



UNIVERZITET U BANJOJ LUCI  
UNIVERSITY OF BANJA LUKA

FILOZOFSKI FAKULTET  
FACULTY OF PHILOSOPHY

# Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom

Doktorska disertacija

**Mentor:**

*Prof. dr Spasenija Ćeranić*

**Kandidat:**

*mr Dijana Đurić*

Banja Luka, 2018. godine



UNIVERZITET U BANJOJ LUCI

FILOZOFSKI FAKULTET



# Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom

Doktorska disertacija

**Mentor:**

*Prof. dr Spasenija Ćeranić*

**Kandidat:**

*mr Dijana Đurić*

Banja Luka, 2018. godine



UNIVERSITY OF BANJA LUKA  
FACULTY OF PHILOSOPHY



# Specificities of the psychical functioning of persons with physical impairment/disability

Doctoral thesis

**Supervisor :**

*Spasenija Ćeranić*

**Candidate:**

*Dijana Đurić*

Banja Luka, 2018

## **Informacije o mentoru i disertaciji**

**Mentor:** Prof. dr Spasenija Ćeranić, redovni profesor Studijskog programa psihologije, Filozofskog fakulteta u Palama, Univerziteta u Istočnom Sarajevu

**Naslov doktorske disertacije:** Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom

### **Rezime na srpskom jeziku:**

Život sa invaliditetom donosi brojne izazove za pojedinca kako zbog problema koji proizilaze iz samog invaliditeta, tako i zbog fizičkih i socijalnih barijera u okruženju. S druge strane, psihološka praksa pokazuje da različiti ljudi bez obzira na vrstu problema sa kojima se suočavaju, reaguju na različite načine i pokazuju viši ili niži nivo zadovoljstva životom. Ovo nas navodi da razmislimo o konstruktima ličnosti koji leže u osnovi određenog tipa reakcija i ponašanja te njihove uloge u adaptaciji na život sa invaliditetom.

Cilj ovog rada je da se ispita postoje li razlike u psihičkom funkcionisanju osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom u odnosu na osobe bez invaliditeta odnosno, na koji način je prisustvo /odsustvo tjelesnog onesposobljenja povezano sa psihološkim konceptima kao što su samopoimanje, strategije prevazilaženja stresa, mehanizmi odbrane i zadovoljstvo životom i kakav je međuodnos ovih koncepata.

U uzorku je ispitano 205 (147 muškaraca i 58 žena) osoba sa različitim vrstama tjelesnog invaliditeta i 138 (69 muškaraca i 69 žena) osoba bez invaliditeta.

Rezultati su pokazali prisustvo razlika u subdomenima socijalnog i emocionalnog samopoimanja, koje je više kod osoba sa invaliditetom kao i češće korištenje svih strategija za prevazilaženje stresa i svih tipova mehanizama odbrane. S druge strane, prisutan je niži nivo zadovoljstva životom. Ove razlike možemo posmatrati u funkciji adaptacije na život sa invaliditetom, a potvrđena je i mediatorska uloga samopoimanja, mehanizma odbrane i strategija za prevazilaženje stresa kao uloga u definisanju razlika u odnosu na zadovoljstvo životom.

**Ključne riječi:** *invaliditet, samopoimanje, mehanizmi odbrane, strategije za prevazilaženje stresa, zadovoljstvo životom*

**Naučna oblast:** Psihologija

**Naučno polje:** Klinička psihologija i psihoterapija

**Klasifikacija CERIF:** S260, B650

**Licenca „Kreativne zajednice“:** Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada

#### **Informations about mentor and doctoral dissertation**

**Mentor:** Professor Spasenija Ćeranić, PhD, Full Professor at Department for Psychology, Faculty of Philosophy University of Istočno Sarajevo

**The title of the doctoral dissertation:** Specifies of the psychical functioning of persons with physical impairment/disability

#### **Summary:**

Life with disability brings many challenges to an individual due to problems arising from the disability itself as well as physical and social barriers in the environment. On the other hand, psychological practice shows that different people, regardless of the type of problems they face, react in different ways and show a higher or lower level of life satisfaction. This leads us to consider the concepts of personality that lie at the heart of a certain type of reactions and behaviors and their role in adaptation to life with disability.

The aim of this paper is to examine whether there are differences in the mental functioning of persons with physical disabilities in relation to persons without disabilities regarding the way the presence/absence of physical disability is related to psychological concepts such as self-concept, coping strategies, defense mechanisms and satisfaction with life and the nature of the relationship between them.

The sample consists of 205 persons (147 men and 58 women) with different types of physical disabilities and 138 persons (69 men and 69 women) without disabilities.

The results shows the presence of differences in subdomains of social and emotional self-concept, which is higher in people with disabilities, and more frequent use of all coping strategies and all types of defense mechanisms. On the other hand, there is a lower level of life satisfaction. These differences can be considered as a factor of adaptation to life with disabilities.

Besides, the mediating role of self-concept, coping strategies and defense mechanisms in defining differences in relation to life satisfaction has been confirmed.

**Key words:** *disability, self-concept, defense mechanisms, coping strategies, life satisfaction*

**Scientific field:** Psychology

**Scientific sub-field:** Clinical Psychology and Psychotherapy

**Classification code (CERIF):** S260, B650

**Defence licence type „Creative Communities“:** Attribution – Non Commercial

# Sadržaj

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1.   | UVOD.....  | 1  |
| 2.   | TEORIJSKE OSNOVE .....   | 3  |
| 2.1. | Psihičko funkcionisanje osoba sa sa invaliditetom .....                        | 3  |
| 2.2. | Invaliditet u psihološkim teorijskim pristupima .....                          | 7  |
| 2.3. | Psihosocijalna adaptacija na život sa invaliditetom .....                      | 12 |
| 2.4. | Self koncept .....   | 20 |
| 2.5. | Strategije prevazilaženja stresa .....   | 23 |
| 2.6. | Mehanizmi odbrane .....  | 25 |
| 2.7. | Odnos strategija za prevazilaženje stresa i mehanizama odbrane.....            | 28 |
| 2.8. | Zadovoljstvo životom .....   | 29 |
| 3.   | METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA .....  | 33 |
| 3.1. | Problem istraživanja.....  | 33 |
| 3.2. | Ciljevi istraživanja .....   | 34 |
| 3.3. | Hipoteze .....   | 34 |
| 3.4. | Metod rada i uzorak .....  | 35 |
| 3.5. | Instrumenti .....  | 40 |
| 3.6. | Metode obrade podataka .....   | 42 |
| 4.   | REZULTATI.....   | 42 |
| 4.1. | Mjere deskriptivne statistike .....  | 42 |
| 4.2. | Analiza statističke značajnosti razlika .....                                  | 45 |
| 4.3. | Diskriminativna analiza rezultata.....   | 51 |
| 4.4. | Analiza uticaja pripadnosti grupi, samopoimanja, suočavanja sa stresom i ..... | 56 |
|      | mehanizama odbrane na zadovoljstvo životom .....                               | 56 |
| 5.   | DISKUSIJA .....  | 63 |
| 6.   | ZAKLJUČCI I PREPORUKE .....  | 74 |
|      | LITERATURA:.....   | 76 |
|      | PRILOZI:.....  | 86 |

## 1. UVOD

*Psihologija invaliditeta je istraživanje normativnih reakcija (psiholoških)*

*normalnih organizama na nenormalne podražaje.*

( Wash i Crewe, 2010)

Oštećenja tijela zbog povreda, bolesti, urođenih deformiteta, odnosno invaliditet kao pojava i pojam postoje koliko i samo čovječanstvo. Odnos prema osobama sa invaliditetom, se kroz istoriju mijenjao zavisno od socioekonomskih i kulturoloških uslova života. Od odbacivanja, napuštanja, skrivanja ili zloupotrebe, došlo se do toga da zadnjih godina, susrećemo sve više osoba sa invaliditetom u javnom životu, u obrazovnom i radnom okruženju. Zahvaljujući napretku tehnologije i medicine, borbi protiv diskriminacije te opštoj humanizaciji društva, stvorile su se mogućnosti za osposobljavanje osoba sa invaliditetom u cilju postizanja što višeg nivoa samostalnosti i razvoja preostalih postojećih potencijala. Ovo je, sa druge strane, ojačalo same osobe sa invaliditetom koje se udružuju sa ciljem da postanu vidljive u društvu te da se izbore prvenstveno za izjednačavanje mogućnosti za učešće u svim oblastima društvenog života.

U skladu s tim su i psihološki pristupi pitanjima invalidnosti evoluirali u smislu da se osoba sa invaliditetom ne posmatra kroz maladaptivna ponašanja i reakcije, ili čak u kontekstu psihopatologije već kroz splet različitih faktora i okolnosti koje mogu uticati na njeno ponašanje. Tako se sredinom prošlog vijeka kao jedna od oblasti psihologije konstituisala psihologija invaliditeta koja ima za cilj proučavanje, analiziranje i tumačenje psiholoških fenomena i psihičkih pojava koje nastaju i prate promjene zdravstvenog stanja, poremećaje tjelesnih funkcije osoba kao i proučavanjem psihosocijalnih okolnosti u kojima takve osobe treba da ostvare svoje optimalno funkcionisanje.

Međutim i unutar ove oblasti, aktuelni tokovi psihološkog proučavanja invaliditeta se polarizuju na dva pristupa. Prema jednom shvatanju, psihologija invalidnosti, može obuhvatiti problematiku invaliditeta bez obzira na uzrok, oblik ili stepen oštećenja. Ovaj pristup zagovaraju psiholozi koji su uglavnom teorijski usmjereni na ovu problematiku. Dok praktičari iz potrebe za saznanjem koja bi bila korisna u obrazovanju, tretmanima i uspješnijoj adaptaciji osoba sa invaliditetom, zagovaraju pristup da je adekvatno razumijevanje stvarnog psihičkog stanja i

objektivnih psiholoških problema moguće samo u kontekstu određenog hendičkega kojeg ga uslovjava.

Oba pristupa imaju svoje opravdanje, međutim tu opet upadamo u zamku da osobe sa invaliditetom gledamo kroz prizmu samog invaliditeta i zaboravljamo da život sa invaliditetom predstavlja interakciju različitih uticaja i da je potrebno poznavati prirodu i značaj ovih uticaja na ponašanje i adaptaciju. Istraživači teško prihvataju činjenicu da se postavke iz većine teorija mogu primijeniti na osobe sa invaliditetom, ali ne postoji teorija koja bi objašnjavala ponašanje i funkcionisanje invalida. Odnosno, pokazalo se da invalidi funkcionišu na slične načine kao i većina populacije. I zaista, u praksi susrećemo ljudi koji svoju invalidnost doživljavaju na različite načine. Od neprihvatanja, socijalne izolacije, pasivizacije i frustracije do samoaktualizovanih ljudi čije mentalno zdravlje odgovara standardima WHO (2005), prema kojima mentalno zdravlje kao subjektivno stanje osobe, predstavlja stanje blagostanja u kome osobe ostvaruju ili koriste svoje sposobnosti i potencijale, mogu da se nose sa stresorima svakodnevnog života, rade produktivno i ostvaruju doprinos društvu.

Imajući u vidu da realne okolnosti ne idu na ruku osobama sa invaliditetom, od ograničenja u svakodnevnom funkcionisanju do neprilagođenog okruženja, nepovoljne društvene pozicije, mora se postaviti pitanje koji se psihološki mehanizmi nalaze u pozadini i koje su specifičnosti psihičkog funkcionisanja povezane sa uspješnom, odnosno neuspješnom adaptacijom na život sa invaliditetom. Zbog toga je i osmišljeno ovo istraživanje u kojem će se ispitati prirode veza koje međusobom grade substrukture self koncepta, mehanizama odbrane, strategija prevazilaženja stresa i životnog zadovoljstva. Ovo je značajno za razumijevanje funkcionisanja osoba sa invaliditetom, a smatramo da bi ova saznanja bila i od značajne koristi u praktičnom radu te u izradi preventivnih mjera u cilju unapređenja kvaliteta života osoba sa invaliditetom.

## 2. TEORIJSKE OSNOVE

### 2.1. Psihičko funkcionisanje osoba sa sa invaliditetom

Funkcionalnost psihičkog aparata se može testirati opštim stanjem pojedinca koje mu omogućava da uspješno prevazilazi svakodnevne životne izazove. To ne znači izostanak stresora i neprijatnih situacija. U isto vrijeme, to ne znači ni da pojedinac mora u svakoj situaciji reagovati adekvatno. Grubo govoreći, funkcionalno djelovanje psihičkog aparata podrazumijeva sposobnost pojedinca da adekvatno opazi i interpretira različite draži i na njih reaguje uz minimalno ulaganje vlastitog napora obezbeđujući sebi (i eventualno sredini) maksimalnu moguću dobit. Pod dobiti se u ovom slučaju ne podrazumijeva samo unapređenje vlastitog stanja na bilo kom nivou, već i situacija u kojoj pojedinac uspijeva održati stanje u kome je zadovoljan ili koje neće imati dalje negativne posljedice po njegovo funkcionisanje.

Funkcionalnost psihičkog aparata u isto vrijeme nije datost sama po sebi. Ona je određena biološkim predispozicijama i uticajima iz užeg ili šireg socijalnog okruženja te subjektivnim faktorima. Navedeni faktori su u stalnom međuodnosu i promjene u jednom dovode do promjena u drugom. Ove promjene imaju i svoj razvojni tok. Od djeteta koje u zaštićenoj sredini putem mentalnih procesa stvara svoj egocentrični svijet kao psihološki sistem sa sobom u središtu (Berger, 1995), u toku rasta i razvoja dolazi do usložnjavanja, diferencijacije, transformacije djetetovih fizičkih i mentalnih sposobnosti, ali i obogaćivanja socijalnog okruženja koje su praćene i većim zahtjevima u odnosu na pojedinca. Ove promjene nisu vezane samo za razvoj tokom djetinjstva i adolescencije, one su prisutne tokom cijelog života. Promjena tjelesnog integriteta može dovesti i do promjene tjelesne šeme i predstave o tijelu. Iskustvo bolesti, medicinskih ili hirurških intervencija, iskustvo tjelesnog rasta i promjena tijela, pokreću brojne svjesne i nesvjesne fantazije i anksioznosti u vezi sa tijelom koje mogu imati centralnu ulogu u psihopatologiji. Takođe, samopoštovanje u značajnoj mjeri zavisi od toga koliko opažena slika tijela odgovara željenoj (Ćeranić, 2005). S druge strane i promjene u okruženju, bilo pozitivne ili negativne utiču na naše psihičke doživljaje i u tom uzajamnom odnosu, kroz odgovore našeg pshološkog sistema mi utičemo na naše okruženje.

Gledano istorijski, ovi faktori nisu bili uvijek u ravноправном fokusu. Kao što je u filozofiji često zastupan dualizam duha i tijela, tako je i u medicini bolest gledana primarno kroz

tjelesne funkcije ili disfunkcije, a pri razmatranjima psihičkih procesa, tjelesno je često bivalo zanemareno, iako je ono neodvojivi dio naše ličnosti i osnov na kome počivaju sve promjene u okruženju i nama samima.

U ovim izučavanjima možemo izdvojiti i dva dominantna pravca. Prema mentalističkom konceptu tjelesnosti sve što je bitno za psihički život čovjeka se pojavljuje i pretvara u mentalne pojave kroz internu ili komunikaciju sa sredinom koja se odvija putem projekcije i introjekcije. U kontinuiranom odnosu tjelesnog i mentalnog aparata i intrapsihičke dinamike dominira mentalna sfera. Ovaj koncept je najbolje predstavljen u Frojdovoj psihanalitičkoj teoriji. Karakteristike ove koncepcije su još vidljivije u shvatanju psihosomatike prema kojima su tjelesni poremećaji i oboljenja objašnjeni djelovanjem psihičkih fenomena ili preciznije afekata. Tjelesne pojave su postale bliske psihologizma mentalističkog pristupa preko Schindlerovog rada, koji je postavio tijelo kao značajan faktor za formiranje integriteta ličnosti. Schindler (1950) definiše predstavu o tijelu kao psihološki fenomen. Potpunije rečeno radi se o slici tijela koja se formira u svijesti, i predstavlja način na koji se tijelo javlja u selfu. Formira se od najranijeg djetinjstva i konstantno se mijenja kao posljedica informacija primljenih kroz vizuelne i prostorne stimuluse, posturalne i taktilne impresije i internalne senzacije.

S druge strane, neurološki ili neuronski model psihičke funkcije analizira i objašnjava na osnovu funkcije nervnog sistema i biohemijskih procesa. Ovaj model je utemeljen na radovima Pavlova i njegovom učenju o uslovnim refleksima. Klasični fiziološki pristup kroz izučavanje neurologije nastoji doći do objašnjenja osnovnih psihičkih funkcija. Drugi pristup koristeći ista polazišta pokušava razviti objašnjenja posvećujući najveću pažnju strukturama ličnosti Eysenck, (1967) i Cloninger (1987). Ovi tradicionalni modeli su primjenjivani kako u oblasti mentalnog zdavlja - psihologije i psihijatrije, tako i u oblasti zdravlja uopšte. U liječenju bolesti je dominirao stav da se sve bolesti (uključujući i psihičke) prvenstveno baziraju na tjelesnim, fizičkim, hemijskim i drugim biološkim mehanizmima. Ovaj model je dominirao i u rehabilitaciji osoba sa invaliditetom, iako je u rehabilitaciji vrlo rano uočena njegova nedostatnost za uspješnu i potpunu rehabilitaciju i reintegraciju osobe sa invaliditetom.

Postepenim napuštanjem ovog rigidnog razgraničenja duha i tijela, a posebno sa razvojem psihološke nauke započinje nova etapa u izučavanju odnosa mentalnih i tjelesnih pojava, koji se sve više počinju tretirati samo kao različiti aspekti jednog istovjetnog sistema.

Značajan preokret je došao sa biomedicinskim modelom bolesti i zdravlja (Engel, 1977, 1980). Ovaj model je utemeljen na shvatanju da bolest i zdravlje treba promatrati u kontekstu sistema koji uključuje međuzavisne biološke, psihološke i socijalne faktore. Biološki faktori su organizam, njegove karakteristike, procesi koji se u njemu odvijaju i njihovi ishodi. Socijalni faktori obuhvataju porodicu, uže i šire socijalno okruženje, odnosno sociokulturalne karakteristike društva i promjene u tom kontekstu. Psihološki faktori pojedinca podrazumijevaju kompletan psihički razvoj, konativne i kognitivne karakteristike, i ponašanje u cjelini. Biopsihosocijalni model je podjednako okrenut bolesti i zdravlju (Vaselić, 2015). Ovaj pristup je pridonio većem uključivanju psihologije u sve oblasti medicine, unaprijedio razvoj zdravstvene psihologije i u konačnici potvrdio pravac u kom su djelovali psiholozi koji su se među prvima bavili pitanjima invaliditeta (Fishman, Wright, Garett, Levine, i dr.)

Vash i Crewe, 2010., daju integriran pregled savremenog shvatanja onesposobljenja i psiholoških implikacija koje imaju na pojedinca. Oni faktore koji utiču na reakcije na invaliditet i nošenje sa problemima koje sa sobom nosi svrstavaju u slijedeće kategorije:

1. One koje proizilaze iz samog invaliditeta,
2. One povezane sa osobom koja je invalid,
3. One prisutne u neposrednoj okolini osobe,
4. One koji su dio šireg kulturološkog konteksta.

Ove faktore ne možemo posmatrati odvojeno jer su u konstantnoj interakciji, promjene u jednom segmentu neminovno dovode do promjena u ostalima. Na primjer, problemi koji proizilaze iz samog tjelesnog invaliditeta, uglavnom vezani za fizička ograničenja, kao što su korištenje kolica, protetičkih naprava, otežano izvođenje ili nesamostalnost pri provođenju aktivnosti svakodnevnog života ili inkontinencija kod lica sa oštećenjem kičme i sl. mogu biti prevaziđeni zahvaljujući tehnološki unapređenim i funkcionalnim pomagalima i prilagođavanjem sredine potrebama invalida. Osobe sa invaliditetom kao najveći problem, uglavnom, navode da oštećenje određenog dijela tijela i invaliditet – koji kao posljedica oštećenja dovode do funkcionalnih ograničenja, koja u neprilagođenoj i ograničavajućoj okolini predstavljaju hendikep. Koliko će sredina biti hendikepirajuća zavisi od materijalne osnove društva i kulturološkog konteksta koji su opet u interakciji. Sve su ovo faktori koji su značajni za život osobe sa invaliditetom, međutim u skladu sa potrebama rada mi ćemo se baviti samom ličnošću invalida, odnosno određenim aspektima koji su značajni za adaptaciju.

Imajući u vidu naprijed navedeno može se zaključiti da je i kod opšte populacije i kod osoba sa invaliditetom psihičko funkcionisanje zasnovano na istim principima djelovanja i istim psihološkim mehanizmima. Specifičnost koja je prisutna kod subpopulacije lica sa invaliditetom se ogleda u dva aspekta: u većem broju otežavajućih faktora sa kojima se u svom životu susreću, i u ograničenijim resursima koji se mogu angažovati u prevazilaženju svakodnevnih životnih izazova. Ova specifičnost dovodi do toga da lica sa invaliditetom moraju u svome životu razvijati i obrasce ponašanja koji se u većoj ili manjoj mjeri razlikuju od obrazaca ponašanja opšte populacije. To u isto vrijeme znači da subpopulacija lica sa invaliditetom u svojim ponašanjima na drugačiji način angažuje različite psihološke mehanizme i da simultano uključuje i strukture ličnosti koje nisu na isti način angažovane kod populacije bez invaliditeta. Vash i Crewe (2010) navode veliki broj primjera iz prakse u kojima slikovito opisuju veliki broj specifičnih iskustava lica sa invaliditetom koja su nepoznata osobama bez invaliditeta. Takvi primjeri jasno sugeriraju da se psihičko funkcionisanje lica sa invaliditetom može izjednačavati samo u određenoj mjeri, dok njegov značajan dio potпадa pod pravila psihičkog funkcionisanja koja su karakteristična isključivo za pojedince čija fizičke karakteristike ograničavaju ili modifikuju njihovo opšte funkcionisanje.

Jedna od prvih stvari na koju se osoba upućuje jesu reakcije okoline. Počevši od polaznog šoka, straha, negiranja, anksioznosti i tuge, osobe sa invaliditetom se susreću sa velikim brojem faktora koji su proizašli iz promijenjene opšte reakcije koje okolina ima na invaliditet pojedinca. Obično su članovi porodice među prvima koji uz samu osobu prolaze sve faze prilagođavanja, često suočeni sa osjećajem neadekvatnosti. Ukoliko pogledamo sam nastanak invaliditeta (bez obzira na to da li se radi o stečenom ili urođenom invaliditetu) susrećemo se sa osjećanjem krivice koji je prisutan kod porodica ili najbližih osoba (Bulman i Wortman, 1979). Bulman i Wortman (1977) pored toga navode depresivne reakcije bliskih članova porodice sa kojima je nužno izaći na kraj ukoliko se želi obezbijediti optimalna atmosfera za funkcionalan (ako ne i samostalan) život osobe sa invaliditetom.

Iako često zanemaruјemo stepen i kvalitet invaliditeta, treba naglasiti da ovaj kriterijum takođe značajno oblikuje reakcije okoline i često dominantno oblikuje sposobnost članova porodice da pruže adekvatnu podršku licima sa invaliditetom. Naglasimo da je najveći problem u ovom slučaju činjenica da svi navedeni faktori dvostruko djeluju i otežavaju rehabilitaciju i re/integraciju lica sa invaliditetom. Naime, pored toga što navedeni faktori otežavaju

funkcionisanje porodice i okoline, oni imaju svoj uticaj i na lica sa invaliditetom. Opažanje nesnalaženja okoline, osobi sa invaliditetom šalje dodatni signal o njegovom oštećenju i opštem stanju koje nema stimulišući efekat. Upravo suprotno, ovakvo stanje dodatno otežava adaptaciju lica sa invaliditetom i onemogućava da se u potpunosti osloni na socijalnu podršku koja je nužna za uspješnu adaptaciju pripadnika ove populacije. Stoga se okolina, pogotovo porodica, smatra u opštem smislu jednim od najvažnijih, ako ne i presudnih faktora na kojem se može koncipirati uspješna rehabilitacija osoba sa invaliditetom i na osnovu kojih se može predvidjeti stepen uspješnosti adaptacije ili njena dinamika (Singer i Powers, 1993).

Kako je nemoguće u jednom istraživanju obuhvatiti sve okolinske faktore i psihičke konstrukte, za ovo istraživanje smo odabrali neke koji su se kroz praksu pokazali značajnim za adaptaciju na život sa invaliditetom, kao što su samopoimanje, strategije za prevazilaženje stresa, mehanizmi odbrane i njihovu povezanost sa životnim zadovoljstvom.

## 2.2. Invaliditet u psihološkim teorijskim pristupima

Prateći razvoj psihološke misli možemo vidjeti da gotovo svaki od teorijskih pristupa u skladu sa svojim postavkama nastoji objasniti i psihološke implikacije invaliditeta bilo u cilju boljeg razumijevanja ličnosti sa invaliditetom ili podizanja efikasnosti psihološke podrške.

Već je klasična psihoanaliza (Freud i dr.) postavila neke od najrelevantnijih koncepata značajnih za razumijevanje psiholoških implikacija fizičkog onesposobljenja; mehanizmi odbrane, doživljaj tijela, tugovanje, značaj ranih razvojnih faza. Mehanizmi ego odbrana; potiskivanje, regresija, reaktivna formacija, projekcija, racionalizacija, poricanje se u psihoanalizi smatraju nesvjesnim procesima koji služe egu u smanjenju anksioznosti kroz iskrivljavanje ili poricanje određene internalne ili eksteralne realnosti. Kod lica sa onesposobljenjem pomažu u nastojanjima da se nose sa poteškoćama koje su posljedica nastanka invaliditeta.

Koncepte ličnosti, koji mogu biti pod uticajem invaliditeta, su na psihoanalitičkim postavkama ispitivali brojni autori. Duval, 1982. uspješnu adaptaciju gleda kao mogućnost da osoba sa invaliditetom prihvata svoja ograničenja i minimalizuje maladaptivne odbrane. Schindler, 1950. definiše predstavu o tijelu kao psihološki fenomen, sliku o tijelu koja se formira

u svijesti, način na koji se tijelo javlja u sebi. Formira se relativno rano u životu ali se konstantno mijenja kao posljedica informacija primljenih kroz vizuelne i prostorne stimuluse, posturalne i taktilne impresije i internalne senzacije.

Tugovanje i depresiju su prvo ispitivali Abraham (1916/1948) i Freud (1917/1950) u kontekstu ortodoksne psihanalitičke teorije objektnih odnosa. U skladu sa ovom teorijom, gubitak voljenog objekta se vidi kao okidač za proces koji Freud naziva "radom tuge", čiji završetak rezultira slobodnim i neinhibiranim egom. Tokom inicijalne faze tog procesa, depresija se objašnjava kao agresivna zaštita usmjerena ka unutra. Prema ovom modelu, snažna ambivalencija prema izgubljenom objektu može biti riješena jedino internalizacijom neprijateljstva prema objektu. Drugim riječima, u slučaju fizičkog onesposobljenja agresivne tendencije koje su originalno nastale zbog gubitka dijela tijela ili funkcije mogu biti uklonjene samo internalizacijom i samookriviljavanjem.

Po psihanalitičkim razmišljanjima za razvoj osobina odrasle osobe su od krucijalnog značaja rane razvojne faze. Prema ovom pristupu, ličnost se formira tokom prvih 5-6 godina djetinjstva. Svaka od ranih psihoseksualnih faza uključuje određeni konflikt koji mora biti razriješen prije nego što osoba pređe u sljedeću fazu. Poteškoće prilikom prelaza iz jedne faze u drugu mogu imati implikacije na budući razvoj ličnosti. Specifičnije, frustracija potreba, pretjerano popuštanje i traumatski doživljaji mogu dovesti do fikascije na određenom stadijumu. Ovo se može primijeniti i na onesposobljenje, posebno nastalo u ranom djetinjstvu, koje može imati nepovoljan uticaj na kasniji razvoj ličnosti i često otvara put ka nezrelom i pasivno agresivnom ponašanju (English, 1971). Pored ovog, prezaštićavanje od strane roditelja, koje često prati djecu sa onesposobljenjem, može rezultirati odrasлом osobom koja je zavisna, nemotivisana i narcistična.

Jedan od koncepata zanimljivih za razumijevanje psihologije invaliditeta, ali nedovoljno istražen, je paralela između fizičkog onesposobljenja i simboličke kastracije. Kastraciona anksioznost može biti postavljena u niz analogija i simboličkih gubitaka, uključujući gubitak ekstremiteta, vizija i unutrašnjih organa. U skladu sa Frojdovom teorijom takvi gubici u životu mogu biti okidač za arhaični edipalni tabu i s njim povezan strah od kastracije. Slično, tjelesni gubitak može nesvesno biti opažen kao kazna nametnuta zbog određenih seksualnih prestupa (Cubbage i Thomas, 1989, Wright 1983).

Za razumijevanje problema invalidnosti značajan je i Adlerov pristup koji uvodi koncepte kao što su: inferiornost ili inferiornost organa, kompenzacija, težnja za superiornošću i životni stil. Osjećaj inferiornosti može biti posljedica kongenitalno ili rano stečenih strukturalnih ili funkcionalnih anomalija fizičke ili mentalne prirode ili statusne inferiornosti. Kompenzacija predstavlja specifičan i urođeni mehanizam odbrane za prevazilaženje realnog ili imaginarnog osjećaja inferiornosti. Ona predstavlja pokušaj da se ojačaju sposobnosti u određenom (direktna ili primarna kompenzacija) ili nekom drugom području (indirektna, sekundarna kompenzacija). Težnja ka superiornosti je urođeni nagon da se pokuša dostići perfekciju. Može biti adaptivna kad je vođena socijalnim interesima i prepoznavanjem potreba drugih i neadaptivna kad je izazvana patološkim i lažnim osjećanjima moći praćena ignorisanjem potreba drugih. McDaniel (1976.) navodi da privilegija onesposobljenosti i manipulacija drugima može predstavljati zamjenu za originalni cilj superiornosti.

Životni stil ili životni plan, nastaje postepeno tokom prvih pet godina života. Ova samokonzistentna jedinica predstavlja organizmičke ideje i ciljeve i teži postizanju superiornosti van osjećaja inferiornosti doživljenog u ranijem dobu. Prema Adleru, tri glavna faktora koja vode abnormalnom osjećaju inferiornosti i neuspješnim životnim stilovima su rani doživljaj fizičke deformisanosti (nesavršeni organi, hronične bolesti...), prezaštićavanje djeteta ili zanemarivanje njegovih potreba. Ukoliko onesposobljenje nastane u ranom detinjstvu, vrlo je vjerovatno da će uticati na životni stil. Ukoliko se onesposobljenje javi u zrelijoj dobi, kad je životni stil već formiran on će snažno uticati na percepciju i proces adaptacije na onesposobljenje (Rule, 1984).

Razvoj psihološke teorije i prakse uključuje nove koncepte i pristupe pitanjima onesposobljenja. Među značajnijim doprinosima je klijentu usmjeren pristup (Rogers, 1951), u kom se uvode pojmovi: fenomenološko polje, self koncept, poricanje i distorzija. Prema ovom shvatanju pojedinac je u stanju da doživi realnost (unutrašnju i spoljašnju) jedino ako je filtrirana kroz fenomenološko polje ili subjektivnu percepciju. Self koncept je diferencirani i organizovani dio tog polja koji se sastoji od serija percepcija, vrijednosti i stavova uobičajeno predstavljenim kao "ja" (Ford i Urban 1963, Rogers 1951) "ono što bi neko htio biti" je idealan self. Kad postoji diskrepanca između idealnog i realnog self koncepta ili kad se doživi inkongruencija između organizmičkog iskustva (urođena tendencija aktualizacije) i nečijeg self koncepta to se doživljava kao prijetnja i može izazvati anksioznost. Dakle, invalidnost sama po sebi psihološki

ne pogađa osobu već subjektivni značaj i lični stav (fenomenološka percepcija). Invalidnost predstavlja prijetnju self konceptu i može rezultirati sniženjem samopoštovanja (Rossler & Bolton, 1978.). Ona takođe proširuje jaz između idealnog i aktuelnog selfa. Za prevazilaženje ove prijetnje i anksioznosti, pojedinac može poricati uticaj invalidnosti ili negirati realnost, na primjer, da krivo konstruiše trajnost i težinu onesposobljenja (Cook, 1987.).

Sličan pristup nalazimo i u racionalno-emocionalno bihevioralnoj teoriji (Ellis, 1973), prema kojoj sam nepovoljan događaj, nastanak ili prisutvo invalidnosti ne uzrokuju depresiju i slična negativna stanja već je sistem vrijednosti pojedinca te korišćenje racionalnih ili iracionalnih misli ono što određuje u kom pravcu će ići reakcije i ponašanje pojedinca. U radu se nastoje prevazići pogrešne koncepcije koje pojedinac ima, negativističan pogled na svijet i iracionalne misli te maksimalizovati vještine prevazilaženja stresa i realističan pogled na svijet.

Geštalt psihologija (Perls, Hefferline & Goodman, 1951) je kroz svoj holistički pristup usmjerena na razvoj ličnosti kao cjeline što uključuje tijelo, misli, dušu kao i percepciju i emocije te u radu sa onesposobljenjem uzima u obzir sve ove aspekte. Potrebno je da se svi ovi fragmenti integrišu da bi se iz stanja zavisnosti prešlo na samodovoljnost. Prednost se daje težnji ličnosti za rastom, samoaktualizacijom i razvojem potencijala u odnosu na socijalnu prilagođavanje (Coven, 1977). Veliki značaj se daje i svjesnosti i sadašnjosti što i u radu sa osobama sa onesposobljenjem znači da osoba sama ima odgovornost da odabere kako će živjeti sa onesposobljenjem, da li će napraviti promjene u ponašanju i da li će težiti da bude nezavisna i samodovoljna.

Naglasak na odgovornosti pojedinca nalazimo i u realitetnom pristupu (Glasser, 1965). Ovaj pristup promoviše ideju da pojedinac ima individualni i društveni identitet, koji se formira tokom ranog djetinjstva. Identitet može biti uspješan i neuspješan, što zavisi od zadovoljenja osnovnih potreba za pripadanjem, ljubavlju i poštovanjem koje su inkorporirane u genetsku strukturu i čitavo ponašanje je usmjereni zadovoljenju ovih potreba. U skladu s tim, onesposobljenje može predstavljati prepreku ostvarenju potreba a samim tim i razvoju uspješnog identiteta. Za nastanak uspješnog identiteta, bilo da se radi o osobi sa ili bez invaliditeta, potrebno je da osoba postane odgovorna što podrazumijeva da zadovoljava svoje potrebe i kontroliše svoj svijet bez da ugrožava druge. To se postiže evaluacijom ponašanja i preuzimanjem efektivnijih i produktivnijih oblika ponašanja.

Bihevioralni pristup (Skinner, 1953) i u radu sa osobama sa onesposobljenjem koristi konstrukte teorije učenja i uslovljavanja. Smatra se da je ljudsko ponašanje oblikovano i određeno okolinskim uslovima, kako fizičkim tako i sociokulturalnim. Nastanak onesposobljenja predstavlja gubitak određene sposobnosti i tako onemogućuje uobičajena ponašanja i postizanje ranije snage. Adaptacija na invaliditet se vidi kao operacionalizacija istih principa učenja koji određuju bilo koje ljudsko ponašanje. Klijent treba eliminisati maladaptivana ponašanja, i usvojiti nova adaptivna ponašanja ili pokušati ponovo steći izgubljene vještine.

Razvoj psihologije i društvene promjene vezane za pitanja invalidnosti su neminovno dovele i do psihološkog pristupa koji je specifičan za psihologiju invalidnosti. Radi se o somatopsihološkom pristupu (Barker, Wright, Mayersen i Gonik 1953, Wright, 1983), koji je proizašao iz Lewinove teorije polja. Teorija je formulisana za razumijevanje psiholoških mehanizama koje su usvojili ljudi sa onesposobljenjem. Zastupnici ove teorije tvrde da je ponašanje rezultat jedinstvene interakcije između pojedinčevih intrapsihičkih (mentalnih) procesa i eksternalnih (okolinskih) uslova. Precizira se međuodnos i međuzavisnost između fizičkog statusa pojedinca i njegovog ponašanja. Pored ovog, u razumijevanju invaliditeta se uzima u obzir lični doživljaj osobe, povezan sa stimulusima iz okoline i sistemom vrijednosti koji podržavaju osobe iz okruženja.

I noviji psihološki pravci u svojim teorijskim razmatranjima posvećuju pažnju pitanjima invalidnosti. Značajan je doprinos pozitivne psihologije koja u skladu sa svojim stavom (Selingman, 2002) da je primarna misija pozitivne psihologije "katalizacija promjene u psihologiji od preokupacije popravljanjem najtežih stvari u životu ka gradnji najvišeg kvaliteta života", odgovara filozofiji rehabilitacije. Koncepti iz pozitivne psihologije kao što su optimizam, rezilijencija, subjektivna dobrobit, strategije za prevazilaženje stresa, nada, osećaj koherentnosti i samoefikasnost nisu novi u području rehabilitacije i predstavljaju temelje za rast i razvoj ove oblasti.

U skladu sa ovim principom, fokus se preusmjerava sa modela koji naglašava patologiju ka modelu izgrađenom na snagama. Na širem nivou pozitivno psihološki pristup sugeriše da psiholozi praktičari i istraživači trebaju preusmjeriti težište sa politike donošenja odluka na osnovu dijagnoze i procjene ljudskih deficitata na donošenje odluka na uravnoteženom pristupu koji inkorporira i deficite i snage pojedinca i okruženja (Wright i Lopez, 2005). Za postizanje ovog cilja potrebno je raditi na inkorporaciji ljudskih snaga, resursa, mogućnosti u okruženju.

Praktična primjene principa pozitivne psihologije u razvoju savjetodavnih i psihoedukativnih programa za rad sa osobama se invaliditetom daje značajne pozitivne rezultate u adaptaciji na invaliditet i unapređenju kvaliteta života osoba sa invaliditetom. Ovo je potvrđeno i kroz istraživanja. Spomenućemo samo neka od njih. Na primjer, Dunn (1996) je našao da pozitivno razmišljanje, optimizam i osjećaj kontrole nad oneposobljenjem imaju pozitivan uticaj na dobrobit nakon amputacije. Martz (1999) je našla pozitivnu povezanost unutrašnjeg lokusa kontrole i nivoa adaptacije na invaliditet. Stuntzner i Hartley (2014) su našli da programi unapređenja psihičke rezilicencije i strategija za prevazilaženje stresa, pridonose uspješnosti adaptacije. Kim i sar. (2016) za bolje razumijevanje adaptacije na invaliditet predlažu model zasnovan na pet vrlina; hrabrost, praktična mudrost, posvećenost akciji, integritet i emocionalna transcendencija, koji također predstavlja osnovu za psihoedukativne programe. Nierenberg i sar. (2016) navode da terapija usmjerena na dobrobit pojedinca ima veće efekte u adaptaciji na onesposobljenje i hronične bolesti nego tradicionalni pristupi koji su usmjereni na ublažavanje negativnih afektivnih stanja.

Pozitivno psihološki pristup se bavi i fenomenom posttraumatskog rasta i njegovom povezanošću sa psihosocijalnim funkcionisanjem osobe sa invaliditetom. Martz i sar. (2018) su utvrdili da posttraumatski rast igra značajnu ulogu u moderaciji uticaja PTSP simptomatologije na kvalitet života. Posttraumatski rast je u pozitivnoj vezi sa nivoom prilagođenosti i ukupnom socijalnom reintegracijom. Pietrzak i Cook (2013) su našli da stariji američki veterani, koji su doživjeli niz traumatskih iskustava tokom života pokazuju 70% veću psihološku rezilijentnost u kasnijem životu, koja kao što je već spomenuto daje pozitivne efekte u adaptaciji u unapređenju kvaliteta života.

### 2.3. Psihosocijalna adaptacija na život sa invaliditetom

Kao što se vidi iz prethodno navedenog, psihološki pristupi pitanjima invalidnosti kao i sam razvoj psihologije su preusmjерili fokus sa maladaptivnih ponašanja i reakcija na različite faktore i okolnosti koje mogu uticati na razvoj i ponašanje pojedinca. Tome je svako doprinio i razvoj nauke te povećanje životnog standarda koji je omogućio viši kvalitet života osoba sa invaliditetom te njihovo osnaživanje i jačanje društvene svijesti o potrebi izjednačavanja

mogućnosti. U skladu sa ovim trendovima, zadnjih godina vidimo sve više osoba sa invaliditetom u javnom životu, u obrazovnom i radnom okruženju. Ovo je slika koju vidimo ili koju oni koji se bave pitanjima invalidnosti žele vidjeti. Međutim, da bismo bolje razumjeli funkcionisanje osoba sa invaliditetom trebamo razmotriti proces adaptacije na onesposobljenje. Prije svega trebamo imati u vidu da adaptacija na onesposobljenje nije statičan koncept. To je dinamičan i često produžen proces koji se sastoji od nekoliko fluktuirajućih i preklapajućih faza (Livneh, Sherwood, 1991.).

1. Šok; fizička oduzetost povezana sa uticajem iznenadnog i ozbiljnog fizičkog oštećenja;
2. Anksioznost; rekcija slična paničnoj uslijed prepoznavanja značajnosti traumatskog događaja;
3. Poricanje; pokušaj da se mobilisu psihološke odbrane da bi se zaštitilo od bolnog uviđanja nastalog stanja;
4. Depresija; uvodno i potpuno uviđanje gubitka fizičke / senzorne sposobnosti;
5. Internalizovana bijes; reakcija prema sebi usmjereni ozlojeđenosti povezane sa osećajem krivice i samookriviljavanja;
6. Eksternalizovana hostilnost; reakcija ljutnje usmjereni na druge kao vid osvete protiv nametnutih fizičkih ograničenja;
7. Priznanje (prihvatanje); intelektualno prepoznavanje implikacija onesposobljenja i postepeno prihvatanje njene trajnosti i funkcionalnih ograničenja;
8. Prilagođavanje; afektivna internalizacija funkcionalnih implikacija onesposobljenja sa bihevioralnom adaptacijom na novu životnu situaciju.

