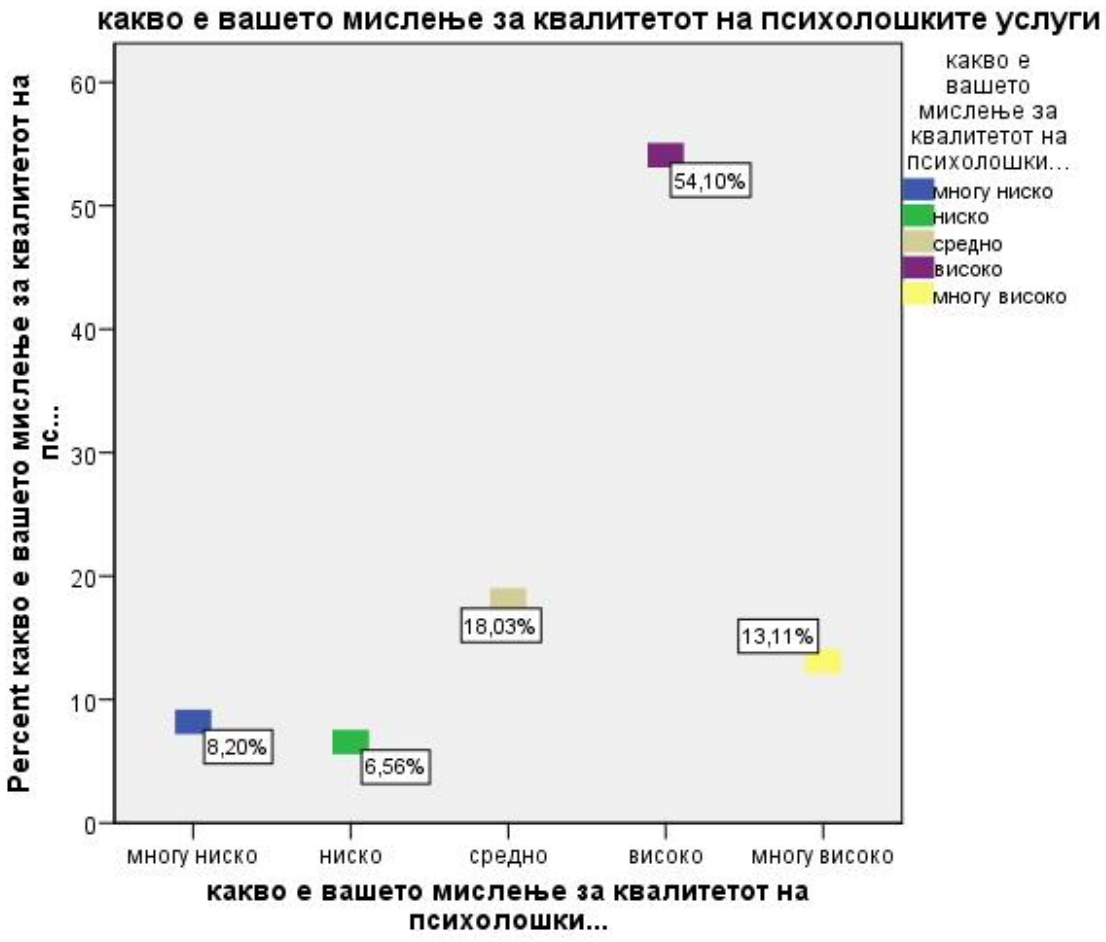
Добиените податоци покажуваатдека најголем дел испитаници M=2.2787, односно 30 или 49.2% достапноста на психолошките услуги ја доживуваат на ниско ниво.

Наведеното насочува на потврдување на потхипотезата дека:

2.2.Достапноста на психолошки услуги во нивното окружување од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во примерокот се доживува на ниско ниво.

Табела 8:Какво е вашето мислење за квалитетот на психолошките услуги?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	многу ниско	5	8,2	8,2	8,2
	ниско	4	6,6	6,6	14,8
	средно	11	18,0	18,0	32,8
	високо	33	54,1	54,1	86,9
	многу високо	8	13,1	13,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

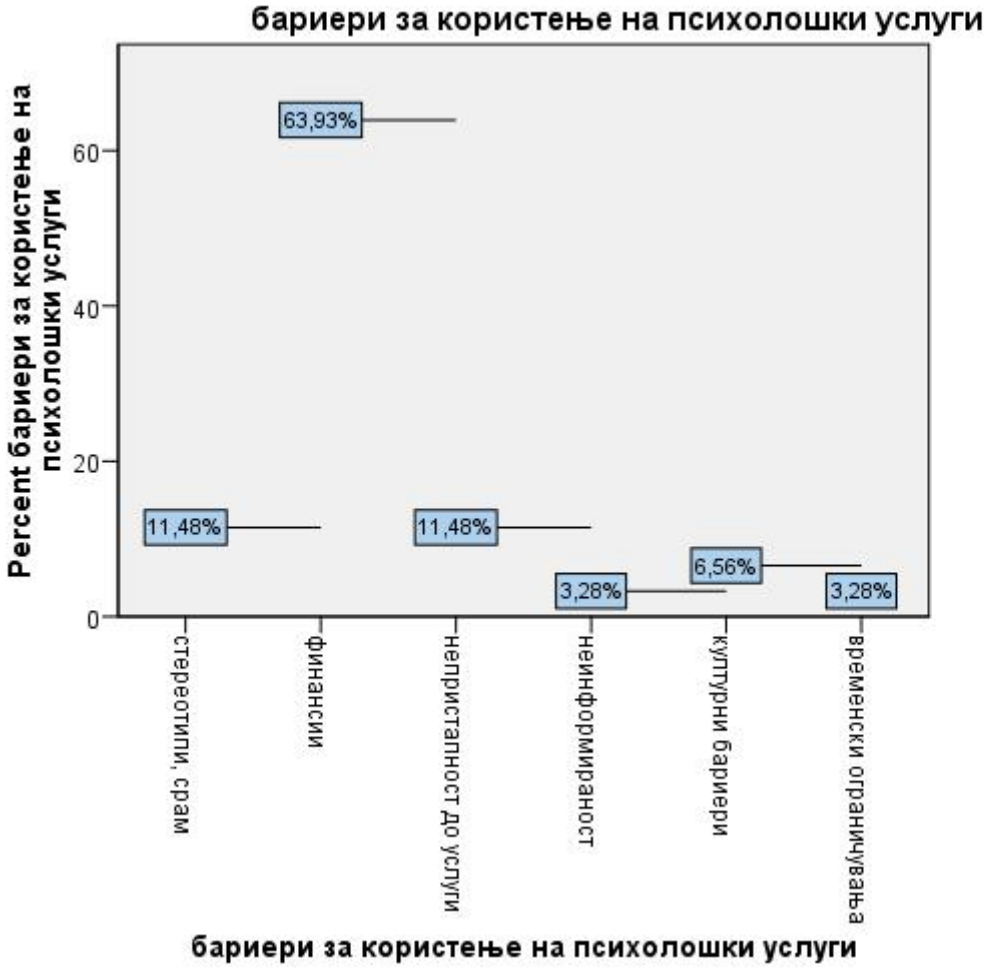


Графикон 8:Какво е вашето мислење за квалитетот на психолошките услуги?

