

psihološka istraživanja

vol. 23, br. 2, 2020



- Batočanin A., Dinić M. B.: Preliminarne psihometrijske karakteristike srpskih adaptacija skala za samoprocenu poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih – ASRS–v1.1 i ASRS–5
- Radetić Lovrić S., Pećanac A.: Quality of life after traumatic loss and the role of social support – examining the psychological consequences of the war twenty-five years later
- Jestrović J., Mihić I.: Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću
- Ristić B., Batinić B.: Opažanje emocija kao prediktor socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod pacijenata obolelih od shizofrenije
- Safiye T., Vukčević B.: Dimenzije opšteg psihološkog distresa i starost kao prediktori prokrastinacije kod studenata
- Džamonja Ignjatović T., Stanković B., Klikovac T.: Iskustva i kvalitet života starijih osoba tokom pandemije Kovida-19 i uvedenih restriktivnih mera u Srbiji

Prikaz

Popadić D.: Moramo da razgovaramo o Internetu

institut za psihologiju

ISSN 0352-7379



1838

UNIVERZITET U BEOGRADU
FILOZOFSKI FAKULTET

psihološka istraživanja

ISSN 0352-7379

vol XXIII, br. 2, decembar 2020.



Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Psihološka istraživanja, Godina XXIII, broj 2, decembar 2020, str. 93–236, ISSN 0352-7379 (Štampano izd.); ISSN 2560-306X (Online)

Redakcija

dr Darinka Anđelković, Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Beograd – glavni i odgovorni urednik

dr Marina Videnović, Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Beograd – zamenik glavnog urednika
prof. dr Tamara Džamonja Ignjatović, Filozofski fakultet i Fakultet političkih nauka, Beograd
doc. dr Olja Jovanović Milanović, Filozofski fakultet, Beograd

prof. dr Ksenija Krstić, Filozofski fakultet, Beograd
dr Janko Međedović, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd

prof. dr Ivana Petrović, Filozofski fakultet, Beograd
prof. dr Dragan Švrakić, Washington University School of Medicine in St Louis, Department of Psychiatry

prof. dr Vladimir Turjačanin, Filozofski fakultet, Banja Luka

Olga Marković Rosić, Filozofski fakultet, Beograd – sekretar redakcije

Savet

prof. dr Bora Kuzmanović, Filozofski fakultet, Beograd – predsednik

prof. dr Mikloš Biro, Filozofski fakultet, Novi Sad;

prof. dr Svetlana Čizmić, Filozofski fakultet, Beograd

prof. dr Ivan Ivić, Filozofski fakultet, Beograd

prof. dr Goran Knežević, Filozofski fakultet, Beograd

prof. dr Vladimir Konečni, Department of Psychology, University of California, San Diego

prof. dr Vesna Kutlešić, National Institutes of Health, Washington

prof. dr Dragomir Pantić, Institut društvenih nauka, Beograd

doc. dr Nada Polovina, Institut za pedagoška istraživanja, Beograd

prof. dr Dejan Todorović, Filozofski fakultet, Beograd

prof. dr Sreten Vujović, Filozofski fakultet, Beograd

Izdavač

Institut za psihologiju, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Lektura i korektura: Aleksandra Stanić (srpski), dr Tijana Vesić Pavlović (engleski)

Tiraž 70

Adresa redakcije

Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Čika Ljubina 18–20, 11000 Beograd, Srbija
Telefon i faks: 011/2639724

email: ps.istrzivanja@gmail.com

Internet adresa: <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0352-7379&lang=sr>

Psychological Research, Volume XXIII, Number 2, december 2020, pp. 93–236, ISSN 0352-7379 (Print); ISSN 2560-306X (Online)

Editorial Board

Dr. Darinka Anđelković, Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Belgrade – Editor-in-Chief

Dr. Marina Videnović, Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Belgrade – Deputy Editor
Professor Tamara Džamonja Ignjatović, Faculty of Philosophy and Faculty of

Political Sciences, Belgrade

Dr. Olja Jovanović Milanović, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Ksenija Krstić, Faculty of Philosophy, Belgrade

Dr. Janko Međedović, Institute of Criminological and Sociological Research, Belgrade

Professor Ivana Petrović, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Vladimir Turjačanin, Faculty of Philosophy, Banja Luka

Professor Dragan Švrakić, Washington University School of Medicine in St Louis, Department of Psychiatry

Olga Marković Rosić, Faculty of Philosophy, Belgrade – Assistant to the Editor

Advisory Board

Professor Bora Kuzmanović, Faculty of Philosophy, Belgrade – President

Professor Mikloš Biro, Faculty of Philosophy, Novi Sad

Professor Svetlana Čizmić, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Ivan Ivić, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Goran Knežević, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Vladimir Konečni, Department of Psychology, University of California, San Diego

Professor Vesna Kutlešić, National Institutes of Health, Washington

Professor Dragomir Pantić, Institute of Social Sciences, Belgrade

Dr. Nada Polovina, Institute for Educational Research, Belgrade

Professor Dejan Todorović, Faculty of Philosophy, Belgrade

Professor Sreten Vujović, Faculty of Philosophy, Belgrade

Publisher

Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade

Language Editor: Aleksandra Stanić (Serbian), Dr. Tijana Vesić Pavlović (English)

Print run: 70

Address:

Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Čika Ljubina 18–20, 11000 Belgrade, Serbia
Telephone and fax: 011/2639–724

E-mail: ps.istrzivanja@gmail.com

Web site: <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0352-7379>

Sadržaj

Preliminarne psihometrijske karakteristike srpskih adaptacija skala za samoprocenu poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih – ASRS–v1.1 i ASRS–5 <i>Aleksandar Batoćanin, Bojana M. Dinić</i>	97
Kvalitet života nakon traumatskog gubitka i uloga socijalne podrške – ispitivanje psiholoških posljedica rata dvadeset pet godina poslije <i>Sanja Radetić Lovrić, Aleksandra Pećanac</i>	121
Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću <i>Jovana Jestrović, Ivana Mihić</i>	141
Opazanje emocija kao prediktor socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod pacijenata obolelih od shizofrenije <i>Branko Ristić, Borjanka Batinić</i>	161
Dimenzije opšteg psihološkog distresa i starost kao prediktori prokrastinacije kod studenata <i>Teodora Safiye, Branimir Vukčević</i>	187
Iskustva i kvalitet života starijih osoba tokom pandemije Kovida-19 i uvedenih restriktivnih mera u Srbiji <i>Tamara Džamonja Ignjatović, Biljana Stanković, Tamara Klikovac</i>	201
Prikaz	
Moramo da razgovaramo o Internetu – Obnovimo razgovor: Moć razgovora u digitalnom dobu <i>Dragan Popadić</i>	233

Contents

Preliminary psychometric characteristics of the Serbian adaptation of the Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS–v1.1 and ASRS–5 <i>Aleksandar Batočanin, Bojana M. Dinić</i>	97
Quality of life after traumatic loss and the role of social support – examining the psychological consequences of the war twenty-five years later <i>Sanja Radetić Lovrić, Aleksandra Pećanac</i>	121
Satisfaction with the medical staff support in the process of dealing with infertility <i>Jovana Jestrović, Ivana Mihić</i>	141
Perception of emotions as a predictor of social functioning and the quality of life in patients with schizophrenia <i>Branko Ristić, Borjanka Batinić</i>	161
Dimensions of general psychological distress and age as the predictors of procrastination in university students <i>Teodora Safiye, Branimir Vukčević</i>	187
Experiences and the quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic and the introduction of COVID-19 restrictive measures in Serbia <i>Tamara Džamonja Ignjatović, Biljana Stanković, Tamara Klikovac</i>	201
Book Review	
We have to talk about the Internet – Reclaiming Conversation: The Power of Talk in a Digital Age <i>Dragan Popadić</i>	233

Preliminarne psihometrijske karakteristike srpskih adaptacija skala za samoprocenu poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih – ASRS–v1.1 i ASRS–5¹

Aleksandar Batoćanin

Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Bojana M. Dinić²

Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Cilj ovog istraživanja jeste ispitivanje psihometrijskih karakteristika srpske adaptacije Skale za samoprocenu poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih (ASRS–v1.1) ček-liste simpotoma i njene kraće, trijažne forme, kao i nove, revidirane Trijažne skale samoprocene poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih bazirane na DSM–5 (ASRS–5). Na uzorku od 226 odraslih iz opšte populacije (43.8% muškog pola) pored ovih skala, zadate su i Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS–21), Dikmanovim inventar impulsivnosti (DII) i pitanja o učestalosti određenih rizičnih ponašanja (učestalost konzumacije alkohola, cigareta i droga, prejedanja i fizičke agresije). Rezultati konfirmatorne faktorske analize idu u prilog jednofaktorskoj strukturi ASRS–5, dok je za ASRS–v1.1 dužu formu najbolje rešenje s tri faktora (nepažnja, hiperaktivnost i impulsivnost), a za kraću formu s dva faktora (nepažnja i hiperaktivnost). Ipak, sličnost profila je velika između izdvojenih faktora, što dovodi u pitanje njihovu diskriminativnu validnost. Sve skale značajno koreliraju sa disfunkcionalnom impulsivnošću i aspektima psihološkog distresa, dok najveći broj korelacija sa rizičnim ponašanjima ostvaruje ASRS–5. Nisu dobijene polne razlike na skalama, dok je dobijena negativna korelacija sa starošću. Može se zaključiti da iako sve skale pokazuju zadovoljavajuće

1 Deo rezultata je obuhvaćen u master radu Batoćanin, A. (2019). *Validacija Skale za poremećaj pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih – ček-lista simpotoma (ASRS)*. Novi Sad: Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu. Dostupno na <http://remaster.ff.uns.ac.rs/?rad=bcebfc0d679fefe81579cdc30a2f218>.

Rad je delom nastao u okviru projekta Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja (ON179006).

2 e–mail: bojana.dinic@ff.uns.ac.rs

psihometrijske karakteristike, ASRS-5 se preporučuje s obzirom na jasnu jednodimenzionalnu strukturu i nešto bolju validnost.

Ključne reči: poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), odrasli, ASRS-v1.1, ASRS-5, faktorska struktura, validnost

Uvod

Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (eng. attention deficit hyperactivity disorder – ADHD) jeste razvojni poremećaj koji počinje u ranom detinjstvu. Pre DSM-4 klafikacije mentalnih poremećaja (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; American Psychiatric Association, 2011) na ovaj poremećaj se gledalo isključivo kao unitaran poremećaj detinjstva. Novina u dijagnostikovanju ADHD-a koja potiče od DSM-4 jeste što je dijagnoza ADHD-a u odraslom dobu akreditovana, pri čemu su uključeni primeri simpotoma koji se manifestuju u radnom okruženju.

Još jedna novina je u ukazivanju na tri tipa poremećaja. Naime, ADHD karakterišu perzistentni simptomi iz dva domena – nedostatka pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti. Nedostatak pažnje se manifestuje preko poteškoća u održavanju pažnje i mentalnog napora, zaboravljivosti, lake distraktibilnosti, nemogućnosti organizacije u vremenu, dok se hiperaktivnost/impulsivnost manifestuje kao vrpoljenje, brbljivost, nemir, poteškoće u čekanju svog reda/poteza i često prekidanje drugih u razgovoru. S obzirom na ova dva domena, mogu se razlikovati tri tipa poremećaja: tip pretežnog nedostatka pažnje, pretežno hiperaktivno-impulsivni tip i kombiovati tip koji uključuje simptome prethodna dva tipa.

U DSM-5 klasifikaciji su zadržani isti simptomi za određivanje ADHD-a, uz smanjenje minimalnog broja simptoma potrebnog za dijagnozu ADHD-a za odrasle (American Psychiatric Association, 2013). Pored toga, prvi simptomi se sada mogu registrovati kasnije, što bi trebalo da poveća prevalencu ovog poremećaja. Takođe, za dijagnozu nije više potreban dokaz o “oštećenju”, već o postojanju “simptoma”, npr. sada je dovoljan “smanjeni kvalitet funkcionisanja” usled funkcionalnog oštećenja, u odnosu na ranije “klinički značajnog” smanjenja kvaliteta funkcionisanja. Dakle, i blaže kliničke slike se sada uzimaju u obzir prilikom dijagnostikovanja ADHD-a.

U DSM-5 se umesto o tipovima govori o tzv. prezentacijama, čime se ukazuje na nalaze prethodnih istraživanja o fluidnosti simpotoma ADHD-a tokom životnog veka (npr. Hurtig, 2007). Ukazivanje na različite tipove ili prezentacije ADHD-a je važno budući da istraživanja potvrđuju da oni imaju drugačiju kliničku sliku, komorbidnost, probleme egzekutivnih funkcija i uspešnost tretmana (Barkley, 2013a; Nigg, Tannock, & Rohde, 2010). Na primer, kombinovani tip je različit od ostalih tipova po tome što ga karakteriše povišeno prisustvo eksternalizovanih problema, kao što su zloupotreba alko-

hola i droga, agresija i sl. (Hofvander et al., 2011). Naime, deca sa ovim tipom su pod većim rizikom da dobiju dijagnozu razvojnog poremećaja protivljenja i prkosa, kao i poremećaja ponašanja, koji u odraslom dobu mogu rezultovati daljim antisocijalnim ponašanjem (Frick & Nigg, 2012). Osobe sa prezentacijom pretežnog nedostatka pažnje karakteriše spor kognitivni tempo i sporija brzina obrade informacija (Barkley, 2013b). Takođe, one su pod većim rizikom od razvoja poremećaja učenja i intarnalizovanih problema, kao što je anksioznost, u poređenju sa osobama sa prezentacijom predominantne hiperaktivnosti/impulsivnosti (Capdevila–Brophy et al., 2014).

Prema rezultatima jedne meta-analize, prevalenca za ADHD kod dece kreće se oko 7.2% (Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015), dok 60–75% dece nastavlja da ispoljava simptome ADHD-a u odraslom dobu (npr. Sibley et al., 2012). Procena prevalencije ADHD-a u odrasloj populaciji varira od istraživanja do istraživanja, te u nekim iznosi 4.4% (Kessler et al., 2006), u drugima se kreće od 2.9% do 16.4% (Faraone & Biederman, 2005), a u nekim istraživanjima ide čak i do 19.7% (Sibley et al., 2012). Neslaganja u proceni prevalencije ADHD-a kod odraslih pripisuju se teškoćama u samom procesu dijagnostike ADHD-a, ranijoj upotrebi disparatnih normi istraživača pre uvođenja zvaničnih normi za odrasle u DSM–5 klasifikaciji, te u različitim instrumentima za procenu (Barkley, 2018). Uz to, postoji i izazov koji se ogleda u nepouzdanim procenama od strane roditelja koje su bazirane na osnovu sećanja, kao i maskiranje simptoma pod uticajem poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem, antisocijalnog ponašanja i slično.

Međutim, teškoće u dijagnostici ADHD-a kod odraslih su umnogome umanjene objavljivanjem Skale samoprocene poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih, ček-lista simptoma (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS–v1.1, Symptom Checklist; Kessler et al., 2005) i njene kraće forme koja se označava kao trijažna skala (Adult ADHD Self-Report Scale ASRS–v1.1, Screener; Kessler et al., 2005), a u nekim radovima se može naći i pod skraćenicom ASRS–6 jer sadrži 6 ajtema (npr. Hesse, 2011). ASRS–v1.1 je konstruisana po objavljivanju DSM–4 i razvijena je od strane radne grupe Svetske zdravstvene organizacije u cilju pružanja mogućnosti validne samoprocene simptoma ADHD-a kod odraslih (Kessler et al., 2005). Ajtemi ASRS–v1.1 direktno odgovaraju kriterijuma iz DSM–4 i ima ih 18, a samoprocena se daje na osnovu skale učestalosti od 0 = *nikad* do 4 = *veoma često* za period od proteklih 6 meseci. ASRS–v1.1 originalno pretpostavlja dvofaktorsku strukturu koja se sastoji od supskala nepažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti (Kessler et al., 2005). Skor 24 ili veći na svakoj od ove dve supskale smatra se graničnim skorom za određivanje prisustva ADHD-a. Pouzdanost ASRS–v1.1 skale u prethodnim istraživanjima je dobra, $\alpha = .88$, a supskala .83 (Adler et al., 2006). Međutim, u nekim istraživanjima je dvofaktorska struktura dovedena u pitanje, te predložena trofaktorska struktura prema kojoj se faktor hiperaktivnosti/impulsivnosti razdvaja na dva faktora (Parke et al., 2015; Span, Earleywine, & Strybel, 2002).

Kao što je spomenuto, ponuđena je i kraća verzija ASRS-v1.1 od 6 ajtema (4 koja se odnose na nepažnju i 2 koja se odnose na hiperaktivnost/impulsivnost, tačnije na aspekt hiperaktivnosti). Ovi ajtemi su se pokazali kao bolji prediktori ADHD-a u odnosu na ukupni skor duže forme (Kessler et al., 2005). Generalno se kraća verzija preferira i njena uloga je u pomoći u tačnoj dijagnozi ADHD-a, dok se duža verzija, odn. preostalih 12 ajtema, koristi u cilju procene ozbiljnosti simptoma. Originalno je pretpostavljena jednofaktorska struktura kraće skale, ali kako se ona sastoji od ajtema koji mere dva domena ADHD-a, u nekim istraživanjima je pokazano da dvofaktorska struktura pokazuje bolje indikatore fita od jednofaktorske (Hesse, 2011). Za ovu skalu je predložen i granični skor, tj. ukoliko neko na ovoj skali ostvari skor 14 i viši, može se pretpostaviti da ima ADHD poremećaj, te se upućuje na dalju procenu (Kessler et al., 2005).

Do danas, ASRS-v1.1 je prevedena na više od 20 jezika i korišćena u oko 25 zemalja, gde je pokazala dobre psihometrijske karakteristike. Na primer, u primeni na italijanskom jeziku je pouzdanost skale u celini bila $\alpha = .76$ (.71 i .62 na supskalama, videti u Somma, Borroni, & Fossati, 2019), na japanskom $\alpha = .89$ (.85 i .78 na supskalama) i .83 za trijažnu formu (Takeda, Tsuji, & Kurita, 2017), na kineskom $\alpha = .89$ (.85 i .83 na supskalama, videti Yeh, Gau, Kessler, & Wu, 2008), na švedskom $\alpha = .92$ (.91 na obe supskale, videti Sonnby et al., 2014), na turskom $\alpha = .86$ (.82 i .78 na supskalama) i .65 za trijažnu formu (Evren et al., 2016) itd.

Međutim, s objavljivanjem DSM-5 klasifikacije, usledila je revizija skale, te je nastala nova kratka skala ASRS-5 (Ustun et al., 2017), a oznaka 5 se odnosi na DSM-5. Ova skala je do sada prevedena samo na tri jezika (italijanski, turski i srpski) i još uvek nema istraživanja u vezi s njenim karakteristikama osim originalnog rada. ASRS-5 se sastoji od 6 ajtema od kojih su 4 psihometrijski najbolja ajtema iz ASRS-v1.1, a dodatna 2 ajtema su odabrana kao psihometrijski najbolji ajtemi iz skupa novih ajtema za koje je procenjeno da su relevantni za ovaj poremećaj. Za ovu skalu je takođe predložen granični skor 14 (Ustun et al., 2017).

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitivanje preliminarnih psihometrijskih karakteristika srpskih adaptacija ASRS-v1.1 ček-liste simpotoma, njene kraće tj. trijažne forme i ASRS-5. Najpre je proveravana homogenost, odn. faktorska struktura skala, a potom njihova konvergentna, diskriminativna i konkurentna kriterijumska validnost, kao i pouzdanost finalnog rešenja. Za ASRS-v1.1 ček-listu simpotoma je testirana predložena dvo- i trofaktorska struktura, a za njenu trijažnu formu je testirana jedno- i dvofaktorska struktura. U slučaju ASRS-5 je testirana jednofaktorska struktura, budući da je samo ona pret-

postavljena do sada. Na osnovu našeg saznanja, ovo je prvi put da se ASRS-5 primenjuje van originalnog rada u kojem je predložena, te je eksplorativno tesirana njena dimenzionalnost preko paralelne analize.

Za testiranje konvergentne i diskriminativne validnosti ispitivane su korelacije sa impulsivnošću i aspektima psihološkog distresa (depresivnost, anksioznost i stres). Pritom, očekuje se da je povezanost sa impulsivnošću veća, nego što je sa aspektima psihološkog distresa, što bi išlo u prilog diskriminativne validnosti skala.

Prethodna istraživanja ukazuju na to da ASRS-v1.1 ukupni skor, kao i skorovi na dve supskale umereno pozitivno koreliraju sa motornom impulsivnošću (.48-.55) i nisko sa neplaniranjem kao kognitivnom komponentom impulsivnosti (.15-.19, Yeh et al., 2008). Trijažna forma ASRS-v1.1 ostvaruje korelacije sličnog intenziteta sa različitim merama impulsivnosti (.53-.67, Takeda et al., 2017).

U pogledu relacija sa distresom, pokazano je da ukupni skor na ASRS-v1.1 pozitivno i nisko do umereno korelira sa anksioznošću (.39), kao i kod trijažne forme (.34, Dunlop, Wu, & Helms, 2018). Pritom, u nekim istraživanjima je zabeležena nešto viša korelacija sa supskalom hiperaktivnosti/impulsivnosti (.34) u odnosu na supskalu nepažnje (.18, Shen et al., 2020). ASRS-v1.1 ukupni skor, kao i skor na njenoj trijažnoj formi su takođe pokazali značajnu nisku korelaciju sa depresivnošću (.38 i .34, respektivno, Takeda et al., 2017). Među pacijentima s depresivnim poremećajem 12.5% ispunjava uslov za ADHD, a svi pacijenti prijavljuju sve simptome merene ASRS-v1.1 (Dunlop et al., 2018). Druga istraživanja takođe ukazuju na komorbiditet ADHD-a i anksiozno-depresivnih poremećaja, npr. u grupi ispitanika sa dijagnozom ADHD-a nađeno je prisustvo kliničke depresije u 40%, anksioznih poremećaja u 30%, dok je prevalenca ovih simptoma u opštoj populaciji ispod 10% (Biederman, Petty, Clarke, Lomedico, & Faraone, 2011). Takođe, osobe iznad graničnog skora na trijažnoj skali ASRS-v1.1 pokazuju veću prisutnost simptoma anksioznosti, depresije i stresa (Vingilis et al., 2014).

Za testiranje konkurentne kriterijumske validnosti očekuje se da će skorovi na skalama biti pozitivno povezani sa nizom rizičnih ponašanja kao što su konzumacija alkohola, duvana i droga. Naime, Biederman i sar. (Biederman et al., 2006) izveštavaju da među osobama sa ADHD-om ima 69% celoživotnih pušača i 41% trenutnih. Među odraslima sa ADHD-om oko 50% ispunjava kriterijume za poremećaj korišćenja supstanci (Wilson & Levin, 2005). Pritom, u nekim istraživanjima je pokazano da je supskala hiperaktivnosti/impulsivnosti relevantnija za predikciju zloupotrebe supstanci u odnosu na nepažnju (Yeh et al., 2008). Takođe, dobijeno je da oni koji ostvaruju skor iznad graničnog na trijažnoj skali ASRS-v1.1 značajno češće koriste psihoaktivne supstance u odnosu na one koji imaju ispodgranični skor (Vingilis et al., 2014).

U pogledu agresivnog ponašanja, pokazano je da prisutnost antisocijalnog ponašanja među odraslima koji imaju dijagnozu ADHD-a ide čak do 23% (Weiss, Hechtman, Milroy, & Perlman, 1985). Takođe, rezultati meta-analitičke studije pokazuju da su osobe sa ADHD-om pod tri puta većim rizikom za prisustvo poremećaja ishrane (Jacob, Haro, & Koyanagi, 2018). U prethodnim istraživanjima dobijeno je da su korelacije obe supskale ASRS-v1.1 s impulsivnim prejedanjem u rangu .30-.36 (Carlucci, Ivanova, Bissada, & Tasca, 2017).

Pored toga, testirane su i relacije sa demografskim karakteristikama, tj. sa polom i starošću. U slučaju polnih razlika, ne očekuje se da su one značajne, u skladu sa prethodnim istraživanjima u kojima je dobijena jednaka rasprostranjenost svih subtipova ADHD-a u muškoj i ženskoj odrasloj populaciji (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, & Cadogen, 2004; Nøvik et al., 2006). Naime, iako se polne razlike mogu zapaziti kod dece, pri čemu muška deca imaju više skorove na hiperaktivnosti/impulsivnosti, ove razlike nisu prisutne kod odraslih osoba s dijagnostikovanim ADHD-om (Ebejer et al., 2012). Dalje, u skladu sa prethodnim istraživanja koja govore u prilog smanjenja prevalence i broja simptoma ADHD-a s godinama (Biederman, 2000; Michielsen et al., 2012), očekuje se da će skor na skalama samoprocene ADHD-a ostvariti negativnu korelaciju sa starošću ispitanika.

Sumirano, očekujemo da će dvofaktorska struktura ASRS-v1.1 i jednofaktorska struktura trijažne forme ASRS-v1.1 i ASRS-5 ostvariti dobre indikatore fita, odn. da ćemo potvrditi originalnu strukturu skala. Ujedno, očekujemo da će skale ostvariti dobru pouzdanost, u skladu s prethodnim istraživanjima. Takođe, očekujemo da će skorovi na skalama značajno i umereno pozitivno korelirati sa dimenzijama impulsivnosti čime bismo potvrdili konvergentnu validnost skala. Očekujemo da će skorovi na skalama značajno pozitivno korelirati sa aspektima distresa, ali da će korelacije sa distresom biti manje u odnosu na korelacije sa impulsivnošću, čime bismo potvrdili diskriminativnu validnost skala. Pored toga, očekujemo značajne pozitivne korelacije nižeg intenziteta sa rizičnim ponašanjima, čime bismo potvrdili konkurentnu validnost skala. Na kraju, očekujemo da će nova skala ASRS-5 pokazati bolje psihometrijske karakteristike od pređašnje duže i kraće forme ASRS-v1.1, shodno nalazima prethodnih istraživanja (Ustun et al., 2017).

Metod

Uzorak i procedura

Uzorak je činilo 226 ispitanika (43.8% muškaraca) iz opšte populacije, starosti od 18 do 84 godina ($AS = 33.68$, $SD = 13.724$, $Sk = 1.08$, $Ku = 0.40$). U pogledu obrazovanja, 37.4% ispitanika je visoko obrazovano, 33.9% čine studenti, 19.8% je sa završenom srednjom školom, 5.5% sa završenom višom školom i 1.3% sa završenom osnovnom školom. U istraživanje je uvršćeno i

kontrolno pitanje o prisustvu dijagnoze ADHD, pri čemu je samo jedan ispitanik odgovorio pozitivno. Uzorak je bio prigodan, set upitnika je distribuiran putem društvenih mreža, te su upitnici popunjavani onlajn, pri čemu nije bilo nedostajućih podataka. Pre pristupa upitnicima ispitanici su dobili informacije o istraživanju i mogli su pristupiti upitnicima ukoliko su označili da pristaju da učestvuju u istraživanju. Ispitivanje je bilo anonimno i ispitanici su mogli odustati od istraživanja u bilo kojem trenutku, bez ikakvih posledica.

Instrumenti

1. Skala samoprocene poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih v1.1, ček-lista simptoma (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS–v1.1, Symptom Checklist; Kesler et al., 2005). ASRS–v1.1 se sastoji od 18 ajtema, pri čemu svaki ajtem odgovara jednom kriterijumu za dijagnozu ADHD–a iz DSM–4. U originalnoj strukturi ajtemi su podeljeni u dve skale (svaka sadrži po 9 ajtema) – nepažnja i hiperaktivnost/impulsivnost. Međutim, u prethodnim proverama (npr. Parke et al., 2015) je sugerisana trofaktorska struktura, pri čemu druga skala sadrži dva faktora – hiperaktivnost (6 ajtema) i impulsivnost (3 ajtema). Ispitanici procenjuju učestalost simptoma na petostepenoj skali Likertovog tipa (od 0 = *nikad* do 4 = *veoma često*) za period od prethodnih 6 meseci. Pouzdanost skale u prethodnim istraživanjima je dobra, npr. .88 za skalu u celini i .83 za skale dvofaktorskog rešenja (Adler et al., 2006), odn. .86–.90 za supskale trofaktorskog rešenja (Parke et al., 2015).

Kraća forma skale, odn. Skala samoprocene poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih v1.1, trijažna skala (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS–v1.1, Screener; Kesler et al., 2005) se sastoji od 6 ajtema iz ASRS–v1.1 od kojih 4 pripadaju skali nepažnje a 2 skali hiperaktivnosti/impulsivnosti. Skala je originalno zamišljena kao jednofaktorska, kako se najčešće i koristi, mada u jednom istraživanju je predložena dvofaktorska struktura s faktorima nepažnje i hiperkativnosti/impulsivnosti (Hesse, 2011). Pouzdanost ove skale u prethodnim istraživanjima je u rangi od .65 (Evren et al., 2016) do .83 (Takeda et al., 2017).