Schweininger i saradnici (2014) su ispitivali odnos između onesposobljenja i psihopatologije i nisu našli recipročan odnos, osim da je depresija prisutna u ranijim fazama nastanka invaliditeta, a simptomatologija posttraumatskog stresnog poremećaja je dugotrajnija i usporava proces oporavka.

Na dinamiku i intenzitet ovih faza, kao i na samu uspješnost adaptacije utiču neki faktori vezani uz samo oštećenje, njegov nastanak i težinu.

*Period života* u kojem je invaliditet nastao utiče na vrstu reakcija koju će osoba iskusiti. Jedan od razloga je način na koji drugi vide i reaguju na tu osobu, a dijelom jer se remete različiti razvojni zadaci tokom različitih životnih stadijuma. Osoba koja postane invalid u djetinjstvu može biti izložena izolaciji, neuobičajenim postupcima u djetinjstvu (prezaštićavanje ili

odbacivanje), odvojena od glavnih tokova porodičnog života, igre i školovanja. Osoba koja postane invalid kasnije imaće slične probleme ali kasnije (Vash i Crewe, 2010.).

Dječiji doživljaj invaliditeta, kako tuđeg, tako i svog je u skladu sa njihovim nivoom kognitivnog razvoja i ukoliko ga roditelji i drugi članovi porodice ne stavlju u fokus i održavaju uravnotežen odnos prema djetetu ne mora biti teško i traumatično. Ovakav primjer opisuje Ognjen (27 g.): “*Mislim da je to bilo nekad periodu između 4-5 godine, to je kako se ja sjećam da je bilo. Osjećaja se ne sjećam. A roditelji su mi pričali da sam tad u tom periodu bio “zaljubljen“ u jednu komšinicu koja je bila starija od mene 15 godina, kada su me pitali što sam se u nju zaljubio rekao sam „Da me može nositi“, jer tad još nisam znao za kolica i stalno su me nosili u naručju.*”, kao prelomni trenutak navodi; “*Sjećam se jednog događaja na bazenu, jedan dječak mlađi dosta od mene, možda je imao 5-6 godina a ja sam već bio tinejdžer, 12-13 godina, sjeo je pored mene na ivicu bazena i pitao me: Jesi li ti invalid? Rekao sam jesam i tada sam nekako i shvatio da imam invaliditet i da sam kako kaže on invalid.*”

Olivera (53 g.) je stekla invaliditet u odrasloj dobi: “*Kada sam saznala za dijagnozu imala sam dvadeset godina i još uvijek dobro hodala. Prva pomisao mi je bila da “doktor nije sav svoj”, poslije nekoliko dana sam shvatila da moram više pročitati o bolesti koju imam i otici na još jedno mjesto da mi potvrde dijagnozu. U Zagrebu su me ponovo pregledali i doktorica mi je detaljno objasnila šta mi je. Dugo nisam bila svjesna iako sam išla na rehabilitaciju redovno i susretala se sa drugim osobama sličnih bolesti. Razmišljanja o bolesti sam ostavljala po strani i liječila se radom. Sedam godina kasnije je počela smanjena pokretljivost i prvi ozbiljni problemi. Interesantno je da kada počnu problemi onda si usresređen na njih i nemaš previše vremena za očajavanje. Roditelji i porodica su uglavnom nesretni, sažaljevaju te, ne znaju kako pomoći, na kraju sam se više skoncentrisala na tješenje njih nego sebe.*”

Ivo (52 g) “*Nakon povrede sam odmah znao da su prognoze loše, jer sam imao sličnu povodu prije i oporavio se, ovaj put sam video da nemam nikakvog osjećaja u nogama. Stalno sam imao na umu ono što mi je doktor prvo rekao, da je najvažnije da zadržim psihičku stabilnost... Bilo je jako teško, ništa nisam mogao sam, a najteže mi je bilo kad me je kćerkica pitala zašto je ne uzmem u ruke.*”

Navedeni primjeri pokazuju da svaki životni period nosi svoje izazove u adaptaciji na invaliditet. U dječijem dobu, dijete je usmjereno na sebe i svoje potrebe, međutim sa odrastanjem i povećenjem porodičnih, profesionalnih odgovornosti, situacija se usložnjava što može biti

stimulirajući ali i otežavajući faktor u adaptaciji. Ono što se može vidjeti iz dva primjera nastanka invaliditeta u odrasloj dobi je da su osobe u svom suočavanju sa invaliditetom zadržale i osjećaj kontrole nad situacijom i brigu za druge. Istraživanja su pokazala da je internalni osjećaj kontrole u značajno pozitivnoj korelaciji sa stepenom adaptacije na invalidet (Martz, 1999). S druge strane, istraživanje lokusa kontrole kod adolescenata sa i bez invaliditeta je pokazalo da između ove dvije grupe nema značajnih razlika u dominantnom lokusu kontrole, dakle kongenitalna oštećenja nisu prediktor eksternalnog lokusa kontrole kod adolescenata (Janelle, 1992).

*Način nastanka invalidnosti* je takođe jedan od značajnih faktora koji mogu uticati na ličnost osobe sa invaliditetom i stepen adaptacije. Već su navedene neke moguće specifičnosti odrastanja sa invaliditetom. Kod nastanka invaliditeta u kasnijoj dobi nalazimo širok dijapazon reakcija od osećaja krivice, stida, straha, prisustva simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, depresije, brige za porodicu i sl. Reakcije ne moraju uvijek biti negativne što zavisi od okolnosti. Fishman, (1949.) je kod ljudi koji su doživjeli amputaciju u borbenim uslovima pored negativnih osjećanja našao značajno prisustvo sreće i olakšanja. Athelstan i Crewe (1979.), su našli da osobe sa povredama kičmene moždine koji sami snose odgovornost za povredu imaju nešto viši stepen prilagođavanja što povezuju sa održanjem lokusa kontrole.

Bojan (44 g. amputacija): "Tada sam imao 19 godina, bavio se sportom i bio u izuzetnoj fizičkoj formi. Išao sam kroz minsko polje, stao sam na minu koja mi je raznijela stoplao, bio sam zgrožen i pošao da dohvatom oružje da se ubijem, tada sam stao na drugu minu koja mi je raznijela nogu do iznad koljena. Pao sam tako da mi je glava ostala iznad neaktivirane mine i onda sam odlučio da preživim. Tri sata sam ležao boreći se da ne spustim glavu, dok nije došla pomoć...."

Željko (46 g. amputacija): "Ratni drug me dva sata nosio do ambulante, molio sam ga da me ostavi i ostavi mi oružje, on je odbijao i dok je to trajalo, ja sam razmišljao, što i kako. Onda sam se sjetio jednog komšije, invalida iz "onog rata", koji je je dobro živio, bio materijano obezbjeđen, društven...i palo mi je na pamet da bih i ja mogao tako i da ne znači da će mi život biti loš."

Iz ova dva primjera, stradavanja u ratnim uslovima, vidimo brzo izmjenjivanje faza od očajanja do prihvatanja. Naravno, i period poslije je donio određene izazove, fizički oporavak,

protetisanje, reintegracija u svoju sredinu, međutim kako se vidi ključni su momenti preuzimanje kontrole nad situacijom ili možda jednostavno, donošenje odluke da se živi.

Ljudi sa *progresivnim invaliditetom*, nastalim zbog bolesti, imaju više problema od samog invaliditeta, oni se moraju suočavati sa aktivnom bolešću, često i bolom koji ju prati. Povremene faze remisije ili stagnacije dovode do nade u mogućnost oporavka a pogoršanje bolesti dovodi do novih razočarenja (Vash i Crewe, 2010).

Olivera (55g, progresivna mišićna distrofija): “*Nastavila sam raditi, raditi u pokretu osoba sa invaliditetom, kako bi preživjela, a kroz taj posao sam učila kako se postepeno navići na novo stanje. Kod distrofije je karakteristično da čim se naviknete na novo stanje stiže progresija i novo navikavanje. Ja sam imala podršku porodice u radu pa sam uspjela uspostaviti ravnotežu između duha i fizičke nemogućnosti da postignem sve što želim. Olakšanje je nastupilo kada sam konačno sjela u kolica. Više ne strijepiš da li ćeš moći izdržati cijeli dan hodajući ili ne. Kolica su mi pomogla da se i dalje krećem, ono što je okolina doživjela sa užasom za mene je bilo smirenje i smanjenje stalnog straha za kretanje.*”

Ovo iskustvo nas dovodi i do slijedećeg faktora značajnog u adaptaciji na invaliditet a to je težina invaliditeta.

*Težinu invaliditeta* obično smatramo značajnom u razumijevanju ličnosti sa invaliditetom međutim, Wright (1983.) navodi da ne postoji direktni odnos između težine invaliditeta i intenziteta reakcije ili kvalitativne prilagođavanja na nju. U jednom istraživanju (1995.). Huebner i Thomas su pokazali da je povezanost između težine invaliditeta i prilagođavanju u obliku slova U. Osobe sa najblažim i najtežim invaliditetom se suočavaju sa najviše teškoća. Najteži invaliditet je hendikepirajući u svakodnevnim životnim situacijama, narušava fizički izgled i izaziva reakcije okoline što može delovati frustrirajuće na osobu. S druge strane lakši invaliditet osobe obično nastoje prikriti, što može djelovati frustrirajuće i zahtijeva dosta energije a problemi nastaju kasnije ukoliko se više ne može skrivati.

Postoje različita shvatanja u značaju funkcija koje su oštećene, i među samim invalidima sljepoća se smatra za najteži invaliditet, Wright (1983.). Međutim, osobe koje imaju neki invaliditet gotovo uvijek vide svoj invaliditet manje uznenirujući nego što to prepostavljaju ljudi bez invaliditeta.

Pored samog oštećenja doživljaj težine invaliditeta zavisi od *očuvanih kapaciteta, aktivnosti, interesovanja, sistema vrijednosti i ciljeva, okoline i životne filozofije*.

Ivo (55 g, paraplegija, tetraplegija): “*Roditelji su me učili da iza mene treba “ostati cvijeće”. U toku života, u školi, vojscu, na poslu sam uvijek dobivao nagrade i pohvale za svoj rad, želim da to ostane i sada, zato intenzivno radim na pomoći invalidima, većina kosih ravni u gradu je postavljena zahvaljujući mojoj inicijativi i trudu... hoću da iza sebe ostavim dobar trag*”.

Ovaj primjer nam pokazuje da nastanak invaliditeta ne znači da se i osoba suštinski mijenja, što je često prihvaćen stav. Na žalost, u društvu gdje je jedan od glavnih standarda “normalnost” i osobe sa onesposobljenjem često zauzimaju inferiornu poziciju kako zbog internalnih faktora tako i zbog spoljnih uslova. Internalni mehanizmi mogu uključivati (a) održavanje "kao da" ponašanja (poricanje ili prikrivanje invaliditeta); (b) dvostruka identifikacija sa grupom bez onesposobljenja i sa onesposobljenjem; (c) idolizacija standarda normalnosti ili (d) fokusiranje na deficitna ponašanja. Spoljni uticaji uključuju negativne stavove prema ljudima sa onesposobljenjem, kao pridodavanje manjinskog statusa praćeno predrasudama, stereotipima i socijalnom marginalizovanošću (Wright, 1983). Ponašajna (funkcionalna) ograničenja i socijalno odbacivanje dovode osobu u subordiniranu poziciju u kojoj su ciljevi često nedostizni.

Jedna od činjenica je da se bez obzira na značajan napredak u izjednačavanju mogućnosti za osobe sa invaliditetom, društvena svijest sporo mijenja. Rohmer, O. Louvet E. (2018) su ispitivali stereotipe vezane za osobe sa invaliditetom u radnom okruženju kroz dimenzije topline i kompetencije. Pokazalo se da se osobe sa invaliditetom sistematski vezuju za manjak topline i manje kompetencije u odnosu na osobe bez invaliditeta.

Ponekad i profesionalci koji rade sa osobama sa invaliditetom svojim pacijentima prilaze sa predrasudama, zbog toga Olkin (1999) smatra da i oni trebaju biti pripremljeni da prihvate invaliditet i da on ne postane neprirodno središte njihovog rada.

Primjer prevazilaženja ovog osjećaja opisuje Tanja (35 g. neuromišićno oboljenje): "*Moje iskustvo sa prihvatanjem invalidskih kolica kao neophodnog pomagala za kretanje vezano je za period puberteta jer se sve dešavalo oko moje 14. godine. Kada je došlo do toga da više ne mogu hodati jedno cijelo ljeto sam sjedila u kući jer nisam željela da prihvatom invalidska kolica. Ona su mi bila strašna, iako ne mogu da se sjetim da je iko od moje porodice ikad rekao da su kolica strašna stvar, sramota ili sl. Oni su ih doživljavali kao neminovnost, ali je moj otpor bio jak. U periodu puberteta kada pokušavaš da shvatiš ko si i redefinišeš svoj identitet, invalidska kolica*

*nisu laka stvar, a moji jedini susreti sa njima su bili ili (tada malobrojni) televizijki prilozi o nekim jadnim i bijednim ljudima u kolicima, vrijednim sažaljenja ili rijetki susreti (2 ili 3 puta do tada) sa sugrađanima koji su kolica koristili i njihova slika se meni nije dopala. Činilo mi se da ti ljudi žive živote kakav ja nisam željela za sebe. U moj tinejdžerskoj glavi sjesti u kolica je značilo biti jadan, neuredan i svakako vrijedan sažaljenja. Iako je moja želja da napustim kuću i družim se bila snažna, odbojnost prema kolicima je bila snažnija. Plašila sam se i sažaljivih pogleda sugrađana, više prijatelja mojih roditelja (sa njihovim tragičnim izrazima lica) nego mojih. Tako je bilo sve dok nismo otputovali na rehabilitaciju na more. Veća sramota me je bila da me tata nosi do plaže, a i bilo je nepraktično i za njega izrazito naporno, nego da ipak uzmem kolica. Pomoglo je što tamo nije bilo poznanika. Prvo mi se dopala mobilnost, sad smo mogli u šetnju i u kafić što je u skladu sa mojim interesovanjima. Šetajući tako, uočila sam društvo nešto starijih omladinaca (možda oko 18 do 20 godina) koji su se sjajno zabavljali na plaži, a među njima je bila djevojka u kolicima. E, ona je imala sve što sam ja željela. Bila je prelijepa (prema mom kriterijumu), imala je sjajno društvo, nije bila sa mamom i tatom, otkrila sam da je jedan dečko iz društva njen dečko. Sve u svemu, sjajno se zabavljala, a bila je u kolicima. Jako dobro se sjećam da sam tada istinski shvatila da je možeš biti ono što odabereš i da kolica nemaju veze sa tim. Shvatila sam da nisi ni "faca" ni "jadnik" zbog kolica, već zbog svega ostalog što o sebi odlučiš i pokazuješ. Jasno mi je bilo da kolica nisu baš olakšavajuća okolnost da budeš cool, ali nisu više bila nepremostiva prepreka. Te sam godine prihvatile kolica kada sam se vratila kući. Usljedile su godine stvarno dobrog provoda. I manje blistavi trenuci sažaljivih pogleda, ali ništa što me je pretjerano doticalo."*

Kada govorimo o osobi sa invaliditetom, kao i bilo kojoj osobi i njenom razvoju je neophodno razmotriti uticaj i značaj porodice. U porodici dijete gradi svoj identitet, samopoštovanje i porodica ga priprema za "ulazak u svijet". U zrelijim godinama porodica predstavlja izvor podrške i motivacije za unapređenje života. Za adaptaciju je značajno da porodica prema svom članu sa invaliditetom ima uravnotežen odnos, niti previše zaštitnički niti zanemarujući. Ovdje značajnu ulogu igraju sociokulturološki uslovi u kojima porodica živi kao i prethodna porodična iskustva sa sličnom problematikom, porodična vjerovanja i stavovi te porodični stilovi nošenja sa stresom (Mitić, 1997).

Tanja *"Stav moje porodice i podrška koju sam imala u odrastanju jesu imali ključnu ulogu za moju kasniju sposobnost da se nosim sa invaliditetom. Nikad nisam osjetila da su*

*preuzeli ulogu žrtve zbog mene, ali je još bitnije to što su se oni, mlad bračni par srednje klase, prosječnog (nemedicinskog) obrazovanja bez ikakvog iskustva sa invaliditetom, bez ikakve profesionalne podrške, odlučili suprotstaviti zvaničnim preporukama profesionalaca da me ostave u instituciji i da se školujem u specijalnoj školi. Vođeni samo svojom intuicijom, odlučili su da je za mene bolje da živim u svom domu i da čemo se mi kao porodica reorganizovati i angažovati "tetu" koja će me voditi u školu. Tako sam ja odrastala u sasvim prosječnom okruženju bez kontakta sa drugom djecom sa invaliditetom. Sve izazove "inkluzije" smo rješavali sami, kao porodica, individualno. Zamolili učiteljicu da pripazi, djecu u razredu da me ne guraju. Ja sam vaspitana kao da nisam drugačija samo imam neke drugačije osobine i ograničenja. Sjećam se da sam bila vječiti redar jer nisam izlazila na veliki odmor, zbog školskog "stampeda", nisam radila fizičko, odgovarala sam iz klupe umjesto sa table i sl. I sve je funkcionalo, bez trunke institucionalne podrške. To je bila spontana inkluzija, intuitivna, ljudska."*

Ova svjedočenja osoba sa invaliditetom nam ponovo potvrđuju da adaptacija na život sa invaliditetom nije statičan koncept i da su nivo adaptacije i zadovoljstva životom rezultat interakcije kako okolinskih tako i faktora ličnosti. Slikovit primjer za to daje nam Ognjen u odgovoru na pitanje ko ili što mu je najviše pomogao: *"Pa svi po malo ali niko do kraja, ne mislim pod ovim do kraja ništa loše. Mislim da su se svi trudili da pomognu, ali najviše su pomogla iskustva kad sam bio sam, kada sam samostalno uspio da uradim neke stvari za koje su me ubjedivali da ne mogu, npr. da plivam, da skuvam kavu, napravim jelo ili zamjenim gumu na autu."*

Navedeni primjeri potiču od osoba koje možemo reći da su unatoč invaliditetu uspješne i realizovane kako na profesionalnom i privatnom planu, tako i u društveno korisnim aktivnostima. Realne su u prihvatanju svog invaliditeta i postojeća oštećenja na uspješan način kompenzuju. Što nas opet dovodi do pitanja o psihološkim konstruktima koji su značajni za proces adaptacije i njihovom međuodnosu.

## 2.4. Self koncept

Self-koncept ili samopoimanje predstavlja globalni doživljaj sebe. Zasnovan je na relativno trajnim samoprocjenama vlastitih karakteristika kao što su osobine ličnosti, znanje o svojim vještinama i sposobnostima, potencijalima, profesiji i hobijima, vrijednostima, ponašanju te svjesnosti o fizičkim atributima i ukupnog doživljaja takvog sebe sa druge strane. Danas pored ovog postoji veliki broj termina kojim se definišu njegovi različiti aspekti, kao što su samopoštovanje, samopouzdanje, samozadovoljstvo i slika/doživljaj vlastitog tijela. Bez namjere da definišemo svaki od njih posebno, smatramo da postoji potreba da se oni jasno razdvoje od konstrukta samopoimanja. U prvom redu samopoimanje predstavlja nadređeni termin koji okuplja sve navedene i nenavedene pojmove, a za njih uopšteno možemo reći da predstavljaju različite aspekte samopoimanja koji se odnose na njegove određene aspekte, odnosno dinamičke elemente samopoimanja koji zavise od određenog konteksta (Gekas, 1082).

Pojam samopoimanje (*self-concept*) je prvi opisao W. James (1890). On naglašava postojanje globalnog samopoimanja u okviru kojeg se mogu identifikovati materijalni, socijalni i duhovni kao njegovi aspekti. Pored toga, James u okviru samopoimanja izdvaja komponente *Ja*, koje se odnose na subjektivni doživljaj postojanja i *Mene*, koje odgovara iskustvenom pojmu o sebi. Pojam samopoimanja je dalje tokom 20-og vijeka predstavljao vrlo atraktivan predmet interesa naučnika. Međutim, to ipak nije dovelo do formiranja jedinstvene oblasti izučavanja. Prije bi se moglo reći da su saznanja o samopoimanju proistekla iz različitih, kako metodoloških, tako i teorijskih, proučavanja ličnosti koja su u fokusu imala druge koncepte ličnosti.

Veliki početni doprinos obuhvatnjem proučavanju nalazimo i u Frojdovom radu koji unaprijeđuje razumijevanje značaja unutrašnjih mentalnih procesa, te uvodi stav da je mnogo važniji subjektivni značaj koji pojedinac pripisuje nekom događaju nego njegov objektivni značaj. Cooley (1904, 1912) u definisanju pojma samopoimanja uvažava činjenicu da pojedinac ne živi izolovano te razmatra ideju o značaju odnosa pojedinca sa drugima. On uvodi pojam "socijalnog ogledala" preko kojeg učimo određena ponašanja i reakcije te na osnovu predviđanja kakve će to reakcije izazvati kod drugih formiramo naše ponašanje. Cooley, kao i Mead (1965), smatra da je za samopoimanje i samopoštovanje najvažnije kako osoba zamišlja da je drugi prosuđuju.

Ove postavke predstavljaju temelje u oblikovanju konstrukta samopoimanja, međutim za razumijevanje ovog pojma kako ga danas posmatramo, najveći značaj možemo pripisati psiholozima humanističke orijentacije koji predstavljaju čovjeka kao slobodnog u kreiranju svojih osobenosti i ponašanja a ne samo kao determinantu bioloških impulsa i ranijih iskustava. Oni ističu ljudsku usmjerenošć budućnosti, ljudima i društvu. Prema ovim autorima, koncept o sebi je komponenta koja se razvija cijelog života i koja je po svojoj definiciji različita od onoga što čini ličnost kao ukupan rezultat međuinterakcija osobina ličnosti i njihovih ispoljavanja.

Doprinos dalnjem proučavanju samopoimanja dala je i kognitivna psihologija. Ona je prije svega usmjerena na unutrašnje procese (kognitivne, ali i afektivne), koji su povezani s čovjekovim ponašanjem. Na samopoimanje gleda kao na organizovani konceptualni sistem i pokušava objasniti kako je taj sistem nastao, koliko je trajan ili promjenjiv, te kako utiče na ljudsko ponašanje (Bezinović, 1988).

Iako su se naučnici složili oko toga da svaki čovjek ima određenu vrstu globalnog doživljaja sebe na osnovu samoprocjena vlastitih karakteristika, postojala su razmimoilaženja oko njegove strukture. Byrne (1994.) navodi da postoje četiri teorijska shvatanja strukture samopoimanja. Prema prvom, samopoimanje je jednodimenzionalni konstrukt. Drugo je, da se radi o višedimenzionalnom i hijerarhijski organizovanom konstruktu. Prema trećem samopoimanje se sastoji od više nezavisnih faktora te četvrto, takozvani kompenzacijski model po kojem postoje relacije među facetama, ali mogu biti u inverzivnom odnosu.

U savremenim razmatranjima samopoimanja, najčešće se koriste višedimenzionalni, hijerarhijski modeli Shavelsona koji su najbolje razrađeni i imaju empirijsku potvrdu. Shavelson je kontinuirano razrađivao ovaj model a tome su se pridruživali i drugi autori.

U ovom radu ćemo koristiti Bracken-ov hijerarhijski multidimenzionalni model samopoimanja, koji je proizašao iz Shalvensenovih modela. Bracken (1992) samopoimanje kroz generalnu dimenziju i njenih šest primarnih subdomena.

*Kompetencijsko samopoimanje* predstavlja čovjekov doživljaj vlastitih sposobnosti u rješavanju zadataka, prevazilaženju prepreka i ostvarivanju zadanih ciljeva. Procjena se vrši na osnovu upoređivanja vlastitih sposobnosti sa drugima i prethodnih iskustava u rješavanju problema te emocionalnog doživljaja vezanog uz to.

*Porodično samopoimanje* je cjelovita slika koja se veže za porodicu kao grupu i njene pojedinačne članove a obuhvata ličnu interpretaciju porodice i vlastite uloge u njoj, te vlastitu interpretaciju mišljenja i doživljaja naše ličnosti koje formiraju ostali članovi porodice.

*Socijalno samopoimanje* predstavlja zadovoljstva odnosno nezadovoljstva svojom pozicijom u odnosu na postojeće socijalno okruženje. Socijalno samopoimanje obuhvata i ponašanja u socijalnim situacijama i socijalne kompetencije ali istovremeno sadrži i određen kvalitet doživljaja koji je zasnovan na pojedinčevim interpretacijama.

*Fizičko samopoimanje* se odnosi na doživljaj vlastitog tijela i stepen zadovoljstva vezanog uz taj doživljaj, ona predstavlja integralnu komponentu opšte slike o sebi koja uključuje fizički izgled i fizičku snagu. Fizički izgled ima estetsku komponentu i odnosi se na sam izgled dok se fizička snaga odnosi na ukupan doživljaj vlastitog zdravlja i sposobnosti da se koristi izvorni fizički potencijal.

*Emocionalno samopoimanje* čini ukupan doživljaj vlastitih emocija. Razvija se kroz emocionalnu interakciju sa drugim osobama.

*Akademsko samopoimanje* se odnosi na procjenu vlastitih akademskih postignuća i predstavlja skup doživljaja koji se interpretiraju na osnovu ispoljavanja, razvijanja i poređenja vlastitih sposobnosti i vještina kao i tumačenje procjena koje o našim sposobnostima i vještinama daju drugi.

Pored strukture, za potpuno rasvjetljavanje prirode ovog konstruktta nužno je obratiti pažnju na dinamiku razvoja samopoimanja. Prema Piaget-u (1974), ona direktno zavisi od dinamike razvoja kognitivnih struktura. Razvojni nivo ličnosti, prema referentnim kriterijumima koji su razlikuju po etapama razvoja, svoj uticaj ostvaruje u prvom redu dajući na značaju pojedinim činiocima. Stoga da u ranijim fazama biološki faktori imaju najveći značaj u oblikovanju ukupnog ponašanja i njegovom interpretiranju i formiranju ukupnog doživljaja. Sličan stav podržavaju i drugi autori.

Rogers (1951) i Rosenberg (1979) navode da se prve faze razvoja samopoimanja odnose na poimanje vlastitog tijela. Najbazičniji sloj iskustava selfa vezan je za tijelo i njegove senzacije (Ćeranić, 2005) dok socijalni činioci veći značaj dobijaju odrastanjem. Konačno, sa razvojem formalnih operacija kao relativno ravnopravan faktor u oblikovanju cjelokupnog ponašanja individue (i naravno obrascima interpretiranja samoga sebe i spoljašnjeg svijeta) svoju ulogu dobija i lično iskustvo pojedinca. S obzirom da je samopoimanje vrlo kompleksna struktura i da

je pod uticajem velikog broja faktora, s vremenom se tokom života može mijenjati. U prvom redu je to posljedica preuzimanja dominacije u formiranju generalnog samopoimanja od strane određenog primarnog domena. A takve promjene opet zavise od toga sa kakvom se vrstom životnih situacija i izazova pojedinac u datom trenutku svoga života suočava. Konačno važnost konteksta u kome se nalazi kao i uloga pojedinca u tom kontekstu faktori su koji se ne mogu zanemariti u razmatranju promjena koje su moguće na nivou samopoimanja. Samopoimanje takođe nije ograničeno na sadašnjost. Ono uključuje prošla i buduća samopoimanja, ideju o onome kakvi smo bili i kakvi želimo ili ne želimo postati. Mogući selfovi mogu djelovati motivišuće za buduće ponašanje i imaju evulacioni i interpretativni kontekst aktuelnog samopoimanja.

## 2.5. Strategije prevazilaženja stresa

Strategije prevazilaženja stresa ili suočavanja sa stresom – *coping* predstavljaju vid mentalne kontrole koji obuhvata mehanizme, strategije ili vještine koje pojedinac koristi da bi ublažio psihološke efekte dugotrajne izloženosti stresu ili situacijama teških, traumatskih životnih događaja.

Najznačajniji doprinos u ovoj oblasti je dao Lazarus kroz svoj kognitivni model stresa. Prema ovom modelu, kad se nađe u stresnoj situaciji osoba odlučuje što će preuzeti na osnovu kognitivne procjene koja se odvija u dvije faze. Prva faza - primarne procjene koje predstavljaju pojedinčev doživljaj određene situacije i uglavnom se mogu svrstati u tri grupe; gubitak - gubitak nečega što ima vrijednost za pojedinca, bilo da se radi o materijalnoj vrijednosti, bliskoj osobi, samopoštovanju i sl. Izazov se odnosi na vrijednost pojedinih situacija za koje pojedinac procjenjuje da mu mogu donijeti neku vrstu dobiti ili uspjeh, a prijetnja je situacija u kojoj pojedinac procjenjuje da je suočen sa potencijalnim gubitkom ili opasnošću. Druga faza - sekundarna procjena predstavlja procjenu pojedinca o mogućnosti i načinima uticaja ili kontrole nad događajem ili situacijom. Na osnovu procjene pojedinac preuzima određene aktivnosti i ulaže napore da bi se prilagodio zahtjevima okoline, što nazivamo strategijama za suočavanje sa stresom. Ovo suočavanje se odvija na kognitivnom, emocionalnom i planu ponašanja sa ciljem da se smanje ili prevaziđu posljedice stresa.

Još uvijek ne postoji neki potpuno određen sistem klasifikacije strategija za prevazilaženje stresa. Folkman i Lazarus (1986) razlikuju dvije glavne kategorije; suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije. Suočavanje usmjereno na problem uključuje mehanizme pomoću kojih se nastoji djelovati na ono što je uzrokovalo problem kao što je rješavanje problema, logička analiza događaja, traganje za informacijama i sl. Dok je suočavanje usmjereno na emocije pasivno u odnosu na situaciju i odnosi na pokušaj lakšeg podnošenja emocionalne uznemirenosti izazvanog stresnom situacijom i uključuje ponašanja kao što su distrakcija, maštanje, socijalno povlačenje i sl.

Endler i Parker su problemski orientisanom i emocionalnom načinu suočavanja dodali i izbjegavanje, kao jedan od načina suočavanja sa stresom. Izbjegavanje podrazumijeva kognitivne, emocionalne i ponašajne pokušaje udaljavanja od izvora stresa i psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor. U okviru ovog tipa suočavanja razlikuju distrakciju i socijalnu diverziju.

Bez obzira na vrstu stresora, njihov intenzitet i trajanje, različiti ljudi će se u stresnim situacijama ponašati na različite načine i preuzimati različite aktivnosti što zavisi od *koping* stila ili *koping* obrasca koji predstavlja sveobuhvatni pristup jedne osobe u slučaju izloženosti stresu i povezan je sa osobinama ličnosti pojedinca.

*Koping strategije* su aktivnosti kojima se osoba služi i koje su često vidljive u okolini (Lazarus 1986) i podrazumijevaju fizičke i psihičke napore koje osoba preuzima. Pored procjene situacije i uslova, za uspješno prevazilaženje stresa, treba uzeti u obzir svoje lične sposobnosti te efikasnost određenih vrsta ponašanja, da bi došlo do jedne manje-više svjesne odluke o tome šta uraditi (Lazarus 1981).

Osobe rijetko koriste samo jednu *strategiju suočavanja*, uglavnom, zavisno od toka krize ili procesa u kome se trenutno nalaze te mogućih pratećih problema, primjenjuju različite strategije. U većini slučajeva se koristi kombinacija obje vrste koje naizmjenično dominiraju u različitim procesima krize (Lazarus,1981). U nekim situacijama koje su dvostrukom je posebno teško odabrat odgovarajuću strategiju, u takvim situacijama čovjek se služi eksperimentalnim *copingom*. Sama primjena određene strategije ne garantuje zadovoljavajući ishod. *Koping* može biti pozitivan/konstruktivan, ali isto tako i negativan/destruktivan.

Sa aspekta adaptacije, postoji konsenzus među istraživačima o značaju odnosa strategija za prevazilaženje stresa i adaptacije. Strategije suočavanja usmjerene na problem su češće povezane sa dobrom adaptacijom dok su strategije usmjerene na emocije i izbjegavanje povezane sa

slabijom adaptacijom pojedinca. Međutim, Compas i sar. (1998) smatraju da su za psihičke poremećaje značajni odnosi između oblika suočavanja i kognitivne procjene stresnih situacija. Naime u situacijama kada osoba procjenjuje da ima kontrolu nad situacijom i da je može promijeniti za očekivati je da će koristiti strategije usmjerene na problem a u situacijama kad procijeni da nema kontrole će koristiti strategije usmjerene na emocije. Prema Compas (1987), psihološki problemi nastaju uslijed neusklađenosti između procijenjene kontrole i primijenjene strategije, a ne zbog korištenja određene strategije. Lazarus (1991) upozorava da proučavanje suočavanja nikada ne bi smjelo biti odvojeno iz kompletног proučavanja relacija na liniji emocija-kognicija-socijalni odnosi.

## 2.6. Mehanizmi odbrane

Mehanizmi odbrane su relativno nemamjerni, automatski obrasci osjećanja, misli ili ponašanja koji nastaju kao reakcija na konfliktne ili stresne situacije da bi došlo do smanjenja ili uklanjanja anksioznosti. Shvaćeni u najširem smislu, predstavljaju svako psihološko sredstvo kojim se osoba štiti od neprijatnih osjećanja. Pojam "mehanizmi odbrane" je prvi opisao S. Freud. U skladu sa svojom teorijom ličnosti koja veliki značaj pridaje nesvesnom, odnosno seksualnim i agresivnim impulsima Id-a koji mogu ugroziti funkcionalnost Ega i Superega. Freud je kod svojih pacijenata uočio tendenciju potiskivanja impulsa iz podsvijesti da bi se smanjila anksioznost.

Anne Freud je nastavila rad na objašnjenju i definisanju mehanizama odbrane. Ona navodi da su odbrane procesi, koji su značajni u razvoju ličnosti jer u određenim fazama razvoja pomažu u kontroli specifičnih instinkтивnih težnji.

Kroz daljnji razvoj psihološke misli, mehanizmi odbrane predstavljaju značajno polje interesa kako teoretičara, tako i praktičara u oblasti psihologije i psihijatrije, koji su dali veliki broj definicija i klasifikacija ovog koncepta, a i sam koncept je doživio brojne transformacije. Pregled ovih radova pokazuje da postoji konsenzus o njihovom značaju za psihosocijalno prilagođavanje pojedinca. Međutim, prisutne su razlike u razumijevanju procesa koji su u njihovoј osnovi, te funkciji koju imaju u odbrani ličnosti.

Prema psihoanalitičkom shvatanju odbrambene aktivnosti se uglavnom odvijaju na intrapsihičkom nivou. Freudovo je shvatanje da je njihova funkcija ublažavanje sukoba koji se

može javiti između ida, ega i superega. Freud je klasifikovao mehanizme odbrane na dva načina. Razlikovao je *primarne* (opšte) i *sekundarne mehanizme* (koji se aktiviraju u odbrani konkretnog simptoma). Druga klasifikacija se odnosi na *normalne i patološke* odbrane. Normalne odbrane se javljaju uz aktivaciju negativnog afekta (posebno kada je afekt intenzivan) ili kod prisjećanja na neko bolno iskustvo. Dok se patološki mehanizmi javljaju uslijed prekomjernog prisustva unutrašnjih negativnih stimulusa, protiv kojih ne postoji naučena odbrana.

Anne Freud je elaborirala ovaj koncept i proširila ga stavom da se odbrane javljaju generalno kao odbrana od afekata koje su vezane uz instinkтивne impulse. Detaljno je opisala devet mehanizama odbrane: regresiju, reaktivna formacija, poništavanje, projekciju, identifikaciju, negaciju, okretanje protiv sebe, reverziju (povratak) i sublimaciju.

Značajan doprinos Anne Freud je i u objašnjenju razvoja odbrana koji vezuje za stadijume psihoseksualnog razvoja, te razvojem strukturalnih komponenata ličnosti. Dominacija ida se vezuje uz korištenje nezrelih mehanizama odbrane (npr. projekcija i regresija). Dominantan superego proizvodi osjećaj krivice i doprinosi korištenju neurotičnih mehanizama odbrane. A za dominaciju zrelih mehanizama odbrane potreban je dobro razvijen ego.

Druge psihološke teorije daju i drugačije objašnjenje razvoja mehanizama odbrane. Tako Cramer (1991) smatra da su predominantni mehanizmi obrane vezani za različite razvojne tačke koje odgovaraju nivoima složenosti kognitivnih operacija u skladu sa teorijom Jana Piageta. Usložnjavanje kognitivnih sposobnosti omogućava i usložnjavanje pojma o sebi i obrade informacija koja postaje kompleksnija i sofisticiranjem. Prateći razvoj, mehanizmi odbrane se manifestuju od jednostavnijih do složenijih oblika, što govori o njihovoj hijerarhijskoj strukturi. Međutim, treba imati u vidu i da sazrijevanje samo po sebi ne dovodi do usvajanja zrelih mehanizama odbrane nego je njegova uloga i u tome da osoba bude sposobna da procijeni efikasnost neke odbrane i njenu korisnost u procesu adaptacije Westen (1985).

Pored objašnjenja razvoja mehanizama odbrane, kognitivni pristupi donose i novo razumijevanje funkcije mehanizama odbrane, na primjer, zaštita ili jačanje samopoštovanja. Baumeister i sar. su kroz analizu brojnih studija došli do zaključka da su savremena istraživanja odbrambenih mehanizama pomjerena od energetskog modela na kognitivni model. Razlog za to nalaze u tome što su savremene teorije selfa uglavnom kognitivne, a prijetnje samopoštovanju je lakše izraziti u kognitivnim terminima, dok je transformacija neželjenih impulsa usko povezana sa energetskim modelima. Oni su takođe prepoznali da se mehanizmi odbrane razlikuju s

obzirom na ekstremnost odgovora, što određuje da li će se pojavljivati i u normalnim i patološkim oblicima. Pokazalo se da korištenje odbrana u blažem nivou može biti dobro za jačanje samopoštovanja, minimaliziranje emocionalnih poteškoća što se pozitivno odražava na mentalno zdravlje i prilagođavanje, dok korištenje intenzivnih nivoa mehanizama odbrane može imati suprotan učinak.

Prateći taj smjer, socio-kognitivni pristup donosi novi teorijski okvir za tumačenje odbrana u kojem se koriste termini self - iluzija. Riječ je o strategijama koje pojedinac koristi kako bi zaštitio vlastiti pojam o sebi i samopoštovanje. U ovoj novoj perspektivi pogleda na odbrambene mehanizme prihvaćeno je mišljenje da odbrane redukuju anksioznost koja nastaje na relaciji svjesno-nesvjesno, ali imaju i funkciju redukovanja anksioznosti nastale uslijed stanja kognitivne disonance (Vaillant, 2000). Vaillant (1992) navodi četiri bitne funkcije mehanizama odbrane, to su:

- (1) kontrolisanje ispoljavanja emocija unutar prihvatljivih granica;
- (2) uspostavljanje homeostaze ili kanalisanje neprihvatljivih poriva u društveno prihvatljive aktivnosti;
- (3) osiguravanje predaha u situacijama koje ne možemo brzo integrisati ili se ne uklapaju u našu sliku o sebi, i
- (4) pomoći pri nošenju sa nerazriješenim konfliktima sa značajnim drugima.

Vaillant (2000), je dao i najčešće korištenu klasifikaciju mehanizama odbrane koja sadrži dvadeset mehanizama odbrane koji su poredani hijerarhijski s obzirom na stepen zrelosti i adaptivnosti. Na najnižem nivou su najnezreliji neadaptivni mehanizmi odbrane; psihotične odbrambene reakcije (negiranje vanjske realnosti, iskrivljivanje i deluzijske projekcije). Na drugom nivou su nezreli mehanizmi odbrane (projekcija, fantazija, izolacija, racionalizacija, premještanje, regresija, hipohondrija, poricanje). Na trećem nivou su neurotični načini odbrane; intelektualizacija, represija, reaktivna formacija, pseudoaltruizam i idealizacija. Na četvrtom nivou se nalaze zreli mehanizmi odbrane: sublimacija, humor, altruizam, anticipacija i supresija.

## 2.7. Odnos strategija za prevazilaženje stresa i mehanizama odbrane

Jedno od često postavljenih pitanja je pitanje odnosa između mehanizama odbrane i strategija za prevazilaženje stresa. Cramer (1998a) mehanizme odbrane i strategije za prevazilaženje stresa opisuje kao dva tipa adaptacionih procesa koji se razlikuju po vrsti uključenih psihičkih procesa ali se ne razlikuju značajno u odnosu na ishode. Javljuju se kad je narušena psihička ravnoteža i služe smanjenju negativnih afekata i pomažu bržem uspostavljanju psihičke funkcionalnosti.

Međutim postoje i značajne razlike između ova dva koncepta. Cramer (1998) nudi slijedeće kriterijume za njihovo razlikovanje. Prva i najvažnija razlika odnosi se na kriterijum *svjesno vs nesvjesno*. U primjeni se to odražava na taj način da strategije suočavanja koristimo ciljano što se posebno odnosi na problemski orijentisane. Dok princip aktivacije mehanizama odbrane u određenim situacijama nije uvijek jasan ili osviješten.

Drugi kriterijum je *nehijerarhijski nasuprot hijerarhijskom*. Zasnovan je na pretpostavci da strategije za prevazilaženje stresa nisu hijerarhijski organizovane za razliku od mehanizama odbrane koji su postavljeni od nezrelih ili primitivnih do zrelih ili sofisticiranih odbrana.