Прикажаните податоци кои се однесуваат на прашањето:**„Какво е вашето мислење за квалитетот на психолошките услуги?“,** покажуваат дека најголем дел испитаници, поточно 33 или 51.1% имаат високо мислење за квалитетот на психолошки услуги кои се нудат во државата.

Табела 9:Бариери за користење на психолошки услуги

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	стереотипи, срам	7	11,5	11,5	11,5
	финансии	39	63,9	63,9	75,4
	непристапност до услуги	7	11,5	11,5	86,9
	неинформираност	2	3,3	3,3	90,2
	културни бариери	4	6,6	6,6	96,7
	временски ограничувања	2	3,3	3,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 9:Бариери за користење на психолошки услуги

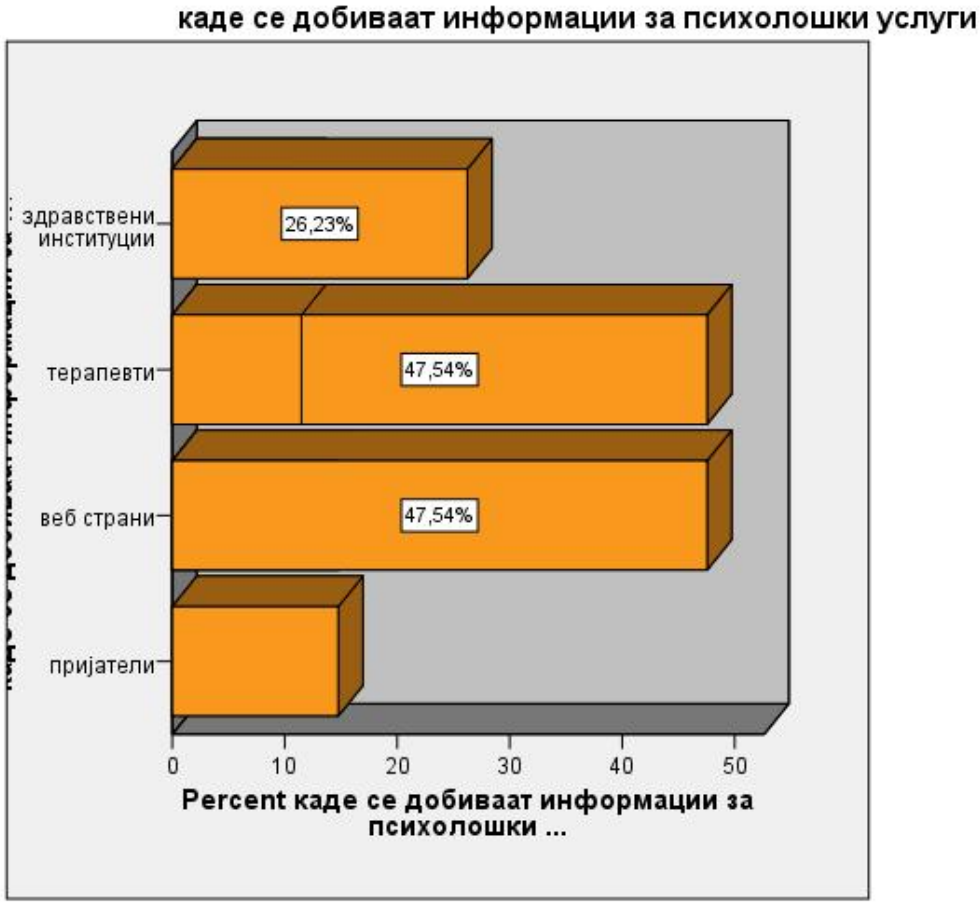
Наведените податоци кои се однесуваат на исказот:„**Бариери за користење на психолошки услуги**“, покажуваат дека најголем дел испитаници, односно родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб, поточно39 или 63.9% сметаат дека се финансиите, помал дел, т.е. 7 или 11.5 % дека се стереотипите и срамот, заедно со неможноста да дојдат до такви услуги.

Наведнеите податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата:

2.3.Најголеми бариери за користење на психолошки услуги од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија се од финансиски аспект;

Табела 10:Каде се добиваат информации за психолошки услуги?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	пријатели	9	14,8	14,8	14,8
	веб страни	29	47,5	47,5	62,3
	терапевти	7	11,5	11,5	73,8
	здравствени институции	16	26,2	26,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

