



UNIVERZITET U BANJOJ LUCI

FILOZOFSKI FAKULTET

**DEPRESIVNOST, USAMLJENOST I
SAMOSAOSJEĆANJE KOD OSOBA TREĆE ŽIVOTNE
DOBI**

MASTER RAD

Mentor:

Prof. dr Igor Krnetić

Kandidat:

Svetlana Ranić

Banja Luka, 2018. godine



UNIVERSITY OF BANJA LUKA

FACULTY OF PHILOSOPHY

**DEPRESSIVENESS, LONELINESS AND SELF-
COMPASSION IN THE ELDERLY**

MASTER'S THESIS

Supervisor:

Igor Krnetić, PhD

Candidate:

Svetlana Ranić

Banja Luka, 2018

Mentor: Prof. dr Igor Krnetić, vanredni profesor

Filozofski fakultet

Univerzitet u Banjoj Luci

DEPRESIVNOST, USAMLJENOST I SAMOSAOSJEĆANJE KOD OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

Nivo depresivnosti kroz životnu dob je najveći u ranoj odrasloj dobi, pada u srednjim godinama, da bi opet narastao u trećoj životnoj dobi (Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci & Zonderman, 2013), što otvara pitanje mogućih psiholoških intervencija kod starijih osoba sa višim nivoima depresivnosti. Međutim, na našim prostorima vrlo je malo istraživanja na temu mentalnog zdravlja starijih osoba, što je bilo i povod za ovo istraživanje. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku 168 osoba treće životne dobi iz domova za stare i vlastitih domaćinstava u okviru banjalučke regije i njime su ispitane povezanosti depresivnosti, usamljenosti i samosaosjećanja na populaciji starijih osoba. Korišteni instrumenti bili su Beck's Depression Inventory II (Beck, Steer & Brown, 1996), Self-compassion Scale (Neff, 2003) i UCLA Loneliness Scale (Allen & Oshagan, 1995). Rezultati su pokazali značajnu povezanost dimenzija samosaosjećanja (svih osim dimenzije zajedništva) sa depresivnošću, značajnu pozitivnu povezanost usamljenosti i depresivnosti i prediktivnu moć dimenzija samosaosjećanja izolovanost i puna svjesnost na varijablu usamljenost. Takođe je dobijeno da su zdravstveno stanje, životna sredina, osjećaj ostvarenosti života, usamljenost i samosaosjećanje značajni prediktori usamljenosti. Ovo istraživanje je pružilo potvrdu prethodnim, te pripremilo teren za buduća istraživanja na temu mentalnog zdravlja starijih osoba. Takođe je potvrdilo značaj koncepta samosaosjećanja za mentalno zdravlje starijih osoba.

Ključne riječi: depresivnost, usamljenost, samosaosjećanje, starije osobe, mentalno zdravlje

Naučna oblast: Psihologija

Naučno polje: Klinička psihologija

Klasifikacija CERIF: S 260

Licenca „Kreativne zajednice“: CC BY-NC-ND

Supervisor: Igor Krnetić, PhD, associate professor
Faculty of Philosophy
University of Banja Luka

DEPRESSIVENESS, LONELINESS AND SELF-COMPASSION IN THE ELDERLY

Depressiveness levels across the lifespan were found to be the highest in early adulthood, decreasing in middle age and increasing again in old age (Sutin, Terracciano, Milanese, An, Ferrucci & Zonderman, 2013). This opens a subject of psychological treatment plans for the depressed elderly. However, in Bosnia and Herzegovina there are little to no studies tackling the subject of mental health in the elderly which served as an inspiration for this study. The study was conducted on a convenience sample of 168 elderly across the region of Banja Luka that are living in nursing homes or at home. Main focus of the study were the correlations between depressiveness, loneliness and self-compassion. The questionnaires used for the study were Beck's Depression Inventory II (Beck, Steer & Brown, 1996), Self-compassion Scale (Neff, 2003) and UCLA Loneliness Scale (Allen & Oshagan, 1995). The results confirmed most of the previous findings; subscales of self-compassion (all but common humanity) were correlated to depressiveness, loneliness and depressiveness were positively correlated and some of the self-compassion subscales (mindfulness and isolation) were found to be significant predictors of depressiveness in the elderly. Perceived health state, place of living (city, suburb or countryside), satisfaction with life achievements, loneliness and self-compassion turned out to be significant predictors of depressiveness. These findings prepared the ground for future studies concerning mental health in the elderly and pointed out at the significance of the concept of self-compassion in the future psychological treatment plans for the depressed elderly.

Keywords: depressiveness, loneliness, self-compassion, elderly, mental health

Scientific area: Psychology

Scientific field: Clinical psychology

Classification CERIF: S 260

Creative commons license: CC BY-NC-ND

SADRŽAJ

UVOD	1
Depresivnost	2
Samosaosjećanje	6
Usamljenost.....	9
Dosadašnja istraživanja o povezanosti konstrukata depresivnosti, samosaosjećanja i usamljenosti	11
Problem istraživanja.....	13
Cilj istraživanja	14
Hipoteze	15
METOD	17
Tip istraživanja.....	17
Varijable i instrumenti	17
Spoljne varijable	19
Populacija i uzorak.....	20
Postupak prikupljanja podataka	21
Način obrade podataka.....	22
REZULTATI.....	22
DISKUSIJA	27
ZAKLJUČAK	32
LITERATURA	33
PRILOZI	38
Prilog 1: Upitnici korišteni u istraživanju (predstavljani kao baterija testova, zajedno sa upitnikom socio-demografskih karakteristika).....	38
Prilog 2: Deskriptivna statistika uzorka	49
BIOGRAFIJA	52

UVOD

Svako od nas je imao priliku da provede nešto vremena u razgovoru sa starijom osobom. Prilikom tih razgovora smo mogli uočiti kako većina njih mnogo voli da priča, često o svom zdravstvenom stanju, pesimističnom pogledu na budućnost, a mnogi od njih i žive sami jer su ih djeca napustila zbog svojih novih porodica, a neki od onih koji su bili u braku su ostali bez svog bračnog partnera koji su preminuli zbog starosti ili bolesti. Dodavši tome činjenicu da su penzije u našoj državi veoma male i da ne postoje razvijeni programi za pomoć ovoj kategoriji stanovništva, možemo očekivati da su mnogi od njih usamljeni i bar ponekad depresivni, a vjerovatno neki žive sa dijagnozom depresije, a neki boluju od depresije, a da to i ne znaju. Vratimo li se na naše iskustvo razgovora sa starijim osobama, mogli bismo da zaključimo i da se mnogi od njih samosažalijevaju nad svojom situacijom i gledaju je s prilično pesimističnog stanovišta, što je suprotno pojmu samosaosjećanja kome bismo svi prvenstveno trebali da težimo zarad boljeg mentalnog zdravlja (o tome više riječi kasnije).

Kada razmišljamo o ovom pitanju, većina nas vjerovatno osjeti empatiju prema osobama treće životne dobi, ali budimo iskreni, rijetko ko da osjeti i saosjećanje (o razlici između empatije i saosjećanja biće više riječi u daljem tekstu rada), te usljed toga poželi ili čak zaista napravi nešto po tom pitanju. Mnogi tvrde da se svijet mijenja osobu po osobu, što zaista daje nadu da svako od nas može nešto da uradi da pomogne. Međutim, kada uvidimo važnost problema mentalnog zdravlja starijih osoba, nameće se zaključak da treba preduzeti ozbiljnije mjere za rješanje problema čitave populacije starijih ljudi. No, prije nego što počnemo sa rješavanjem problema, ipak bi bilo logičnije prvo provjeriti da li pretpostavljeni problem zaista postoji i koji su mu uzroci, što je inače i glavna inspiracija za ovaj rad.

U radu će prvo biti predstavljeni teorijski aspekti depresivnosti, usamljenosti i samosaosjećanja, istraživanja o vezama između ovih konstrukata, problem i cilj, hipoteze, te metod istraživanja, kao i njegovi rezultati, a na kraju će slijediti diskusija o rezultatima i zaključak rada.

Depresivnost

Depresija je emocionalno stanje obilježeno produženim osjećajem tuge, bezvrijednosti i krivice, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom apetita i seksualnih poriva ili gubitak zanimanja za aktivnosti u kojima se nekad uživalo (Davison & Neale, 1999). Iako se često svima desi da se osjećamo tužno i bezvoljno, takva osjećanja sama po sebi nisu dovoljna za formalnu dijagnozu depresije. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalna oboljenja (DSM IV) sugerira da je bar pet od devet simptoma potrebno da bi se dala dijagnoza velike depresije i da oni traju tokom svakog dana najmanje dvije sedmice, a simptomi su sljedeći:

1. depresivno ili iritabilno raspoloženje svakog dana gotovo cijeli dan koji pojedinac sam prijavljuje ili koje opažaju drugi
2. smanjeno interesovanje ili umanjeno zadovoljstvo u izvođenju većine aktivnosti veći dio svakog dana
3. značajna promjena težine (5%) ili promjena u apetitu
4. promjene u spavanju: nesanica ili hypersomnija
5. promjene u nivou aktivnosti: psihomotorna agitiranost ili retardacija
6. umor ili gubitak energije
7. krivica/bezvrijednost: osjećaj bezvrijednosti ili povećane ili nepotrebne krivice
8. koncentracija: veoma smanjena sposobnost mišljenja i koncentracije ili neodlučnost
9. suicidalnost: misli o smrti ili samoubistvu ili postojanje plana o samoubistvu ("Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder and Depressive Episodes", n.d.).

Velika depresija jedna je od najčešćih mentalnih oboljenja i zahvata oko 4-5% populacije prema podacima iz 80-ih (Weissman et al., 1988, prema Davison & Neale, 2002), a po podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) više od 300 miliona ljudi svih dobi širom svijeta boluje od depresije i ona uveliko doprinosi sveukupnoj rasprostranjenosti svih bolesti u svijetu, te više zahvata žene od muškaraca ("Depression", 2017). Depresija je takođe češća kod pripadnika nižih društveno-ekonomskih slojeva (Hirschfield & Cross, 1982, prema Davison & Neale, 1999). Unipolarna depresija zahvata oko 7% populacije starijih ljudi i obuhvata 5.7% od svih bolesti koje traju godinama među tom populacijom, s tim da često prođe nedijagnostikovana

i neliječena u uslovima primarne njege. To je često slučaj jer se sreće u komorbiditetu sa drugim zdravstvenim problemima u toj dobi ("Mental health and older adults", 2016).

Postoje razne mjere depresivnih simptoma od kojih je najpopularniji Bekov inventar depresivnosti (BDI), te oni svi pomažu pri dijagnostikovanju ovog poremećaja. Međutim, za formalnu dijagnozu depresije nije dovoljno samo popuniti ovaj inventar nego se zaključak donosi na osnovu kliničke procjene psihologa, a konačnu dijagnozu donosi psihijatar uz pomoć izvještaja psihologa. Samim tim u istraživanjima je teško mjeriti depresiju samu po sebi, ali je moguće mjeriti nivo depresivnih simptoma na uzorku i time utvrditi prisutnost depresivnog raspoloženja na tom uzorku.

Depresivni simptomi u odraslom dobu u prosjeku su najveći u ranom odraslom dobu, smanjuju se u srednjim godinama, da bi se u starijoj životnoj dobi (poslije 65-te godine) opet povećali, kako sugerišu nalazi američke longitudinalne studije (Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci & Zonderman, 2013). To ima smisla s obzirom na to da su mladi ljudi suočeni sa nerealnim očekivanjima koje susreću u medijima, obrazovnim ustanovama, vršnjačkoj grupi itd. ("Depression in young people - recognizing the signs and knowing where to get help", n.d.). U srednjoj dobi ljudi uglavnom već imaju stalan posao i stekli su porodicu, pa je to vjerovatno jedan od razloga zašto depresivni simptomi u tom dobu nisu toliko izraženi. S druge strane, kod starijih ljudi fizičko zdravlje, socijalna podrška, gubitak bračnog partnera zbog smrti mogu da budu uzročnici depresivnih simptoma (Phifer & Murell, 1986).

Dosadašnji podaci pokazuju da genetički uticaji, iako postoje, nisu dovoljni da objasne učestalost depresije. Studije velike depresije kod blizanaca obično opisuju konkordantnost kod jednojajčanih blizanaca od oko 40%, a kod dvojajčanih 11% (Allen, 1976, prema Davison & Neale, 2002). S druge strane, postoje teorije da je depresija povezana sa radom pojedinih neurotransmitera, kao što su npr. noradrenalin i serotonin. Po noradrenalinskoj teoriji, smanjena koncentracija noradrenalina dovodi do depresije, dok serotoniniska teorija tvrdi da smanjena koncentracija serotonina dovodi i do manije i do depresije. Međutim, ovakva istraživanja su nekonzistentna i u još uvijek pionirska, pa ne daju sigurna objašnjenja (Davison & Neale, 2002).

Po Eriksonovoj psihosocijalnoj teoriji razvoja, postoji osam stadijuma razvoja kroz koje prolazi svaki čovjek po genetički ustanovljenom redu, a svaki od tih stadijuma nosi svoju razvojnu krizu. Svaki stadijum takođe može uticati na dalje stadijume u određenom intenzitetu. Prema Eriksonu, prvi stadijum obuhvata prvu godinu života i uključuje psihološki konflikt između sticanja povjerenja nasuprot nepovjerenju prema okolini. Drugi stadijum nastupa u drugoj i trećoj godini života, a konflikt koji donosi odnosi se na sticanje autonomije nasuprot sumnji i sramu. Treći stadijum se javlja u predškolskom dobu i odnosi se na konflikt između inicijative i osjećaja krivice. Četvrti stadijum između šeste i jedanaeste godine donosi konflikt između postizanja produktivnosti nasuprot osjećaja manje vrijednosti. Peti stadijum se javlja u adolescenciji i donosi uspostavu identiteta nasuprot krizi identiteta. Šesti stadijum nastupa u ranoj odrasloj dobi i karakteriše ga postizanje intimnosti nasuprot izolaciji. Sedmi stadijum u srednjoj odrasloj dobi donosi period plodnosti nasuprot stagnaciji. I konačni osmi stadijum u kasnoj životnoj dobi predstavlja retrospekciju cijelog života i mjere se postignuća i promašaji, te može doći do osjećaja integriteta nasuprot očaju (Tatalović Vorkapić, 2013). Samim tim porast depresivnih simptoma u ovom stadijumu može da se objasni i na ovaj način.