Treći kriterijum, koji nije do kraja razjašnjen je *situacija vs dispozicije*. Teorijsko objašnjenje je da su strategije suočavanja uobičajene reakcije na situaciju dok su mehanizmi odbrane konceptualizovani dispozicijski i smatraju se relativno trajnim individualnim obilježjima. Cramer (2006) smatra da su situacioni faktori okidači za aktivaciju odbrana, ali da se u stresnim situacijama više koriste odbrambeni mehanizmi. Međutim, empirijski nalazi uglavnom ne potvrđuju ovo stanovište. Rezultati istraživanja su pokazali povezanost strategija suočavanja i osobina ličnosti, što sugerira da je izbor strategija do nekog nivoa dispozicijski (Watson i Hubbard, 1996, Kolenović-Đapo, 2001). Još jedan od kriterijuma je *normalno vs patološko* koji je zaostao iz perioda kad je koncept mehanizama odbrane uspostavljan, ali je ubrzo prevaziđen. Već je Anne Freud (1936) navela da su mehanizmi odbrane neophodan dio normalnog razvoja i da o patologiji možemo govoriti ako su prenaglašenog intenziteta, ne odgovaraju uzrastu osobe i ukoliko se primjenjuju i kad više nije neophodno.

## 2.8. Zadovoljstvo životom

Zadovoljstvo životom je čovjekova emocionalna i kognitivna evaluacija vlastitog života. Odnosi se na globalni osjećaj sreće, mira, ispunjenosti i zadovoljstva životom. Procjena zadovoljstva životom uključuje i planove i buduće perspektive, odnose sa drugim osobama, postignute ciljeve, samopoimanje, vlastitu sposobnost za nošenje sa problemima svakodnevnog života. Zadovoljstvo životom može biti procjenjivano i u odnosu na ekonomski standard, obrazovanje, iskustva, mjesto stanovanja i u odnosu na mnoga druga područja.

Iz navedenog se vidi da se zadovoljstvo životom može sagledati kroz gotovo sve aspekte ljudskog života, tako da i u literaturi postoje različita shvatanja i definicije ovog i njemu srodnih pojmova kao što su dobrobit (*well-being*), sreća (*happiness*), kvalitet života (*quality of life*) kao i brojne teorije koje ih objašnjavaju sa različitim polazišta.

Pitanjem čovjekove dobrobiti se od najranijih vremena bavila filozofija, najprije kroz koncept sreće koju su smatrali za najviše čovjekovo dobro i osnovnu motivaciju čovjekovog djelovanja. U početku je ovaj pojam shvatan jednosložno da bi kasnije bio (Kahneman, Diener, i Schwarz, 1999) sagledavan kroz dvije različite perspektive i filozofska shvatanja o tome što čini dobar život i dobro dušto. Prema prvoj perspektivi, hedonizmu, dobrobit je zadovoljavajući život ispunjen pozitivnim i bez negativnih emocija (Diener, 1994; Oishi, Diener, Suh, i Lucas, 1999), maksimiziranje zadovoljstva i minimiziranje bola (Peterson i dr. 2005). Druga perspektiva, eudamonička, nalazi da osjećaj sreće i zadovoljstva prepostavlja razvoj ljudskih potencijala u smislu samospoznaje i unapređenja svrhe života (Waterman, Schwartz, i Conti, 2008).

Durayappah (2010) daje pregled osnovnih teorijskih postavki, odnosno modela u razmatranju zadovoljstva životom i srodnih pojmova. Prema modelu, sviđanje, želje, potrebe, sreću можемо gledati kroz ove tri kategorije.

*Sviđanje* je hedonistički pristup koji se fokusira na maksimaliziranje zadovoljstva i minimaliziranje bola (Peterson et al. 2005). *Teorija želja*, sugerise da je subjektivna dobrobit određena ispunjenjem ciljeva ili želja. Ovdje se često postavlja jedno od, inače suštinskih pitanja, da li subjektivna dobrobit proizilazi iz puta prema cilju ili postizanju samog cilja. Teorija želja to ilustruje na način da je putovanje (želja) značajnije od destinacije (zadovoljstvo ispunjenja cilja). Davidson (1994) smatra da se afekat postignuća prije cilja razlikuje od onog koji se dobija po

dostizanju cilja. I da je zadovoljstvo u napredovanje prema cilju veće od onog nakon što je cilj postignut.

*Teorija potreba* naglašava da postoji set elemenata koji su potrebni svakom čovjeku, bez obzira na njegov sistem vrijednosti, koji je neophodan za postizanje dobrobiti. Maslow (1943) u svojoj teoriji sugerira postojanje pet nivoa potreba koje su hijerarhijski poredane – započevši od fizioloških, potrebe za sigurnošću, ljubavlju/privlačnošću, samopoštovanjem, do samoaktualizacije – koje moraju biti i zadovoljene po hijerarhijskom redu. Wilson (1967) sugerira postojanje univerzalnih potreba čije trenutno zadovoljenje dovodi do osjećaja sreće, dok nezadovoljenje istih dovodi do osjećaja nesretnosti.

*Teorija multiple diskrepance* sugerira da se stepen zadovoljstva određuje na osnovu poređenja iskustava i emocija u odnosu na neki standard (Wilson, 1967), tako da stepen zadovoljstva proizašao iz zadovoljenja potreba zavisi od stepena očekivanja i adaptacije. Michalos (1985) navodi da pojedinci imaju brojne standarde za upoređivanje, kao što su drugi ljudi, prethodna stanja i iskustva, idealni nivoi zadovoljstva i potrebe ili ciljevi. On razlikuje uzlaznu diskrepancu, kad je ishod bolji od očekivanja što donosi više zadovoljstva i silaznu kad je ishod niži od očekivanja.

Modeli "odozgo prema dolje" i "odozdo prema gore" Diener (1984), daju dva polazišna faktora značajna za subjektivnu dobrobit. Model "odozgo prema dolje" je deduktivni model, (Feist i sar., 1995), zasniva se na pretpostavci da je interpretacija života kao pozitivnog ili negativnog zasnovana na individualnim dispozicijama i da te dispozicije utiču na procjenu zadovoljstva u različitim područjima života. S druge strane, model „odozdo prema gore“ je induktivan. Zadovoljstvo se oblikuje jednostavnim sabiranjem zadovoljstva u različitim domenima života, kao što su, na primjer, brak, posao i porodica... (prema Feist i sar., 1995.). Za razliku od prvoga modela, ovdje se naglasak daje na objektivne okolnosti. Zadovoljstvo određenim domenima života, dakle, može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu, isto kao što i ukupno zadovoljstvo životom ima značajnog uticaja na procjene zadovoljstva u različitim domenama života. Odozgo prema dolje faktori predstavljaju individualne faktore (kao vrijednosti i ciljevi) kojima su okidač vanjski događaji koji utiču na dobrobit (Diener i dr. 1999). U modelu odozgo prema dolje individualna dispozicija pojedinca filtrira i interpretira specifične događaje nižeg reda.

Sličan princip procjene daje model *dinamičke ravnoteže* (Headey & Wearing, 1989), prema kome je procjena zadovoljstva pod uticajem koliko različitih dimenzija ličnosti toliko i objektivnih pokazatelja te subjektivne procjene života na raznim područjima. Model dinamičke ravnoteže upućuje i na to da, kada životni događaji naruše određenu ravnotežu dolazi do promjena stanja subjektivne dobrobiti. Dimenzije ličnosti trebalo bi promatrati kao osnovne prediktore zadovoljstva životom, ali se ne smije isključivati ni uticaj različitih životnih događaja koji mogu uticati na procjenu zadovoljstva.

Veenhoven (1999) je postavio pitanje da li je zadovoljstvo životom konstanta, odnosno može li se promatrati kao crta ličnosti, te da li je vremenski stabilno i konzistentno kroz situacije, internalno izazvano. Pokazalo se da zadovoljstvo životom nije stabilno tokom vremena, a posebno ne tokom cijelog životnog vijeka. Pojedinci periodično prave revizije svoga života. Drugo, zadovoljstvo životom nije neosjetljivo na promjene životnih uslova. Na procjenu utiče pogoršanje ili poboljšanje životnih uslova. Treće, zadovoljstvo nije samo i potpuno internalno određeno, nego se pokazalo da su procjene zadovoljstva pod uticajem ličnih osobina i grupnih usmjerenja te da ovi unutrašnji parametri modifikuju uticaje okoline. S druge strane, Galinha i Pais-Ribeiro (2011) su našli da su u procjeni subjektivne dobrobiti najznačajniji intrapersonalni faktori, kognitivni i afektivni, i da su najviši prediktori subjektivne dobrobiti afektivni, depresija, stanja i crte ličnosti.

Modeli *orientacije ka sreći* navode različite prepostavke za postizanje sreće. Seligman (2006) definiše tri puta, odnosno načina za postizanje sreće koji uključuju *pozitivna osjećanja i / zadovoljstvo, uključenost i značaj*. Seligman (2002) i Peterson, Park i Seligman (2005) su u traženju puta ili orientacijama za postizanje sreće i zadovoljstvu života dali naglasak na potragu za angažmanom. Smislen život se zasniva na aktivnostima koje doprinose nečemu što je značajnije od nas i predstavlja više dobro: porodice, zajednice, pravosuđa, i sl. (Seligman, 2002). Dakle nešto što bismo mogli nazvati društveno korisnim aktivnostima ali i aktivnostima koje daju smisao našim životima ili nas dovode do "očaravajućeg iskustva" (Mihalyi Csikszentmihaly, 2006).

Peterson et al. (2005) je otkrio da su najzadovoljniji pojedinci koji biraju sva tri sa naglaskom na uključenost i značaj. Keyes (2002) smatra da je pitanje subjektivne dobrobiti pitanje mentalnog zdravlja generalno i da može biti predstavljeno kao kontinuum od *stanja*

*bolesti do dobrobiti.* Odnosno, život pojedinca se može kretati u granicama od “čamljenja (tavorenja ) do cvjetanja”. Keyes opisuje potpuno mentalno zdrave pojedince kao “procvjetale” u životu sa visokim nivoom subjektivne dobrobiti koja uključuje pozitivne emocije i psihološku i socijalnu dobrobit. Pojedinci sa nekompletnim mentalnim zdravljem provode život tavoreći i imaju niske nivoe parametara dobrobiti.

Značajno je spomenuti da uprkos različitim pristupima pitanjima zadovoljstva životom, empirijski dokazi pokazuju da hedonizam, eudamonija i angažman nisu nespojivi, već je za ispunjen život potrebno praćenje sve tri orijentacije. Živjeti život punim plućima, sa orijentacijom na angažman i smisao, doprinosi subjektivnoj dobrobiti i zadovoljstvu životom (Peterson i ostali, 2005, Vella-Brodrick, Park, i Peterson, 2009).

### 3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

#### 3.1. Problem istraživaja

U teorijskom dijelu rada bilo je riječi o faktorima koji određuju adaptaciju osoba sa invaliditetom. Navedeno je da je jedan od faktora sama osoba, odnosno, moglo bi se reći njen obrazac psihičkog funkcionisanja. Pojam psihičkog funkcionisanja je širok koncept i generalno, obuhvata doživljavanja, razmišljanje i ponašanje vezano za sebe i svijet oko sebe. Konkretnije rečeno, čovjek doživljava sebe kao tjelesno, psihološko i socijalno biće i na aktivran način kreira svoju okolinu, svoje odnose sa drugima, koje, opet opaža, doživljava i na određen način promišlja o njima. Svako doživljava određene frustracije i stresove i sa njima izlazi na kraj sa više ili manje uspjeha. Pri tome mu stoji na raspolaganju čitav arsenal različitih mehanizama, koji je kod svakog pojedinca organizovan na jedinstven način. Ovdje prvenstveno mislimo na različite mehanizme odbrane, koji dobrim dijelom funkcionišu na nesvjesnom nivou, te strategije za prevazilaženje stresa. Ovi mehanizmi i strategije sa većim ili manjim uspjehom pomažu u očuvanju integriteta ličnosti, odnosno doprinose da se osoba osjeća dobro, adekvatno ili loše i neadekvatno u vezi sa onim što on jeste i što čini i mogu da doprinesu tome kako osoba procjenjuje kvalitet svog života, odnosno, zadovoljstvo životom.

U nastojanju da istražimo psihičko funkcionisanje osoba sa invaliditetom, fokusirali smo se na već opisane aspekte, koje smo smatrali najrelevantnijim, a to su: self koncept, mehanizmi odbrane, strategije prevladavanja stresa i konačno zadovoljstvo životom. Smatrali smo, rukovodeći se dostupnim informacijama i rezultatima sličnih istraživanja da se oko navedenih konstrukata dominantno organizuju procesi psihičkog funkcionisanja. Smatrali smo, takođe da su ovi konstrukt posebno značajni u sveukupnom psihičkom funkcionisanju osoba sa invaliditetom. Dakle, u ovom istraživanju koncept „psihičko funkcionisanje“ odnosi se na interakciju self koncepta, mehanizama odbrane, strategija prevladavanja stresa i zadovoljstvo životom, a problem kojim se bavimo je psihičko funkcionisanje osoba sa invaliditetom.

### 3.2. Ciljevi istraživanja

Akcioni cilj istraživanja je ispitati na koji način je prisustvo, odnosno odsustvo, tjelesnog onesposobljenja povezano sa psihološkim konceptima kao što su samopoimanje, strategije prevazilaženja stresa, mehanizmi odbrane i zadovoljstvo životom.

Teorijski cilj istraživanja je rasvijetliti razvoj i međuodnos navedenih koncepata ličnosti u funkciji postojanja tjelesnog invaliditeta u odnosu na nepostojanje invaliditeta.

### 3.3. Hipoteze

H 1. Postoji statistički značajna razlika u pojedinim subdomenima self koncepta osoba sa tjelesnim invaliditetom u odnosu na osobe bez invaliditeta. Pretpostavka je formirana na osnovu nalaza o pozitivnijoj procjeni emocionalnog i fizičkog samopoimanja lica sa invaliditetom u odnosu na lica bez invaliditeta (Đurić i Čekrlja, 2012).

H 2. Postoji statistički značajna razlika u primjeni određenih strategija za prevazilaženje stresa kojima lica sa tjelesnim invaliditetom više pribjegavaju. Hipoteza je postavljena na osnovu rezultata koji sugerisu da osobe sa amputacijom uslijed traume češće koriste izbjegavanje kao coping strategiju (Gallagher i Mac Lachlan, 1999) i nalaza o negativnoj vezi emocionalnog copinga sa životnim zadovoljstvom i stepenom reintegrisanosti u svakodnevni život kod lica sa amputacijom donjih ekstremiteta (Đurić, 2010).

H 3. Postoji statistički značajna razlika u stepenu prisustva odbrambenih mehanizama između lica sa tjelesnom invalidnošću i neinvalida, kao i intenzitetu u kome se ispoljavaju. Hipoteza je formulisana na osnovu nalaza više studija u kojima je razmatrana priroda mehanizama odbrane kod osoba sa invaliditetom (Wright, 1960; English, 1971; Vash i Crewe, 2010).

H 4. Postoji statistički značajan uticaj kojim primarni domeni self-koncepta, mehanizmi odbrane i strategije suočavanja sa stresom oblikuju razliku u procijenjenom zadovoljstvu životom između osoba sa invaliditetom i osoba bez invaliditeta. Hipoteza je formulisana na osnovu nalaza više studija u kojima je razmatrana priroda mehanizama odbrane kod osoba sa invaliditetom (Wright, 1960; English, 1971; Vash i Crewe, 2010).

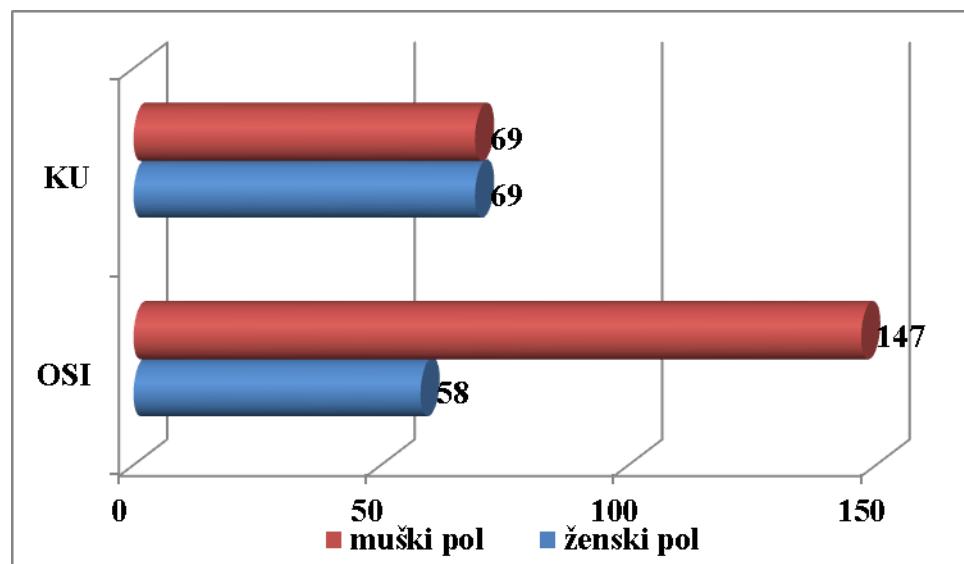
### 3.4. Metod rada i uzorak

Ispitanici poduzorka osoba sa invaliditetom su pacijenti koji su se nalazili na rehabilitaciji u ZFMR „Dr Miroslav Zotović“ i članovi nevladinih organizacija koje okupljaju osobe sa tjelesnim invaliditetom. Jedan od preduslova za uključivanje u istraživanje je bio da je od nastanka invaliditeta prošlo više od godinu dana, što je period u kome je osoba mogla proći faze adaptacije na invaliditet. Podaci za kontrolni uzorak su prikupljeni unutar opšte populacije „snowball“ (snježna grudva) metodom prikupljanja podataka.

Prosječna starost lica sa invaliditetom  $M=45.49$  i  $SD=12.53$ . Najmlađi ispitanik ove grupe ima 21 godinu a najstariji 76. U okviru kontrolnog uzorka starost se kreće u rasponu od 19 do 70 godina. Prosječna starost iznosi 34.13 ( $SD=11.11$ ) godina.

U uzorku je ispitan 205 (147 muškaraca i 58 žena) osoba sa različitim vrstama invaliditeta i 138 (69 muškaraca i 69 žena) osoba bez invaliditeta. Od 205 osoba sa invaliditetom kod 182, invaliditet je stečen u toku života kao posljedica bolesti ili povreda a kod ostalih je invaliditet urođen.

Grafik 3.4. 1. Pol ispitanika

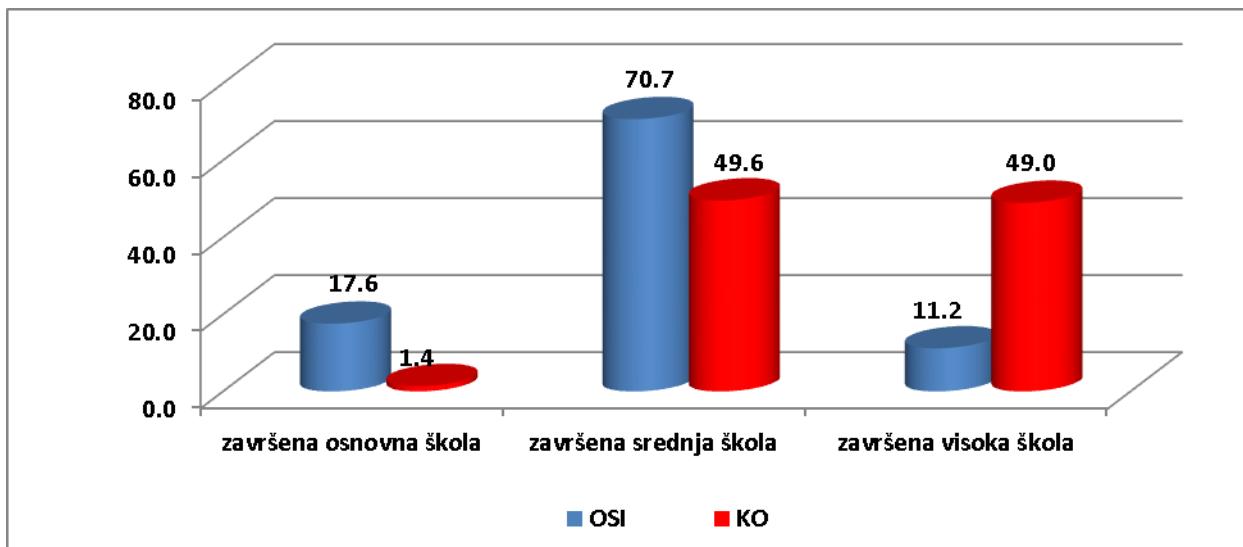


Što se tiče *pola ispitanika* prema grafiku 1 možemo primjetiti da je u grupi osoba sa invaliditetom znatno veći broj muškaraca nego žena. Ovo je posljedica toga što je veliki broj osoba sa invaliditetom pripada grupaciji ratnih vojnih invalida, koji su uglavnom muškog pola.

Međutim, vrlo ujednačen broj i žena i muškaraca u poduzorcima omogućava adekvatno poređenje i statističko zaključivanje.

**Obrazovni nivo ispitanika** je ispitivan kroz tri kategorije: završena osnovna škola, završena srednja škola i završena viša, visoka škola ili još viši stepen obrazovanja.

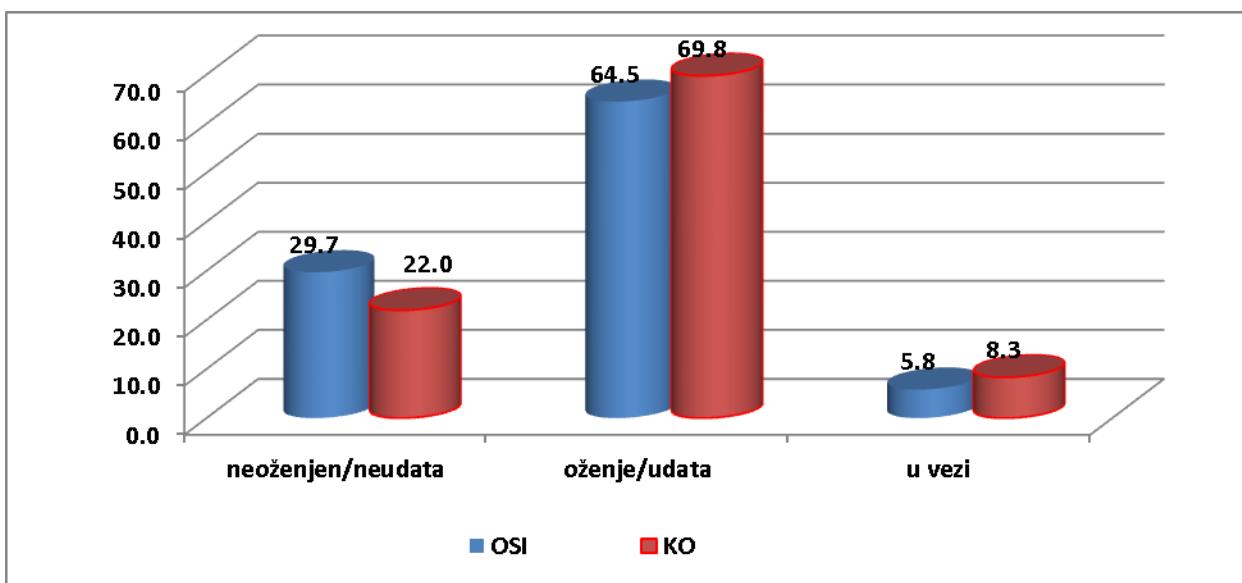
Grafik 3.4.2. *Obrazovni nivo ispitanika*



Na grafiku 2 vidimo da je u okviru poduzorka lica sa invaliditetom nešto manje ispitanika sa završenom osnovnom školom, a više sa završenim fakultetom: osnovne škole 11,2 % (OSI - 17,6, KU-1,4 %), srednje škole 62,4% (OSI- 70,7 , KU- 49,6 %) i završenog fakulteta ili više 26,4 % (OSI - 11,2, KU- 49,0 %).

**Porodični/bračni status** ispitanika je slijedeći: u braku je 67,6 % ispitanika (OSI- 64,5 % , KU- 69,8 % ), neoženjeni/neudati – 32,4 % (OSI-35, 5 %, KU- 30,2%).

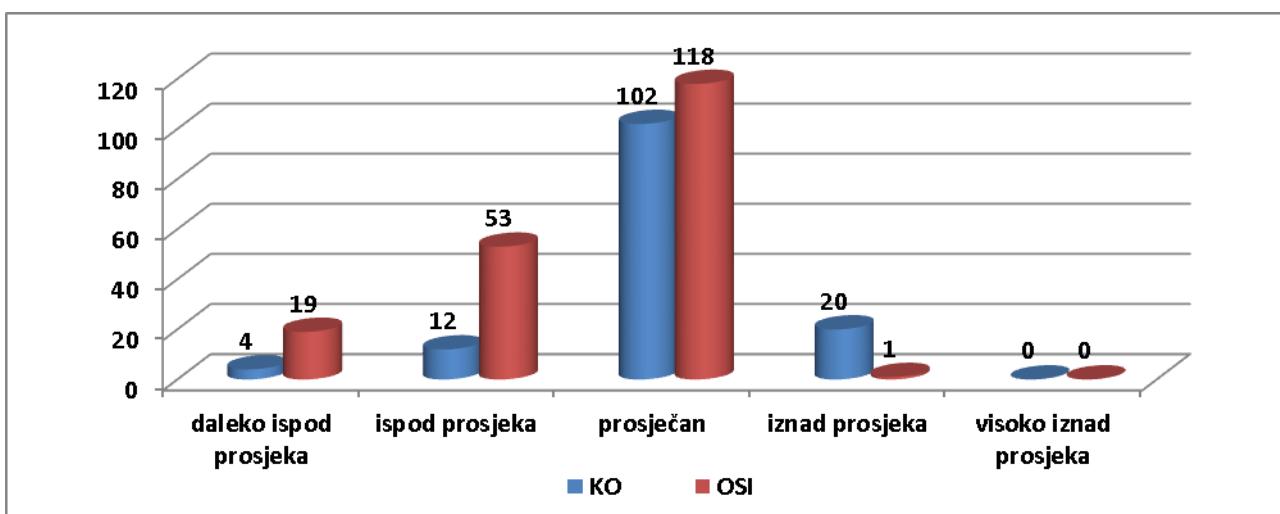
Grafik 3.4.3. Bračni status ispitanika



U odnosu na ovu varijablu možemo primijetiti da nema značajnijih odstupanja između kontrolnog uzorka i uzorka lica sa invaliditetom (Grafik 3).

**Materijalni status** ispitanici procjenjuju kao: daleko ispod prosjeka 6,99% (OSI- 9,7 KU-2,8 %), ispod prosjeka 18,9% (OSI- 25,8%, KU- 8,7%), prosječan 64,2 % (OSI- 57,5%, KU- 73,9 %), iznad prosjeka 9,91% (OSI- 6,82 %, KU- 14,5%).

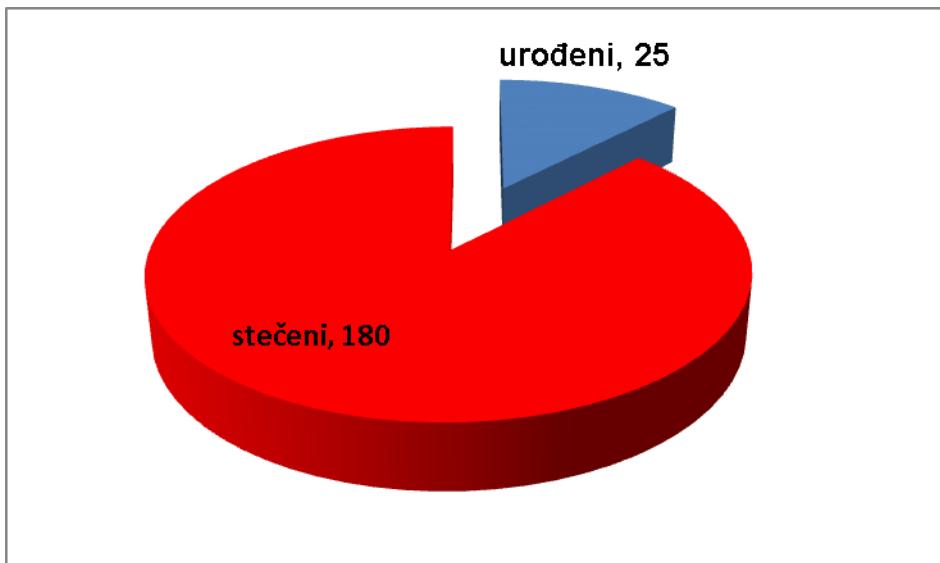
Grafik 3.4.4. Materijalni status ispitanika



Iz grafičkog prikaza vidimo da osobe sa invaliditetom u većem broju slučajeva svoj materijalni status procjenjuju kao prosječan ili ispodprosječan, dok ga kao iznadprosječan procjenjuje samo jedan ispitanik/ca iz grupe OSI.

U poduzorku osoba sa invaliditetom procjenjivano je i da li je **invaliditet urođeni ili stečeni** (uslijed bolesti ili povreda). Kod ukupno 180 ispitanika je registrovan stečni invaliditet, a urođeni kod njih 25 (Grafik 5).

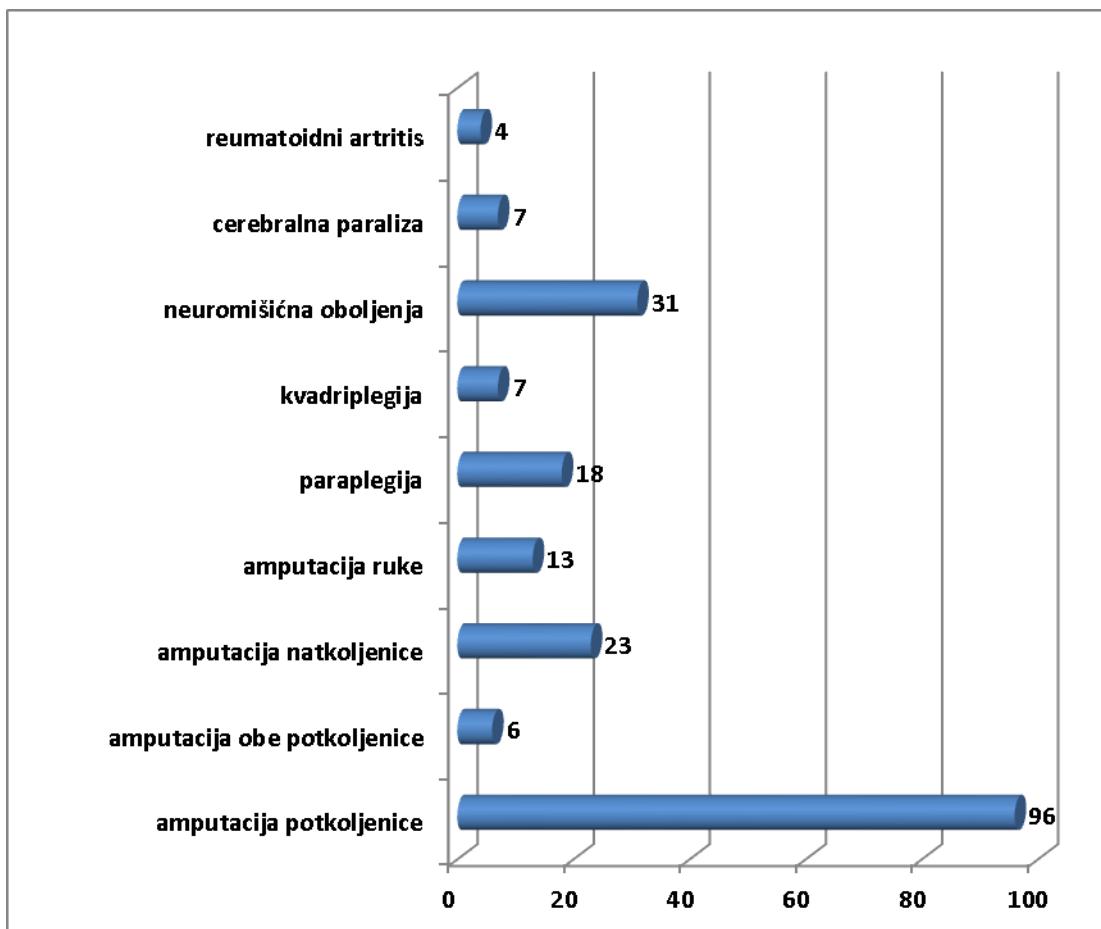
Grafik 3.4.5. Porijeklo invaliditeta



Ovakav odnos između broja ispitanika sa urođenim ili stečenim invaliditetom je uzrokovani objektivnim okolnostima. Kod većine osoba koje invaliditet imaju od rođenja, a bile bi dostupne za istraživanje, tjelesno oštećenje je praćeno i smetnjama u intelektualnom razvoju jer se uglavnom radi o osobama sa dječijom cerebralnom paralizom. Što je isključujući faktor za ovakav tip istraživanja.

**Uzrok invaliditeta** je predstavljen na grafiku 6 i na njemu se vidi da je najveći broj lica sa amputacijom potkoljenice (96), a zatim sa neuromišićnim oboljenjima (31) i amputacijom natkoljenice (23).

Grafik 3.4.6. Uzrok invaliditeta u okviru poduzorka lica sa invaliditetom



Iz navedenog grafika vidimo da je poduzorak osoba sa invaliditetom prilično heterogen s obzirom na uzrok invalidnosti a samim tim je heterogen i po drugim karakteristikama. To je prije svega utiče na nivo samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života, odnosno stepen zavisnosti o drugima. Zatim, na razlike u vidljivosti invaliditeta koja kao što je u uvodu navedeno može imati značajan uticaj na adaptaciju. Pored ovoga, razlike su u nastanku invaliditeta koji može biti neočekivan, kao kod trauma ili se osoba može postepeno pripremati i prolaziti proces adaptacije prije samog invaliditeta. Određena oštećenja su uzrokovana stanjima koja prati hronični bol, što se takođe može odraziti na funkcionisanje osobe. Međutim ove

razlike nisu posebno ispitivane jer smo se u istraživanju bazirali na odnose između ispitivanih konstrukata i uz to analizirali razlike koje se pojavljuju kroz poređenje lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka. Iako različite dijagnoze mogu imati određenog uticaja na specifične odnose između doživljaja sebe i opšteg psihičkog funkcionisanja, one u sprovedenom istraživanju nisu uzete u razmatranje. Kao prvo, uprkos razlikama unutar registrovanih dijagnoza ipak postoji više zajedničkih nego različitih indikatora, a sa druge strane metodološki kriterijumi bi bili u potpunosti drugačiji u odnosu na definisani istraživački nacrt.

### 3.5. Instrumenti

U istraživanju su korišteni slijedeći instrumenti:

- 1) Upitnik - sociodemografske karakteristike (dob, vrsta invalidnosti (dijagnoza), obrazovni nivo, radni status, materijalni status, porodični status).
- 2) Upitnik za procjenu self koncepta (Čekrljija, 2011), koji se sastoji od 47 stavki. Upitnik je petostepeni Likertovog tipa. Sadrži indikatore šest subdomena self-koncepta prema teoriji Bracken i daje šest skorova za subdomene i ukupan skor za globalni self-koncept.
- 3) Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endler i Parkera (CISS), (adaptirala Sorić, 1994). Upitnik je Likertovog tipa, petostepeni. Sadrži 48 tvrdnji koje su grupisane u tri subskale: suočavanje usmjereni na emocije, suočavanje usmjereni na problem i izbjegavanje.
- 4) Upitnik mehanizama odbrane DSK-40 (adaptirali Andrews i sar.) je Likertovog tipa, devetostepeni, sastoji se od 40 tvrdnji o ličnim stavovima koji se odnose na 20 psiholoških mehanizama odbrane koji su podijeljeni na zrele (sublimacija, humor, anticipacija i potiskivanje), nezrele (projekcija, pasivna agresija, "akting aut", izolacija, devaluacija, autistična fantazija, poricanje, premiještanje, disocijacija, splitting, racionalizacija i somatizacija) i neurotske (neaktivnost, pseudo-altruizam, idealizacija i reaktivna formacija) mehanizme odbrane.
- 5) Skala zadovoljstva životom (Penezić, 1996.). Skala je Likertovog tipa, sa pet tvrdnji. Sadrži 20 stavki od kojih se 17 odnosi na procjenu globalnog zadovoljstva a tri stavke služe za procjenu situacijskog zadovoljstva.

Svi instrumenti koji su primijenjeni u istraživanju su do sada višestruko validirani i provjereni. Na ispitnom ukupnom uzorku sastavljenom od lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka su dobijene zadovoljavajuće vrijednosti koeficijenta pouzdanosti izražene Cronbach  $\alpha$  koeficijentom (tabela 1).

*Tabela 3.4.1. Koeficijenti pouzdanosti korištenih skala*

| Skale                           | Cronbachov $\alpha$ |
|---------------------------------|---------------------|
| Kompetencijski self-koncept     | .639                |
| Porodični self-koncept          | .793                |
| Socijalni self-koncept          | .668                |
| Fizički self-koncept            | .612                |
| Emocionalni self-koncept        | .626                |
| Akademski self-koncept          | .727                |
| Usmjerenost na problem          | .747                |
| Emocionalne reakcije            | .688                |
| Izbjegavanje                    | .735                |
| Neurotski mehanizmi odbrane     | .677                |
| Zreli mehanizmi odbrane         | .706                |
| Nezreli mehanizmi odbrane       | .694                |
| Situaciono zadovoljstvo životom | .900                |
| Generalno zadovoljstvo životom  | .781                |

### 3.6. Metode obrade podataka

U skladu sa postavljenim hipotezama u okviru statističke analize će u prvom redu biti analizirani parametri iz domena deskriptivne statistike za sve razmatrane psihološke konstrukte. Za sticanje prvog uvida u njihov međuodnos će biti primijenjena korelaciona analiza. Od metoda multivariatne analize u odnosu razmatranih konstrukata kod kontrolnog uzorka i osoba sa invaliditetom će biti korištene diskriminativna analiza i medijaciona analiza. Analiza podataka će biti izvršena u programskom paketu SPSS, verzija 10,5.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Mjere deskriptivne statistike

#### *4.1.1. Mjere deskriptivne statistike za primarne domene samopoimanja*

Analiza mjera deskriptivne statistike za ostvarene skorove na primarnim domenima samopoimanja pokazuje da su vrijednosti aritmetičkih sredina za sve procjenjivane primarne domene značajno bliže maksimalnim vrijednostima u dobijenim rasponima rezultata, kako na uzorku lica sa invaliditetom, tako i na kontrolnom uzorku. Drugim riječima prosječne vrijednosti primarnih domena na ispitanim uzorcima su pomjerene prema višim vrijednostima samopoimanja (višem samopoimanju). Iako numerički pokazatelji sugerisu drugačije, treba naglasiti da isto vrijedi i za emocionalno samopoimanje, jer u slučaju ovog primarnog domena niži rezultati pokazuju više emocionalno samopoimanje (skala obrnutog smjera od ostalih). Odstupanje od normalne raspodjele je registrovano jedino na porodičnom samopoimanju. Vrijednosti skjunisa i kurtosisa kod oba ispitana uzorka prelaze granicu statističke značajnosti od  $+/-0.01$  i govore da je distribucija skorova leptokurtična.

Kod uzorka lica sa invaliditetom je registrovano veće pozitivno grupisanje rezultata na dijelu skale sa višim rezultatima ( $Ku=2.58$ ) nego kod kontrolnog uzorka ( $Ku=1.21$ ). Što se tiče skjunisa, on je u oba slučaja negativan i pokazuje pomjerenost skorova ka višim vrijednostima porodičnog samopoimanja na oba uzorka. Na uzorku lica sa invaliditetom ( $Sk=-1.57$ ) je

pomjerenost ka višem porodičnom samopoimanju nešto izraženija nego na kontrolnom uzorku (Sk-1.21).

*Tabela 4.1.1. Mjere deskriptivne statistike primarnih domena samopoimanja*

|                          |     | KSC   | PSC   | SSC   | FSC   | ESC   | ASC   |
|--------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                          | M   | 28.25 | 38.24 | 37.36 | 21.03 | 16.87 | 20.18 |
|                          | SD  | 3.56  | 5.11  | 3.78  | 3.13  | 3.47  | 2.68  |
| Kontrolni<br>uzorak      | Sk  | .07   | -1.18 | -.86  | -.08  | -.34  | .28   |
|                          | Ku  | .29   | 1.21  | 2.22  | -.08  | -.42  | .10   |
|                          | Min | 18.00 | 2.00  | 22.50 | 11.00 | 8.00  | 14.00 |
|                          | Max | 39.00 | 45.00 | 47.00 | 28.00 | 24.00 | 28.00 |
|                          | M   | 28.15 | 39.01 | 38.67 | 20.39 | 18.14 | 22.34 |
|                          | SD  | 5.23  | 5.53  | 4.49  | 3.83  | 3.16  | 3.30  |
| Lica sa<br>invaliditetom | Sk  | -.27  | -1.57 | -.76  | -.48  | -.55  | -.50  |
|                          | Ku  | .48   | 2.58  | .14   | .15   | .67   | 2.70  |
|                          | Min | 8.00  | 15.00 | 26.00 | 9.00  | 8.00  | 6.00  |
|                          | Max | 39.00 | 45.00 | 47.00 | 28.00 | 25.00 | 30.00 |

*Legenda:* Kompetencijsko samopoimanje – KSC; Porodično samopoimanje - PSC; Socijalno samopoimanje – SSC; Fizičko samopoimanje – FSC; Emocionalno samopoimanje – ESC; Akademsko samopoimanje – ASC.