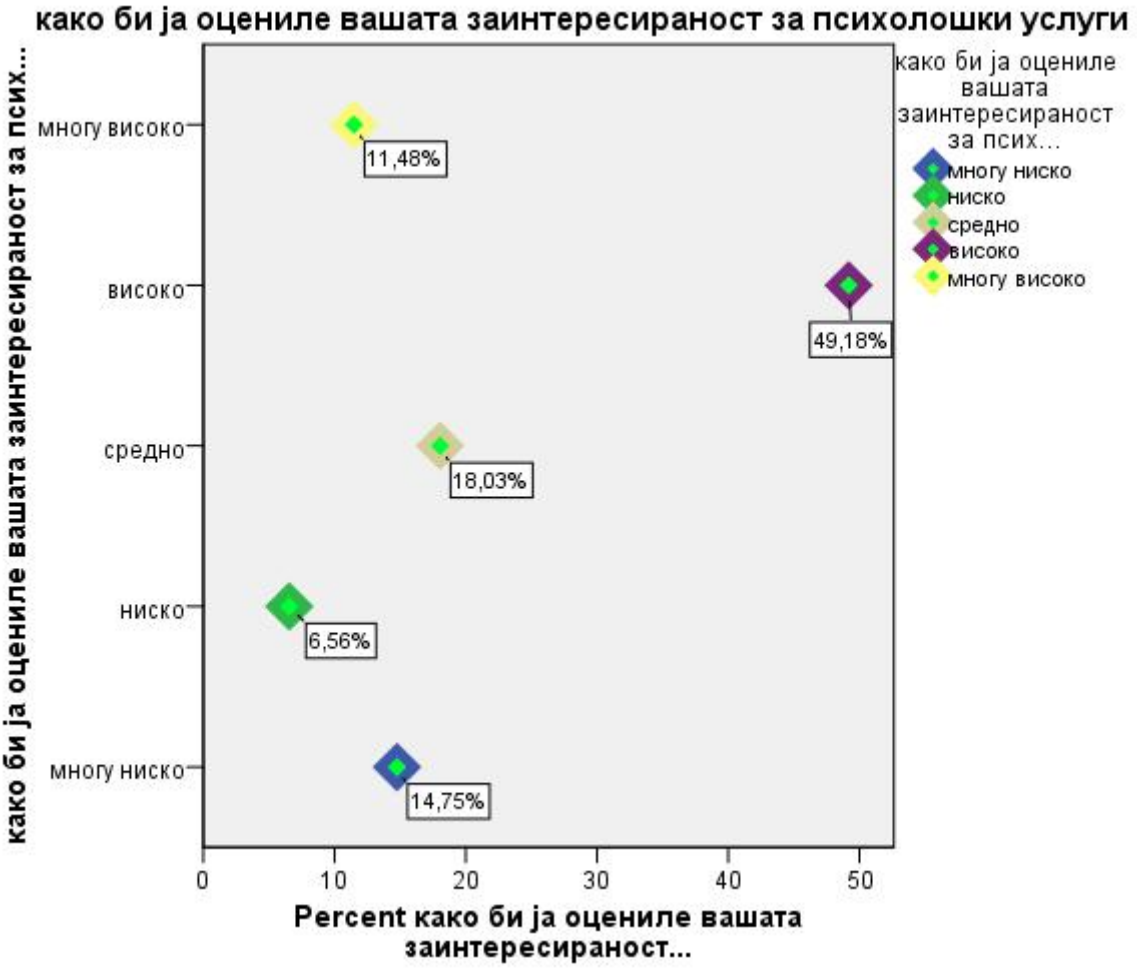


Графикон 10: Каде се добиваат информации за психолошки услуги?

Наведените податоци кои го прикажуваат прашањето:„**Каде се добиваат информации за психолошки услуги?“,** покажуваат дека најголем дел испитаници, поточно29 или 47.5% ги добиваат на интернет, односно преку веб-сајтови на социјалните мрежи, помал дел преку препорака од пријатели и препораки од терапевти.

Табела 11:Како би ја оцениле вашата заинтересираност за психолошки услуги?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	многу ниско	9	14,8	14,8	14,8
	ниско	4	6,6	6,6	21,3
	средно	11	18,0	18,0	39,3
	високо	30	49,2	49,2	88,5
	многу високо	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	



Графикон 11:Како би ја оцениле вашата заинтересираност за психолошки услуги?

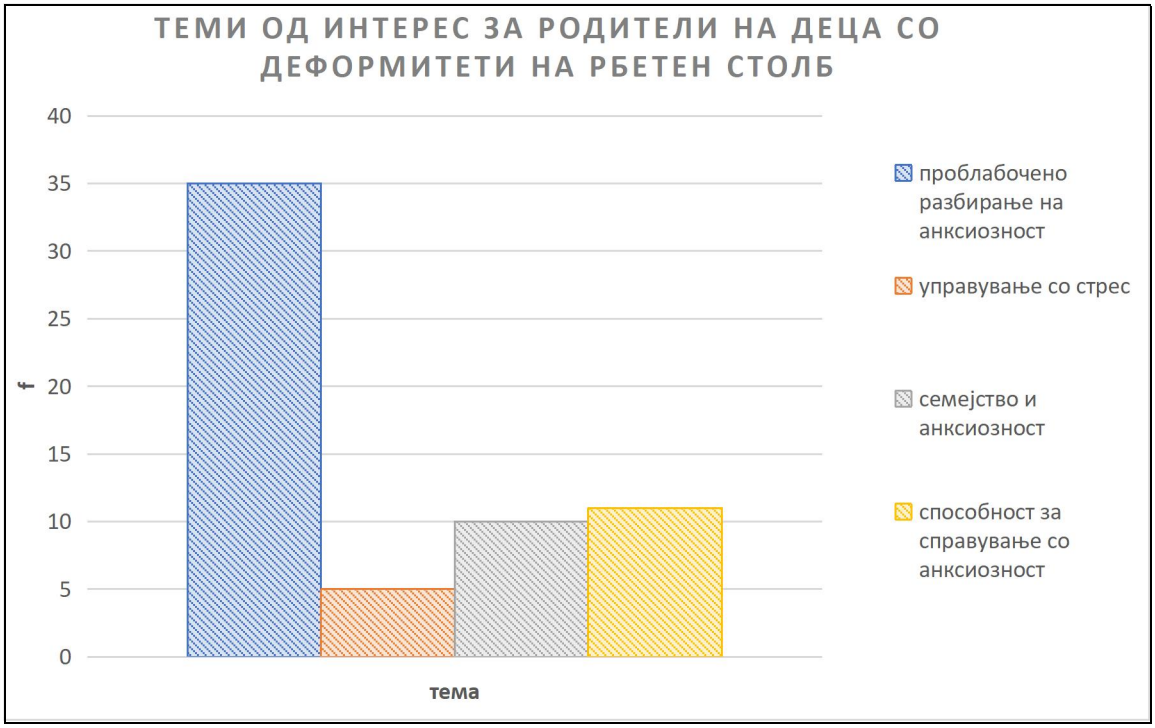
Наведените податоци кои се однесуваат на одговорите на прашањето:**„Како би ја оцениле вашата заинтересираност за психолошки услуги?“,** покажува дека најголем дел испитаници, поточно 30 или 49.2% се високо заинтересирани, и 7 или

11.5% се многу виско заинтересирани, што упатува на тоа дека постои висок интерес кон консултирањето на психолог за проблематиката на анксиозност.

Добиените податоци кои покажуваат на тоа дека најголем дел испитаници се многу виско заинтересирани, со M=3.3607, упатуваат на заклучок дека постои висок интерес кон консултирањето на психолог за проблематиката на анксиозност.

Посочените податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

2.4.Интересот за учествуво на психоедукативни работилници од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија е на високо ниво.



Графикон 12:Теми на интерес

Прикажаните податоци наведуваат на тоа дека најголем интерес за родителите на деца со деформите на ’рбетен столб се теми за продлабочено разбирање на анксиозноста со 35 или 57.38% испитаници, следуваат теми за справување со анксиозност кај 11 или 18.03% испитаници, семејство и анксиозност кај 10 или 16.39 % и управување со стрес кај 5 или 8.20% испитаници.

Наведените податоци насочуваат на тоа дека најголем интерес има за теми од продлабочено разбирање на анксиозност со 35 или 57.38% испитаници, следуваат теми за справување со анксиозност кај 11 или 18.03 % испитаници, семејство и анксиозност кај 10 или 16.39 и управување со стрес кај 5 или 8.20% испитаници.

Добиените податоци кои прикажуваат искази на родителите во однос на користење на психолошки услуги, покажуваат дека најголем дел, поточно 50 или 82% не користеле психолошки услуги или M=1.8197 кон вториот одговор.