2. Trijažna skala samoprocene poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod odraslih bazirana na DSM–5 (Adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM–5 – ASRS–5; Ustun et al., 2017). Ova skala je nastala iz potrebe za trijažnom procenom prisustva ADHD–a kod odraslih na osnovu DSM–5. Skala sadrži 4 psihometrijski najbolja ajtema iz ASRS–v1.1 i dodatna 2 ajtema koja su pokazala najbolje psihometrijske karakteristike iz skupa ajtema koji ne obuhvataju simptome ADHD–a prema DSM–5, ali za koje je procenjeno da su relevantna za ovaj poremećaj (videti Pirlog). Skala za odgovaranje je petostepena skala Likertovog tipa (od 0 = *nikad* do 4 = *veoma često*). U originalnom radu autori ne navode pouzdanost skale, a još uvek nema istraživanja u vezi s upotrebom ove skale, pa su nam podaci o pouzdanosti nedostupni.

ASRS-v1.1 i ASRS-5 su prevedene na srpski jezik za potrebe ovog istraživanja u skladu sa preporukama Svetske zdravstvene organizacije, a koje, između ostalog, uključuju prevod na srpski, procenu panelista – eksperata iz oblasti o prevedenim stavkama, i povratni prevod na engleski kako bi se utvrdile eventualne neusaglašenosti u značenju stavki (<https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>).

3. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21; Henry & Crawford, 2005, za srpsku adaptaciju videti Jovanović, Gavrilov-Jerković, Žuljević i Brdarić, 2014). DASS-21 obuhvata 21 ajtem i meri tri aspekta distresa – depresivnost, anksioznost i stres, pri čemu svaki sadrži po 7 ajtema. Skala za odgovaranje je četvorostepena skala Likertovog tipa (od 0 = *nimalo* do 3 = *skoro uvek*) pri čemu ispitanici procenjuju kako su se osećali u prethodnih nedelju dana.

4. Dikmanov inventar impulsivnosti (Dickman Impulsivity Inventory – DII; Dickman, 1990, za srpsku adaptaciju videti Smederevac, Dinić, & Oljača, 2019). DII sadrži 23 ajtema uz binarni “da/ne” format odgovora od kojih 11 meri funkcionalnu impulsivnost (tendencija brzog donošenja odluka kada je to optimalno i može voditi do pozitivnih posledica) i 12 meri disfunkcionalnu impulsivnost (tendencija brzog donošenja odluka u situaciji kada to nije optimalno, te se povezuje sa poteškoćama u funkcionisanju osobe).

5. Set pitanja o rizičnim ponašanjima. Ova pitanja su sastavljena za potrebe ovog istraživanja i namenjena samoproceni frekvence upotrebe alkohola, cigareta, droga, prejedanja, manifestovanja blažih oblika fizičke agresije (šamaranje, odgurivanje, blaže udaranje nekoga) i težih oblika fizičke agresije (tuča). Procena svih aspekata rizičnih ponašanja se odnosi na period od poslednjih 6 meseci. Skala za odgovaranje je petorostepena skala Likertovog tipa (od 0 = *nikada* do 4 = *skoro svakog dana*).

Pouzdanosti svih korišćenih instrumenata su prikazane u Tabeli 4.

Statistička obrada podataka

Konfirmatornom faktorskom analizom je proverena faktorska struktura skala, odn. homogenost. S obzirom na to da je multivarijatna normalnost za ASRS-v1.1 narušena (multivarijatni kurtozis iznosi 15.78, $p < .001$), a za ASRS-5 na granici prihvatljivosti (multivarijatni kurtozis iznosi 1.87, $p = .062$), kao estimator je primenjen robusni metod maksimalne verodostojnosti (MLR). Za ASRS-v1.1 testirano je pet modela: 1) jednofaktorski, 2) dvofaktorski s faktorima nepažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti, 3) bifaktorski s dva specifična faktora i jednim generalnim faktorom, 4) trofaktorski s faktorima nepažnje, hiperaktivnosti i impulsivnosti, 5) bifaktorski s tri specifična faktora i jednom generalnim faktorom. Bifaktorski modeli su

uvedeni po uzoru na provere modela drugih mera za procenu ADHD-a koji u takođe bazirani na DSM klasifikaciji (npr. Toplak et al., 2009). Za trijažnu formu ASRS-v1.1 su testirana tri modela: 1) jednofaktorski, 2) dvofaktorski s faktorima nepažnje i hiperaktivnosti, 3) bifaktorski s dva specifična faktora i jednim generalnim faktorom, dok je za ASRS-5 testiran samo jednofaktorski model, budući da je samo on predložen od strane autora, a istraživanja s ovom skalom još uvek nema. S obzirom na to, u cilju ispitivanja homogenosti ASRS-5 biće primenjena paralelna analiza.

Zadovoljavajućim fitom se smatraju sledeće vrednosti indeksa fita: odnos hi-kvadrata i broja stepeni slobode (χ^2/df) koji treba biti 2 ili niži za dobar, odn. 3 i niži za prihvatljiv fit (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003); Bentlerov komparativni indeks fita (CFI) i Tucker-Lewisov indeks (TLI) koji trebaju biti .97 i viši za dobar, odnosno .95 i viši za prihvatljiv fit (Schermelleh-Engel et al., 2003), mada prema Hu i Bentleru (Hu & Bentler, 1999) vrednosti .90 i više se mogu smatrati prihvatljivim; kvadratni koren prosečne kvadrirane greške aproksimacije (RMSEA) i standardizovani kvadratni koren prosečnog kvadrata reziduala (SRMR) koji trebaju biti .05 ili niži za dobar, odnosno .08 ili niži za prihvatljiv fit (Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel et al., 2003). Poređenje ugnježenih modela je testirano preko razlike hi-kvadrata, a neugnježenih preko Akaike-ovog informacijskog kriterijuma (AIC) čija niža vrednost upućuje na bolji tj. parsimoničniji model (Schermelleh-Engel et al., 2003). Analiza je sprovedena u R paketu "lavaan" (Rosseel, 2012).

Homogenost je dalje ispitana i preko prosečne inter-ajtemske korelacije (MIC ili h_1) koja prema preporukama treba biti u rasponu od .20 do .50 da bi se test smatrao homogenim i da ne bi sadržao redundantne stavke (Clark & Watson, 1995, prema Dinić, 2019).

Pouzdanost je izračunata preko Kronbahovog alfa koeficijenta čija minimalna prihvatljiva vrednost treba biti .70 (više u Dinić, 2019). U slučaju bifaktorskih modela, pouzdanost faktora je ispitivana preko McDonaldovog omega koeficijenta za koji se vrednosti preko .40 smatraju zadovoljavajućim (Shrout & Lane, 2012).

Konvergentna i diskriminativna validnost su ispitivane preko Pirsonovih koeficijenata korelacija sa skalama iz instrumenta DII i DASS-21. Polne razlike su ispitivane primenom t -testa za nezavisne uzorke, a relacije sa starošću izračunavanjem Pirsonovog koeficijenta korelacije. Relacije sa merama za testiranje konkurentne kriterijumske validnosti su ispitivane takođe preko korelacija, i to Pirsonovih ili Spirmanovih rang korelacija u zavisnosti od normalnosti distribucije skorova na kriterijumskim varijablama. Dodatno, izračunata je sličnost profila dobijenih skala na osnovu D statistika (Cronbach & Gleser, 1953). Niža vrednost ovog pokazatelja označava veću sličnost profila.

Rezultati

Homogenost skala

Rezultati konfirmatorne faktorske analize u slučaju ASRS–v1.1 pokazuju da jednofaktorski i dvofaktorski model nemaju zadovoljavajuće indekse fita, dok trofaktorski model ima marginalne vrednosti CFI i TLI indeksa uzimajući u obzir fleksibilnije kriterijume (Tabela 1). Valja napomenuti da je trofaktorski model imao slične indekse fita i u prethodnim studijama (CFI = .92, RMSEA = .07, videti Parke et al., 2015).

Bifaktorski modeli imaju dobre indekse fita, a na osnovu AIC indeksa može se videti da je bolji bifaktorski model sa dva specifična faktora. Međutim, pouzdanost specifičnog faktora hiperaktivnost/impulsivnost je neprihvatljiva ($\omega_s = .004$), te svi ajtemi u okviru ovog faktora imaju više opterećenje na generalnom faktoru u odnosu na specifični faktor, što ukazuje na to da specifični faktor nije opravdano zadržati. Pouzdanost specifičnog faktora nepažnje je adekvatna ($\omega_s = .43$), kao i generalnog faktora ($\omega_g = .75$). Slična je situacija i u slučaju drugog bifaktorskog modela u okviru kojeg specifični faktor nepažnje nema zadovoljavajuću pouzdanost ($\omega_s = .04$), dok su pouzdanosti preostala dva specifična faktora adekvatne (hiperaktivnost: $\omega_s = .40$, impulsivnost: $\omega_s = .44$) kao i generalnog faktora ($\omega_g = .76$). Ovi rezultati ukazuju na to da bez obzira na dobre indekse fita bifaktorskih modela, neki od specifičnih faktora ne ostvaruju zadovoljavajuću pouzdanost, te ni doprinos objašnjenju varijanse mimo generalnog faktora. S obzirom na to, bifaktorski modeli su odbačeni, a među ponuđenim ostalim modelima zadržan je trofaktorski model kao jedini koji ima prihvatljive indekse fita. Sva opterećenja na faktorima za ovaj model su značajna i kreću se od .37 do .79 (Tabela 2). Prosečna interajtemska korelacija (MIC) za faktore iznosi redom .32, .37 i .42, što upućuje na zaključak da nema redundantnih ajtema, te da je homogenost faktora zadovoljavajuća.

Trofaktorski model ima značajno bolji fit modela u odnosu na jednofaktorski ($\Delta\chi^2(3) = 120.34, p < .001$). Imajući u vidu to da jednofaktorski model ne ostvaruje zadovoljavajuće indekse fita, može se zaključiti da ukupni skor na svim stavkama nije preporučljiv. Međutim, korelacije između faktora su visoke (.63 između nepažnje i hiperaktivnosti, .52 između nepažnje i impulsivnosti i .52 između hiperaktivnosti i impulsivnosti), što upućuje na zaključak da je skala homogena, ali da se sastoji od faceta (Clark & Watson, 1995, prema Dinić, 2019). Ipak, zarad uvida u opravdanost zadržavanja zasebnih supskala potrebno je videti korelacije sa varijablama za proveru validnosti.

Fit jednofaktorske kraće forme ASRS–v1.1 nije zadovoljavajući, ali je fit dvofaktorskog rešenja dobar i značajno bolji od jednofaktorskog ($\Delta\chi^2(1) = 66.21, p < .001$). Bifaktorski model nije mogao da konvergira, pa pretpostavljamo da je on neadekvatan. Korelacija između dva faktora je umerena i iznosi .45 i sva

opterećenja su značajna (u rangu od .44 do .87, videti Tabelu 2). MIC za faktore je u granicama preporučenih vrednosti i iznosi redom .32 i .44.

Fit jednodimenzionalnog modela za skalu ASRS-5 je odličan i opterećenja na faktoru se kreću u rasponu od .39 do .61 i sva su značajna (Tabela 2). MIC za ovu skalu je u granicama prihvatljivosti i iznosi .26. Za ovu skalu nisu pretpostavljene druge faktorske strukture, ali je paralelnom analizom potvrđeno jednofaktorsko rešenje (karak. korenovi iznose redom 2.32, 0.90, dok simulirani korenovi na 95. percentilu iznose 1.32 i 1.18).

Tabela 1

Fit modela skala ASRS-v1.1 ček-liste simptoma, ASRS-v1.1 trijažne skale i ASRS-5

	Model	$\chi^2(df)$	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA (90%CI)	SRMR	AIC
ASRS-v1.1 ček-lista simptoma	1-faktor	361.48(135)	2.68	.75	.71	.10 (.08-.11)	.08	10866.53
	2-faktora	271.10(134)	2.02	.85	.82	.07 (.06-.09)	.07	10758.98
	2-bifaktorski	166.94(117)	1.43	.94	.93	.04 (.03-.06)	.05	10662.08
	3-faktora	218.55(132)	1.66	.90	.89	.06 (.05-.07)	.07	10698.31
	3-bifaktroski	191.05(117)	1.63	.92	.89	.06 (.04-.07)	.06	10681.08
ASRS-v1.1 trijažna skala	1-faktor	43.89(9)	4.88	.79	.64	.15 (.10-.19)	.08	3857.66
	2-faktora	15.06(8)	1.88	.95	.92	.07 (.01-.13)	.05	3825.34
ASRS-5	1-faktor	9.55(9)	1.06	.996	.99	.02 (.00-.08)	.03	3816.79

Napomena: sve vrednosti χ^2 su značajne na nivou $p < .001$; 2-bifaktorski model obuhvata dva specifična faktora, nepažnju i hiperaktivnost/impulsivnost, a 3-bifaktroski model obuhvata tri specifična faktora, nepažnju, impulsivnost i hiperaktivnost. Bifaktorski model na ASRS-v1.1 trijažnoj skali nije konvergirao.

Tabela 2

Opterećenja ajtema skala na predloženim modelima

Ajtemi	Trofaktorski model ASRS-v1.1 ček- liste simptoma	Dvofaktorski model ASRS-v1.1 trijažne skale	Jednofaktorski model ASRS-5
Faktor nepažnje			
1 greške usled nepažnje	.63		
2 teškoće u održavanju pažnje	.66		
3 teškoće u koncentraciji	.62		.44
4 teškoće u sprovođenju završnih detalja	.60	.54	
5 problem u organizovanju	.59	.72	
6 izbegavanje zadataka s dosta razmišljanja	.53	.44	
7 gubljenje stvari	.46		
8 ometanje od spolja	.49		
9 problem s pamćenjem	.50	.62	

Ajtemi	Trofaktorski model ASRS-v1.1 ček- liste simptoma	Dvofaktorski model ASRS-v1.1 trijažne skale	Jednofaktorski model ASRS-5
Faktor hiperaktivnosti			
10 problem sedenja duži period	.74	.87	
11 nemogućnost da se sedi mirno	.60		.54
12 osećaj nemira	.79		
13 problem s opuštanjem	.61		.54
14 potreba za aktivnošću	.61	.51	
15 govornost	.37		
Faktor impulsivnosti			
16 završavanje tuđih rečenica	.62		.39
17 teškoće u čekanju reda	.63		
18 prekidanje drugih odlaganje obaveza	.70		.61
zavisnost od drugih			.54

Napomena: Ajtemi su parafrazirani.

Deskriptivni podaci i pouzdanost

Iako distribucija nekih skorova odstupa od normalnosti (standardizovani skjunes i kurtosis prelaze ± 2 , više u Dinić, 2019, videti Tabelu 5, a za učestalost kategorija odgovora Tabelu A u Prilogu), u slučaju većeg uzorka se preporučuje fleksibilniji kriterijum ili uvid u histogram distribucije skorova da bi se ocenila normalnost (Mayers, 2013). Imajući ovo u vidu, uvidom u distribuciju pitanja o rizičnim ponašanjima je primetno da postoje odstupanja od normalne distribucije, te će se u daljim analizama primeniti neparametrijske tehnike u slučaju analize ponašanja koja se odnose na učestalost konzumacije droga i na agresiju. Pouzdanosti izražene preko α koeficijenta za sve skale i skale su adekvatne imajući u vidu broj ajtema u okviru skala (Tabela 5).

Dodatno, izračunata je prevalenca prisustva poremećaja ADHD na uzorku, s obzirom na preporučeni granični skor. Kako se granični skor odnosi samo na ukupni skor ili dvofaktorsku strukturu ASRS-v1.1 ček-liste simptoma, prevalencu je jedino bilo opravdano izračunati za ASRS-5. U slučaju ASRS-5, 25 ispitanika (11.1%) ima skor iznad graničnog (Mean difference = 7.29, SE = 0.67, 95% CI 8.62 – 5.97).

Tabela 5
Deskriptivni podaci za korišćene instrumente

		AS	SD	Min.	Maks.	Skjunes	Kurtozis	$\alpha(n)$
ASRS-v1.1 ček-lista simptoma	Nepažnja	14.14	5.60	0	30	0.30	-0.12	.80(9)
	Hiperaktivnost	9.03	4.39	0	22	0.31	-0.40	.78(6)
	Impulsivnost	3.95	2.36	0	11	0.47	-0.26	.67(3)
ASRS-v1.1 trijažna skala	Nepažnja	5.39	2.85	0	13	0.42	-0.37	.66(4)
	Hiperaktivnost/ impulsivnost	3.55	1.92	0	8	0.20	-0.54	.61(2)
ASRS-5		8.59	3.91	0	18	0.04	-0.65	.68(6)
DII	Funkcionalna imp.	5.38	2.86	0	11	0.02	-0.70	.75(11)
	Disfunkcionalna imp.	3.84	2.59	0	12	0.63	-0.38	.78(12)
DASS-21	Depresivnost	5.94	5.17	0	21	0.88	-0.00	.88(7)
	Anksioznost	5.26	4.88	0	18	0.81	-0.41	.88(7)
	Stres	9.16	4.99	0	21	0.28	-0.71	.87(7)
Rizična ponašanja	Alkohol	1.46	1.02	0	4	0.62	0.18	-
	Cigarete	1.36	1.78	0	4	0.70	-1.40	-
	Droge	0.17	0.56	0	4	3.96	17.46	-
	Prejedanje	1.58	1.09	0	4	0.46	-0.49	-
	Blaži oblici agresije	0.29	0.64	0	4	3.04	11.68	-
	Teži oblici agresije	0.08	0.36	0	3	5.85	40.59	-

Napomena: SE za skjunes iznosi 0.16, a za kurtozis 0.32. n = broj ajtema. Kako su sve mere o rizičnim ponašanjima jednoajtemske, ne može se izračunati α .

Korelacije između skala za samoprocenu ADHD-a

Korelacije između faktora svih skala su u skladu s očekivanjima, tj. istoimene skale visoko međusobno koreliraju, dok su korelacije sa drugim skalama niže (Tabela 6), što ukazuje na njihovu konvergentnu i diskriminativnu validnost. Korelacije ASRS-5 sa faktorima duže i kraće forme ASRS-v1.1 su relativno jednakog intenziteta, što ukazuje na to da nijedan aspekt ADHD-a nije favorizovan u ukupnom skor ASRS-5.

Tabela 6
Korelacije između skala ASRS-v1.1 ček-liste simptoma, ASRS-v1.1 trijažne skale i ASRS-5

Instrumenti	Skale	1	2	3	4	5
ASRS-v1.1 ček-lista simptoma	1 Nepažnja	1				
	2 Hiperaktivnost	.54	1			
	3 Impulsivnost	.40	.47	1		
ASRS-v1.1 trijažna skala	4 Nepažnja	.90	.44	.35	1	
	5 Hiperaktivnost	.43	.88	.34	.32	1
ASRS-5	6	.74	.74	.60	.68	.56

Konvergentna, diskriminativna i konkurentna validnost skala

Rezultati pokazuju da sve mere ADHD-a pozitivno i umereno koreliraju sa disfunkcionalnom impulsivnošću, depresivnošću, aksioznošću i stresom, dok skale nepažnje ostvaruju značajnu negativnu i nižu vezu sa funkcionalnom impulsivnošću, a skala impulsivnosti pozitivnu i nisku (Tabela 7). Pored toga, primetno je da su korelacije koje ostvaruje skala ASRS-5 nešto više u odnosu na korelacije koje ostvaruju skale ASRS-v1.1 duže i kraće forme. Pored toga, primetno je da su korelacije sa disfunkcionalnom impulsivnošću skoro u istom rangu ili čak nešto niže od korelacija sa skalama psihološkog distresa, čime je diskriminativna validnost skala dovedena u pitanje.

Tabela 7

Korelacije ASRS-v1.1 ček-liste simpotoma, ASRS-v1.1 trijažne skale i ASRS-5 sa starošću i merama za konstrukt i konkurentnu kriterijumsku validnost

	ASRS-v1.1 ček-lista simpotoma			ASRS-v1.1 trijažna skala		ASRS-5
	Nepažnja	Hiperaktivnost	Impulsivnost	Nepažnja	Hiperaktivnost	
Disfunkcionalna impulsivnost	.31***	.30**	.28**	.33***	.23***	.38***
Funkcionalna impulsivnost	-.16*	.01	.18**	-.14*	.01	-.03
Depresivnost	.41***	.35**	.21**	.41***	.22***	.42***
Anksioznost	.39***	.42**	.26**	.34***	.33***	.45***
Stres	.46***	.53**	.37**	.40***	.41***	.54***
Alkohol	-.02	-.04	-.04	.03	-.03	-.02
Cigarete	.00	.05	.01	.04	.06	.08
Droge+	.08	.08	.10	.13*	.03	.19**
Prejedanje	.15**	.08	.19**	.17**	.07	.19**
Blaži oblici agresije+	.13*	.15*	.13*	.18**	.08	.17**
Teži oblici agresije+	.16*	.10	.18**	.16*	.10	.19**
Starost	-.23***	-.18**	-.11	-.22***	-.21***	-.20**

Napomena: + primenjeni su Spirmanovi koeficijenti korelacije s obzirom na narušenost normalne distribucije varijabli.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

U pogledu konkurentne kriterijumske validnosti, nijedna mera ne ostvaruje korelaciju sa učestalošću konzumacije alkohola i cigareta. Primetno je da ASRS-5 ostvaruje značajnu pozitivnu korelaciju sa svim ostalim kriterijumskim merama. Što se tiče ASRS-v1.1 ček-liste simpotoma i njene trijažne forme, skale nepažnje ostvaruju veći broj značajnih korelacija s ostalim kriterijumskim merama u odnosu na ostale skale.

Ujedno, testirane su razlike u validacionim varijablama između ispitanika koji imaju skor ispod i koji imaju skor iznad graničnog za ASRS-5. U slučaju mera za konvergentnu validnost veličina efekta (Koenov d , videti Cohen, 1988) upućuje na to da su razlike u funkcionalnoj impulsivnosti trivijalne (0.05), u disfunkcionalnoj impulsivnosti srednje (0.58), a u merama distresa velike (za anksioznost 0.91, depresivnost 0.98 i stres 1.10). U slučaju mera za konkurentnu kriterijumsku validnost, dobijene su srednje veličine efekta za razlike u težoj agresiji (0.78) i upotrebi droga (0.73), te niske za razlike u prejedanju (0.44) i upotrebi cigareta (0.25), dok su razlike u upotrebi alkohola (0.19) i u lakšoj agresiji (0.13) trivijalne.

Iako ukupni skor na ASRS-v1.1 ček-liste simptomata i trijažne skale nije opravdan, zarad poređenja smo izračunali njihove korelacije s validacionim varijablama. Korelacije s merama za konstrukt validnost se kreću u rasponu od -0.04 do $.57$ za ASRS-v1.1 ček-listu simptoma, odn. od -0.09 do $.49$ za ASRS-v1.1 trijažnu skalu i prate intenzitet i obrazac veza koj ostvaruje i ASRS-5. S druge strane, korelacije sa kriterijumskim merama su upadljivo niže (od -0.03 do $.16$ za obe skale) u odnosu na korelacije koje ostvaruje ASRS-5, pri čemu značajne korelacije su ostvarene samo u slučaju prejedanja i teže agresije.

Statistik D za proveru sličnosti profila svih skala na osnovu korelacija s merama za proveru validnosti kreću se u rasponu od 0.06 (između nepažnje i hipersktivnosti duže forme ASRS-v1.1) do 0.29 (između impulsivnosti duže forme ASRS-v1.1 i ASRS-5), što ukazuje zapravo na veliku sličnost profila. Ovaj rezultat takođe upućuje na zaključak da je diskriminativna validnost skala upitna, te da je bolje preferirati ukupni skor. Kako jednofaktorska struktura ASRS-v1.1 duže i kraće forme nema zadovoljavajuće indekse fita, čini se da je najbolje koristiti ASRS-5 skalu.

U slučaju relacija sa demografskim varijablama, dobijeno je da nema značajnih polnih razlika ni na jednoj meri ADHD-a (t -testovi se kreću u rasponu od -1.51 do 0.42 , za sve je $p > .05$). U pogledu starosti, dobijene su značajne negativne korelacije sa svim merama ADHD-a, osim sa impulsivnošću (Tabela 7).

Diskusija

Cilj ove studije je ispitivanje preliminarnih psihometrijskih karakteristika skala za samoprocenu prisustva poremećaja ADHD-a kod odraslih: ASRS-v1.1 ček-liste simptoma, njene trijažne forme i ASRS-5. Ovo je prva studija u kojoj se proveravaju psihometrijske karakteristike srpskih adaptacija pomenutih skala i, prema našem saznanju, prva studija u kojoj je primenjena novopredložena ASRS-5 skala. Rezultati eksplorativne i konfirmatorne faktorske analize su potvrdili originalnu jednofaktorsku strukturu skale ASRS-5, zado-

voljavajuću pouzdanost interne konzistencije, te validnost ove skale. Dodatno, prevalenca prisustva ADHD-a na našem uzorku (11.1%) je bliska prevalenci dobijenoj u originalnom istraživanju na osnovu graničnog skora na skali (11.2%, Ustun et al., 2017).

S druge strane, za ASRS-v1.1 ček-listu simptoma se trofaktorska struktura pokazala kao bolja, s faktorima nepažnje, hiperaktivnosti i impulsivnosti, a za njenu trijažnu formu – dvofaktorska, s faktorima nepažnje i hiperaktivnosti. Pouzdanost ASRS-v1.1 ček-liste simptoma je u skladu s prethodnim studijama, iako je primetna nešto niža pouzdanost supskale impulsivnosti u odnosu na prethodnu studiju u kojoj je ponuđena trofaktorska struktura (Parke et al., 2015). Takođe, aspekt samoprocene koji se odnosi na hiperaktivnost/impulsivnost ima nižu pouzdanost u odnosu na aspekt samoprocene nepažnje, što je u skladu s prethodnim istraživanjima (npr. Somma et al., 2019; Takeda et al., 2017).

Iako predložene strukture za dužu i kraću formu ASRS-v1.1 nisu u skladu sa originalno pretpostavljenom (Kessler et al., 2005), jesu s kasnijim proverama strukture (npr. Hesse, 2011; Parke et al., 2015). Ipak, sličnost profila između supskala je velika, što baca u sumnju opravdanost izolovanja faktora ASRS-v1.1 obe forme, bar kad su u pitanju relacije sa impulsivnošću, distresom i ispitivanim rizičnim ponašanjima. Kako jednofaktorska rešenja ovih skala nemaju zadovoljavajuće indekse fita, čini se da ukupan skor na ovim skalama nije opravdan, ali su dalja ispitivanja svakako potrebna. Na osnovu navedenih rezultata možemo zaključiti da prilikom trijažne dijagnostike ADHD-a kod odraslih prednost treba dati skali ASRS-5.

Sve mere ADHD-a koreliraju značajno sa disfunkcionalnom impulsivnošću i merama psihološkog distresa, dok skale nepažnje koreliraju negativno i nisko sa funkcionalnom impulsivnošću, a skala impulsivnosti pozitivno. Međutim, korelacije s merama distresa su bile više u odnosu na korelacije s impulsivnošću, što nije u skladu s našim očekivanjima i što potencijalno ukazuje na nedovoljnu diskriminativnu validnost skala. Međutim, treba imati u vidu koji aspekti impulsivnosti su obuhvaćeni korišćenim DII instrumentom. Naime, u prethodnim istraživanjima s ASRS-v1.1 ček-listom simptoma je dobijeno da skorovi na ovoj skali umereno pozitivno koreliraju s motornom impulsivnošću, a nisko pozitivno s kognitivnim aspektom impulsivnosti (Yeh et al., 2008). Korišćena skala DII upravo meri kognitivni aspekt impulsivnosti, te je otud moguće da su dobijene niže korelacije od očekivanih. U svakom slučaju, dobijena korelacija s disfunkcionalnom impulsivnošću može se objasniti time što se impulsivno ponašanje u okviru ADHD-a povezuje sa deficitima egzekutivnih funkcija, tačnije oslabljenim inhibitornim funkcijama (Barkley, 2012), što čini svakodnevne aktivnosti osoba s ovim poremećajem neefikasnim.