Psihodinamske teorije u 60-im godinama su depresiju razumijevale posljedicom:

1. bijesa okrenutog ka samom sebi (Freud, 1917, prema McLeod, 2015)
2. introjekcije izgubljenog voljenog objekta
3. previsokih zahtjeva super-ega (Freud, 1917, prema McLeod, 2015)
4. pretjeranih potreba oralne, falusne ili analne ličnosti (Chodoff, 1972, prema McLeod, 2015)
5. gubitka samopoštovanja (Bibring, 1953; Fenichel, 1968, prema McLeod, 2015) i
6. deprivacije veze majka-dijete tokom prve godine života (Klein, 1934, prema McLeod, 2015).

Frojd (Freud, 1917, prema McLeod, 2015) je smatrao da su mnogi slučajevi depresije uzrokovani biološkim faktorima. Međutim, takođe je mislio da neki slučajevi depresije mogu biti vezani za gubitak ili odbijanje roditelja ili bilo koje značajne veze, ali i simboličnog gubitka kao što je npr. gubitak posla. Ovo može biti povezano sa kognitivnom i emocionalnom komponentom

usamljenosti o kojoj će biti više riječi kasnije. Manjak samopoštovanja kod depresivnih ljudi Frojd objašnjava time da se izgubljene osobe introjektuju i bijes zbog njihovog gubitka se okreće prema samom sebi, što onda uzrokuje gubitak samopoštovanja, a to onda osobu čini sklonijom depresiji u budućnosti. Kasnije Frojd mijenja svoju teoriju tvrdeći da je introjekcija izgubljenog normalna, a da depresiju zapravo uzrokuju preveliki zahtjevi super-ega. Na sličan način objašnjava i maniju, odnosno smatra da manija predstavlja prevlast ega. Da bi se spriječilo da gubitak vodi depresiji, osoba bi trebalo da se prepusti tugovanju koje će vremenom dokazati odvojenost sebe od izgubljene osobe i smanjiti bijes okrenut prema samom sebi. Međutim, zavisne osobe obično ne mogu to da urade, te zato ostaju ekstremno depresivne. Ova teorija je inspirisala mnoge novije teorije i time nosi određenu značajnost. Međutim, ima i mnogo negativnih kritika. Negativne kritike upućene ovoj teoriji uglavnom zamjeraju Frojdu zbog manjka naučnosti i provjerljivosti, ali i zbog prenamagavanja nesvjesnog, a zanemarivanja nekih vanjskih činilaca, kao i negativne verbalizacije prema samom sebi (McLeod, 2015).

Po Beku, opet, negativne misli, generisane od strane disfunkcionalnih vjerovanja, su obično primarni uzrok depresivnih simptoma. On smatra da postoji direktna veza između količine i jačine nečijih negativnih misli i jačine njihovih depresivnih simptoma. Drugim riječima, što imamo više negativnih misli, to ćemo biti depresivniji. Bek tvrdi da postoje tri glavne teme disfunkcionalnih vjerovanja: 1) ja sam pun mana ili nedovoljno dobar, 2) sva moja iskustva rezultuju porazima i neuspjesima i 3) nema nade za budućnost. Ove tri teme su opisane kao negativna kognitivna trijada. Ova vjerovanja takođe mogu da iskrive pažnju depresivne osobe. Bek tvrdi da depresivni ljudi selektivno obraćaju pažnju na aspekte iz njihove neposredne okoline na način da biraju ono što potvrđuje njihove pretpostavke čak i kada su im pred nosom predstavljeni dokazi protiv toga. Ovaj efekat se naziva greškom u obradi informacija. Depresivni su skloni umanjivanju pozitivnih, a uvećavanju negativnih aspekata događaja (Nemade, Staats Reiss & Dombeck, 2007). Ova teorija je ispitana u istraživanju Aloja i saradnika (Alloy et al., 1999, prema McLeod, 2015) koja je pratila način razmišljanja mladih Amerikanaca u njihovim ranim dvadesetim godinama podijeljenih u grupe po načinu razmišljanja (pozitivno i negativno) gdje se ispostavilo da je samo 1% onih koji su imali pozitivne misli kasnije dijagnostikovano sa depresijom, dok je njih 17% iz „negativne“ grupe razvilo depresiju. Međutim, ovo istraživanje je

korelaciono i još nije jasno da li su negativne misli uzrok ili posljedica depresije. Ipak, možemo da zaključimo da, po Bekovoj teoriji, depresivni ljudi selektivno obraćaju pažnju na informacije iz okoline što je obrnuto od pojma pune svjesnosti, jednoj od dimenzija pojma samosaosjećanje o kojem će kasnije biti više riječi.

Depresija se takođe može objasniti pojmovima naučene bespomoćnosti, odnosno sklonosti ljudi da nakon što dožive ponovljene neuspjehe očekuju neuspjeh u budućim događajima i gube volju da se trude misleći da to nema nikakvog smisla (Seligman, 1974, prema McLeod, 2015). Humanističke teorije, pak, objašnjavaju depresiju kao posledicu nemogućnosti da se ostvare neke osnovne životne potrebe (Maslow, 1962, prema McLeod, 2015).

Samosaosjećanje

Da bi se bolje razumio pojam samosaosjećanja, trebalo bi prvo da se objasni pojam saosjećanja. Engleski izraz „compassion“ dolazi od latinske riječi „compatī“ što znači zajedno patiti, sapatiti. Kod nas se ova riječ prevodi u termin saosjećanje, a često se miješa sa pojmom empatije. Empatija označava sposobnost da se zauzme perspektiva druge osobe i osjete njena osjećanja, dok ne mora da podrazumijeva i želju da se nešto učini da se toj osobi pomogne. Saosjećanje, sa druge strane, uključuje i ovu komponentu. U svojoj terapiji usmjerenoj na saosjećanje (compassion focused therapy - CFT) Gilbert koristi istovremeno i budističku i sekularnu definiciju saosjećanja po kojoj je saosjećanje „duboka svjesnost o patnji drugog zajedno sa željom da se ona ublaži“ (Gilbert & Choden, 2013, prema Krnetić i Gilbert, 2015). Brižnost je nešto širi pojam od saosjećanja i uključuje i interes za obezbjeđivanje blagostanja, razvoja, sazrijevanja, vođenje i usmjeravanje drugih sa svrhom ostvarivanja njihovih potencijala“. Gilbert u svojoj terapiji određuje saosjećanje kao ukorijenjeno u tom širem konceptu brižnosti (Gilbert, 1989, 2007, 2014, prema Krnetić i Gilbert, 2015). S druge strane, za razumijevanje saosjećanja prema samom sebi potrebno je shvatiti da se kapacitet za samosvijest i samoposmatranje nalazi unutar nas samih što znači da mi imamo unutrašnje odnose sa različitim dijelovima sebe (Gilbert, 2000, 2012, prema Krnetić i Gilbert, 2015). Mi možemo imati dijelove sebe koje visoko vrednujemo, ali se zbog njih osjećamo i ugroženima. Zbog njih se u novim situacijama možemo

osjećati anksiozno povodom npr. mogućeg neuspjeha. Učenje saosjećanju prema sebi samom pomaže da se u takvim ili sličnim situacijama umjesto neželjenih reakcija poput anksioznosti ili ljutnje prema sebi aktiviraju brižne reakcije koje inače osjećamo prema drugima (Krnetić i Gilbert, 2015).

Saosjećanje prema samom sebi, prema Kristin Nef, osobi koja je ovaj konstrukt i operacionalizovala, se ne razlikuje od saosjećanja prema dobrom prijatelju. Da bismo osjetili saosjećanje sa nekim, moramo prvo da primjetimo da ta osoba pati. Kada to primjetimo, sljedeći korak je da se osjećamo pogođenima boli druge osobe i želimo na neki način da joj pomognemo. Umjesto da osuđujemo tu osobu jer nije uspjela u nečemu, zapravo shvatamo da su neuspjeh i poraz neizbježni dio svačijeg života, te zato i saosjećamo. Na isti način možemo osjetiti i saosjećanje prema sebi samima. Kada nam ne ide u životu, ako osjećamo samosaosjećanje, mi nećemo samo stisnuti zube i nastaviti dalje ili osuđivati sebe zbog neuspjeha, nego ćemo obratiti pažnju na svoja osjećanja i zapitati se šta možemo učiniti za sebe da bi nam bilo lakše u tom trenutku.

Samosaosjećanje obuhvata tri elementa:

1. nježnost prema samom sebi nasuprot samoosuđivanju
2. zajedništvo nasuprot izolaciji
3. punu svjesnost nasuprot pretjeranoj identifikaciji.

Prvi element saosjećanja prema sebi samima, nježnost prema sebi samima nasuprot samoosuđivanju znači da kada uočimo da život ne ide onako kako smo mi to zamislili, uvidimo da su prepreke i neuspjesi normalna stvar umjesto da osjećamo ljutnju prema sebi i da se osuđujemo. Zajedništvo nasuprot izolaciji znači da svoje neuspjehe shvatamo kao dio opšteg ljudskog stanja, a ne kao nešto što se dešava samo nama. Puna svjesnost predstavlja ravnotežu između zanemarivanja svojih neuspjeha i osjećanja koje ti neuspjesi nose i pretjerane identifikacije sa njima, odnosno nemogućnost uviđanja ičeg drugog osim našeg bola. Puna svjesnost omogućava da na tu bol gledamo iz šire perspektive, te nam omogućava svjesnost vlastitih i negativnih i pozitivnih misli i osjećanja, ali i da ostanemo odvojeni od njih, da se s njima ne poistovjećujemo.

Ipak, samosaosjećanje nije ni samosažaljevanje, samopovlađivanje, niti samopoštovanje. Samosažaljevanje predstavlja usmjerenost na vlastitu patnju i neprepoznavanje patnje drugih, dok samosaosjećajna osoba shvata da ima mnogo ljudi koji pate u svijetu i da njihova patnja nije ni najbitnija, ni najveća. Ono što odvaja samopovlađivanje od samosaosjećanja je svjesnost vlastite dobrobiti na duže staze. Osoba koja sebi povlađuje udovoljava sebi u trenutku prejedajući se, uzimajući droge, prepuštajući se ljenosti i sl, dok osoba koja osjeća saosjećanje prema samoj sebi je svjesna da joj ništa od toga neće donijeti dobro na duže staze, već čini što može da sebi pomogne u tom pogledu. Na kraju, iako se samosaosjećanje čini sličnom samopoštovanju, samopoštovanje je zapravo zavisno od vanjskih činilaca, od onoga kako mi sebe procjenjujemo u odnosu na druge ljude, od naših uspjeha i neuspjeha, dok samosaosjećanje ne zavisi od tih činilaca (Neff, n.d).

Koncept analiza pojma samosaosjećanja navodi patnju kao antecedentu samosaosjećanja. Patnja se može iskusiti na nekoliko područja: događaj, situacija, emotivni odgovor, psihološko stanje, duševna otuđenost, ili fizički odgovor na bolest ili bol. Patnja se manifestuje kroz ponovljene aktivnosti smanjene njege o sebi, smanjene sposobnosti da se pronalazimo u drugim ljudima i njihovim problemima i smanjene autonomije. Posljedice samosaosjećanja su suprotne antecedentama: ponovljene aktivnosti pojačane brige za sebe, saosjećanje prema drugima, povećano pronalaženje u drugim ljudima, autonomija i svjesnost sebe. U attribute samosaosjećanja spadaju nježnost prema samom sebi, puna svjesnost, zajedništvo i mudrost (Reyes, 2011). Pronađeno je da samosaosjećanje pozitivno korelira sa samoprocjenjenom srećom, optimizmom, pozitivnim afektom, mudrošću, inicijativom, radoznalošću i istraživanjem, prijatnošću, ekstraverzijom i savjesnošću, dok negativno korelira sa neuroticizmom i negativnim afektom (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Takođe su na uzorku osoba treće životne dobi (65 godina i stariji) dobijeni slični rezultati, odnosno, da je samosaosjećanje pozitivno povezano sa pozitivnim afektom, ego integritetom i smislenosti života, a negativno povezano sa negativnim afektom (Phillips & Ferguson, 2013). Postoje podaci i da ljudi koji imaju visoko samosaosjećanje pribjegavaju pozitivnom kognitivnom restrukturisanju kao načinu suočavanja sa stresnim događajima (Batts Allen & Leary, 2010). Takođe je u jednoj novijoj studiji rađenoj

meta-analitičkom metodom (Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox & Mullarkey, 2015) dobijeno da su muškarci nešto viši na dimenziji samosaosjećanja od žena, a ta razlika se povećava sa povećanjem etničkih manjina kao učesnika istraživanja. Ovo nameće ideju da je samosaosjećanje možda uslovljeno socio-demografskim karakteristikama ispitanika. Međutim, rezultati dobijeni u jednoj japanskoj studiji sugerišu da su kognitivni činioci kao što su pozitivne, odnosno, negativne misli značajni medijatori veze između samosaosjećanja i afekta (Arimitsu & Hofmann, 2015).