Наведеното упатува на потврдување на потхипотезата дека:

2.1.Користењето на психолошки услуги од страна на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетниот столб е на ниско ниво.

Добиените податоци покажуваат дека најголем дел испитаници M=2.2787, односно 30 или 49.2% достапноста на психолошките услуги ја доживуваат на ниско ниво.

Наведеното насочува на потврдување на потхипотезата дека:

2.2.Достапноста на психолошки услуги во нивното опкружување од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во примерокот се доживува на ниско ниво.

Наведените податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата:

2.3.Најголеми бариери за користење на психолошки услуги од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија се од финансиски аспект;

Добиените податоци кои покажуваат на тоа дека најголем дел испитаници, т.е. 30 или 49.2% се високо заинтересирани, и 7 или 11.5% се многу виско заинтересирани со M=3.3607, упатува на тоа дека постои висок интерес кон консултирањето на психолог за проблематиката на анксиозност.

Посочените податоци упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

2.4.Интересот за учествуво на психоедукативни работилници од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија е на високо ниво.

Наведените податоци насочуваат на тоа дека најголем интерес има за теми од продлабочено разбирање на анксиозност со 35 или 57.38% испитаници, следуваат

теми за справување со анксиозност кај 11 или 18.03 % испитаници, семејство и анксиозност кај 10 или 16.39 % и управување со стрес кај 5 или 8.20% испитаници.

Сумативно, сите наведени податоци упатуваат на потврдување на општата хипотеза

2.Постои позитивен став кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот;

Во однос на утврдување на поврзаноста на варијаблата степен на образование која е ординална ранг-варијабла и ставот на испитаниците кој се однесува на доживувањето на психолошките услуги, пресметана е вредност на непараметарска корелација Сприман рангкорелација.

Табела 1: Спирманов коефициент за варијабли степен на образование и став кон психолошки услуги

Correlations

			степен на образование	како го оценувате вашето доживување за психолошки услуги
Spearman's rho	степен на образование	Correlation Coefficient	1,000	,519
		Sig. (2-tailed)	.	,033
		N	61	61
	како го оценувате вашето доживување за психолошки услуги	Correlation Coefficient	,519	1,000
		Sig. (2-tailed)	,033	.
		N	61	61

Оваа табела ги прикажува резултатите од корелационата анализа помеѓу степенот на образование и начинот на кој го оценувате своето доживување на психолошки услуги. Во конкретниот случај, коефициентот на корелација Спирман (Correlation Coefficient) е 0,519. Оваа вредност покажува умерено јака позитивна корелација. Тоа значи дека постои тенденција луѓето со поголем степен на образование да даваат поголеми оценки за своето доживување на психолошките услуги. Sig. (2-tailed). Вредноста од 0,033 е под 0,05, покажува дека резултатот е статистички значаен на статистичко ниво од 0,05. Ова значи дека може да има статистичка значајност во корелацијата.

Заклучно, резултатите покажуваат дека постои статистички значајна корелација помеѓу степенот на образование и оценката за доживување на психолошките услуги. Тоа значи дека луѓето со поголем образовен степен имаат тенденција да даваат поголеми оценки за доживувањето на психолошките услуги.

Наведените податоци укажувааат на прифаќање на потхипотезата дека:

2.5.Постои поврзаност на степенот на образование на родителитена деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија и ставот кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот.

IV ДЕЛ
ДИСКУСИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Основниот проблем на истражувањето се однесува на застапеноста на анксиозноста кај родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза) во државата и нивните ставови кон консултирање на психолошки услуги за надминување на проблемот со анксиозност. Истражувањето се засноваше на дескриптивен метод, на неекспериментално истражување. Од техниките во делот на емпириското истражување во насока на собирање соодветни податоци се применија:скалирање со скала Дасс, потскала за анксиозност и анкетирање со специјално конструиран анкетен лист.

Добиените емпириски сознанија од истражувањето кои посочија на високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб и претежно позитивен став кон користење на психолошки услуги, може да се фокусираат на неколку клучни аспекти. Најпрво на прашањата за можното потекнување на високата анксиозност кај родителите - дали тоа е резултат од социјалните притисоци, стравот за состојбата на детето, или несигурност околу постапките за лечење?

Истражувањето како овие фактори влијаат на менталното здравје на родителите и како може да имаат долгорочни последици би имале големо научно значење.

Во однос на позитивниот став кон психолошките услуги на родителите, значајно е да се анализира зошто родителите имаат позитивен став кон користење на психолошки услуги, односно дали се освестени за важноста на психолошката поддршка во справувањето со анксиозноста или имаат позитивни искуства со тие услуги.

Значење има препознавањето на бариерите што би можеле да ги спречат да ги користат психолошките услуги и разгледување на начини како тие бариери може да се премостат, како во случајот финансиите и стереотипите.

Голема важност имаат и можностите за подобрување на психолошките услуги достапни за родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб и како може здравствениот систем да ги поддржи и направи подостапни услугите?

Важност има инсистирањето на потребата за психолошки превентивни мерки за намалување на анксиозноста меѓу родителите, вклучувајќи психообразовни програми, поддршка од страна на здравствените професионалци и активности за подобрување на родителските вештини.

Во насока на поддршка на добиените резултати е едно истражување спроведеново Кина во 2019 година, од страна на Ванг и соработниците,[44]каде се дошло до заклучок дека анксиозноста и депресијата кај родителите на деца со деформитети биле повисоки од оние кај родителите со здрави деца. Депресијата и анксиозноста на родителите биле тесно поврзани со депресијата и анксиозноста на нивното дете. Нискиот приход на домаќинството се покажал како важен фактор на ризик за родителите на деца со деформитети на 'рбетниот столб. На состојбата на родителското ментално здравје на пациентите од оваа категорија треба да се обрне внимание од хирурзите за деформитети, особено за оние родители со фактори на ризик, што би помогнало да се олесни раното упатување за пофокусирана проценка и интервенции. Увид во родителските стратегии за справување со анксиозноста може да помогне во третманот на децата.

Деформитетите на 'рбетот (сколиоза и кифоза) како проблем се застапени кај адолесцентите во Република Северна Македонија и медицинскиот третман успешно се спроведува во здравствениот систем на државата. За третманот на деформитетите на 'рбетот од медицински аспект постојат извесни релевантни истражувања во државата, но психолошките аспекти, особено анксиозноста која е присутна за време на утврдување на дијагнозата и лекувањето, како и чувствата на страв, вознемиреност, загриженост кои се појавуваат за време на третирањето на деформитетите на 'рбетниот столб не се доволно истражувани во Република Северна Македонија и од таа причина ова истражување може да даде одговор на одредени релевантни прашања поврзани со психолошкиот аспект на оваа проблематика.