Jača veza skala sa disfunkcionalnom u odnosu na funkcionalnu impulsivnost je očekivana, kao i obrnuti obrazac veza s ovim vrstama impulsivnosti. Najvažniji faktor koji razdvaja ove dve vrste impulsivnosti je sposobnost inhibicije oprečnih i nevažnih informacija koje okupiraju ograničene kapacitete osobe i samim tim su detrimentalne procesu donošenja odluka i čine te odluke manje kvalitetnim, tj. sa više grešaka i disfunkcionalnijim (Morgan & Norris, 2010). Upravo u ovim problemima inhibicije koje su karakteristične za disfunkcionalnu impulsivnost se ogleda priroda ADHD poremećaja – smanjena sposobnost održavanja pažnje, hiperaktivnost, manjak strpljenja, psihofizički nemir i sl. U prethodnim istraživanjima s drugom skrining merom za procenu ADHD-a dobijena je sličan rezultat, tj. značajna i pozitivna korelacija sa disfunkcionalnom impulsivnošću ($r = .60$), a niska negativna i nenazačajna s funkcionalnom impulsivnošću ($r = -.14$, više u Morgan & Norris, 2010).

Na ovom mestu ćemo se osvrnuti na još jedan aspekt uloge impulsivnosti. Iako su sličnosti profila svih skala i supskala velike, čini se da se među njima najveće razlike (preko 0.20) dobijaju u odnosu na supskalu impulsivnosti. Primetno je da se poslednjih nekoliko dekada daje više na značaju simptoma nepažnje kod ADHD-a, dok donekle simptomi hiperaktivnosti, a ponajviše impulsivnosti, padaju u zasenak. Međutim, novija istraživanja ističu značaj impulsivnosti, te upućuju na to da ona ima jači negativan efekat npr. na akademsko i socijalno funkcionisanje osobe, nego hiperaktivnost (npr. McKee, 2011). Naime, postoji predlog da bi procena jačine i broja simptoma hiperaktivnosti i impulsivnosti kao zasebnih domena ponašanja mogla dati kvalitetniji uvid u sam poremećaj, bolje smernice u organizaciji tretmana i bolji prognostički alat (Bauermeister, Canino, Polanczyk, & Rohde, 2010). Međutim, ono što ostaje kao izazov je kreiranje ajtema na nivou samoprocene kojima će se jasno razdvojiti hiperaktivnost od impulsivnosti. Valja pomenuti da za razliku od ASRS-v1.1 trijažne forme koja ne obuhvata nijedan ajtem impulsivnosti, nova skala ASRS-5 obuhvata jedan ajtem, čime je na neki način vraćen značaj impulsivnosti u proceni ADHD-a.

Značajna pozitivna korelacija skala za samoprocenu ADHD-a sa aspektima psihološkog distresa je u skladu sa rezultatima ranijih istraživanja u kojima je pokazana pozitivna veza sa anksioznošću i simptomima depresivnosti (npr. Dunlop et al., 2018; Takeda et al., 2017). Takođe, intenzitet korelacija s aspektima distresa je u skladu s prethodnim istraživanjima.

U pogledu konkurentne kriterijumske validnosti nije dobijena značajna veza između skorova na svim skalama sa merama konzumacije cigareta i alkohola, što nije u skladu s našim očekivanjima i prethodnim studijama (npr. Biederman et al., 2006). Od svih skala i supskala, skorovi na skali ASRS-5 ostvaruju najveći broj korelacija s merama rizičnih ponašanja, tj. sa svim ostalim merama, pa potom supskale nepažnje, dok najniže korelacije i pretežno neznačajne ostvaruju supskale hiperaktivnosti. Dobijene korelacije su

nešto niže u odnosu na prethodna istraživanja (npr. Carlucci et al., 2017), ali treba imati u vidu da su u našem istraživanju rizična ponašanja ispitivna preko jednoajtemskih mera.

Na kraju, u pogledu relacija sa demografskim karakteristikama, nisu dobijene značajne polne razlike, što je i pretpostavljeno (npr. Ebejer et al., 2012). Korelacije sa starošću su negativne, što je takođe u skladu sa očekivanjima (npr. Biederman, 2000).

Postoji nekoliko ograničenja ove studije. Najpre, uzorak je dobrovoljački i među ispitanicima samo je jedan izvestio da ima dijagnostikovani ADHD poremećaj. Da bi se dobio bolji uvid u karakteristike skala, potrebno je skalu primeniti na uzorku ispitanika s dijagnostikovanom ADHD-om. Pored toga, ajtemi ASRS-v1.1 trijažne forme i ASRS-5 skale koji su zajednički sa ASRS-v1.1 ček-listom simptoma su izvučeni iz ASRS-v1.1 skale, te je moguće da je ajtemski kontekst uticao na odgovore kraćih skala. Da bi se stekao bolji uvid u karakteristike kraćih skala, posebno ASRS-5, potrebno je da se skala zada odvojeno od ASRS-v1.1 ili s određenim vremenskim razmakom u odnosu na zadavanje ASRS-v1.1. Takođe, test-retest pouzdanost nije testirana u ovom istraživanju, te se preporučuje u narednim studijama.

Bez obzira na navedena ograničenja, na osnovu rezultata ovog istraživanja može se zaključiti da skala ASRS-5 ostvaruje dobre psihometrijske karakteristike, tj. ima jasnu jednofaktorsku strukturu koja pokazuje zadovoljavajuće indekse fita, pouzdanost interne konzistencije i ostvaruje jače veze s validacionim merama. Uz to, prednost ove skale je i ekonomičnosti, budući da sadrži samo 6 ajtema. S druge strane, izdvojeni faktori u okviru duže i kraće ASRS-v1.1 skale nisu pokazali diskriminativnu validnost, a jednofaktorsko rešenje ovih skala nije ostvarilo zadovoljavajuće indekse fita. S obzirom na sve navedeno, ASRS-5 se preporučuje u trijažnim procenama prisustva ADHD-a kod odraslih.

Reference

- Adler, L.A., Spencer, T., Faraone, S.V., Kessler, R.C., Howes, M.J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Annual Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148. doi:10.1080/10401230600801077
- American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-iv-tr*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R.A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2013a). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo from ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbi-

- dity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161–173. doi:10.1080/15374416.2012.734259
- Barkley, R.A. (2013b). Sluggish Cognitive Tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current Status, Future Directions, and a Plea to Change the Name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 117–125. doi:10.1007/s10802-013-9824-y
- Barkley, R.A. (2018). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bauermeister, J.J., Canino, G., Polanczyk, G., & Rohde, L.A. (2010). ADHD Across Cultures: Is There Evidence for a Bidimensional Organization of Symptoms? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(3), 362–372. doi:10.1080/15374411003691743
- Biederman, J. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816–818. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.816
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., Bober, M., & Cadogen, E. (2004). Gender effects on Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55(7), 692–700. doi:10.1016/j.biopsych.2003.12.003
- Biederman, J., Petty, C.R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150–155. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.009
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Navarro-Pastor, J.B., García-Nonell, K., Rigau-Ratera, E., & Obiols, J.E. (2014). ADHD Predominantly Inattentive Subtype with High Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Attention Disorders*, 18(7), 607–616. doi:10.1177/1087054712445483
- Carlucci, S., Ivanova, I.V., Bissada, H., & Tasca, G. (2007). Validity and reliability of the attention deficit hyperactivity disorder self-report scale (ASRS-v1.1) in a clinical sample with eating disorders. *Eating Behaviors*, 26, 148–154. doi:10.1016/j.eatbeh.2017.03.010
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. doi:10.4324/9780203771587
- Cronbach, L.J., & Gleser, G.C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 50(6), 456–473. doi:10.1037/h0057173
- Dickman, S.J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95–102. doi: 10.1037/0022-3514.58.1.95
- Dinić, B. (2019). *Principi psihološkog testiranja*. Novi Sad, RS: Filozofski fakultet. Preuzeto sa <http://digitalna.ff.uns.ac.rs/sadrzaj/2019/978-86-6065-540-2>.
- Dunlop, B.W., Wu, R., & Helms, K. (2018). Performance of the Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 in Adults with Major Depressive Disorder. *Behavioral Science*, 8(4), 37. doi:10.3390/bs8040037
- Ebejer, J.L., Medland, S.E., Werf, J.V.D., Gondro, C., Henders, A.K., Lynskey, M., ... Duffy, D.L. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Australian Adults: Prevalence, Persistence, Conduct Problems and Disadvantage. *PLoS ONE*, 7(10), 1–10. doi:10.1371/journal.pone.0047404

- Evren, C., Umut, G., Bozkurt, M., Teksin-Unal, G., Agachanli, R., & Evren, B. (2016). Psychometric properties of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) in a sample of Inpatients with alcohol use disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 109–119. doi:10.5350/dajpn2016290202
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (2005). What Is the Prevalence of Adult ADHD? Results of a Population Screen of 966 Adults. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 384–391. doi:10.1177/1087054705281478
- Frick, P.J., & Nigg, J.T. (2012). Current Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 77–107. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143150
- Henry, J.D., & Crawford, J.R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. doi:10.1348/014466505x29657
- Hesse, M. (2013). The ASRS-6 Has Two Latent Factors: Attention Deficit and Hyperactivity. *Journal of Attention Disorders*, 17(3), 203–207. doi:10.1177/1087054711430330
- Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., Deglinnocenti, A., Billstedt, E., ... Anckarsäter, H. (2011). Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 280–285. doi:10.1016/j.psychres.2010.05.008
- Hu, L.-t., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hurtig, T. (2007). Adolescent ADHD and family environment-an epidemiological and clinical study of ADHD in the Northern Finland 1986 birth cohort. University of Oulu. *Acta Universitatis Ouluensis*. D919.
- Jacob, L., Haro, J.M., & Koyanagi, A. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms and disordered eating in the English general population. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 942–952. doi:10.1002/eat.22934
- Jovanović, V., Žuljević, D. i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21): Struktura negativnog afekta kod adolescenata. *Engrami*, 33,19–28.
- Kessler, R.C. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E.E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. doi:10.1017/s0033291704002892
- Mayers, A. (2013). *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.

- Mckee, T.E. (2011). Examining the Dimensionality of ADHD Symptomatology in Young Adults Using Factor Analysis and Outcome Prediction. *Journal of Attention Disorders, 16*(5), 427–437. doi:10.1177/1087054710396039
- Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H. C., van de Ven, P., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., & Kooij, J.J.S. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 201*(4), 298–305. doi:10.1192/bjp.bp.111.101196
- Morgan, K., & Norris, G. (2010). An Exploration into the Relevance of Dickman's Functional and Dysfunctional Impulsivity Dichotomy for Understanding ADHD-type Behaviors. *Individual Differences Research, 8*(1), 34–44.
- Nigg, J.T., Tannock, R., & Rohde, L.A. (2010). What Is to Be the Fate of ADHD Subtypes? An Introduction to the Special Section on Research on the ADHD Subtypes and Implications for the DSM-V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(6), 723–725. doi:10.1080/15374416.2010.517171
- Nøvik, T.S., Hervas, A., Ralston, S.J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., & Lorenzo, M.J. (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe – ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(S1), i15–i24. doi:10.1007/s00787-006-1003-z
- Parke, E.M., Mayfield, A.R., Barchard, K.A., Thaler, N.S., Etcoff, L.M., & Allen, D.N. (2015). Factor structure of symptom dimensions in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Assessment, 27*(4), 1427–1437. doi:10.1037/pas0000121
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research, 8*(2), 23–74.
- Shen, Y., Zhang, Y., Chan, B.S.M., Meng, F., Yang, T., Luo, X., & Huang, C. (2020). Association of ADHD symptoms, depression and suicidal behaviors with anxiety in Chinese medical college students. *BMC Psychiatry, 20*. Article number 180. doi:10.1186/s12888-020-02555-7
- Shrout, P.E., & Lane, S.P. (2012). Reliability. In H. Cooper, P.M. Camic, D.L. Long, A.T. Panter, D. Rindskopf, & K.J. Sher (Eds.), *APA handbooks in psychology*[®]. *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 1. Foundations, planning, measures, and psychometrics* (p. 643–660). American Psychological Association. doi:10.1037/13619-034
- Sibley, M.H., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Waxmonsky, J.G., Waschbusch, D.A., ... Kuriyan, A.B. (2012). When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1052–1061. doi:10.1037/a0029098
- Smederevac, S., Dinić, B., & Oljača, M. (2019). *Relations between functional and dysfunctional impulsivity and dimensions of the revised Reinforcement Sensitivity Theory*. Paper presented at the XVI European Congress of Psychology, Moscow, Russian Federation.
- Somma, A., Borroni, S., & Fossati, A. (2019). Construct validity and diagnostic accuracy of the Italian translation of the 18-Item World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-18) Italian translation in a sample of commu-

- nity-dwelling adolescents. *Psychiatry Research*, 273, 753–758. doi:10.1016/j.psychres.2019.02.016
- Sonnby, K., Skordas, K., Olofsson, S., Vadlin, S., Nilsson, K.W., & Ramklint, M. (2014). Validation of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale for adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3), 216–223. doi:10.3109/08039488.2014.968203
- Span, S.A., Earleywine, M., & Strybel, T. (2002). Confirming the Factor Structure of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Adult, Nonclinical Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 129–136. doi:10.1023/A:1015396926356
- Takeda, T., Tsuji, Y., & Kurita, H. (2017). Psychometric properties of the Japanese version of the Adult Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS-J) and its short scale in accordance with DSM-5 diagnostic criteria. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 59–66. doi:10.1016/j.ridd.2017.02.011
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–1001. doi:10.1542/peds.2014-3482
- Toplak, M.E., Pitch, A., Flora, D.B., Iwenofu, L., Ghelani, K., Jain, U., Tannock, R. (2009). The Unity and Diversity of Inattention and Hyperactivity/Impulsivity in ADHD: Evidence for a General Factor with Separable Dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1137–1150. doi: 10.1007/s10802-009-9336-y
- Ustun, B., Adler, L.A., Rudin, C., Faraone, S.V., Spencer, T.J., Berglund, P., ... Kessler, R.C. (2017). The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 520–526. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0298
- Vingilis, E., Mann, R.E., Erickson, P. et al. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder, other mental health problems, substance use, and driving: examination of a population-based, representative canadian sample. *Traffic Injury Prevention*, 15(Suppl 1), S1-S9. doi:10.1080/15389588.2014.926341
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(2), 211–220. doi:10.1016/s0002-7138(09)60450-7
- Wilson, J.J., & Levin, F.R. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Early-Onset Substance Use Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 751–763. doi:10.1089/cap.2005.15.751
- Yeh, C-B., Gau, S.S-F., Kessler, R.C., & Wu, Y-Y. (2008). Psychometric properties of the Chinese version of the adult ADHD Self-report Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(1), 45–54. doi:10.1002/mpr.241

Prilog

Tabela A

Frekvence i procenti po kategorijama odgovora za sve stavke ASRS-v1.1 i ASRS-5

ASRS-v1.1 ček-lista simptoma	ASRS-v1.1 trijažna skala	ASRS-5	Kategorija odgovora					AS	SD
			0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		
1			7 (3.10%)	30.97 (5.1%)	109 (48.23%)	36 (15.93%)	4 (1.77%)	1.82	0.80
2			8 (3.54%)	50 (22.12%)	92 (40.71%)	57 (25.22%)	19 (8.41%)	2.13	0.97
3		1	46 (20.35%)	98 (43.36%)	58 (25.66%)	16 (7.08%)	8 (3.54%)	1.30	0.99
4	1		49 (20.35%)	91 (20.35%)	53 (20.35%)	23 (20.35%)	10 (20.35%)	1.35	1.07
5	2		49 (21.68%)	88 (38.94%)	56 (24.78%)	27 (11.95%)	6 (2.65%)	1.35	1.03
6	4		31 (13.72%)	73 (32.30%)	68 (30.09%)	41 (18.14%)	13 (5.75%)	1.70	1.09
7			27 (11.95%)	95 (42.04%)	63 (27.88%)	29 (12.83%)	12 (5.31%)	1.58	1.03
8			19 (8.41%)	65 (28.76%)	87 (38.50%)	37 (16.37%)	18 (7.96%)	1.87	1.05
9	3		71 (31.42%)	93 (41.15%)	46 (20.35%)	13 (5.75%)	3 (1.33%)	1.04	0.93
10	5		22 (9.73%)	59 (26.11%)	61 (26.99%)	56 (24.78%)	28 (12.39%)	2.04	1.18
11		2	106 (46.90%)	72 (31.86%)	39 (17.26%)	8 (3.54%)	1 (0.44%)	0.79	0.88
12			25 (11.06%)	78 (34.51%)	80 (35.40%)	34 (15.04%)	9 (3.98%)	1.66	0.99
13		3	51 (22.57%)	76 (33.63%)	55 (24.34%)	34 (15.04%)	10 (4.42%)	1.45	1.13
14	6		41 (18.14%)	78 (34.51%)	69 (30.53%)	27 (11.95%)	11 (4.87%)	1.51	1.07
15			37 (16.37%)	77 (34.07%)	67 (29.65%)	35 (15.49%)	10 (4.42%)	1.58	1.07
16		4	46 (20.35%)	74 (32.74%)	72 (31.86%)	28 (13.39%)	6 (2.65%)	1.44	1.03
17			58 (25.66%)	79 (34.96%)	55 (24.34%)	20 (8.85%)	14 (6.19%)	1.35	1.14
18			45 (19.91%)	119 (52.65%)	46 (20.35%)	14 (6.19%)	2 (0.88%)	1.15	0.84
		5	20 (8.85%)	39 (17.26%)	64 (28.32%)	63 (27.88%)	40 (17.70%)	2.28	1.20
		6	56 (24.78%)	78 (34.51%)	59 (26.11%)	28 (12.39%)	5 (2.21%)	1.33	1.05

Preliminary psychometric characteristics of the Serbian adaptation of the Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS–v1.1 and ASRS–5

Aleksandar Batoćanin

Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad

Bojana M. Dinić

Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad

The aim of the research is to explore the psychometric characteristics of the Serbian adaptation of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS–v1.1) Symptom Checklist and Screener, as well as the Adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM–5 (ASRS–5). In addition to these scales, the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), Dickman Impulsivity Inventory (DII) and the questions about frequency of risky behaviours (use of alcohol, cigarettes and drugs, overeating, and physical aggression) were administered on the sample of 226 adults from the general population (43.8% males). The results of confirmatory factor analysis supported the one-factor structure of the ASRS–5. The three-factor structure had the best fit indices for the ASRS–v1.1 Symptom Checklist (inattention, hyperactivity, and impulsivity factors), while the two-factor structure was the best for the ASRS–v1.1 Screener (inattention and hyperactivity factors). However, there was a large profile similarity between factors, which calls into question their discriminant validity. All scales correlated significantly with dysfunctional impulsivity and aspects of psychological distress, with ASRS–5 having the largest number of correlations with risky behaviours. There were no sex differences, and correlations with age were negative. It can be concluded that, although all scales show satisfactory psychometric characteristics, ASRS–5 is the preferred one, given its clear one-dimensional structure and somewhat better validity.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), adults, ASRS–v1.1, ASRS–5, factor structure, validity

Quality of life after traumatic loss and the role of social support – examining the psychological consequences of the war twenty-five years later¹

Sanja Radetić Lovrić²

University of Banjaluka, Department of psychology, Faculty of Philosophy

Aleksandra Pećanac

Nova banka, a.d. Banja Luka

Summary: The research was conducted with the aim of understanding the far-reaching psychological consequences of the war that took place in the territory of former Yugoslavia (1991–1995). The study examines the relationships between wartime traumatic experience of loss, the quality of life and mental health, and the role of social support across three categories of respondents: the first consisting of the respondents who had lost a close family member in the war and whose remains have not been found to date; the second category consisting of the persons who had lost a close family member in the war, and the third category including the respondents who participated in the war socialization but did not experience the loss of a close family member in the war. The survey used the Psychosomatic symptoms lists, the Depression Symptoms Questionnaire, the Subjective Happiness Scale, the Life Satisfaction Scale, and the Social Support Significance Assessment Scale. The results show that the respondents who continue to search for the body of a missing family member have a lower quality of life than the other two categories of respondents, as well as a more pronounced presence of depressive and psychosomatic symptoms. The role of social support in the trauma recovery process remains unclear. The results of the study are discussed in relation to completed and prolonged traumatic loss, and point to further research into the complex emotional dynamics as a consequence of war socialization and the importance of professional psychological support.

Keywords: traumatic loss, quality of life, social support, missing persons

1 This research was supported by The International Committee of the Red Cross

2 sanja.radetic-lovric@ff.unibl.org

Introduction

The civil war in Bosnia and Herzegovina, which took place between 1992 and 1995, left many consequences behind. Objective consequences are visible to the naked eye and are evident in the number of casualties and civilians killed, settlements destroyed, the economy, poverty, poor living conditions and the like (Milosavljević, 2000, 2003). On the other hand, psychological, subjective consequences have been present for years after the war has been over and are much harder to repair. They remain hidden deep within the human being, are difficult to see, and are not as visible and measurable. Culturally, we tend not to worry about our mental health, and we put aside the subjective consequences of stressful and traumatic experiences. The subjective consequences of life in wartime suggest that formally ending a war does not mean ending it psychologically. Many of the experiences that people were faced with entailed uncertainty, fear for their own lives, struggles for existence, escape, leaving behind everything that had previously been gained in life. The lived wartime experiences cannot be erased from human memory. They remain permanently recorded in recollection (Milosavljević, 2003). Such memories do not cease when the war has formally ended, but continue to be sustained through cognitive processes, affecting emotional states and the behaviours of those who have experienced aversive experiences (Alexander et al., 2004; Fonagy and Allison, 2014; Haskel and Randall, 2009; Hutchinson & Bleiker, 2015).

It is assumed that the subjective consequences of war are the most pronounced for those who have suffered the most intense stressors – such as the loss of their loved ones (Boss, 2002; Bowen, 1991; Hadžić, 2019; Hamburger et al., 2018). In particular, especially traumatic experiences are specific to those families whose close members are reported missing and there is no information available to date, twenty-five years later, about what happened to them. The inability to find their remains makes the grieving process very complex, affecting their daily lives, their recovery from loss and constantly reminding them of and making them confront war stressors. For these people, in the psychological sense, the war is not over. It is estimated that there are over 6000 families in Bosnia and Herzegovina (B&H) that have been waiting for more than two decades to find out what happened to their loved ones (International Committee of the Red Cross, 2019). This research is an attempt to point out the importance of the subjective consequences of war and the thesis that formally ending a war for the persons who experienced specific circumstances of life and socialization during the war does not necessarily imply ending it in psychological terms, even after more than two decades after the formal cessation of the armed conflict.

Traumatic experience of losing a loved one

Unexpected and sudden death, as in wartime, leads to trauma, and this trauma itself is further aggravated by the overall experience of life during the wartime. Grieving has a significant function of saying goodbye to a loved one and should, according to theoretical concepts, reduce pain and suffering, and help people to continue with their lives after the death of a loved one (Buckman, 1996).

The issue of mourning for the deceased and for the missing persons can be related to Bowlby's concept of affective attachment (Bowlby, 1969). Affective attachment is a defence system of an individual. If left without a close person, without a figure of attachment, the individual is left without protection and security, which is one of the basic human needs, a biological and psychological mechanism related to the survival of the species (Bowlby, 1969). The process of mourning after the death of a loved one involves breaking the bond with a loved one and building a space to establish new forms of bonding. However, in the case of person's disappearance and a lack of accurate information about his or her death, the decision to sever the affective connection with the missing person becomes dramatic and represents additional trauma. Families seeking information about their missing members continue to maintain an affective attachment to the missing person, burdened with uncertainty, hope, thoughts in which they reconstruct events and information, and wonder what kind of world it is in which people disappear and no one knows the exact information about them. Such subjective experiences generate complex emotional dynamics, which delays the acceptance of the fact that the missing person is not present in their lives, delays the beginning of the grieving process, and may even cause guilt due to the acceptance of grieving for someone who has not been found or due to not believing in the identification of the recovered remains (Hutchinson & Bleiker, 2015). Delaying the grieving process in cases of missing persons is also embedded in social trauma, which has become a part of social identity and cultural heritage (Alexander et al., 2004; Haskell & Randall, 2009; Pedović & Hedrih, 2019). Social trauma is a relatively new concept in psychological literature, but research related to the consequences of war suggests the justification of its study (Alexander et al., 2004; Hamburger et al., 2018; Haskell & Randall, 2009; Pedović & Hedrih, 2019). According to Haskell and Randall (2009), social trauma is a complex trauma and a collective emotional wound experienced by a particular social community and, as such, can be embedded in the cultural heritage of the said community and passed on to future generations. Bjornsson and co-workers (2020) have found that people who suffer from social trauma also suffer more from anxiety and depressive symptoms, and they are more likely to develop the post-traumatic stress disorder.

While, on the one hand, the post-war social communities want to forget the horrors of war as soon as possible and move on with life, on the other hand, they paradoxically, simultaneously and continuously maintain the memories of losses, war violence and injustices committed (Hutchinson and Bleiker, 2015). In this way, the horrors of war socialization are built into “collective memories”, and socio-political life in a community takes on emotional factors, as a result of which the pain and suffering of those who experienced war trauma (e.g. lost their loved ones) enter a vicious circle of uncertainty, maintaining social trauma and its cultural transmission from generation to generation (Pedović and Hedrih, 2019).

Cultural rituals and the support system of the loved ones facilitate the grieving process to some extent (Betz and Thorngren, 2006). However, what happens when people have no information about the loved one who is reported missing? Boss (1999) calls this kind of loss of a close person an “ambivalent loss”. The “ambivalent loss” is characterized by uncertainty and lack of information about whether or not a loved one is alive and what really happened to them. The situation of uncertainty due to the lack of information greatly complicates the grieving process, as it prevents the practice of rituals that assist in going through the grieving process, but also burdens cognitive processes with many unanswered questions (e.g. ritual burials, conflicting information of witnesses who last saw the person, previous information). The situation of uncertainty often lasts until the missing person has been found, which in some cases never happens. Years after the disappearance of a loved one, families are preoccupied with memories of the individual, thinking about the reasons, possibilities, possible scenarios of disappearance, their suffering, or hoping that the loved one is alive, perhaps in some other better place (Boss, 2002). Often, people are left with no recourse but to construct their own truth about the missing person, and shortly thereafter reconstruct it, because without official, verified and proven information, this story will never get closure. People often deny themselves the right to mourn because they have never actually received confirmation that the missing person is no longer alive (Werner-Lin and Moro, 2004). This kind of loss makes it impossible to perform rituals that are of great cultural importance for resolving the loss, beginning and progressing through the stages of an adaptive grief process. If the case remains unresolved for a long period, it becomes extremely physically and mentally exhausting. For all of these reasons, the mental health of close family members of missing persons can be very vulnerable and susceptible to symptoms of depression, anxiety and psychosomatic disorders. Trauma impairs trust in the environment, in the relationships with other people, and leads to a state of helplessness, essentially having a negative effect on all aspects of human life and activity and thus impairing the quality of life and psychophysical health of people (Hadžić, 2019).

Social support and quality of life after traumatic loss

Social support is one of the most important protective factors in dealing with trauma and it is closely linked to positive outcomes when it comes to psychological and physical health (Zvizdić, 2015). Social, professional and economic support and rehabilitation are necessary if we are to expect people to recover from the adverse effects of war (Başoğlu et al., 2005). When they have support, people feel much safer and more secure. Social support greatly mitigates the physical and psychological consequences of exposure to stress (Thoits, 2011). Keilson and Sarphatie (1992) state that the impact of traumatic experience on the person's development depends on the presence or lack of psychosocial support in the environment after the traumatic event that caused the traumatic process. If we receive support in the form of understanding and compassion in interpersonal relationships, it is easier to deal with traumatic experiences in comparison to the situations where we find ourselves misunderstood by the environment. Social support is first and foremost expected from close people, most often family, and then from professionals and the community. For the people who have experienced the loss of a loved one, emotional support is of paramount importance (Lakey and Cohen, 2000), and the longest and most enduring assistance can be obtained through family support (Heaney and Israel, 2008).

In certain situations, the adverse effects of experienced war stressors and traumatic experiences produce maladaptive conditions and behaviours that go beyond the capacity of the family support itself. In these cases, professional support is also needed. Research shows that people who had returned from the battlefield and did not have support from their family had a greater chance of prolonged traumatic symptoms, while those with the post-traumatic stress disorder distanced themselves from their loved ones (Frye and Stockton, 1982). It is very important for the people who are traumatized that their trauma gets recognized and that the society makes an effort to help them find the missing family members. According to Herman (2012), this is the only way for people to regain the impression of a just world. However, over-emphasizing traumatic experiences can have the opposite effect and lead to the deepening of hatred between the warring parties, reducing the chances of forgetting, forgiveness and coexistence.