#### *4.1.2. Mjere deskriptivne statistike strategija za prevazilaženje stresa, mehanizame odbrane i zadovoljstva životom*

Rezultati koji su dobijeni razmatranjem mjera deskriptivne statistike na operacionalizovanim mjerama strategija prevazilaženja stresa (usmjerenost na problem, sklonost emocionalnim reagovanjima i izbjegavanje), mehanizama odbrane (neurotskim, nezrelim i zrelim), i procjena generalnog i situacionog zadovoljstva životom su predstavljene u tabeli ispod. Kako vidimo kod kontrolnog uzorka je aritmetička sredina usmjerenosti na problem ( $M=59.74$ ) oko sredine dobijenog raspona, dok su kod sklonosti emocionalnim reagovanjima ( $M=44.48$ ) i izbjegavanju problema ( $M=51.20$ ) bliže minimalnim nego maksimalnim skorovima. Nasuprot tome kod uzorka OSI su sve aritmetičke sredine strategija suočavanja sa problemom znatno bliže dijelu skale sa višim vrijednostima: usmjerenosti na problem ( $M=78.00$ ), sklonosti emocionalnim reagovanjima ( $M=61.25$ ) i izbjegavanje problema ( $M=54.86$ ).

U analizama skorova mehanizama odbrane, na neurotskim ( $M=49.69$ ), nezrelim ( $M=45.04$ ) i zrelim ( $M=109.33$ ), i procjenama smo registrovali da lica sa invaliditetom ostvaruju sve više prosječne skorove, odnosno da je kod njih izraženije djelovanje/prisustvo mehanizama odbrane nego kod ispitanika kontrolnog uzorka; neurotski ( $M=44.82$ ), nezreli ( $M=39.78$ ) i zreli ( $M=101.09$ ). Gledajući indekse zakrivljenja, u kontrolnom uzorku je zabilježeno statistički blago značajno vertikalno odstupanje od normalne raspodjele ( $Ku=1.06$ ) vezano za primjenu zrelih mehanizama odbrane.

Procjena životnog zadovoljstva pokazuje da ispitanici kontrolnog uzorka ostvaruju više prosječne skorove na skalama generalnog ( $M=63.43$ ) i situacionog zadovoljstva životom ( $M=12.19$ ) od ispitanih OSI ( $M=11.58$ ). U uzorku ispitanih pacijenata skorovi situacionog zadovoljstva pokazuju značajno odstupanje, i skjunisa ( $Sk=-1.02$ ) i kurtosisa ( $Ku=1.80$ ), i sugerisu značajno okupljanje ispitanika na dijelu skale sa višim vrijednostima situacionog zadovoljstva životom.

*Tabela 4.1.2. Mjere deskriptivne statistike strategija za prevazilaženje stresa, mehanizame odbrane i zadovoljstva životom*

|     | UP  | E     | I     | ZMO   | NeMO        | NzMO  | GZŽ    | SZŽ   |
|-----|-----|-------|-------|-------|-------------|-------|--------|-------|
| KO  | M   | 59.74 | 44.48 | 51.20 | 44.82       | 39.78 | 101.09 | 63.43 |
|     | SD  | 6.93  | 7.90  | 11.18 | 9.14        | 8.84  | 23.49  | 8.93  |
|     | Sk  | .12   | -.51  | -.15  | -.55        | .20   | .15    | -.36  |
|     | Ku  | .23   | .10   | -.20  | <b>1.06</b> | .19   | .25    | -.14  |
|     | Min | 41.00 | 19.00 | 23.00 | 9.00        | 18.00 | 31.00  | 40.00 |
|     | Max | 78.00 | 61.00 | 78.00 | 65.00       | 63.00 | 164.00 | 7.00  |
| OSI | M   | 61.76 | 46.25 | 54.86 | 49.69       | 45.04 | 109.33 | 60.34 |
|     | SD  | 7.22  | 10.14 | 9.88  | 10.77       | 10.59 | 24.77  | 12.34 |
|     | Sk  | .09   | .13   | .06   | -.24        | .23   | .09    | -.73  |
|     | Ku  | .46   | .25   | -.31  | -.39        | .00   | -.20   | .36   |
|     | Min | 39.00 | 20.00 | 30.00 | 22.00       | 20.00 | 48.00  | 21.00 |
|     | Max | 80.00 | 75.00 | 78.00 | 72.00       | 72.00 | 173.00 | 15.00 |

*Legenda:* Usmjerenost na problem – UP; Emocionalno reagovanje – E; Izbjegavanje – I; Zreli mehanizmi odbrane – ZMO; Nezreli mehanizmi odbrane – NzMO; Neurotski mehanizmi odbrane – NeMO; Generalno zadovoljstvo životom – GZŽ; Situaciono zadovoljstvo životom – SZŽ.

#### 4.2. Analiza statističke značajnosti razlika

U dijelu koji slijedi predstavljena su razmatranja statističke značajnosti dobijenih razlika između lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka. Dobijeni rezultati pokazuju statističku značajnu razliku na subdomenima socijalnog ( $t=-2.80$  i  $p<.01$ ) i emocionalnog samopoimanja ( $t=-3.44$  i  $p<.01$ ).

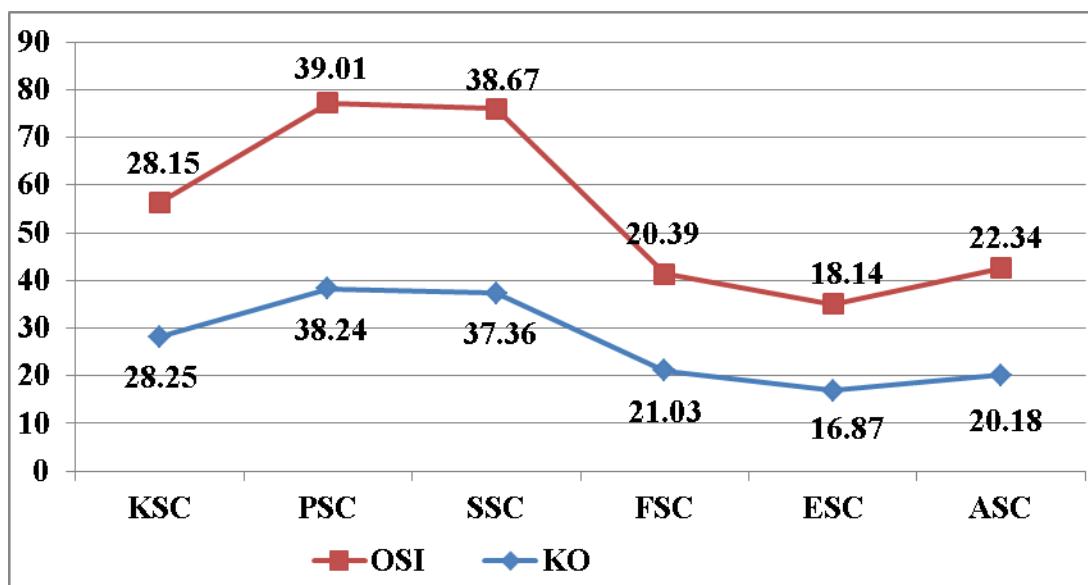
Na oba primarna domena možemo opaziti da su prosječni skorovi značajno izraženiji, kod lica sa invaliditetom.

*Tabela 4.2.1. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema samopoimanju*

|     | Grupa                    | M     | SD   | t     | df  | p    |
|-----|--------------------------|-------|------|-------|-----|------|
| KSC | kontrolni uzorak         | 28.25 | 3.56 | .18   | 341 | .853 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 28.15 | 5.23 |       |     |      |
| PSC | kontrolni uzorak         | 38.24 | 5.11 | -1.30 | 341 | .192 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 39.01 | 5.53 |       |     |      |
| SSC | kontrolni uzorak         | 37.36 | 3.78 | -2.80 | 336 | .005 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 38.67 | 4.49 |       |     |      |
| FSC | kontrolni uzorak         | 21.03 | 3.13 | 1.58  | 326 | .114 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 20.39 | 3.83 |       |     |      |
| ESC | kontrolni uzorak         | 16.87 | 3.47 | -3.44 | 331 | .001 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 18.14 | 3.16 |       |     |      |
| ASC | kontrolni uzorak         | 20.18 | 2.68 | -,48  | 341 | .630 |
|     | lica sa<br>invaliditetom | 20.34 | 3.30 |       |     |      |

*Legenda:* Kompetencijsko samopoimanje – KSC; Porodično samopoimanje – PSC; Socijalno samopoimanje – SSC; Fizičko samopoimanje – FSC; Emocionalno samopoimanje – ESC; Akademsko samopoimanje – ASC.

Grafik 4.2.1. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema samopoimanju



Legenda: Kompetencijsko samopoimanje – KSC; Porodično samopoimanje – PSC; Socijalno samopoimanje – SSC; Fizičko samopoimanje – FSC; Emocionalno samopoimanje – ESC; Akademsko samopoimanje – ASC.

Naredni korak u analizi razlika je uključivao strategije za prevazilaženje stresa i mehanizme odbrane. U ispitivanju strategija za prevazilaženje stresa ispitanici sa invaliditetom takođe ostvaruju statistički značajno više skorove u primjeni usmjerenosti na problem ( $t=-2.49$  i  $p<.05$ ) i izbjegavanju problema ( $t= -3.07$  i  $p<.01$ ).

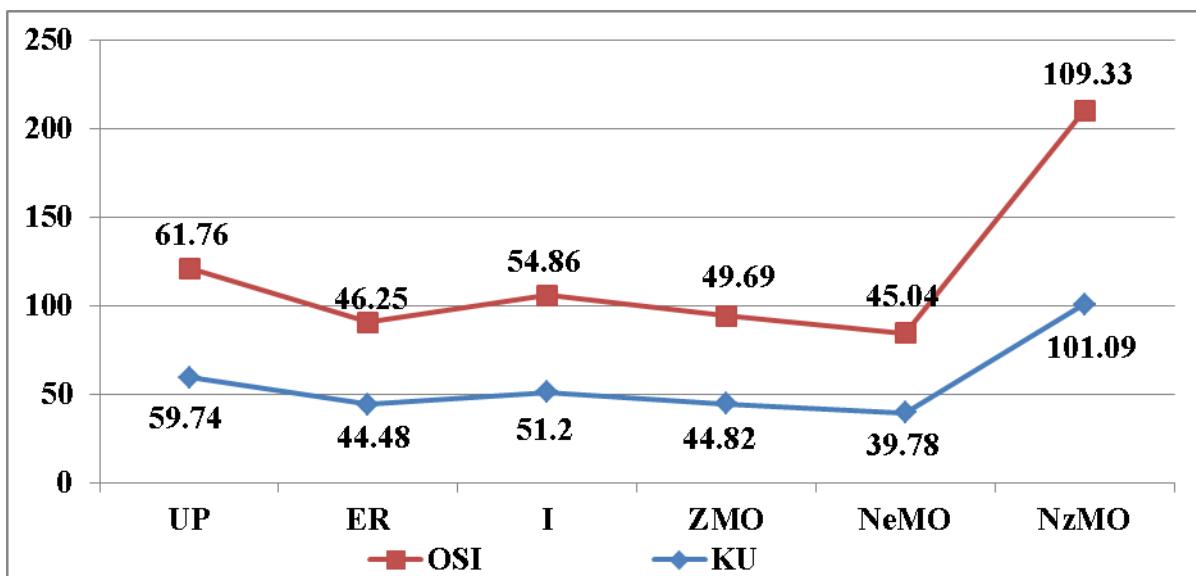
Pored toga, dobijeni rezultati ukazuju i na prisustvo statistički značajno viših skorova kod lica sa invaliditetom u primjeni svih mehanizama odbrane; neurotski mehanizmi odbrane ( $t=-4.20$  i  $p<.01$ ), nezreli mehanizmi odbrane ( $t=-4.68$  i  $p<.01$ ) i zreli mehanizmi odbrane ( $t=-2.87$  i  $p<.01$ ).

*Tabela 4.2.2. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema strategijama za prevazilaženje stresa, mehanizmima odbrane*

|      |                       | Grupa  | M     | SD    | t   | df   | p |
|------|-----------------------|--------|-------|-------|-----|------|---|
| UP   | kontrolni uzorak      | 59.74  | 6.93  | -2,49 | 313 | .013 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 61.76  | 7.22  |       |     |      |   |
| E    | kontrolni uzorak      | 44.48  | 7.90  | -1,69 | 321 | .091 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 46.25  | 10.14 |       |     |      |   |
| I    | kontrolni uzorak      | 51.20  | 11.18 | -3,07 | 317 | .002 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 54.86  | 9.88  |       |     |      |   |
| ZMO  | kontrolni uzorak      | 44.82  | 9.14  | -4,20 | 307 | .000 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 49.69  | 10.77 |       |     |      |   |
| NeMO | kontrolni uzorak      | 39.78  | 8.84  | -4.68 | 323 | .000 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 45.04  | 10.59 |       |     |      |   |
| NzMO | kontrolni uzorak      | 101.09 | 23.49 | -2.87 | 288 | .004 |   |
|      | lica sa invaliditetom | 109.33 | 24.77 |       |     |      |   |

*Legenda:* Usmjerenost na problem – UP; Emocionalno reagovanje – E; Izbjegavanje – I; Zreli mehanizmi odbrane – ZMO; Nezreli mehanizmi odbrane – NzMO; Neurotski mehanizmi odbrane – NeMO; Generalno zadovoljstvo životom – GZZ; Situaciono zadovoljstvo životom – SZŽ.

Grafik 4.2.2. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema strategijama za prevazilaženje stresa, mehanizmima odbrane



Legenda: Usmjerenost na problem – UP; Emocionalno reagovanje – E; Izbjegavanje – I; Zreli mehanizmi odbrane – ZMO; Nezreli mehanizmi odbrane – NzMO; Neurotski mehanizmi odbrane – NeMO; Generalno zadovoljstvo životom – GZZ; Situaciono zadovoljstvo životom – SZŽ.

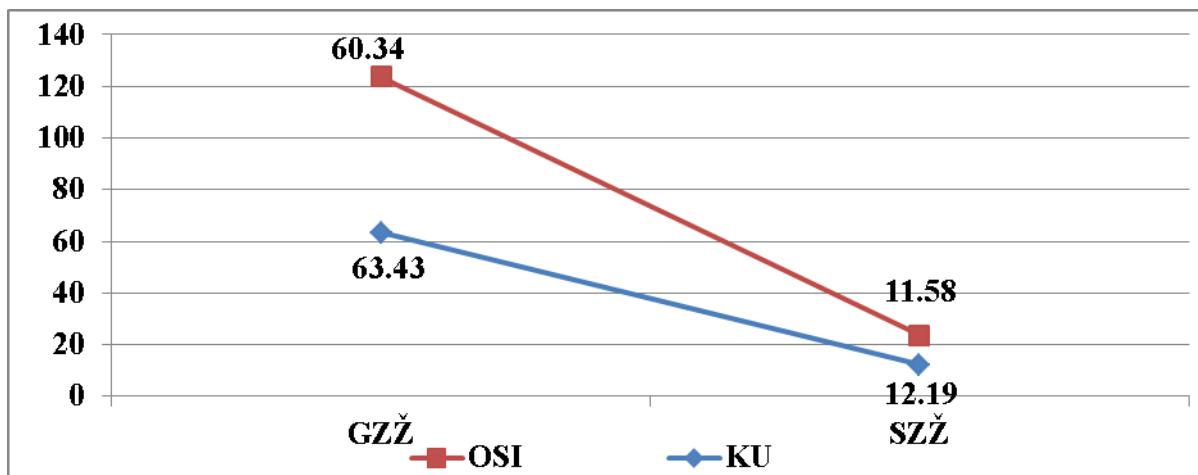
Posljednje poređenje rezultata dobijenih na poduzorcima lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka su obuhvatile komponente zadovoljstva životom. U odnosu na prethodne rezultate procjena zadovoljstva životom je dala više rezultate kod kontrolnog uzorka, odnosno lica bez invaliditeta. Ova grupa ispitanika ostvaruje više prosječne rezultate kako kod generalnog zadovoljstva životom ( $t=2.52$  i  $p<.05$ ), tako i kod situacionog zadovoljstva životom ( $t=2.47$  i  $p<.01$ ).

Tabela 4.2.3. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema generalnom i situacionom zadovoljstvu životom

|     | Grupa                 | M     | SD    | t    | df  | p    |
|-----|-----------------------|-------|-------|------|-----|------|
| GZŽ | kontrolni uzorak      | 63.43 | 8.93  | 2,52 | 338 | .012 |
|     | lica sa invaliditetom | 60.34 | 12.34 |      |     |      |
| SZŽ | kontrolni uzorak      | 12.19 | 1.79  | 2,47 | 337 | .014 |
|     | lica sa invaliditetom | 11.58 | 2.50  |      |     |      |

Legenda: Generalno zadovoljstvo životom – GZŽ; Situaciono zadovoljstvo životom – SZŽ.

Grafik 4.2.3. Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema generalnom i situacionom zadovoljstvu životom



Legenda: Generalno zadovoljstvo životom – GZŽ; Situaciono zadovoljstvo životom – SZŽ.

Na osnovu ukupnih rezultata dobijenih poređenjem osoba sa invaliditetom i kontrolnog uzorka te provjere statističke značajnosti tih razlika možemo reći da su ustanovljene značajne razlike u domenu samopoimanja, mehanizama odbrane, strategija za prevazilaženje stresa i zadovoljstva životom. Dobijene razlike među poređenim grupama su interpretabilne i mogu se posmatrati u širem kontekstu. Drugim riječima, dobijene rezultate ne treba tretirati kao

pojedinačne nalaze već kao skupinu međusobno povezanih rezultata. U cilju sticanja potpunije slike o međuodnosu ispitivanih psiholoških varijabli u daljem dijelu rada su primijenjene analize iz domena multivarijatne statistike.

#### 4.3. Diskriminativna analiza rezultata

##### 4.3.1. Analiza strukture razlika između pacijenata i kontrolnog uzorka prema samopoimanju

Imajući u vidu da dosadašnja razmatranja daju prvenstveno seriju parcijalnih nalaza koje treba objediniti u jedinstven sistem, u radu su korištene i analize koje pripadaju domenu multivarijatne analize podataka. Naime, ovaj pristup omogućava da se simultano sagledaju međuodnosti većeg broja varijabli i da se ostvari potpuniji uvid u funkcije i značaj analiziranih psiholoških koncepta.

Tabela 4.3.1. Koeficijent regresije

| Jedinstvena vrijednost | R    | $\lambda$ | $\chi^2$ | df | P    |
|------------------------|------|-----------|----------|----|------|
| .085 <sup>a</sup>      | .281 | .921      | 25.569   | 6  | .000 |

Na osnovu rezultata predstavljenih u tabeli iznad vidimo da je uz dobijenu vrijednost koeficijenta višestruke regresije ( $R=.281$ ) registrovano postojanje statistički značajne ( $p <.01$ ) funkcije, formirane od nezavisnih varijabli, na osnovu koje je moguće razlikovati osobe sa invaliditetom od ispitanika kontrolnog uzorka.

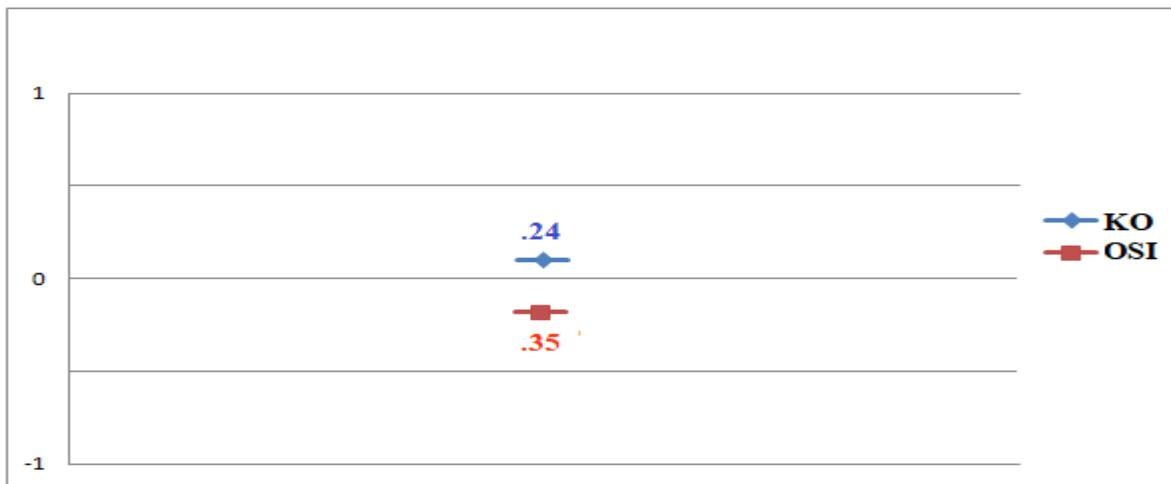
*Tabela 4.3.2. Standardizovani koeficijenti i struktura diskriminativne funkcije*

| Koeficijenti<br>diskriminativne funkcije | Struktura funkcije |
|--|--------------------|
| KSC                                      | .25                |
| PSC                                      | .24                |
| SSC                                      | .50                |
| FSC                                      | -.45               |
| ESC                                      | .63                |
| ASC                                      | .01                |
|  | .69                |
|  | .60                |
|  | .42                |
|  | .23                |
|  | -.23               |
|  | .11                |

*Legenda:* Kompetencijsko samopoimanje – KSC; Porodično samopoimanje – PSC; Socijalno samopoimanje – SSC; Fizičko samopoimanje – FSC; Emocionalno samopoimanje – ESC; Akademsko samopoimanje – ASC.

Kako vidimo iz gornje tabele struktura diskriminativne funkcije je u najvećoj mjeri određena kompetencijskim (.69) i porodičnim self-konceptom (.60), a svoj doprinos u nešto manjoj mjeri daje i socijalni primarni domen (.42). Drugim riječima, na osnovu ova tri primarna domena samopoimanja moguće je identifikovati razliku između osoba sa invaliditetom i ispitanika kontrolnog uzorka.

Grafik 4.3.1. Centroidi grupa



Prema vrijednostima grupnih centroida možemo vidjeti da su pripadnici ispitanika kliničkog uzorka smješteni na pozitivnom polu definisane diskriminativne funkcije. Drugim riječima, razlike između ispitanih pacijenata i kontrolnog uzorka u samopoimanju se mogu opisati na sljedeći način; pripadnici kliničkog uzorka imaju više kompetencijsko, socijalno i porodično samopoimanje i na tome razvijaju i svoje kvalitativno drugačije samopoimanje od ispitanika kontrolnog uzorka.

#### 4.3.2. Analiza strukture razlika između pacijenata i kontrolnog uzorka prema strategijama za prevazilaženje stresa i mehanizmima odbrane

Struktura diskriminativne funkcije je urađena i da bi se ispitao međuodnos strategija za prevazilaženje stresa i mehanizama odbrane u poduzorcima osoba sa invaliditetom i kontrolnog uzorka.

Tabela 4.3.3. Vrijednosti diskriminativne funkcije

| Jedinstvena vrijednost | R    | $\lambda$ | $\chi^2$ | df | p    |
|------------------------|------|-----------|----------|----|------|
| .111 <sup>a</sup>      | .316 | .900      | 24.552   | 6  | .000 |

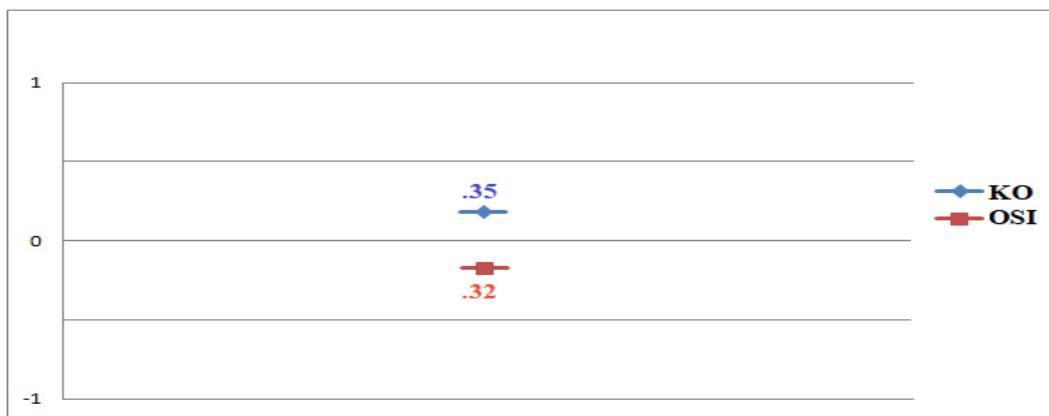
U ovom slučaju vrijednost dobijenog koeficijenta višestruke korelacije iznosi R=.316. Na osnovu dobijenih parametara možemo zaključiti da mehanizmi odbrane i strategije suočavanja sa stresom kao nezavisne varijable tvore statistički značajnu ( $p<.01$ ) diskriminativnu funkciju kojom se opisuje razlika između ispitanih pacijenata i ispitanika kontrolnog uzorka.

*Tabela 4.3.4. Standardizovani koeficijenti i struktura diskriminativne funkcije*

|                             | Koeficijenti<br>diskriminativne<br>funkcije | Struktura funkcije |
|-----------------------------|---|--------------------|
| Usmjerenost na problem      | -.333                                       | .869               |
| Emocionalno                 | -.302                                       | .668               |
| Izbjegavanje                | .401  | .544               |
| Zreli mehanizmi odbrane     | .433  | .462               |
| Neurotski mehanizmi odbrane | .720  | .250               |
| Nezreli mehanizmi odbrane   | .046  | .143               |

Kako vidimo iz gornje tabele struktura diskriminativne funkcije je određena razlikama u usmjerenosti na problem (.87), sklonosti emocionalnom reagovanju (.67), sklonosti izbjegavanju problema (.54) i prisustvu zrelih mehanizama odbrane (.46). Gledano iz drugog ugla možemo reći da jedino nezreli i neurotski mehanizmi odbrane (koje grubo možemo obilježiti i manje poželjnim instrumentima psihičke odbrane) ne definišu ukupnu razliku između lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka. Dakle, razlika između kliničkih pacijenata i ispitanika kontrolnog uzorka se zasniva na većem stepenu prisustva svih oblika suočavanja sa stresom kao i aktivnosti zrelih mehanizama odbrane.

Grafik 4.3.2. Centroidi grupa



Prema vrijednostima centroida grupa se vidi da su pripadnici ispitanika kliničkog uzorka smješteni na pozitivnom polu definisane diskriminativne funkcije. Drugim riječima, razlike između ispitanih pacijenata i kontrolnog uzorka se ogledaju u većem stepenu primjene zrelih mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom kod pripadnika kliničkog uzorka.

Na osnovu dosadašnjih rezultata možemo reći da su prve tri hipoteze potvrđene. Putem t-testa i diskriminativne analize su identifikovane razlike između lica sa invaliditetom i ispitanika kontrolnog uzorka u odnosu na primarne domene self-koncepta. Iako se u prvom razmatranju t-testom samo značajnim pokazuju razlike na emocionalnom i socijalnom self-konceptu, diskriminativna analiza je identifikovala kompetencijski self i porodični self-koncept kao najznačajnije, dok je socijalni dodatno potvrđen u ovom dijelu analize.

Pored toga, t-testom je utvrđeno da lica sa invaliditetom ostvaruju značajno više skorove na svim mehanizmima odbrane i svim strategijama suočavanja sa stresom nego ispitanici iz kontrolnog uzorka. Dalji pregled ostvaren putem diskriminativne analize je te nalaze potvrdio na sve tri testirane strategije suočavanja sa stresom i zrele mehanizme odbrane. Iako nisu registrovane razlike za sve primarne domene self-koncepta i mehanizme odbrane, i mada postoji određena neusaglašenost rezultata diskriminativne analize i t-testa, dobijeni rezultati daju dovoljno argumenata na osnovu kojih možemo reći da su prve tri hipoteze potvrđene.

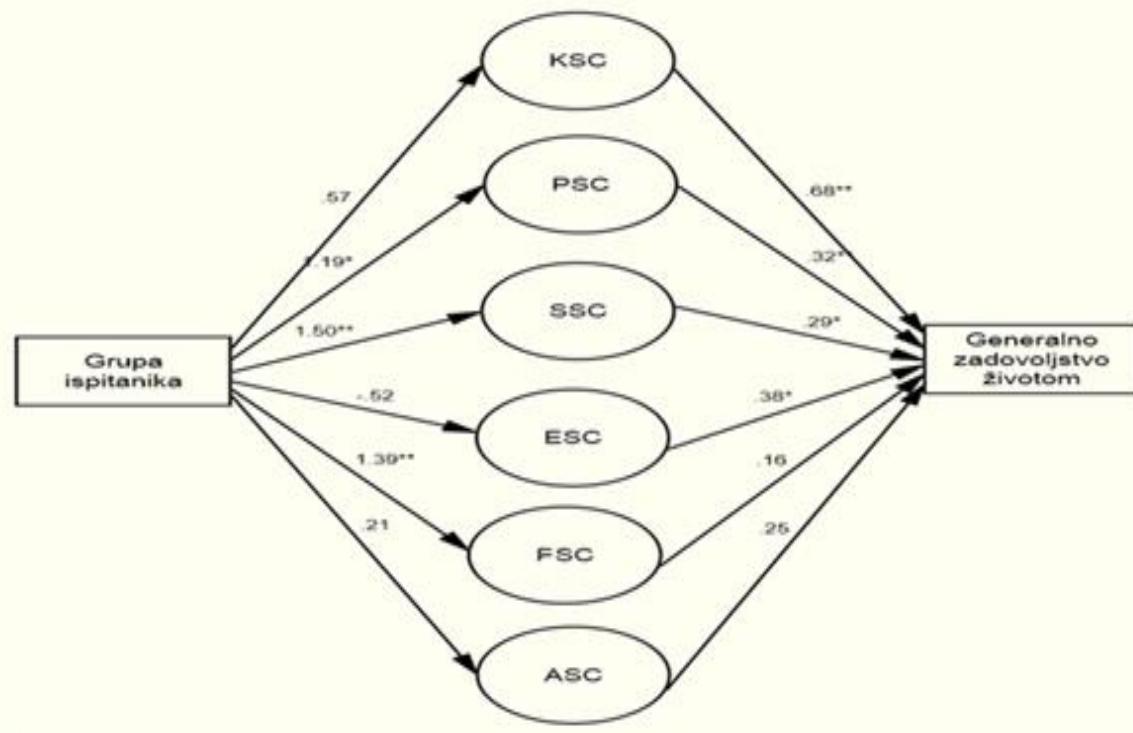
#### 4.4. Analiza uticaja pripadnosti grupi, samopoimanja, suočavanja sa stresom i mehanizama odbrane na zadovoljstvo životom

Zadržavajući se na multivarijatnom pristupu u dalnjem dijelu rada je u poređenju lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka prema samopoimanju, mehanizmima odbrane, strategijama za prevazilaženje stresa i zadovoljstva životom korištena medijaciona analiza. U svim sprovedenim analizama primarna nezavisna varijabla je bila pripadnost grupi, čime je naglašeno da se u prvi plan postavljaju razlike između osoba sa invaliditetom i kontrolnog uzorka. Kao zavisna varijabla je postavljeno zadovoljstvo životom, uz napomenu da su zasebno razmatrane komponente situacionog i generalnog zadovoljstva životom. Konačno, u pozicijama medijacionih varijabli su varirani zasebno uvođeni primarni domeni samopoimanja, i strategije prevazilaženja stresa i mehanizmi odbrane. Ovakvim pristupom je očekivano da se pored cjelovitijeg uvida u prirodu međuodnosa istraživanih koncepata, dobiju i precizniji odgovori na postavljena istraživačka pitanja.

##### *4.4.1. Ispitivanje mediatorske uloge samopoimanja u odnosu pripadnosti grupi i generalnog zadovoljstva životom*

U prvom dijelu ove analize pripadnost grupi uzeta je kao nezavisna varijabla a generalno zadovoljstvo životom kao zavisna varijabla. Pozicije medijacionih varijabli su dodijeljene primarnim domenima samopoimanja. Osnovni parametri sprovedene medijacione analize pokazuju da u okviru testiranog modela postoje statistički značajni uticaji prediktorske i medijacionih varijabli na zadovoljstvo životom ( $R=.23$ ,  $F(7,306)=13.22$ ,  $p<.01$ ). Gledajući u cjelini, možemo reći da testirani model nije održiv. Drugim riječima generalni, ukupni uticaj koji na generalno zadovoljstvo životom preko primarnih domena samopoimanja ostvaruje pripadnost jednoj od testiranih grupa nije statistički značajan ( $-2.16$ ,  $p>.05$ ). Nasuprot tome, direktni uticaj pripadnosti grupi na generalno zadovoljstvo životom jeste statistički značajan ( $-3.46$ ,  $p<.01$ ).

*Slika br. 4.4.1: Medijatorska uloga samopoimanja u odnosu pripadnosti grupi i generalno zadovoljstvo životom*

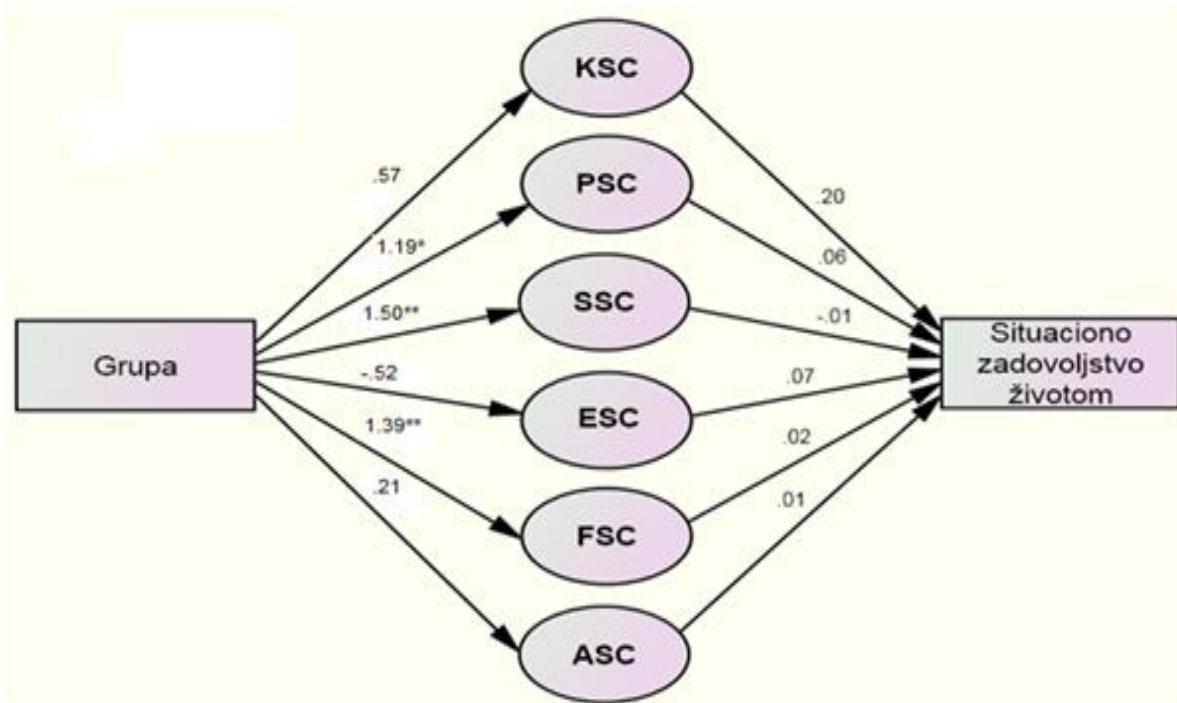


Kako vidimo na slici 1 pripadnosti jednoj od poređenih grupa ispitanika (kao prediktorskoj varijabli) je statistički značajan prediktor porodičnog (1.19\*), socijalnog (1.50\*\*), i fizičkog self-koncepta (1.39\*). Prema vrijednosti dobijenih koeficijenata i njihove statističke značajnosti, kao i smjeru ostvarene veze može se ustanoviti da lica sa invaliditetom ostvaruju više skorove na ova navedena tri domena primarnog self-koncepta. Nakon toga se pokazuje da kompetencijski self-koncept (.68\*) ostvaruje najvišu vezu sa generalnim zadovoljstvom životom. Pored toga, kao medijacione varijable koje ostvaruju statistički značajan direktni uticaj na generalno zadovoljstvo životom pokazuju i emocionalni (.38\*), porodični (.32\*) i socijalni self-koncept (.29\*). I ove veze imaju isti smjer i isto značenje, odnosno pokazuju da viši skorovi na primarnim domenima samopoimanjima ostvaruju i više skorove na procijenjenom generalnom zadovoljstvu životom.

#### 4.4.2. Ispitivanje mediatorske uloge samopoimanja u odnosu pripadnosti grupi i situacionog zadovoljstva životom

U narednom koraku, odnosno sljedećoj medijacionoj analizi generalno zadovoljstvo životom u poziciji zavisne varijable je zamijenjeno situacionim zadovoljstvom, dok su primarni domeni samopoimanja ostali medijacione varijable. Registrovano je da u okviru testiranog modela postoje statistički značajne veze prediktorske i medijacionih varijabli sa zavisnom ( $R=.28,83$   $F(7,305)=13.22$ ,  $p<.01$ ). Prema dobijenim rezultatima medijacione analize u cjelini se pokazuje da pripadnost grupi, preko primarnih domena self-koncepta (kao medijacionih varijabli) ne ostvaruju statistički značajan uticaj na situaciono zadovoljstvo životom (-.42,  $p>.05$ ). Sa druge strane, direktni uticaj pripadnosti grupi na situaciono zadovoljstvo životom jeste statistički značajan (-,60,  $p<.01$ ).

Slika br. 4.4.2: Mediјatorska uloga samopoimanja u odnosu pripadnosti grupi i situaciono zadovoljstvu životom

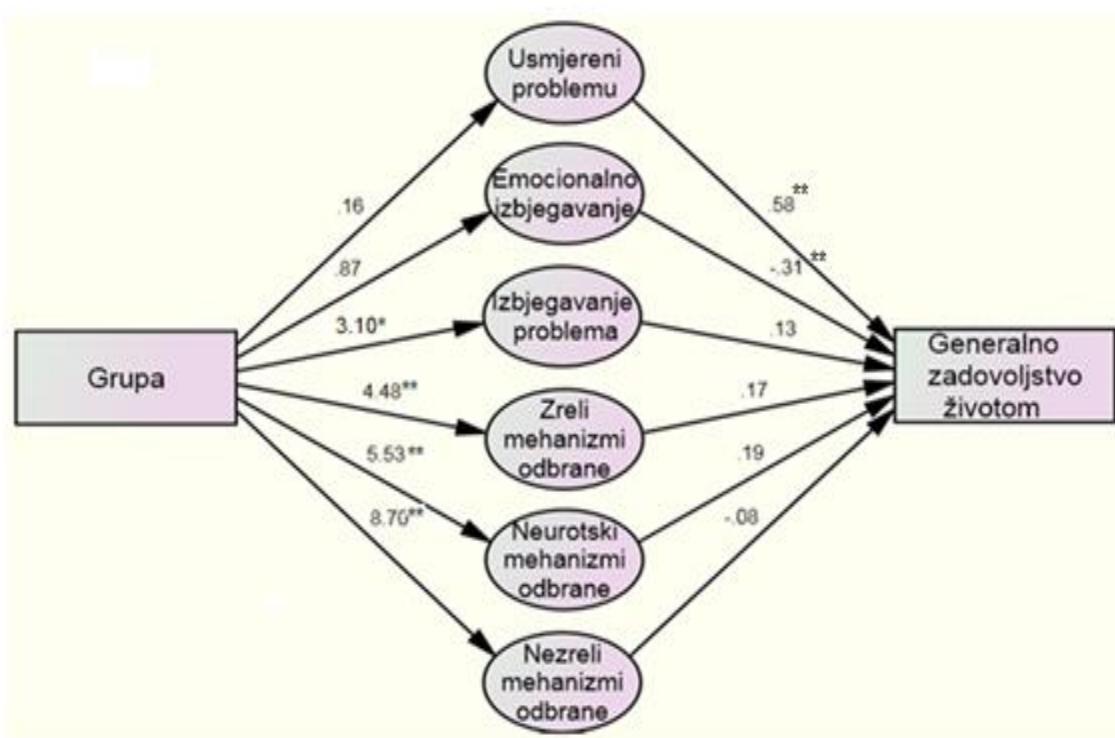


Kako se vidi na slici 2 pripadnost jednoj od poređenih grupa ispitanika (kao prediktorskoj varijabli) je ponovo statistički značajan prediktor porodičnog (1.19\*), socijalnog (1.50\*), i fizičkog self-koncepta (1.39\*\*). Prema vrijednostima dobijenih koeficijenata i njihove statističke značajnosti, kao i smjeru ostvarene veze se može ustanoviti da lica sa invaliditetom ostvaruju više skorove na ova navedena tri domena primarnog samopoimanja. Primarni domeni self-koncepta nasuprot tome ne pokazuju značajne veze sa situacionim zadovoljstvom života. Ovaj izostanak značajnih veza medijatorskih varijabli sa zavisnom je upravo i razlog zbog kojeg testirani medijacioni model nije statistički značajan.

#### *4.4.3. Ispitivanje medijatorske uloge mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom u odnosu pripadnosti grupi i generalnog situacionog zadovoljstva životom*

Slijedeća medijaciona analiza je ponovo uzela pripadnost grupi kao nezavisnu, i generalno zadovoljstvo životom kao zavisnu varijablu. Razlika u odnosu na prethodne analize je bila u tome što su poziciju medijacionih varijabli sada zauzeli mehanizmi odbrane i strategije suočavanja sa stresom. Prema dobijenim opštim pokazateljima može se zaključiti da u modelu postoje statistički značajne veze prediktorske i medijacionih varijabli sa zavisnom ( $R=.43$   $F(7,306)=24.87$ ,  $p<.01$ ). Prema dobijenim rezultatima medijacione analize ovaj put se pokazuje da pripadnost grupi, preko mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom kao medijacionih varijabli, ostvaruju u cjelini statistički značajan uticaj na generalno zadovoljstvo životom (-4.06,  $p<.01$ ). Sa druge strane, i direktni uticaj pripadnosti grupi na generalno zadovoljstvo životom jeste statistički značajan (-5,95,  $p<.01$ ).