Melissa и соработниците, во 2010 година во истражување со наслов „Корелирање на депресивни и анксиозни симптоми кај адолесценти со спинални

[44]Wang., H. (2019). Mental health of patients with adolescent idiopathic scoliosis and their parents in China: a cross-sectional survey. National Library of medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515648/#Bib1title преземено 30.01.2024

проблеми“[45], откриле високи стапки на симптоми на депресија и анксиозност. Хиерархиската регресивна анализа ги идентификувала проксималните индивидуални и фамилијарните (задоволство од функционирањето на семејството) фактори како посилно поврзани со депресивните симптоми, отколку факторот на дисталниот здравствен систем (УСС). Самопријавената болка била единствениот еколошки фактор поврзан со симптомите на анксиозност.

Во едно истражувањена Melissa H Bellin, и соработниците,[46] од 2013 година, со наслов „Самоуправување, задоволство од функционирањето на семејството и текот на психолошките симптоми кај адолесценти со спинални проблеми“,не биле пронајдени значајни разлики во групното ниво во психолошките симптоми со текот на времето кај учесниците (средна возраст 22 години), но била забележана значајна промена на индивидуално ниво во симптомите на анксиозност (n = 13) и депресивни симптоми (n = 9). Подобреното задоволство од функционирањето на семејството било поврзано со намалени симптоми на анксиозност, а зголеменото самоуправување со спинални проблеми било поврзано со намалени депресивни симптоми. Како крајни заклучоци биле дека промените во самоуправувањето и задоволството од функционирањето на семејството може да влијаат на текот на психолошките симптоми.

Во едно ново сублимирано истражување од 2022 година, спроведено од Shlini и соработниците, со наслов „Проблеми со менталното здравје кај адолесцентите и младите со физички попреченост од детството“[47], се идентификувале 33 рецензирани студии кои главно се фокусирале на млади луѓе со церебрална парализа, јувенилен артритис и спиналми проблеми. Најчестите ментални здравствени проблеми кои биле испитувани биле депресија и тешкотии поврзани со расположението(73%), анксиозност (39%) и социјално/однесувачки проблеми (33%), а најчестиот опсег на возраст бил од 13 до 17 години.

Десет студии истражувале пристап, употреба и искуства од услуги за ментално здравје; стигма; ментално здравје на родител, негувател; и вредност за сеопфатна нега, користејќи квалитативни, квантитативни или мешани методи. Наодите укажувале на важноста од развивање интегрирани модели на испорака на

[45]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880443/ преземено 09.12.2023
[46]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22976508/ преземено 09.12.2023
[47]https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36189015/ преземено 10.12.2023

услуги за да се идентификуваат и да се решат потребите за менталното здравје на оваа популација и консензус за најдобрите практики за проценка и известување за стапките на субклинички симптоми и психијатриски состојби.

Во иднина значење би имале истражувањата на можностите за напредок во истражувањата поврзани со долгорочните ефекти на анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб, како и ефективноста на различни здравствени интервенции и терапии во комбинација со психолошка поддршка.

За проблематиката на анксиозноста кај родителите чии деца имаат деформитетите на ’рбетот, како што е наведено погоре, постојат мал број релевантни истражувања во државата и странство и од таа причина ова истражување е мал придонес кон фондот на научни сознанија со својот прелиминарен карактер.

Во иднина се сугерира да се спроведуваат слични истражувања со поголема методолошка валидност. Фондот на научни сознанија од наведенета проблематика би овозможил објективно согледување на состојбата на анксиозност, за соодветни препораки за предвремено и дополнително делување, со акцентирање на улогата на психолозите, како индивидуи или како составен дел на стручни тимови кои ќе влијаат на унапредување на менталното здравје на родителите и кај адолесцентите со сколиотични и кифотични деформитети на ’рбетниот столб во државата.

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Истражувањето со проблемот на истражување, кој се однесува на застапеноста на анксиозноста кај родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб (сколиоза и кифоза) во државата и нивните ставови кон консултирање на психолошки услуги за надминување на проблем со анксиозноста, се засноваше на дескриптивниот метод.

Емпириското истражување на специфичен проблем се спроведе со пригоден примерок на испитаници, вкупно 61 родители кои имаат дете со деформитет на ’рбетниот столб. Беа применети техники и инструменти: скалирање со скала ДАСС и анкетирање со специјално изготвен инструмент - анкетен лист.

Заклучните сознанија кои се добија при истражувањето се однесуваа на следното:

Примерокот на испитаници родители на деца со деформитети на ’рбетен столб го сочинуваат вкупно 61 испитаник, од кои 37 или 60,7 % се мажи, а 24 или 39.3% се жени.

Возраста на родителите се движи од 30 до 52 години, при што најчеста е возраста од 38 години на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетниот столб, од кои поголем дел, поточно 27 или 44.3% имаат по две деца.

Според степен на образование, најголем дел родители, т.е. 27 или 44.3% се со средно образование, дел од 19 или 31.1% се со високо ниво на образование, а 8 или 13.1% се со завршени постдипломски студии.

Во однос на потскалата на анксиозност од инструментот ДАСС, средната вредност (Mean) за анксиозност е приближно 18,93 (ниво од 15-19), што укажува на високо ниво на анксиозност, така што се добива општа претстава за нивото на анксиозност во истражувањето. Мода (Mode): 8,00, што значи дека 18 скорови е најчеста вредност. (Std. Deviation): Стандардната девијација изнесува 5,97179. Ова мери колку варијација постои меѓу резултатите за анксиозност. Минимална и максимална вредност (Minimum и Maximum): најниската оценка за анксиозност е ,00, додека највисоката е 38,00. Овие вредности го покажуваат опсегот на анксиозност во примерокот на родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб.

Наведените резултати упатуваат на потврдување на општата хипотеза 1 дека:

1.Застапено е високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија.

Податоците кои се однесуваат на последицата на анксиозност- автономна возбуда во однос на исказите:**„Ми се суши устата“**, M=1,4754 или кај 33 или 54.1% им се случува често, **„Забрзано дишење“** M=1.2623 кај испитаници 29 или 47.5% им се случува понекогаш; **„Потење на дланки“** M=1,5082 кај 25 или 41.0% им се случува често;**„Потешкотии со голтање“** M=2951 кај 24 или 39.3% им се случува честои **„Прескокнување срце“** M=1.4426 кај 34 или 55.7% им се случува понекогаш, упатуваат напотврдување на потхипотезата дека:

1.1.Кај поголем дел родители често е присутна негативната последица на анксиозноста како автономна возбуда со сите наведени симптоми.