Research problem and aim

The social changes that occur within the framework of wartime socialization (e.g. population migration, refugees, shelling, murders, missing persons) affect the psychological state of individuals and their families and contribute to the loss of trust in the world around them. They are embedded as life

experiences in the psychological framework of the individual and transmitted as cultural heritage of families (Batista-Pinto Viese, 2010). The transmission of traumatic experiences within family dynamics can affect the occurrence of unfavourable patterns of affective attachment and patterns of social relations (Pedović & Hedrih, 2019), but it can also lead to impaired mental health of parents, whose mental suffering and pain gained through experiences of wartime socialization leaves a mark on the mental health of their children (Hadžić, 2019; Haskell & Randall, 2009). A dramatic breakdown of affective attachment and “ambivalent” traumatic loss create psychological suffering that leaves its mark on the quality of life and requires social support. Having in mind the above, in this research we examine the relationships between the traumatic loss of a loved one during war, mental health, quality of life and the role of social support in the sample of respondents who experienced wartime socialization in the former Yugoslavia in the first half of the 1990s. Special emphasis in the research is placed on the existence of differences in relation to the experienced traumatic loss of a loved one who died in the war and a person whose remains were not found.

We assumed that respondents still searching for close family members who perished or disappeared during the war would have a lower rate of quality of life and more aspects of disruption of mental health compared to the respondents who have found and buried the remains of their loved ones, as well as compared to those who participated in the wartime society but did not experience the loss of a loved one during the war (Boss, 1999, 2002; Bowlby, 1969; Buskman, 1996). As social support can significantly contribute to recovery from loss, we assumed that it would be positively related to a better quality of life and less present symptoms of impaired mental health (Hadžić, 2019; Lakey & Cohen, 2000; Zvizdić, 2015). The quality of life in this study is viewed through the experience of subjective happiness and life satisfaction, while the aspect of mental health is seen in the presence of psychosomatic symptoms and the symptoms of depression.

Method

Sample and procedure

The study comprised 299 respondents, divided into three sub-samples:

1. Respondents who lost a close family member in the war and the remains of the missing person have not been found to date (Respondent group “FM” – family of the missing), $N_{(FM)} = 100$;
2. Respondents who lost a close family member in the war and the remains of the injured person were found and buried (Respondent group “FD” – family of the deceased), $N_{(FD)} = 100$;

3. Respondents who lived in the wartime companionship but did not lose any close family members (Respondent group “NL” – no loss), N (NL) = 99.

The average age of the total sample was M = 55.82, and 49.5% of male respondents were surveyed in the total sample. Sample structure of respondents is shown in Table 1.

Table 1. Respondent Sample Structure

<i>Group</i>			NL	FD	FM
<i>Variable</i>	<i>Category</i>	<i>Statistic</i>	(N=99)	(N=100)	(N=100)
Sex	male	f/%	58/58.6	43/43.0	47/47.0
	female	f/%	41/41.4	57/57.0	53/53.0
Age	Descriptivestatistic subgroup	AS	55.25	55.10	57.10
		SD	10.55	14.19	13.99
		Min.	29	25	25
		Max.	77	82	81
Residence	rural	f/%	57/57.6	24/24.0	30/30.0
	urban	f/%	16/16.2	51/51.0	38/38.0
	suburban	f/%	26/26.3	25/25.0	32/32.0
Education	primary	f/%	19/19.2	18/18.0	32/32.0
	secondary	f/%	60/60.6	70/70.0	60/60.0
	higher	f/%	20/20.2	12/12.0	8/8.0
Marital Status	unmarried	f/%	29/29.3	18/18.0	14/14.0
	married	f/%	51/51.5	37/37.0	43/43.0
	divorced	f/%	6/6.1	3/3.0	14/14.0
	widow(er)	f/%	13/13.1	42/42.0	29/29.0
Employment Status	employed	f/%	44/44.4	48/48.0	42/42.0
	unemployed	f/%	34/34.4	16/16.0	22/22.0
	retired	f/%	21/21.2	36/36.0	36/30.0
Kinship with the victim	spouse	f/%	-	35/35.0	27/27.0
	parent	f/%	-	17/17.0	40/40.0
	child	f/%	-	25/25.0	23/23.0
	sibling	f/%	-	23/23.0	10/10.0

FM – family of the missing; FD – family of the deceased; NL – no loss

The survey was conducted individually and anonymously, and all respondents voluntarily agreed to participate in the survey. One part of the research was conducted at the premises of the Republic Organization of the Families of the Captured and Killed War Veterans and Missing Civilians of the Republic of Srpska. The second part was conducted at the respondents' family homes, while the third part was conducted with the assistance of the local organizations of the families of the captured and killed war veterans and missing civilians throughout the territory of the Republic of Srpska.

Parts of the questionnaires for the first two categories of respondents were sent by e-mail to the addresses of local organizations, which invited volunteer participants and then returned them to our address. This form of data collection was applied due to resource and time constraints.

Instruments

In addition to the questions on socio-demographic data, the battery contained the following items:

The Subjective Happiness Scale– SHS (Lyubomirsky and Lepper, 1999) contains 4 items that measure how much a person feels (un)happy; the answer is provided on a seven-point Likert-type scale. The study used a validated version of the scale by Jovanovic (2016). In our study, the internal consistency was $\alpha = .90$.

The Life Satisfaction Scale– SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) consists of 5 items; the answers provided on a seven-point Likert-type scale. The scale is intended to measure the cognitive aspect of the quality of life, global life satisfaction, the level of achievement of meaningful goals, personal experience of oneself, as well as satisfaction with living conditions. The reliability of the scale, measured by the Kronbach's alpha coefficient, is $\alpha = .89$.

The List of Psychosomatic Symptoms –PSS (Subotic, 2014) includes 17 items that measure the prevalence of a variety of health symptoms and difficulties that may have a psychosomatic background. Representation is estimated over the past month and items are answered using a Likert scale ranging from 0 (none) to 3 (a lot). In our study, the internal consistency was $\alpha = .93$. Some of the symptoms from the list include insomnia, dizziness, poor concentration etc. In our study, internal consistencies were satisfactory. The instrument was created and validated on a non-clinical sample (Subotić, 2014).

PHQ-9 (*The Patient Health Questionnaire*) or the validated Serbian version of the questionnaire (Kroenke and Spitzer, 2002; Kroenke et al. 2001, validation Subotic, 2014) contains nine symptoms of depression according to DSM-IV and DSM-V criteria. Using a Likert-type scale, the respondents reported how often from 0 (not at all) to 3 (almost every day) these symptoms had been present during the previous two weeks. In our study, the internal consistency was $\alpha = .89$. Some of the symptoms of the scale comprise low interest or low satisfaction in daily activities, feeling tired or low energy, too low or too high appetite. The questionnaire is intended for use in the general population to screen for possible depressive difficulties (Subotić, 2014).

The List of Social Support Received was constructed for the purposes of this research, with the aim of examining the extent of various forms of support received by the families of the dead and missing from the period of loss to the present, as well as the importance that the received support had for individuals. Some of the types of social support included in the list are the support from immediate family members, support from relevant institutions, professional and expert support etc.

Data Analysis

The relationship between the quality of life (viewed through the experience of subjective happiness and life satisfaction) in different categories of subjects with regard to the experienced loss was checked by the variance analysis procedure. The role of social support was tested using the multiple regression analysis procedures. The relationship between psychosomatic and depression symptoms was analysed through the use of the Kruskal-Wallis test. Statistical data processing was performed with the help of the open source R Deducer software package.

Results

The quality of life, measured through the experience of subjective happiness and life satisfaction in the three subcategories of respondents, was tested by Analysis of Variance (ANOVA). The results indicate that there are significant differences in life satisfaction ($F(2, 296) = 44.67; p < .001$) and experienced subjective happiness ($F(2, 296) = 35.59; p < .001$) depending on the category of loss of a close person (Table 3). Respondents who did not experience the loss of a close family member during the war have the highest life satisfaction on the average and show the highest degree of subjective happiness, while family members of the missing persons in the war have significantly the lowest life satisfaction and the lowest level of subjective happiness (Table 2 and Table 3).

Table 2.

Descriptive characteristics of life satisfaction, subjective happiness, depression and psychosomatic symptoms

Variable	N	AS	Med	Mod	SD	Sk	Ku	Min.	Max.
Life Satisfaction	299	17.30	17.00	10.00	7.32	.28	-.68	5.00	35.00
Subjective Happiness	299	15.18	16.00	16.00	3.90	-.29	-.49	4.00	22.00
Depression	299	5.75	4.00	1.00	5.49	1.42	1.38	0.00	25.00
Psychosomatic sym.	297	1.99	1.71	1.24	0.82	1.24	1.13	1.00	5.00

Table 3.

Differences in the quality of life in relation to the traumatic loss respondent subcategory

Quality of life		N	AS	SD	F _(2, 296)	p
Life Satisfaction	NL	99	21.86	6.89	44.67	.001
	FD	100	16.81	6.78		
	FM	100	13.28	5.55		
Subjective Happiness	NL	99	17.01	2.82	35.59	.001
	FD	100	15.66	4.03		
	FM	100	12.89	3.58		

Respondent group: FM – family of the missing; FD – family of the deceased; NL – no loss

In examining the role of social support, we were interested in the frequency of specific forms of support, as well as its significance for the respondents who experienced loss in the war. The response frequencies presented in Table 4 indicate that the support of the family ($f_{(FD)}= 82$, $f_{(FM)}= 85$), followed by that of friends ($f_{(FD)}= 77$, $f_{(FM)}= 65$), was the most frequent and useful in the wake of loss, while other types of social support were less represented in terms of frequency (state support: $f_{(FD)}= 32$, $f_{(FM)}= 34$; professional support: $f_{(FD)}= 21$, $f_{(FM)}= 25$). Respondents who used professional support in overcoming their loss rated it as useful ($f_{(FD)} = 16$, $f_{(FM)}= 19$) in most cases. It can also be pointed out (Table 4) that the respondents from the category of the families of the missing assessed the support of the state as less useful compared to the respondents whose family members had died.

Table 4.

Frequency and percentage of respondents' responses with regard to the type of support and its usefulness (support received)

Type of support	Group		Benefits of support	
	FD	FM	FD	FM
Support of the family	82/82.0	85/85.9	79/97.5	79/92.9
Support of friends	77/77.0	65/66.3	70/92.1	46/70.8
Support of the state	32/32.0	34/34.7	16/51.6	11/32.4
Professional support	21/21.2	25/25.8	16/64.0	19/70.3

Respondent group: FM – family of the missing; FD – family of the deceased

The role of social support was tested through two multiple regression analyses – the first with respect to total social support (which included social, state and professional support) and the second with respect to family support. The results of the first procedure show that social support is a significant predictor of life satisfaction. In other words, the people who have received higher levels of social support are more satisfied with life. Social support does not appear to be a significant predictor of depression, psycho-

somatic symptoms, and the degree of subjective happiness. A statistically significant model was obtained, explaining about 8% of the variance of the criteria ($R = .29$; $R^2 = .08$; $F(4, 192) = 4.25$; $p < .01$). The obtained results are shown in Table 5.

Table 5.

Prediction of total social support through depression, psychosomatic symptoms, life satisfaction and subjective happiness

	B	Beta	T	p	R	Part
Depression	-.06	-.20	-1.70	.09	-.20	-.12
Psychosomatic symptoms	.02	.13	1.13	.26	-.12	.08
Life Satisfaction	.09	.30	2.88	.00	.25	.20
Subjective Happiness	-.06	-.14	-1.39	.16	.12	-.10

$R = .29$; $R^2 = .08$; $F_{(4, 192)} = 4.25$; $p < .01$

In the following analysis (Table 6), a prediction of the support from immediate family members through depression, psychosomatic symptoms, life satisfaction, and subjective happiness was made. This type of support was singled out because family support proved to be the most common and significant form of support. This way, a statistically significant model was obtained, explaining about 14% of the variance of the criteria ($R = .37$; $R^2 = .14$; $F(4, 192) = 7.81$; $p < .001$). The results indicate that persons who, on the average, had a greater degree of support from immediate family members had lower depression on the average, which is also the only significant predictor of support from immediate family members.

Table 6.

Prediction of support by immediate family members through depression, psychosomatic symptoms, life satisfaction and subjective happiness

	B	Beta	T	p	R	part
Depression	-.03	-.44	-3.86	.00	-.34	-.26
Psychosomatic Symptoms	.00	.19	1.75	.08	-.20	.12
Life Satisfaction	.01	.17	1.69	.09	.26	.11
Subjective Happiness	-.01	-.09	-.97	.33	.18	-.07

$R = .37$; $R^2 = .14$; $F_{(4, 192)} = 7.81$; $p < .001$

The Kruskal-Wallis test also examined whether there were differences in the subjective consequences of the war depending on the category of loss of a close family member, i.e. whether there were differences in the presence of psychosomatic and depression symptoms (Table 7). The results show that, on the average, the family members of the persons missing during the war have the most severe depression and the highest psychosomatic symptoms.

Table 7.
Differences in the subjective consequences of war in relation to the traumatic loss respondent subcategory

Variables	Group	N	Average rank	χ^2	df	p
Depression	NL	99	119.95	23.19	2	.000
	FD	100	151.06			
	FM	100	178.69			
Psychosomatic Symptoms	NL	99	116.43	31.03	2	.000
	FD	99	146.34			
	FM	100	184.23			

Respondent group: FM – family of the missing; FD – family of the deceased; NL – no loss

Discussion

The results of the present study have shown that the quality of life of the respondents varies greatly depending on whether they have suffered the loss of a close family member in the war or the war ended for them without a fatal outcome in the family. Significant differences have also been found between the group of respondents who buried their loved ones and the groups of those still waiting for information about what happened to the missing family members. The data have shown that the closest family members of those missing in the war whose remains have not yet been found have the lowest quality of life in terms of general satisfaction and a subjective sense of happiness, which is in favour of the stated supposition. People who have not experienced the loss of a close person have the highest satisfaction with life and the highest level of subjective happiness, while the respondents who lost a close family member but whose remains were found show a worse quality of life than those who did not experience the loss of a close person during the war, but are happier and more satisfied than the family members of missing persons.

The loss of a close family member is one of the most stressful and painful events a person can experience, especially if the loss was sudden and happened as a result of wartime violence. When a family suffers the loss of a loved one, it is necessary to adapt to new life circumstances through accepting that loss. Although it may take some time for the family to resume normal functioning, through cultural rituals and available social support that facilitate the grieving process, there is a gradual acceptance of the fact that life continues even when a significant person is no longer present. However, in the families of missing persons, where the loss is unclear and unresolved, accepting this loss is almost impossible and represents a complex emotional process. The thoughts of close family members are flooded daily with the questions about what happened to their close family members, how he or

she disappeared; based on available information and their own opinions, they reconstruct the events. Aversive, past events are reconstructed through memories and supported with information (Alexander et al., 2004). This constant reconstruction of events determines the emotions and behaviour of the individual, but also of social groups (Alexander et al., 2014). Searching for new answers so that their story can have closure, and not finding them, the families of the missing almost completely lose confidence in the world around them. Regardless of the loss of trust, their hope that they will experience the knowledge of the truth endures. In addition to personal psychological trauma, the families of the missing live in the societies burdened with social trauma that is embedded in the collective consciousness and social identity of the community (Pedović and Hedrih, 2019). Social trauma is reinforced on a daily basis by the media and the political context of recalling wartime events and socialization twenty-five years after the formal cessation of the conflict. The context of living in a society burdened with social trauma helps maintain an affective connection with the missing person, but at the same time deepens the family's distrust of the world around them. In interviews with respondents in the research preparation phase, all respondents expressed distrust of the institutions' actions in the process of searching for missing persons, even to the extent that they felt that the institutions wanted the years to pass so that all the family members died to end the issue of missing persons. This distrust supports a constant cognitive focus on questions that do not contain answers.

Such a cognitive orientation does not allow the severance of effective attachments to the missing person and maintains an ambivalent attitude towards loss. In fact, it helps to maintain an affective bond and prevents the acceptance of loss, initiating the grieving process, and finding mechanisms for overcoming aversive life experiences (Bolwby, 1969; Fonagy and Allison, 2014). When the loss of a loved one implies his/her disappearance, affective attachment continues, and it is maintained by constant cognitive reconstruction of the events and life in the context of social trauma (Alexander et al., 2014; Boss, 1999, 2002). The point of sadness after the death of a loved one is for the people to "uncouple" from that person and thus continue to live their lives and begin to forge new relationships (Bolwby, 1969; Buckman, 1996). When people live in these conditions, it is expected that they cannot function normally and that all the characteristics of "ambivalent loss" impair their quality of life.

As we learned in the preparatory phase of the research, there were cases that after many years of searching, and the DNA analysis confirming with 99.9% certainty the identification of the missing body, the family members, tired of the uncertainty of the information, did not want to sign the obtained findings and thus recognize the analysis as valid. This example points to the complexity of the grieving process due to a delay in accepting the loss. It is

difficult to be content with life and feel happy when there is great emptiness in a person and the inability to say goodbye to a loved one in the way that everyone deserves. Funeral rituals are very significant in the grieving process and greatly facilitate this process (Bowen, 1991; Bowlby, 1969). Missing families are unable to perform rituals and, therefore, accepting the loss is very difficult. Understanding such loss is an extremely complex psychological phenomenon, which raises the research question of emotional dynamics due to ambivalent loss.

One of the aims of this research was to predict the impact of social support on the quality of life (life satisfaction and the degree of subjective happiness) and the presence of depression and psychosomatic symptoms, as important aspects of mental health and indicators of the subjective consequences of war. The data obtained partly justified the assumption made above, indicating that a higher level of social support received, involving the immediate and wider family, friends, relevant institutions, families with similar problems, professional support and support from non-governmental organizations, results in increased life satisfaction; this model explains 8% of the criteria variance. However, social support did not prove to be a significant predictor of depression, psychosomatic symptoms, and subjective happiness. Although there is a large part of variance that remains unexplained, it can still be observed that social support has impact on certain aspects of the quality of life. According to Herman (2012), individuals without social support who experience the loss of a loved one can remain "trapped" in the grieving process, which greatly affects the mental health of the individual and, consequently, the quality of life. Social support helps not only to accept the loss, but also to establish affective connections with other close family members (for example, with other children or the children of the person we have lost). The support of others offers us some form of security and gives us the impression that there is someone there to protect us from the bad things that are happening to us (Başoğlu et al., 2005; Bowlby, 1969). Individuals who have experienced the loss of a close family member primarily need emotional support, love, understanding and companionship. This kind of support is usually received from our loved ones – family and friends (Lakey and Cohen, 2000). Most of the respondents cited family as the most frequent and significant form of support. For this reason, a prediction was made regarding the support received by immediate family members and the level of the quality of life and subjective consequences of war. This model explains 14% of the variance of the criteria, with family support proving to be a significant predictor of depression, while significant data were not obtained for life satisfaction, subjective happiness, and psychosomatic symptoms. People who had more support from their family had, on the average, fewer depressive symptoms, indicating the importance of understanding and being present in the process

of coping with difficult life situations. Significant relationships are developed within the family circle that provides a sense of closeness, protection and security, and such interactions are a protective factor when facing life's difficulties and problems (Zvizdić, 2015). As already established, the support of the loved ones improves the quality of mental health.

Support from the state and relevant institutions is certainly a form of support that could have an impact on improving the living conditions. However, the results show that only 32% or 34.7% of the respondents stated that they had this form of support available. When it comes to mental health and the presence of depression and psychosomatic symptoms, a very important form of support would be professional support, which only 21.2% or 25.8% of respondents chose in this case. However, those that received professional support found it useful. The obtained results of the research regarding psychosomatic symptoms can also be related to the average age of respondents (over 55 years) –it is possible that certain psychosomatic symptoms such as high or low blood pressure, shortness of breath, headaches, and others, are correlated with age, as well as some other chronic illnesses. Therefore, it is certainly necessary to select more consistent mental health indicators in future research. Nevertheless, the results of the research confirm that there are differences between the examined groups with regard to the loss experienced, although the average age of the examined groups is approximately the same.

The support of the family and other loved ones is an important, but not the only, factor that contributes to improving a person's quality of life and mental health. For the impact to be much greater, there needs to be a whole community support network that offers help, understanding and acceptance in every sense, but a support network must be available and the motivation to participate in it must be seriously worked on. The results of other studies have shown that the presence of social support through family, friends and other external sources of support outside the family and the immediate environment is a significant protective factor in dealing with adverse life situations, which has an important effect on the quality of mental and physical health (Heaney and Israel, 2008; Lakey and Cohen, 2000; Zvizdić, 2015). However, the role of social support has not been detected by this research. Most of the respondents did not use other forms of support such as support from professionals, support from organizations or available services of state institutions, which made it impossible to obtain valid results. The reasons for under-utilization of support services may lie in cultural and political circumstances, educational attainment, lack of confidence, lack of information, unequal access to various forms of support, insufficient motivation to participate and other reasons. Therefore, further empirical attention is needed to address the role of social support for persons facing specific traumatic processes.

The study was conducted on a convenient sample and hence it is not possible to apply the obtained results to the whole population. In addition, accurate information on the number of missing persons and their family members is a more of a phenomenological piece of information that is brought more into the day-to-day political context than it is an official piece of information that is trustworthy. The obtained findings indicate the need to investigate the deeper consequences of the war on mental health, e.g. anxiety spectrum symptoms, the presence of post-traumatic symptoms, and other forms of psychological distress not covered by this study. The results of the research raise the issue of the complexity of the emotional dynamics of “ambivalent loss” and the role of affective attachment to the missing person, because they leave a clear conclusion about the mental health and quality of life of the families who experienced loss during the war. It would also be useful to look at the measured variables in relation to the socio-demographic characteristics of the sample: gender, age, educational level, employment status and material status, as well as kinship with the missing person. Especially important are the issue of kinship with the missing person and the research of emotional factors of the traumatic loss with the possibility of transmission to the descendants or younger generation. At the same time, such a question imposes the need to explore the relationship between social trauma (regardless of the insufficient empirical research of this concept) and the process of grieving due to ambivalent loss, but also the role of social trauma, its integration into the collective consciousness and social identity and its impact on the emotional processes of specific groups in post-war societies. It is necessary to further investigate the subjective consequences of wartime life and socialization in the post-war societies in which latent war socialization takes place on both the media and socio-political scene, and where the distrust of the vulnerable categories of the population towards the society at large is especially evident.

The preparatory phase of the research for the first two categories of respondents was followed by the expression of the emotion of remembering and mourning, which was manifested through the tendencies of the respondents to tell the interviewer their story, to express disappointment, dissatisfaction and distrust towards the relevant authorities, to express hope, but also to be pleased that “someone remembered” to record their suffering and pain. It is precisely this impression that supports the need for a serious dedication to the motivational aspect of treatment with psychological support to families in dealing with the loss of missing persons, but also to the mentalisation of aversive experiences from the past (Fonagy and Allison, 2014). The effect of social support remains the main perplexity of this

research; therefore, it would be more appropriate to examine in depth its impact on various aspects of the quality of life for the family members who face a real inability to initiate the grieving process, especially in the aspect of distrust of families towards state policies. The results of this research support the existence of an intertwined link between traumatic loss in the war, impaired mental health and the quality of life, and the untapped opportunity for professional support as a significant resource for overcoming loss and overcoming the vicious circle of the disturbed trust in the world around us. Trauma is a universal phenomenon and the results of this study may be implicated in other post-war communities. Finally, an empirical test points to the need of finding a specific psychological support programme for the persons facing long delays in the grieving process. It is necessary to apply humane ways of acknowledging suffering and pain, so that even the families that cannot find their missing family members have a chance for a better quality of life and the preservation of mental health.

Conclusion

Unlike the families who experienced the loss of a close family member in the war and had the opportunity to say goodbye to their loved ones or the persons who experienced wartime life and socialization, but not loss, the families whose close family members are missing as a result did not get a chance to start of the grieving process. Their life is characterized by the constant maintenance of affective attachment to the missing person, life in the context of social and personal trauma, by the hope and desire to welcome a day when they will be able to bury their loved ones, while all other wishes and desires in their life are latent, marginalized or sporadic. Considering that the whole process of delaying grief has taken twenty-five years and has left an indelible mark on their quality of life and mental health, it is necessary to find adequate forms of psychological support, as well as social mechanisms that will incorporate humanity into political culture and collective will. Psychological support of the families searching for their missing persons in the war should be aimed at the acceptance of the missing persons' physical absence from family life, the establishing and recognizing of the importance of new affective relationships, and the building of a resilient attitude towards life in the context of social trauma and the constant creation and maintenance of cognitive constructs of disappearance scenarios. Special attention should also be paid by the professional public to the motivational aspects issue of family participation in psychological treatments.

References:

- Alexander, J. C., Eyerman, R., Giesen, B., Smelser, N. J., Sztompka, P. (2004). *Cultural Trauma and collective identity*. California: University of California Press.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković T., Suljić, E., Đurić D., Vranešić, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia. *JAMA*, 294(5), 580–590.
- Batista-Pinto Viese, E. (2010). Culture and Migration: Psychological Trauma in Children and Adolescents. *Traumatology*, 16(4), 142–152.
- Betz, G., Thorngren, J. M. (2006). Ambiguous Loss and the Family Grieving Process. *The Family Journal*, 14(4), 359–365.
- Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Gudmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., et al. (2020). Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 1–9.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. London: Harvard University Press.
- Boss, P. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Process*; Rochester, 41(1), 14–17.
- Bowen, M. (1991). Family reactions to death. In F. Walsh i M. McGoldrick (Eds), *Living beyond loss: Death in family* (p. 335–348). New York: Norton.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Buckman, R. (1996). *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće*. Zagreb: Institute of Graphic Arts of Croatia.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assesment*, 49(1), 71–75.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
- Frye, J. S., Stockton, R. A. (1982). Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139(1), 52–56.
- Hadžić, A. (2019). Uvod: O traumi. U M. Tomašević i T. Mirović (Ed.), *Trauma – naša priča* (p. 19–42). Belgrade: Shema therapy Center.
- Hamburger, A., Hancheva, C., Özcürümez, S., Scher, C., Stankovic, B., Tutnjevic, S. (2018). *Forced Migration and Social Trauma – Interdisciplinary Perspectives from Psychoanalysis, Psychology, Sociology and Politics*. London: Routledge.
- Haskell, L., Randall, M. (2009). Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 48–99.
- Heaney, C. A., Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research and practice*, 4, 189–210.
- Herman, J. L. (2012). *Trauma i oporavak*. Novi Sad: Psihopolis institute.

- Hutchinson, E., & Bleiker, R. (2015). Grief and the transformation of emotions after war. In L. Ahäll & T. Gregory (Eds.), *Interventions. Emotions, politics and war* (pp. 210–221). Abingdon, Oxon: Routledge.
- ICRC (2019). *Još 7000 nestalih života: Porodice nestalih osoba u Bosni i Hercegovini* [Brochure]. Sarajevo: ICRC
- Jovanović, V. (2016). *Psihologija subjektivnog blagostanja*. Novi Sad: Faculty of Philosophy.
- Keilson, H., Sarphatie, H. R., (1992). *Sequential traumatization in children: A clinical and statistical follow-up study on the fate of the Jewish war orphans in the Netherlands*. Jerusalem: Magnes Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 1–7.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Lakey, B., Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. Underwood and B. H. Gottlieb (Eds), *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*(p. 29–52). New York: Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S., Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 46(2), 137–155.
- Milosavljević, B. (2000). *Djeca u ratu i poslije rata, psihološka istraživanja*. Banja Luka: National and University Library of the Republic of Srpska “Petar Kočić” and Center for Development and Evaluation of Psychosocial Programs – Department of Psychology, Faculty of Philosophy.
- Milosavljević, B. (2003). *Djeca i ratne traume, socijalnopsihološki aspekt i istraživanja*. Banja Luka: Faculty of Philosophy.
- Pedović, I., Hedrih, V. Social trauma and emotional attachment (2019) . *Facta Universitatis, Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 18(1), 27–37.
- Subotić, S. (2014). *Evaluacija inkluzivne obrazovne reforme u osnovnoj školi*. (Unpublished PHD dissertation). Novi Sad: Faculty of Philosophy, Novi Sad University.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Werner-Lin, A., Moro, T. (2004). Unacknowledged and stigmatized losses. In F. Walsh i M. McGoldrick (Eds), *Living beyond loss: Death in the family*(p. 247–272). New York: Norton.
- Zvzdić, S. (2015). *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*. Sarajevo: Sarajevo Faculty of Philosophy.