Slika br. 4.4.3: Medijatorska uloga mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom u odnosu pripadnosti grupi i generalno zadovoljstvo životom

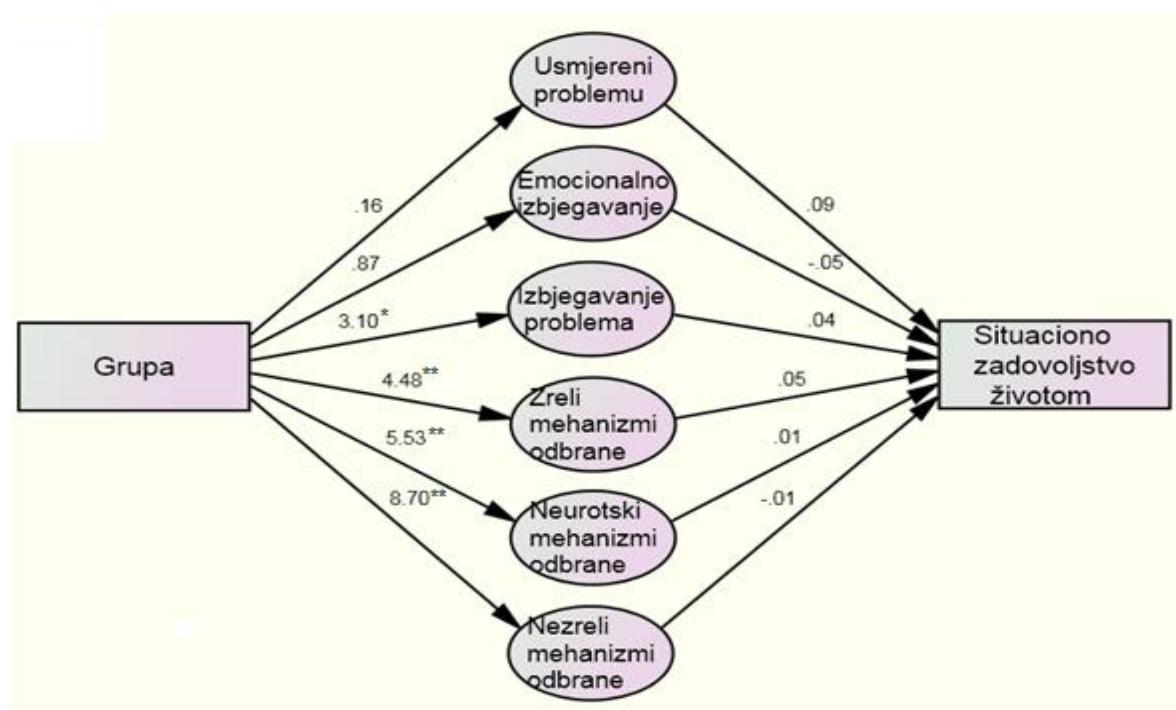


Prema rezultatima na slici 3 pripadnost jednoj od poređenih grupa ispitanika (kao prediktorskoj varijabli) je statistički značajan prediktor izbjegavanja kao strategije suočavanja sa stresom ( $3.10^*$ ). Pored toga, pripadnost grupi ima značajan uticaj na sklonost primjeni svih mehanizama odbrane, zrelih ( $4.48^{**}$ ), neurotskih ( $5.53^{**}$ ) i nezrelih ( $8.73^{**}$ ). Smjer veza pokazuje da osobe sa invaliditetom u značajno većoj mjeri ostvaruju više skorove na sklonosti ka primjeni sva tri oblika mehanizama odbrane. Sa druge strane, medijacione varijable nemaju značajan uticaj na generalno zadovoljstvo životom kao zavisnu varijablu. Što se tiče usmjerenoosti na problem ( $.58^{**}$ ) i emocionalno izbjegavanje ( $-.30^{**}$ ) kao strategija suočavanja sa stresom njihov uticaj je statistički značajan ali sa različitim predznakom. Naime, izraženija sklonost da se kao strategija suočavanja sa stresom bira usmjerost na problem i nesklonost emocionalnom reagovanju su prediktori višeg generalnog zadovoljstva u životu. Izbjegavanje kao strategija nije značajan prediktor generalnog životnog zadovoljstva (.12) kao ni korištenje bilo kog od tipova mehanizama odbrane.

#### 4.4.4. Ispitivanje mediatorske uloge mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom u odnosu pripadnosti grupi i situacionog zadovoljstva životom

Posljednjom medijacionom analizom je ispitana odnos pripadnosti grupi i situacionog zadovoljstva životom, uz strategije suočavanja sa stresom i mehanizmima odbrane kao medijacionim varijablama. Prema dobijenim rezultatima vidi se da model sadrži statistički značajne veze prediktorske i medijacionih varijabli sa zavisnom varijablom ( $R=.37$   $F(7,306)=19.50$ ,  $p<.01$ ). Prema dobijenim rezultatima medijacione analize pripadnost grupi, preko mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom kao medijacionih varijabli, ostvaruju u cjelini statistički značajan uticaj na situaciono zadovoljstvo životom (-1.02,  $p<.01$ ). Sa druge strane, direktni uticaj pripadnosti grupi na situaciono zadovoljstvo životom jeste statistički značajan ali sa manjim stepenom statističke značajnosti (-,66,  $p<.05$ ).

Slika br. 4.4.4. Mediјatorska uloga mehanizama odbrane i strategija suočavanja sa stresom u odnosu pripadnosti situacionog zadovoljstva životom



Dobijeni rezultati (slika br. 4) pokazuju da je pripadnost grupi statistički značajan prediktor izbjegavanja (3.11\*) kao strategije suočavanja sa stresom, kao i sklonost primjeni svih tipova mehanizama odbrane, zrelih (4.48\*\*), neurotskih (5.53\*\*) i nezrelih (8.73\*\*). I u ovom slučaju niti jedna od strategija suočavanja sa stresom kao medijacione varijable nema značajan direktni uticaj na situaciono zadovoljstvo životom kao zavisnu varijablu.

Rezultati dobijeni medijacionim analizama, kojima je provjeravana pretpostavka da primarni domeni self-koncepta, mehanizmi odbrane i strategije suočavanja sa stresom statistički značajno moderiraju razlike u zadovoljstvu životom između lica sa invaliditetom i ispitanika kontrolnog uzorka, dala je dvojake rezultate. U prvom redu ponovo je identifikovan direktni odnos pripadnosti grupi sa porodičnim, socijalnim i emocionalnim self-konceptom, gdje je utvrđeno da lica sa invaliditetom ostvaruju više skorove. Ova tri primarna domena self-koncepta, uključujući i kompetencijski pokazuju da su u direktnoj pozitivnoj vezi sa generalnim zadovoljstvom životom. Pored toga neurotski, nezreli i zreli mehanizmi odbrane su u direktnoj vezi sa pripadnošću grupi, odnosno značajno su zastupljeniji kod lica sa invaliditetom. Isto važi i za usmjerenost na problem. U odnosu na generalno zadovoljstvo životom, izraženija usmjerenost na problem (.58\*\*), i niže emocionalno izbjegavanje se mogu prihvati kao prediktori. Interesantno je da niti jedan mehanizam odbrane, ni strategija suočavanja sa stresom nije u značajnom odnosu sa situacionim životnim zadovoljstvom. Imajući u vidu nesklad između rezultata dobijenih za generalno i situaciono zadovoljstvo životom, četvrta hipoteza se prihvata samo uslovno, odnosno bez mogućnosti generalizovanja nalaza i zaključaka na sve aspekte zadovoljstva životom, dakle u ograničenom domenu.

## 5. DISKUSIJA

Osnovni cilj istraživanja je bio ispitati postojanje razlike u psihičkom funkcionisanju osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom u odnosu na osobe bez invaliditeta, i to na osnovu konstrukata samopoimanja, mehanizama odbrane, strategija za prevazilaženje stresa i zadovoljstva životom. U nastojanju da se daju što precizniji i potpuniji odgovori na postavljene istraživačke zadatke, akcenat je u ostvarenju cilja rada stavljen na eventualne razlike u međuodnosu navedenih konstrukata ličnosti koje su posljedica prisustva/odsustva tjelesnog invaliditeta.

Predmet i ciljevi istraživanja su osmišljeni na osnovu zapažanja koja su nastala u toku višegodišnjeg psihološkog rada sa osobama sa tjelesnim invaliditetom, te sagledavanjem potrebe da se bolje razumije njihovo psihičko funkcionisanje, značajni konstrukti ličnosti i njihov međuodnos u funkciji adaptacije na život sa invaliditetom. Psihologija invalidnosti je relativno mlado područje rada psihologa, međutim zahvaljujući radu pionira u ovoj oblasti (Wright, Fishman, Garett, Levine, i dr.) koji su koristeći konstrukte, pojave i koncepte opisane u postojećim psihološkim teorijama uz primjenu sopstvenih znanja i zapažanja utemeljili okvire koji nam danas omogućuju bolje razumijevanje osobe sa invaliditetom i proces adaptacije na život sa invaliditetom. Jedna od postavki je i potreba razumijevanja činjenice da svaki čovjek u određene situacije dolazi kao proizvod svog užeg i šireg sociokulturalnog okruženja, sa usvojenim obrascima ponašanja, uvjerenjima, stavovima, planovima, očekivanjima u odnosu na sebe i u odnosu na okolinu. U visoko stresnim, emocionalno nabijenim i za budućnost neizvjesnim situacijama kao što je nastanak invaliditeta, ovi faktori moderiraju i oblikuju čovjekovu percepciju, utiču na motivaciju i anticipaciju budućnosti. Njihova uloga može biti ometajuća u procesu rehabilitacije i adaptacije, međutim ukoliko ih na vrijeme prepoznamo možemo ublažiti njihove efekte ili ih pretvoriti u značajan resurs u radu sa pacijentom. Ovo naravno nije jednostavan i jednostran proces i koliko trebamo raditi sa samim invalidom potrebne su i promjene u užem i širem okruženju. Cilj nam je ne samo uspostavljanje optimalnih uslova za proces adaptacije nego i podizanju stepena zadovoljstva i kvaliteta života osobe sa invaliditetom. Iz diskursa naše profesije, fokus je naravno na psihološkim karakteristikama

pojedinca i njihovom moderiranju u cilju očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja osoba sa invaliditetom. Zbog toga je i osmišljeno ovo istraživanje u kojem su ispitane prirode veza koje međusobom grade substrukture self koncepta, mehanizama odbrane, strategija prevazilaženja stresa i životnog zadovoljstva. Ovo je značajno za razumijevanje funkcionisanja osoba sa invaliditetom, a smatramo da će ova saznanja biti i od značajne koristi u praktičnom radu te u izradi preventivnih mjera u cilju unapređenja kvaliteta života osoba sa invaliditetom.

U uvodu su opisane determinante psihičkog funkcionisanja, koje se posmatraju u okviru adaptacije na različite životne okolnosti, u ovom slučaju život sa invaliditetom kroz uzajamno djelovanje fizičkih, psihičkih i socijalnih činilaca. Zatim je opisan proces prilagođavanja na invaliditet, njegove faze koje mogu imati različito trajanje i intenzitet zavisno od različitih faktora kao što su uslovi nastanka, težina i kvalitet samog oštećenja, porodično i profesionalo funkcionisanje, opšti uslovi života, psihološki kapaciteti i druge, ponekad i nepredvidive okolnosti. Svaka faza je praćena određenim psihičkim reakcijama i ponašanjima, što trebamo imati na umu i razumijevati da bismo mogli kanalizati u pozitivnom smjeru za konačnu dobrobit pacijenta. Savremeno razumijevanje funkcionisanja osobe sa invaliditetom ne bi bilo moguće bez postavki iz psiholoških teorija koje su opisane u trećem dijelu uvoda. Za naš rad su odabrani samopoimanje ili self concept, strategije nošenja sa stresom, mehanizmi odbrane te zadovoljstvo životom, koji su pojedinačno opisani u ostalim poglavljima uvoda.

U skladu sa ciljem istraživanja da se utvrde specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa invaliditetom, odnosno da se utvrdi postoje li razlike u odnosu na osobe bez invaliditeta u samopoimanju, primjeni strategija za prevazilaženje stresa mehanizma odbrane te životnim zadovoljstvom, provedena je deskriptivna analiza rezultata, provjera statističke značajnosti razlika te diskriminativna analiza. Pored ovoga korištena je i medijaciona analiza da bi se ispitao uticaj kojim primarni domeni self-koncepta, mehanizmi odbrane i strategije suočavanja sa stresom oblikuju razliku u procijenjenom zadovoljstvu života između osoba sa invaliditetom i osoba bez invaliditeta.

Istraživanje je provedeno na 205 (148 muškaraca i 58 žena) osoba sa različitim vrstama invaliditeta i 138 (69 muškaraca i 69 žena) osoba bez invaliditeta. U grupi ispitanika sa invaliditetom je od nastanka invaliditeta prošlo više od godinu dana. Ovaj period je procijenjen kao dovoljan jer u tom periodu je osoba prošla rehabilitaciju, stanje je definisano i osoba je bila u mogućnosti da prođe sve faze prilagođavanja na život sa invaliditetom. Kod 88% ispitanika

invaliditet je stečen u toku života kao posljedica bolesti ili povreda, a kod 12% je urođeni. Ova razlika je posljedica toga što je u populaciji invalida manji broj osoba sa urođenim tjelesnim oštećenjima. Dio ispitanika sa invaliditetom su pacijenti koji su se nalazili na rehabilitaciji u ZFMR „Dr Miroslav Zotović“, a drugi dio su članovi nevladinih organizacija koje okupljuju osobe sa tjelesnim invaliditetom. Ovakav način prikupljanja podataka bi mogao uticati na rezultate u smislu da osobe sa invaliditetom koje su aktivne u udruženjima imaju drugačiji kvalitet života, aktivnije su, samosvjesnije i lakše se nose sa socijalnim barijerama. Đurić (2010), je našla da članstvo u udruženjima lica sa amputacijom korelira sa stepenom reintegrisanosti i životnim zadovoljstvom kod lica sa amputacijom donjih ekstremiteta. Drugim riječima, moguće je da nam nisu bile dostupne osobe sa invaliditetom koje su socijalno isključene. To je čest slučaj sa onima koji žive u manjim zajednicama sa ograničenim mogućnostima za rehabilitaciju, obrazovanje, radni i socijalni angažman. Imajući u vidu da je položaj osoba sa invaliditetom zadnjih decenija unapređen, da su zdravstvene, obrazovne i socijalne institucije dostupnije i da među stanovništvom postoji svijest o potrebama i mogućnostima za unapređenje ovih osoba, nadamo se da je njihov broj mali i da je uzorak u tom smislu reprezentativan. Kako su u fokusu ovog istraživanja određeni konstrukti ličnosti i njihov međuodnos, ukoliko taj problem i postoji, smatramo da to nije značajnije uticalo na konačne rezultate, odnosno da su nađeni principi funkcionisanja primjenjivi na širu subpopulaciju osoba sa invaliditetom.

\* \* \*

Rezultati dobijeni na procjeni samopoimanja pokazuju da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz grupe sa fizičkim invaliditetom i kontrolne grupe u subdomenima socijalnog i emocionalnog samopoimanja. S druge strane, analiza strukture diskriminativne funkcije pokazuje razlike u kompetencijskom, porodičnom i socijalnom samopoimanju, na osnovu kojih možemo identifikovati postojanje drugačijeg kvaliteta samopoimanja kod osoba sa invaliditetom u odnosu na one bez invaliditeta.

Visoko porodično samopoimanje se može objasniti percipiranom podrškom i brigom koju osobe sa invaliditetom dobijaju u porodici ali i u određenom glorifikovanju porodice jer su zahtjevi za ostale članove veći od uobičajenih u porodicama koje nemaju tu vrstu problema. Radonjić-Miholjić (2002) je u istraživanju kod osoba sa amputacijom našla da porodica ima dvostruku ulogu u oporavku amputirca. Jedna od uloga je porodična podrška kroz ljubav, pažnja

i prihvatanje, a druga je briga amputirca za porodicu što predstavlja značajan motivišući faktor za oporavak i reintegraciju. Ovo je primjenjivo i za druge vrste invaliditeta. Primjere za to vidimo iz slijedećih izjava. Dragan (42, paraplegija) „*U početku smo svi bili sretni što sam preživio, međutim kad se vidjelo da je stanje konačno, počeo sam se bojati povratka kući, imao sam suprugu i malu djecu, međutim radost koju su pokazivali svaki put kad me vide i pomoći supruge su mi pomogli da vidim da ipak neću biti odbačen. Želio sam gledati svoju djecu kako rastu i pomoći im u skladu sa svojim mogućnostima.*“ Olivera (55g, progresivna mišićna distrofija) “*Čitav život mi je motivacija moja kćerka i činjenica da sam osoba koja ne voli da zavisi od drugih. Volim da budem samostalna i to mi je помогло да uz asistenta ostanem nezavisna od članova porodice barem dio dana.*”

Đurić (2010) je, također na populaciji amputiraca, našla da su procijenjene vrijednosti porodičnog i kompeticijskog samopoimanja, statistički značajno pomjerene ka višim vrijednostima.

Kako su ispitivane osobe kod kojih je prisutan tjelesni invaliditet, očekivalo bi se da postoji značajna razlika u fizičkom i kompeticijskom samopoimanju u negativnom smjeru – s obzirom na prisustvo oštećenja i funkcionalna ograničenja, što u ovom istraživanju nije slučaj. I istraživanje lica sa amputacijom donjih ekstremiteta je pokazalo da oni čak pozitivnije procjenjuju svoj fizički self-koncept u odnosu na kontrolnu grupu (osobe bez invaliditeta), dok u ostalim subdomenima nema razlike (Đurić i Čekrljija 2012). Ovo nam govori o kompleksnosti kako generalnog, tako i fizičkog self koncepta i da procjena uključuje različite fizičke aspekte ličnosti kao što je preostala snaga i sposobnosti, nivo funkcionalnosti s obzirom na oštećenje, fizička privlačnost i sl.

Balley (2014) je ispitivao iskustva vezana uz tijelo kod osoba sa povredama kičmene moždine. Nalazi pokazuju da se negativna iskustva vezana za tijelo ne nalaze na suprotnom polu u odnosu na pozitivna iskustva već se radi o procjenama različitih aspekata. Negativna iskustva s tijelom prikazana su izgledom, težinom, problemima u funkcionisanju i drugim doživljajima dok je pozitivna slika tijela bila predstavljena prihvaćanjem, poštovanjem i zahvalnošću tijela. Što potvrđuje da različiti atributi, pozitivni ili negativni uključuju u samoprocjenu i da mogu djelovati integrisano.

Rezultati pokazuju i pozitivnu procjenu socijalnog samopoimanja što je pozitivan nalaz, koji uključuje procjenu koliko socijabilnim se čovjek vidi sam i koliko i socijabilnim smatra da

ga vide i drugi ljudi. U situacijama nastanka invaliditeta socijalna pozicija može biti narušena jer postoji duga kulturološka tradicija u kojima se prema njima ophodi iz pozicije predrasuda i stereotipa, što može dovesti do odbacivanja lica sa invaliditetom ili njegove samoinicijativne socijalne izolacije. Razlog za ovo se može vidjeti u tome što je, kako smo već naveli, većina ispitanika iz grupe koja je aktivna u procesu kontinuirane rehabilitacije i članstva u udruženjima invalida. Kroz proces rehabilitacije osoba ima mogućnost da prihvati sebe, sa svojim nedostacima ali i prednostima, održi samopoštovanje koje je neophodno u socijalnim kontaktima. Ukoliko osoba sebe prihvati na adekvatan način, neminovno će biti prihvaćena i u svom socijalnom okruženju. Dragica (52 g, amputacija ruke i noge) *“U početku mi je bilo strašno kako su me ljudi gledali, kao najveću jadnicu. A onda sam razmišljala, volim izaći među ljudi, veliki sam veseljak i zašto bih se odrekla toga zbog toga što će me neko gledati. Ne propuštam ni jednu svadbu, slavu ili izlazak.“*

Kako se vidi iz prethodnog, invaliditet ne dovodi nužno do nižeg samopoimanja i samopoštovanja. Negativne promjene u jednom subdomenu se mogu kompenzovati promjenama ili proširenjima sistema vrijednosti. Odnosno, naglasak se daje na preostale sposobnosti ko što su inteligencija, moralna istrajnost i sl. Primjer za to možemo vidjeti u slijedećoj izjavi: Ivo (55g, paraplegija, tetraplegija) *“Potičem iz mnogočlane porodice i ako je sudbina da se to dogodi u našoj porodici onda je najbolje da se to dogodilo meni jer drugi ne bi imali psihičke snage da se izbore sa ovim.“*

Prema Wright (1960), samoprocjena selfa odvija kroz princip integracije po kojem nije neophodno da slika o sebi bude integrisana u svim dijelovima. Kako je idealan self kompleksan, moguće je i postojanje nekonzistentnosti bez tenzije u sistemu. S druge strane možemo govoriti i o izvjesnoj modifikaciji ili čak distorziji realnosti koje su prema spoznajama iz socijalne kognicije posljedica tendencije da se aktuelne informacije obrađuju da bi se održao pozitivan pojam o sebi u čijoj pozadni leži motiv za uzdizanjem sebe i motiv za samopotvrđivanjem (Kolenović-Đapo, Drače, Hadžiahmetović, 2015). U ovom procesu naglasak se daje na bitne aspekte samopoimanja kao što su vrijednosti, značajni socijalni odnosi i njegovanje značajnih ličnosnih obilježja (Sherman i Cohen, 2006).

Za sada nema većeg broja istraživanja koja bi se bavila razvojem i modifikacijom samopoimanja kod osoba kod kojih je prisutan invaliditet, međutim nema razloga da vjerujemo da se odvija po principima koji odudaraju od onih koje se odnose na sve ljudе. Kako se vidi iz

prethodno navedenog, rezultati u određenoj mjeri osciliraju i sigurno je da unutar same grupe osoba sa invaliditetom postoje razlike ne samo u samopoimanju već i u drugim konstruktima ličnosti. S druge strane bilo bi značajno definisati principe po kojima se odvija kompenzacija i modifikacija u sistemu vrijednosti za unapređenje samopoimanja kod osoba sa invaliditetom.

\* \* \*

Kod ispitivanja strategija za prevazilaženje stresa rezultati pokazuju da ispitanici iz grupe sa invaliditetom primjenjuju suočavanje i izbjegavanje u većoj mjeri nego ispitanici iz kontrolne grupe. Ova razlika je potvrđena i analizom strukture diskriminativne funkcije koja je određena razlikama u usmjerenosti na problem, sklonosti izbjegavanju problema ali je pokazala i višu sklonost osoba sa invaliditetom ka emocionalnom reagovanju. Ovo je očekivano ukoliko imamo u vidu nalaze istraživanja koja su pokazala da su osobe sa invaliditetom izložene jedinstvenim stresorima koji imaju tendenciju da postanu hronični po prirodi i intenzivirani su faktorima specifičnim za određenu invalidnost (Groomes & Leahy, 2002). Pande and Tevari (2016) su našli da su najveći izvori stresa povezani sa egom, nemogućnošću ostvarivanja tradicionalnih rodnih uloga, problemima u interpersonalnim odnosima sa članovima porodice i drugima, fizičke barijere i deformisani izgled tijela. Brice (2016) smatra da je prisutvo invaliditeta veoma iscrpljujuće za pojedinca. U istraživanju faktora koji utiču na motivaciju, regulaciju i stres, se pokazalo da su vidljivost invaliditeta i stigma povezana sa invaliditetom (Goffman, 1986), faktori koji imaju značajan uticaj na ove procese i zahtijevaju višu samokontrolu. Ovi stresori spadaju u kategorije problema koji se nalaze u neposrednoj okolini osobe i onima koji su dio šireg kulturološkog konteksta.

Brojna istraživanja su pokazala da primjena adekvatnih strategija za prevazilaženje stresa ima značajnu ulogu i u psihosocijalnoj adaptaciji na onesposobljenje (Dunn 1996, Livneh i sar., 1999, Livneh i Wilson, 2003, Elliot i dr., 2002, Jarama i Belgrave 2002, Noonan i dr., 2004, Desmond i MacLachlan, 2006). Uvriježeno je shvatanje da je suočavanje najefikasnija strategija koja je identifikovana i kao najjači prediktor psihosocijalne prilagođenosti i zadovoljstva životom, ali prema (Putam i saradnicima, 2003) i emocionalne/socijalne strategije takođe daju statistički značajne, pozitivne efekte u adaptaciji na onesposobljenost. Ovo se posebno odnosi na stresore koji proizilaze iz neposrednog okruženja i kulturološkog konteksta kad su mogućnosti za primjenu suočavanja ograničene ili čak onemogućene. U tim slučajevima ponašanja kao što su

distrakcija, maštanje, socijalno povlačenje i slično, dovode do ublažavanja emocionalne uznemirenosti izazvane stresnom situacijom.

**Olivera:** *Pripremila sam se za potpunu nepokretnost, nabavila sva potrebna pomagala tako da kada imam povremene krize, ta pomagala mi posluže dobro i polako se treniram za nadolazeće faze. Iskreno nadam se da neću biti dugovječna jer je ipak teško živjeti sa invalidnošću. Najviše mi nedostaje ples i prijatelji, oni se razilaze kako invalidnost napreduje i sve manje imaju vremena za mene. Socijalna izolacija je nešto što neminovno dolazi jer okolina nema vremena za one koji nisu aktivni, a rodbine nemam mnogo. Čega se bojam u budućnosti-odlaska u instituciju.”*

Kroz ovu izjavu vidimo što znači život sa invaliditetom i da on ima određenu težinu. S druge strane vidimo na djelu istovremeno djelovanje više strategija za prevazilaženje stresa. Tu je suočavanje, ko je je vidljivo kroz anticipaciju budućih problema i preuzimanje praktičnih aktivosti, no u razmatranju budućih problema već se vide naznake emocionalog suočavanja, koje će sa smanjenjem fizičkih i drugih potencijala dovesti do njegove dominacije.

\* \* \*

Mehanizmi odbrane takođe čuvaju psihološki integritet pojedinca. Prvobitno je njihova uloga opisivana u funkciji redukcije anksioznosti, dok zadnjih godina autori sve više naglašavaju njihovu ulogu u zaštiti ili uzdizanju samopoštovanja kao i njihovu adaptivnu funkciju.

Rezultati su pokazali da ispitanici iz grupe osoba sa invaliditetom pokazuju više sklonosti ka primjeni svih identifikovanih mehanizama odbrane u odnosu na ispitanike iz kontrolne grupe. Međutim, analiza diskriminative funkcije pokazuje da je razlika između osoba sa invaliditetom i kontrolnog uzorka definisana primarno primjenom zrelih mehanizama odbrane. Drugim riječima, nezreli i neurotski mehanizmi odbrane ne definišu ukupnu razliku između lica sa invaliditetom i kontrolnog uzorka.

Slično kao i kod strategija za prevazilaženje stresa gdje se smatra da su određene strategije korisnije i pridnose boljoj adaptaciji pojedinca i ovdje se smatra da mehanizmi odbrane koje svrstavamo u zrele imaju pozitivnu funkciju što ne vrijedi za nezrele i neurotske. Međutim, u analizi ovih rezultata možemo uzeti u obzir tumačenje koje je dao White (1963), koji navodi da iako su mehanizmi odbrane koje susrećemo kod neurotičara primitivni i neprikladni i u osnovi im je osjećanje bespomoćnosti u susretu sa ugrožavajućom realnošću, treba imati u vidu da u životu svake osobe postoji adaptacija tokom koje je korištenje pojedinih primitivnih mehanizama

neophodno. Greenhut (2015) je ispitivala odnos stresa, zrelosti odbrane i psihopatologije na populaciji urbanih Afro-amerikanki. Viši nivoi životnog stresa bili su povezani sa višim nivoima psihopatologije (depresija, anksioznost, problemi sa pićem i poremećaji ličnosti). Međutim, istraživanje nije pokazalo povezanost između psihopatologije i primjene nezrelih mehanizama odbrane. Odnosno odbrambena zrelost nije pokazala svoju posredničku ulogu između stresa i psihopatologije što govori u prilog njihovoј adaptivnoј funkciji. Livneh, H. Martz, E. Wilson, L. (2001) su istraživali odnos između poricanja, percipirane vidljivosti invaliditeta i psihosocijalne prilagodbe postojećem stanju. Jedino je poricanje, iako spada u nezrele mehanizme odbrane, značajno pridonijelo psihosocijalnom prilagođavanju na invalidnost. Westen (1985) je izučavao mehanizme odbrane sa razvojnog aspekta. On navodi da kod pojedinca koji su imali probleme u toku razvoja može doći do promjena u korištenju mehanizama odbrane i oni uvijek ne odgovaraju razvojnom nivou na kom bi pojedinac trebao biti. Ovo se odražava na adaptibilnost pojedinca koja u značajnoj mjeri zavisi o vrstama odbrana koje koristi. S druge strane, iako sazrijevanje samo po sebi ne dovodi do usvajanja zrelijih mehanizama odbrane, treba uzeti u obzir njegovu ulogu u tome da osoba bude sposobna da procijeni efikasnost neke odbrane i njenu korisnost u procesu adaptacije. Tako da primjenu nezrelih mehanizama odbrane možemo gledati kao posljedicu uslova razvoja pojedinca, ukoliko je invaliditet nastao u djetinjstvu ali i kao posljedicu zrele procjene o korisnosti određene odbrane u procesu adaptacije.

Kao što se iz prethodno navedenog vidi, osobe sa invaliditetom koriste kompletan dijapazon mehanizama odbrane, doduše kao i većina ljudi, s tim da imajući u vidu probleme sa kojima se suočavaju i vrlo često nemogućnost da se s njima izbore, potrebe za njihovim korištenjem su veće. U prvim fazama po nastanku invaliditeta, nerijetke su negacije, disocijativne epizode, regresije, neralan optimizam i “acting out”. Kroz proces adaptacije dominaciju preuzimaju zreli mehanizmi odbrane. Značaj kompenzacije kao procesa u kojem se fokus sa slabosti i nedostataka preusmjerava na sposobnosti i preostale potencijale je opisan u dijelu o samopoimanju i njegov značaj u očivanju integriteta ličnosti i samopoštovanja. Veoma česta je i primjena sublimacija u kojoj se anksioznost redukuje kroz kreativne ili produktivne aktivnosti. U radu sa osobama sa invaliditetom, posebno sa ratnim vojnim invalidima se vrlo često može vidjeti korištenje humora, šala i komentara koje bismo mogli smjestiti u “crni humor”. Kroz humor se naglašavaju ironični aspekti neke situacije i na taj način redukuje emocionalna napetost.

\* \* \*

Pored razlika u samopoimanju, primjeni strategija za prevazilaženje stresa te mehanizama odbrane u radu smo htjeli ispitati i koje se razlike tiču zadovoljstva životom. Rezultati procjene pokazuju da je kod osoba sa invaliditetom prisutan niži nivo životnog zadovoljstva, kako globalnog tako i situacijskog, odnosno da je pripadnost grupi značajan prediktor zadovoljstva životom.

Medijacione analize odnosa pripadnosti grupi i subdomena samopoimanja su pokazale statistički značajan uticaj prediktorske i medijacionih varijabli na globalno zadovoljstvo životom kao i na situaciono zadovoljstvo životom. Međutim, uticaj pripadnosti jednoj od testiranih grupa, preko primarnih domena samopoimanja nije statistički značajan. Statistički značajan je direktni uticaj odnosa pripadnosti grupi na generalno i situaciono zadovoljstvo životom.

S druge strane evidentiran je značajan uticaj kompeticijskog samopoimanja na generalno zadovoljstvo životom kao i emocionalnog, porodičnog i socijalnog ali u manjoj mjeri. Penezić (1999) je našao visoku povezanost životnog zadovoljstva sa samopoštovanjem, što se može promatrati kao još jedna potvrda rezultata da je samopoštovanje prilično dobar prediktor životnoga zadovoljstva. Slične rezultate je dalo i istraživanje lica sa amputacijom donjih ekstremiteta gdje pronađena pozitivna povezanost zadovoljstva životom sa pojedinim subdomenima samopoimanja: kompeticijskim, porodičnim, socijalnim, fizičkim, emocionalnim kao i globalnim samopoimanjem (Đurić, 2010). Dok se uticaj bilo kog subdomena samopoimanja nije pokazao značajnim u odnosu na procjenu situacionog zadovoljstva životom.

Analiza medijacione uloge strategija za prevazilaženje stresa i primjena mehanizama odbrane s obzirom na pripadnosti grupi je pokazala statistički značajni uticaj na generalno zadovoljstvo životom, kao i na situaciono zadovoljstvo. Sa druge strane vidimo da je statistički značajan i direktni uticaj pripadnosti grupi na generalno, i situaciono, ali sa manjom statističkom značajnošću, zadovoljstvo životom.

Niži nivo životnog generalnog i situacionog zadovoljstva u grupi osoba sa invaliditetom nas upućuju na rezultate nekih istraživanja o komponentama koje čine dobar život. Pored ekonomskih, socijalnih, porodičnih, profesionalnih i drugih faktora, ona naglašavaju ulogu procjene zdravlja na zadovoljstvo životom (Baruffol i sur., 1995; Argyle, 1997; Badoux i

Mendelsohn, 1994; Lacković- Grgin, 1994; Penezić, 1999; Venhooven, 2004) koje je kod osoba sa invaliditetom bez obzira na uzrok i stepen oštećenja uglavnom trajno narušeno.

Istraživanja potvrđuju i negativan uticaj stresa na zadovoljstvo životom. Grob (1995) smatra da nivo životnog zadovoljstva varira u zavisnosti od stresnih životnih događaja tokom cijelog životnog vijeka. Penezić (1999) navodi da su pojedinci koji su subjektivno doživjeli veći nivo stresa nezadovoljniji, nezavisno od prirode stresora koji djeluju u pojedinom razdoblju života. S druge strane, Myers i Diener (1995), smatraju da su efekti takvih kratkoročni, jer pojedinci imaju kapacitet za adaptaciju što ublažava uticaj stresnih događaja.

Kapacitet adaptacije na stres kako smo vidjeli se kod osoba sa invaliditetom manifestuje kroz veću primjenu suočavanja i emocionanog izbjegavanja kao strategija za prevazilaženje stresa. Ove strategije se pokazuju kao značajni prediktori generalnog zadovoljstva životom, s tim da je suočavanje u pozitivnoj a emocionalno izbjegavanje u negativnoj vezi sa njim. Ovakvi nalazi su u prvom redu u potpunoj saglasnosti sa ranijim relevantnim studijama (Gallagher i Mac Lachlan, 1999; Đurić, 2010).

Što se tiče mehanizama odbrane, kao što je već rečeno, osobe sa invaliditetom više koriste sve vrste mehanizama odbrane u odnosu na kontrolni uzorak, a to se posebno odnosi na zrele mehanizme odbrane. U našem slučaju se nije pokazalo da oni statistički značajno utiču na zadovoljstvo životom, za razliku od nekih drugih istraživanja (Malone, Cohen, Liu, Vaillant i Waldinger, 2013) gdje se pokazalo da su pojedinci koji koriste zrele mehanizme odbrane zadovoljniji svojim životom, imaju kvalitetnije interpersonalne relacije, zadovoljnije su poslom i bolje se nose sa hroničnim bolestima.

\* \* \*

Pregled rezultata ovog istraživanja prepostavlja integrativni pristup koji obuhvata biološke i okolinske faktore i osobine ličnosti. Interakcija ovih faktora, dovodi i do razlika u funkcionisanju između osoba sa invaliditetom u odnosu na one bez invaliditeta. Ovaj aspekt je u stvari i najvažniji u cjelokupnom sprovedenom istraživanju, adaptacioni smisao održavanja zadovoljavajuće slike o sebi i životu putem dostupnih mehanizama odbrane i strategija prevazilaženja stresa.

Svi dobijeni rezultati prodiskutovani u odnosu na teorijske postavke, referenta istraživanja i istraživačke hipoteze su ukazali na generalnu sklonost da sa porastom

vulnerabilnosti, dolazi i do aktiviranja većeg broja različitih mehanizama sa ciljem da se obezbijedi dalja egzistencija. Tako i u slučaju ispitanih lica sa invaliditetom nalazimo zastupljenje sve dostupne mehanizme odbrane i strategije za prevazilaženje stresa nego kod kontrolnog uzorka. Polazna logika je vrlo jednostavna: izloženi većem broju stresora (kako objektivnih, tako i subjektivnih), redukovanih ili otežanih mogućnosti da odgovore na zahtjeve većine situacija, osobe sa invaliditetom pribjegavaju korištenju svih dostupnih mehanizama ostvarivanja poželjnog stepena zadovoljstva životom.

Gledano iz ugla „sterilne“ objektivnosti možemo reći da se radi o određenoj distorziji realnosti, odnosno o tendenciji lica sa invaliditetom da promjenom ugla gledanja i načina interpretacije istu objektivnu situaciju tumače tako da ona u krajnjoj liniji izaziva prihvatljivo zadovoljstvo životom. Suprotno tome, iz ugla pozitivne psihologije ovakva postavka može predstavljati zadovoljavajuće stanje jer ovakav stav pomaže boljem prilagođavanju na stresne okolnosti i predstavlja protektivni faktor mentalnog zdravlja (Taylor, Kemeny, Reed, Bower i Gruenwald, 2000). U adaptaciji lica sa invaliditetom je primarni uslov njihovo htijenje da se ostvare u drugačijim životnim okolnostima. S obzirom da volja osoba sa invaliditetom, kako prema našem tako i ostalim istraživanjima, nije upitna, ostaje zadatak da se u radu sa osobama sa invaliditetom fokus usmjeri na aktivnosti koje će omogućiti da se osobe sa invaliditetom osposebe za primjenu adaptivnih mehanizam odbrane, kao i za usvajanje i primjenu adekvatnih strategija prevazilaženja stresa u kojima se součavaju sa problemima i konfliktima. Drugim riječima, ostaje praktičan zadatak psihološkog rada sa licima sa invaliditetom u nastojanju da razviju adekvatne mehanizme i strategije nošenja sa uobičajenim stresorima iz domena svakodnevnog života, ili sa stresorima koje invaliditet nosi sa sobom.

## 6. ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Sprovedeno istraživanje je za cilj imalo rasvjetljavanje međuodnosa samopoimanja, mehanizama odbrane, strategija za prevazilaženje stresa i zadovoljstva životom kod subpopulacije osoba sa invaliditetom. Kroz sprovedene analize su razmatrane specifičnosti analiziranih konstrukata i njihovi međuodnosi u okviru subpopulacije osoba sa invaliditetom, ali i izvedena poređenja sa kontrolnim uzorkom sastavljenim od osoba bez invaliditeta. Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja i njihovih značenja ustanovljeni su slijedeći opšti zaključci:

- 1) Samopoimanje je aspekt ličnosti u odnosu na koji se osobe sa invaliditetom razlikuju od osoba bez invaliditeta. Direktna poređenja pokazuju da je ta razlika prvenstveno izražena u domenu socijalnog i emocionalnog samopoimanja čime se dobija potvrda značaja faktora socio-emocionalne podrške za reintegraciju osoba sa invaliditetom. Međutim, gledano u odnosu na ostale razmatrane psihološke varijable na osnovu multivarijatnog pristupa utvrđeno je da i kompetencijsko i porodično samopoimanje, daju svoj značajan doprinos razlikovanju osoba sa invaliditetom u odnosu na kontrolni uzorak. Posebno naglašavamo da doprinos pojedinačnih primarnih domena samopoimanja, poput fizičkog, zavisi od toga da li se oni posmatraju iz ugla globalnog ili situacionog zadovoljstva životom.
- 2) Mehanizmi odbrane i sklonost strategijama u prevazilaženju stresa se pokazuju statistički značajno prisutnjim u okviru ispitanog uzorka osoba sa invaliditetom. Bez obzira o kome se mehanizmu odbrane ili strategiji prevazilaženja stresa radilo (koliko god u odnosu na dugoročnu funkcionalnost i mentalno zdravlje njihova vrijednost može biti upitna), pokazuje se da osobe sa invaliditetom imaju značajno veću sklonost da koriste sve raspoložive mehanizme odbrane i strategije za prevazilaženje stresa.
- 3) Zabilježena je i značajna razlika u odnosu na zadovoljstvo životom, s tim što je ovaj put ono izraženije kod ispitanika kontrolne grupe. zajedno sa prethodnim nalazima možemo zaključiti da više samopoimanje u pojedinim subdomenima i prisutniji mehanizmi odbrane i zastupljenije strategije prevazilaženja stresa kod osoba sa invaliditetom u stvari imaju instrumentalnu vrijednost, odnosno cilj im je ostvarenje većeg stepena životnog zadovoljstva. Drugim riječima, samopoimanje, mehanizmi odbrane i strategija prevazilaženja stresa imaju mediatorsku ulogu u definisanju razlika u odnosu na zadovoljstvo kvalitetetom života.

Dobijeni rezultati pored identifikovanja važnih aspekata ličnosti koji imaju svoje specifičnosti u okviru subpopulacije lica sa invaliditetom, imaju i praktičnu vrijednost za rad psihologa i drugih profesija koje se bave osobama sa invaliditetom ili osobama koje boluju od hroničnih bolesti.

Kao prvo vidjeli smo značaj samopoimanja i način na koji se on formira te ulogu kompenzacije u integraciji selfa. U tom smislu fokus rada treba biti na preostalim sposobnostima, njihovom unapređenju, promjeni sistema vrijednosti i poticanju kompenzatornih mehanizama.