Usamljenost

Vajs (Weiss, 1973., prema Cacioppo & Cacioppo, 2012.) konceptualizuje usamljenost kao opaženu socijalnu izolaciju koju opisuje kao mučeničku, hroničnu bolest bez karakteristika koje to kompenzuju, dok Marić (2005) tvrdi da usamljenost uključuje doživljaj sopstvene izolovanosti i praznine na socijalnom, emocionalnom i kognitivnom planu. Usamljenost na socijalnom planu znači gašenje značajnih interpersonalnih veza i kontakata, nemogućnost uklapanja u grupe, socijalno otuđenje od druge osobe. Usamljenost na kognitivnom planu se odnosi na gubitak stvaralačkih ideja i smisla življenja, a usamljenost na emocionalnom planu označava odsustvo objekta ljubavi (Marić, 2005). Prosječna osoba provede oko 80% svog budnog vremena u društvu drugih ljudi i to vrijeme se više preferira od vremena provedenog nasamo (Emler, 1994; Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz & Stone, 2004, prema Cacioppo, Fowler & Christakis, 2009), a dosta literature pokazuje da je opažena socijalna izolacija bolji prediktor niza različitih zdravstvenih problema od objektivne socijalne izolacije (Cole et al., 2007; Hawkey, Masi, Berry & Cacioppo, 2006; Penninx et al., 1997; Seeman, 2000; Sugisawa, Liang & Liu, 1994, prema Cacioppo, Fowler & Christakis, 2009). Neki podaci dobijeni metaanalizom govore o tome da kriva usamljenosti ima U oblik u odnosu na životnu dob (Pinquart & Sörensen, 2001), što se slaže sa podacima dobijenim u longitudinalnog studiji o depresivnim simptomima. Isti podaci o usamljenosti ukazuju na to da kvalitet socijalnih kontakata više povezan sa usamljenošću od kvantiteta, da se veće zadovoljstvo odnosima sa partnerom ili prijateljima manifestuje u manjem stepenu usamljenosti nego što je to slučaj sa zadovoljstvom porodičnim odnosima. Takođe je dobijeno da su starije žene usamljenije od starijih muškaraca, da je veći nivo aktivnosti, kao i

bolji socio-ekonomski status, povezan sa manjim osjećanjem usamljenosti. Gledanje televizije je povezano sa većom usamljenošću, dok jedna australijska studija (Sum, Mathews, Hughes & Campbell, 2008) govori o tome da je upotreba interneta kao sredstva komunikacije među starijim ljudima povezana sa smanjenom socijalnom usamljenošću, a upotreba interneta za pronalaženje novih ljudi sa povećanom emocionalnom usamljenošću. Sličan nalaz je dobio i Koni (Coney, 2011, prema Cacioppo & Cacioppo, 2012), odnosno da učestali kontakt licem u lice predviđa manji nivo usamljenosti, dok učestali kontakt preko društvenih mreža predviđa povećan nivo usamljenosti. Ovi podaci daju neke implikacije o dejstvima digitalizacije i ere društvenih mreža na mentalno zdravlje. Međutim, da stvari nisu tako jednostavne govori i nalaz da kod neoženjenih postoji veća negativna povezanost između usamljenosti i socijalnih kontakata sa odraslom djecom, prijateljima, braćom i sestrama i komšijama nego kod oženjenih (Pinquart, 2003). U istoj studiji je nađeno i da je bolji funkcionalni status povezan sa manjom usamljenošću kod razvedenih, udovaca i nikad oženjenih nego kod oženjenih, da su neoženjeni muškarci usamljeniji od neudatih žena, međutim, i da su udovice usamljenije od udovaca. Rezultati studije na starijim odraslima južnih predjela SAD-a su pokazali da je samoprocjena usamljenosti značajan medijator veze između ličnih karakteristika i samouočenog zdravlja. Takođe je dobijeno da anksioznost, učestalost telefonskih kontakata i starost utiču na doživljenu usamljenost, ali to nije slučaj i za kontakte licem u lice i kognitivno funkcionisanje. Doživljena usamljenost je dobar medijator uticaja anksioznosti, učestalosti telefonskih kontakata i zdravlja na samoprocjenu zdravlja. Osjećaj usamljenosti umanjuje vlastitu percepciju fizičkog zdravlja (Fees, Martin & Poon, 1999). Istraživanje sprovedeno na ženama odrasle dobi u Zadru, Republici Hrvatskoj, je imalo za rezultat da su značajni prediktori emocionalne usamljenosti u ljubavi zadovoljstvo bračnim odnosom i procjenjena prisnost u istom, prediktori usamljenosti u porodici prisnost i intimni seksualni odnosi, a najbolji prediktori socijalne usamljenosti intimni seksualni odnosi i konflikti. Međutim, samostišavanje (pasivnost, potiskivanje misli i osjećanja u svrhu održavanja bliskog odnosa) se pokazalo kao značajan medijator veze između dimenzija kvaliteta bračnog odnosa i usamljenosti (Lacković-Grgin, Nekić i Penezić, 2009). Ovakvi rezultati impliciraju opštu složenost problema usamljenosti, te možda i potrebno posebno ispitivanje socijalne, a posebno emocionalne usamljenosti, kao i koliko se korelati ovih vrsta

usamljenosti razlikuju po polu i ostalim socio-demografskim varijablama. Ipak, za tako nešto bi trebalo obaviti više individualnih istraživanja.

Dosadašnja istraživanja o povezanosti konstrukata depresivnosti, samosaosjećanja i usamljenosti

Ono što nas posebno zanima u ovom radu jeste šta konstrukti depresivnosti, samosaosjećanja i usamljenosti imaju zajedničko? Ako bismo se pozabavili dosadašnjim istraživanjima na tu temu, pronašli bismo neke zanimljive rezultate iz svijeta, ali istih podataka za naše podneblje ili nema ili su vrlo oskudni i samo neznatno povezani sa ovim problemom.

Što se tiče veze između opšteg blagostanja i samosaosjećanja kod osoba treće životne dobi, studija iz dva dijela je ustanovila da stariji koji su pri dobrom fizičkom zdravlju prijavljuju veće nivoe blagostanja bez obzira na nivo samosaosjećanja, dok kod onih koji su pri lošijem zdravlju, nivo blagostanja povezan sa nivoom samosaosjećanja. Dobijeno je i da su samosaosjećajniiji manje pogođeni prihvatanjem tuđe njege i pomoći, mada su rezultati mješoviti (Batts Allen, Goldwasser & Leary, 2012). Postoje podaci i da je samosaosjećanje bolji prediktor kvaliteta života i teškoće simptoma depresivnosti i/ili anksioznosti nego što je to puna svjesnost (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earlywine, 2010). Čak je dobijen nalaz da je visok skor na nježnosti prema sebi samom, jednoj od komponenti samosaosjećanja predstavlja bafer između maladaptivnih vjerovanja i depresivnosti (Podina, Jucan & David, 2015). Ova studija ne samo da ukazuje na važnost samosaosjećanja u razumijevanju depresivnosti i opšteg mentalnog zdravlja, već i na značaj razlikovanja pojedinih komponenti konstrukta samosaosjećanja.

Američko istraživanje iz 80-te godine koje je koristilo analizu strukturalnim jednačinama kao metod je ponudilo zaključak da depresivnost i usamljenost iako su povezani, nisu isti konstrukti i nijedno nije direktni uzročnik drugome, mada dijele zajedničko porijeklo i oboje su bili stabilni tokom perioda testiranja u razmaku od pet sedmica (Weeks, Michela, Peplau & Bragg, 1980). Jedna novija američka longitudinalna studija rađena na sredovječnim i starijim osobama je pokazala da su usamljenost i depresivnost u recipročnom odnosu, ali da na usamljenost utiču i

druge varijable kao što su neke demografske varijable, bračni status, opaženi stres, socijalna podrška i hostilnost. Ovo implicira da usamljenost i depresivnost djeluju u sinergiji i narušavaju sveopšti kvalitet života starijih i sredovječnih ljudi (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006). Istraživanje rađeno u Indiji je pokazalo da su depresivnost i usamljenost značajno povezani, dok ne postoji značajna veza između socijabilnosti i depresivnosti (Singh & Misra, 2009). Još jedno istočnjačko istraživanje, rađeno na uzorku japanskog i korejskog stanovništva dobi od 65 do 98 godina koji žive u ustanovama za starije, pokazalo je da korejski uzorak ima više depresivnih simptoma od japanskog, ali i manju fizičku funkciju i niže nivoe samoprocjenjenog zdravstvenog statusa. Međutim, na oba poduzorka je dobijeno da su usamljenost i samoprocjenjeni generalni zdravstveni status značajni prediktori depresivnosti (Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi & Ogasawara, 2009). Jedna hrvatska studija na uzorku osoba treće životne dobi (polovina iz doma za starije osobe, polovina iz vlastitih domaćinstava) pokazala je da se većina starijih osoba osjeća usamljenima, da im je nisko zadovoljstvo životom i da imaju nedovoljno socijalnih kontakata. Međutim, oni koji žive u vlastitom domaćinstvu više pokazuju znake hronične tuge, a oni koji žive u domu su više depresivni i pokazuju veću verbalnu agresivnost (Kralj-Vasilj, Degmečić, Včev i Mikšić, 2013). Na prostoru Bosne i Hercegovine, tj. Republike Srpske je rađeno istraživanje prije nekoliko godina kojim se ispitala značajnost religioznosti, socijalne podrške i sociodemografskih karakteristika kao prediktora depresivnosti kod osoba treće životne dobi i dobijeni su samo pol i socijalna podrška kao značajni prediktori. Međutim, osobe koje nisu u braku, nemaju djecu, koje žive u gerijatrijskim domovima i koji loše ili veoma loše procjenjuju svoju materijalnu situaciju imaju značajno više nivoe depresivnosti, dok povezanost depresije i religioznosti nije pronađena (Rodić, 2012). Kao što vidimo, ovo istraživanje se donekle poklapa sa temom rasprave, ali je umjesto percipirane usamljenosti ispitivana socijalna podrška. Ova dva konstrukta, iako su slična, nisu identična, međutim, dijele zajednički nadređeni konstrukt – opštu socijalnu vezanost (Newcomb & Bentler, 1986). Socijalnu podršku je ispitivalo još jedno istraživanje iz Bosne i Hercegovine, konkretno na banjalučkoj regiji, ali još uz varijable optimizma i pesimizma kao prediktore zadovoljstva životom osoba treće životne dobi (Đundić, 2013). Rezultati su pokazali da je dimenzija socijalne podrške značajan prediktor kvaliteta života, uz pesimizam i optimizam. Varijable koje po regresionom modelu objašnjavaju najveći dio varijanse zadovoljstva životom su: pesimizam,

optimizam, materijalna primanja, subjektivna podrška, bračni status, zdravlje i mjesto stanovanja (vlastito domaćinstvo ili gerijatrijski dom). Jedno hrvatsko istraživanje rađeno na starijem stanovništvu ostrva Mljeta je ustanovilo da su stariji u ruralnim sredinama usamljeni, svaki četvrti ispitanik živi sam, većina je u lošem materijalnom stanju, nesposobni da se brinu sami o sebi i potrebna im je dodatna medicinska njega koju najčešće nemaju (Ilić i Županić, 2013), što implicira da su problemi starijih osoba u ruralnim sredinama vjerovatno brojniji od problema starijih koji žive u gradu ili u domovima za stare.

Što se tiče veze između usamljenosti i samosaosjećanja, studija Akina (Akin, 2010) na studentima u Turskoj je pokazala da su nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo negativni korelati i negativni prediktori usamljenosti, dok su samoosušivanje, izolacija i pretjerana identifikacija pozitivni korelati i pozitivni prediktori usamljenosti. Ovi rezultati pokazuju da samosaosjećanje ima i direktan uticaj na usamljenost. Na studentima jednog hrišćanskog američkog univerziteta ustanovljena je umjerena povezanost između usamljenosti i samosaosjećanja (Lyon, 2015). Kao što vidimo, podataka o ovoj vezi je vrlo malo, a oba ova istraživanja su novijeg datuma i rađena na studentima, što implicira da bi se veza između ovih konstrukata trebala još ispitati u odnosu na ostale socio-demografske činioce i spoljne varijable.

Problem istraživanja

U dosadašnjim studijama ustanovljeno je da su sa depresivnošću povezane neke socio-demografske varijable kao što su pol ("Depression", 2017), socio-ekonomski status (Hirschfield & Cross, 1982, prema Davison & Neale, 1999), ali i fizičko zdravlje, socijalna podrška, te gubitak bračnog partnera zbog smrti (Phifer & Murell, 1986). Ipak, ovi faktori nisu dovoljni da u potpunosti objasne nastanak i održavanje depresivnosti, te se i dalje traga za faktorima koji su sa njom povezani. Postoje podaci da je samosaosjećanje bolji prediktor kvaliteta života i teškoće simptoma depresije i/ili anksioznosti nego što je to puna svjesnost (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earlywine, 2010), ali i nalaz da je visok skor na nježnosti prema sebi samom, jednoj od komponenti samosaosjećanja predstavlja bafer između maladaptivnih vjerovanja i depresije (Podina, Jucan & David, 2015). Međutim, podaci o vezi između samosaosjećanja i depresivnosti

su veoma rijetki, a na našim prostorima nisu nađeni nikakvi podaci, te se zato za prvi problem istraživanja postavlja istraživanje veze između samosaosjećanja i depresivnosti. Za vezu između usamljenosti i depresivnosti postoji već nešto više istraživanja u svijetu, međutim, neki pokazuju povezanost između usamljenosti i depresivnosti (Singh & Misra, 2009), neki da dijele zajedničko porijeklo (Weeks, Michela, Peplau & Bragg, 1980), neki da imaju recipročan odnos (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006), a neki sugerišu da je usamljenost značajan prediktor depresivnosti (Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi & Ogasawara, 2009). Na prostoru BiH, dva master rada su pronašla da je socijalna podrška značajan prediktor depresivnosti (Rodić, 2012), ali i zadovoljstva životom (Đundić, 2013), ali dosad nije ispitivana usamljenost koja, iako vrlo sličan, predstavlja odvojen konstrukt od socijalne podrške. Ova dva konstrukta dijele zajednički nadređeni konstrukt - konstrukt opšte društvene vezanosti (Newcomb & Bentler, 1986). Zbog toga je kao drugi problem istraživanja uzeta povezanosti između usamljenosti i depresivnosti. Takođe, što se tiče veze usamljenosti i depresivnosti dosad su, koliko je poznato prema dostupnim istraživanjima, rađena samo dva istraživanja na tu temu, od kojih je jedan pokazao da je samosaosjećanje značajan prediktor usamljenosti (Akin, 2015), a drugi da između ova dva konstrukta postoji umjerena povezanost (Lyon, 2013). Međutim, na našim prostorima ova veza, ako je suditi prema dostupnim podacima, nije ispitivana, te je zato uzeta za treći problem istraživanja.

Cilj istraživanja

Teorijski cilj ovog istraživanja se ogleda u tome što njegovi rezultati mogu uveliko doprinijeti shvatanju konstrukata depresivnosti, samosaosjećanja i usamljenosti, te njihove povezanosti na prostoru banjalučke regije Bosne i Hercegovine pošto o tome zasad postoji vrlo malo podataka. Praktični cilj ovog istraživanja je skretanje pažnje šire javnosti na populaciju starijih osoba, njihov položaj u Bosni i Hercegovini, te njihove potrebe. Na ovaj način bi članovi porodice starijih osoba i sve ostale osobe koje sa njima dolaze u kontakt bolje znali kako da im pristupe i mogli bi imati više razumijevanja za njihove zahtjeve. Takođe bi istraživanje moglo služiti kao prijedlog budućih psiholoških intervencija za starije osobe.

Hipoteze

H1: Pozitivne dimenzije samosaosjećanja (nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo) su značajni negativni korelati depresivnosti kod osoba starijih od 65 godina.