Kvalitet života nakon traumatskog gubitka i uloga socijalne podrške – ispitivanje psiholoških posljedica rata dvadeset pet godina poslije

Sanja Radetić Lovrić

Univerzitet u Banjoj Luci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju

Aleksandra Pećanac

Nova banka, a.d. Banja Luka

Istraživanje je sprovedeno s ciljem spoznaje dalekosežnosti psiholoških posljedica rata, koji se vodio na prostoru bivše Jugoslavije (1991–1995). Istraživanje ispituje relacije između doživljenih ratnih stresora i ratnog traumatskog iskustva gubitka, kvaliteta života i mentalnog zdravlja, kao i ulogu socijalne podrške između tri kategorije ispitanika: prvu čine ispitanici kojima je u ratu nestao blizak član porodice, a čiji posmrtni ostaci nisu pronađeni do danas; drugu kategoriju čine osobe koje su izgubile bliskog člana porodice u ratu; dok treću kategoriju čine ispitanici koji su učestvovali u ratnoj socijalizaciji, ali nisu doživjeli gubitak bliskog člana porodice u ratu. U istraživanju su korištene lista psihosomatskih simptoma, upitnik depresivnih simptoma, Skala subjektivne sreće, Skala zadovoljstva životom i skala procjene značaja socijalne podrške. Rezultati pokazuju da ispitanici koji i dalje tragaju za tijelom nestalog člana porodice imaju niži kvalitet života u odnosu na druge dvije kategorije ispitanika i imaju izraženije prisustvo depresivnih i psihosomatskih simptoma. Uloga socijalne podrške u procesu oporavka od traume ostaje nejasna. Rezultati istraživanja su prodiskutovani u odnosu na okončan i produžen traumatski gubitak, a upućuju na dalje istraživanje kompleksne emocionalne dinamike kao posljedice ratne socijalizacije.

Ključne riječi: traumatski gubitak, stresori, kvalitet života, socijalna podrška, nestale osobe

Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću¹

Jovana Jestrović²

Centar za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima Harmonija, Novi Sad

Ivana Mihić

Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Bez obzira na postojanje trenda uvođenja na pacijenta usmerenog pristupa u klinika koje se bave tretmanom problema neplodnosti, istraživanja zadovoljstva podrškom medicinskog osoblja u Srbiji još nisu sprovedena. U skladu sa tim, osnovni cilj ovog istraživanja odnosi se na ispitivanje metrijskih karakteristika Upitnika za procenu medicinske podrške, kao prvog kvantitativnog instrumenta za merenje ovog vida podrške u Srbiji. U istraživanju je učestvovalo ukupno 87 žena, koje se trenutno suočavaju sa problemom neplodnosti. Na ispitivanom uzorku pouzdanost upitnika je visoka i izražena kroz Kronbahov alfa koeficijent iznosi .96, dok se primenom metode glavnih komponenti dobija jednofaktorsko rešenje. Osim metrijskih karakteristika instrumenta, u istraživanju je prikazano i zadovoljstvo ispitanica određenim segmentima podrške. Njihovi odgovori ukazuju na najviše zastupljeno zadovoljstvo segmentom tehničke veštine i kompetentnost za sprovođenje tretmana, dok među najlošije ocenjene spadaju emocionalna podrška od strane medicinskog osoblja i edukacija pacijenata o prpratnim emocionalnim efektima. Dužina suočavanja sa problemom neplodnosti i starost ispitanica nisu se pokazali značajnim u proceni zadovoljstva. Dobijeni nalazi govore u prilog postojanju fokusa na medicinski aspekt i efikasnost od strane medicinskog osoblja, nasuprot na pacijenta usmereni pristup, i otvaraju prostor za rad na integraciji holističkog pristupa u klinike koje se bave problemom neplodnosti u Srbiji. Osim toga, rezultati ističu značaj postojanja efikasnog i pouzdanog instrumenta za merenje zadovoljstva medicinskom podrškom za praćenje i unapređenje rada klinika na kojima se sprovode tretmani asistiranih reproduktivnih tehnologija.

Ključne reči: medicinska podrška, tehničke veštine za sprovođenje tretmana, emocionalna podrška

1 Istraživanje prikazano ovim radom predstavlja deo projekta „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“, koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije (DN179022).

2 jovannajestrovic@gmail.com

Uvod

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije sa neplodnošću se suočava svaki šesti par u svetu (SZO, 2012), odnosno 17% parova u Srbiji (RZS, 2011). Sa napretkom medicine ovim parovima pružena je mogućnost ostvarivanja u roditeljskoj ulozi uz korišćenje tzv. asistirane reproduktivne tehnologije. Ipak, prolaženje kroz neki od ovih tretmana može biti traumatično iskustvo (Payne & Goedeke, 2007), koje čini da se ljudi neretko osećaju izolovano i koje je fizički i emocionalno bolno za njih (Allan, 2001; Sherwin, 2000).

Rezultati istraživanja koja su za predmet imala stres povodom neplodnosti ukazuju na postojanje faktora koji su se pokazali protektivnim u procesu suočavanja sa ovom nerazvojnjom krizom, a jedan od njih je i podrška od strane medicinskog osoblja (Daniluk, 2001). Ovaj faktor odnosi se na podršku ne samo lekara, već i medicinskih sestara i celokupnog osoblja sa kojim su parovi u interakciji tokom tretmana. Tokom tretmana neplodnosti, parovi stupaju u interakciju sa lekarima i medicinskim sestrama, koje mogu percipirati kao podržavajuće, sa jedne strane, ali takođe se mogu osetiti i kao samo još jedan od neplodnih pacijenata u nizu, što povećava osećaj neshvaćenosti i izostanka podrške (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Iako su doktori ti koji su tokom procesa lečenja neplodnosti u najvećoj meri fokusirani na stopu uspeha i statistike (Allan, 2001), kroz istraživanja se pokazalo da pacijenti odluku o izboru klinike donose na osnovu uspešnosti, ali da u ključne faktore spadaju i kvalitet usluge i ophođenje osoblja prema njima (Dancet et al., 2010). U skladu sa tim, u oblasti reproduktivne medicine studije su obično usmerene na efikasnost (stopu ostvarenih trudnoća) i bezbednost, dok je usmerenost na pacijenta manje ispitivana (Nyboe Andersen et al., 2009). Ipak, važan aspekt suočavanja sa neplodnošću jeste i psihološki momenat, naročito kod onih parova kod kojih uzrok neplodnosti nije poznat (Omu & Omu, 2010). Na značaj bavljenja temom zadovoljstva podrškom koju parovi dobijaju od medicinskog osoblja ukazuje podatak da je ovo zadovoljstvo prediktor pacijentovog pristupa tretmanu, sklonosti preuranjenom napuštanju tretmana i spremnosti da se traži medicinska pomoć pri suočavanju sa neplodnošću (Ware & Davis, 1983). U skladu sa navedenim, istraživanja pokazuju da parovi koji odustaju od tretmana neplodnosti govore o izostanku psihološke podrške i empatije od strane medicinskog osoblja kao jednom od značajnih faktora u procesu donošenja odluke (Van den Broeck et al., 2009). Upitane za najpozitivnije iskustvo tokom tretmana žene značajno češće govore o odnosu sa lekarom i medicinskim sestrama, u smislu posvećenosti, dostupnosti, načina na koji razgovaraju sa njima i iskrenosti, nego o pozitivnom ishodu tretmana, odnosno trudnoći. Sa druge strane, odnos sa lekarima i medicinskim osobljem koji je ispunjen nepoštovanjem, nezainteresovanošću i izostankom empatije je najčešće navođeno najnegativnije iskustvo tokom tretmana (Malin et al., 2001).

Dakle, umesto isticanja efikasnosti tretmana, pristup koji je potreban klinikama koje se bave lečenjem neplodnosti i sprovođenjem tretmana je na pacijenta orijentisan pristup, koji podrazumeva holistički pristup i uključuje i druge segmente osim medicinskog. Na pacijenta usmeren pristup podrazumeva brigu koja se oslanja na poštovanje pacijenta, odgovara njegovim individualnim potrebama i koja je vođena pacijentovim vrednostima, odnosno prilagođena konkretnom pacijentu (Corrigan et al., 2001). Pored navedenog, ovaj pristup ogleda se u boljoj saradnji između pacijenata i medicinskog osoblja, koja može redukovati nespozazume, žalbe i učiniti sistem zdravstvene zaštite efikasnijim (Patwardhan & Patwardhan, 2009). Iako rezultati sprovedenih anketa uglavnom ukazuju na visoko generalno zadovoljstvo brigom od strane medicinskog osoblja u kontekstu neplodnosti (npr. Sabourin, Wright, Duchesne & Belisle, 1991), ispitivanjem njenih pojedinačnih aspekata dobija se prilika za unapređenje i povećanje zadovoljstva kod pacijenata. Kada govorimo o kvalitetu brige iz perspektive pacijenta, on je obično definisan dostupnošću, pristupačnošću, samim procesom i ishodom tretmana (Fitzpatrick & Hopkins, 1993) i pacijenti zapravo mogu biti zadovoljni ili nezadovoljni uzimajući u obzir različite aspekte brige (Malin et al., 2001). Merenjem generalnog zadovoljstva stvara se ograničena i veštački optimistična slika kvaliteta brige u praksi (Haagen et al., 2008).

Sa ciljem merenja zadovoljstva brigom i podrškom koju dobijaju od strane lekara i medicinskih sestara tokom tretmana neplodnosti kreirano je nekoliko instrumenata, koji se oslanjaju na kvalitativna istraživanja i pregled literature (Bromham et al., 1988; Haagen et al., 2008; Malin et al., 2001; Sabourin et al., 1991; Schmidt et al., 2003; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010). Podrška od strane medicinskog osoblja u gotovo svim navedenim istraživanjima i instrumentima merena je preko segmenata koje ova briga obuhvata, koji su u velikoj meri slični i uglavnom su bazirani na modelu usmerenosti na pacijenta Pikerovog instituta (<https://www.picker.org/www.pickerinstitute.org>), prilagođenog kontekstu neplodnosti (van Empel et al., 2010). Dancet i saradnici (Dancet et al., 2010) baveći se faktorima na pacijenta usmerenog tretmana proširuju listu Pikerovog instituta i dolaze do 10 faktora koji su međusobno povezani i značajni za pacijente u procesu suočavanja. U ove faktore ubrajaju se: informisanje, kompetentnost osoblja, koordinisanost i integritet, kontinuitet i tranzicija, pristupačnost, fizički komfor, stav osoblja i povezanost, komunikacija, emocionalna podrška i uključenost pacijenta i privatnost (Dancet et al., 2011).

Jedan od pionirskih pokušaja merenja zadovoljstva medicinskom podrškom sprovedeli su Saborin i saradnici (Sabourin et al., 1991), konstruišući *Formu za ispitivanje zadovoljstva pacijenta* (engl. *The Patient Satisfaction Form*), upitnik sačinjen od 31 stavke za merenje zadovoljstva pacijenata tretmanom neplodnosti. Ovaj upitnik meri zadovoljstvo pacijenata informisanošću, kvalitetom, troškovima i trajanjem usluge, stavom medicinskog osoblja i gene-

ralno zadovoljstvo klinikom. U njihovom istraživanju, ispitanici su pokazali visok stepen zadovoljstva tretmanom.

S obzirom na to da prethodno opisani instrument nije validiran, te da nisu poznate njegove metrijske karakteristike, van Empel i saradnici (van Empel et al., 2010) kreirali su upitnik na osnovu fokus grupa i upitničkog ispitivanja. Kao rezultat njihovog rada nastao je *Upitnik za merenje na pacijenta usmerenog pristupa u kontekstu neplodnosti (PCQ-infertility)*, koji se sastoji od 46 stavki i bazira na Pikerovim principima. Subskale ovog upitnika koje se izdvajaju su: dostupnost, informacije, komunikacija, uključivanje pacijenta, poštovanje pacijentovih vrednosti, kontinuitet i tranzicija, kompetentnost i organizacija brige. Ovaj instrument ujedno predstavlja i prvi instrument namenjen merenju na pacijenta usmerenog pristupa u kontekstu neplodnosti čije su psihometrijske karakteristike proverene (i dobre) i koji se može koristiti za merenje zadovoljstva pacijenata, ali takođe i za poređenje istog u okviru različitih klinika. Kao takav predstavlja veliki korak napred, budući da su se prethodni pokušaji merenja uglavnom završavali na upitnicima koji su istraživači kreirali za svoje potrebe i koji nisu psihometrijski provereni (npr. Sabourin et al., 1991) ili pak na osnovu intervju sa pacijentima (npr. Klitzman, 2018), koji nisu ekonomični u pogledu vremena neophodnog za ispitivanje (van Empel et al., 2010).

Upitani o zadovoljstvu različitim segmentima brige iz modela na pacijenta usmerenog pristupa pacijenti govore o mogućnosti za unapređenje stava lekara i koordinisanosti brige (Haagen et al., 2008), kao i osećaju da ih osoblje ne uzima za ozbiljno ili tretira kao objekat ili broj (Malin et al., 2001). Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na nezadovoljstvo parova odnosom sa lekarima, pre svega kada se radi o pripremljenosti za konsultacije i individualizovanom pristupu pacijentu. Ono što oni navode jeste da doktori neretko dolaze na konsultacije nesprenni i tek se upoznaju sa njihovim slučajem na licu mesta. Još jedna od zamerki odnosi se na izostanak veština savetovanja i nošenja sa negativnim emocijama koje se javljaju kod pacijentkinja (Peddie, van Teijlingen & Bhattacharya, 2005). Studije koje su se bavile ispitivanjem na pacijenta usmerenog tretmana govore da neke od oblasti u kojima postoji najveći prostor za unapređenje jesu emocionalna podrška (85% ispitanica navode da nisu dobile ovaj vid podrške ili nisu zadovoljne istim) i uključenost partnera, pri čemu više od 1/3 ispitanica navodi da ni u jednom momentu nisu upitane da povedu svog partnera na kliniku (Souter et al., 1998). Takođe, u studiji koja je obuhvatala više klinika pacijenti navode da bi kontinuitet brige, informisanost pacijenata i poštovanje njihovih vrednosti mogli biti na višem nivou, a čak 273, od ukupno 888 pacijenata kao negativno iskustvo navodi izostanak informacija o tome gde mogu potražiti psihološku podršku (van Empel et al., 2010). Na i dalje prisutan fokus na medicinski aspekt tretmana i u razvijenijim zemljama ukazuju rezultati istraživanja sprovedenog u Nemačkoj u kome je dobijeno da, iako je informisanje pacijenata od strane lekara

o potencijalnim fizičkim posledicama tretmana prema proceni pacijenata u dovoljnoj meri zastupljeno, ono što nedostaje jeste bavljenje emocionalnim rizicima koje tretman nosi (Rauprich, Berns & Vollmann, 2011).

Iako se kroz istraživanja sprovedena u inostranstvu podrška medicinskog osoblja izdvaja kao jedan od najbitnijih elemenata kada se radi o tretmanu neplodnosti, istraživanja iste u našoj zemlji nisu prisutna. U skladu sa navedenim, osnovni cilj ovog rada odnosi se na prikaz kreiranog Upitnika za procenu medicinske podrške i ispitivanje njegovih metrijskih karakteristika. Zadovoljstvo podrškog medicinskog osoblja pokazalo se jednim od prediktora ranijeg završavanja tretmana i daljih odluka o tretmanu (Ware & Davis, 1983), koji su veoma značajni indikatori efikasnosti konkretne klinike, što je jedan od ključnih segmenata pri izboru od strane pacijenata. Postojanje obuhvatnog upitnika za merenje ovog konstrukta imalo bi višestruki značaj, kako u naučnom, tako i u praktičnom smislu, u vidu dobijanja alata za praćenje rada medicinskog osoblja, ali i smernica za rad sa pacijentima i unapređenje postojeće prakse. S obzirom da prethodno opisani Upitnik za merenje na pacijenta usmerenog pristupa u kontekstu neplodnosti poseduje dobre metrijske karakteristike, prevod ovog upitnika, namesto kreiranja potpuno novog instrumenta, takođe je bio jedna od opcija kada se radi o merenju odnosa pacijent-medicinsko osoblje u kontekstu neplodnosti. Ipak, istraživači su se odlučili za kreiranje novog upitnika koji je prilagođen našoj kulturi i ekonomičniji u pogledu broja stavki, te samim tim lakši za popunjavanje. Nadalje, još jedan od razloga za kreiranje novog upitnika odnosio se na želju istraživača za ispitivanjem segmenata koji se odnose na rad osoblja i odnos sa pacijentom, dok prethodno navedeni upitnik podrazumeva i neke organizacione aspekte tretmana. U radu prikazan upitnik kreiran je na osnovu na pacijenta usmerenog pristupa i prvi put primenjen u ovom istraživanju. Pored osnovnog cilja, sporedni cilj istraživanja odnosi se na ispitivanje zadovoljstva brigom i podrškom od strane osoblja u klinikama koje se bave problemom neplodnosti u našoj zemlji.

Metod

Uzorak

U istraživanju je učestovalo 87 ispitanica, starosti od 18 do 47 godina ($AS=34.14$; $SD=6.07$), koje nemaju dece i koje se u proseku oko 6 godina suočavaju sa problemom neplodnosti ($AS=5.94$; $SD=5.04$).

Instrumenti

Upitnik za procenu medicinske podrške (Jestrović i Mihić, 2019). Upitnik je nastao na osnovu koncepta na pacijenta usmerenog pristupa prime-

njenog u kontekstu neplodnosti, pregleda literature i rezultata istraživanja koja su se bavila ispitivanjem prisutnosti medicinske podrške u inostranstvu (Dancet et al., 2010; Dancet et al., 2011; Haagen et al., 2008; Peddie et al., 2005; Rauprich et al., 2011; Sabourin et al., 1991; van Empel et al., 2010). Iako postoje neslaganja oko toga šta je korisnije meriti – zadovoljstvo pacijenata ili pak njihovo iskustvo sa određenim segmentima brige, budući da je specifičnije i objektivnije (Cleary, 1999), prilikom kreiranja ovog upitnika autori su se odlučili za zadovoljstvo, s obzirom na to da je subjektivni osećaj pacijenata onaj koji ima udela u procesu prilagođavanja na neplodnost (Ridenour et al., 2009). U skladu sa tim, upitnik procenjuje zadovoljstvo pacijenata određenim aspektima brige od strane lekara i medicinskog osoblja generalno. Sastoji se od 13 aspekata brige, koji predstavljaju kombinaciju na pacijenta usmerenih principa i onoga što se u istraživanjima izdvojilo značajnim za same parove koji se suočavaju sa problemom neplodnosti. Neki od principa na pacijenta usmerenog pristupa su u potpunosti preuzeti, kao što su dostupnost ili pristupačnost lekara, kompetentnost, stav osoblja, komunikacija i emocionalna podrška. Sa druge strane, neki od segmenata su spojeni u jedan, npr. koordinisanost i integrisanost, kao i kontinuitet i tranzicija, dok su neki podeljeni na dva ili više odvojenih segmenata, pa su tako u upitniku odvojene informacije i edukacija o kliničkim aspektima, sa jedne strane, i propratnim emocionalnim efektima, sa druge. Fizički komfor je jedini aspekt koji je u potpunosti izbačen, s obzirom na to da su istraživači imali cilj da konstruišu upitnik koji se odnosi na brigu od strane osoblja, a ne zadovoljstvo opremljenošću klinike. Kao rezultat ovog procesa aspekti koji su uvršćeni u instrument su sledeći: individualizovan pristup pacijentu, informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana, informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana, emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama, stav i senzitivnost osoblja klinike, otvorena i iskrena komunikacija, koordinisanost i integrisanost brige, tehničke veštine i kompetentnost za sprovođenje tretmana, sveobuhvatnost i kvalitet brige, vreme koje lekar posvećuje pacijentu, pripremljenost lekara za konsultacije, dostupnost lekara i uključivanje partnera tokom tretmana. Uputstvo za popunjavanje upitnika je glasilo: „Pred Vama se nalazi niz rečenica koje opisuju različita ponašanja lekara i celokupnog medicinskog osoblja sa kojima se susrećete. Molimo Vas da procenite u kojoj meri ste zadovoljni pobrojanim aspektima.“ Upitnik se sastoji od pobrojanih 13 stavki uz koje je priložena petostepena Likertova skala (1– uopšte nisam zadovoljna; 5– u potpunosti sam zadovoljna). Nakon svake stavke sledilo je detaljnije objašnjenje na šta se ona odnosi, kako bi ispitanicama bilo lakše da daju procenu (npr. Otvorena i iskrena komunikacija – iskrenost lekara prema pacijentima u pogledu trenutnog stanja i prognoza za budućnost; jasne, iskrene informacije o dijagnozi i šansama za uspeh određenih tretmana).

Procedura

Istraživanje je sprovedeno tokom novembra i decembra 2019. godine, u vidu onlajn ankete podeljene u Facebook grupama koje za temu imaju suočavanje sa neplodnošću. Ispitanice su najpre morale da daju saglasnost za učešće u istraživanju, nakon čega su pristupale popunjavanju upitnika. Potrebno je naglasiti da su ispitanice lečenje neplodnosti i postupke vantelesne oplodnje obavljale u različitim klinikama i da u istraživanju od njih nije traženo da navedu naziv klinike. Takođe, za one koje su imale više pokušaja naglašeno je da upitnik popunjavaju uzimajući u obzir najsvežije, tj. iskustvo sa poslednjom klinikom.

Sprovođenje u radu prikazanog istraživanja odobreno je od strane Etičke komisije Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, a ispitanicama je, u slučaju da ih učestovanje u istraživanju uznemiri ili oseće bilo kakvu nelagodu, ponuđena besplatna psihološka podrška koju pružaju sistemski porodični psihoterapeuti (kontakt savetovališta je dat ispitanicama).

Rezultati

Metrijske karakteristike Upitnika za procenu medicinske podrške

Na osnovu inicijalnih analiza, odlučeno je da se zadrži svih 13 stavki kreiranog upitnika i to na osnovu sledećih kriterijuma:

- visina komunaliteta u sprovedenoj analizi glavnih komponenti kretala se između .50 i .78;
- vrednosti iz komponentne matrice – vrednosti za sve stavke su preko .70;
- ajtem-total korelacije kreću se u rasponu između .67 i .85 – dakle, radi se o visokim korelacijama sa predmetom merenja³
- pouzdanost skale se smanjuje izbacivanjem svake od stavki, osim stavke koja se odnosi na dostupnost lekara i mogućnost komunikacije putem telefona, za koju ostaje nepromenjena (Matrica komunaliteta, Komponentna matrica i tabela sa ajtem-total korelacijama i promenama u pouzdanosti nalaze se u Prilogu).

U skladu sa navedenim, autori se odlučuju za zadržavanje svih stavki. Pouzdanost upitnika na ispitanom uzorku je odlična i izražena Kronbahovim alfa koeficijentom iznosi .96.

Faktorska struktura Upitnika za procenu medicinske podrške

Pre sprovođenja faktorske analize izvršena je provera podobnosti za primenu ove metode. Vrednost Kaiser-Meyer-Olkinovog i Bartletovog testa ukazuju na smislenost sprovođenja faktorske analize (Tabela 1).

3 Prema Kohen-ovim smernicama korelacije više od 0.5 smatraju se visokim (Cohen, 1988)

Tabela 1

Testiranje pretpostavki primerenosti podataka za faktorsku analizu – Kaiser-Meyer-Olkinov i Bartlettov test

Kaiser-Meyer-Olkinov test uzorkovanja podudarnosti		.93
		991.62
Bartlettov test	Stepeni slobode	78
	Značajnost	.000

Primenom metode glavnih komponenti izdvaja se jedan faktor čija je vrednost viša od 1 i koji objašnjava 66.68% varijanse (Tabela 2). Dobijeni nalazi govore u prilog tome da mereni segmenti nedvosmisleno spadaju u jedan faktor, koji možemo imenovati kao podrška od strane medicinskog osoblja.

Tabela 2

Analiza glavnih komponenti

Komponente	Početne svojstvene vrednosti			Suma kvadrata opterećenja		
	Ukupno	% varijanse	Kumulativni %	Ukupno	% varijanse	Kumulativni %
1	8.67	66.68	66.68	8.67	66.68	66.68
2	.77	5.94	72.62			
3	.69	5.31	77.93			
4	.55	4.23	82.16			
5	.48	3.68	85.84			
6	.40	3.08	88.93			
7	.36	2.80	91.73			
8	.28	2.15	93.88			
9	.23	1.77	95.66			
10	.19	1.48	97.14			
11	.15	1.16	98.30			
12	.12	.93	99.23			
13	.100	.77	100.000			

Deskriptivna statistika

U Tabeli 3 prikazani su deskriptivni pokazatelji za svaki od segmenata medicinske podrške obuhvaćenih primenjenim instrumentom. Osvrtom na rezultate zapaža se da se većina prosečnih vrednosti nalazi se između 3 i 4, grupišući se između srednjih i viših skorova. Za testiranje značajnosti razlika u zadovoljstvu različitim segmentima brige korišćen je t-test za uparene uzorke (engl. *Paired-Samples T test*). Dobijeni rezultati ukazuju na to da su ispitanice značajno zadovoljnije segmentom koji se odnosi na tehničke veštine i kompetentnost lekara nego bilo kojim drugim segmentom brige (Prilog 4). Takođe, značajna razlika dobijena je između segmenata koji se odnose na informisanje i edukaciju pacijenata o prapatnim emocionalnim efektima tre-

tmana (Prilog 5) i emocionalnu podršku u nošenju sa negativnim emocijama (Prilog 6).

Tabela 3

Deskriptivni pokazatelji – aritmetičke sredine i standardne devijacije za svaki od aspekata podrške

	AS	SD
Individualizovan pristup pacijentu	3.69	1.31
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana	3.39	1.28
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	2.76	1.53
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	2.70	1.52
Stav i senzitivnost osoblja klinike	3.37	1.37
Otvorena i iskrena komunikacija	3.74	1.30
Koordinisanost i integrisanost brige	3.20	1.36
Tehničke veštine i kompetentnost	4.11	1.04
Sveobuhvatnost i kvalitet brige	3.32	1.36
Vreme koje lekar posvećuje	3.49	1.41
Pripremljenost lekara za konsultacije	3.70	1.27
Dostupnost lekara – mogućnost komunikacije putem telefona	3.36	1.59
Uključivanje partnera tokom tretmana	3.59	1.47

Ono što je važno napomenuti jeste da u proceni zadovoljstva aspektima podrške medicinskog osoblja koji su obuhvaćeni instrumentom ni dužina suočavanja sa neplodnošću ($F(1,85) = 1.61$; $p > .05$), ni starost ispitanice ($F(1,85) = .19$; $p > .05$) ne igraju značajnu ulogu, odnosno ne postoji statistički značajna razlika među ispitanicama u proceni zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u zavisnosti od toga koliko dugo se suočavaju sa ovom krizom i koliko imaju godina.

Diskusija

Iako se ne dovodi u pitanje značaj efikasnosti i pozitivnih ishoda tretmana neplodnosti, važno je imati na umu da je kvalitetna briga u domenu fertiliteta mnogo više od procenta ostvarenih trudnoća i efikasnosti (Corrigan et al., 2001). U Srbiji do sada nije konstruisan instrument koji služi za procenu zadovoljstva brigom koju parovi koji se suočavaju sa ovim problemom dobijaju od strane medicinskog osoblja. Stoga je prikazano istraživanje imalo za cilj ispitivanje metrijskih karakteristika instrumenta kreiranog za merenje zadovoljstva različitim segmentima brige od strane medicinskog osoblja, kao i ispitivanje stepena zadovoljstva podrškom koju dobijaju ispitanice iz naše zemlje.

Primenom faktorske analize dobijeno je jednofaktorsko rešenje, koje ukazuje na to da svih 13 stavki upitnika, koje se odnose na zadovoljstvo različitim aspektima brige, zapravo mere isti koncept, koji se može imenovati kao globalna podrška od strane medicinskog osoblja. Dobijeno jednofaktorsko rešenje delom je neočekivano, budući da su u istraživanju u kom je izdvojeno 10 aspekata na pacijenta usmerenog pristupa izdvojene dve grupe – tzv. sistemski i ljudski faktori (Dancet et al., 2011). Ipak, u navedenom istraživanju do faktora se došlo primenom kvalitativne metodologije, tako da se izdvajanje različitog broja faktora može objasniti primenom različite metodologije, kao i činjenicom da nisu mereni identični segmenti – istraživanje prikazano u ovom radu obuhvatalo je 13, a ne 10 segmenata, pri čemu su neki od segmenata iz istraživanja Dancet i saradnika (Dancet et al., 2011) raščlanjeni na dva nezavisna ili nisu uključeni. Nadalje, prilikom analize ranije konstruisanih instrumenata za merenje ovog konstrukta dobijana su višefaktorska rešenja, što je u skladu sa većim brojem stavki koje su namenjene različitim aspektima na pacijenta usmerenog pristupa (van Empel et al., 2010). U prikazanom upitniku, svaki od segmenata brige procenjivan je na osnovu jednog ajtema, dok jednofaktorsko rešenje govori zapravo o tome da svi ovi segmenti mere brigu od strane medicinskog osoblja. Takođe, razlike u faktorskoj strukturi u odnosu na dva upitnika koja su bila osnova za kreiranje predstavljenog mogu se tražiti u većoj fokusiranosti na konkretnu brigu od strane medicinskih radnika u ovom upitniku, u odnosu na prikazane gde je, pored ove brige, mereno i zadovoljstvo opremljenošću klinike, čekanjem na početak tretmana ili između dva tretmana i sl. (Sabourin et al., 1991; van Empel et al., 2010). Prednosti prikazanog upitnika odnose se upravo na manji broj stavki u odnosu na druge instrumente, kao i na njegovu usmerenost na merenje isključivo kvaliteta podrške od strane osoblja, namesto bavljenja celokupnim zadovoljstvom klinikom.