Potvrdili smo i adaptivnu i zaštitnu funkciju strategija za prevazilaženje stresa i mehanizama odbrane. U skladu sa rezultatima vidimo da je kod osoba sa invaliditetom, primjena svih strategija za nošenje sa stresom i mehanizama odbrane neminovnost u nepodržavajućem okruženju. U skladu s tim, nameće se potreba da se osobe sa invaliditetom poduče i preusmjere na primjenu suočavanja sa stresom i primjenu zrelih mehanizam odbrane ali isto tako je značajno i da im pomognemo da razviju sposobnost da procijene korisnost određene strategije ili mehanizma odbrane zavisno od okolnosti i situacije.

Što se zadovoljstva životom tiče, na njega utiču brojni faktori, ono što mi možemo je da pomognemo pacijentima da realno sagledaju situaciju i da svoja očekivanja prilagode mogućnostima te da ih usmjerimo ka traženju pozitivnih aspekata realnosti.

Pored samog rada sa osobama sa invaliditetom, potreban je paralelan i kontinuiran rad sa članovima njihovih porodica da bi zauzeli odmijeren, ni prezaštitnički ni zanemarujući stav i da bi i oni sami primjenjivali adaptivne strategije za prevazilaženje stresa i mehanizme odbrane te usvojili obrasce ponašanja koji bi njihovim članovima omogućili uspostavljanje zadovoljavajućeg samopoimanja i samopoštovanja.

Pored toga trebamo imati u vidu da nam je jedan od zadataka društveni angažman u senzibilizaciji javnosti u cilju odbacivanja predrasuda i stereotipa u odnosu na ovu subpopulaciju i podrška osobama sa invaliditetom sa ciljem stvaranja prilagođenog okruženja gdje će imati jednakе mogućnosti za razvoj svojih potencijala.

## LITERATURA:

- Adler A. (1984). Individualna psihologija, *Matica srpska, Prosveta, Beograd*
- Argyle, M. (1997.), Is Happiness a Cause of Health? *Psychology and Health, 12: 769-781.*
- Athelstan, G.T. ,Crewe, N.M. (1979). Psychological adjustment to spinal cord injury as related to manner of onset disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 22, 311-319.*
- Bailey, K.A. (2014.) Exploring Body-Related Experiences among Individuals with Spinal Cord Injury, Degree: Applied Health Sciences Program , *Brock University*  
*URL: http://hdl.handle.net/10464/5748*
- Barker, G.R. (1977). Adjustment to Physical Handicap and Illness: a Survey of the Social *Psychology of Physique and Disability, Melwood, New York*
- Barker, R.G., Wright, B.A., Mayerson, L. & Gonick, M.R. (1953). Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability (2nd ed.). *New York: Social Science Research Council, Bulletin 55*
- Baruffol, E., Gisle, L., Corten, P. (1995.). Life satisfaction as a mediator between distressing events and neurotic impairment in a general population,  
*Acta Psychiatrica Scandinavica, 92: 56-62.*
- Berger J. (1995). Psihološki potporni sistem, Model bazičnih oslonaca ličnosti, *Erinije, Beograd*
- Bezinović P. (1987). Koncept o sebi i interpersonalna orijentacija, *Primijenjena psihologija, 8, 1, 59-65.*
- Bezinović, P. (1988): Percepcija osobne kompetentnosti kao dimenzija samopoimanja (doktorska disertacija). *Filozofski fakultet. Zagreb*
- Bishop M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis, *Journal of Rehabilitation, April-June, 2005*
- Bloona R. (1996). Coping with Stress in a Changing World, *WCB/Mc Graw-Hill, USA*

- Bracken B. A.(1996). Handbook of Self-Concept: Developmental, social and clinical Considerations, *John Wiley & Sons, INC, USA, Canada*
- Brice, W. (2016). Disability visibility and stigma threat: Effects on the performance, stress, and self-control of disabled workers. *Purdue University*  
*URL: http://docs.lib.psu.edu/open\_access\_theses/752*
- Bukelić J. (2000). Socijalna psihiatrija, *Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.*
- Bulman, R., Wortman, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the “real world”: Severe accident victims respond to the lot. *Journal of Personality and Social psychology*, 35, 352-363
- Burger, H. (2001). Examination of land mine victims, *Report on the activities of the center for mine victims rehabilitation, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo*
- Byrne B. M (1994). Structural Equitation Modeling with EQS and EQS/Windows; Basic concepts, Approachs and Programming, *SAGE publications, Tohousand oaks, California*
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*. 44: 573–588.
- Cole, T. M., Kewman, D., Boninger,M.L. (2005).. The development of Medical Rehabilitation Research in 20th Century America, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Dec 84(12), 940-954*
- Coleridge P. (1993). Onesposobljenost, oslobođenje i razvoj, *Oxfam publikacija, Tuzla*
- Cook, D. (1987). Psychosocial impact of disability, Rehabilitation counseling: Basic and beyond, *Austin TX*
- Compas B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence, *Psychological Bulletin. May; 101(3): 393-403.*
- Compas B. E. (1988). Coping With Stressful Events in Older Children and Young Adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.56, No. 3, 405-411*
- Cooly, C. H. (1902). Human nature and social order. *New York: Scribners.*

Cooley C. H. (1912). Valuation as a Social Process, *Psychological Bulletin*, 9, Also published as part of Social Process

Corcoran K., Fischer J. (1991). Measures for clinical practice, *The Free Press, New York*

Coven A. B. (1977). The Gestalt approach to rehabilitacion counseling, *Rehabilitation counseling bulletin*, 20; 167-174

Cramer, P. (2006). Protecting the Self: Defence Mechanisms in Action. *The Guilford Press.*

Cramer, P. (1998a). Coping and defense mechanism. What s the difference? *Journal of Personality*, 32, 156-172.

Cramer, P. (1991). The development of defense mechanisms: Theory, reasearch, and assessment, *New York, Springer-Verlag*

Csikszentmihalyi, M. (2006). Flow - Očaravajuća obuzetost: psihologija optimalnog iskustva. *Jastrebarsko: Naklada slap.*

Cubbage, M.E. & Thomas K.R. (1989); Freud and disability, *Rehabilitation psychology*, 34, 161-173.

Ćeranić S. (2005). Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja; *Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Istočno Sarajevo*

Davidson, R. J. (1994). Asymmetric brain function, affective style, and psychopathology: *The role of early experience and plasticity. Development and Psychopathology*, 6, 741–758.

Darlene A. G. Groomes (2002). The Relationships Among the Stress Appraisal Process, Coping Disposition, and Level of Acceptance of Disability, *Ohio University*

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

Deniz, M. Engin (2006), Relationships among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and and personality, 2006 [http://decision self-esteem: an investigation with Turkish university students, Social Behavior, findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3852/is\\_200601/ai\\_n17187261](http://decision self-esteem: an investigation with Turkish university students, Social Behavior, findarticles.com/p/articles/mi_qa3852/is_200601/ai_n17187261) (preuzeto: 17.11.2007.)

- Duckworth A. L., Steen T. A., Seligman M. E. P. (2005). Positive psychology in Clinical Practice, *Annual Rev. of Clinical Psychology*, 2005.1: 629-651
- Durayappah A. (2010). The 3P Model: A General Theory of Subjective Well-Being, *Springer Science+Business Media B.V. 2010*
- Duval, R. J. (1982). Psychological theories of physical disability: New perspectives. In M.G. Eisenberg, C., Griggins & Duval R. J. (eds.), *Disabled people as second – clas citizens (p.p. 173-192)*. New York: Springer
- Đurić D. (2010). Uloga psihosocijalne pomoći i resursa ličnosti u socijalnoj reintegraciji lica sa amputiranim ekstremitetima, *Magistarski rad, FF- UNIBL*
- Đurić D., Čekrlja Đ. (2012). Osobenosti samopoimanja kod lica sa amputacijom donjih ekstremiteta, *Psihički razvoj,mentalno zdravlje i rad*, 243-241
- Editorial Board (2005). A positive approach to rehabilitation research and practice, *Journal of Rehabilitation, April-June, 2005*  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0825/is\\_2\\_71/ai\\_n14700051](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_2_71/ai_n14700051)
- Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The Rational – Emotive approach, *New York: Mc Graw Hill*
- Ellis, A. (1997). Using Rational Emotive Behavioral Therapy techniques to cope with disability, *Profesional psychology: Research and practice* 28(1), 17-22.
- Endler, N. S. and Parker, J. D. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- English, R. W. (1971). The application of personality theory to explain psychological reactions to physical disability, *Rehabilitation Research and Practice Review*, 3, 35-47.
- Eysenck H. J. (1967). The biological basis of personality. *Springfield: Thomas*

- Eysenck, H. J. (1976). Sex and Personality. *London: Open Books Ltd.*
- Feldman R. S. (1989). Adjustment-Applying Psychology in a Complex World, *Mc Graw-Hill, Inc., USA*
- Fishman, S. (1949). Self – Concept and Adjustment to leg prosthesis. *Unpublished ph.d. dissertation, Columbia University*
- Ford D. H., Urban H. B. (1963). Systems of Psychotherapy, *New York, Wiley*
- Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense, *International University Press N.Y. (izdanje Psihološki bilten: Beograd, 1962)*
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 2(1), 34–53.*  
*doi:10.5502/ijw.v2i1.3*
- Gallagher, P., MacLachlan, M. (1999). Psychological Adjustment and Coping in Adults With Prosthetic Limbs – Statistical Data Included, *Behavioral Medicine, Fall, 1999,*  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0GDQ/is\\_3\\_25/ai\\_58669771](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0GDQ/is_3_25/ai_58669771)
- Garet, J. F i Levine E. S.(1970). Psihološka praksa sa fizičkim invalidima, *Savezni odbor saveza gluvih Jugoslavije, Beograd*
- Gekas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology, 8, 1-33.*
- Goffman E. (1986). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *A Touchstone Book, Simon & Schuster, New York*
- Greenhut. D. (2017). Defense Mechanisms, Psychopathology, and Life Stress .  
[file:///C:/Users/djuric.d/Desktop/Kobson%20d/2004\\_Greenhut\\_Defense.pdf](file:///C:/Users/djuric.d/Desktop/Kobson%20d/2004_Greenhut_Defense.pdf)
- Grob, A. (1995.). Subjective Well-Being and Significant Life Events, Across Life Span, *Swiss Journal of Psychology, 54: 3-18.*
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology, 57, 731–739*

- Hobfoll, S. E., and Freedy, J. R. (1990). The Availability and effective use of Social Support, *Reprinted from Journal of Social and Clinical Psychology, Vol.9, No.1, 91-103.*
- Hobfoll, S.E., Nadler, A. and Leiberman, J (1986). Satisfaction With Social Support During Crisis: Intimacy and Self-Esteem as Critical Determinants, *Journal of Personality and social Psychology, Vol. 51, No.2, 296-304.*
- Huebner, R. A., Thomas, K. R. (1995). The relationship between attachment, psycho-pathology, and childhood disability. *Rehabilitation Psychology, 40(2), 111-124.*
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well- being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3–25). New York: Russell Sage Foundation.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61, 121–140.*
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Behavior Research, 43, 207–222.*
- Kim J. H., Mc Mahon B. T., Hawley C., Brickham D., Gonzalez R., Lee D. H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Virtue Based Model. *J Occup Rehabil. 2016 Mar;26(1):45-55. doi: 10.1007/s10926-015-9622-1.*  
2016 Feb;61(1):32-43. doi: 10.1037/rep0000060
- Kolenović-Đapo J., Drače S., Hadžiahmetović N. (2015). Psihološki mehanizmi odbrane - Teorijski pristupi, klasifikacija i vodič za vježbe, *Filozofski fakultet, Sarajevo*
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping, *New York: Springer Pub. Co*
- Lazarus R. S. (1986). Psychological stress and coping process, New York Lightsey, O.R.Jr.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (2004). Stres, procjena i suočavanje. *Jatrebarsko: Naklada Slap.*
- Livneh H. (1989). Rehabilitation intervention strategies: their integration and classification, *Journal of Rehabilitation, April- June, 1989*
- Livneh H, Antonak R. F., Gerhardt J. (1999) Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability related factors and coping strategies. *Int J Rehabil Res 1999; 22: 21-31.*

Livneh, H. Martz, E. Wilson, L. (2001). Denial and perceived visibility as predictors of adaptation to disability among college students, *Journal of vocational rehabilitation*, Vol. 16 Issue 3/4, p227. 8p.

Livneh H., Sherwood A. (2001). Application of Personality Theories and Counseling Strategies to Clients with Physical Disabilities, *Journal of Counseling Development*, July/August 1991, vol.69, 525 – 538.

Livneh H, Wilson L. M. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation: an exploratory investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 46(4):194–208. doi: 10.1177/003435520304600401. [Cross Ref]

Mactavish, J., Iwasaki, Y. (2005). Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress-coping, *Journal of Rehabilitation*, Jan-March.

Malone J. C., Cohen S., Liu S. R., Vaillant G. E., Waldinger R. J. (2013). Adaptive midlife defence mechanisms and late-life health, *Personality and individual differences* 2013 Jul 1;55(2): 85-89.

Martz, E., Livneh, H., Southwick, S. R., & Pietrzak, H. (2018). Posttraumatic growth modulates the effect of posttraumatic stress on quality of life in U.S. military veterans with life-threatening illness or injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 1-8.

Maslow A. H. (1943). A theory of human motivation, *Originally Published in Psychological Review*, 50, 370-396., posted August, 2001.

Mc Daniel J. W. (1976). Physical disability and human behaviour, *New York: Pergamon*

Mead, G. H. (1925). The Genesis of the Self and Social Control. *International Journal of Ethics*, 35(3): 251-277.

Mitić M. (1997). Porodica i stres između poraza i nade, *Institut za psihologiju, Beograd*

Myers, D. G. & Diener, E. (1997.), The Science of Happiness. *The Futurist*, September-October 1997.

Michalos A.C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT) *Social Indicators Research* Vol. 16, No. 4 (May, 1985), pp. 347-413

Nierenberg B., Mayersohn G., Serpa S., Holovatyk A., Smith E., Cooper S. (2016). Application of well-being therapy to people with disability and chronic illness. *Rehabil Psychol.* 2016 Feb;61(1):32-43. doi: 10.1037/rep0000060.

Oishi, S., Diener, E., Choi, D. W., Kim-Prieto, C., & Choi, I. (2007). The dynamics of daily events and wellbeing across cultures: When less is more. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 685–698.

Olkin, R. (1999). What psychtherapist should know about disability. *New York: The Guilford press*

Pande, N., & Tewari S. (2016). Understanding Coping with Distress due to Physical Disability. *Psychology and Developing societies*, 23(2), 177-209.

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603–619.

Parker, J. D. A. and Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a cricitical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

Penezić Z. (2006). Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi; *Sveučilište u Zadru, Zadar*

Perls F., Hefferline R. F., & Goodman P., 1951. Gestalts Therapy; *New York , Julian Press*

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25–41.

Proroković A., Ćubela V., Penezić Z. (2002). Zbirka psihologijskih skala i upitnika (str. 20-22), *Zadar, Filozofski fakultet.*

Rogers C. (1951). Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. *London: Constable.*

Rohmer, O. Louvet E. (2018). Implicit stereotyping against people with disability. *Group Processes & Intergroup relations. Jan2018, Vol. 21 Issue 1, p127-140. 14p.*

Rule, W.Ed. (1984), Lifestyle counceling for adjustment to disability, *Rockvile , M. D. Aspen systems*

Schweininger, S., Forbes, D., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A., & O'Donnell, M. L. (2015). The temporal relationship between mental health and disability after injury. *Depression Anxiety* 32(1), 64–71.

Seligman, M. E. (2006). Learned Optimism: How to change your mind and your life. *New York, NY: Vintage.*

Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.

Shakspeare R. (1979). Psihologija ometenih u razvoju, *Nolit, Beograd*

Sherman D. H, Cohen G. G. I. (2006). The psychology of self-defense. Self affirmation theory. In M.P. Zana (ed.) *Advances in Experimental Socijal Psychology* (vol. 38, pp. 183-242). San Diego, CA: Academic Press.

Singer, G. H. S., Powers, E. L. (1993). Families, disability and empowerment: Active coping skills and strategies for family intervention. *Baltimore: Paul H. Brookes.*

Skinner B. F (1953). Science and human behavior. *New York, Free Press*

Snyder C. R., Lopez Shane J. (2005), Handbook of Positive Psychology, *Oxford University press US*

Stuntzner, S. and Hartle, M. T. (2014). Resilience, Coping, & Disability:  
The Development of a Resilience Intervention Paper is based on a program presented at  
the 2014 American Counseling Association Conference, March  
2014, Honolulu, HI.

[https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article\\_44.pdf?sfvrsn=10](https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_44.pdf?sfvrsn=10)

Taylor, S. E., Kemeny, M. F., Read, G. M., BOWER, J. E. Gruenwald, T. I. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American psychologist*. 55, 99-109.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.

Vaillant., G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89–98.

Vaselić, N. (2015). Psihološki pristupi djeci i mladima sa dijabetesom. *Banja Luka,*

*Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci*

Vash, C. L., Crewe N. M. (2010). Psihologija invaliditeta, *Naklada Slap, Zagreb*

Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research, 20*, 333–354.

Veenhoven, R. (1999). World database of happiness—continuous register of research on subjective appreciation of life. *Rotterdam: Erasmus University*.  
<https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2004b-ab.htm>.

Veenhoven, R. (2004). Happy life years: A measure of gross national happiness. *Karma Ura & Karma, Galay (Eds.)', Center of Bhutan Studies, Thimphu, Bhutan, 2004, ISBN 99936-14-19-X, pp. 287-318.* <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2004b-ab.htm>

Wald, J., Alvaro R. (2004). Psychological factors in work- related amputation: considerations for rehabilitation counselors. *Journal of rehabilitation, Oct-Dec*  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0825/is\\_4\\_70/ai\\_n8688133](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_4_70/ai_n8688133)

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia)and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64(4)*, 678–691.

Waterman, A. S., Schwartz S. J., Conti R. (2008). The Implications of Two Conceptions of Happiness (Hedonic Enjoyment and Eudaimonia) for the Understanding of Intrinsic Motivation, *Journal of happiness studies, January 2008, Volume 9, Issue 1*, pp 41–79

Westen, D. (1985). Self & Society: narcissism, collectivism, and the development of morals. *Cambridge University Press.*

Wright, B. A. (1960). Physical Disability-A psychological approach,  
*Harper & Brothers, New York*

Wright, B. A. (1975). Social-psychological leads to enhance rehabilitation effectiveness, *Rehabilitation Counseling Bulletin, 18*, 214-223

Wright, B. A. (1983). Physical Disability – A Psycosocial Approach , *New York, Harper & Row*

Wright, B. A., & Lopez, S. J. (2005). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. *In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 26– 44).* *New York: Oxford University Press.*

**PRILOZI:**

**Prilog 1. Pouzdanost primijenjenih skala**

Prilog 1.1. Pouzdanost Skale kompetencijskog self-koncepta

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-------------|
| .639                        | 8           |

**Item-Total skor parametri**

|      | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| KSC1 | 25.37              | 13.564               | .503                             | .561                                   |
| KSC2 | 25.32              | 14.161               | .433                             | .581                                   |
| KSC3 | 25.04              | 14.273               | .531                             | .565                                   |
| KSC4 | 25.47              | 15.611               | .113                             | .678                                   |
| KSC5 | 25.34              | 14.754               | .215                             | .646                                   |
| KSC6 | 24.47              | 15.347               | .348                             | .606                                   |
| KSC7 | 25.31              | 14.667               | .392                             | .593                                   |
| KSC8 | 24.74              | 14.522               | .295                             | .619                                   |

Prilog 1.2. Pouzdanost Skale porodičnog self-koncepta

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-------------|
| .793                        | 9           |

**Item-Total skor parametri**

|      | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| PSC1 | 35.04              | 20.504               | .505                             | .770                                   |
| PSC2 | 34.77              | 20.768               | .446                             | .779                                   |
| PSC3 | 35.01              | 20.677               | .374                             | .795                                   |
| PSC4 | 34.63              | 20.991               | .538                             | .766                                   |
| PSC5 | 34.47              | 20.748               | .648                             | .754                                   |
| PSC6 | 34.51              | 20.340               | .526                             | .767                                   |
| PSC7 | 35.15              | 21.508               | .491                             | .772                                   |
| PSC8 | 34.52              | 21.636               | .492                             | .772                                   |
| PSC9 | 34.16              | 23.517               | .438                             | .783                                   |

**Prilog 1.3. Pouzdanost Skale socijalnog self-koncepta**

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .668                        | .678                        | 8           |

**Item-Total skor parametri**

|      | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| SSC1 | 27.66              | 13.342               | .222                             | .655                                   |
| SSC2 | 28.32              | 11.329               | .493                             | .662                                   |
| SSC3 | 28.83              | 12.121               | .393                             | .663                                   |
| SSC4 | 28.54              | 11.509               | .341                             | .652                                   |
| SSC5 | 29.37              | 12.840               | .146                             | .660                                   |
| SSC6 | 28.11              | 11.433               | .370                             | .671                                   |
| SSC7 | 28.09              | 12.286               | .420                             | .663                                   |
| SSC8 | 28.22              | 10.900               | .565                             | .644                                   |

Prilog 1.4. Pouzdanost Skale fizičkog self-koncepta

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .612                        | .623                        | 8           |

| <b>Item-Total skor parametri</b> |                    |                      |                                  |  |
|----------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
|                                  | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
| FSC1                             | 17.33              | 9.786                | .379                             | .602                                   |
| FSC2                             | 18.09              | 9.920                | .309                             | .604                                   |
| FSC3                             | 17.40              | 10.663               | .338                             | .599                                   |
| FSC4                             | 18.15              | 8.989                | .394                             | .594                                   |
| FSC5                             | 17.89              | 10.910               | .358                             | .597                                   |
| FSC6                             | 17.18              | 11.414               | .327                             | .608                                   |
| FSC7                             | 17.45              | 7.249                | .389                             | .578                                   |
| FSC8                             | 17.29              | 10.105               | .321                             | .589                                   |

## Prilog 1.5. Pouzdanost Skale emocionalnog self-koncepta

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .626                        | .469                        | 7           |

### Item-Total skor parametri

|      | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Kvadrirana višestruka korelacija |
|------|--------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ESC1 | 12.79              | 6.401                | .497                             | .622                             |
| ESC2 | 13.79              | 7.603                | .222                             | .629                             |
| ESC3 | 12.65              | 6.730                | .278                             | .623                             |
| ESC4 | 12.58              | 8.089                | .212                             | .604                             |
| ESC5 | 13.59              | 8.545                | .071                             | .585                             |
| ESC6 | 13.79              | 7.603                | .222                             | .602                             |
| ESC7 | 13.66              | 6.380                | .328                             | .624                             |

## Prilog 1.6. Pouzdanost Skale akademskog self-koncepta

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .727                        | .725                        | 4           |

| Item-Total skor parametri |                    |                      |                                  |  |
|---------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
|                           | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
| ASC1                      | 20.38              | 9.378                | .162                             | .691                                   |
| ASC2                      | 20.01              | 8.217                | .289                             | .706                                   |
| ASC3                      | 19.26              | 9.102                | .305                             | .716                                   |
| ASC4                      | 19.17              | 9.766                | .235                             | .712                                   |
| ASC5                      | 19.26              | 9.601                | .194                             | .706                                   |
| ASC6                      | 21.11              | 12.763               | -.248                            | .719                                   |

### Prilog 1.7. Pouzdanost Skale usmjerenosti na problem

#### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .747                        | .765                        | 17          |

#### Item-Total skor parametri

|                          | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|--------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Usmjerenost na problem1  | 56.54              | 52.505               | .354                             | .733                                   |
| Usmjerenost na problem2  | 56.11              | 51.694               | .463                             | .726                                   |
| Usmjerenost na problem3  | 55.71              | 55.387               | .248                             | .742                                   |
| Usmjerenost na problem4  | 57.22              | 48.924               | .380                             | .731                                   |
| Usmjerenost na problem5  | 56.91              | 48.494               | .433                             | .725                                   |
| Usmjerenost na problem6  | 56.47              | 53.279               | .276                             | .740                                   |
| Usmjerenost na problem7  | 57.12              | 47.483               | .482                             | .719                                   |
| Usmjerenost na problem8  | 56.13              | 53.004               | .387                             | .732                                   |
| Usmjerenost na problem9  | 56.35              | 52.223               | .433                             | .728                                   |
| Usmjerenost na problem10 | 56.12              | 53.932               | .346                             | .735                                   |
| Usmjerenost na problem11 | 56.43              | 52.028               | .402                             | .730                                   |
| Usmjerenost na problem12 | 56.86              | 53.377               | .216                             | .746                                   |
| Usmjerenost na problem13 | 56.35              | 53.040               | .307                             | .737                                   |
| Usmjerenost na problem14 | 56.87              | 53.861               | .202                             | .747                                   |
| Usmjerenost na problem15 | 56.12              | 53.611               | .408                             | .732                                   |
| Usmjerenost na problem16 | 56.60              | 50.138               | .339                             | .735                                   |

## Prilog 1.8. Pouzdanost Skale emocionalne reakcije

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .688                        | .682                        | 16          |

### Item-Total skor parametri

|                        | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Emocionalne reakcije1  | 48.79              | 46.323               | .167                             | .685                                   |
| Emocionalne reakcije2  | 49.72              | 42.924               | .328                             | .669                                   |
| Emocionalne reakcije3  | 50.04              | 44.129               | .181                             | .688                                   |
| Emocionalne reakcije4  | 50.52              | 45.396               | .122                             | .694                                   |
| Emocionalne reakcije5  | 50.29              | 46.099               | .085                             | .697                                   |
| Emocionalne reakcije6  | 50.00              | 41.755               | .324                             | .669                                   |
| Emocionalne reakcije7  | 49.80              | 39.073               | .457                             | .649                                   |
| Emocionalne reakcije8  | 49.86              | 40.285               | .380                             | .661                                   |
| Emocionalne reakcije9  | 49.14              | 46.188               | .140                             | .688                                   |
| Emocionalne reakcije10 | 49.10              | 41.283               | .467                             | .653                                   |
| Emocionalne reakcije11 | 49.27              | 41.234               | .416                             | .657                                   |
| Emocionalne reakcije12 | 48.99              | 43.268               | .381                             | .665                                   |
| Emocionalne reakcije13 | 49.91              | 40.255               | .461                             | .650                                   |
| Emocionalne reakcije14 | 49.33              | 45.638               | .178                             | .685                                   |
| Emocionalne reakcije15 | 50.72              | 44.170               | .214                             | .683                                   |
| Emocionalne reakcije16 | 49.16              | 44.921               | .236                             | .680                                   |

## Prilog 1.9. Pouzdanost Skale izbjegavanje

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .735                        | .752                        | 16          |

### Item-Total skor parametri

|                | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Kvadrirana višestruka korelacija |
|----------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Izbjegavanje1  | 52.55              | 46.772               | .439                             | .713                             |
| Izbjegavanje2  | 52.16              | 50.097               | .237                             | .730                             |
| Izbjegavanje3  | 53.67              | 44.052               | .369                             | .718                             |
| Izbjegavanje4  | 53.36              | 43.196               | .450                             | .707                             |
| Izbjegavanje5  | 52.91              | 48.112               | .267                             | .727                             |
| Izbjegavanje6  | 53.58              | 42.560               | .479                             | .703                             |
| Izbjegavanje7  | 52.58              | 47.879               | .374                             | .719                             |
| Izbjegavanje8  | 52.81              | 47.291               | .408                             | .716                             |
| Izbjegavanje9  | 52.56              | 48.783               | .331                             | .723                             |
| Izbjegavanje10 | 52.87              | 46.651               | .415                             | .714                             |
| Izbjegavanje11 | 53.31              | 47.999               | .223                             | .733                             |
| Izbjegavanje12 | 52.79              | 48.007               | .287                             | .725                             |
| Izbjegavanje13 | 53.31              | 48.330               | .217                             | .733                             |
| Izbjegavanje14 | 52.57              | 48.460               | .391                             | .720                             |
| Izbjegavanje15 | 54.57              | 49.319               | .128                             | .743                             |
| Izbjegavanje16 | 53.03              | 44.614               | .362                             | .719                             |

## Prilog 1.10. Pouzdanost Skale neurotski mehanizmi odbrane

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .677                        | .677                        | 13          |

### Item-Total skor parametri

|                | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|----------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Neurotski MO1  | 58.87              | 155.945              | .491                             | .631                                   |
| Neurotski MO2  | 59.85              | 162.125              | .337                             | .654                                   |
| Neurotski MO3  | 59.81              | 160.390              | .287                             | .662                                   |
| Neurotski MO4  | 58.36              | 166.114              | .359                             | .652                                   |
| Neurotski MO5  | 57.60              | 173.742              | .215                             | .670                                   |
| Neurotski MO6  | 62.38              | 175.676              | .180                             | .674                                   |
| Neurotski MO7  | 60.89              | 159.231              | .340                             | .653                                   |
| Neurotski MO8  | 60.66              | 162.356              | .331                             | .655                                   |
| Neurotski MO9  | 61.47              | 169.390              | .208                             | .673                                   |
| Neurotski MO10 | 60.23              | 162.905              | .288                             | .661                                   |
| Neurotski MO11 | 59.85              | 159.355              | .385                             | .646                                   |
| Neurotski MO12 | 61.68              | 166.672              | .279                             | .662                                   |
| Neurotski MO13 | 59.95              | 167.828              | .249                             | .667                                   |

## Prilog 1.11. Pouzdanost Skale zreli mehanizmi odbrane

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .706                        | .706                        | 14          |

### Item-Total skor parametri

|           | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|-----------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| ZreliMO1  | 65.80              | 206.320              | .370                             | .683                                   |
| ZreliMO2  | 64.41              | 212.736              | .308                             | .691                                   |
| ZreliMO3  | 64.66              | 211.289              | .353                             | .686                                   |
| ZreliMO4  | 66.22              | 204.992              | .387                             | .681                                   |
| ZreliMO5  | 65.54              | 210.132              | .280                             | .695                                   |
| ZreliMO65 | 65.53              | 200.813              | .451                             | .673                                   |
| ZreliMO7  | 65.78              | 208.281              | .324                             | .689                                   |
| ZreliMO8  | 65.38              | 202.657              | .391                             | .680                                   |
| ZreliMO9  | 63.63              | 206.678              | .308                             | .692                                   |
| ZreliMO10 | 65.33              | 216.180              | .199                             | .705                                   |
| ZreliMO11 | 62.39              | 219.681              | .220                             | .701                                   |
| ZreliMO12 | 63.48              | 218.206              | .218                             | .702                                   |
| ZreliMO13 | 64.45              | 207.303              | .319                             | .690                                   |

## Prilog 1.12. Pouzdanost Skale nezreli mehanizmi odbrane

### Koeficijent pouzdanosti

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .694                        | .691                        | 13          |

### Item-Total skor parametri

|              | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|--------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Nezreli MO1  | 56.73              | 180.448              | .352                             | .672                                   |
| Nezreli MO2  | 58.76              | 180.303              | .351                             | .673                                   |
| Nezreli MO3  | 56.11              | 200.261              | .062                             | .706                                   |
| Nezreli MO4  | 58.73              | 178.757              | .342                             | .674                                   |
| Nezreli MO5  | 58.57              | 174.473              | .404                             | .664                                   |
| Nezreli MO6  | 58.57              | 182.996              | .252                             | .687                                   |
| Nezreli MO7  | 57.92              | 187.596              | .196                             | .695                                   |
| Nezreli MO8  | 57.63              | 171.712              | .435                             | .659                                   |
| Nezreli MO9  | 58.28              | 174.794              | .465                             | .657                                   |
| Nezreli MO10 | 58.59              | 185.647              | .257                             | .685                                   |
| Nezreli MO11 | 56.73              | 177.234              | .365                             | .670                                   |
| Nezreli MO12 | 56.16              | 182.676              | .309                             | .678                                   |
| Nezreli MO13 | 58.17              | 179.869              | .333                             | .675                                   |

Prilog 1.13. Pouzdanost Skale situaciono zadovoljstvo životom

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .900                        | .921                        | 17          |

**Item-Total skor parametri**

|       | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| SZD1  | 59.58              | 106.686              | .574                             | .894                                   |
| SZD2  | 59.62              | 108.945              | .434                             | .898                                   |
| SZD3  | 58.88              | 104.697              | .717                             | .890                                   |
| SZD4  | 59.39              | 104.552              | .602                             | .893                                   |
| SZD5  | 59.59              | 103.105              | .265                             | .924                                   |
| SZD6  | 58.76              | 103.601              | .780                             | .888                                   |
| SZD7  | 58.91              | 103.346              | .780                             | .888                                   |
| SZD8  | 58.79              | 104.956              | .674                             | .891                                   |
| SZD9  | 58.79              | 102.975              | .784                             | .888                                   |
| SZD10 | 58.90              | 109.316              | .405                             | .899                                   |
| SZD11 | 58.71              | 108.178              | .482                             | .897                                   |
| SZD12 | 59.03              | 109.721              | .445                             | .898                                   |
| SZD13 | 59.16              | 104.159              | .716                             | .890                                   |
| SZD14 | 59.11              | 104.525              | .712                             | .890                                   |
| SZD15 | 58.87              | 109.278              | .507                             | .896                                   |
| SZD16 | 58.49              | 106.695              | .676                             | .892                                   |
| SZD17 | 58.44              | 105.092              | .734                             | .890                                   |

Prilog 1.14. Pouzdanost Skale generalno zadovoljstvo životom

**Koeficijent pouzdanosti**

| Cronbachov Alfa koeficijent | Cronbachov Alfa koeficijent | Broj stavki |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| .781                        | .782                        | 3           |

**Item-Total skor parametri**

|      | M skale bez stavke | SD2 skale bez stavke | Indeks diskriminativnosti stavke | Cronbachov Alfa koeficijent bez stavke |
|------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| ZD18 | 7.89               | 2.275                | .608                             | .716                                   |
| ZD19 | 7.90               | 2.427                | .598                             | .728                                   |
| ZD20 | 8.01               | 2.024                | .657                             | .663                                   |

## Prilog 2. Mjere deskriptivne statistike

**Tabela 2. 1.** Mjere deskriptivne statistike primarnih domena samopoimanja

**Tabela 2.2.** Mjere deskriptivne statistike strategija za prevazliaženje stresa, mehanizama odbrane i zadovoljstva životom

|                       | Usmjerenost<br>na problem | emocionalno | izbjegavanje |
|-----------------------|---------------------------|-------------|--------------|
| Kontrolni uzorak      | M                         | 59.74       | 44.48        |
|                       | SD                        | 6.93        | 7.90         |
|                       | Sk                        | .12         | -.51         |
|                       | Ku                        | .23         | .10          |
|                       | Min                       | 41.00       | 19.00        |
|                       | Max                       | 78.00       | 61.00        |
| Lica sa invaliditetom | M                         | 61.76       | 46.25        |
|                       | SD                        | 7.22        | 10.14        |
|                       | Sk                        | .09         | .13          |
|                       | Ku                        | .46         | .25          |
|                       | Min                       | 39.00       | 20.00        |
|                       | Max                       | 80.00       | 75.00        |

**Tabela 2.3.** Mjere deskriptivne statistike strategija za prevazilaženje stresa, mehanizama odbrane i zadovoljstva životom

|                       | zreli mehanizmi<br>odbrane | neurotski mehanizmi odbrane | nezreli mehanizmi<br>odbrane |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Kontrolni uzorak      | M                          | 44.82                       | 39.78                        |
|                       | SD                         | 9.14                        | 8.84                         |
|                       | Sk                         | -.55                        | .20                          |
|                       | Ku                         | <b>1.06</b>                 | .19                          |
|                       | Min                        | 9.00                        | 18.00                        |
|                       | Max                        | 65.00                       | 63.00                        |
| Lica sa invaliditetom | M                          | 49.69                       | 45.04                        |
|                       | SD                         | 10.77                       | 10.59                        |
|                       | Sk                         | -.24                        | .23                          |
|                       | Ku                         | -.39                        | .00                          |
|                       | Min                        | 22.00                       | 20.00                        |
|                       | Max                        | 72.00                       | 72.00                        |

**Tabela 2.4.** Mjere deskriptivne statistike strategija za prevazilaženje stresa, mehanizama odbrane i zadovoljstva životom

|                       | generalno zadovoljstvo životom | situaciono zadovoljstvo životom |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Kontrolni uzorak      | M                              | 63.43                           |
|                       | SD                             | 8.93                            |
|                       | Sk                             | -.36                            |
|                       | Ku                             | -.14                            |
|                       | Min                            | 40.00                           |
|                       | Max                            | 83.00                           |
| Lica sa invaliditetom | M                              | 60.34                           |
|                       | SD                             | 12.34                           |
|                       | Sk                             | -.73                            |
|                       | Ku                             | .36                             |
|                       | Min                            | 21.00                           |
|                       | Max                            | 83.00                           |

### Prilog 3. Analiza statističke značajnosti razlika

**Tabela 3.1.** Poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema samopoimanju, strategijama za prevazilaženje stresa, mehanizama odbrane i zadovoljstva životom

|                             | Grupa            | M      | SD    | t            | df         | p           |
|-----------------------------|------------------|--------|-------|--------------|------------|-------------|
| KSC                         | kontrolni uzorak | 28.25  | 3.56  | ,18          | 341        | ,853        |
|                             | OSI              | 28.15  | 5.23  |              |            |             |
| PSC                         | kontrolni uzorak | 38.24  | 5.11  | -1,30        | 341        | ,192        |
|                             | OSI              | 39.01  | 5.53  |              |            |             |
| SSC                         | kontrolni uzorak | 37.36  | 3.78  | <b>-2,80</b> | <b>336</b> | <b>,005</b> |
|                             | OSI              | 38.67  | 4.49  |              |            |             |
| FSC                         | kontrolni uzorak | 21.03  | 3.13  | 1,58         | 326        | ,114        |
|                             | OSI              | 20.39  | 3.83  |              |            |             |
| ESC                         | kontrolni uzorak | 16.87  | 3.47  | <b>-3,44</b> | <b>331</b> | <b>,001</b> |
|                             | OSI              | 18.14  | 3.16  |              |            |             |
| ASC                         | kontrolni uzorak | 20.18  | 2.68  | -,48         | 341        | ,630        |
|                             | OSI              | 20.34  | 3.30  |              |            |             |
| Uzmjerost na problem        | kontrolni uzorak | 59.74  | 6.93  | <b>-2,49</b> | <b>313</b> | <b>,013</b> |
|                             | OSI              | 61.76  | 7.22  |              |            |             |
| Emocionalno izbjegavanje    | kontrolni uzorak | 44.48  | 7.90  | -1,69        | 321        | ,091        |
|                             | OSI              | 46.25  | 10.14 |              |            |             |
| zreli mehanizmi odbrane     | kontrolni uzorak | 51.20  | 11.18 | <b>-3,07</b> | <b>317</b> | <b>,002</b> |
|                             | OSI              | 54.86  | 9.88  |              |            |             |
| neurotski mehanizmi odbrane | kontrolni uzorak | 44.82  | 9.14  | <b>-4,20</b> | <b>307</b> | <b>,000</b> |
|                             | OSI              | 49.69  | 10.77 |              |            |             |
| nezreli mehanizmi odbrane   | kontrolni uzorak | 39.78  | 8.84  | <b>-4,68</b> | <b>323</b> | <b>,000</b> |
|                             | OSI              | 45.04  | 10.59 |              |            |             |
| generalno                   | kontrolni uzorak | 101.09 | 23.49 | <b>-2,87</b> | <b>288</b> | <b>,004</b> |
|                             | OSI              | 109.33 | 24.77 |              |            |             |

|                                       |                  |       |       |             |            |             |
|---------------------------------------|------------------|-------|-------|-------------|------------|-------------|
| zadovoljstvo<br>zivotom               | OSI              | 60.34 | 12.34 |             |            |             |
| situaciono<br>zadovoljstvo<br>zivotom | kontrolni uzorak | 12.19 | 1.79  | <b>2,47</b> | <b>337</b> | <b>,014</b> |
|                                       | OSI              | 11.58 | 2.50  |             |            |             |

## Prilog 4: Diskriminativna analiza rezultata

**Tabela 4.1.** Vrijednosti diskriminativne funkcije

| Jedinstvena<br>vrijednost | R    | λ    | $\chi^2$ | df | P    |
|---------------------------|------|------|----------|----|------|
| ,085 <sup>a</sup>         | ,281 | ,921 | 25,569   | 6  | ,000 |

**Tabela 4.2.** Standardizovani koeficijenti i struktura diskriminativne funkcije

| Koeficijenti diskriminativne funkcije | Struktura<br>Funkcije |
|---------------------------------------|-----------------------|
| KSC                                   | .69                   |
| PSC                                   | .60                   |
| SSC                                   | .42                   |
| FSC                                   | .23                   |
| ESC                                   | -.23                  |
| ASC                                   | .11                   |

**Tabela 4.3.** Centroidi grupa

|                       |      |
|-----------------------|------|
| kontrolni uzorak      | -,35 |
| lica sa invaliditetom | ,24  |

**Tabela 4.4.** Vrijednosti diskriminativne funkcije

| Jedinstvena<br>vrijednost | R    | λ    | $\chi^2$ | Df | P    |
|---------------------------|------|------|----------|----|------|
| ,111 <sup>a</sup>         | ,316 | ,900 | 24,552   | 6  | ,000 |