Postoje podaci da je samosaosjećanje bolji korelat kvaliteta života i teškoće simptoma depresivnosti i/ili anksioznosti nego što je to puna svjesnost (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earlywine, 2010). Čak je dobijen nalaz da je visok skor na nježnosti prema sebi samom, jednoj od komponenti samosaosjećanja predstavlja bafer između maladaptivnih vjerovanja i depresivnosti (Podina, Jucan & David, 2015). Međutim, nema dostupnih istraživanja na ovu temu koja su obavljena na populaciji starijih osoba, a na našim prostorima nisu nađeni nikakvi dostupni podaci o vezi između konstrukata samosaosjećanja i depresivnosti.

H2: Postoji pozitivna povezanost između nivoa izmjerene usamljenosti i depresivnosti kod osoba starijih od 65 godina.

Američko istraživanje iz 80-te godine je ponudilo zaključak da depresivnost i usamljenost iako su povezani, nisu isti konstrukti i nijedno nije direktni uzročnik drugome, mada dijele zajedničko porijeklo i oboje su bili stabilni tokom perioda testiranja u razmaku od pet sedmica (Weeks, Michela, Peplau & Bragg, 1980). Jedna novija američka longitudinalna studija rađena na sredovječnim i starijim osobama je pokazala da su usamljenost i depresivnost u recipročnom odnosu, ali da na usamljenost utiču i druge varijable kao što su neke demografske varijable, bračni status, opaženi stres, socijalna podrška i hostilnost. Ovo implicira da usamljenost i depresivnost djeluju u sinergiji i narušavaju sveopšti kvalitet života starijih i sredovječnih ljudi (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Na našim prostorima istraživanjima je utvrđeno da je socijalna podrška negativni prediktor depresivnosti (Rodić, 2012) i pozitivan prediktor zadovoljstva životom (Đundić, 2013). Međutim, nema dostupnih podataka o povezanosti usamljenosti i depresivnosti na našim prostorima.

H3: Postoji pozitivna povezanost između negativnih dimenzija samosaosjećanja (samoosušivanje, izolacija i pretjerana identifikacija) i usamljenosti kod osoba starijih od 65 godina, a negativna povezanost između pozitivnih dimenzija samosaosjećanja (nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo) i usamljenosti, odnosno, negativne dimenzije samosaosjećanja su pozitivni prediktori usamljenosti, a pozitivne dimenzije samosaosjećanja su negativni prediktori usamljenosti.

Studija Akina (Akin, 2010) na studentima u Turskoj je pokazala da su nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo negativni korelati i negativni prediktori usamljenosti, dok su samoosušivanje, izolacija i pretjerana identifikacija pozitivni korelati i pozitivni prediktori usamljenosti. Ovi rezultati pokazuju da samosaosjećanje ima i direktan uticaj na usamljenost. Na studentima jednog hrišćanskog američkog univerziteta ustanovljena je umjerena povezanost između usamljenosti i samosaosjećanja (Lyon, 2015). Kao što vidimo, podataka o ovoj vezi je vrlo malo, a oba ova istraživanja su novijeg datuma i rađena na studentima. S druge strane, podataka o ovoj vezi dobijenih na uzorku starijih osoba nema, kao ni podataka sa naših prostora.

METOD

Tip istraživanja

Sprovedeno istraživanje je neeksperimentalno, te kvantitativno radi ekonomičnosti. Većina starijih ljudi su (prema dosadašnjim iskustvima) veoma pričljivi i teže da proširuju priču i da se ne drže teme, te se zbog toga smatra da je ispitivanje na takvoj populaciji bolje obaviti kvantitativno da bi se dobili što precizniji odgovori i da se ne bi gubilo vrijeme, ali i da bi se dobili odgovori koji se lakše mogu generalizovati na populaciji. Ipak, kvantitativna istraživanja imaju svoje nedostatke. Neki od njih su nemogućnost ispitivanja prirode veze između varijabli, zbog čega bi bilo dobro da se obavi i kraći polustrukturisani intervju sa ispitanicima. Nacrt se sastoji od tri glavne varijable koje će sve biti registrovane i sve su kontinuirane, a odnosi među njima ispitivani su korelacionom i multiplom regresionom analizom.

Varijable i instrumenti

Depresivnost – varijabla definisana upitnikom **BDI II**, odnosno Beck's Depression Inventory II (Beck, Steer & Brown, 1996) koji se sastoji od 21 stavke koje se ocjenjuju ocjenama od 0 do 3 koje izražavaju stepen u kome se svaka od ponuđenih rečenica odnosi na ispitanika u posljednje dvije sedmice, uključujući dan ispunjavanja inventara (upitnik u prilogu 1). Psihometrijske karakteristike ove skale su ispitane na pregledom literature (Wang & Gorenstein, 2013) kojom je utvrđen nivo unutrašnje konzistentnosti oko .9 (u ovom istraživanju .84), dok je test-retest pouzdanost varirala od .73 do .96. Pronađeno je i preklapanje sa drugim mjerama depresivnosti i anksioznosti. Kriterijska validnost je pokazala dobru osjetljivost i specifičnost za otkrivanje depresije kad se poredi sa zlatnim standardom. Međutim, presudne tačke za dijagnozu su se razlikovale u zavisnosti od uzorka. Faktorska analiza je ustanovila da se depresivnost sastoji od

dva aspekta: kognitivno-afektivnog i somatsko-vegetativnog. Što se tiče provjera na našim prostorima, istraživanjem na uzorku 400 studenata Univerziteta u Novom Sadu (Novović, Mihić, Tovilović, Jovanović i Biro, 2011) utvrđen je nivo unutrašnje konzistencije .87, a test-retest pouzdanosti .63. Visoke korelacije, $r=.70$, su ustanovljene sa mjerama simptoma depresivnosti i anksioznosti, dok su sa nepovezanim konstruktima nađene niske korelacije ($r=.19$ sa skalom traženja senzacija). Faktorska struktura konstrukta depresivnosti dobijena u prethodnim istraživanjima je potvrđena i u ovom.

Samosaosjećanje – varijabla operacionalno definisana Skalom samosaosjećanja **SCS** (Neff, 2003) koja se sastoji od 26 ajtema koji se ocjenjuju ocjenama od 1 do 5 u zavisnosti od toga koliko često nam se dešavaju situacije koje ajtemi opisuju. Skala se sastoji od tri pozitivne i tri negativne dimenzije samosaosjećanja: nježnost prema samom sebi nasuprot samoosuđivanju, zajedništvo nasuprot izolaciji i punu svjesnost nasuprot pretjeranoj identifikaciji (skala priložena u prilogu 1). Na ovom istraživanju unutrašnja konzistentnost prevedene verzije skale je iznosila .75, što je nešto niže od unutrašnje konzistentnosti dobijene na uzorku američkih studenata koja je u tom istraživanju iznosila .92 (Neff, 2003). Što se tiče validnosti, na istom američkom istraživanju nađena je neznačajna korelacija sa skalom socijalne poželjnosti ($r=.5$, $p=.34$), dok je nađeno da postoji značajna negativna korelacija između SCS i skale samokritičnosti ($r=-.65$, $p<.01$). Pozitivne korelacije su pronađene između skale socijalne povezanosti ($r=.41$, $p<.01$) i sa sve tri subskale skale crta metaraspoloženja: pažnja ($r=.11$, $p<.05$), jasnoća ($r=.43$, $p<.01$) i oporavak ($r=.55$, $p<.01$). Takođe je nađeno da je samosaosjećanje mjereno ovom skalom značajan prediktor mentalnog zdravlja. Nađeno je i da žene imaju značajno manje nivoe samosaosjećanja nego muškarci ($F(1, 389)=4.05$, $p<.05$). Na našim prostorima ova skala, prema dostupnim podacima, još nije prevedena i korištena, pa je urađen dvosmjerni prevod od strane istraživača za potrebe ovog istraživanja. Ovo je možda moglo da naruši pouzdanost i valjanost originalne skale.

Usamljenost – operacionalno definisana skraćenom verzijom **UCLA** skale usamljenosti koju su konstruisali Alen i Ošagan (Allen & Oshagan) 1995. godine, a postoji hrvatska verzija koju su preveli i prilagodili Lacković-Grgin i saradnici (2002, prema Medved i Keresteš, 2011). Ova

verzija je primjenjivana na različitim uzorcima na hrvatskom stanovništvu i time je potvrđena njena jednofaktorska struktura (Lacković-Grgin, 2002, prema Medved i Keresteš, 2011). Dosadašnja istraživanja su pokazala nivo interne pouzdanosti u rasponu od .83 do .85 (Medved i Keresteš, 2011). U ovom istraživanju je korištena ova prevedena verzija i na ovom uzorku je nađen nivo interne konzistentnosti .73. Skala se sastoji od 7 ajtema sa mogućim odgovorima od 1 do 5 koji izražavaju stepen slaganja za određeni ajtem (skala priložena u prilogu 1).

Spoljne varijable

Spoljne varijable u ovom istraživanju su pol, godine, mjesto stanovanja, socio-ekonomski status, bračni status, procjena zdravstvenog stanja, procjena zadovoljstva porodičnom situacijom, religioznost i socijalna podrška koje su sve kontrolisane tako što je ispitanicima, uz navedena tri upitnika, dat na popunjavanje još jedan upitnik koji mjeri ove varijable. Još jedna spoljna varijabla je dementnost, koja se ispitala kratkim uvođenjem u upitnik i provjeravanje shvatanja istog. Oni koji nisu mogli da shvate razlog istraživanja i šta se od njih tražilo nisu ušli u uzorak. Ispitivanje dementnosti na preciznijem nivou se nije obavljalo zbog neekonomičnosti. Još jedna moguća spoljna varijabla bi mogla biti osjećaj ostvarenosti života (sjetimo se Eriksonove teorije). Zbog toga je u dodatni upitnik uvršteno i pitanje „Koliko ste zadovoljni svime što ste dosad postigli u životu“ na koje se mogle odgovarati 5-stepenom Likertovom skalom koja izražava stepen zadovoljstva od 1 (uopšte nisam zadovoljan/a) do 5 (u potpunosti sam zadovoljan/a). Još jedna spoljna varijabla je nemogućnost čitanja zbog slabljenja vida karakterističnog za stariju populaciju. Ovo se kontrolisalo tako što su štampani upitnici malo uvećanog fonta i svaki učesnik je prije ispunjavanja upitan može li da pročita i shvata li pitanja. Ukoliko je odgovor bio ne (što je uglavnom i bio slučaj), ispitanicima su čitana pitanja i ponuđeni odgovori i ispitivač je zaokruživao odgovore u skladu sa odgovorima ispitanika.

Populacija i uzorak

Populacija prema kojoj je ovo istraživanje orijentisano obuhvata osobe preko 65 godina sa relativno očuvanim kognitivnim sposobnostima koje žive u domovima za starije osobe ili u vlastitim domaćinstvima u okviru banjalučke regije. Uzorak je prigodni zbog teškoće pronalaženja ispitanika tražene starosne kategorije. Svi ispitanici su bili stariji od 65 godina zbog pomenute longitudinalne studije gdje je nađeno da se nivo depresivnosti povećava poslije 65 godine (Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci & Zonderman, 2013). Najstariji ispitanik je imao 92 godine, a prosjek godina ispitanika u istraživanju je 76.28 (SD=7.5). Po dosadašnjim istraživanjima na sličnu temu (navedenih u teorijskom dijelu) može da se primjeti da se uzorak sastojao od oko 200 ljudi, te se taj broj pokušao dostići i u ovom istraživanju, ali zbog manjka vremena i nedovoljne zainteresovanosti ustanova za saradnju, dostignut je broj od 168 ispitanika. Od tog broja prikupljeno je 87 ispitanika iz domova (Gerontološki centar Banja Luka i Dom penzionera Banja Luka), a 81 iz vlastitih domaćinstava (preko poznanstava, iz Dnevnog centra za stare osobe Banja Luka, iz gradskog i lokalnih udruženja penzionera grada Banja Luka – Borik, Obilićevo, Starčevica, te dvoje preko online forme Jotform). Najviše je ispitanika koji žive u gradu, tačnije 144 (85.7%), u prigradskom naselju 6 (3.6%), a 18 na selu (10.7%). 80 ispitanika (47.6%) je muškog, a 88 ženskog pola (52.4%). Što se tiče religioznosti, najveći broj njih, tj. 39.3% ispitanika vjeruje u boga i smatra da je istina o njemu sasvim predstavljena religijom kojoj pripadaju, 13.7 % ih vjeruje u neku nadnaravnu silu ili energiju koja prožima svemir, isto toliki postotak nekad vjeruje, a nekad ne vjeruje u boga, 11.9% nikad nije ni vjerovalo u boga, 8.3% ih prihvata svoju religijsku pripadnost, ali ne vjeruje u boga, 7.1% vjeruje u boga, ali smatra da on nije sasvim onakav kakvim ga religija predstavlja, a 6% smatra da se postojanje boga ne može dokazati, te ne žele da tvrde da on postoji ili ne postoji. Time možemo zaključiti da je većina ispitanika ili religiozna ili spiritualna. Što se tiče stručne spreme, 7.7% ispitanika je neškolovano, 17.9% ima završena četiri razreda osnovne škole, 10.7% ima završenu osnovnu školu, 29.8% ispitanika ima završenu srednju školu, 26.8% ima višu školu, a 7.1% visoku. Najveći postotak ispitanika, odnosno 40.5% svoj socio-ekonomski status procjenjuje kao dobar, 36.9% kao osrednji, 17.3% kao loš, 3% kao veoma loš, a 2.4% smatra da

ima veoma dobar socio-ekonomski status. Najveći broj ispitanika su udovci i udovice, odnosno, njih čak 54.2%, 32.7% ih je oženjeno, odnosno udato, 10.1% razvedeno, a 3% ispitanika čine samci. Ispitanici u prosjeku smatraju svoje zdravstveno stanje prosječnim ($M=3.11$, $SD=.94$), i u prosjeku su zadovoljni porodičnom situacijom ($M=3.82$, $SD=.86$). Ispitanici se u prosjeku smatraju ostvarenima, odnosno, u prosjeku su zadovoljni onim što su postigli u životu ($M=3.88$, $SD=.89$). Detaljniji opis uzorka u Prilogu 1.