Bez obzira na veliku promenu po pitanju dostupnosti medicinske podrške, finansijske podrške od strane države i generalno razvijeniju svest o ovom problemu u poslednjih nekoliko godina u našoj zemlji (Kopitović i sar., 2011), rezultati sprovedenog istraživanja pokazuju da je psihološka i emocionalna podrška od strane medicinskog osoblja u klinikama u Srbiji i dalje nedovoljno zastupljena. U istraživanjima koja su za predmet imala generalno zadovoljstvo medicinskom podrškom uglavnom je dobijano da su pacijenti u velikoj meri zadovoljni (Sabourin et al., 1991). U sprovedenom istraživanju na najvećem broju aspekata brige (10 od 13) prosečno zadovoljstvo ispitanica kreće se u intervalima između 3 i 4 (na skali od 1 do 5), što nam govori o tome da su ispitanice više zadovoljne nego ne, ali da postoji prostor za unapređenje. Dobijeni rezultati ukazuju na to da su aspekti kojima su pacijentkinje najmanje zadovoljne emocionalna podrška u procesu tretmana, kao i informisanje i edukacija o propratnim emocionalnim efektima. Ovi rezultati u skladu su sa brojnim istraživanjima sprovedenim u inostranstvu (Dancet et

al., 2010; Malin et al., 2001; Peddie et al., 2005; Rauprich et al., 2011; Souter et al., 1998) i govore u prilog usmerenosti medicinskog osoblja na sam tretman i njegovu efikasnost. Nadalje, postojanju ovog stava dodatno doprinosi rezultat da aspekt kojim su ispitanice najviše zadovoljne tokom procesa jesu tehničke veštine i kompetentnost za izvođenje tretmana. Dobijeni nalazi ukazuju na postojanje jaza između potreba pacijenata, sa jedne strane, i lekara, sa druge. Vođeni time da je stopa uspešnosti i efikasnost najvažnija, lekari se oko ovog aspekta najviše trude, što ispitanice svakako i prepoznaju i ne dovode u pitanje njihovu stručnost i kompetentnost. Ipak, ono što rezultati istraživanja pokazuju jeste da pacijenti odluku o izboru klinike donose na osnovu uspešnosti, ali i kvaliteta usluge i ophođenja osoblja prema njima (Dancet et al., 2010).

Razlike u zadovoljstvu medicinskom podrškom s obzirom na starost ispitanica nisu dobijene, što je u skladu sa prethodnim studijama (Sabourin et al., 1991). Kada je reč o dužini suočavanja sa neplodnošću, rezultati prethodno sprovedenih istraživanja su kontradiktorni. Dok jedni ukazuju na postojanje većeg zadovoljstva kod parova koji se duže suočavaju sa ovim problemom, što autori objašnjavaju postojanjem realističnijih očekivanja (Sabourin et al., 1991), drugi pak ističu da je dužina samog tretmana negativno povezana sa kvalitetom brige, te da je verovatnije da parovi koji su duže u procesu tretmana kvalitet brige ocene negativnije (Haagen et al., 2008). U sprovedenom istraživanju starost i dužina suočavanja sa neplodnošću se nisu pokazali značajnim u proceni zadovoljstva brigom od strane medicinskog osoblja, a za sticanje bolje slike i obuhvatnije objašnjenje značajni bi bili podaci o broju tretmana i klinika koje su ispitanice prethodno promenile, a koji nisu ispitivani u ovom istraživanju.

Zaključak

Upitnik prikazan u ovom istraživanju predstavlja prvi upitnik za merenje zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u našoj zemlji i kao takav može biti višestruko koristan. Pored pokazanih odličnih metrijskih karakteristika upitnika, njegova prednost se ogleda u malom broju stavki što omogućava brzo popunjavanje. Na ovaj način praktičari mogu efikasno doći do značajnih podataka o zadovoljstvu pacijenata, ali i o određenim sferama u kojima je moguće unapređenje rada klinika. Takođe, iako se bavi ispitivanjem specifičnih aspekata brige, ovaj upitnik je univerzalan, u smislu primenljivosti na pacijentima u različitim klinikama i različitim zemljama, što se kroz prethodna istraživanja javljalo kao jedna od smernica za kreiranje upitnika, kako bi se omogućila komparacija (Dancet et al., 2010). Osim istraživača i praktičara koji mogu imati velike benefite od primene jednog ovakvog upitnika, njegovom implementacijom u rad klinika u kojima se obavljaju tretmani neplodnosti, pacijenti bi imali mogućnost informisanog donošenja od-

luke o izboru klinike za tretman (Coulter & Ellins, 2007). Ovaj izbor se do sada temeljio uglavnom na savetovanju i iskustvima ljudi koji su prošli kroz tretman/e. Primena instrumenta bi omogućila pacijentima da uporede klinike po različitim segmentima brige na osnovu empirijskih podataka i donesu odluku na osnovu istih.

Sprovedeno istraživanje je prvo istraživanje koje je za predmet imalo merenje zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja prilikom suočavanja sa neplodnošću u našoj zemlji. Dobijeni rezultati gotovo u potpunosti potvrđuju polazne hipoteze i jasno ukazuju na potrebu za unapređenjem segmenta brige koji se odnosi na psihološki aspekt tretmana i nošenje sa emocijama koje se javljaju. U istraživanjima sprovedenim u inostranstvu pacijenti navode značajnost emocionalne podrške i, iako vrednuju prisustvo psihologa u klinikama, primarno očekuju psihološku podršku od strane lekara i medicinskih sestri tokom lečenja i tretmana (Dancet et al., 2011). U tom smislu, upadljivo niže zadovoljstvo na ovim segmentima kod ispitanica iz naše zemlje može se posmatrati kao smernica za unapređenje rada klinika koje se bave problemom neplodnosti. Naime, pored značajnosti uvođenja obavezne psihološke podrške tokom tretmana, što je u nekim zemljama čak i definisano zakonom (Vitale et al., 2017), važna oblast kojom bi se trebalo baviti odnosi se na edukaciju medicinskog osoblja o značajnosti psihološkog aspekta i pružanja emotivne podrške parovima koji se suočavaju sa neplodnošću, kao i na obuke za sticanje veština koje su im neophodne za to. Iako je postojanje psihologa pri svakoj klinici istinski važno, ono što je veoma bitno jeste da parovi imaju osećaj konstantne podrške i razumevanja od strane celokupnog osoblja.

Reference

- Allan, H. (2001). A 'good enough' nurse: supporting patients in a fertility unit. *Nursing Inquiry*, 8(1), 51–60. doi: 10.1046/j.1440-1800.2001.00090.x
- Bromham, D. R., Blamer, B., Clay, R., & Hamer, R. (1988). Disenchantment with infertility services: a survey of patients in Yorkshire. *The British Journal of Family Planning*, 14, 3–8.
- Cleary, P. D. (1999). The increasing importance of patient surveys: Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. *BMJ*, 319(7212), 720–721. doi: 10.1136/bmj.319.7212.720
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd Edition*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Kohn, L. T., Maguire, S. K., & Pike, K. C. (2001). A new health system for the 21st century. *Crossing the Quality Chasm* URL: <http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx> [accessed 2012-12-05][WebCite Cache ID 6CgHCleDV].

- Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467–487. doi: 10.1093/humupd/dmq004
- Dancet, E. A. F., Van Empel, I. W. H., Rober, P., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827–833. doi: 10.1093/humrep/der022
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling and Development*, 79(4), 439–449. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x
- Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (Eds.). (1993). *Measurement of patients' satisfaction with their care* (pp. 1–17). London: Royal College of Physicians of London.
- Haagen, E. C., Hermens, R. P., Nelen, W. L., Braat, D. D., Kremer, J. A., & Grol, R. P. (2008). Subfertile couples' negative experiences with intrauterine insemination care. *Fertility and Sterility*, 89(4), 809–816. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.04.005
- Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC women's health*, 18(1), 84–96. doi: 10.1186/s12905-018-0572-6
- Kopitović, V., Milatović, S., Trninić Pjević, A., Bjelica, A., Bujas, I. i Tabš, N. (2011). Rezultati i iskustva nakon hiljadu ciklusa vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. *Medicinski pregled*, 64(11–12), 565–569. doi: 10.2298/MPNS1112565K
- Malin, M., Hemminki, E., Rääkkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M. L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*, 53(1), 123–133. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00317-8
- Nyboe Andersen, A., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A. P., Kupka, M. S., De Mouzon, J., ... & European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2009). Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 24(6), 1267–1287. doi: 10.1093/humrep/dep035
- Omu, F. E., & Omu, A. E. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, 9(5), 1–10. doi: 10.1186/1472-6955-9-5
- Peddie, V. L., van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20(7), 1944–1951. doi: 10.1093/humrep/deh857
- Patwardhan, A., & Patwardhan, P. (2009). Are consumer surveys valuable as a service improvement tool in health services?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(7), 670–685. doi: 10.1108/09526860910995010
- Payne, D., & Goedeke, S. (2007). Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 645–653. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04451.x

- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction*, 26(9), 2382–2391. doi: 10.1093/humrep/der207
- Republički zavod za statistiku. Preuzeto sa <http://webzrs.stat.gov.rs>
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: assessing individual, couple and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 34–51. doi: 10.1007/s10591-008-9077-z
- Sabourin, S., Wright, J., Duchesne, C., & Belisle, S. (1991). Are consumers of modern fertility treatments satisfied?. *Fertility and Sterility*, 56(6), 1084–1090. doi: 10.1016/S0015-0282(16)54721-9
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Boivin, J., Sångren, H., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., ... & Rasmussen, P. E. (2003). Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(3), 628–637. doi: 10.1093/humrep/deg149
- Sherwin, S. (2000). Normalizing reproductive technologies and the implications for autonomy. In T. R. Anderson, & A. Santos (Eds.), *Globalizing Feminist Bioethics: Crosscultural Perspectives* (pp. 96–113). Boulder: Westview Press.
- Souter, V. L., Penney, G., Hopton, J. L., & Templeton, A. A. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 13(7), 1831–1836. doi: 10.1093/humrep/13.7.1831
- Svetska zdravstvena organizacija. Preuzeto sa <https://www.who.int>
- Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 68(1), 58–64. doi: 10.1159/000214839
- van Empel, I. W., Aarts, J. W., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. S., Nellen, W. L., & Kremer, J. A. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction*, 25(10), 2516–2526. doi: 10.1093/humrep/deq219
- Vitale, S., Laganà, A., La Rosa, V., & Rapisarda, A. (2017). Psychology of infertility and assisted reproductive treatment: the Italian situation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 38(1), 1–3. doi: 10.1080/0167482X.2016.1244184
- Ware Jr, J. E., & Davis, A. R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 291–297. doi: 10.1016/0149-7189(83)90009-5

Satisfaction with the medical staff support in the process of dealing with infertility

Jovana Jestrović

*Center for enhancement and support for early development and family relations –
“Harmony”, Novi Sad*

Ivana Mihić

Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad

Regardless of the trend of using the patient-centred approach in (in)fertility clinics, there has been no research on satisfaction with medical staff care in Serbia yet. Accordingly, the main aim of this study is to examine the metric characteristics of the first quantitative instrument for measuring satisfaction with this type of support in Serbia – the Medical Support Assessment Questionnaire. A total of 87 women, currently facing the problem of infertility, participated in the study. The reliability of the Questionnaire is high and amounts to .96, expressed through the Kronbach's alpha coefficient. Using the Principal Components Method, the one-factor solution is obtained. An additional aim of the study is to examine satisfaction levels with different aspects of support. The best rated aspect of the medical staff support refers to technical skills and competencies for treatment implementation, while the worst rated aspects include emotional support by the medical staff and patient education about the emotional effects of treatment. Furthermore, the results indicate that there is no statistically significant difference in these estimates depending on the length of infertility or age of participants. The findings show that medical staff is still focused on the medical aspects of the treatment and its effectiveness instead of focusing on a holistic, patient-centred approach. These open up the space for working on integrating a holistic approach into fertility clinics in Serbia. In addition, the results highlight the importance of having an effective and reliable instrument for measuring satisfaction with medical support for the purposes of monitoring and improving the ART clinics service.

Keywords: medical support, technical skills and competencies, emotional support

Prilozi

Prilog 1 Matrica komunaliteta

	Komunaliteti
Individualizovan pristup pacijentu	.59
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana	.71
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	.71
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	.72
Stav i senzitivnost osoblja klinike	.78
Otvorena i iskrena komunikacija	.62
Koordinisanost i integrisanost brige	.64
Tehničke veštine i kompetentnost	.59
Sveobuhvatnost i kvalitet brige	.76
Vreme koje lekar posvećuje	.73
Pripremljenost lekara za konsultacije	.72
Dostupnost lekara – mogućnost komunikacije putem telefona	.51
Uključivanje partnera tokom tretmana	.60

Prilog 2 Komponentna matrica

	Komponente 1
Individualizovan pristup pacijentu	.77
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana	.84
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	.84
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	.85
Stav i senzitivnost osoblja klinike	.88
Otvorena i iskrena komunikacija	.79
Koordinisanost i integrisanost brige	.80
Tehničke veštine i kompetentnost	.76
Sveobuhvatnost i kvalitet brige	.87
Vreme koje lekar posvećuje	.85
Pripremljenost lekara za konsultacije	.85
Dostupnost lekara – mogućnost komunikacije putem telefona	.71
Uključivanje partnera tokom tretmana	.77

Prilog 3

Ajtem-total korelacije i promena pouzdanosti izbacivanjem ajtema

	Ajtem-total korelacije	Alfa koeficijent ako se ajtem izbaci
Individualizovan pristup pacijentu	.72	.95
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana	.81	.95
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	.81	.95
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	.82	.95
Stav i senzitivnost osoblja klinike	.85	.95
Otvorena i iskrena komunikacija	.74	.95
Koordinisanost i integrisanost brige	.76	.95
Tehničke veštine i kompetentnost	.72	.95
Sveobuhvatnost i kvalitet brige	.85	.95
Vreme koje lekar posvećuje	.82	.95
Pripremljenost lekara za konsultacije	.82	.95
Dostupnost lekara – mogućnost komunikacije putem telefona	.67	.96
Uključivanje partnera tokom tretmana	.74	.95

Prilog 4

*Značajnost razlika u zadovoljstvu segmentom koji se odnosi na tehničke
 veštine i kompetentnost osoblja i ostalim ispitivanim segmentima*

	T	Df	P
Individualizovan pristup pacijentu – tehničke veštine i kompetentnost	-3.620	86	.000
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana – tehničke veštine i kompetentnost	-6.414	86	.000
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana – tehničke veštine i kompetentnost	-9.335	86	.000
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama – tehničke veštine i kompetentnost	-9.948	86	.000
Stav i senzitivnost osoblja klinike – tehničke veštine i kompetentnost	-6.581	86	.000
Otvorena i iskrena komunikacija – tehničke veštine i kompetentnost	-3.116	85	.003
Koordinisanost i integrisanost brige – tehničke veštine i kompetentnost	-7.501	86	.000
Sveobuhvatnost i kvalitet brige – tehničke veštine i kompetentnost	-7.386	86	.000
Vreme koje lekar posvećuje – tehničke veštine i kompetentnost	-5.841	86	.000
Pripremljenost lekara za konsultacije – tehničke veštine i kompetentnost	-3.880	86	.000
Dostupnost lekara – tehničke veštine i kompetentnost	-5.222	86	.000
Uključivanje partnera tokom tretmana – tehničke veštine i kompetentnost	-4.016	86	.000

Prilog 5

Značajnost razlika u zadovoljstvu segmentom koji se odnosi na informisanje i edukaciju pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana i ostalim ispitivanim segmentima

	T	Df	p
Individualizovan pristup pacijentu – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	6.456	86	.000
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	5.208	86	.000
Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	-.672	86	.503
Stav i senzitivnost osoblja klinike – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	5.150	86	.000
Otvorena i iskrena komunikacija – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	6.687	85	.000
Koordinisanost i integrisanost brige – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	3.374	86	.001
Tehničke veštine i kompetentnost – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	9.335	86	.000
Sveobuhvatnost i kvalitet brige – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	5.335	86	.000
Vreme koje lekar posvećuje – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	6.042	86	.000
Pripremljenost lekara za konsultacije – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	7.360	86	.000
Dostupnost lekara – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	3.761	86	.000
Uključivanje partnera tokom tretmana – informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana	6.041	86	.000

Prilog 6

Značajnost razlika u zadovoljstvu segmentom koji se odnosi
 na emocionalnu podršku u nošenju sa negativnim emocijama
 i ostalim ispitivanim segmentima

	T	Df	p
Individualizovan pristup pacijentu – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	6.868	86	.000
Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	5.724	86	.000
Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	.672	86	.503
Stav i senzitivnost osoblja klinike – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	6.242	86	.000
Otvorena i iskrena komunikacija – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	8.184	85	.000
Koordinisanost i integrisanost brige – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	4.157	86	.000
Tehničke veštine i kompetentnost – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	9.948	86	.000
Sveobuhvatnost i kvalitet brige – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	5.912	86	.000
Vreme koje lekar posvećuje – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	5.877	86	.000
Pripremljenost lekara za konsultacije – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	7.417	86	.000
Dostupnost lekara – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	3.895	86	.000
Uključivanje partnera tokom tretmana – Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama	6.642	86	.000

Opažanje emocija kao prediktor socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod pacijenata obolelih od shizofrenije

Branko Ristić¹

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Borjanka Batinić

*Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju;
Klinički centar Srbije, Klinika za psihijatriju*

Uvod: Opažanje emocija je važan aspekt socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života, čiji deficit je dosledno ustanovljen kod osoba obolelih od shizofrenije.

Cilj: Bolje razumevanje povezanosti i prediktivnosti između opažanja emocija, socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod obolelih od shizofrenije.

Metod: Uzorak istraživanja obuhvatio je 64 ispitanika (klinička i kontrolna grupa od po 32 ispitanika, ujednačene po polu, uzrastu i obrazovanju). Opažanje emocija je mereno testom brzine i tačnosti opažanja facijalne ekspresije, a socijalno funkcionisanje i kvalitet života upitnicima samoprocene. Istraživanje je bilo eksplorativno i korelaciono neeksperimentalno.

Rezultati: Kod kliničke i kontrolne grupe opažanje emocija je pozitivno povezano sa socijalnim funkcionisanjem i kvalitetom života, a smer prediktivnosti ostaje nerazjašnjen, usled kompleksnosti veza. Deficit kod kliničke u odnosu na kontrolnu grupu ustanovljen je u domenima opažanja emocionalne ekspresije, socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života. Deficit opažanja emocija kod pacijenata obolelih od shizofrenije je globalan i zahvata sve emocije, a najizraženiji je za emocije iznenađenja i besa.

Zaključci: Nalazi istraživanja ukazuju da razumevanje narušenosti funkcionisanja osoba obolelih od shizofrenije treba, između ostalog, tražiti u odnosu opažanja emocija, socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života, kako bi se stekla jasnija slika u kom pravcu treba delovati u tretmanu, a radi poboljšanja sveukupne dobrobiti obolelih.

Ključne reči: shizofrenija, opažanje emocija, socijalno funkcionisanje, kvalitet života.

1 branko.ristic@gmx.com

Uvod

Lice pruža važne socijalne informacije povezane sa emocionalnim stanjem i individualnim identitetom (De Souza et al., 2008; Ekman, 2003). Prepoznavanje šta druga osoba oseća jeste ključna koordinata socijalnih interakcija (Zaki, Bolger & Ochsner, 2008, prema English et al., 2012; Izard, 1977), a emocije imaju centralnu poziciju u formiranju socijalnih interakcija i određivanju dugoročnih odnosa (Keltner & Haidt, 1999, prema English et al., 2012). Potvrđeno je da sposobnost (odnosno nedostatak) prepoznavanja emocionalnih stanja druge osobe na osnovu facijalne ekspresije ima širok uticaj na različite oblasti socijalnog funkcionisanja (Izard et al., 2001, prema Trevisan & Birmingham, 2016) uzrokujući ozbiljan deficit (De Paiva-Silva et al., 2016).

Od prvog opisa shizofrenije, jasne izmene emocija kao što su emocionalna ravnodušnost ili zaravnjen afekat su određeni među ključne deficite poremećaja (Bleuler, 1911) povezane sa poteškoćama u procesiranju emocionalnih informacija (Gaebel & Wolwer, 1992). Deficit u opažanju facijalne ekspresije emocija kod obolelih od shizofrenije jasno je potvrđen (Mueser et al., 1996; Addington & Addington, 1998; Kohler et al. 2000; Pinkham et al., 2003; Harvey & Penn, 2010; Grady & Keightley, 2002, prema Behere et al, 2011)). Ustanovljeno je da nivo izraženosti deficita zavisi od toga koja je emocija u pitanju (Kohler et al., 2003, Hofera et al., 2009; Jackson et al., 2009, prema Linden et al., 2010; Johnston, Devir & Karayanidis, 2006). Istrazivanja ukazuju na specifičan deficit u opažanju facijalne emocionalne ekspresije u okviru negativnih emocija, posebno straha i besa, u poređenju sa neutralnim ili pozitivnim emocijama (Addington et al., 2006, prema Martin et al., 2020). Deficit u opažanju emocija je prisutan i tokom prodromalne faze bolesti (Green et al., 2012, prema Martin et al., 2020), kao i kod osoba sa prvom psihotičnom epizodom (Bosnjak Kuharic et al., 2019, prema Martin et al., 2020). Uzrok povezanosti između deficita u opažanju facijalne emocionalne ekspresije i shizofrenije nije jasan, moguće je da se javlja kao posledica shizofrenog procesa, ali i da shizofrenija i deficit opažanja emocija imaju iste genetske ili okolinske faktore rizika (Martin et al., 2020). Teškoće u opažanju emocija jesu odrednice shizofrenije (Hofera et al., 2009), i jedan od najviše prožimajućih i najozbiljnijih aspekata interpersonalnih problema obolelih. (Edwards, Jackson & Pattison, 2002; Schneider et al., 2006). Deficit u socijalnim interakcijama je takođe dosledno potvrđen (Behere et al, 2011), povezan sa problemom u oblasti upravljanja emocijama kao komunikacionim signalima (Csukly et al., 2013, prema Siegrist et al., 2015). Istrazivanja pokazuju da je nedostatak socijalnih kontakata kod osoba obolelih od shizofrenije prediktivan za ozbiljnije negativne simptome, slabije psihosocijalno funkcionisanje i lošiji kvalitet života (Siegrist et al., 2015). Pogoršanje identifikovanja specifičnosti emocija može imati ozbiljne konsenkvence na socijalno funkcionisanje, vodeći nerazumevanju socijalne komunikacije i formirajući poteškoće u socijalnoj pri-

lagođenosti (Schneider et al., 2006). Neke studije došle su do zaključka da osobe obolele od shizofrenije pokazuju značajan deficit u opažanju socijalnih signala i redukovano kvalitet života, bez jasnog uvida u prirodu ove povezanosti (Zhu et al., 2007). Povezanost između obrade emocija i višestrukih aspekata psihosocijalnih funkcionisanja u različitim vremenskim presecima shizofrenog poremećaja ostaje nedovoljno razjašnjena (Kee et al., 2003).

Socijalna disfunkcionalnost je takođe označujuća karakteristika shizofrenije koja ima važnu implikacije za razvoj, tok i ishod poremećaja (Couture et al., 2006). Uključuje oštećenu socijalnu interakciju, teškoće u održavanju veza sa porodicom i prijateljima, i/ili neadekvatno izvršavanje radnih obaveza (Green, Kern, Braff & Mintz, 2000). Socijalno funkcionisanje je pod uticajem različitih faktora, pre svega simptomatologije, kognitivnog i emocionalnog funkcionisanja i faktora okruženja (Erol, Keleş Unal, Tunç Aydin, & Mete, 2009 prema Erol et al., 2015). Neki autori izvode zaključak da osobe obolele od shizofrenije imaju oštećenu socijalnu kogniciju, koja se manifestuje u vidu poteškoća u identifikovanju emocija, osećaju povezanosti sa drugima, razumevanju drugih i emocionalnom reagovanju. Pogoršanje socijalnog funkcionisanja je u korelaciji sa redukovanim socijalnim vezama, i snažna je odrednica stepena pogoršanja dnevnog funkcionisanja (Green et al., 2015). Ovaj deficit je relativno stabilna karakteristika kod većine pacijenata (Zhu et al., 2007). Analizirajući različita moguća objašnjenja deficita u socijalnom funkcionisanju kod osoba obolelih od shizofrenije, jedno od poslednjih istraživanja te oblasti zaključuje da lošije funkcionisanje koje proizilazi iz fragmentacije iskustva, dovodi do smanjene sposobnosti uspostavljanja smislene povezanosti sa drugima (Gagen et al., 2019).

Konstrukt kvalitet života ima složenu strukturu, a obuhvatni model sadrži tri elementa: objektivne životne uslove, subjektivno osećanje dobrostanja i lične vrednosti i težnje, koji zajedno predstavljaju ukupnu procenu dobrobiti (kvaliteta života). Navedena tri elementa međusobno utiču jedan na drugi, ali mogu da se menjaju nezavisno, kao rezultat spoljašnjih uticaja (Felce & Perry, 1995). Lično zadovoljstvo zavisi u velikoj meri od osećaja kontrole nad sopstvenim životom. Ovaj osećaj osnaživanja, autonomije i nezavisnosti verovatno omogućava osnovu za poboljšanje kvaliteta života (Keith, 1990). S obzirom da je shizofrenija teški, onesposobljavajući, celoživotni mentalni poremećaj povezan sa značajnom socijalnom i radnom disfunkcionalnošću, u poslednje dve decenije se povećalo interesovanje za kvalitet života osoba obolelih od shizofrenije (Bobes et al., 2007). Istraživanja ukazuju da je kvalitet života niži nego u opštoj populaciji i kod telesno bolesnih pacijenta (Bobes et al., 2007). Kao važni faktori za kvalitet života kod osoba obolelih od shizofrenije izdvojeni su obrazovni nivo, nezaposlenost, siromaštvo, socijalna izolacija i stigma (Savilla, Kettler & Galletly, 2008; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; De Souza & Coutinho, 2006). Takođe, psihosocijalni i faktori obra-

de stresnih informacija, pored simptoma poremećaja, predstavljaju značajne prediktore fluktuacije u oblasti kvaliteta života (Kemmler et al., 1999; Mueser et al., 1997; Patterson et al., 1997; Ritsner et al., 2000; 2003a, prema Ritsner, 2003), dok u protektivne faktore spadaju crte ličnosti, stepen socijalne podrške i primenjeni tretman (Lambert & Naber, 2004). Istraživanje Hofera i sar. nije utvrdilo značajnu povezanost između sposobnosti opažanja emocija i kvaliteta života kod osoba obolelih od shizofrenije (Hofera et al., 2009), dok su drugi autori došli do pozitivne i značajne korelacije, i da se na osnovu sposobnosti opažanja emocija može predvideti kvalitet života kod pacijenata sa shizofrenijom (Hasson-Ohayon et al., 2015). Generalno, ispitanici iz opšte populacije koji imaju problem u različitim aspektima socijalnog funkcionisanja pokazuju niže skorove na upitniku kvaliteta života nego oni bez takvih problema (Trompenaars et al., 2007, prema Fujimaki et al., 2016). Sa druge strane, prema nekim istraživanjima, kod osoba obolelih od shizofrenije, socijalna kognicija, preduslov socijalnog funkcionisanja, nije povezana sa kvalitetom života (Hasson-Ohayon et al., 2015), dok je ustanovljena veza sa funkcionalnim posledicama bolesti. I sveobuhvatni set kognitivnih faktora može da objasni tek deo varijanse posledica u funkcionisanju kod osoba obolelih od shizofrenije (Fett et al., 2011).

Predmet, ciljevi i hipoteze istraživanja

Osnovni predmet ovog istraživanja jeste provera povezanosti i prediktivnosti socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života na osnovu opažanja emocija kod pacijenata obolelih od shizofrenije.