**Tabela 4.5.** Struktura i koeficijenti diskriminativne funkcije

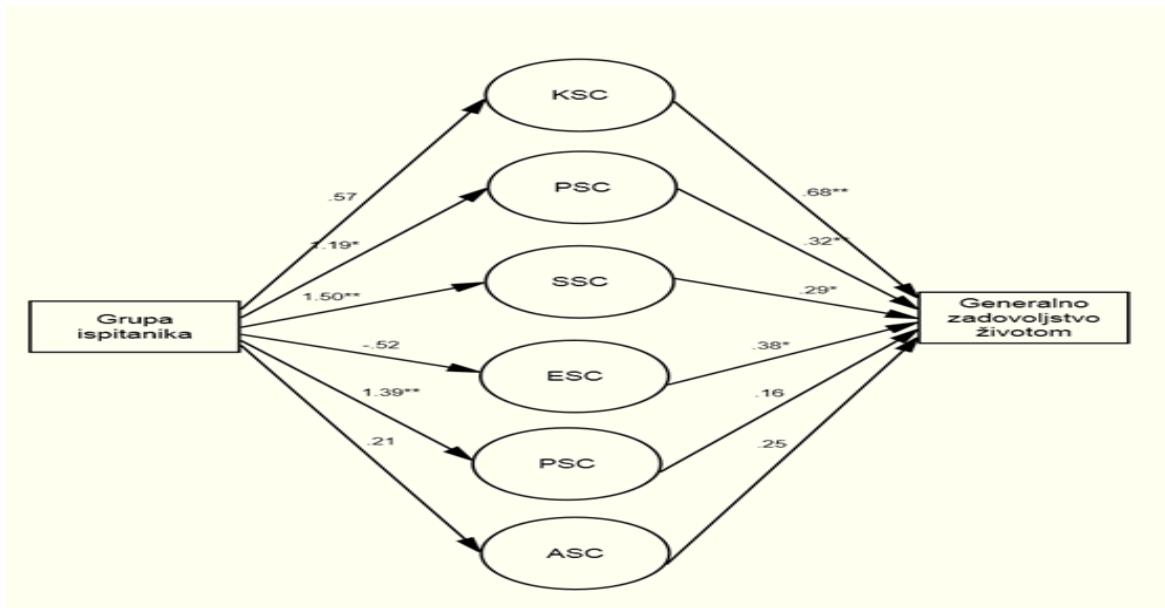
|                             | Koeficijenti diskriminativne funkcije | Struktura funkcije |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| usmjerenost na problem      | -.333                                 | <b>,869</b>        |
| emocionalno                 | -.302                                 | <b>,668</b>        |
| izbjegavanje                | .401                                  | ,544               |
| zreli mehanizmi odbrane     | .433                                  | ,462               |
| neurotski mehanizmi odbrane | .720                                  | ,250               |
| nezreli mehanizmi odbrane   | .046                                  | ,143               |

**Tabela 4.6.** Centroidi grupa

|                  |       |
|------------------|-------|
| kontrolni uzorak | -.349 |
| OSI              | .316  |

**Prilog 5: Medijaciona analiza odnosa grupe (osobe sa invaliditetom i kontrolni uzorak) i generalnog zadovoljstva životom uz medijaciju primarnih domena samopoiamanja**

*Slika 5.1 Medijaciona analiza odnosa grupe (osobe sa invaliditetom i kontrolni uzorak) uz medijaciju primarnih domena samopoiamanja*



Dependent, Independent, and Proposed Mediator Variables:

DV = GZZ

IV = grupa

MEDS = KSC

PSC

SSC

FSC

ESC

ASC

Sample size

314

IV to Mediators (a paths)

| Coeff | se | t | p |
|-------|----|---|---|
|-------|----|---|---|

|     |        |       |         |       |
|-----|--------|-------|---------|-------|
| KSC | ,5689  | ,5008 | 1,1360  | ,2568 |
| PSC | 1,1976 | ,5656 | 2,1172  | ,0350 |
| SSC | 1,5078 | ,4883 | 3,0878  | ,0022 |
| FSC | -,5272 | ,4034 | -1,3068 | ,1923 |
| ESC | 1,3955 | ,3737 | 3,7340  | ,0002 |
| ASC | ,2094  | ,3488 | ,6003   | ,5487 |

#### Direct Effects of Mediators on DV (b paths)

|     | Coeff | se    | t      | p     |
|-----|-------|-------|--------|-------|
| KSC | ,6841 | ,1347 | 5,0769 | ,0000 |
| PSC | ,3215 | ,1188 | 2,7071 | ,0072 |
| SSC | ,2989 | ,1396 | 2,1419 | ,0330 |
| FSC | ,3831 | ,1673 | 2,2904 | ,0227 |
| ESC | ,1564 | ,1680 | ,9306  | ,3528 |
| ASC | ,2549 | ,1861 | 1,3695 | ,1718 |

#### Total Effect of IV on DV (c path)

|       | Coeff   | se     | t       | p     |
|-------|---------|--------|---------|-------|
| grupa | -2,1612 | 1,2364 | -1,7480 | ,0815 |

#### Direct Effect of IV on DV (c' path)

|       | Coeff   | se     | t       | p     |
|-------|---------|--------|---------|-------|
| grupa | -3,4558 | 1,1471 | -3,0127 | ,0028 |

#### Model Summary for DV Model

| R-sq  | Adj R-sq | F       | df1    | df2      | p     |
|-------|----------|---------|--------|----------|-------|
| ,2322 | ,2146    | 13,2193 | 7,0000 | 306,0000 | ,0000 |

\*\*\*\*\*

## BOOTSTRAP RESULTS FOR INDIRECT EFFECTS

Indirect Effects of IV on DV through Proposed Mediators (ab paths)

|       | Data   | Boot   | Bias   | SE    |
|-------|--------|--------|--------|-------|
| TOTAL | 1,2945 | 1,2797 | -,0148 | ,7160 |
| KSC   | ,3892  | ,3799  | -,0092 | ,3326 |
| PSC   | ,3850  | ,3760  | -,0090 | ,2409 |
| SSC   | ,4507  | ,4518  | ,0010  | ,2352 |
| FSC   | -,2020 | -,1969 | ,0050  | ,1857 |
| ESC   | ,2182  | ,2209  | ,0026  | ,2335 |
| ASC   | ,0534  | ,0481  | -,0053 | ,1160 |

Bias Corrected Confidence Intervals

|       | Lower  | Upper  |
|-------|--------|--------|
| TOTAL | ,0673  | 2,8574 |
| KSC   | -,1695 | 1,1966 |
| PSC   | ,0414  | 1,0877 |
| SSC   | ,0811  | 1,0274 |
| FSC   | -,7120 | ,0329  |
| ESC   | -,1754 | ,7730  |
| ASC   | -,0806 | ,4723  |

\*\*\*\*\*

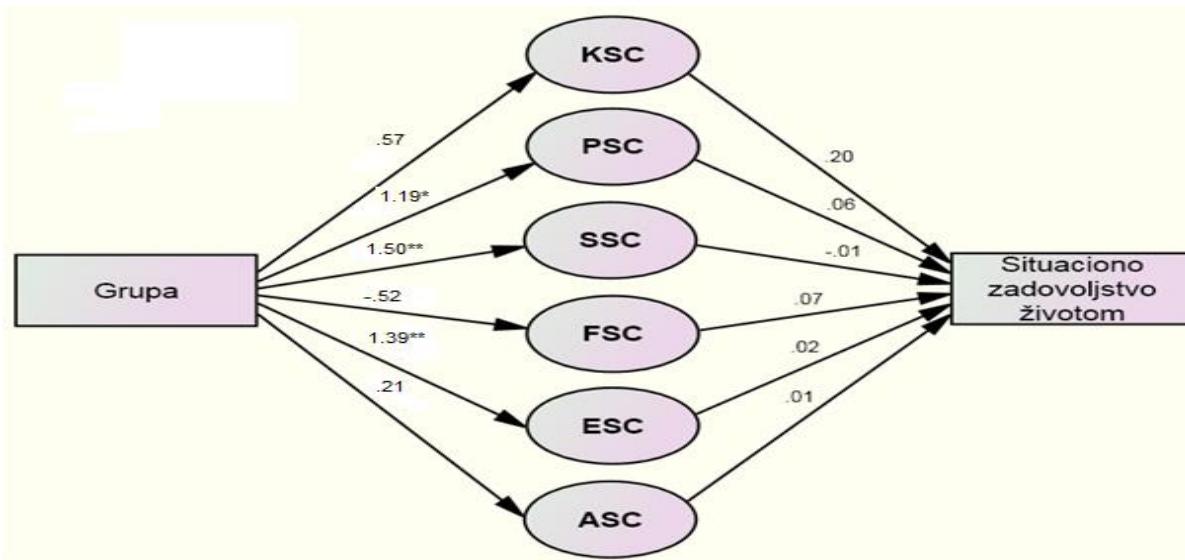
Level of Confidence for Confidence Intervals:

95

Number of Bootstrap Resamples:

1000

*Slika 5.2. Medijaciona analiza odnosa grupe (osobe sa invaliditetom i kontrolni uzorak) i situacionog zadovoljstva životom uz medijaciju primarnih domena samopoimanja*



Dependent, Independent, and Proposed Mediator Variables:

DV = SZŽ

IV = grupa

MEDS = KSC

PSC

SSC

FSC

ESC

ASC

Sample size

313

IV to Mediators (a paths)

|     | Coeff  | se    | t       | p     |
|-----|--------|-------|---------|-------|
| KSC | ,5676  | ,5028 | 1,1291  | ,2597 |
| PSC | 1,2276 | ,5673 | 2,1642  | ,0312 |
| SSC | 1,4132 | ,4837 | 2,9219  | ,0037 |
| FSC | -,5195 | ,4049 | -1,2831 | ,2004 |
| ESC | 1,3811 | ,3750 | 3,6830  | ,0003 |
| ASC | ,2235  | ,3500 | ,6385   | ,5236 |

#### Direct Effects of Mediators on DV (b paths)

|     | Coeff  | se    | t      | p     |
|-----|--------|-------|--------|-------|
| KSC | ,2017  | ,0255 | 7,8999 | ,0000 |
| PSC | ,0650  | ,0226 | 2,8741 | ,0043 |
| SSC | -,0060 | ,0270 | -,2207 | ,8255 |
| FSC | ,0732  | ,0317 | 2,3076 | ,0217 |
| ESC | ,0207  | ,0318 | ,6494  | ,5166 |
| ASC | ,0111  | ,0354 | ,3124  | ,7549 |

#### Total Effect of IV on DV (c path)

|       | Coeff  | se    | t       | p     |
|-------|--------|-------|---------|-------|
| grupa | -,4237 | ,2439 | -1,7370 | ,0834 |

#### Direct Effect of IV on DV (c' path)

|       | Coeff  | se    | t       | p     |
|-------|--------|-------|---------|-------|
| grupa | -,6026 | ,2175 | -2,7704 | ,0059 |

#### Model Summary for DV Model

| R-sq  | Adj R-sq | F       | df1    | df2      | p     |
|-------|----------|---------|--------|----------|-------|
| ,2883 | ,2720    | 17,6507 | 7,0000 | 305,0000 | ,0000 |

\*\*\*\*\*

## BOOTSTRAP RESULTS FOR INDIRECT EFFECTS

Indirect Effects of IV on DV through Proposed Mediators (ab paths)

|       | Data   | Boot   | Bias   | SE    |
|-------|--------|--------|--------|-------|
| TOTAL | ,1789  | ,1867  | ,0078  | ,1510 |
| KSC   | ,1145  | ,1171  | ,0026  | ,1005 |
| PSC   | ,0798  | ,0800  | ,0002  | ,0506 |
| SSC   | -,0084 | -,0058 | ,0026  | ,0413 |
| FSC   | -,0380 | -,0360 | ,0020  | ,0353 |
| ESC   | ,0286  | ,0271  | -,0014 | ,0451 |
| ASC   | ,0025  | ,0043  | ,0018  | ,0164 |

Bias Corrected Confidence Intervals

|       | Lower  | Upper |
|-------|--------|-------|
| TOTAL | -,1256 | ,4728 |
| KSC   | -,0813 | ,3093 |
| PSC   | ,0063  | ,2111 |
| SSC   | -,1047 | ,0666 |
| FSC   | -,1324 | ,0096 |
| ESC   | -,0471 | ,1361 |
| ASC   | -,0142 | ,0709 |

\*\*\*\*\*

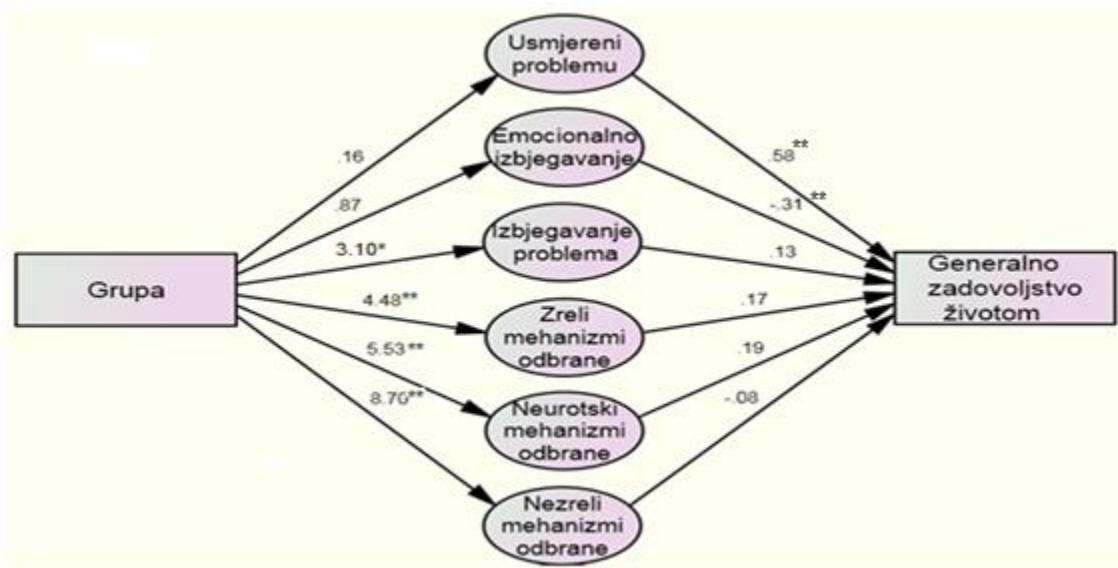
Level of Confidence for Confidence Intervals:

95

Number of Bootstrap Resamples:

1000

*Slika 5.3. Medijaciona analiza odnosa grupe (osobe sa invaliditetom i kontrolni uzorak) i generalnog zadovoljstva životom uz medijaciju coping strategija i stilova odbrane primarnih domena samopoimanja*



#### Prilog . Medijaciona analiza

Dependent, Independent, and Proposed Mediator Variables:

DV = GZZ

IV = grupa

MEDS = T\_skor

E\_skor

A\_skor

Z\_meho

N\_meho

Nz\_meho

Sample size

238

#### IV to Mediators (a paths)

|         | Coeff  | se     | t      | p     |
|---------|--------|--------|--------|-------|
| T_skor  | 1,1620 | ,9071  | 1,2809 | ,2015 |
| E_skor  | ,8724  | 1,1897 | ,7333  | ,4641 |
| A_skor  | 3,1089 | 1,3126 | 2,3684 | ,0187 |
| Z_meho  | 4,4798 | 1,3091 | 3,4221 | ,0007 |
| N_meho  | 5,5316 | 1,2425 | 4,4519 | ,0000 |
| Nz_meho | 8,7340 | 3,1369 | 2,7843 | ,0058 |

#### Direct Effects of Mediators on DV (b paths)

|         | Coeff  | se    | t       | p     |
|---------|--------|-------|---------|-------|
| T_skor  | ,5854  | ,1024 | 5,7187  | ,0000 |
| E_skor  | -,3072 | ,0717 | -4,2852 | ,0000 |
| A_skor  | ,1285  | ,0618 | 2,0799  | ,0386 |
| Z_meho  | ,1682  | ,0764 | 2,2019  | ,0287 |
| N_meho  | ,1872  | ,0754 | 2,4822  | ,0138 |
| Nz_meho | -,0820 | ,0302 | -2,7185 | ,0071 |

#### Total Effect of IV on DV (c path)

|       | Coeff   | se     | t       | p     |
|-------|---------|--------|---------|-------|
| grupa | -4,0624 | 1,3963 | -2,9094 | ,0040 |

#### Direct Effect of IV on DV (c' path)

|       | Coeff   | se     | t       | p     |
|-------|---------|--------|---------|-------|
| grupa | -5,9468 | 1,1449 | -5,1943 | ,0000 |

#### Model Summary for DV Model

| R-sq  | Adj R-sq | F       | df1    | df2      | p     |
|-------|----------|---------|--------|----------|-------|
| ,4308 | ,4135    | 24,8662 | 7,0000 | 230,0000 | ,0000 |

\*\*\*\*\*

## BOOTSTRAP RESULTS FOR INDIRECT EFFECTS

Indirect Effects of IV on DV through Proposed Mediators (ab paths)

|         | Data   | Boot   | Bias   | SE    |
|---------|--------|--------|--------|-------|
| TOTAL   | 1,8844 | 2,0054 | ,1210  | ,9674 |
| T_skor  | ,6802  | ,7240  | ,0439  | ,5531 |
| E_skor  | -,2680 | -,2741 | -,0060 | ,3843 |
| A_skor  | ,3996  | ,4136  | ,0140  | ,2749 |
| Z_meho  | ,7534  | ,7635  | ,0100  | ,4264 |
| N_meho  | 1,0357 | 1,0799 | ,0442  | ,5233 |
| Nz_meho | -,7166 | -,7016 | ,0150  | ,3619 |

Bias Corrected Confidence Intervals

|         | Lower   | Upper  |
|---------|---------|--------|
| TOTAL   | ,1038   | 3,7415 |
| T_skor  | -,2946  | 1,8595 |
| E_skor  | -1,0460 | ,4751  |
| A_skor  | ,0242   | 1,1328 |
| Z_meho  | ,1243   | 1,8514 |
| N_meho  | ,1726   | 2,2440 |
| Nz_meho | -1,6160 | -,1721 |

\*\*\*\*\*

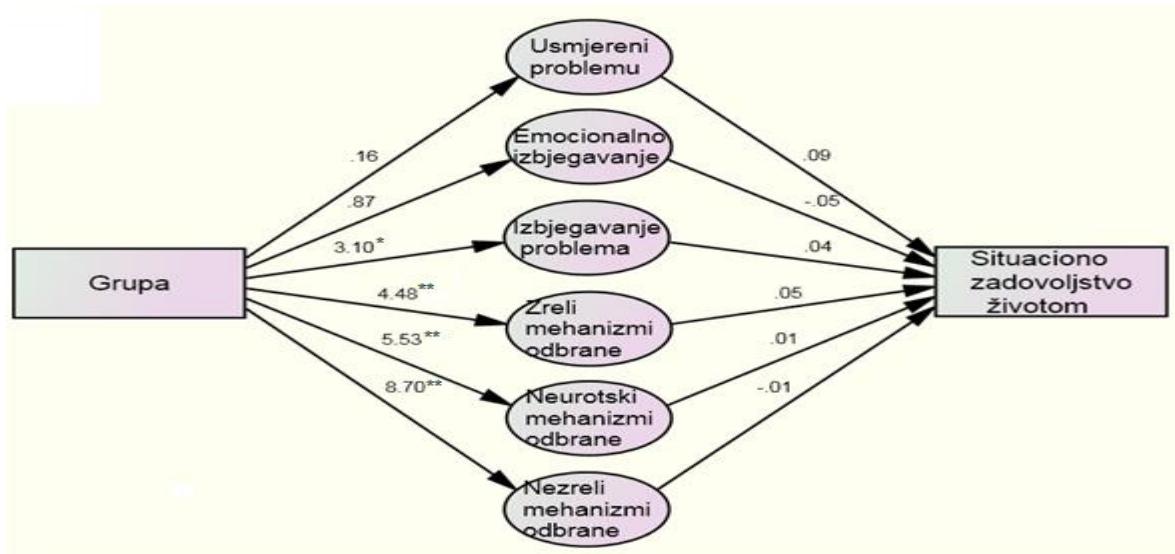
Level of Confidence for Confidence Intervals:

95

Number of Bootstrap Resamples:

1000

*Slika 5.4. Medijaciona analiza odnosa grupe (lica sa invaliditetom i kontrolni uzorak) i situacionog zadovoljstva životom uz medijaciju coping strategija i stilova odbrane primarnih domena samopoimanja*



#### Prilog . Medijaciona analiza

Dependent, Independent, and Proposed Mediator Variables:

DV = SZŽ

IV = grupa

MEDS = T\_skor

E\_skor

A\_skor

Z\_meho

N\_meho

Nz\_meho

Sample size

237

IV to Mediators (a paths)

|        | Coeff  | se    | t      | p     |
|--------|--------|-------|--------|-------|
| T_skor | 1,1805 | ,9110 | 1,2958 | ,1963 |

|         |        |        |        |       |
|---------|--------|--------|--------|-------|
| E_skor  | ,9501  | 1,1928 | ,7966  | ,4265 |
| A_skor  | 3,2455 | 1,3120 | 2,4736 | ,0141 |
| Z_meho  | 4,5229 | 1,3143 | 3,4413 | ,0007 |
| N_meho  | 5,5913 | 1,2468 | 4,4846 | ,0000 |
| Nz_meho | 8,9744 | 3,1426 | 2,8558 | ,0047 |

#### Direct Effects of Mediators on DV (b paths)

|         | Coeff  | se    | t       | p     |
|---------|--------|-------|---------|-------|
| T_skor  | ,0934  | ,0208 | 4,4998  | ,0000 |
| E_skor  | -,0478 | ,0145 | -3,2864 | ,0012 |
| A_skor  | ,0432  | ,0126 | 3,4360  | ,0007 |
| Z_meho  | ,0480  | ,0155 | 3,0968  | ,0022 |
| N_meho  | ,0082  | ,0153 | ,5344   | ,5936 |
| Nz_meho | -,0118 | ,0061 | -1,9313 | ,0547 |

#### Total Effect of IV on DV (c path)

|       | Coeff  | se    | t       | p     |
|-------|--------|-------|---------|-------|
| grupa | -,6584 | ,2719 | -2,4213 | ,0162 |

#### Direct Effect of IV on DV (c' path)

|       | Coeff   | se    | t       | p     |
|-------|---------|-------|---------|-------|
| grupa | -1,0199 | ,2330 | -4,3774 | ,0000 |

#### Model Summary for DV Model

| R-sq  | Adj R-sq | F       | df1    | df2      | p     |
|-------|----------|---------|--------|----------|-------|
| ,3734 | ,3543    | 19,4989 | 7,0000 | 229,0000 | ,0000 |

\*\*\*\*\*

## BOOTSTRAP RESULTS FOR INDIRECT EFFECTS

Indirect Effects of IV on DV through Proposed Mediators (ab paths)

|         | Data   | Boot   | Bias   | SE    |
|---------|--------|--------|--------|-------|
| TOTAL   | ,3615  | ,3700  | ,0085  | ,1838 |
| T_skor  | ,1103  | ,1099  | -,0003 | ,0917 |
| E_skor  | -,0454 | -,0476 | -,0022 | ,0647 |
| A_skor  | ,1401  | ,1479  | ,0078  | ,0744 |
| Z_meho  | ,2169  | ,2161  | -,0009 | ,1011 |
| N_meho  | ,0457  | ,0484  | ,0027  | ,1002 |
| Nz_meho | -,1061 | -,1047 | ,0014  | ,0645 |

Bias Corrected Confidence Intervals

|         | Lower  | Upper  |
|---------|--------|--------|
| TOTAL   | -,0334 | ,7129  |
| T_skor  | -,0390 | ,3338  |
| E_skor  | -,2136 | ,0604  |
| A_skor  | ,0246  | ,3232  |
| Z_meho  | ,0668  | ,4696  |
| N_meho  | -,1603 | ,2557  |
| Nz_meho | -,3062 | -,0180 |

\*\*\*\*\*

Level of Confidence for Confidence Intervals:

95

Number of Bootstrap Resamples:

1000

\*\*\*\*\* NOTES \*\*\*\*\*

## **Prilog 6: Primjenjeni instrumenti**

### **UPITNIK- Sociodemografske karakteristike**

1. Godina rođenja \_\_\_\_\_ Pol M Ž

2. Obrazovanje:

- a) nepotpuna osnovna škola
- b) završena osnovna škola
- c) završena srednja škola
- d) završena viša škola ili fakultet

3. SADAŠNJI BRAČNI STATUS: (*Označi samo jedno ako je moguće*)

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1. Neoženjen/neodata | 4. Razveden/a             |
| 2. Oženjen/udata     | 5. Udovac/udovica         |
| 3. U vezi            | 6. U vanbračnoj zajednici |

4. TRENUOTNO ZANIMANJE(*izaberi najbolju opciju*)

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Zaposlen                  | 6. Penzionisan                     |
| 2. Samozaposlen              | 7. Nezaposlen(zdravstveni razlozi) |
| 3. Neplaćeni posao, volonter | 8. Nezaposlen (ostali razlozi)     |
| 4. Student                   | 9. Ostalo                          |
| 5. Domaćica                  | (specificiraj) _____               |

5. Dijagnoza i vrsta invaliditeta (navedi)\_\_\_\_\_

6. Invaliditet je nastao prije \_\_\_\_\_ godina

7. Invaliditet je

- a) Urođeni
- b) Stečeni Zbog bolesti Traumatski (zbog povrede)

8. Porodični status:

a) Imam vlastitu porodicu

b) Živim sam

c) Živim sa roditeljima ili rođinom

9. Kakav je vaš materijalni status u odnosu na prosjek u našoj zajednici

- a) Daleko ispod prosjeka
- b) Ispod prosjeka
- c) Prosječan
- d) Iznad prosjeka
- e) Visoko iznad prosjeka

Pred Vama je skup pitanja koja se odnose na vaše opažanje samog sebe u različitim aspektima Vašeg života. Za svako pitanje ponuđeno je nekoliko odgovora. Zavisno koji odgovor izaberete zaokružite broj u redu desno. Brojevi pored pitanja znače:

- 1- potpuno netačno
- 2- uglavnom netačno
- 3- nisam siguran
- 4- uglavnom tačno
- 5- potpuno tačno

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Većina mojih sposobnosti je iznad prosjeka.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Nema aktivnosti u kojoj se ne bih snašao.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Brzo naučim i vrlo teške aktivnosti.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Teško donosim odluke.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Manje sposobni ljudi su uspješniji od mene.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Kada započнем neki posao najčešće ga uspješno privodim kraju.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Što je aktivnost koju treba uraditi teža ja se bolje snalazim u njoj. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Sumnjam da bi moje radne sposobnosti nekom bile od                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|     |   |          |          |          |          |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|
|     | velike koristi.                                       |          |          |          |          |
| 9.  | U mojoj porodici jedni druge savršeno razumijemo.     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 10. | Moja porodica nikako ne bi mogla biti za primjer.     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 11. | Ne volim da pričam o porodici.                        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 12. | Uvijek sam imao podršku svoje porodice.               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 13. | Najčešća komunikacija u mojoj porodici je kroz svađu. | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 14. | Osjećam se nedovoljno voljenim u porodici.            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 15. | Moja porodica uvijek uspješno funkcioniše.            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 16. | Sretan sam sa svojom porodicom ovakvom kakva je.      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 17. | Ne volim naročito svoju porodicu.                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 18. | Osjećam se odbačenim.                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 19. | Imam veliki broj prijatelja.                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 20. | Veoma sam popularan u društву.                        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 21. | Volim da učestvujem u diskusijama.                    | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 22. | Srdačni ljudi obično prikrivaju neku manu.            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 23. | Nikada nisam imao stalno društvo.                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 24. | Uvijek sam spremjan za saradnju.                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 25. | Lako uspostavljam komunikaciju sa drugima.            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 26. | Nisam zadovoljan svojim izgledom.                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 27. | Moj izgled nije jedan od mojih aduta.                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 28. | Rijetke su prilike kad mislim da sam ružan.           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| 29. | Snažan sam.   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |

|     |  |          |          |          |          |          |
|-----|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 30. | Nikad nisam bio bolešljiv.                             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 31. | Morao bih da poradim na svom fizičkom izgledu.         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 32. | Važim za vrlo privlačnu osobu.                         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 33. | Prilično sam izdržljiv.                                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 34. | Nije mi teško da govorim o svojim emocijama.           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 35. | Moje emocije je lako pobuditi.                         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 36. | Zbunjuju me moje emocije.                              | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 37. | Istinske emocije su prava rijetkost.                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 38. | Tuđe nesreće me ne pogađaju.                           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 39. | Nikada ne plačem.                                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 40. | Lako mijenjam raspoloženja                             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 41. | Nemam nikakve koristi od dobrih ocjena koje sam dobio. | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 42. | Važne stvari se ne uče u školi.                        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 43. | Učenje mi nikad nije predstavljalo problem.            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 44. | I nastavnici su govorili da sam bistar.                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 45. | Ozbiljno sam shvatao školu.                            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 46. | Školu sam pohađao samo zato što sam morao.             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 47. | Razmišljanje o školi budi uglavnom prijatna osjećanja. | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

Lista ispred Vas sadrži tvrdnje koje opisuju reakcije ljudi na različite životne teškoće, stresove ili uznemirujuće situacije. Molimo Vas da uz svaku tvrdnju zaokružite broj i to onaj koji pokazuje u kojoj mjeri Vi obično koristite taj tip aktivnosti/ponašanja kada se susretnete sa stresnom ili uzmimirajućom situacijoma. Brojevi označavaju slijedeće:

1 - uopšte ne

2 - pretežno ne

3 - i da i ne

4 - pretežno da

5 - u potpunosti da

|     |   |          |          |          |          |          |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1.  | Bolje planiram vrijeme                              | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 2.  | Usmjerim se na problem da vidim kako bih ga riješio | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 3.  | Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 4.  | Nastojim biti sa drugim ljudima                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 5.  | Prekoravam se zbog oduglovlačenja                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 6.  | Činim ono što mislim da je najbolje                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 7.  | Zaokupljen sa brigama i problemima                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 8.  | Predbacujem sebi što sam se doveo u takvu situaciju | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 9.  | Razgledavam izloge                                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 10. | Izdvajam ono što mi je najbitnije                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 11. | Pokušavam to prespavati                             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 12. | Častim se omiljenim jelom i pićem                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 13. | Strepim zbog nesposobnosti suočavanja sa problemima | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

|     |   |          |          |          |          |          |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 14. | Postajem jako napet   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 15. | Mislim o tome kako sam riješio slične probleme                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 16. | Govorim sebi da se to zapravo ne događa                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 17. | Prekoravam se što situaciju doživljavam previše emocionalno             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 18. | Izlazim na piće i jelo  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 19. | Postajem jako uznemiren   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 20. | Kupim nešto za sebe   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 21. | Odredim što će učiniti i to činim                                       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 22. | Prekoravam se da ne znam što mi je činiti                               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 23. | Odlazim na zabavu   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 24. | Radim na objašnjenju situacije  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 25. | Sledim se» i ne znam što da radim                                       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 26. | Odmah pokušavam popraviti stvari  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 27. | Razmišljam o događaju i učim na vlastitim greškama                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 28. | Poželim da mogu promijeniti ono što se dogodilo ili kako sam se osjećao | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 29. | Posjećujem prijatelja   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 30. | Brinem o onome što moram učiniti  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 31. | Provodim vrijeme sa osobom koju cijenim                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 32. | Idem prošetati  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 33. | Govorim sebi da se ovo više nikad neće ponoviti                         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 34. | Usredotočim se na svoje glavne nedostatke                               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

|     |  |          |          |          |          |          |
|-----|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 35. | Razgovaram sa nekim čiji svjet cijenim               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 36. | Analiziram problem prije nego što reagujem           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 37. | Telefoniram prijatelju                               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 38. | Naljutim se  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 39. | Mijenjam redoslijed onoga što mi je najbitnije       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 40. | Idem u kino (pogledam film)                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 41. | Kontrolišem situaciju                                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 42. | Dodatno se trudim srediti stvari                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 43. | Nalazim nekoliko različitih rješenja problema        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 44. | Isključujem se i izbjegavam situaciju                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 45. | Iskalim se na drugim ljudima                         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 46. | Iskoristim situaciju da dokažem kako to mogu učiniti | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 47. | Organizujem se tako da mogu vladati situacijom       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 48. | Gledam TV  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

Skalom od 9 brojeva da označite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od nevedenih tvrdnji. Na primjer, broj pet će govoriti da se niti slažete niti ne slažete sa tvrdnjom, broj 3 da se umjereni slažete a broj 9 da se izrazito slažete sa navedenom tvrdnjom.

**uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 potpuno se slažem**

|     |   |                   |
|-----|---|-------------------|
| 1.  | Pričinjava mi zadovoljstvo da pomažem drugima i kad bi mi to bilo oduzeto postao bih depresivan                       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 2.  | Moram da držim probleme u glavi sve dok ne nađem vremena da se uhvatim u koštac s njima                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 3.  | Oslobađam se napetosti tako što radim nešto konstruktivno ili kreativno kao što su npr. stolarski radovi ili slikanje | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 4.  | U stanju sam da pronađem dobre razloge za sve što radim   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 5.  | Lako se nasmijem na svoj račun  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 6.  | Ljudi teže da loše postupaju sa mnom  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 7.  | Ako bi me neko napao i ukrao mi novac, bio bih više za to da mu se pomogne nego da ga se kazni                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 8.  | Za mene kažu da nastojim da zanemarim neprijatne činjenice, kao da one uopšte ne postoje                              | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 9.  | Zanemarujem opasnost kao da sam Superman  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 10. | Ponosim se svojom sposobnošću da skrešem ljudima u lice i da ih svedem na njihovu pravu mjeru                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 11. | Često reagujem prenaglo kad me nešto muči   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 12. | Fizički se razboliom kad mi stvari loše idu   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

|     |  |                   |
|-----|--|-------------------|
| 13. | Ja sa veoma inhibirana (suzdržana) osoba   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 14. | Maštanja mi pričinjavaju više zadovoljstva nego stvarni život  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 15. | Posjedujem posebne talente (sposobnosti) koji mi omogućavaju da idem kroz život bez problema         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 16. | Uvijek postoje dobri razlozi kad mi stvari ne idu dobro  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 17. | Više stvari riješim u mašti nego u stvarnosti  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 18. | Ničega se ne plašim  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 19. | Ponekad mi se čini da sam andeo a ponekad da sam đavo  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 20. | Kad se osjetim povređenim postajem otvoreno agresivan  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 21. | Stalno imam osjećaj da je neko koga znam moj andeo čuvan   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 22. | Po mom mišljenju ljudi su ili dobri ili loši   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 23. | Ako me šef nadgleda, može mi se desiti da pogriješim u radu ili radim sporije                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 24. | Poznajem osobu koja je sposobna i koja je uz to absolutno pravedna i fer                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 25. | Mogu da držim svoja osjećanja pod kontrolom ukoliko me njihovo ispoljavanje ometa u onom što radim   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 26. | Obično sam u stanju da vidim veselu stranu onoga što je inače bolno                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 27. | Zaboli me glava kad moram da radim nešto što ne volim  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 28. | Često primjećujem da sam pretjerano fin prema ljudima na koje bih po svim pravilima trebao biti ljut | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 29. | Siguran sam da od života dobivam samo surovi dio   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

|     |   |                   |
|-----|---|-------------------|
| 30. | Kada treba da se suočim sa teškom situacijom pokušavam da zamislim kako će ona izgledati i da isplaniram, kako da s njom izađem na kraj | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 31. | Doktori zapravo nikad ne razumiju moje probleme   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 32. | Pošto se izborim za svoja prava, obično se izvinjavam što sam bio uporan  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 33. | Kada sam depresivan ili uplašen jelo mi pomaže da se osjećam bolje  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 34. | Često mi kažu da ne pokazujem svoja osjećanja   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 35. | Ako bih mogao unaprijed da znam da će biti tužan, uspješnije bih s tim izašao na kraj   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 36. | Ma koliko da se žalim nikada ne dobijem zadovoljavajući odgovor   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 37. | Često shvatim da ne osjećam ništa u situaciji koja bi trebalo da izazove snažne emocije   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 38. | Prijanjanje na neki posao čuva me od osjećanja depresije ili strepnje   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 39. | Kada bih bio u krizi, obratio bih se nekome ko je imao isti problem   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 40. | Ako mi padne na pamet neka agresivna misao imam potrebu da učinim nešto da se iskupim   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

Ispred Vas se nalaze određene tvrdnje koje se odnose na procjenu Vašeg života. Molimo Vas da što iskrenije odgovorite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih . Uz svaku tvrdnju označite odgovarajući broj. Koristite pri tome skalu na kojoj brojevi imaju slijedeća značenja:

1 - uopšte se ne slažem

2- uglavnom se ne slažem

3 - niti se slažem niti se ne slažem

4- uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

|     |   |          |          |          |          |          |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1.  | U više aspekata moj život je blizak idealnom                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 2.  | Uslovi moga života su izrsni                                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 3.  | Zadovoljan sam svojim životom                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 4.  | sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 5.  | Kada bih ponovo živio svoj život ne bih mijenjao gotovo ništa | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 6.  | Sve u svemu ja sam vrlo sretna osoba                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 7.  | Život mi donosi puno zadovoljstva                             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 8.  | Ja se uopšteno dobro osjećam                                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 9.  | Mislim da sam sretna osoba                                    | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 10. | U cijelini gledajući ja sam manje sretan od drugih ljudi      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 11. | Često sam utučen i tužan                                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 12. | Mislim da sam sretan bar i koliko drugi ljudi                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 13. | Moja budućnost izgleda dobro                                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 14. | Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 15. | Što god da se desi mogu vidjeti i svijetlu stranu             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

|     |                                    |          |          |          |          |          |
|-----|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 16. | Uživam živjeti                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 17. | Čini mi se da moj život ima smisla | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

Molim Vas sad odgovorite i na slijedeće tvrdnje, zaokruživanjem odgovarajućeg broja uz svaku od njih.  
Brojevi imaju slijedeće značenje:

1- nikada mi se to nije dogodilo

2 - rijetko mi se to događa

3 - to mi se događa i ne događa

4 - često mi se to događa

5 - uvijek mi se to događa

|     |   |          |          |          |          |          |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18. | da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 19. | da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| 20. | da ste se osjećali potpuno sretni               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |

## **Biografija**

Dijana Đurić, rođena 17.6. 1962. Sisak, Hrvatska

Studij psihologije je završila 1987. godine na Filozofskom fakultetu, Sveučilišta u Rijeci a 2010. je odbranila magistraski rad: "Uloga psihosocijalne pomoći i resursa ličnosti u socijalnoj reintegraciji lica sa amputiranim ekstremitetima" na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Banja Luci, Odsjek za psihologiju- smjer Klinička psihologija i psihoterapija.

Pored formalnog obrazovanja završila je: Uvodni kurs iz Grupne analize, Edukaciju za primjenu Rorschach testa, Kureseve iz Bihevioralne psihoterapije, Seminar iz forenzičke psihologije, edukaciju "European project for Interreligious Learning (EPIL) te je učestvovala na brojnim treninzima i edukacijama na različite psihološke teme (npr. trauma, tugovanje, komunikacija, invalidnost, nasilje u porodici...).

Od 1995. je zaposlena u ZFMR "Dr Miroslav Zotović", Banja Luka, na poslovima i radnim zadacima psihologa. Prethodna zaposlenja: Biro za zapošljavanje / Rijeka, Osnovna škola - Srpska Kostajnica, Osnovna i Srednja škola u Hrvatskoj Kostajnici. Bila je metasupervizor za studente na postidiplomskim studijama iz supervizije- Fakultet za socijalni rad, Banja Luka.

Angažovana od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite na istraživanju i vođenju edukativnih radionica za zaposlene u Centru za mušku djecu i omladine sa mentalnim problemima i kao član radne grupe u projektu Politika u oblasti invalidnosti u Bosni i Hercegovini (Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite i IBHI) te kao član Drugostepene komisije za procjenu i razvrstavanje djece i omladine sa smetnjama u razvoju i Opštinske Prvostepene komisije za razvrstavanja lica sa fizičkim ili psihičkim smetnjama. Angažovana je i kao Viši asistent za psihološku grupu predmeta na Nezavisnom univerzitetu- Banja Luka.

Članica je Upravnog odbora Društva psihologa Republike Srpske od samog osnivanja. Od 2007 do 2011. je bila Predsjednica Upravnog odbora DPRS a od 2011. je predsjednica DPRS. U sklopu aktivnosti vezanih za rad DPRS bila je članica Organizacionih odbora svih kongresa psihologa BiH a za drugi i šesti kongres psihologa BiH je bila predsjednica Organizacionog odbora.

Aktivno je učestvovala je na brojnim naučnim i stručnim skupovima i objavila niz stručnih i naučnih radova u svojstvu autora ili koautora.

Društveno angažovana kroz saradnju sa nevladinim organizacijama kao što su ICRC, UNFPA, Partner, UDAS, Udružene žene i dr. U svojstvu edukatorice, trenerice i na direktnom pružanju psihološke pomoci i podrške korisnicima/korisnicama.

## **UNIVERZITET U BANJOJ LUCI**

### **PODACI O AUTORU DOKTORSKE DISERTACIJE**

Ime i prezime autora: Dijana Đurić

Datum, mjesto i država rođenja: 17.06.1962., Sisak, R. Hrvatska

Naziv završenog fakulteta i godina diplomiranja: Filozofski fakultet Univerziteta u Rijeci, 1987. godine

Datum odbrane magistarskog rada: 13.07.2010.

Naslov magistarskog rada: „Uloga psihosocijalne pomoći i resursa ličnosti u socijalnoj reintegraciji lica sa amputiranim ekstremitetima“

Akademска titula koju je autor stekao odbranom magistarskog rada: magistar psihologije

Akademска titula koju je autor stekao odbranom doktorske disertacije: doktor psiholoških nauka

Naziv fakulteta na kome je doktorska disertacija odbranjena: Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Naziv doktorske disertacije i datum odbrane: „Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom“, \_\_\_\_\_. godine

Naučna oblast disertacije prema CERIF šifarniku: S260, B650

Imena mentora i članova komisije za odbranu doktorske disertacije:

prof. dr Spasenija Ćeranić – član-mentor;

prof. dr Nada Vaselić – predsjednik;

prof. dr Đorđe Čekrljia – član.

U Banjoj Luci, dana 12.09.2013.

ZA Dekan

*Milena Mikanović*

Prof. dr Brane Mikanović

**УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ**  
**ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ**



**ИЗВЈЕШТАЈ**  
**о оцјени урађене докторске дисертације**

РЕПУБЛИКА СРПСКА  
 УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ  
 ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ  
 БАЊА ЛУКА

Број: 07/1148  
 Датум: 06.03.2018. К.  
 Р.