Postupak prikupljanja podataka

Što se tiče dijela uzorka iz gerijatrijskih domova, poslane su pismene molbe nekoliko domova u Banjoj Luci i Prijedoru za obavljanje istraživanja u istima, ali su dobiveni odgovori od samo dva doma – Gerontološkog centra Banja Luka i Doma penzionera Banja Luka. Obavljeni su razgovori sa direktorima i nadležnim osobljem koje je kasnije pružalo pomoć pri prikupljanju podataka u vidu uputa i savjeta ispitivaču o načinu, vremenu, mjestu prikupljanja i ispitanicima od kojih su podaci prikupljeni. Što se tiče dijela uzorka iz vlastitih domaćinstava, jedan dio ispitanika je prikupljen na osnovu poznanstava, dok je većina ipak bila prikupljena u Dnevnom centru za stare osobe u Banjoj Luci, Gradskom udruženju penzionera, te lokalnim udruženjima penzionera (Borik, Obilićevo, Starčevica). U ovim udruženjima su podaci bili prikupljeni na isti način kao i u domovima penzionera – upućena je usmena ili pismena molba nadležnima, većini ispitanika su čitana pitanja, a rijetki su sami popunjavali upitnik. Samo dva ispitanika iz vlastitih domaćinstava su prikupljena putem online forme Jotform. Svakom ispitaniku je individualno pristupljeno i većini je trebalo čitati i objašnjavati pitanja i popunjavati za njih. Mnogi od njih su proširivali priču dalje od postavljenih pitanja, što je, iako je bilo regulisano, ipak dovelo do odugovlačenja postupka prikupljanja podataka. Direktorima ustanova i svim ispitanicima je objašnjeno načelo o tajnosti podataka i način na koji će njihovi podaci biti korišteni, te u koje svrhe.

Način obrade podataka

Za obradu podataka je korištena deskriptivna statistika (za opis uzorka i raspodjele rezultata), Pirsonov koeficijent korelacije (za ispitivanje korelacije između glavnih varijabli – usamljenost, depresivnost, samosaosjećanje) i multipla regresiona analiza (za ispitivanje dimenzija samosaosjećanja kao prediktora depresivnosti, ali i za mjerenje veličine efekta svih varijabli uključenih u upitnik, kako glavnih, tako i spoljnih, na varijablu depresivnost). Za ispitivanje pouzdanosti skala korišten je Kronbahov α koeficijent.

REZULTATI

Deskriptivna statistika korištenih skala (tabela 1) pokazuje da je aritmetička sredina skale depresivnosti na uzorku na nivou blažeg poremećaja raspoloženja ($M=11.33$), što ukazuje na to da nivo depresivnosti u prosjeku nije visok. Minimalna vrijednost je 0, a maksimalna 36, dok je standardna devijacija 7.94. Skjunis i kurtosis upućuju na to da se radi o umjereno pozitivno asimetričnoj leptokurtičnoj raspodjeli. Što se tiče usamljenosti, prosjek skorova je u prosjeku nizak ($M=15.74$, $SD=5.94$), minimalna izmjerena vrijednost je 7 (što je i najmanja moguća vrijednost), a maksimalna 34. Vrijednosti skjunisa i kurtosisa upućuju na to da se radi o umjereno pozitivno asimetričnoj leptokurtičnoj raspodjeli. Kod samosaosjećanja aritmetička sredina je u okviru srednjih do viših vrijednosti ($M=3.68$, $SD=.59$), minimalna izmjerena vrijednost je 2.15, a maksimalna 4.82. Po dobijenim vrijednostima skjunisa i kurtosisa, raspodjela skorova je približno simetrična i platokurtična. Dakle, možemo zaključiti da su u prosjeku ispitanici imali niske skorove na skalama depresivnosti i usamljenosti, a umjerene do visoke na skali samosaosjećanja.

Tabela 1: Deskriptivna statistika

Varijable	Min	Max	M	SD	S	Ku
Depresivnost	.00	36	11.33	7.94	.83	.08
Usamljenost	7	34	15.74	5.93	.61	.11
Samosaosjećanje	2.15	4.82	3.68	.59	-.22	-.56

Min-minimalni skor; Max-maksimalni skor ; M-aritmetička sredina; SD-standardna devijacija; S-skjunis; K-kurtozis

Nakon uvida u deskriptivnu statistiku korištenih skala, pomoću Pirsonovog koeficijenta korelacije testirane su prva i druga hipoteza (tabela 2). Nađene su umjereno visoke negativne korelacije dvije pozitivne dimenzije samosaosjećanja (nježnost prema sebi i puna svjesnost) sa varijablom depresivnosti na nivou $p < .01$, ali nije nađena značajna povezanost dimenzije samosaosjećanja zajedništvo i depresivnosti, čime je prva hipoteza samo djelimično potvrđena. To znači da ispitanici sa višim skorovima na dimenzijama nježnost prema sebi i puna svjesnost imaju niže nivoe depresivnosti. Međutim, nađene su i umjereno visoke pozitivne korelacije svih negativnih dimenzija samosaosjećanja i depresivnosti ($p < .01$), što znači da ispitanici sa višim skorovima na negativnim dimenzijama samosaosjećanja imaju i više izmjerene nivoe depresivnosti. Takođe je nađena i umjereno visoka negativna korelacija ukupnog samosaosjećanja i nivoa depresivnosti na nivou značajnosti $p < .01$, što upućuje na to da veći skorovi na ukupnom samosaosjećanju znače i niske nivoe depresivnosti. Što se tiče provjere druge hipoteze, nađena je značajna umjereno visoka pozitivna korelacija usamljenosti i depresivnosti ($p < .01$), čime je druga hipoteza potvrđena, a što znači da ispitanici sa višim izmjerenim nivoima usamljenosti imaju i više izmjerene nivoe depresivnost. Osim toga, nađene su umjereno visoke pozitivne korelacije svih negativnih dimenzija samosaosjećanja i nivoa usamljenosti ($p < .01$), a niska negativna korelacija pune svjesnosti i usamljenosti ($p < .01$), dok je korelacija između ukupnog nivoa samosaosjećanja i nivoa usamljenosti umjereno visoka i

negativna na nivou značajnosti $p < .01$ i upućuje na to da viši izmjereni skorovi na varijabli samosaosjećanje znače i niže izmjerene skorove na varijabli usamljenost.

Tabela 2: Korelacije između varijabli

Varijable	Depresivnost	Usamljenost
Usamljenost	.451**	
Nježnost prema sebi	-.362**	-.142
Samoosušdivanje	.367**	.328**
Zajedništvo	-.081	-.124
Izolovanost	.448**	.386**
Puna svjesnost	-.339**	-.244**
Pretjerana identifikacija	.445**	.372**
Ukupno samosaosjećanje	-.570**	-.445*

** $p < .01$; * $p < .05$.

Za provjeru treće hipoteze rađena je multipla regresiona analiza koja je pokazala da je samosaosjećanje značajan prediktor usamljenosti ($F(6, 161)=7.94$, $p < .01$) i objašnjava 22.8% varijanse varijable usamljenost ($R=.478$, $R^2=.228$) (tabela 3). Međutim, kada pogledamo uticaj pojedinačnih dimenzija samosaosjećanja na nivo usamljenosti, vidimo da su samo izolovanost i puna svjesnost značajni prediktori usamljenosti na nivou značajnosti $p < .05$, od kojih je izolovanost pozitivan prediktor, a puna svjesnost negativan prediktor. To znači da viši skorovi na dimenziji izolovanosti mogu da predvide i više skorove na depresivnosti, a viši skorovi na punoj svjesnosti mogu da predvide niže skorove na depresivnosti. Ovim je treća hipoteza samo djelimično potvrđena.

Tabela 3 – Vrijednosti dobijene višestrukom regresionom analizom dimenzija samosaosjećanja kao prediktora usamljenosti

	β	p
Nježnost prema sebi	.042	.585
Samoosušivanje	.139	.128
Zajedništvo	-.039	.653
Izolovanost	.182	.048
Puna svjesnost	-.197	.028
Pretjerana identifikacija	.176	.074

Nakon testiranja svih hipoteza, ostalo nam je još da izračunamo ukupan efekat svih korištenih nezavisnih i kontrolisanih spoljnih varijabli na nivo depresivnosti, za šta je takođe korištena multipla regresiona analiza (tabela 4). Pronađeno je da uključene varijable značajno predviđaju nivoe depresivnosti na uzorku ($F(13,154)= 15.76$, $p<.01$), a ukupna količina objašnjene varijanse korištenom upitničkom baterijom iznosi 57.1% ($R=.756$, $R^2=.571$). Međutim, kada pogledamo varijable pojedinačno, vidimo da su samo životna sredina, samoprocjena zdravstvenog stanja, zadovoljstvo postignutim, usamljenost i samosaosjećanje značajni prediktori nivoa depresivnosti, od kojih je zadovoljstvo postignutim značajno na nivou $p<.05$, a ostale navedene varijable na nivou .01. Ipak, čini se da su samosaosjećanje ($\beta=-.320$) i zdravstveno stanje ($\beta=-.292$) najvažniji negativni prediktori depresivnosti, a to znači da veće samosaosjećanje i bolje zdravstveno stanje mogu da predvide niže nivoe depresivnosti kod osoba iz banjalučke regije starijih od 65 godina.

Tabela 4 – Prediktivne vrijednosti svih nezavisnih i kontrolisanih spoljnih varijabli na varijablu depresivnost izmjerene multiplom regresionom analizom

	β	p
Mjesto življenja (dom/vl. domaćinstvo)	-.085	.237
Životna sredina (urbana/pregrađe/ruralna)	.197	.002
Pol	.061	.342
Broj godina	.068	.308
SEC	-.081	.203
Stručna sprema	-.009	.894
Bračni status	-.043	.501
Zdravstveno stanje	-.292	.000
Porodična situacija	-.022	.736
Religioznost	.037	.552
Integritet/očaj	-.148	.019
Usamljenost	.189	.003
Samosaosjećanje	-.320	.000

DISKUSIJA

Na uzorku je nađena djelomična potvrda prve hipoteze da su pozitivne dimenzije samosaosjećanja puna svjesnost i nježnost prema sebi značajni negativni korelati depresivnosti. Nisu nađene korelacije između zajedništva i depresivnosti. Moguće je da je do toga došlo usred lošeg prevoda SCS skale (s obzirom da je ovo prva upotreba prevedene verzije od strane studenta) ili nedovoljno dobrog shvatanja ajtema vezanih za zajedništvo od strane ispitanika. Takođe je nađeno da su sve negativne dimenzije samosaosjećanja značajni umjereni pozitivni korelati depresivnosti, dok je ukupno samosaosjećanje značajan umjeren pozitivni korelat depresivnosti. Ako uzmemo u obzir prijašnja istraživanja koja su pokazala da je samosaosjećanje bolji korelat kvaliteta života i teškoće simptoma depresivnosti i/ili anksioznosti nego što je to puna svjesnost (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earlywine, 2010), te da je visok skor na nježnosti prema sebi bafer između maladaptivnih vjerovanja i depresivnosti (Podina, Jucan & David, 2015), možemo pretpostaviti da ovi rezultati ne predstavljaju tako bitan doprinos shvatanju ispitivanih konstrukata. Međutim, kako relacije između varijabli depresivnost i samosaosjećanje nisu dosad ispitivane na ovim prostorima (bar ne prema dostupnim podacima), može se reći da je ovo istraživanje pružilo dobar poticaj za razmatranje ove povezanosti i dobru podlogu daljim istraživanjima na ovu ili slične teme. U svakom slučaju, bar i djelomična potvrda prve hipoteze je potvrdila da je konstrukt samosaosjećanja itekako bitan za razumijevanje depresivnosti kod starijih osoba i da je predugo bio ignorisan. O tome govori i istraživanje koje je pokazalo da je kod starijih osoba narušenog fizičkog zdravlja nivo samosaosjećanja povezan sa nivoom blagostanja (Batts Allen, Goldwasser & Leary, 2012). Ista studija je pokazala da su samosaosjećajniiji manje pogođeni prihvatanjem tuđe njege i pomoći (mada su rezultati mješoviti). To nam govori o tome kako su teškoće povezane sa starenjem i manjom mogućnošću brige o sebi lakše za podnijeti ako smo saosjećajniiji prema sebi. Razmatrajući ovaj problem, dolazimo do zaključka kako je učenje saosjećanju prema sebi samima jednako tako važno kao i učenje saosjećanju prema drugima.

Druga hipoteza je potvrđena, odnosno nađena je značajna umjereno visoka pozitivna povezanost između usamljenosti i depresivnosti. To znači da ispitanici sa višim izmjerenim nivoima

usamljenosti imaju i više izmjerene nivoe depresivnosti i obrnuto. Ovo je takođe samo vrh ledenog brijega s obzirom na strana istraživanja koja su dublje ispitivala povezanost između usamljenosti i depresivnosti. Npr, istraživanje Kačopoa i saradnika (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006) koje je dovelo do zaključka da usamljenost i depresivnost u sinergiji narušavaju kvalitet života starijih i sredovječnih ljudi. Međutim, ovo je dobra nadopuna ranijim istraživanjima na teritoriji BiH koja su našla povezanost socijalne podrške sa depresivnošću (Rodić, 2012) i zadovoljstvom životom (Đundić, 2013). Iako su ova dva pojma povezana, tj. dijele zajednički nadređeni konstrukt - konstrukt opšte društvene vezanosti (Newcomb & Bentler, 1986), jedno se ne može objasniti drugim. Samim tim je ovo istraživanje bilo neophodno da se ispita povezanost usamljenosti sa drugim varijablama kao što su depresivnost i samosaosjećanje, koje je takođe zapostavljeno u istraživanjima sa ovih prostora. Bilo bi dobro da se u budućim istraživanjima ispita priroda ova povezanosti, ali i povezanost samosaosjećanja i usamljenosti sa sociodemografskim varijablama, što u ovom istraživanju nije urađeno zarad ekonomičnosti i jednostavnosti.