Ciljevi istraživanja

Ciljevi istraživanju su bili sledeći: 1) Provera povezanosti između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja, i provera da li opažanje emocija može da bude prediktor socijalnog funkcionisanja pacijenata obolelih od shizofrenije (klinička grupa) i osoba iz opšte populacije (kontrolna grupa), 2) Provera povezanosti između opažanja emocija i kvaliteta života, i da li opažanje emocija može da bude prediktor kvaliteta života kliničke i kontrolne grupe, 3) Ispitivanje da li kod osoba obolelih od shizofrenije opažanje emocija ima veću korelaciju sa socijalnim funkcionisanjem ili kvalitetom života i koja oblast je bolji prediktor socijalnog funkcionisanja, opažanje emocija ili kvaliteta života, 4) Utvrđivanje razlika između kliničke i kontrolne grupe u opažanju emocija, socijalnom funkcionisanju i kvalitetu života, i 5) Utvrđivanje da li je kod pacijenata obolelih od shizofrenije poremećaj opažanja emocija specifičan u zavisnosti od tipa emocije, ili je globalan i zahvata sve emocije.

U skladu sa ciljevima, postavljene su sledeće hipoteze istraživanja:

H0: Između opažanja emocija, socijalnog funkcionisanja i kvalitete života nema značajne povezanosti, već predstavljaju nezavisne domene, te ne mogu biti značajni međusobni prediktori. Grupe osoba obolelih od shizofrenije i osoba iz opšte populacije ne razlikuju se značajno u navedenim oblastima.

H1: Postoji pozitivna povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja, i opažanje emocija može da bude prediktor socijalnog funkcionisanja, kako kod pacijenata obolelih od shizofrenije, tako i kod osoba iz opšte populacije;

H2: Postoji pozitivna povezanost opažanja emocija i kvaliteta života, i opažanje emocija može da bude prediktor kvaliteta života, kako kod pacijenata obolelih od shizofrenije, tako i kod osoba iz opšte populacije.

H3: Opažanje emocija kod pacijenata obolelih od shizofrenije je više povezano sa socijalnim funkcionisanjem nego sa kvalitetom života, i opažanje emocija bolje nego kvalitet života predviđa socijalno funkcionisanje.

H4: Pacijenti oboleli od shizofrenije u odnosu na osobe iz opšte populacije imaju slabije opažanje emocija, socijalno funkcionisanje i kvalitet života.

H5: Kod pacijenata obolelih od shizofrenije poremećaj opažanja emocija je specifičan za tip emocije.

Metod

Uzorak istraživanja

Uzorak istraživanja je bio prigodan i obuhvatio je 64 ispitanika (klinička i kontrolna grupa od po 32 ispitanika, ujednačene po polu, uzrastu i obrazovanju). Kliničku grupu su predstavljali pacijenti na bolničkom lečenju Klinike za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu i Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“ u Vršcu, starosti između 20 i 65 godina, kojima je od ordinirajućeg psihijatra postavljena dijagnoza shizofrenije prema ICD-10 (SZO,1992), a koji se nalaze u fazi remisije. Istraživanje je odobreno od strane Etičkih komiteta obe ustanove, a pacijenti su prethodno potpisali informisani pristanak za dobrovoljno učešće u istraživanju. Kontrolnu grupu činili su ispitanici iz opšte populacije, bez dijagnoze psihijatrijskog poremećaja. Nakon prikupljanja uzorka ispitanika iz kliničke populacije, neslučajnim putem traženi su ispitanici iz opšte populacije koji bi bili ujednačeni po polu, uzrastu i obrazovanju sa ispitanicima iz kliničke grupe, jer je u prethodnim istraživanjima pronađeno da i kod pacijenata obolelih od shizofrenije i kod osoba iz opšte populacije varijable pol, uzrast i nivo obrazovanja utiču na istraživane varijable - opažanje emocija i socijalno funkcionisanje (Thayer & Johnsen, 2000; Erol et al., 2013; Kohler et al., 2003; Calder et al, 2003; Usall et. al., 2002; Ochoa et al., 2012; Mueser et al., 2000; De Souza & Coutinho, 2006; Hofera et al., 2009; Bobes et al, 2007; Ofir-Eyal, Hasson-Ohayon & Kravetz, 2014).

Instrumenti istraživanja

Ispitanicima su zadati Zadatak brzine identifikovanja emocionalne ekspresije iz Testovne baterije za merenje opažanja i prepoznavanja emocija putem facijalne ekspresije i tri upitnika samoprocene. Testove su radili pojedinačno, u prisustvu ispitivača. Ukupno vreme trajanja testiranja iznosilo je oko 40 minuta.

Zadatak brzine identifikovanja emocionalne ekspresije iz Testovne baterija za merenje opažanja i prepoznavanja emocija putem facijalne ekspresije (Test battery for measuring the perception and recognition of facial expressions of emotion; Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht & Sommer, 2014):

Testovna baterija sastoji se od 16 zadataka razvrstanih u četiri grupe, i sve zadatke ispitanik radi na računaru. U ovom istraživanju je korišćen Zadatak brzine identifikovanja emocionalne ekspresije. Svrha ovog zadatka je da izmeri brzinu vizuelne pretrage uključene u identifikovanje ekspresije pripadajuće, naznačene, emocionalne kategorije. U sredini ekrana je prikazan naziv jedne emocije, a okolo četiri različita izraza lica jedna osobe- jedan čija emocionalna ekspresija odgovara nazivu emocije, i tri nespojive alternativne emocionalne ekspresije. Uspeh na ovom zadatku zahteva ispravno spajanje naziva emocije i facijalne ekspresije emocije, tj. tačno kategorizovanje ekspresije u odgovarajuću semantičku kategoriju. Zadatak sadrži 48 stimulusa, identifikuju se bazične emocije (sreća, tuga, strah, gađenje, bes i iznenađenje), a pored tačnosti se ocenjuje i vreme reakcije, s tim da nema uslova ograničenja vremena. Procena pouzdanosti je odlična za ukupni skor, i lošija za skorove pojedinačnih emocija (za ukupan skor $\alpha=0.96$; u zavisnosti od emocije pouzdanost je bila između 0.77 i 0.81) (Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht & Sommer, 2014). Dati test u ovom istraživanju ima visoku homogenost (Momirovićeva mera ($H2$) – 0.87; Knežević-Momirović mera ($H5$) – 1.00).

Skala socijalnog funkcionisanja (The Social Functioning Scale-SFS; Birchwood et al, 1990)

Skala predstavlja meru veština/ponašanja relevantnih za oštećenja socijalnog funkcionisanja i demografiju osoba obolelih od shizofrenije. Konstruisana je sa ciljem da spoji oblasti funkcionisanja koje su ključne za život u zajednici: nezavisnosti (kompetencije i sposobnosti), socijalnu angažovanost/povlačenje, prijateljstvo/interpersonalno funkcionisanje i dnevne aktivnosti. Takođe, omogućava detaljnu procenu snaga i slabosti, što može služiti kao vodič za intervenciju i omogućiti kliničaru ostvarivanje određenih ciljeva, a subjektu da posreduje sa pojedincima i porodicama. Sadrži 76 ajtema sa različitim tipovima odgovora. Alfa koeficijent (mera pouzdanosti) je visok, kao i koeficijent pouzdanosti procene od strane procenjivača i samo-proce-

ne, između kojih nije nađena značajna razlika. Rezultati istraživanja autora instrumenta ukazuju da se alfa koeficijent za pojedinačne oblasti kreće od 0.69 do 0.87. U ovom istraživanju dobijena je visoka pouzdanost u oblastima Nezavisnost-sposobnost ($\alpha=0.89$) i Pro-socijalne aktivnosti ($\alpha=0.81$), kao i na Opštem skor ($\alpha=0.86$), dok oblast Nezavisnost-kompetentnost ima lošiju pouzdanost ($\alpha=0.71$). Preostale oblasti imaju nisku pouzdanost. Autori instrumenta dobili su da korelacija između svih ajtema skale ukazuje na visok nivo interne pouzdanosti SFS. Faktorskom analizom se dobija jedan, snažan faktor koji objašnjava skoro 60% varijanse (Birchwood et al., 1990). Odnos pouzdanosti između različitih domena ustanovljen u ovom istraživanju je u skladu sa onim do kog su došli autori instrumenta. Instrument ima nižu homogenost od druga dva korišćena testa (Momirovićeva mera ($H2$) – 0.66; Knežević-Momirović mera ($H5$) – 0.69).

Upitnik kvaliteta života Svetske zdravstvene organizacije (World Health Organization Quality of Life questionnaire WHOQOL-BREF; WHO, 1998):

Upitnik ispituje kako pojedinac opaža sopstveni položaj u životu u kontekstu kulture i sistema vrednosti u kojem živi, a u vezi sa sopstvenim ciljevima, očekivanjima, standardima i brigom. Sastoji se od 26 ajtema koji su podeljeni u četiri kategorije koji se odnose na procenu kvaliteta života u sferi fizičkog domena, psihičkog domena, socijalnih veza i okruženja, kao i aspektom koji reprezentuje opštu procenu kvaliteta života zdravlja. Psihometrijske karakteristike upitnika su razvijane na osnovu istraživanja u 23 zemlje širom sveta, i instrument ima značajnu internu konzistentnost, diskriminativnu i konstruktivnu validnost primenjivu u različitim kulturama (WHO, 1998; Shawver et al., 2016). Pouzdanost instrumenta do koje su došli autori je u skladu sa karakteristikama testa dobijenim u ovom istraživanju ($\alpha=0.86$). Analizirano po domenima, Okruženje i Opšti skor imaju dobru pouzdanost (redom: $\alpha=0.84$; $\alpha=0.81$), Fizičko zdravlje zadovoljavajuću ($\alpha=0.75$), dok Psihičko zdravlje i Socijalne veze imaju nešto nižu pouzdanost (redom: $\alpha=0.68$; $\alpha=0.65$). To je u skladu sa pouzdanošću pojedinačnih domena koja je dobijena od strane autora upitnika prilikom provere metrijskih karakteristika na uzorku od 4802 ispitanika (WHO, 2012). Upitnik je u ovom istraživanju pokazao visoku homogenost (Momirovićeva mera ($H2$) – 0.93; Knežević-Momirović mera ($H5$) – 1.00).

Semistrukturisani upitnik osnovnih sociodemografskih podataka (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, broj dece, zaposlenje i prethodna zaposlenja, mesto stalnog boravka, broj članova domaćinstva, imovinsko stanje) sa dodatkom pitanja vezanih za hospitalizaciju za pacijente sa shizofrenijom (broj hospitalizacija, trajanje prethodnih hospitalizacija i trenutna hospitalizacija). Upitnik je samorejtirajući, ispitanik ga sam popunjava.

Statistička analiza

Statistička analiza je odrađena u programu SPSS 18. Deskriptivna statistika je korišćena za analizu uzorka, dok je analiza pouzdanosti i homogenosti kompozitnih mernih instrumenata učinjena putem programa Rtt10g (Knežević & Momirović, 1996). Za obradu podataka korišćeni su kvazikanonička korelaciona analiza (usled malog uzorka nije moguće koristiti kanoničku korelacionu analizu) i kanonička diskriminativna analiza, ANOVA i t-test za nezavisne uzorke.

Rezultati

Deskriptivna statistika

Tabela 1.

Struktura uzorka prema polu, uzrastu i obrazovanju

Karakteristike	Grupa	
	Klinička	Kontrolna
Pol		
Muški	24 (75%)	23 (78%)
Ženski	8 (25%)	9 (28%)
Uzrast (godine)	22 – 65 (AS=41; SD=11)	24 – 62 (AS=39; SD=12)
Obrazovanje		
Osnovna škola	3 (9%)	/
Srednja škola	17 (53%)	18 (56%)
Viša škola	5 (16%)	6 (19%)
Fakultet	7 (22%)	8 (25%)

Kao što je prikazano u Tabeli 1, u grupama ispitanika nema značajne razlike po polu ($F=0.311$; $p=0.58$), uzrastu ($\chi^2=0.294$; $p=0.59$) i obrazovanju ($F=0.143$; $p=0.7$). Analiza drugih socio-demografskih karakteristila ukazala je da su se ispitanici razlikovali prema veličini mesta stanovanja ($F=7.520$; $p=0.008$), zaposlenosti ($F=8.313$; $p=0.005$) i broju dece ($F=5.938$; $p=0.03$). U obe grupe najveći broj ispitanika nema decu, i dok u kliničkoj grupi tri ispitanika imaju decu (9%), u kontrolnoj decu ima njih šest (16%). Po veličini mesta stanovanja grupe su se razlikovale, jer najveći broj pacijenata u kliničkoj grupi živi na selu (56%), dok ispitanici iz kontrolne grupe uglavnom potiču iz manjeg (50%) ili većeg grada (35%). U kliničkoj grupi najveći broj ispitanika je nezaposlen (91%), dok je većina ispitanika iz kontrolne grupe aktuelno zaposlena (78%). Ispitanici su bili ujednačeni po varijabli bračnog statusa ($F=3.149$; $p=0.08$), a neznačajna razlika je dobijena jer devet ispitanika iz kontrolne grupe živi u bračnoj/vanbračnoj zajednici (30%), dok je u okviru kliničke grupe isti status imalo dvoje (6%).

*Povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja
– klinička grupa*

Kako bi se proverila linarna korelacija između svih naznačenih emocija u okviru opažanja emocija i svih navedenih oblasti socijalnog funkcionisanja, kao i svih domena kvaliteta života, u narednim tabelama (2, 4, 6, 8) biće navedeni rezultati kvazikanoničkih korelacionih analiza (zbog malog uzorka nije rađena kanonička, već kvazikanonička analiza). U tabelama 3, 5 i 7 u okviru iste analize navedena je analiza prepostrivanja između dobijenih funkcija, kako bi se ustanovio smer veze.

Tabela 2.

Kvazikanonička korelacija između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja kod kliničke grupe

Funkcija	R_o	ro_2	f -test	Sig.
1	.542	.293	7.059	.017
2	.643	.414	11.999	.003

Iz tabele 2 možemo videti da smo dobili dve statistički značajne ($p < .05$) kvazikanoničke korelacije. To znači da kod osoba obolelih od shizofrenije postoji povezanost između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja. Linarna korelacija između dva skupa u prvoj funkciji iznosi $R_o = .542$, dok u drugoj funkciji iznosi $R_o = .643$. U okviru obe funkcije ostvaruje se pozitivna korelacija. Dakle, povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja možemo svesti na dve strukture iz dva skupa.

Tabela 3.

Analiza prepostrivanja levog i desnog skupa u okviru kvazikanoničke korelacije između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja- klinička grupa

Kan. komp.	Opažanje emocija		Socijalno funkcionisanje	
	Varijansa	Prepostrivanje	Varijansa	Prepostrivanje
CV1-1	.591	.169	.137	.038
CV1-2	.208	.076	.162	.056

Iz tabele 3 vidimo da prva kanonička komponenta u prostoru opažanja emocija objašnjava 59,1% varijanse, dok je varijansa objašnjena iz opozitnog skupa 16,9%. Prva kanonička komponenta u prostoru socijalnog funkcionisanja objašnjava 13,7 % varijanse, dok komponenta iz opozitnog skupa objašnjava 3,8%, na osnovu čega se može pretpostaviti da smer uticaja ide iz socijalnog funkcionisanja ka opažanju emocija. Druga kanonička komponenta u prostoru opažanja emocija objašnjava 20,8% varijanse, dok je varijansa objašnjena iz opozitnog skupa 7,6%. Druga kanonička komponenta u prostoru socijalnog funkcionisanja objašnjava 16,2% varijanse, dok komponenta iz opozitnog skupa objašnjava 5,6% potvrđujući smer uticaja.

Povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja – kontrolna grupa

Tabela 4.

Kvazikanonička korelacija između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja kod kontrolne grupe

Funkcija	Ro	ro2	f-test	Sig.
1	.556	.309	11.173	.003
2	.554	.307	11.058	.003

Iz tabele 4 možemo videti da smo dobili dve statistički značajne (na nivou 0.05) kvazikanoničke korelacije. To znači da kod osoba iz opšte populacije (kontrolna grupa) postoji povezanost između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja. Linarna korelacija između dva skupa, u prvoj funkciji iznosi $R_o=.556$, dok u drugoj funkciji iznosi $R_o=.554$. Bitno je zapaziti da su obe korelacije pozitivne. Dakle, povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja možemo svesti na dve strukture iz dva skupa.

Tabela 5.

Analiza prepokrivanja levog i desnog skupa u okviru kvazikanoničke korelacije između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja kod kontrolne grupe

Kan. komp.	Opažanje emocija		Socijalno funkcionisanje	
	Varijansa	Prepokrivanje	Varijansa	Prepokrivanje
CV1-1	.830	.253	.189	.055
CV1-2	.119	.027	.382	.104

U tabeli 5 vidimo da prva kanonička komponenta u prostoru opažanja emocija objašnjava 83% varijanse, dok je varijansa objašnjena iz opozitnog skupa 25,3%. Prva kanonička komponenta u prostoru socijalnog funkcionisanja objašnjava 18,9% varijanse, dok komponenta iz opozitnog skupa objašnjava 5,5%, što ukazuje da smer uticaja verovatno ide iz socijalnog funkcionisanja ka opažanju emocija. Druga kanonička komponenta u prostoru opažanja emocija objašnjava 11,9% varijanse, dok je varijansa objašnjena iz opozitnog skupa 2,7%. Druga kanonička komponenta u prostoru socijalnog funkcionisanja objašnjava 38,2% varijanse, dok komponenta iz opozitnog skupa objašnjava 10,4%, ukazujući na suprotan smer uticaja, s tim da druga kanonička komponenta ima znatno manje uticaja u odnosu na prvu, te se može zaključiti da smer uticaja verovatno ide od socijalnog funkcionisanja ka opažanju emocija.

Povezanost opažanja emocija i kvaliteta života – klinička grupa

Tabela 6.

Kvazikanonička korelacija između opažanja emocija i kvaliteta života kod kliničke grupe

Funkcija	Ro	ro2	f-test	Sig.
1	.464	.215	7.964	.009

Iz tabele 6 možemo videti da smo dobili jednu statistički značajnu ($p < .05$) kvazikanoničku korelaciju što znači da između opažanja emocija i kvaliteta života postoji povezanost kod osoba obolelih od shizofrenije. Linarna korelacija između dva skupa iznosi $R_o = .464$, gde vidimo da je veza pozitivna. Dakle, povezanost opažanja emocija i kvaliteta života možemo svesti na jednu strukturu iz dva skupa.

Tabela 7.

Analiza prepoкрivanja levog i desnog skupa u okviru kvazikanoničke korelacije između opažanja emocija i kvaliteta života kod kliničke grupe

Kan. komp.	Opažanje emocija		Socijalno funkcionisanje	
	Varijansa	Prepoкрivanje	Varijansa	Prepoкрivanje
CV1-2	.224	.039	.144	.029

U tabeli 7 vidimo da prva kanonička komponenta u prostoru opažanja emocija objašnjava 22,4% varijanse, dok je varijansa objašnjena iz opozitnog skupa 3,9%. Prva kanonička komponenta u prostoru kvaliteta života objašnjava 14,4% varijanse, dok komponenta iz opozitnog skupa objašnjava 2,9%, na osnovu čega se može pretpostaviti da da smer uticaja ide od kvaliteta života ka opažanju emocija.

Povezanost opažanja emocija i kvaliteta života – kontrolna grupa

Kvazikanoničkom analizom izdvojena su dva modela, ali su oba statistički značajna iznad $p < .05$ (1: $F = 2.111$, $p = .157$; 2: $F = 1.829$, $p = .184$) te nije moguće pristupiti analizi datih modela.

Povezanost socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod kliničke grupe

Tabela 8.

Kvazikanonička korelacija između socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod kliničke grupe

Funkcija	R_o	ro_2	f -test	Sig.
1	.691	.477	16.426	.001
2	.749	.561	23.014	.000

Iz tabele 8 možemo videti da smo dobili dve statistički značajne (na nivou 0.05) kvazikanoničke korelacije. Dakle, kod osoba obolelih od shizofrenije postoji povezanost između socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života. Linarna korelacija između dva skupa, u prvoj funkciji iznosi $R_o = .691$, dok u drugoj funkciji iznosi $R_o = .749$, ukazujući da je ostvarena veza pozitivna. Dakle, povezanost socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života možemo svesti na dve strukture iz dva skupa.

Razlika između kliničke i kontrolne grupe u opažanju emocija, socijalnom funkcionisanju i kvalitetu života

Kako bi se ustanovila razlika između grupa na linarnoj kombinaciji podskala, rađena je kanonička diskriminaciona analiza, prikazana u tabeli 9.

Tabela 9.

Kanoničke diskriminacione funkcije između kliničke i kontrolne grupe

Oblast	Wilks' Lambda	χ^2	Sig.
Opažanje emocija	.556	34.081	.000
Socijalno funkcionisanje	.475	30.937	.000
Kvalitet života	.759	16.155	.006

Iz tabele 9 može se videti da sve tri kanoničke diskriminacione funkcije ispunjavaju kriterijum statističke značajnosti na nivou 0.01, odnosno da sve emocije uzete zajedno, a takođe i socijalno funkcionisanje i kvalitet života zasebno, ispravno diskriminišu kliničku i kontrolnu grupu.

Tabela 10.

Univarijantna analiza varijanse opažanja emocija između kliničke i kontrolne grupe

Emocija	Wilks' Lambda	F	Sig.
Tuga	.783	16.887	0.0001
Gađenje	.657	31.800	0.0000
Strah	.810	14.347	0.0003
Sreća	.663	31.037	0.0000
Bes	.638	34.551	0.0000
Iznenadjenje	.595	41.546	0.0000

Analiza varijanse za svaku emociju ispunjavaju kriterijum statističke značajnosti na nivou 0.01, odnosno na osnovu svake pojedinačne emocije može razlikovati klinička od kontrolne grupe. Zbog velikog broja korelacija između varijabli, može se desiti da su neke značajnosti dobijene slučajno. Zbog toga je urađena Bonferonijeva korekcija, te je potrebno da se zadovolji značajnost od 0,0083 ($0,05/6=0,0083$). U tabeli 10 vidimo da taj nivo značajnosti zadovoljavaju sve varijable, odnosno značajne razlike nisu dobijene slučajno.

Diskusija

Povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja i moguća prediktivnost – klinička i kontrolna grupa

Analizom podataka je potvrđena pozitivna povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja kod kliničke grupe (tabela 2). To je u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su takođe došla do nalaza da je deficit opaža-

nja emocija povezan sa deficitom socijalnog funkcionisanja (Hooker & Park, 2002; Irani et al, 2012; Mote & Kring, 2016; Schneider et al., 2006). U našem istraživanju dobijene su dve statistički značajne ($p < .05$) kvazikanoničke korelacije. Na osnovu prve funkcije može se zaključiti da je bolje opažanje emocija sreće, iznenađenja, gađenja i besa povezano sa nižim socijalnim funkcionisanjem u oblasti nezavisnost-sposobnost, a višim u oblasti nezavisnost-kompetentnost, ukazujući da osobe obolele od shizofrenije poseduju određene sposobnosti za adekvatno socijalno funkcionisanje, ali ih ne koriste. Druga funkcija pokazuje da je bolje socijalno funkcionisanje iz socijalne oblasti nezavisnost povezano sa boljim opažanjem emocije straha, što se može razumeti kao postojanje nesigurnosti prilikom nezavisnog funkcionisanja, te povećane pozornosti i bojažljivosti spram okruženja prilikom samostalnih aktivnosti. Praćenje nezavisnog (samostalnog) života osoba obolelih od shizofrenije tokom godinu dana u okviru jednog istraživanja, došlo je do zaključka da je nezavisan život (samostalno funkcionisanje) povezano sa opažanjem emocija (Hofera et al., 2009). To je u skladu sa dobijenim rezultatima u ovom istraživanju, gde su jedine dve oblasti socijalnog funkcionisanja koje su se pokazale značajne u objašnjavanju obe funkcije nezavisnost-kompetentnost i nezavisnost-sposobnost, što predstavlja različite aspekte nezavisnog života (samostalnog funkcionisanja).

Na osnovu analize prepokrivanja obe kanoničke komponente, može se pretpostaviti da smer uticaja ide od socijalnog funkcionisanja ka opažanju emocija (tabela 3). U predhodnim istraživanjima dobijeno je da smer uticaja, odnosno predikcije, ide od opažanja emocija ka socijalnom funkcionisanju (Hooker & Park, 2002; Schneider et al., 2006) što je u suprotnosti sa pretpostavkom do koje se došlo u ovom istraživanju, ali treba uzeti u obzir da je to tek pretpostavka izvedena na osnovu podataka i da se ne može sa sigurnošću tvrditi o smeru povezanosti. Ipak, pronalaženje šta je čemu uzrok, pored istraživačkog, jeste i teorijsko pitanje, šta i zbog čega dovodi do uticaja na drugu funkciju, te naredna istraživanja treba da idu u pravcu povezivanja istraživačkih nalaza sa teorijskim objašnjenjima da bi se dobilo jasnije razumevanje smera povezanosti.

Postoji više teorijskih pojašnjenja povezanosti deficita opažanja emocija i deficita u socijalnom funkcionisanju kod osoba obolelih od shizofrenije. Neki autori pretpostavljaju da nedostatak socijalnih aktivnosti jeste determinišuća karakteristika sindroma, i da može biti povezana sa neuspehom u kognitivnom procesiranju afektivnih informacija (Bryson, Bell, Kaplan, Greig & Lysaker, 1998). Podršku tome daju drugi istraživači pretpostavljajući da kognicija može da bude medijator te veze (Addington, Saeedi & Addington, 2006). Dalje, održavajući smer uticaja od strane socijalnog funkcionisanja, neki istraživači tvrde da posledice pogrešnog učenja i osiromašenje socijalnog života kao tipične karakteristike životnog stila osoba obolelih od shizofrenije, mogu da budu uzrok deficita u opažanju emocija (Morrison & Bellack, 1981, prema

Morrison, Bellack & Mueser, 1988). Zauzimajući suprotni sled, grupa autora je prepostavila da hroničnost poremećaja može doprinositi deficitu opažanja emocija, što dalje može uticati na socijalnu kompetenciju (Mueser et al., 1996). Smer uticaja ostaje nerazjašnjen, ali se povezanost opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja pokazala kao dosledan nalaz u prethodnim istraživanjima, a ovo istraživanje je to potvrdilo.

Kod kontrolne grupe povezanost između opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja takođe je statistički potvrđena ($p < .05$), i može da se svede na dve strukture iz dva skupa (tabela 4). Potvrđeno je da se na osnovu skora na opažanju emocija može predvideti socijalno funkcionisanje. To je u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su došla do podatka da sposobnost prepoznavanja tuđih emocionalnih stanja na osnovu facijalne ekspresije ima širok obuhvatajući uticaj na različite oblasti socijalnog funkcionisanja (Izard et al., 2001, prema Trevisan & Birmingham, 2016; de Paiva-Silva et al., 2016). Ukazuje se da opažanje emocija utiče na socijalno funkcionisanje, dok je ovo istraživanje došlo do nalaza da smer uticaja verovatno ide iz pravca socijalnog funkcionisanja ka opažanju emocija (tabela 5). Prethodno navedeno objašnjenje za kliničku grupu o smeru uticaja važi i ovde.

Poređenjem rezultata koji se odnose na kliničku i kontrolnu grupu (tabele 2 i 4), može se zaključiti da je opažanje emocija više povezano sa socijalnim funkcionisanjem kod pacijenata obolelih od shizofrenije (klinička grupa) u odnosu na osobe iz opšte populacije (kontrolna grupa). Navedene rezultate možemo tumačiti u svetlu homogenosti kliničke populacije i delimično jasne prirode deficita pojava koje su ispitivane, i njihove povezanosti potvrđene u većem broju prethodnih istraživanja. Dakle, ustanovljeno je prožimanje datih pojava kao različitih aspekata koje zahvata bolest, a prisutna je i povezanost prilikom deficita pojava, kao vidova simptomatologije (Edwards, Jackson & Pattison, 2002; Addington, & Addington, 1998; Bryson, Bell, Kaplan, Greig & Lysaker, 1998; Couture et al., 2006; American Psychiatric Association, 2013; Green & Nuechterlein, 1999; Green et al., 2015; Bobes et al., 2007). Sa druge strane, ispitanici iz kontrolne grupe nemaju jednu definišuću karakteristiku na osnovu koje bi bio usaglašen nivo razvijenosti datih pojava, i koja bi ih povezivala (kao pacijenti oboleli od shizofrenije koji imaju poremećaj kao odrednicu koja utiče na navedene pojave).