**I. ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ**

Наставно-научно вијеће Филозофског факултета у Бањој Луци, на сједници одржаној 14. 6. 2018. године, именовало је Комисију (Рјешење бр. 07/3.1085-1/18) за оцјену докторске дисертације **Специфичности психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем/инвалидитетом** кандидаткиње мр Дијане Ђурић, у слједећем саставу:

1. проф. др Спасенија Ђеранић, редовни професор Филозофског факултета Универзитета у Источном Сарајеву, ужа научна област Клиничка психологија, предсједник,
2. проф. др Нада Васелић, ванредни професор Филозофског факултета Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област Клиничка психологија и психотерапија, члан,
3. проф. др Ђорђе Чекрлија, ванредни професор Филозофског факултета Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област Психологија личности, члан.

- 1) Навести датум и орган који је именовао комисију;  
 2) Навести састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, научно-наставног звања, назива у же научне области за коју је изабран у звање и назива универзитета/факултета/института на којем је члан комисије запослен.

**II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ**

- 1) Дијана (Милош) Ђурић
- 2) 17. 6. 1962, Сисак, Хрватска
- 3) Педагошки факултет Свеучилишта у Ријеци, Одјек за психологију, дипл. психолог-професор
- 4) Филозофски факултет, УНИБЛ, Одјек за психологију; Улога психосоцијалне помоћи и ресурса личности у социјалној реинтеграцији лица са ампутираним екстремитетима (13. 7. 2010).
- 5) Клиничка психологија и психотерапија
- 6) Поступак за стицање научног степена доктора наука започет је 2014. године, према одредбама члана 149 Закона о високом образовању; студијски програм психологија. Сенат Универзитета у Бањој Луци је 27. 3. 2014. године (Одлука бр. 02/04-3.995-38/14) одобрио израду докторске дисертације под насловом *Специфичности психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем/инвалидитетом*.

Кандидаткиња је објавила двије књиге (једну у коауторству) и публиковала око 25 радова (самостално и у коауторству), од којих већина обрађује тематику сродну

теми докторске дисертације. Неки од тих радова, у цјелини или у изводу, објављени су у референтним часописима.

#### Књиге:

- Савић, Г., Ђурић, Д. (2005). *Говорни развој дјетета*. Бања Лука: Глас српски–Графика.
- Дијана Ђурић (2014). *Улога психосоцијалне помоћи и ресурса личности у социјалној реинтеграцији лица са ампутираним екстремитетима*. Бања Лука, Друштво психолога Републике Српске.

Наводимо и радове који су публиковани у цјелини:

- Ђурић Д. (2002). Психосоцијална реконцилијација на подручју бивше Југославије. *Темида 4* (5), 65–66.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D., i Vranešić, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia-Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 580–590.
- Ђурић Д. (2011). Ефекти психосоцијалне помоћи у социјалној реинтеграцији и животном задовољству лица са ампутацијом. У Ј Коленовић-Ђапо, И. Фако, М. Косо-Дрљевић, и Б. Мирковић (Ур.), *Зборник радова II конгреса психолога БиХ са међународним учешћем* (стр. 135–148). Бања Лука: Друштво психолога Републике Српске.
- Ђурић, Д., и Чекрија, Ђ. (2012). Особеност самопоимања код особа са ампутацијом доњих екстремитета. У Т. Стефановић Станојевић, Ј. Тодоровић и Б. Димитријевић (Ур.), *Тематски зборник радова: Психички развој, ментално здравље и рад* (стр. 243–261). Ниш: Филозофски факултет.
- Савић, Г., Иришкић, А., Ђурић, Д., и Бузација, В. (2012). Локација лезије и разумијевање говора болесника након можданог удара. У С. Јандрић (Ур.), *Зборник радова 4. конгреса физијатара Босне и Херцеговине са међународним учешћем* (стр. 337 –338). Бања Лука: Удружење физијатара РС.
- Savić, G., Iriškić, A., & Đurić, D. (2012). Speech comprehension disturbance after stroke. *Proceedings of the 18th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM)* (pg. 77–81). Turin, Italy: Edizioni Minerva Medica S.P.A.
- Мирковић, Б., Радетић-Ловрић, С., и Ђурић, Д. (2013). Спремност студената на активно тражење посла: утицај заокупљености послом, доживљаја друштвене правде и социо-демографских карактеристика. У С. Душанић (Ур.), *Зборник радова са научно-стручног скупа са међународним учешћем "Психолошка истраживања учења и понашања"* (стр. 169–184). Бања Лука: Филозофски факултет у Бањој Луци и Друштво психолога Републике Српске.
- Савић, Г., Иришкић, А., Ђурић, Д., и Бузација В. (2013) Локација лезије и разумијевање говора болесника након можданог удара, *Тимочки медицински гласник*, 3 (38), 112–118.

- Čekrlija, Đ., Durić D., i Marjanović J. (2016). The nature of influence of family gathering on family selfconcept: a mere structure or necessary prerequisite, "Межународен дијалог: Исток-Запад". *Психологија и образование*, III/3 (pg. 209–215). Свети Николе, Р. Македонија: Меѓународен Центар за Славјанска Просвета.
- Čekrlija Đ., Mirković B., Durić, D. (2017). Šest stavki za šest primarnih domena; kratka skala multidimenzionalnog hijerarhijskog modela samopoimanja. U M. Gavrić, i K. Sesar. (Ur.), *Zbornik radova sa IV kongresa psihologa BiH sa međunarodnim učešćem* (str. 161–178). Брчко дистрикт: DPRS.
- Čekrlija, Đ., Durić, D. i Mirković, B. (2017). Validation of Adlerian inferiority (compin) and superiority (sucomp) complex shortened scales. *CIVITAS, Časopis za društvena istraživanja*, 7 (2), 13–25.

#### **Радови штампани у изводу:**

- Ђурић, Д. (2010). Психосоцијална подршка и реинтеграција лица са ампутацијом доњих екстремитета, *Трећи конгрес физијатара и Прва ИСПО конференција БиХ*, Тузла.
- Ђурић, Д., и Протић, Ј. (2010). Вршњачка подршка у институционалним условима, *Трећи конгрес физијатара и Прва ИСПО конференција БиХ*, Тузла.
- Ђурић, Д., и Чекрлија Ђ. (2010). Особености самопимања код лица са ампутацијом доњих екстремитета, *Књига резимеа „Дани примењене психологије“*, Ниш.
- Ђурић, Д., Митровић, Д., Лолић, С., Живанић, Д., и Копања, М. (2012). Утицај стресних догађаја и наследног фактора, *Књига сажетака, IV конгрес физијатара БиХ*, Бања Лука.
- Мирковић, Б., Ђурић, Д., и Радетић Ловрић, С. (2012). Социо-демографске карактеристике и извори стреса на раду. *Књига сажетака „Други сарајевски дани психологије“*, (стр. 51). Сарајево: Филозофски факултет.
- Savić G., Iriškić, A., i Durić D., ( 2012 ). Disturbance comprehension of speech of patients after stroke. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine, Abstract book of the 18th European congress of physical medical and rehabilitation Medicine*, 48(1), 122.
- V. Buzadzija, G. Savic, J. Satara, D., Djurić, D., i Prtina, (2013). Degree of recovery in motor functions of patients with CVI in relation to the degree of damage on speech comprehens; *Jornal of the Neurological Sciences*, 333(1), (pg. e195,15).
- Buzadžija, V., Savić, G., i Djurić, D. (2014). Stepen poboljšanja Barthel indeksa pacijenata sa moždanim udarom nakon rehabilitacije u odnosu na starost. *Zbornik rezimea 5. kongresa fizijatara Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učešćem*, (str. 141–142).
- Savic, G., Djuric, D., i Buzadzija, V. (2016). Maximum phonation time at patients with Parkinson's disease. 20<sup>th</sup> European Congress of Physical and rehabilitation medicine, *European journal of physical and rehabilitation medicine, Mediterranean journal of psysical and rehabilitation medicine*, 52(1,2), 433.

- Djuric, D. (2016). Importance of personal resources in psychosocial reintegration of persons with amputation of lower limb, 20<sup>th</sup> European Congress of Physical and rehabilitation medicine, *European journal of physical and rehabilitation medicine, Mediterranean journal of physical and rehabilitation medicine*, 1(52), 433.
- Savić, G., Đurić, D., Buzadžija, V., i Savić, N. (2016). Stepen govornog oštećenja kod pacijenata sa parkinsonovom bolešću, *Zbornik radova 6. kongresa fizijatara Bosna i Hercegovina sa međunarodnim učešćem*, 6(9), 121–122.
- Đurić, D., Čekrljija, Đ., & Vujaković L. (2017). Life satisfaction, self-concept, defense mechanisms and coping strategies at persons with physical disabilities: *Differences between satisfied and unsatisfied patients*, *Libro de Actas del X Congreso Internacional y XV Nacionall de Psichología Clinica, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)*, ISBN – 978 84-697- 2784-3, p. 735.
- Đurić, D., Čekrljija, Đ., Vujaković, L. (2018). Self-concept, defense styleson and coping strategies: Mediators of activities of daily living and life satisfaction relationship at dissable persons. *Rezimei: XXIV Empirijska istraživanja u psihologiji*, p. 160.
- Đurić, D., Čekrljija, Đ., Majstorović, B. (2018). Reintegration in normal life, impact on life satisfaction and moderate role of self-concept and coping strategies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 61(Supplement), e535.

- 1) Име, име једног од родитеља, презиме
- 2) Датум рођења, општина, држава
- 3) Назив универзитета и факултета и назив студијског програма академских студија II циклуса, односно, послиједипломских магистарских студија и стечено стручно/научно звање.
- 4) Факултет, назив магистарске тезе, научна област и датум одбране магистарског рада;
- 5) Научна област из које је стечено научно звање магистра наука/академско звање мастерса:
6. Година уписа на докторске студије и назив студијаског програма.

### III. УВОДНИ ДИО ОЦЛЕНЕ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Докторска дисертација мр Дијане Ђурић под насловом  
*Специфности психичког функционисања особа са тјелесним  
 оштећењем/инвалидитетом*

састоји се од слеђећих поглавља:

Поглавље УВОД (стр. 1 и 2) садржи кратак преглед приступа питањима инвалидности кроз историју и његовог утицаја на психологију, односно развој

психологије инвалидности.

Поглавље ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ (стр. 3–32) садржи поднаслове који објашњавају психолошке концепте који се у раду обрађују. У првом дијелу изложена су досадашња научна сазнања из области психичког функционисања особа са инвалидитетом кроз био-психосоцијални приступ. Други дио даје описе теоријских и третманских психолошких приступа инвалидности кроз различите психолошке школе и правце. У трећем дијелу, кроз резултате истраживања, практична искуства и изјаве особа са инвалидитетом, са нагласком на кључне елементе, објашњава се процес адаптације на живот са инвалидитетом. У сљедећим дијеловима, кроз дефиниције, развој и релевантна истраживања у функцији адаптације на инвалидитет, описаны су психолошки конструкти: селф-концепт, стратегије за превазилажење стреса, механизми одбране и задовољство животом.

Поглавље МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА (стр. 33–42) садржи јасан опис проблема и циљева истраживања, хипотеза, методе рада и опис узорка; број испитаника, социодемографске карактеристике, те вријеме настанка и врста инвалидитета код клиничког узорка. Такође, описаны су и кориштени инструменти и њихове метријске карактеристике, као и методе обраде података.

У поглављу РЕЗУЛТАТИ, кандидаткиња је, у складу са принципима презентовања резултата научно-истраживачког рада, јасним језиком, кроз табеле и слике, прегледно представила добијене резултате који слиједе логику и циљеве истраживања. Први дио презентује мјере дескриптивне статистике за селф-концепт, стратегије за превазилажење стреса, механизме одбране и задовољство животом. У другом дијелу презентоване су статистичке значајности разлика између узорка особа са инвалидитетом и контролног узорка, за наведене психолошке конструкте. У сљедећем дијелу приказана је анализа структуре разлика међу узорцима, односно дискриминативна анализа. На крају, презентовани су резултати испитивања медијаторске улоге селф-концепта, стратегија за превазилажење стреса и механизама одбране у односу на припадност групи са инвалидитетом или контролном узорку и генералног и ситуационог задовољства животом. Резултати су приказани одговарајућим редосљедом и у свјетлу сличних истраживања у овој области, а поткријепљени су и примјерима из праксе, те додатно разматрани у поглављу ДИСКУСИЈА (стр. 64–74).

ЛИТЕРАТУРА (стр. 75–86) садржи списак кориштене литературе на српском и

енглеском језику.

Прилози (стр. 87–129) садрже додатна појашњења резултата, табеле и графиконе, те кориштене инструменте истраживања.

Дисертација има 86 страна основног текста (са литератуrom) и 43 стране прилога.

Такође, обухвата 7 табела, 4 слике и 5 шема и графика. Литература обухвата 123 референце и 11 интернет извора.

Истаћи основне податке о докторској дисертацији: обим, број табела, слика, шема, графика, број цитиране литературе и навести поглавља.

#### **IV. УВОД И ПРЕГЛЕД ЛИТЕРАТУРЕ**

Психичко функционисање особа са тјелесним оштећењем проблем је који се све више истраживачки актуелизује код нас и у свијету. С једне стране, у склопу савременог стила живљења, број особа са тјелесним оштећењем је у перманентном порасту, а, с друге стране, хуманизација друштва и у психологији актуелан тренд ка фокусирању на факторе који одређују побољшање квалитета живота обавезује истраживаче да се позабаве изучавањем фактора који доприносе квалитетнијем функционисању и вишом нивоом задовољства животом особа са тјелесним оштећењем. Ако се има на уму да је код нас велики број особа које су из протеклог рата изашле са трајним последицама ратних рањавања, онда, свакако, ова популација завређује озбиљне мултидисциплинарне и истраживачке напоре у оквиру психологије.

Проблем, којим се бави ово истраживање, јесу специфичности психичког функционисања особа са тјелесним инвалидитетом. У раду ће се настојати испитати природа односа више конструкција и њихов допринос укупном психичком функционисању особа са тјелесним инвалидитетом, као и разлике у односу на општу популацију.

Наведено је да је појам психичког функционисања широк концепт и, генерално, обухвата доживљавања, размишљања и понашања везана за себе и свијет око себе. Конкретније речено, човјек доживљава себе као тјелесно, психолошко и социјално биће и на активан начин креира своју околину и односе са другима, које, опет опажа, доживљава и на одређен начин промиšља о њима. Свако доживљава одређене фрустрације и стресове и са њима излази на крај са више или мање успјеха. При том, стоји му на располагању читав арсенал различитих механизама,

који је код сваког појединца организован на јединствен начин. Овдје се првенствено мислило на различите механизме одбране, који добрим дијелом функционишу на несвесном нивоу, те стратегије за превазилажење стреса. Ови механизми и стратегије, са већим или мањим успјехом, помажу у очувању интегритета личности, односно доприносе да се особа осјећа добро, адекватно или лоше и неадекватно у вези са оним што он јесте и што чини. Могу да допринесу процјени сопственог квалитета живота, односно задовољства животом.

У настојању да истражи психичко функционисање особа са инвалидитетом, кандидаткиња се фокусирала на одређене аспекте, које је сматрала најрелевантнијим, а то су: селф-концепт, механизми одбране, стратегије превладавања стреса и, коначно, задовољство животом. Кандидаткиња је сматрала, руководећи се доступним информацијама и резултатима сличних истраживања, да се око наведених конструкција доминантно организују процеси психичког функционисања. Сматрала је, такође, да су ови конструкти посебно значајни у свеукупном психичком функционисању особа са инвалидитетом.

*Предмет истраживања* односи се на тестирање интеракције слједећих варијабли: селф-концепта, механизма одбране, стратегија превладавања стресом и задовољства животом у психичком функционисању особа са тјелесним оштећењем /инвалидитетом.

*Циљеви истраживања* били су акциони и теоријски. Акциони циљ истраживања био је да се испита на који начин је присуство, односно одсуство тјелесног онеспособљења, повезано са психолошким концептима, као што је самопоимање. Теоријски циљ истраживања био је да се расвијетли развој и међуоднос наведених концепата: стратегија превазилажења стреса, механизма одбране и задовољства животом личности у функцији постојања тјелесног инвалидитета у односу на непостојање инвалидитета.

У истраживању се пошло од слједећих хипотеза:

**X1** – Постоји статистички значајна разлика у појединим субдоменима селф-концепта особа са тјелесним инвалидитетом у односу на особе без инвалидитета. Претпоставка је формирана на основу налаза о позитивнијој процјени емоционалног и физичког самопоимања лица са инвалидитетом у односу на лица без инвалидитета (Ђурић и Чекрлија, 2012).

**X2** – Постоји статистички значајна разлика у примјени одређених стратегија за превазилажење стреса којима лица са тјелесним инвалидитетом више прибегавају.

Хипотеза је постављена на основу резултата који сугеришу да особе са ампутацијом усљед трауме чешће користе изbjегавање као копинг стратегију (Gallagher i Mac Lachlan, 1999) и налаза о негативној вези емоционалног копинга са животним задовољством и степеном реинтегрисаности у свакодневни живот лица са ампутацијом доњих екстремитета (Ђурић, 2010).

**X3** – Постоји статистички значајна разлика у степену присуства одбрамбених механизама између лица са тјелесном инвалидношћу и неинвалида, као и интензитета у коме се испољавају. Хипотеза је формулисана на основу налаза више студија у којима је разматрана природа механизма одбране код особа са инвалидитетом (Wright, 1960; English, 1971; Vash i Crewe, 2010).

**X4** – Постоји статистички значајан утицај којим примарни домени селф-концепта, механизми одбране и стратегије суочавања са стресом, обликују разлику у процијењеном задовољству живота између особа са инвалидитетом и особа без инвалидитета. Хипотеза је формулисана на основу налаза више студија у којима је разматрана природа механизма одбране код особа са инвалидитетом (Wright, 1960; English, 1971; Vash & Crewe, 2010).

Истраживања која се баве сличном проблематиком, а чије резултате је кандидаткиња поредила са оним добијеним у овом истраживању, односе се на кључне варијабле које су други истраживачи истраживали у другачијем контексту. Тако је Balley (2014) испитивао искуства везана за тијело код особа са повредама кичмене мождине. Налази су показали да се негативна искуства везана за тијело не налазе на супротном полу у односу на позитивна искуства, већ да се ради о пројењима различитих аспеката тјелесног селфа. Наведени су резултати и других истраживача везани за селф-концепт особа са тјелесним оштећењем (Scherman & Cohen 2006; Ђурић, 2010; Коленовић-Ђапо, Драче, Хациахметовић, 2015).

Што се тиче стратегија превладавања стреса у оквиру психичког функционисања особа са инвалидитетом, наведена су бројна истраживања (Dunn 1996; Livneh et al. 1999; Livneh & Wilson, 2003; Elliot et al., 2003; Jarama & Belgrave, 2002; Noonan et al., 2004; Desmond & MacLachlan, 2006).

Greenhut (2015) је испитивала однос стреса, зрелости одбрана и психопатологије на популацији урбаних Афроамериканаца. Није се показала непосредна веза између зрелости механизма одбране и психопатолошких испољавања. Livneh, Martz and Wilson (2001) истраживали су однос између механизма порицања, перципирање видљивости инвалидитета и психосоцијалне прилагођености постојећем стању. И

сама кандидаткиња се дуги низ година бави истраживањем различитих аспеката психичког функционисања особа са инвалидитетом, што је видљиво на основу приложене библиографије.

Допринос тезе у рјешавању изучаваног предмета истраживања огледа се у низу компоненти. Истраживање је показало неке специфичности психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем везано за појединачне варијабле: селф-концепт, стратегије суочавања са стресом и механизме одбране у поређењу са групом испитаника без инвалидитета. Највећи допринос у дијелу емпиријског истраживања односи се на расвјетљавање интеракције ових појединачних варијабли. И управо њихова интеракција је оно што одређује начин понашања, размишљања, осјећања и укупног функционисања особа са тјелесним оштећењем. Истраживање доприноси развијању научног сензибилитета у одабиру предмета истраживања код сличне тематике, како би се изbjегле замке у које истраживач може запасти, ако појединачне компоненте психичког функционисања тумачи изван контекста других компоненти са којима се ове преплићу.

Ова дисертација даје научни допринос у смислу комплекснијег разумијевања психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем: доприноси разумијевању на који начин се особе са тјелесним оштећењем суочавају и како савладавају стресне ситуације, те како кориштење одређених, иако мање зрелих механизма одбране, помаже одржавању позитивног селф-концепта у већини домена. Практични допринос може се сагледати кроз могућност примјене добијених резултата у психолошком савјетовању и психотерапији особа са тјелесним оштећењем. Резултати истраживања могу представљати и полазиште у организовању психолошких радионица са особама из ове групације, а посебно у околностима природних и других катастрофа, које доносе масовна страдања становништва.

- 1) Укратко истаћи разлог због којих су истраживања предузета и представити проблем, предмет, циљеве и хипотезе;
- 2) На основу прегледа литературе сажето приказати резултате претходних истраживања у вези проблема који је истраживан (водити рачуна да обухвата најновија и најзначајнија сазнања из те области код нас и у свијету);
- 3) Навести допринос тезе у рјешавању изучаваног предмета истраживања;
- 4) Навести очекиване научне и прагматичне доприносе дисертације.

## V. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

Примјерено предмету истраживања, одабране су адекватне научноистраживачке методе: метода теоријске анализе и синтезе, метода корелационог трансверзалног

истраживања са двије групе за поређење.

*Метода теоријске анализе* кориштена је у сврху упознавања са различитим теоријским приступима различитим аспектима психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем. Истражен је психоаналитички приступ, при чему је, уз класично психоаналитичко учење о доживљају хендикепа као симболичне казне кастрацијом, истражено и схватање савременијих теоретичара селф психологије, који сматрају да је тјелесни селф, односно доживљај везан за тијело, суштински битан за формирање свеукупног селфа (слике о себи). И Адлеров приступ показује се актуелним у разумијевању особа са инвалидитетом, будући да његови кључни концепти, као што су инфериорност и тежња за надкомпензацијом, значајно доприносе разумијевању доживљаја селфа и механизама одбране, који се користе у настојању да се превазиђе осјећање инфериорности. У теоријском истраживању такође је истакнут допринос гешталт психолога, који истичу значај тежње личности за растом и развојем, односно тежње за организовањем живота на властити начин, при чему околина треба да буде у функцији помоћи особи са тјелесним оштећењем да нађе оптимална адаптивна рјешења у оквиру спектра властитих потреба. Истиче се и значај позитивне психологије у доприносу разумијевању особа са инвалидитетом. Посебно се наглашава приступ Селингмана (2002), који је потенцирао значај градње највишег могућег квалитета живота, а не фиксирања за недостатак. Концепти из позитивне психологије, као што су оптимизам, резилијенција, субјективна добробит, стратегија превазилажења стреса, нада, осјећај кохерентности и самоефикасност представљају темеље за развој и квалитетно психичко функционисање особа са тјелесним оштећењем. Теоријска анализа обухватила је и најновије бихејвиорално-когнитивне приступе, као што је теорија атрибуције – повезаност унутрашњег локуса контроле са адаптацијом на инвалидитет (Martz, 1999, 2018). Такође, истражени су бихејвиорално-когнитивни приступи у стратегијама превладавања стреса.

Емпиријски дио истраживања обављен је на узорку који је обухватао двије групе испитаника: субјекте са регистрованим тјелесним оштећењем/инвалидитетом и субјекте без тјелесног оштећења.

У узорку је испитано 205 (147 мушкираца и 58 жена) особа са различитим врстама тјелесног инвалидитета и 138 (69 мушкираца и 69 жена) особа без инвалидитета.

Од 205 особа са инвалидитетом, код 182 инвалидитет је стечен у току живота као посљедица болести или повреда, а код осталих се ради о урођеном инвалидитету.

Испитаници подузорка особа са инвалидитетом били су пациенти који су се налазили на рехабилитацији у ЗФМР „Др Мирослав Зотовић“ и чланови невладиних организација које окупљају особе са тјелесним инвалидитетом. Један од предуслова за укључивање у истраживање је био да је од настанка инвалидитета прошло више од годину дана, што је период у коме је особа могла проћи фазе адаптације на инвалидитет. Подаци за контролни узорак прикупљани су унутар опште популације „snowball“ (сњежна грудва) методом прикупљања података. Просјечна старост лица са инвалидитетом је  $M=45.49$  и  $SD=12.53$ . Најмлађи испитаник ове групе има 21 годину, а најстарији 76. У оквиру контролног узорка, старост се креће у распону од 19 до 70 година. Просјечна старост износи 34.13 ( $SD=11.11$ ) година.

У истраживању су кориштени следећи инструменти:

- 1) Упитник социодемографских карактеристика (доб, врста инвалидности, дијагноза), образовни ниво, радни статус, материјални статус, породични статус).
- 2) Упитник за процјену селф-концепта (Чекрија, 2011), који се састоји од 47 ставки. Упитник је петостепени Ликертовог типа. Садржи индикаторе шест субдомена селф-концепта према теорији Брацкена (Bracken) и даје шест скорова за субдомене и укупан скор за глобални селф-концепт.
- 3) Упитник суочавања са стресним ситуацијама Ендлер и Паркера (CISS), (адаптирана Сорић, 1994). Упитник је Ликертовог типа, петостепени. Садржи 48 тврдњи које су груписане у три супскале: суочавање усмјерено на емоције, суочавање усмјерено на проблем и изbjегавање.
- 4) Упитник механизма одбране DSQ-40 (Andrews, Singh и Bond, 1993) је Ликертовог типа, деветостепени, састоји се од 40 тврдњи о личним ставовима који се односе на 20 психолошких механизама одбране који су подијељени на: зреле (сублимација, хумор, антиципација и потискивање), незреле (пројекција, пасивна агресија, „acting out“, изолација, девалвација, аутистична фантазија, порицање, премјештање, дисоцијација, сплитинг, рационализација и соматизација) и неуротске (неактивност, псеудо-алtruizam, идеализација и реактивна формација).
- 5) Скала задовољства животом (Пенезић, 1996) је петостепена и Ликертовог је типа. Садржи 20 ставки, од којих се 17 односе на процјену глобалног задовољства, а три ставке служе за процјену ситуacijskog задовољства.

Сви инструменти који су примијењени у истраживању до сада су вишеструко валидирани и провјерени. На испитаном укупном узорку, састављеном од лица са инвалидитетом и контролног узорка, добијене су задовољавајуће вриједности

кофицијента поузданости изражене Cronbach  $\alpha$  кофицијентом, чије вриједности појединачно су табеларно приказане. Примијењена је адекватна статистичка обрада података.

У складу са постављеним хипотезама у оквиру статистичке анализе, у првом реду су анализирани параметри из домена дескриптивне статистике за све разматране психолошке конструке. Дескриптивном статистиком обухваћена је и детаљна анализа узорка по свим релевантним параметрима. За стицање правог увида у међуоднос наведених конструката примијењена је корелациони анализа. Од метода мултиваријатне анализе у односу разматраних конструката код контролног узорка и особа са инвалидитетом, кориштене су дискриминативна анализа и медијациона анализа. Анализа података извршена је у програмском пакету SPSS, верзија 10,5.

- 1) Објаснити материјал који је обрађиван, критеријуме који су узети у обзир за избор материјала;
- 2) Дати кратак увид у примијењени метод истраживања при чему је важно оцијенити следеће:
  1. Да ли су примијењене методе истраживања адекватне, довољно тачне и савремене, имајући у виду достигнућа на том пољу у свјетским нивоима;
  2. Да ли је дошло до промјене у односу на план истраживања који је дат приликом пријаве докторске тезе, ако јесте запито;
  3. Да ли испитивани параметри дају довољно елемената или је требало испитивати још неке, за поуздано истраживање;
  4. Да ли је статистичка обрада података адекватна.

## VI. РЕЗУЛТАТИ И НАУЧНИ ДОПРИНОС ИСТРАЖИВАЊА

У теоријском дијелу истраживања фокус је био на кључним концептима, који су релевантни за овај рад, а чије карактеристике код особа са тјелесним инвалидитетом касније су емпиријски провјераване. Посебно поглавље посвећено је селф-концепту, његовом одређењу у оквиру различитих теоријских приступа и његовим специфичностима везано за наведену популацију. Обухваћени су и класични психоаналитички приступи самопоимању и савремени структурални модели. У дисертацији је кориштен Брекенов хијерархијски мултидимензионални модел. Он описује генерални фактор самопоимања и шест примарних домена: компетицијско, породично, социјално, физичко, емоционално и академско самопоимање. Овај модел кориштен је и у емпиријском истраживању и за његову процјену су конструисани одговарајући инструменти, што му даје предност у односу на психоаналитичке и егзистенцијалистичко-феноменолошке приступе, који су слабије операционализовани.

Обрађени су и концепти стратегије превладавања стреса, као и механизми одбране. На истраживаној популацији једно од кључних питања је начин на који ове особе излазе на крај са пратећим стресовима, и који је склоп механизама одбране, које

доминантно користе. Стратегије превладавања стреса теоријски су доминантно ослоњене на Лазарусев модел, али су разрађени и неки новији теоријски приступи.

Механизми одбране, извршно теоријски утемељени психоанализе, у овом раду истражени су и из перспективе других приступа, првенствено когнитивног, где се и јавила идеја о могућности процјене механизама одбране самоописним тестовима.

Задовољство животом – концепт који је настао у оквиру позитивне психологије почетком овог миленијума, обрађен је кроз низ компоненти које обухвата: глобални осjeћaj среће, мира, испуњености и задовољства животом. Дат је преглед основних теоријских поставки, односно модела у разумијевању задовољства животом и сродних појмова (Durayappah, 2010).

Као што је већ наведено, примијењене су одговарајуће методе прикупљања и обраде података у емпириском дијелу истраживања.

1) Анализа мјера дескриптивне статистике за остварене скорове на примарним доменима самопоимања, показала је да су вриједности аритметичких средина за све процјењивање примарне домене самопоимања значајно ближе максималним вриједностима у добијеним распонима резултата, како на узорку лица са инвалидитетом, тако и на контролном узорку. Код групе лица са инвалидитетом регистрована је примјетно виша вриједност куртозиса као мјере вертикалног одступања од нормалне расподјеле код субјеката са инвалидитетом ( $Ku=2.58$ ), него код контролне групе ( $Ku=1.21$ ). Уз то, код групе лица са инвалидитетом ( $Sk=1.51$ ) помјереност ка вишем породичном самопоимању нешто је израженија него на контролној групи ( $Sk=1.21$ ).

2) Резултати добијени мјерама дескриптивне статистике на операционализованим мјерама стратегија превазилажења стреса (усмјереност на проблем, склоност емоционалном реаговању и изbjегавању), механизма одбране (неуротски, незрели и зрели) и процјена генералног и ситуационог задовољства животом, показали су да је код контролне групе аритметичка средина код усмјерености на проблем око средине добијеног распона  $M=59,74$ , док су код склоности емоционалном реаговању  $M=44,48$  и изbjегавању  $M=51,20$ , ближе минималним него максималним скоровима. Насупрот томе, код особа са инвалидитетом све аритметичке средине стратегија суочавања са проблемом знатно су ближе дијелу скале са вишим вриједностима.

У анализама скорова механизма одбране регистровано је да лица са инвалидитетом остварују више просјечне скорове на свим одбранама (неуротске, незреле и зреле), односно да је код њих заступљеније приbjегавање механизмима одбране у цјелини.

Процјена животног задовољства показала је да испитаници контролне групе остварују више просјечне скорове на скалама генералног и ситуационог задовољства животом од испитника са инвалидитетом.

3) Анализом статистичке значајности разлика утврђено је да лица са инвалидитетом остварују значајно више скорове на субдоменима социјалног и емоционалног самопоимања. У односу на стратегије превазилажења стреса, резултати су показали да су субјекти са инвалидитетом склони усмјеравању на проблеме и избјегавањем. Повезујући са тим и специфичности у функционисању механизма одбране, испитаници са инвалидитетом показују изразитију склоност ангажовању свих стилова одбрана (неуротски, незрели и зрели механизми). У томе се уједно огледа и срж разлике у односу на контролну групу субјеката. Тим резултатима треба приодати и израженије ситуационо задовољство животом код субјеката са инвалидитетом.

4) Након идентификације разлика у разматраним конструктима између испитаника са инвалидитетом и контролне групе, примјеном метода из домена мултиваријатне анализе података настојала се испитати и природа тих разлика. На овај начин настојао се остварити пунији увид у међуоднос испитиваних конструкција и природу њиховог односа са постојањем тјелесног инвалидитета. Другим ријечима, овим приступом омогућава се сагледавање симултаног међуодноса већег броја варијабли и потпунији увид у функције и значај анализираних психолошких концепата. Сагледавајући на овај начин разлике између двије групе испитаника у погледу самопоимања, могло се констатовати: да су разлике између двије испитиване групе испитаника засноване на специфичностима компетицијског, социјалног и породичног самопоимања; те да испитаници са инвалидитетом, на бази ових примарних домена самопоимања, развијају своје квалитативно другачије самопоимање од испитаника контролне групе.

Што се тиче стратегије превладавања стреса и механизма одбране, и поред парцијално добијених разлика између двије групе, у цјелини се нису добили резултати који би раздвајали двије групе испитаника по специфичној конфигурацији ових варијабли.

5) У испитивању разлика у природи утицаја примарних домена самопоимања, стратегија превазилажења стреса и стилова одбране на задовољство животом, на субјекте различитих група, кориштена је медијациона анализа. У позицији независне варијабле постављена је припадност групи испитаника, док је зависну варијаблу

представљало задовољство животом. Као медијационе варијабле, сукцесивно су анализирани примарни домени самопоимања, а затим стратегије превазилажења стреса и стилови одбране. Гледајући у целини, може се констатовати да варијабле које су уведене у испитивање моделе дијеле значајну количину укупне варијансе. Међутим, примарни домени самопоимања, стратегије превазилажења стреса и стилови одбране не представљају варијабле са медијационом улогом. Укупни утицај који на генерално задовољство животом, преко примарних домена самопоимања, остварује припадност једној од тестиралих група, није се показао статистички значајним (-2.16,  $p>.05$ ).

Резултати истраживања у оквиру докторске дисертације адекватно су анализирани, критички сагледавани, а закључци извођени са опрезом одговорног научног истраживача. Посебну пажњу кандидаткиња је посветила резултатима који су (углавном парцијално) неочекивани или другачији од резултата сличних истраживања. При томе су резултати сагледавани у контексту најновијих теоријских сазнања и у свјетлу резултата других истраживача. Кандидаткиња се осврнула и на резултате неких сличних властитих истраживања, будући да се, практично, двије деценије истраживачки и стручно бави психолошком проблематиком особа са различитим облицима инвалидитета. У том контексту, добијене резултате поткријепила је и клиничким илустрацијама из властите праксе.

Посебан допринос овог истраживања лежи у анализи динамичке интеракције варијабли, које одређују стил психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем. Истраживање апострофира психичко функционисање као динамичан систем, у оквиру кога дешавања у једном дијелу система одређују шта ће се дешавати у другим дијеловима и функционисању личности у целини. Тако, на крају исцрпне анализе резултата, кандидаткиња истиче да резултати добијени медијационим анализама, којима је провјеравана претпоставка да примарни домени селф-концепта, механизми одбране и стратегије суочавања са стресом, статистички значајно обликују разлике у задовољству животом између лица са инвалидитетом и испитаника контролног узорка. У првом реду, истиче кандидаткиња, поново је идентификован директан однос припадности групи са породичним, социјалним и емоционалним селф-концептом, где је утврђено да лица са инвалидитетом остварују више скорове. Ова три примарна домена селф-концепта, укључујући и компетенцијски, показују да су у директној позитивној вези са генералним задовољством животом. Поред тога, сва три стила одбране, као и усмјереност на

проблем су значајно заступљенији код лица са инвалидитетом. У односу на генерално задовољство животом, израженија усмјереност на проблем и ниže емоционално изbjегавање могу се прихватити као предиктори. Интересантно је да ни механизми одбране, ни стратегије суочавања са стресом нису у значајном односу са ситуационим животним задовољством. Имајући у виду несклад између резултата добијених за генерално и ситуационо задовољство животом, четврта хипотеза прихвата се само условно..

Ово истраживање, уз то што показује сложену интеракцију бројних фактора психичког функционисања, како код особа са тјелесним оштећењем, тако и оних без оштећења, отвара и нове истраживачке проблеме. Наредни проблеми истраживања могли би обухватити и истраживање ефеката појединих терапијских и супортивних интервенција у одређеном домену на квалитет свеукупног психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем. Резултати имају и значајну апликативну вриједност и могу се примјењивати у прављењу стратегија психолошке помоћи osobama са тјелесним оштећењем.

- 1) Укратко навести резултате до којих је кандидат дошао; до груписања резултата
- 2) Оцијенити да ли су добијени резултати јасно приказани, правилно, логично и јасно тумачени, упоређујући са резултатима других аутора и да ли је кандидат при томе испољавао довољно критичности;
- 3) Посебно је важно истаћи до којих нових сазнања се допило у истраживању, који је њихов теоријски и практични допринос, као и који нови истраживачки задаци се на основу њих могу утврдити или назирати.

## VII. ЗАКЉУЧАК И ПРИЈЕДЛОГ

На основу детаљне анализе докторске дисертације мр Дијане Ђурић под насловом *Специфности психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем /инвалидитетом* Комисија је констатовала да је кандидаткиња обрадила један савремен, друштвено актуелан и истраживачки релевантан проблем и да докторска дисертација испуњава све критеријуме потребне за самосталан и оригиналан научни рад.

Рад је теоријски добро утемељен, а исто тако, научно компетентно и са истраживачком осјетљивошћу постављен је и разрађен методолошки концепт истраживања, почев од циља, предмета, хипотеза, инструмената и метода прикупљања и обраде података, те начина презентовања резултата, дискусије и закључака.

Комисија процењује да су резултати истраживања у оквиру докторске дисертације примјењиви за психолошку теорију и праксу. Резултати доприносе

свеобухватнијем сагледавању на који начин интеракција неколико психолошких варијабли моделује специфичност у укупном психичком функционисању ове популације. Тако и у апликативном смислу, ови резултати могу представљати полазну основу за прављење стратегије заштите и унапређења менталног здравља ове популације у различитим сегментима.

Имајући у виду наведене чињенице, Комисија је једногласно позитивно оцјенила урађену докторску дисертацију под насловом: *Специфичности психичког функционисања особа са тјелесним оштећењем/инвалидитетом* мр Дијане Ђурић и предлаже Наставно- научном вијећу Филозофског факултета Универзитета у Бањој Луци да прихвати оцјену докторске дисертације из области психологије у цјелини и донесе одлуку, која ће кандидаткињи омогућити да приступи јавној одбрани докторске дисертације.

- а) Навести најзначајније чињенице што тези даје научну вриједност, ако исте постоје дати позитивну вриједност самој тези;
  - б) Ако је приједлог негативан, треба дати опширније обrazloženje и документовано указати на учињене пропусте, односно недостатке написане докторске тезе.
- 1) Навести најзначајније чињенице што тези даје научну вриједност, ако исте постоје дати позитивну вриједност самој тези;
  - 2) На основу укупне оцјене дисертације комисија предлаже:
    - да се докторска дисертација прихвати, а кандидату одобри одбрана,
    - да се докторска дисертација враћа кандидату на дораду (да се допуни или измијени) или
    - да се докторска дисертација одбија.

#### ПОТПИС ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ

Датум: 5.09.2018.

1. Проф. др Спасенија Ђеранић, редовни професор за ужу научну област Клиничка психологија, Филозофски факултет Универзитета у Источном Сарајеву, предсједник

2. Проф. др Нада Васелић, ванредни професор за ужу научну област Клиничка психологија и психотерапија, Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци, члан

3. Проф. др Ђорђе Чекриља, ванредни професор за ужу научну област Психологија личности, Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци

Образац -3

.....  
4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**ИЗДВОЈЕНО МИШЉЕЊЕ:** Члан комисије који не жели да потпише извјештај јер се не слаже са мишљењем већине чланова комисије, дужан је да унесе у извјештај образложење, односно разлог због којих не жели да потпише извјештај.

### Izjava 3

#### Izjava o identičnosti štampane i elektronske verzije doktorske disertacije

Ime i prezime autora: mr Dijana Đurić

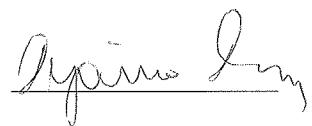
Naslov rada „Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim  
oštećenjem/invaliditetom“

Mentor prof. dr Spasenija Ćeranić

Izjavljujem da je štampana verzija moje doktorske disertacije identična elektronskoj verziji koju  
sam predao/la za digitalni repozitorijum Univerziteta u Banjoj Luci.

U Banjoj Luci, 12.9.2019.

Potpis doktoranda



## Izjava 2

### Izjava kojom se ovlašćuje Univerzitet u Banjoj Luci da doktorsku disertaciju učini javno dostupnom

Ovlašćujem Univerzitet u Banjoj Luci da moju doktorsku disertaciju pod naslovom

„Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom“  
koja je moje autorsko djelo učini javno dostupnom.

Doktorsku disertaciju da svim prilozima predao/la sam u elektronском формату pogodном за trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u digitalnom repozitorijumu Univerziteta u Banjoj Luci mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo – nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

(Molim da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na sljedećoj stranici.)

U Banjoj Luci, 12.9.2019.

Potpis doktoranda



## Izjava 1

### IZJAVA O AUTORSTVU

#### Izjavljujem da je doktorska disertacija

Naslov rada „Specifičnosti psihičkog funkcionisanja osoba sa tjelesnim oštećenjem/invaliditetom“

Naslov rada na engleskom jeziku „Specificities of the psychical functioning of persons with physical impairment/ disability“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da doktorska disertacija, u cjelini ili u dijelovima, nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

U Banjoj Luci, 12.9.2019.

Potpis doktoranda