To nas dovodi do treće hipoteze, a to je ispitivanje povezanosti samosaosjećanja i usamljenosti. Na ovim prostorima prema dostupnim podacima nije prije bilo istraživanja o samosaosjećanju, niti povezanosti istog sa bilo kojim drugim konstruktom. Međutim, jedno tursko istraživanje (Akin, 2010) na studentima pokazalo je da su pozitivne dimenzije samosaosjećanja negativni korelati i negativni prediktori usamljenosti, a negativne dimenzije samosaosjećanja pozitivni korelati i pozitivni prediktori usamljenosti. Slični rezultati su dobijeni i u ovom istraživanju, odnosno dobijeno je da su negativne dimenzije samosaosjećanja značajno umjereno pozitivno povezane sa depresivnošću, dok se za pozitivne dimenzije ispostavilo da je samo puna svjesnost značajno, ali nisko negativno povezana sa depresivnošću. Što se tiče povezanosti ukupnog samosaosjećanja i usamljenosti, nađena je umjereno visoka negativna povezanost, što se slaže sa rezultatima dobijenim na studentima jednog američkog hrišćanskog univerziteta (Lyon, 2015). Kada je multiplom regresionom analizom ispitan prediktivni uticaj dimenzija samosaosjećanja na usamljenost, dobijeno je da samosaosjećanje objašnjava 22.8% varijanse usamljenosti, međutim nađeno je da su samo izolovanost i puna svjesnost značajni pozitivni, odnosno negativni prediktori usamljenosti. Ovo postavlja pitanje da li bi se dobila ikakva ili značajnija povezanost

da smo imali veći uzorak s obzirom na to da je Akinova (Akin, 2010) studija uključivala 398 studenata. Isto tako, malo smo toga saznali o prirodi veze. Postavlja se pitanje koje varijable bi još mogle da utiču na usamljenost i da li su one i na koji način takođe povezane sa samosaosjećanjem. Takođe se postavlja pitanje kakve veze kvalitet socijalnih odnosa ima sa našim saosjećanjem prema sebi i kako je moguće da je samosaosjećanje prediktor usamljenosti kada bi logično bilo da je obrnut slučaj? Kao što je navedeno u studiji Lionove (Lyon, 2015) skraćena skala usamljenosti prije ispituje percipiranu socijalnu povezanost nego što ispituje objektivno loše socijalne odnose. Tako da ima smisla što su baš puna svjesnost i izolovanost nađene kao značajni prediktori varijable ovdje definisane kao usamljenost. Puna svjesnost, odnosno mogućnost da se koncentrišemo na druge stvari osim naše patnje (npr. ajtem „Kada se nešto bolno desi, pokušavam da održim uravnotežen pogled na situaciju.“) omogućava da uprkos loše socijalne povezanosti sa nekim ljudima koje smatramo bitnim, uvidimo da postoje ljudi koji su tu da nam pomognu i kojima je stalo (npr. ajtem „S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.“). Zbog toga je logično za očekivati da puna svjesnost uslovljava manji osjećaj usamljenosti. S druge strane izolovanost koja znači da se osjećamo sami u svojoj patnji (npr. ajtem „Kada doživim neuspjeh u nečemu što mi je bitno, često se osjećam samim/samom u tom neuspjehu.“) može lako da uslovljava osjećaj realne manje povezanosti sa drugima (npr. ajtem „Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.“)

Primjećujemo da su nas svi ovi rezultati možda ostavili sa više pitanja nego na početku ovog puta. U suštini je načeta prilično nova tema za ove prostore i ispitane varijable sa kojima je kod nas vrlo malo ili nimalo istraživanja dosad urađeno. Naš glavni fokus u ovom istraživanju bio je konstrukt depresivnosti u relaciji sa starijom populacijom i ovim, za BiH, tek “načetim” konstruktima. Tim povodom je odrađena multipla regresiona analiza koja je ispitala uticaj svih uključenih nezavisnih i spoljnih varijabli na varijablu depresivnost, te su dobijeni zanimljivi rezultati. Zanimljivi barem što se tiče dosadašnjih na ovu temu. Npr, istraživanje rađeno na japanskom i korejskom uzorku starijih osoba iz domova za stare (Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi & Ogasawara, 2009) je pokazalo da su usamljenost i samoprocjenjeno opšte zdravstveno stanje značajni prediktori depresivnosti. Isto je dobijeno i na našem uzorku, uz još životnu sredinu, osjećaj ostvarenosti života, te samosaosjećanje kao značajne prediktore

depresivnosti. Pod životnom sredinom ovdje se podrazumijeva pitanje da li osoba živi u gradu, prigradskom naselju ili selu. Intuitivno nam je jasno da se većina ljudi sa odmakom godina susreće sa zdravstvenim tegobama kako tjelesne funkcije postepeno slabe. No zašto je bitno da li neko živi u selu ili gradu? Vjerovatno je i to povezano sa zdravstvenim stanjem. Osobama koje žive u gradu su zdravstvene ustanove, apoteke, kao i dodatna njega i ostale potrepštine na dohvat ruke, dok je onima koji žive na selu, a naročito ako su sami (poveznica sa usamljenosti), teže da dođu do osnovnih svakodnevnih potrepština. To im vjerovatno uveliko otežava život i čini da zadovoljstvo životom opada, a raste depresivnost. Ovo otvara nova pitanja o relaciji usamljenosti i zdravstvenog stanja, ali i relacijama ovih konstrukata sa životnom sredinom. U pređašnjim studijama na našim prostorima rađenim na starijoj populaciji dobijeno je da su socijalna podrška i pol značajni prediktori depresivnosti (Rodić, 2012), a pesimizam, optimizam, materijalna primanja, subjektivna podrška, bračni status, zdravlje i mjesto stanovanja (vlastito domaćinstvo ili dom) značajni prediktori kvaliteta života (Đundić, 2015), što se donekle poklapa sa rezultatima našeg istraživanja. Treba istaći da su zdravstveno stanje i samosaosjećanje ipak na našem uzorku najznačajniji prediktori depresivnosti, gdje i dalje samosaosjećanje ubjedljivo “vodi”. S obzirom da nismo sigurni u adekvatnost prevoda skale samosaosjećanja, moguće je da bi ovaj uticaj bio i veći da je prevod bio bolji. Moguće je i da je pojam samosaosjećanja apstraktan kako teorijski tako i praktično. Zanimljivo bi bilo ovu skalu ispitati i na široj populaciji i njene relacije sa drugim varijablama vezanim za kvalitet života. Bez obzira na to, evidentno je da je samosaosjećanje najvažnija varijabla povezana sa depresivnošću na ovom uzorku. To opet dovodi do pitanja zašto je onda saosjećanje prema sebi sve dosad bilo mahom ignorisano (barem kod nas u BiH) kako u istraživanjima, tako i u svakodnevnom životu. Zašto niko ne govori o tome ako je to tako važno? Možda nas zapadnjački način razmišljanja ometa u tome. Ubrzan način života i konstantno trkanje sa vremenom jer “vrijeme je novac” nas je većinu dovelo do toga da se otuđimo od sebe samih i da zapustimo svoja osjećanja. Ne znamo da saosjećamo sa sobom jer ni ne znamo kad nam je loše, a kada dobro.

Međutim, ovo istraživanje je pokazalo i značaj osjećaja ostvarenosti života (podsjetimo se Eriksonove teorije) za nivo depresivnosti na populaciji starijih osoba. Drugim riječima, ljudi koji su zadovoljniji onim što su postigli u životu pokazuju niže nivoe depresivnosti. Uzevši sve ove

nalaze u obzir, sve varijable uključene u regresioni model uspjele su da objasne samo 57.1% varijanse depresivnosti na ovom uzorku. Sve to dovodi do zaključka da je depresivnost kompleksan fenomen koji je nemoguće objasniti samo jednom teorijom, niti samo dosadašnjim istraživanjima jer postoji mnoštvo značajnih, kako otkrivenih, tako i još neotkrivenih uticaja na ovu pojavu. To implicira da će se još mnogo istraživanja morati obaviti da shvatimo suštinu ovog brzo rastućeg svjetskog problema, što će omogućiti i bolje planove budućih intervencija kod simptoma depresije. Ne smijemo zaboraviti na samu kompleksnost svake ličnosti, te uticaj genetskih i idiografskih razlika, ali i zaštitnih faktora koje ispitivanje pojave depresivnosti dodatno komplikuju.

Pored prijedloga za dalja kvantitativna istraživanja na temu usamljenosti, depresivnosti i samosaosjećanja na široj populaciji, ne bi bilo loše uraditi i kvalitativno istraživanje na tu temu. Možda bi bilo najbolje da je to kvalitativno istraživanje u formi polustrukturisanog intervjua koji bi obuhvatao širu populaciju i bolje objasnio prirodu veze između navedenih konstrukata, ali i njihove veze sa određenim sociodemografskim varijablama. Kako je većina stanovništva malo upoznata sa pojmom samosaosjećanja, bilo bi korisno izvesti psihološke intervencije na temu samosaosjećanja i njegovog značaja u svakodnevnom životu. To bi mogla biti predavanja ili radionice na ovu temu. Takođe bi za nauku bilo zanimljivo ispitati nivoe samosaosjećanja, usamljenosti i depresivnosti kod učesnika prije i poslije ovakvih intervencija.

ZAKLJUČAK

Istraživanje rađeno na uzorku 168 osoba starijih od 65 godina koje žive na području banjalučke regije (u domovima za starije osobe ili u vlastitim domaćinstvima) pokazalo je da su konstrukti usamljenosti, samosaosjećanja i depresivnosti međusobno povezani. Dobijeno je da su pozitivne dimenzije samosaosjećanja puna svjesnost i nježnost prema sebi značajni negativni korelati depresivnosti, dok nije nađeno isto za dimenziju zajedništvo. Isto tako je nađeno da su sve negativne dimenzije samosaosjećanja značajni pozitivni korelati depresivnosti, a da je ukupno samosaosjećanje umjeren značajan negativan korelat depresivnosti. Ovime je djelomično potvrđena prva hipoteza. Druga hipoteza o pozitivnoj povezanosti usamljenosti i depresivnosti je potvrđena. Treća hipoteza o prediktivnoj moći dimenzija samosaosjećanja na varijablu usamljenost (koju bi bolje bilo prevesti kao subjektivnu percepciju socijalne povezanosti) je djelomično potvrđena, odnosno, nađeno je da su dimenzije izolovanost i puna svjesnost značajni pozitivni, odnosno negativni prediktori usamljenosti. Čitav ovaj rad govori o tome da se o depresivnosti vrlo malo zna na našim prostorima u relaciji sa starijim osobama. Međutim, možda je bitnija činjenica da se konstrukti usamljenosti i samosaosjećanja previše zapostavljeni u psihološkim istraživanjima sa naših prostora, a naročito samosaosjećanje koje se pokazalo kao najznačajniji negativni prediktor depresivnosti. Samim tim je ovo istraživanje apel na to da se samosaosjećanju posveti veća pažnja kako u teorijskom, tako i u praktičnom smislu, s obzirom na to da je riječ o konstrukt sada i dokazano bitnim za mentalno zdravlje.

LITERATURA

- Arimitsu, K. & Hofmann, S.G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect, *Personality and Individual Differences*, 74, 41-48.
- Akin, A. (2010). Self compassion and loneliness, *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702-718.
- Batts Allen, A. & Leary, M.R. (2010). *Self compassion, stress and coping*, *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
- Batts Allen, A., Goldwasser, E.R. & Leary, M.R. (2012). Self-compassion and well being among older adults, *Self and Identity*, 11(4), 428-453.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses, *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Caccioppo, J.T., Fowler, J.H. & Christakis, N.A. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network, *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 977-991.
- Cacioppo, J.T. & Cacioppo, S. (2012). The phenotype of loneliness, *European Journal of Developmental Psychology*, 9(4), 446-452.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, Hrvatska.
- Depression. (2017). Preuzeto sa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Depression in young people – recognizing the signs and knowing where to get help. (n.d.). Preuzeto sa <http://www.amh.org.uk/news/depression-in-young-people/>

Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder and Depressive Episodes (n.d.) Preuzeto sa <http://www.psnpalto.com/wp/wp-content/uploads/2010/12/Depression-Diagnostic-Criteria-and-Severity-Rating.pdf>

Đundić, M. (2013). *Socijalna podrška, optimizam i pesimizam kao prediktori zadovoljstva životom osoba u trećoj životnoj dobi* (master teza). Univerzitet u Banjoj Luci, Banja Luka, Bosna i Hercegovina.

Fees, B.S., Martin, P. & Poon, L.W. (1999). A model of loneliness in older adults, *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 54B(4), 231-239.

Ilić, Ž. i Županić, M. (2013). Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 10(37), 22-44.

Kim, O., Byeon, Y.-S., Kim, J.-H., Endo, E., Akahoshi, M. & Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan, *Asian Nursing Research*, 3(2), 63-70.

Kralj-Vasilj, M., Degmečić, D., Včev, A. i Mikšić, Š. (2013). Loneliness, grieving process and depression affecting people of old age, *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)*, 3(1), 19-25.

Krnetić, I. i Gilbert, P. (2015). Terapija usmerena na saosećanje, str. 125 – 150. U: Vukosavljević-Gvozden, T. (Ur.) *Kognitivno-bihevioralne terapije danas: razvoj i promene*. Beograd, Institut za psihologiju, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Lacković-Grgin, K., Nekić, M. i Penezić, Z. (2009). Usamljenost žena odrasle dobi: uloga percipirane kvaliteta bračnog odnosa i samostišavanja, *Suvremena psihologija*, 12(1), 7-22.

Lyon, T.A. (2015). *Self-compassion as a predictor of loneliness: the relationship between self-evaluation processes and perceptions of social connection* (diplomski rad), Southeastern University, Lakeland, Florida, SAD.

Marić, J. (2005). *Klinička psihijatrija*, Naša knjiga, Beograd.

- McLeod, S. A. (2015). Psychological Theories of Depression. Preuzeto sa www.simplypsychology.org/depression.html
- Medved, A. i Keresteš, G. (2011). Usamljenost u ranoj adolescenciji: spolne i dobne razlike te povezanost sa socijalnim odnosima, *Društvena istraživanja*, 2(112), 457-478.
- Mental health and older adults. (2016). Preuzeto sa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Neff, K. (n.d.). Self compassion. Preuzeto sa <http://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Neff, K.D., Rude, S.S. & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits, *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916.
- Nemade, R., Staats Reiss, N. & Dombeck, M. (2007). *Cognitive theories of major depression – Aaron Beck*, preuzeto sa www.mentalhelp.net/articles/cognitive-theories-of-major-depression-aaron-beck/
- Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (1986). Loneliness and social support. A confirmatory hierarchical analysis, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(4), 520-535.
- Novović, Z., Mihić, Lj., Tovilović, S., Jovanović, V. i Biro, M. (2011). Psihometrijske karakteristike Bekove skale depresivnosti na uzorku studenata u Srbiji, *Psihologija*, 44(3), 225-243.
- Phifer, J.F. i Murrell, S.A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults, *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 282-291.
- Phillips, W.J. & Ferguson, S.J. (2013). Self compassion: a resource for positive aging, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced and never-married older adults, *Sage Journals*, Vol. 20 (1), 31-53. Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on

- loneliness in older adults: a meta-analysis, *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Podina, I., Jucan, A. & David, D. (2015). Self-compassion: a buffer in the pathway from maladaptive beliefs to depression. An exploratory study, *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 97-109.
- Reyes, D. (2011). Self-compassion: a concept analysis, *Journal of Holistic Nursing*, XX(X).
- Rodić, M. (2012). *Religioznost, socijalna podrška i sociodemografske varijable kao prediktori depresivnosti kod osoba treće životne dobi* (master teza). Univerzitet u Banjoj Luci, Banja Luka, Bosna i Hercegovina.
- Singh, A. & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age, *Industrial Psychology Journal*, 18(1), 51-55.
- Sutin, A.R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L. & Zonderman, A.B. (2013). The trajectory of depressive symptoms across the adult lifespan, *JAMA Psychiatry*, 70(8), 803-811.
- Sum, S., Mathews, R.M., Hughes, I. & Campbell, A. (2008). Internet use and loneliness in older adults, *CyberPsychology and Behavior*, 11(2), 208-211.
- Tatalović Vorkapić, S. (2013). *Razvojna psihologija. Rani i predškolski odgoj i obrazovanje*, Učiteljski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska.
- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. & Earlywine, M. (2010). Self compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Yarnell, L.M., Stafford, R.E., Neff, K.D., Reilly, E.D., Knox, M.C. & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion, *Self and Identity*, 14(5), 499-520.
- Wang, Y.-P. & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck depression inventory-II: a comprehensive review, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.