Податоците кои се однесуваат на последицата на анксиозност- ефект на скелетни мускули во однос на исказот:**„Чувствувам дека се тресам-нозете ми се тресат“** M=1.6066, покажуваат дека дека на најголем дел испитаници, т.е. 30 или 49.2% тоа им се случува често, а на 9 или 14.8% скоро секогаш, што изнесува повеќе од половина и упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

1.2.Кај поголем дел родители често се присутни негативните последици на анксиозноста како ефекти на скелетните мускули.

Добиените податоци кои се однесуваат на последицата на анксиозност-ситауциона анксиозност во однос на исказите:**„Нервозни ситуации,ми олесни кога завршија“**, м=1.5246 кај 23 или 37.7 % родители им се случува често; исказот **„Чувствувам дека ќе се онесвестам“**, м=1639 кај 29 или 47.5% им се случува понекогаш, исказот **„Близу паника“** м=1.3279, кај 26 или 42.6% им се случува понекогаш; **„Се чувствувам преплашено“**, м=1.5574 кај 20 или 32.8% им се случува понекогаш; **„Се плашам да не направам будала од себе“** м=1.2459, кај 33 или 54.1% им се случува понекогаш; **„Чувствувам дека раце ми се тресат“** м=1.5246, кај 29 или 47.5% им се случува често, упатуваат на потврдување на потхипотезата дека;

1.3. Кај поголем дел родители понекогаш е присутна негативната последица на анксиозноста како појава на ситуациона анксиозност.

Податоците кои се однесуваат на последицата на анксиозност-субјективно доживување на вознемирувачки ситуации во однос на исказот: **„Се чувствувам исплашен без причина“**М= 1.5902-,кај 28 или 45.9% испитаници им се случува често и исказот**„Ништо не може да ме заинтересира“** М= 1.4098-, кај најголем дел испитаници, т.е. 24 или 39.3% тоа им се случува често, упатуваат на потврдување на потхипотезата дека:

1.4.Кај поголем дел родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб често се присутни негативните последици на анксиозноста како субјективно доживување на вознемирувачки ситуации.

Во однос на анкетниот лист, добиените податоци кои прикажуваат искази на родители во однос на користење на психолошки услуги, покажуваат дека најголем дел, поточно 50 или 82% не користеле психолошки услуги или М=1.8197 кон вториот одговор и упатуваат на потврдување на потхипотезата дека

2.1.Користењето на психолошки услуги од страна на родителите кои имаат деца со деформитети на ’рбетниот столб е на ниско ниво.

Добиените податоци покажуваат дека најголем дел испитаници М=2.2787, односно 30 или 49.2% достапноста на психолошките услиги ја доживуваат на ниско ниво и насочуваат на потврдување на потхипотезата дека:

2.2.Достапноста на психолошки услуги во нивното окружување од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во примерокот се доживува на ниско ниво.

Добиените податоци кои укажуваат на тоа дека најголем дел испитаници, односно родители на деца со деформитети на ’рбетниот столб, т.е. 39 или 63.9% сметаат дека се финансиите, М=2.3934 помал дел, 7 или 11.5 % дека се стереотипите и срамот, заедно со неможноста да дојдат до такви услуги, насочуваат на потврдување на потхипотезата:

2.3.Дека најголеми бариери за користење на психолошки услуги од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија се од финансиски аспект.

Податоците кои покажуваат на тоа дека најголем дел испитаници, односно 30 или 49.2% се високо заинтересирани, и 7 или 11.5% се многу виско заинтересирани со M=3.3607, упатува на тоа дека постои висок интерес кон консултирањето на психолог за проблематиката на анксиозност. Како теми на интерес се теми за продлабочено разбирање на анксиозност со 35 или 57.38% испитаници, следуваат теми за справување со анксиозност кај 11 или 18.03 % испитаници, семејство и анксиозност кај 10 или 16.39 % и управување со стрес кај 5 или 8.20% испитаници.

Ова насочува на потврдување на потхипотезата дека:

2.4.Интересот за учество на психоедукативни работилници од страна на родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија е на високо ниво и тоа најчесто на теми за продлабочено разбирање на анксиозноста.

Сите наведени податоци упатуваат на потврдување на општата хипотеза 2 дека:

2.Постои позитивен став кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот.

Дополнително, резултатите кои се однесуваат на коефициентот на корелација Спирман (Correlation Coefficient) е 0,519. Оваа вредност покажува умерено јака позитивна корелација. Тоа значи дека постои тенденција луѓето со поголем степен на образование да даваат поголеми оценки за своето доживување на психолошките услуги. Sig. (2-tailed). Вредноста од 0,033 е под 0,05, покажува дека резултатот е статистички значаен на статистичко ниво од 0,05. Ова значи дека може да има статистичка значајност во корелацијата. Накратко, резултатите покажуваат дека постои статистички значајна корелација помеѓу степенот на образование и оценката за доживување на психолошките услуги. Тоа значи дека луѓето со поголем образовен степен имаат тенденција да даваат поголеми оценки за доживувањето на

психолошките услуги. Наведените податоци укажувааат на прифаќање на потхипотезата дека:

2.5.Постои поврзаност на степенот на образование на родителитена деца со деформитети на ’рбетниот столб во Република Северна Македонија и ставот кај родителите за консултирање на психолошки услуги во однос на проблемот.

Сумативно, сето наведено насочува на потврдување на општата хипотеза поставена во истражувањето:

Присутно е високо ниво на анксиозност кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб во државата и претежно позитивен став за користење на психолошки услуги за справување со анксиозноста.

ПРЕПОРАКИ

Препораките и сугестиите се однесуваат на адолесцентите и на родителите.

Во однос на адолесцентите се посочува дека адолесцентите со деформитети на ’рбетниот столб можат да се соочат со физички и емоционални предизвици, кои можат да влијаат на нивното целокупно ментално здравје.

Како дополнение на лекарскиот третман и физикалната терапија, постојат и други начини на подобрување на менталното здравје кај овие адолесценти. Еве неколку препораки:

Психолошка поддршка: Потребно е осигурување на психолошка поддршка од страна на психолог, психотерапевт, или советник. Терапијата може да помогне во управувањето со стресот и адаптацијата на посакуваниот начин на живеење.

Групна поддршка: Адолесцентите можат да најдат поддршка во групите за поддршка, каде што можат да разменуваат искуства и да изградат врски со други кои ги споделуваат сличните искуства и проблеми.

Едукација и информации: Обезбедување едукација и информации за адолесцентите и нивните семејства за деформитетите на ’рбетниот столб, како и за начините за управување со нив се посебно значајни.

Физичка активност: Консултации со лекарот и физиотерапевтот за безбедни видови на физичка активност кои може да ги изведуваат дома. Редовната физичка активност може да помогне во подобрувањето на физичкото и менталното здравје.