Weeks, D.G., Michela, J.L., Peplau, L.A. & Bragg, M.E. (1980). Relation between loneliness and depression: a structural equation analysis, *Journal of Personality and Social psychology*, 39(6), 1238-1244.

PRILOZI

Prilog 1: Upitnici korišteni u istraživanju (predstavljani kao baterija testova, zajedno sa upitnikom socio-demografskih karakteristika)

BDI II

Ispod se nalazi 21-na grupa tvrdnji. Zaokružite ispred tvrdnje broj koji najviše odgovara Vašem raspoloženju u posljednje dvije sedmice.

1.

0 – Nisam tužan/tužna.

1 – Prilično sam tužan/tužna.

2 – Stalno sam tužan/tužna i ne mogu da se oraspoločim.

3 – Toliko sam tužan/tužna i nesrećan/nesrećna da to ne mogu da podnesem.

2.

0 – Nisam nešto posebno obeshrabren/obeshrabrena u pogledu budućnosti.

1 – Obeshrabren/obeshrabrena sam u pogledu budućnosti.

2 – Osjećam da nemam čemu da se nadam.

3 – Osjećam da je budućnost beznadežna i da ništa neće biti bolje.

3.

0 – Ne osjećam se neuspješno.

1 – Osećam se neuspješnije od drugih ljudi.

2 – Kada sagledam svoj život vidim samo mnoštvo neuspjeha.

3 – Osjećam da sam potpuno neuspješna osoba.

4.

0 – Mogu da uživam u životu isto kao ranije.

1 – Ne uživam u životu kao ranije.

2 – Više ni u čemu ne mogu da uživam.

3 – U svemu što radim osjećam nezadovoljstvo i dosadu.

5.

0 – Nemam neko naročito osjećanje krivice.

1 – Ponekad me muči osjećanje krivice.

2 – Često me muči osjećanje krivice.

3 – Stalno me muči jako osjećanje krivice.

6.

0 – Ne osjećam se kažnjeno.

1 – Imam osjećaj da će me stići kazna.

2 – Imam osjećaj da je kazna jako blizu.

3 – Imam osjećaj da sam već kažnjen/kažnjena.

7.

0 – Ne osjećam se razočarano u sebe.

1 – Ja sam razočaran/razočarana u sebe.

2 – Gadim se samom/samoj sebi.

3 – Mrzim samog/samu sebe.

8.

0 – Ne osjećam da sam gori/gora od bilo koga drugog.

1 – Ja sam kritičan/kritična prema sebi zbog nekih svojih grešaka.

2 – Stalno krivim sebe zbog grešaka koje sam napravio/napravila.

3 – Bilo šta loše da se desi ja krivim sebe.

9.

0 – Ne padaju mi na pamet misli o samoubistvu.

1 – Padaju mi na pamet misli o samoubistvu, ali ne bih se ubio/ubila.

2 – Htio/htjela bih da se ubijem.

3 – Ubio/ubila bih se kad bih imao/imala priliku.

10.

0 – Ne plaćem ništa češće nego obično.

1 – Sada plaćem više nego obično.

2 – Stalno plaćem.

3 – Nekada sam mogao/mogla da zaplaćem, ali sada više ni to ne mogu.

11.

- 0 – Nisam ništa razdražljiviji/razdražljivija nego obično.
- 1 – Malo sam razdražljiviji/razdražljivija nego obično.
- 2 – Veći deo vremena sam prilično razdražljiv/razdražljivija.
- 3 – Stalno sam razdražljiv/razdražljiva.

12.

- 0 – Nisam izgubio/izgubila interesovanje za druge ljude.
- 1 – Manje sam zainteresovan/zainteresovana za druge ljude nego obično.
- 2 – Prilično sam izgubio/izgubila interesovanje za druge ljude.
- 3 – Potpuno sam izgubio/izgubila interesovanje za druge ljude.

13.

- 0 – Donosim odluke isto kao ranije.
- 1 – Odustajem od donošenja odluka češće nego obično.
- 2 – Sada imam mnogo veće probleme da donesem odluku nego ranije.
- 3 – Više uopšte ne mogu da donesem nikakvu odluku.

14.

- 0 – Ne mislim da izgledam lošije nego obično.
- 1 – Mislim da u posljednje vreme izgledam neprivlačnije.
- 2 – Mislim da svakim danom postajem sve neprivlačniji/neprivlačnija.
- 3 – Uvjeren/uvjerena sam da sam ružan/ružna i neprijatan/neprijatna.

15.

0 – Mogu da radim jednako kao i obično.

1 – Teško mi je kada nešto počinjem da radim.

2 – Moram sebe jako da tjeram da bih bilo šta uradio/uradila.

3 – Više uopšte ne mogu ništa da radim.

16.

0 – Spavam jednako kao i obično.

1 – Ne spavam dobro kako sam navikao/navikla.

2 – Budim se par sati ranije i teško mi je da nastavim da spavam.

3 – Budim se par sati ranije i više uopšte ne mogu da spavam.

17.

0 – Ne umaram se ništa više nego obično.

1 – Umaram se lakše nego obično.

2 – Umorim se od gotovo bilo čega što radim.

3 – Toliko se osjećam umorno da više ništa ne mogu da radim.

18.

0 – Moj apetit se ništa nije promijenio.

1 – Moj apetit je nešto slabiji nego obično.

2 – Moj apetit je mnogo slabiji nego obično.

3 – Više uopšte nemam apetit.

19.

0 – Nisam uopšte izgubio/izgubila ili dobio/dobila na težini mimo svoje volje.

1 – Izgubio/izgubila sam ili sam dobio/dobila više od 2.5 kg, iako nisam to želio/željela.

2 – Izgubio/izgubila sam ili sam dobio/dobila više od 4.5 kg, iako nisam to želio/željela.

3 – Izgubio/izgubila sam ili sam dobio/dobila više od 7 kg, iako nisam to želio/željela.

20.

0 – Ne brinem o zdravlju ništa više nego obično.

1 – Brinu me fizičke tegobe, bolovi, napet stomak, zatvor.

2 – Brinem oko fizičkih tegoba i teško mi je da mislim na druge stvari.

3 – Toliko brinem oko fizičkih tegoba da ni o čemu drugom ne razmišljam.

21.

0 – Nisam primjetio/primjetila nikakvu promjenu u svom interesovanju za seks.

1 – Manje sam zainteresovan/zainteresovana za seks nego obično.

2 – Mnogo manje sam zainteresovan/zainteresovana za seks nego obično.

3 – Potpuno sam izgubio/izgubila interesovanje za seks.

UCLA

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe. Uz svaku tvrdnju na skali zaokružite jedan broj. Brojevi imaju sljedeće značenje:

1 – uopšte se **ne odnosi** na mene

2 – uglavnom se **ne odnosi** na mene

3 – **niti se ne odnosi niti se odnosi** na mene

4 – uglavnom **se odnosi** na mene

5 – u potpunosti **se odnosi** na mene

1. Nedostaje mi društvo.	1	2	3	4	5
2. Već dugo nisam ni sa kim blizak/bliska.	1	2	3	4	5
3. S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	1	2	3	4	5
4. Niko me ne poznaje dobro.	1	2	3	4	5
5. Moji socijalni odnosi su površni.	1	2	3	4	5
6. Nesrećan/nesrećna sam što sam tako povučen/povučena.	1	2	3	4	5
7. Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	1	2	3	4	5

SCS

KAKO SE OBIČNO ODNOSIM PREMA SEBI U TEŠKIM SITUACIJAMA

Molim, pažljivo pročitajte svaku tvrdnju prije odgovaranja. Lijevo od svake rečenice, zapišite brojem koliko često se ponašate na navedeni način, koristeći sljedeću skalu:

Skoro nikad

Skoro uvijek

1

2

3

4

5

_____ 1. Osuđujem i ne odobravam svoje mane i neadekvatnosti.

_____ 2. Kada se osjećam loše, često se koncentrišem na sve što nije kako treba.

_____ 3. Kada se stvari odvijaju loše po mene, vidim teškoće kao dio života kroz koji svako prolazi.

_____ 4. Kada razmišljam o svojim manama, osjećam se izdvojenim i odsječenim od ostatka svijeta.

_____ 5. Pokušavam da budem pun/puna ljubavi prema sebi kada osjećam emotivnu bol.

_____ 6. Kada doživim neuspjeh u nečemu što mi je bitno, prožimaju me osjećanja neadekvatnosti.

_____ 7. Kada sam loše i kad mi ne ide, podsjećam se da postoji još ljudi u svijetu koji se osjećaju baš kao ja.

_____ 8. Kada su vremena teška, često sam grub/gruba prema sebi.

_____ 9. Kada me nešto uznemiri, nastojim da održim svoja osjećanja uravnoteženima.

_____ 10. Kada se osjećam nedovoljnim/nedovoljnom u nekom pogledu, podsjećam se da se većina ljudi nekad osjeća tako.

_____ 11. Netolerantan/netolerantna i nestrpljiv/nestrpljiva sam prema onim dijelovima sebe koji mi se ne sviđaju.

_____ 12. Kada prolazim kroz težak period, pružam sebi njegu i brigu koju trebam.

_____ 13. Kada se osjećam loše, često pomislim da je većina ljudi vjerovatno srećnija od mene.

_____ 14. Kada se desi nešto bolno, pokušavam da održim uravnotežen pogled na situaciju.

_____ 15. Pokušavam da vidim svoje neuspjehe kao dio ljudskog stanja.

_____ 16. Kada uvidim dijelove sebe koje ne volim, osuđujem sebe samog/samu.

_____ 17. Kada doživim neuspjeh u nečemu što mi je bitno, pokušavam da održim stvari u perspektivi.

_____ 18. Kada se stvarno mučim s nečim, često se osjećam kao da je drugim ljudima mnogo lakše u takvim situacijama.

_____ 19. Nježan/nježna sam prema sebi kada doživljavam patnju.

_____ 20. Kada me nešto uznemiri, ponesu me moja osjećanja.

_____ 21. Mogu biti pomalo hladan/hladna prema sebi kada proživljavam patnju.

_____ 22. Kada se osjećam loše, pokušavam da pristupim svojim osjećanjima sa radoznalošću i otvorenošću.

_____ 23. Tolerantan/tolerantna sam prema svojim manama i neadekvatnostima.

_____ 24. Kada se nešto bolno desi, često preuveličavam situaciju.

_____ 25. Kada doživim neuspjeh u nečemu što mi je bitno, često se osjećam samim/samom u svom neuspjehu.

Prilog 2: Deskriptivna statistika uzorka

1. Mjesto življenja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dom	87	51,8	51,8	51,8
	vl domaćinstvo	81	48,2	48,2	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

2. Živim u:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	grad	144	85,7	85,7	85,7
	prigradsko	6	3,6	3,6	89,3
	selo	18	10,7	10,7	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

3. Pol:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muški	80	47,6	47,6	47,6
	ženski	88	52,4	52,4	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

10. Gdje biste svrstali sebe, vezano za vjeru u Boga?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ateista	20	11,9	11,9	11,9
	Agnostic	10	6,0	6,0	17,9

nekada vjerujem, nekada ne vjerujem	23	13,7	13,7	31,5
prihvatam religijsku pripadnost, ali ne vjerujem u Boga	14	8,3	8,3	39,9
spiritualan/a	23	13,7	13,7	53,6
vjerujem u boga kakvog ga religija predstavlja	66	39,3	39,3	92,9
religiozan, ali sumnjičav prema religiji	12	7,1	7,1	100,0
Total	168	100,0	100,0	

6. Stručna sprema:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid neškoloan/a	13	7,7	7,7	7,7
4 razreda OŠ	30	17,9	17,9	25,6
OŠ	18	10,7	10,7	36,3
SSS	50	29,8	29,8	66,1
VŠS	45	26,8	26,8	92,9
VSS	12	7,1	7,1	100,0
Total	168	100,0	100,0	

5. Svoj društveno-ekonomski status procjenjujem kao:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	3,0	3,0	3,0
2	29	17,3	17,3	20,2
3	62	36,9	36,9	57,1
4	68	40,5	40,5	97,6
5	4	2,4	2,4	100,0
Total	168	100,0	100,0	

7. Bračni status:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oženjen/udata	55	32,7	32,7	32,7
	razveden/a	17	10,1	10,1	42,9
	udovac/ica	91	54,2	54,2	97,0
	Samac	5	3,0	3,0	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
4. Broj godina	168	65	92	76,28	7,505	,274	,187	-,891	,373
8. Svoje sveukupno zdravstveno stanje procjenjujem kao:	168	1	5	3,11	,942	-,303	,187	-,862	,373
9. Moje vlastito zadovoljstvo porodičnom situacijom bih procijenio/la kao:	168	1	5	3,82	,859	-1,125	,187	1,510	,373
11. Koliko ste zadovoljni svime što ste dosad postigli u životu?	168	0	5	3,88	,884	-1,755	,187	4,246	,373
Depresivnost	168	,00	36,00	11,3333	7,93512	,831	,187	,085	,373
Usamljenost	168	7,00	34,00	15,7440	5,93477	,615	,187	,114	,373
Samosaosjećanje	168	2,15	4,82	3,6805	,59185	-,216	,187	-,561	,373
Valid N (listwise)	168								

BIOGRAFIJA

Svetlana Ranić je rođena 24.10.1990. u Puli, Hrvatskoj. Završila je gimnaziju opšteg smjera u Kostajnici sa odličnim uspjehom. 2012-te upisuje osnovni studij psihologije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Banjoj Luci i završava ga u za to predviđenom roku sa prosjekom 8,5. U toku studiranja je volontirala kao terapeut djece sa razvojnim poremećajima iz autističnog spektra. 2015-te upisuje master studij na istom fakultetu na kojem je položila sve ispite i zasad ostvarila prosjek 9,38. U aprilu 2017. godine je bila učesnik seminara Djeca u riziku i djeca u kontaktu sa zakonom implementovanog od strane Centra za istraživanje politike suprotstavljanja kriminalitetu (CPRC), a u maju i julu učestvovala je u uvodnom i finalnom seminaru Studentska poslovna akademija u organizaciji Sparkasse banke i Munja inkubatora društvenih inovacija iz Sarajeva. U septembru je učestvovala u Coca-Colinom programu osnaživanja mladih u BiH pod nazivom Coca-Colina podrška mladima. U novembru 2017. učestvuje na naučnom skupu „Banjalučki novembarski susreti 2017.“ sa temom Povezanost afektivne vezanosti sa stepenom izraženosti altruizma i stepenom moralnosti. Decembra iste godine učestvuje u CEO konferenciji na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Banjoj Luci. U martu 2018. godine je bila učesnik radionice o medijskoj pismenosti na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Banjoj Luci implementovane od strane OSCE-a, te označavanja međunarodnog dana borbe protiv rasne diskriminacije, takođe u organizaciji OSCE-a. Aprila 2018. učestvuje u Soft skills academy na Elektrotehničkom fakultetu Univerziteta u Banjoj Luci organizovanog od strane EESTEC-a, lokalnog komiteta Banja Luka, te Business skills academy, održane na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Banjoj Luci, u organizaciji AIESEC-a.