Родителска поддршка: Поддржувањето на родителите и семејствата на адолесцентите се суштинска основа за поддршка, бидејќи и родителската поддршка е клучна во успешното управување со деформитетите.

Самоподдршка и управување со стрес: Учењето на техники за управување со стрес, како што се: длабоко дишење, медитација и позитивно мислење се супортивни техники не само за адолсецентите, туку и за возрасните, за кои треба да се стекнува дисциплина што е можно порано.

Јавност и свест: Создавање на јавност и свест за деформитетите на ’рбетниот столб во заедницата, за да се намали стигмата и за да се подобри разбирањето и поддршката кон овие адолесценти е значајна нишка во борбата за целокупното подобрување на менталното здравје.

Во однос на родителите се насочува дека анксиозноста кај родителите на деца со деформитети на ’рбетниот столб може да биде предизвикана од неколку фактори, вклучувајќи го физичкиот здравствен проблем на детето, социјалната реакција на околната средина, и општите предизвици поврзани со родителството.

Еве неколку препораки што може да помогнат во управувањето со анксиозноста:

-Консултација на стручни лица, односно психолози за превентивно и консултативно третирање на сите прблеми поврзани со анксионоста.

-Едукација и информации: Барање информации за деформитетите на ’рбетниот столб и разговарање со медицинскиот тим за претпочитаните терапии и процеси на лечење.

-Разберање на предностите и предизвиците поврзани со специфичниот деформитет на детето.

-Поддршка од семејството и пријателите: Отворени разговори со семејството и пријателите за емоциите и предизвиците.

-Градење на мрежа на поддршка каде што може да се разменуваат искуства со родители кои исто така се соочуваат со слични предизвици.

-Терапија и консултации: Разговори со професионален медицински тим за консултации и терапија.Поддржување и вклучување на детето во терапиите, коишто може да помогнат во неговиот физички и психосоцијален развој.

-Самопомош и самонегување: Работење на сопственото психичко здравје. Вежбање техники за опуштање, како што се: дишење, медитација или јога. Одредување време за себе и активности за задоволство.

-Ангажирање во заедницата:Вклучување во заеднички активности и заедници каде што родителите имаат слични искуства.

-Организирање или приклучување на групи за поддршка.

-Прифаќање различности: Разговарање со своето дете за неговите јаки страни и постигнувања. Потпомагање на детето, односно адолесцентот,во прифаќањето на своето тело и различностите.

-Споделување на одговорности: Споделување одговорности со партнерот и другите членови на семејството за поддршка на детето.

-Посебно важно е да се најде пристап и да се обавуваат консултации со професионален тим за здравствена, но и психолошка поддршка за да се прифатат емоциите како дел од процесот на соочување со предизвиците.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1)Alispahic, S., Psihologija Boli, Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo 2016, 81-91

2)American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

3)Barlow, D., The Oxford Handbook of Clinical Psychology, Oxford University Press, 2011, 279- 294

4)Begic, D., Psihopatologija, trece nepromjeneno izdanje, Medicinska Naklada, Zagreb, 2016

5)Berger, J., Biro, M., Hrnica, S., Klinicka Psihologija individualna i socijalna, Beograd, 1990, 119- 122, 420- 430, 548-628

6)Biro, M., Durovic, D., Klinicka Psihologija Teorija i Praksa, Centar za primenjenu psihologiju, 2020

7)Chardack, M., Scoliosis: A Guide to Understanding and Overcoming Scoliosis, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2017

8)Clavert, J.M., Facteurs etiologiques des scolioses idiopathiques ,In Scoliose idiopathique.Montpellier: Sauramps Medical,1997, 9-61.

9)Corr, P., Matthews, G., The Cambridbe handbook of personality psychology, Cambridge University Press, 2008

10)Curkovic, K., Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, Svejtla grada, Osjek 2013

11)Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition.

12)Dordevic, D., Razvojna psihologija, Draslar, 2014’

13)Eisenberg, N., Damon, W., Lerner.R HANDBOOK OF CHILD PSYCHOLOGY, Six Edition,2016, 1003-1048

14)International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

15)Erikson, E., Identity: Youth and Crisis, Reissued as a Norton paperback 1994, 128-135

16)Fenichel, O., The Psychoanalitic Theory of Neurosis 193-216

17)Folkman, S., The Oxford Handbook of Stress, Oxford University Press 2011, 3-17

18)Goldener-Vukov, M., Porodica u krizi, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1988, 99-108

19)Harrington, P., The etiology of idiopathic scoliosis.Clin.Orthop.1977;126, 17-25

20)Hollander, E., Anksiozni poremecaji, Naklada Slap, 2006

21)Howitt, D., Cramer, D., Introduction to SPSS Statistics in Psychology,Person Education Limited, 2000, 31-125

22)Hudon, V., Rjecnik Psihijatriskog Nazivlja, Skolsa Knjiga - Zagreb, 1991

23)Kalicanin, P.,Psihijatrija 1 Opsti deo, Draslar partner 2002

24)Kalicanin, P., Psihijatrija 2 Specijalni deo, Draslar partner 2002

25)Kalicanin, P., Psihijatrija 3 Posebne teme, Draslar partner 2002

26)Карвасарский, Б. Д., Клиническая психология, Питер 2022

27)Kathleen, S., The Developing Person:Through the Life Span, Worth Publishers, 2007

28)Kline, Theresa, Psychological Testing: A patical Approach to Design and Evaluation, SAGE Publications, 2005, 289-313

29)Lakovic, K., Psihologije adolescencije, Naklada Slap, 2006

30)Marcinko, D., Jakovljevic, M., Rudan, V., Poremecaji Licnosti Stvarni Ljudi, Stvarni Problemi

31)Mental-health-scoliosis,https://sauk.org.uk, Преземено на 02.02.2024

32)Milovanovic, D., Sternic, M., Dijagnosticko-terapiski psihijatrsiski praktikum, IzdavackoStamparsko Preduzece ‘Minerva’, Subotica-Beograd, 1973, 65-68

33)Miller, M., Living with Anxiety Disorders (Teen's Guides (Hardcover)), Facts on File, 2007

34)Монографичният сборник „Психопатология, невронаука и психично развитие: актуални проблеми“, Стено, 2017

35)Mooney, C., What Is Anxiety Disorder? (Understanding Mental Disorders), Referencepoint Pr

36)Morris, L., March, S. Anxiety Disorders in Children and Adolescents Second Edition, The Guilford Press, 2004

37)Nietzel, M., Bernstein, D., Milich, R., Uvod u Klinicku Psihologiju, Naklada Slap, 2002

38)Nikolic, S.,PsihijatrijaDjecjeiAdolescentne Dobi, Propedeutika, Skolskaknjiga – Zagreb, 1991,77-90

39)Nikolic, S.,MentalniPoremecaji u Djece I Omladine 2, Skolskaknjiga – Zagreb, 1990, 163-183

40)Nikolic, S.,MentalniPoremecaji u Djece I Omladine 3, Skolskaknjiga – Zagreb, 1992, 35-55

41)Nikolic, S.,ZastitaDusevnogZdravljaMladih, Prirucnik, MedicinskaNaklada – Zagreb, 1993, 97-132

42)Opalic, P., Egzistencijalisticka psihoterapija,Neolit Beograd 1988, 46-58

43)Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P., Excitementand Growth in the Human Personality, 1994

44)Rot, N., Osnovi Socijalne Psihologije, Socijalizacija, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva Beograd, 1972, 54-59, 213-258

45)Santrock, J. W. (2018). Adolescence. New York, NY: McGraw-Hill.