UNIVERZITETU U BANJOJ LUCI
PODACI O AUTORU ODBRANJENOG RADA

Ime i prezime autora master rada: Svetlana Ranić

Datum, mjesto i država rođenja autora: 24. oktobar 1990. u Puli, Hrvatskoj

Naziv završenog fakulteta autora, datum i godina diplomiranja: Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci, 10. jul 2015.

Akademsko zvanje koje je autor stekao diplomiranjem: diplomirani psiholog

Akademsko zvanje koje je autor stekao odbranom master rada: master kliničke psihologije

Naziv fakulteta na kome je master rad odbranjen: Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Naslov master rada: Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi

Naučna oblast master rada prema CERIF šifrniku: S 260

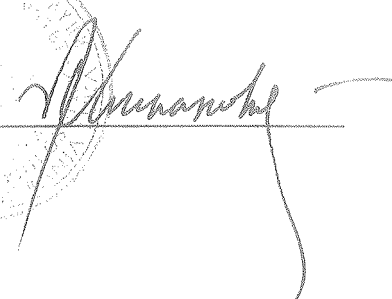
Imena mentora i članova komisije za odbranu master rada:

Mentor: Prof. dr Igor Krnetić, vanredni profesor

Članovi komisije: Prof. dr Nada Vaselić, vanredni profesor

Prof. dr Đorđe Čekrlija, vanredni profesor

U Banjoj Luci, dana 05. 10. 2018.

Dekan 



KOMISIJA ZA OCJENU MASTER RADA

„Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi“ kandidatkinje
Svetlane Ranić

FILOZOFSKI FAKULTET
NASTAVNO-NAUČNO VIJEĆE
BANJA LUKA

Na sjednici Nastavno-naučnog vijeća Filozofskog fakulteta u Banjoj Luci održanoj 14.06.2018. godine imenovani smo:

- prof. dr Nada Vaselić, Filozofski fakultet Banja Luka, član;
- prof. dr Đorđe Čekrlja, Filozofski fakultet Banja Luka, član;
- prof. dr Igor Krnetić, Filozofski fakultet Banja Luka, predsjednik;

u komisiju za ocjenu završnog -master- rada „DEPRESIVNOST, USAMLJENOST I SAMOSAOSJEĆANJE KOD OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI“ (psihologija – II ciklus studija), kandidatkinje SVETLANE RANIĆ.

Nakon analize i ocjene mastera rada komisija podnosi sljedeći

IZVJEŠTAJ

o ocjeni master rada Svetlane Ranić

1. Obim i struktura master rada

Master rad „Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi“ kandidatkinje Svetlane Ranić pisan je na 51 stranici teksta A4 formata, veličina 12 fonta Times New Roman, prored 1,5 tačaka. Rad je raspodijeljen na 7 funkcionalno povezanih cjelina:

1. UVOD

Depresivnost

Samosaosjećanje

Usamljenost

Dosadašnja istraživanja na temu povezanosti konstrukata depresivnosti, usamljenosti i samosaosjećanja

Problem istraživanja

Cilj istraživanja

Hipoteze

2. METOD

Tip istraživanja

Varijable i instrumenti

Spoljne varijable

Populacija i uzorak

Postupak prikupljanja podataka

Način obrade podataka

3. REZULTATI

4. DISKUSIJA

5. ZAKLJUČAK

6. LITERATURA

7. PRILOZI

U uvodnom dijelu je kandidatkinja opisala varijable koje su bile predmet istraživanja (depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje), neka dosadašnja istraživanjima sa tim varijablama, te istraživanja o pretpostavljenim odnosima između njih. Zatim je ukratko predstavljen osnovni problem istraživanja, njegov cilj i tri hipoteze.

U dijelu METOD kandidatkinja navodi tip istraživanja – neeksperimentalni, varijable depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje operacionalno definisane instrumentima BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), SCS (Neff, 2003) i UCLA skala usamljenosti (Allen & Oshagan, 1995) respektivno. Onda su predstavljene spoljne varijable i način njihove kontrole, zatim je navedena ciljana populacija osoba preko 65 godina sa područja banjalučke regije ujednačeno iz

domova za starije osobe i vlastitih domaćinstava, a naveden je i broj ispitanika – 168, način uzorkovanja, a takođe je i detaljnije opisan uzorak. U narednom dijelu ovog poglavlja kandidatkinja opisuje proceduru prikupljanja podataka, a zatim navodi i statističke tehnike korištene pri obradi podataka u statističkom software-u.

U poglavlju REZULTATI deskriptivno su predstavljeni rezultati istraživanja vodeći se postavljenim hipotezama, ali i tabelarno u četiri tabele u skladu sa izlaznim tabelama dobijenim obradom u statističkom software-u SPSS. Opisana je deskriptivna statistika varijabli, kao i relacije među varijablama navedene u hipotezama, ali i ukupan efekat svih pojedinačnih nezavisnih i spoljnih varijabli na zavisnu varijablu - depresivnost.

U poglavlju DISKUSIJA kandidatkinja se osvrće na dobijene rezultate, kritički ih razmatra, upoređuje sa dosadašnjim rezultatima dobijenim u sličnim istraživanjima, te razmatra vrijednost, teorijske i praktične implikacije rezultata.

Poglavljem ZAKLJUČAK kandidatkinja ukratko navodi zaključak istraživanja, u LITERATURI navodi korištene reference, a u PRILOZIMA instrumente i još detaljniji opis uzorka kopiran iz tabela dobijenih u statističkom software-u.

2. Teorijska i metodološka utemeljenost istraživanja

Teorijski okvir i postavke istraživanja su uslovljeni kako teorijama već prethodno razmatranima u literaturi (kao što su Eriksonova teorija razvojnih stadijuma, te postavke terapije usmjerene na saosjećanje – CFT), tako i relacijama između varijabli potvrđenih u prethodnim empirijskim istraživanjima iz svijeta i nekim sličnima sa naših prostora. Takođe su hipoteze postavljene u skladu sa tim istraživanjima i korištene statističke tehnike u sličnim istraživanjima prethodno pokazane kao korisne.

3. Analiza rezultata empirijskog istraživanja

Kandidatkinja je rezultate obradila i predstavila kroz tri postavljene hipoteze, te kroz postotak objašnjene varijanse varijable depresivnost.

1. *Pozitivne dimenzije samosaosjećanja (nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo) su značajni negativni korelati depresivnosti kod osoba starijih od 65 godina.* Što se tiče pozitivnih dimenzija samosaosjećanja, nađene su umjereno visoke negativne korelacije dimenzija nježnost prema sebi i puna svjesnost sa varijablom depresivnosti na nivou $p < .01$ ($r = -.362$ i $r = -.339$ respektivno), ali nije nađena značajna povezanost dimenzije samosaosjećanja zajedništvo i depresivnosti. S druge strane, nađene su umjereno visoke pozitivne korelacije između svih negativnih dimenzija samosaosjećanja i depresivnosti na nivou $p < .01$ ($r = .367$ za samoosušivanje, $r = .448$ za izolovanost i $r = .445$ za pretjeranu identifikaciju). Ovim je prva hipoteza djelimično potvrđena. Takođe je nađeno da postoji umjereno visoka negativna korelacija između ukupnog nivoa samosaosjećanja i depresivnosti ($r = -.570$, $p < .01$), što upućuje na to da osobe koje su izrazito samosaosjećajne takođe pokazuju manje simptoma depresivnosti i obrnuto.
2. *Postoji pozitivna povezanost između nivoa izmjerene usamljenosti i depresivnosti kod osoba starijih od 65 godina.* Na uzorku je nađena značajna umjereno visoka pozitivna korelacija usamljenosti i depresivnosti ($r = .451$, $p < .01$), čime je druga hipoteza potvrđena, a što znači da ispitanici sa višim izmjerenim nivoima usamljenosti imaju i više izmjerene nivoe depresivnosti.
3. *Postoji pozitivna povezanost između negativnih dimenzija samosaosjećanja (samoosušivanje, izolacija i pretjerana identifikacija) i usamljenosti kod osoba starijih od 65 godina, a negativna povezanost između pozitivnih dimenzija samosaosjećanja (nježnost prema samom sebi, puna svjesnost i zajedništvo) i usamljenosti, odnosno, negativne dimenzije samosaosjećanja su pozitivni prediktori usamljenosti, a pozitivne dimenzije samosaosjećanja su negativni prediktori usamljenosti.* Za provjeru ove hipoteze rađena je multipla regresiona analiza koja je pokazala da je samosaosjećanje značajan prediktor usamljenosti ($F(6, 161) = 7.94$, $p < .01$) i objašnjava 22.8% varijanse varijable usamljenost ($R = .478$, $R^2 = .228$). Međutim, kada pogledamo uticaj pojedinačnih dimenzija samosaosjećanja na nivo usamljenosti, vidimo da su samo izolovanost i puna svjesnost značajni prediktori usamljenosti na nivou značajnosti $p < .05$, od kojih je izolovanost pozitivan prediktor ($\beta = .182$), a puna svjesnost negativan prediktor ($\beta = -.197$). To znači da viši skorovi na dimenziji izolovanosti mogu da predvide i više skorove na depresivnosti, a viši

skorovi na punoj svjesnosti mogu da predvide niže skorove na depresivnosti. Ovim je treća hipoteza samo djelimično potvrđena.

Poslije provjere hipoteza, kandidatkinja je statističkom obradom podataka dobila ukupan efekat svih varijabli (kako nezavisnih, tako i spoljnih) uključenih u istraživanje na varijablu depresivnost. Pronašla je da uključene varijable značajno predviđaju nivoe depresivnosti na uzorku ($F(13,154)=15.76$, $p<.01$), a ukupna količina objašnjene varijanse korištenom upitničkom baterijom iznosi 57.1% ($R=.756$, $R^2=.571$). Ipak, ispostavilo se da su samo životna sredina ($\beta=.197$, $p<.01$), samoprocjena zdravstvenog stanja ($\beta=-.292$, $p<.01$), zadovoljstvo postignutim ($\beta=-.148$, $p<.05$), usamljenost ($\beta=.189$, $p<.01$) i samosaosjećanje ($\beta=-.320$, $p<.01$) značajni prediktori nivoa depresivnosti. Kandidatkinja je na osnovu dobijenih podataka zaključila da su samosaosjećanje i zdravstveno stanje najvažniji negativni prediktori depresivnosti, što znači da veće samosaosjećanje i bolje zdravstveno stanje mogu da predvide niže nivoe depresivnosti kod osoba iz banjalučke regije starijih od 65 godina.

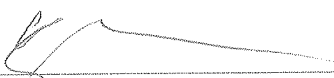
U diskusiji je kandidatkinja logički i kritički interpretirala dobijene rezultate u skladu sa dosadašnjim empirijskim istraživanjima i ukazala na neke teorijske i praktične implikacije nalaza.

4. Zaključci i prijedlog

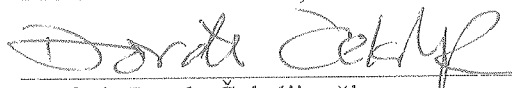
Na osnovu analize master rada kandidatkinje Svetlane Ranić pod nazivom „Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi“ komisija utvrđuje da je rad zadovoljio kriterijume za odbranu.

BanjaLuka, jun 2018.god.

KOMISIJA


Prof. dr Igor Krnetić, predsjednik


Prof. dr Nada Vaselić, član


Prof. dr Đorđe Čekrlija, član

Izjavljujem da je master rad...

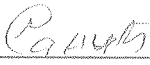
Naslov rada: Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi

Naslov rada na engleskom jeziku: Depressiveness, loneliness and self-compassion in the elderly

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da master rad, u cjelini ili u dijelovima, nije bio predložen za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršila autorska prava i koristila intelektualnu svojinu drugih lica.

U Banjoj Luci 05.10.2018.

Potpis kandidata



Izjava kojom se ovlašćuje Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci da master rad učini javno dostupnim

Ovlašćujem Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci da moj master rad, Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi, koji je moje autorsko djelo, učini javno dostupnim.

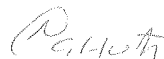
Master rad sa svim priložima predala sam u elektronskom format, pogodnom za trajno arhiviranje.

Moj master rad, pohranjen u digitalni repozitorijum Univerziteta u Banjoj Luci, mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (*Creative Commons*), za koju sam se odlučila.

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

U Banjoj Luci 05.10.2018.

Potpis kandidata



Izjava o identičnosti štampane i elektronske verzije

Ime i prezime autora: Svetlana Ranić

Naslov rada: Depresivnost, usamljenost i samosaosjećanje kod osoba treće životne dobi

Mentor: Prof. dr Igor Krnetić, vanredni profesor

Izjavljujem da je štampana verzija mog rada identična elektronskoj verziji koju sam predala za digitalni repozitorijum Univerziteta u Banjoj Luci.

U Banjoj Luci, 05.10.2018

Potpis kandidata

R. Ranić