46)Scoliosis-and-anxiety-5-ways-scoliosis-can-cause-anxiety. Преземено на 03.06.2023 https://lifewithscoliosis.com

47)Scoliosis-awareness-month. Преземено на 03.02.2024https://edisonspinecenter.com

48)Srna, J., Psihoterapija i savatovanje, teorija, praksa, istrazivanje, Zavod za udzbenike, Beograd 2012, 51- 70, 81-89, 135-178

49)Staltikov, J., Kandasamy, G., Turnbull, D., Spinal Deformities in Adolescents, Adults and Older Adults, Intechopen, 2021

50)Stoilkovic, S., Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, medicinska kniga, Beograd-Zagreb 1975, 435- 463

51)Taylor, S., Helth Psychology, McGraw-Hill, 2011

52)Vulevic, G., Razvojna psihopatologija, Akademska knjiga, 2016

53)Wenar, C., Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenacke dobi do adolescencije, Naklada Slap, 2003

54)Wang, H. (2019). Mental health of patients with adolescent idiopathic scoliosis and their parents in China: a cross-sectional survey. National Library of medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515648/#Bib1title преземено 30.01.2024

55)Weinstein, S. L., & Ponseti, I. V. (2000). Congenital anomalies of the spine. In Instructional Course Lectures (Vol. 49, pp. 461-472). American Academy of Orthopaedic Surgeons.

56)Zatovic.M, Razvojna psihologija, Centar za primenjenu psihologiju

57).https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880443/ преземено 09.12.2023

58).www.psy.unsw.edu.au/groups пристапено 21.12.2023

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1

СКАЛА ДАСС

Потскала за анксиозност

Прочитајте ја секоја од наведените реченици и заокружете го бројот од десната страна кој најдобро опишува како сте се чувствувале во текот на изминатата седмица. Не постои точен или неточен одговор. Немојте предолго да се задржувате на поедини реченици.

Броевите значат:

0 - ни најмалку

1 - помалку или понекогаш

2 - во прилична мера или често

3 - главно или скоро секогаш

	%				
исказ	0 ни најмалку	1 помалку или понекогаш	2 во прилична мера или често	3 главно или скоро секогаш	вкупно
2. Забележав дека ми се суши устата.					
4. Имав потешкотии со дишењето.					
7. Чувствувам дека се тресам-нозете ми се тресат.					
9. Се наоѓав во					

ситуации во кои бев толку нервозен, што ми беше вистинско олеснување кога завршија.					
15. Имав чувство дека ќе се онесвестам.					
19. Видно се потев, иако не беше жешко, посебно на дланките.					
20. Се чувствував исплашено без причина.					
23.Имав потешкотии со голтањето.					
25. Ја почувствував работата на срцето иако не се заморив.					
28. Чувствував дека сум блиску до паника.					
31. Ништо не можеше да ме заинтересира.					

36. Се чувствував преплашено.					
40. Се плашев од ситуациивo кои би можел да се испаничам и да направам будала од себе.					
41. Почувствував дека се тресам, ми се тресеа рацете.					

Скалата DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale) е мерен инструмент кој се користи за утврдување на нивото на депресија, анксиозност и стрес. Скалата вклучува три потскали, секоја од нив со по 14 прашања. За утврдување на нивото на анксиозност со DASS, можете да ја следите следната процедура:

Пресметување на сумата на бодовите:

За секој од 14-те прашања во делот за анксиозност, внесето го бројот што одговара на вашиот одговор (0, 1, 2, 3, 4). Пресметајте вкупен збир на бодовите за делот за анксиозност.

Интерпретација на нивото на анксиозност:

0-7 бодови: Нормално

8-9 бодови: Блага анксиозност

10-14 бодови: Умерена анксиозност

15-19 бодови: Висока анксиозност

20+ бодови: Многу висока анксиозност

Сумата на бодовите е да се одреди општата анксиозност. Високите бодови индицираат посилна анксиозност.

ПРИЛОГ 2

Анкетен лист за ставови кон психолошки услуги на родители на деца со деформитети на рбетен столб

Генерални информации:

1.Пол

1) машки

2)женски

2.Возраст: _____

3.Број на деца: _____

4.Образовен статус:

[1] основно

[2] средно

[3] високо образование

[4] магистерски студии

5.Дали некогаш сте користеле психолошки услуги за себе или за вашите деца?

1. Да

2. Не

Ставови и перцепции за психолошките услуги:

6.Како би го оцениле вашето доживување односно разбирање за психолошките услуги од 1 (многу ниско) до 5 (многу високо)?

1)многу ниско

2)ниско

3)средно

4)високо

5)многу високо

7.Како би ја оцениле достапноста на психолошки услуги во вашето опкружување?

1)многу ниско

2)ниско

3)средно

4) високо

5)многу високо

8.Какво е вашето мислење за квалитетот на услугите што ги даваат психолозите?

1)многу ниско

2)ниско

3)средно

4)високо

5)многу високо

Бариери за користење на психолошки услуги:

9.Кои бариери би ги идентификувале што ве спречуваат вас или вашите деца да користите психолошки услуги?

1) Стереотипи и срам
2) Финансиски бариери:
3) Непристапност на услугите
4) Неинформираност
5) Културни бариери
6) Временски ограничувања:

10.Каде ги добивате информациите за психолошка помош?

1) Пријатели

2) Веб-страници и портали за ментално здравје

3) Терапевти и канцеларии за психолошка помош

4) Здравствени институции

Интерес за психолошки теми:

11.Како би ја оцениле Вашата заинтересираност да учествувате на едукативни работилници или предавања на тема психологија и родителство?

1)многу ниско

2)ниско

3)средно

4)високо

5)многу високо

12.Најчести теми кои би сакале да бидат опфатени во вакви едукативни активности?

1) подлабоко разбирање на анксиозноста
2) Поддршка од заедницата и социјална конекција
3) Управување со стрес и временски притисоци

СЛИКИ



Слика 1: Приказ на сколиотичен деформитет



Слика 2: Приказ на кифотичен деформитет