Povezanost opažanja emocija i kvaliteta života i moguća prediktivnost – klinička i kontrolna grupa

Statistička analiza dobijenih podataka ukazuje da između opažanja emocija i kvaliteta života postoji značajna povezanost kod osoba obolelih od shizofrenije (tabela 6). Jedno istraživanje došlo je do istog zaključka da postoji pozitivna i značajna korelacija između opažanja emocija i kvaliteta života (Hasson-Ohayon et al., 2015), dok drugi autori nisu dobili značajnu poveza-

nost navedenih domena (Hofera et al., 2009). U ovom istraživanju formirana je jedna značajna funkcija, gde su emocije straha i iznenađenja povezane sa fizičkim zdravljem i socijalnim vezama. Nekoliko prethodnih studija o istraživanoj pojavi došlo je do podataka da je deficit u opažanju socijalnih signala povezan sa redukovanim kvalitetom života (Zhu et al., 2007). S tim u vezi su i podaci dobijeni u ovom istraživanju, da opažanje specifičnih socijalnih signala, emocionalnih ekspresija straha i iznenađenja jeste povezano sa redukovanjem socijalnih veza, kao domena kvaliteta života. Smer uticaja ide od kvaliteta života ka opažanju emocija (tabela 7), što je u neskladu sa prethodnim istraživanjem (Hasson-Ohayon et al., 2015). Broj istraživanja date pojave je oskudan i nedovoljno je razjašnjena potencijalna povezanost, te još uvek nisu iznete ni teorijske pretpostavke o razlozima postojanja povezanosti između navedenih oblasti kod osoba obolelih od shizofrenije, niti u kom smeru bi mogao da ide uticaj (šta je čemu prediktor) i zašto. Neka naredna istraživanja bi trebala da se usmere na detaljnije istraživanje te povezanosti i smera uticaja, sa ciljem izvođenja teorijskih zaključaka i boljeg razumevanja datih oblasti.

Kod kontrolne grupe kvazikanoničkom analizom izdvojena su dva modela, ali su oba statistički značajna iznad $p < .05$ te nije moguće pristupiti analizi datih modela. Na osnovu toga možemo zaključiti da je opažanje emocija značajnije povezano sa kvalitetom života kod pacijenata obolelih od shizofrenije u odnosu na osobe iz opšte populacije.

Povezanost opažanja emocija sa socijalnim funkcionisanjem i kvalitetom života kod osoba obolelih od shizofrenije

Na osnovu već navedenih statistički značajnih funkcija koje se odnose na povezanost opažanja emocija sa socijalnim funkcionisanjem (tabela 2) i kvalitetom života (tabela 6), kao i njihovih linarnih korelacija (opažanja emocija i socijalnog funkcionisanja (2 funkcije): $R_o = .543$ i $R_o = .643$; opažanja emocija i kvaliteta života (1 funkcija): $R_o = .464$) može se izvući zaključak da je kod osoba obolelih od shizofrenije opažanje emocija više povezano sa socijalnim funkcionisanjem. Navedeni nalaz je u skladu sa prethodnim istraživanjem koje je takođe došlo do podatka da je opažanje emocija kod ovih pacijenata više povezano sa socijalnim funkcionisanjem nego sa kvalitetom života, dobivši da je opažanje emocija prediktor, kako socijalnom funkcionisanju tako i kvalitetu života. Autori zaključuju da je socijalno funkcionisanje, u odnosu na kvalitet života, adekvatnija mera funkcionisanja pojedinca (Hofera et al., 2009). Jedno od pojašnjenja jeste da oko značenja termina kvalitet života ne postoji potpun dogovor (Hunt, 1997), i da nije ustanovljen jednostavan način merenja kvaliteta života (Katschnig, 2006), te usled tih poteškoća u samom definisanju i određivanju termina moglo se i očekivati da će pokazati nižu

povezanost sa drugom pojavom (opažanjem emocija), kad se uporedi sa socijalnim funkcionisanjem, kao stabilnom i jasno definisanom pojavom (American Psychiatric Association, 2013).

Razlika između kliničke i kontrolne grupe u opažanju emocija

Kanonička diskriminaciona funkcija ispunjava kriterijum statističke značajnosti na nivou 0,01 ($\chi^2=34.081$, $p<.000$; tabela 9), odnosno da sve emocije uzete zajedno ispravno diskriminišu kliničku i kontrolnu grupu (tabela 10). Kod osoba obolelih od shizofrenije znatno su siromašniji skorovi na opažanju emocija preko izraza lica nego kod kontrolne grupe. To su ustanovila i prethodna istraživanja (Mueser et al., 1996; Addington & Addington, 1998; Kohler et al. 2000; Pinkham et al., 2003; Schneider et al., 2006).

U ovom istraživanju najveći doprinos pri formiranju navedene diskriminacione funkcije imaju emocije iznenađenja i besa. Istraživanja opažanja emocije besa kod osoba obolelih od shizofrenije ukazuje da je najčešća greška u pripisivanju negativnih emocija drugima upravo vezana za emociju besa, ali da se emocija besa najtačnije identifikuje (Hofera et al., 2009). Treba uzeti u obzir da veći deo ispitanika u ovom istraživanju jesu muškarci, a ustanovljeno je da su oni osetljiviji na prepoznavanje besnih izraza lica nego žene, nezavisno da li su ispitanici iz kliničke ili kontrolne grupe. Izgleda da bes kao signal agresije ima veći značaj za muškarce nego za žene (Schneider et al., 2006). Opažanje emocije iznenađenja zavisi od aktivirajućeg događaja, odnosno od njegove interpretacije (Kohler et al., 2003), pa postoji više slobode za ispitaničovo pogrešno tumačenje. To je u vezi sa većom interpretativnom spremnošću kod osoba obolelih od shizofrenije, da izraze lica tumače kao ekspresiju besa (Maccoby & Jacklin, 1974, prema Weiss et al., 2007).

Razlika između kliničke i kontrolne grupe u socijalnom funkcionisanju

Ustanovljena je značajna razlika između grupa u oblasti socijalnog funkcionisanja- dobijena kanonička diskriminaciona funkcija ispunjava kriterijum statističke značajnosti na nivou 0,01 ($\chi^2=30.937$, $p<.000$; tabela 9). To je u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su dobila da socijalna disfunkcionalnost jeste označujuća karakteristika osoba obolelih od shizofrenije, i da se razlikuje u odnosu na osobe iz opšte populacije (Couture et al., 2006; American Psychiatric Association, 2013), pojašnjavajući da do socijalnih pogoršanja dolazi usled socijalnog propadanja tokom razvoja poremećaja (Hefner et al., 1995). Navedena diskriminaciona funkcija predstavlja složaj koji pre svega grade zaposlenost i pro-socijalne aktivnosti, odnosno ta dva domena najviše utiču na ustanovljenu diskriminaciju. U prethodnim istraživanjima pronađeno je da obolele osobe imaju probleme prilikom zapošljavanja (Mueser et al.,

2000), usled poteškoća u radnom funkcionisanju (Kee et al, 2003), odnosno prisustva radne disfunkcionalnosti (Bobes et al., 2007). Pro-socijalne aktivnosti se u ovom istraživanju odnose na angažovanost u opsegu uobičajenih socijalnih aktivnosti, i taj aspekt funkcionisanja se pokazao značajnim u diskriminaciji kliničke i kontrolne grupe. Jedno od tumačenja tog podatka jeste da osobe obolele od shizofrenije počinju da izbegavaju svakodnevne društvene aktivnosti usled sniženog socijalnog funkcionisanja.

Razlika između kliničke i kontrolne grupe u kvalitetu života

Kanonička diskriminaciona funkcija kvaliteta života ispunjava kriterijum statističke značajnosti na nivou 0,01 ($\chi^2=16.155$, $p=.006$; tabela 9). Prethodna istraživanja su takođe došla do podataka da se na osnovu subjektivne procene kvaliteta života mogu grupisati osobe obolele od shizofrenije i osobe iz opšte populacije (Hermann et al., 2002; Hasson-Ohayon et al., 2015). Funkciju pre svega grade opšta procena kvaliteta života i zdravlja i socijalne veze. Tu se javlja razlika u odnosu na prethodno istraživanje, gde je korišćenjem istog upitnika kvaliteta života dobijeno da se osobe obolele od shizofrenije razlikuju od osoba iz opšte populacije na svim domenima kvaliteta života (Hermann et al., 2002).

Da li je kod pacijenata obolelih od shizofrenije poremećaj opažanja emocija specifičan u zavisnosti od emocije, ili je globalan i zahvata sve emocije?

Univarijantnom analizom varijanse i Bonferonijevom korekcijom (usled velikog broja korelacija između varijabli) je dobijeno da između kliničke i kontrolne grupe postoji značajna razlika u opažanju svake pojedinačne emocije (tabela 10).

Formirana kanonička diskriminaciona funkcija između kliničke i kontrolne grupe ispunjava kriterijum statističke značajnosti na nivou 0,01 ($\chi^2=34.081$, $p<.000$; tabela 9), odnosno potvrđuje da sve emocije uzete zajedno ispravno diskriminiraju kliničku i kontrolnu grupu. Na osnovu prethodno rečenog, može se zaključiti da je kod osoba obolelih od shizofrenije pad u opažanju emocija globalan i da zahvata sve emocije. Neke studije su pokazale da osobe obolele od shizofrenije imaju specifično pogoršanje u opažanju negativnih emocija (Muzekari & Bates, 1977; Pilowsky & Bassett, 1980, prema Morrison, Bellack & Mueser, 1988), sa navođenjem odnosa između emocija i fokusom na to kod koje emocija je niži učinak pri identifikovanju u odnosu na druge emocije (Hofera et al., 2009). Moguće pojašnjenje našega nalaza jeste da celoživotna socijalizacija može funkcionisati na globalnom nivou, tako da je osetljivost dešifrovanja facijalne ekspresije više ili manje razvijena za sve emocionalne kategorije (Hildebrandt et al. 2015). Neki autori pojašnjavaju da

osobe obolele od shizofrenije imaju povišenu interpretativnu spremnost za specifične emocije u vezi sa sopstvenim osećajem sigurnosti, te da te emocije češće opažaju (Philips et al., 2003; Linden et al., 2010). U ovom istraživanju ustanovljen je pad koji zahvata svaku pojedinačnu emociju u različitoj meri, ali se na osnovu detaljnijih analiza može zaključiti da je globalan. Neke naredne studije bi trebalo da koriste više testova za opažanje emocija da bi ispravnije ustanovili kod kojih emocija je deficit u opažanju izraženiji, i da na osnovu toga izvedu objašnjenje zašto je do toga došlo. Za sad postoje naznake u prethodnim istraživanjima, a neke od njih su povezane sa ovim istraživanjem, ali je potrebno globalno i detaljno istraživanje radi razjašnjenja pojave i njenog boljeg razumevanja.

Ograničenja istraživanja i preporuke

U ovom istraživanju dobijen je difuzan pad u opažanju svih emocija kod pacijenata obolelih od shizofrenije, čime je potvrđen globalan deficit u opažanju emocija, što je dosledan nalaz (Behere et al, 2011), dok bi se u narednim istraživanjima trebalo usmeriti na pojedinačne emocije, da bi se detaljnije predstavio i razumeo deficit, i na koji način i u kojoj meri pogađa različite emocije. Pored toga, korišćen je samo jedan zadatak u opažanju emocija, zasnovan na brzini identifikacije emocija, te je potrebno u narednim studijama zadati celokupnu bateriju zadataka opažanja emocija (Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht & Sommer, 2014) radi sticanja jasnijeg i detaljnijeg uvida u prirodu deficita, tj. koji aspekti su narušeni. Takođe, u narednim istraživanjima, pored opažanja emocija, treba uvesti i druge aspekte socijalne kognicije. Sve to će omogućiti dalje teorijsko rasvetljavanje povezanosti deficita u opažanju emocija i socijalnog funkcionisanja obolelih od shizofrenije.

Deo uzorka u okviru kliničke grupe u ovom istraživanju bili su pacijenti koji su hospitalizovani, a koji su bili u stanju remisije za vreme testiranja. Preporuka za naredna istraživanja bila bi da se radi samo sa vanbolničkim pacijentima, koji su aktuelno u svakodnevnoj, a ne bolničkoj društvenoj sredini, jer bi tad dobijeni podaci bili relevantniji. Iako skala socijalnog funkcionisanja korišćena u istraživanju zahteva od pacijenta da na većinu pitanja odgovori na osnovu aktivnosti u poslednja tri meseca, deo tog vremena je proveden u hospitalnim uslovima, što utiče na niži skor. Takođe, u narednim istraživanjima poželjno je uvesti i procenu socijalnog funkcionisanja od strane bliskih drugih, kao dodatno objašnjenje funkcionisanja obolelog u svakodnevi.

Veličina uzorka (dve grupe od po 32 ispitanika) jeste dovoljna za izvođenje pouzdanih zaključaka primenom kvazikanoničke korelacione analize, ali se preporučuje da uzorak bude znatno veći, kako bi zadovoljio uslove za primenu kanoničke korelacione analize čime bi još detaljnije i preciznije razumeli međusobne korelacije.

Procena kvaliteta života u ovom istraživanju se svodila isključivo na subjektivnu procenu, te bi trebalo u daljim ispitivanjima uvesti i procenu istraživača, radi validnije ocene kvaliteta života i jasnije predstave kako ispitanik funkcioniše u svakodnevnom životu, u kakvim uslovima živi, čime je zadovoljan, čime ne, šta ga ometa u adekvatnom funkcionisanju, itd.

Pacijenti oboleli od shizofrenije u ovom istraživanju nisu se grupisali pacijenti na osnovu tipa simptomatologije, koji tip sindroma je izraženiji (pozitivan/negativan), te to treba uzeti u obzir u narednim istraživanjima, jer različiti sindromi na različite načine pogađaju psihičke funkcije i opšte funkcionisanje obolelih.

Jedan od testova u okviru testovne baterije za procenu opažanja emocija (Test battery for measuring the perception and recognition of facial expressions of emotion; Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht & Sommer, 2014) pokazao se korisnim i pouzdanim instrumentom kako kod procene opažanja emocija kod osoba obolelih od shizofrenije, tako i kod osoba iz opšte populacije. Preporučuje se njegovo korišćenje u narednim istraživanjima. Dalje, Skala socijalnog funkcionisanja (The Social Functioning Scale-SFS; Birchwood et al, 1990) i Upitnik kvaliteta života (World Health Organization Quality of Life questionnaire WHOQOL-BREF; WHO, 1998) ostvarili su značajnu korelaciju na oba uzorka, te se preporučuje njihovo zajedničko korišćenje u narednim ispitivanjima radi dobijanja jasnije i detaljnije slike funkcionisanja ispitanika u društvenoj sredini. Subjektivna procena kvaliteta života na osnovu navedenog upitnika pokazala se kao pouzdana mera, odnosno osobe obolele od shizofrenije sposobne su da adekvatno procene sopstveni kvalitet života, i ta mera se može se koristiti u istraživanjima. Koncept kvaliteta života u ovom istraživanju se pokazao kao smislen i postojan, te treba dalje raditi na njegovom jasnijem definisanju i detaljnijem ispitivanju.

Zaključci

Shizofreniju odlikuje deteriorizacija jednog ili više psihičkih domena (American Psychiatric Association, 2013), odnosno poremećaj predstavlja konstelaciju deficita na više nivoa funkcionisanja. Ovo istraživanje se usredsredio na određene aspekte narušenosti funkcionisanja obolelih, pokušavajući jasnije da rasvetli poremećaj i njegove dalje implikacije, sa ciljem da omogućiti potpuniju sliku funkcija na koje treba delovati u intervenciji i tretmanu, radi poboljšanja kvaliteta života.

Istraživanje je potvrdilo da je kod osoba obolelih od shizofrenije deficit opažanja emocija povezan sa socijalnom disfunkcionalnošću i subjektivnom procenom nižeg kvaliteta života, poredeći rezultate sa kontrolnom grupom iz opšte populacije, kod kojih je efekat prisutan, ali u manjoj meri. Deficit opažanja emocija je značajno više povezan sa socijalnim funkcionisanjem u

odnosu na kvalitet života, ali smer prediktivnosti ostaje nerazjašnjen, usled kompleksnosti povezanosti. Postoje naznake da smer uticaja ide ka opažanju emocija kao kriterijumskoj, a ne prediktorskoj varijabli. To je u skladu sa teorijskim očekivanjem da opažanje emocija, kao homogenija varijabla u odnosu na varijablu socijalnog funkcionisanja bude prediktivnija. Prethodna istraživanja su dobila suprotne rezultate, te ostaje da neke naredne studije detaljnije ispituju smer povezanosti, pojašnjavajući odnos između navedenih varijabli i uključujući teorijska očekivanja i empirijske podatke.

Opažanje emocija, socijalno funkcionisanje i kvalitet života zasebno su pokazali značajnu diskriminativnu moć, gde se na osnovu skora može ispravno predvideti pripadnost kliničkoj, odnosno kontrolnoj grupi. U okviru poremećaja opažanja emocija kod osoba obolelih od shizofrenije deficit je globalan i zahvata sve emocije, samo u različitoj meri, a najizraženiji je za emocije iznenađenja i besa.

Socijalno funkcionisanje i kvalitet života povezani su međusobno, kako kod osoba obolelih od shizofrenije, tako i kod osoba iz opšte populacije.

Potvrdu o povezanost opažanja emocija, socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod osoba obolelih od shizofrenije dobijenu u ovom istraživanju treba dalje koristiti u praksi, u pogledu prilagođavanja terapijskih metoda. Tek tada će ispitivanje navedenih pojava imati svoj potpuni smisao, sa ciljem da se omogući veća dobrobit obolelima.

Reference

- Addington, J., Addington, D. (1998). Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 32(3), 171–181.
- Addington, J., Saeedi, H. & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85, 142–150.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Behere, R. V., Venkatasubramanian, G., Arasappa, R., Reddy, N. N. & Gangadhar, B. N. (2011). First rank symptoms & facial emotion recognition deficits in antipsychotic naïve schizophrenia: Implications for social threat perception model. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 1653–1658.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999) Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14(5), 256 – 263.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S (1990). The Social Functioning Scale: The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853–859.

- Bleuler, E., (1911). *Dementia Praecox or The Group Of Schizophrenias*. International University Press, New York.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A. & Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 215–226.
- Bryson, G., Bell, M., Kaplan, E., Greig, T. & Lysaker, P. (1998). Affect recognition in deficit syndrome schizophrenia. *Psychiatry Research*, 77(2), 113–120.
- Calder, J., Keane, T., Manly, R., Sprengelmeyer, R., Scott, S., Nimmo-Smith, I. & Young, A. W. (2003) Facial expression recognition across the adult life span. *Neuropsychologia*, 41, 195–202.
- Couture, S. M., Penn, D. L. & Roberts, D. L., (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44–63.
- De Paiva-Silva, A. I., Pontes, M. K., Aguiar, J. S. R. & de Souza, W. C. (2016). How do we evaluate facial emotion recognition?. *Psychology & Neuroscience*, 9(2), 153–175.
- De Souza, L. A., Coutinho, E. S. F. (2006) The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 347 – 356.
- De Souza, W. C., Feitosa, M. A. G., Eifuku, S., Tamura, R. & Ono, T. (2008). Face perception in its neurobiological and social context. *Psychology & Neuroscience*, 1(1), 15–20.
- Edwards, J., Jackson, H. J. & Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology review*, 22(6), 789–832.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Henry Holt and Company.
- English, T., John, O. P., Srivastava, S. & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation and peer-rated social functioning: A 4-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 46, 780–784.
- Erol, A., Delibas, H., Bora, O. & Mete, L. (2015). The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry*, 61(4), 379–385.
- Erol, A., Putgul, G, Kosger, F. & Ersoy, B. (2013). Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: The Impact of Gender. *Psychiatry Investigation*, 10, 69–74.
- Fett, A. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M. Penn, D. L., Van Os, J. & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573–588.
- Felce, D. & Perry, J. (1995) Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
- Fujimaki, K., Takemoto, H. & Morinobu, S. (2016). Cortical activation changes and sub-threshold affective symptoms are associated with social functioning in a non-clinical population: A multi-channel near-infrared spectroscopy study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 248, 73–82.

- Gaebel, W. & Wolwer, W. (1992). Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 46–52.
- Gagen, E. C., Zalzal, A. B., Hochheiser, J., Martin, A. S., Lysaker, P. H. (2019). Metacognitive deficits and social functioning in schizophrenia across symptom profiles: A latent class analysis. *Journal of Experimental Psychopathology*, January–March 2019, 1–11.
- Green, F. M., Horan, P. W. & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 620–631.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119–136.
- Green, M. F. & Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*. 25, 309–319.
- Harvey, D. P. & Penn, D. (2010). Social Cognition. The Key Factor Predicting Social Outcome in People with Schizophrenia? *Psychiatry (Edgmont)*, 7(2), 41–44.
- Hasson-Ohayon, I., Avidan-Msika, M., Mashiah-Eizenberg, M., Kravetz, S., Rozencwaig, S., Shalev, H. & Lysaker, P. H. (2015). Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life. *Schizophrenia research*, 161, 386–391.
- Hermann, H., Hawthorne, G., Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social psychiatry and psychiatry epidemiology*, 37, 510–518.
- Hildebrandt, A., Schacht, A., Sommer, W. & Wilhelm, O. (2011) Measuring the speed of recognising facially expressed emotions. *Cognition & Emotion*, 26(4), 650–66
- Hildebrandt, A., Sommer, W., Schacht, A. & Wilhelm, O. (2015) Perceiving and remembering emotional facial expressions — A basic facet of emotional intelligence. *Intelligence*, 50, 52–67.
- Hofera, A., Benecke, C., Edlinger, M., Hubera, R., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schleicher, G. & Fleischhacker, W. W. (2009) Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective, and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(1), 27–32.
- Hooker, C. & Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112, 41–50.
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205 – 212.
- Irani, F., Seligman, S., Kamath, V., Kohler, C. & Gur, R. C. (2012). A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137, 1–3, 203–211.
- Izard, C. E. (1977). *Human Emotions*. New York: Springer US.
- Johnston, P. J., Devir, H. & Karayanidis, F. (2006) Facial emotion processing in schizophrenia: No evidence for a deficit specific to negative emotions in a differential deficit design. *Psychiatry Research*, 143, 51 – 61.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice *World Psychiatry*. 5(3), 139 – 145.

- Kee, K. S., Green, M. R., Mintz, J. & Brekke, J. S. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 487–497.
- Keith, K. (1990). Quality of life: Issues in community integration. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and issues* (93–100). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Knežević, G. & Momirović, K. (1996). RTT10G, jednostavan program za analizu reprezentativnosti, pouzdanosti, homogenosti i informativnosti kompozitnih mernih instrumenata. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Kohler, C. G., Bilker, W., Hagendoorn, M., Gur, R. E. & Gur, R. C. (2000). Emotion Recognition Deficit in Schizophrenia: Association with Symptomatology and Cognition. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 127 – 136.
- Kohler, C. G., Turner, T. H., Bilker, W. B., Brensinger, C. M., Siegel, S. J., Kanes, S. J., Gur, R. E. & Gur, R. C. (2003) Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *The American Journal of Psychiatry*. 160(10), 1768–1774.
- Lambert, M. & Naber, D. (2004) Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18(2), 5–17.
- Linden, S.C., Jackson, M. C., Subramanian, L., Wolf, C., Green, P., Healy, D. & Linden, D. E. (2010). Emotion-cognition interactions in schizophrenia: Implicit and explicit effects of facial expression. *Neuropsychologia*, 48(4), 997–1002.
- Martin, D., Croft, J., Pitt, A., Strelchuk, D., Sullivan, S., Zammit, S. (2020). Systematic review and meta-analysis of the relationship between genetic risk for schizophrenia and facial emotion recognition. *Schizophrenia research*, article in press.
- Morrison, R. L., Bellack, M. S. & Mueser, K. T. (1988) Deficits in Facial-Affect Recognition and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), 67–83.
- Mote, J. & Kring, A. M. (2016) Facial emotion perception in schizophrenia: Does sex matter? *World Journal of Psychiatry*, 6 (2), 257–268.
- Mueser, K. T. (2000) Cognitive functioning, social adjustment, and long-term outcome in schizophrenia. In Sharma T., Harvey P. (Ed.). *Cognition in schizophrenia*. New York: Oxford University Press; 157–177.
- Mueser, K. T., Doonan, R., Penn, D. L., Blanchard, J. J., Bellack, A. S., Nishith, P. & DeLeon, J. (1996). Emotional recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 271–275.
- Muzekari, L. H. & Bates, M. E. (1977). Judgment of emotion among chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 662–666.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. & Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1–9.
- Ofir-Eyal, S., Hasson-Ohayon, I. & Kravetz, S. (2014). Affective and cognitive empathy and social quality of life in schizophrenia: A comparison between a parallel process model and an integrative meditation model. *Psychiatry Research*, 220 (1–2), 51–57.

- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O., Graham, K. A. & Siegel, M. (2003). Emotion perception and social skill over the course of psychosis: A comparison of individuals 'at-risk' for psychosis and individuals with early and chronic schizophrenia spectrum illness. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(3), 198–212.
- Ritsner, M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 191, 287–294.
- Savilla, K., Kettler, L. & Galletly, C. (2008) Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 496–504.
- Schalock, R. L. (1990). Attempts to conceptualize and measure quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and issues* (141–148). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Schneider, F., Gur, R. C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N. J., Bilker, W., Gur, R. E. & Habel, U. (2006) Impairment in the Specificity of Emotion Processing in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 442–447.
- Shawver, Z., Griffith, J. D., Adams, L. T., Evans, J. V., Benchoff, B. & Sargent, R. (2016). An examination of the WHOQOL-BREF using four popular data collection methods. *Computers in Human Behavior*, 55(A), 446–454.
- Shivashankar, S., Telfer, S., Arunagiriraj, J., McKinnon, M., Jauhar, S., Krishnadas, R. & McCreddie, R. (2013). Has the prevalence, clinical presentation and social functioning of schizophrenia changed over the last 25 years? Nithsdale schizophrenia survey revisited. *Schizophrenia Research*, 146, 349–356.
- Siegrist, K., Millier, A., Amri, I., Aballéa, S. & Toumi, M. (2015). Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 230, 860–866.
- Thayer, J. & Johnsen, B. H. (2000). Sex differences in judgement of facial affect: A multivariate analysis of recognition errors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(3), 243–246.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (the WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Social, Science & Medicine*, 41, 1403–09.
- Trevisan, D. A. & Birmingham, E. (2016). Are emotion recognition abilities related to everyday social functioning in ASD? A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 32, 24–42.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A. & Márquez, M. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 301–5.
- Usall, J., Haro, J. M., Ochoa, S., Márquez, M. & Araya, S. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 337–42.
- Weiss, E. M., Kohler, C. G., Brensinger, C. M., Bilker, W. B., Loughhead, J., Delazer, M., Nolan, K. A. (2007). Gender differences in facial emotion recognition in persons with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 22, 116–122.

Wilhelm, O., Hildebrandt, A., Manske, K., Schacht, A. & Sommer, W. (2014). Test battery for measuring the perception and recognition of facial expressions of emotion. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–23.

DATUM PRIJEMA RADA: 30.07.2020.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 27.10.2020.

Perception of emotions as a predictor of social functioning and the quality of life in patients with schizophrenia

Ristić Branko

Institute of Mental Health, Belgrade

Batinić Borjanka

*University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Department of Psychology;
Clinical Centre of Serbia, Clinic of Psychiatry*

Introduction: Perception of emotions is an important aspect of social functioning and the quality of life, and its deficit has been consistently found in people with schizophrenia.

Aim: To obtain better understanding of the relationship and predictability between the perception of emotions, social functioning and the quality of life in people with schizophrenia.

Method: The sample comprised 64 respondents (the clinical and the control group consisting of 32 subjects each, equal in terms of gender, age and education). Perception of emotions was measured using the test of speed and accuracy of perception of facial expression, while social functioning and the quality of life were measured via self-assessment questionnaires. The research was exploratory and non-experimental correlational.

Results: In both the clinical and control groups, the perception of emotions is positively correlated with social functioning and the quality of life. Still, the direction of predictivity remains unclear due to the complexity of relationships. Compared to the control group, there was a deficit in the domains of perception of emotional expression, social functioning and the quality of life in the clinical group. The deficit in the perception of emotions in patients with schizophrenia is global and affects all emotions, while it is most pronounced when it comes to the emotions of surprise and anger.

Conclusions: The obtained findings indicate that the understanding of the lack of functioning in people with schizophrenia should be sought, among other things, in the relation between the perception of emotions, social functioning and the quality of life in order to gain a better insight into choosing the proper line of treatment with the aim of improving the overall well-being of the patients.

Key words: schizophrenia, perception of emotions, social functioning, quality of life

Dimenzije opšteg psihološkog distresa i starost kao prediktori prokrastinacije kod studenata

Teodora Safiye¹

Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu

Branimir Vukčević

Ugostiteljsko-turistička škola sa domom učenika, Vrnjačka Banja

U ovom istraživanju cilj je bio ispitati da li su dimenzije opšteg distresa – depresija, anksioznost i stres, kao i starost, značajni prediktori prokrastinacije. Prokrastinacija predstavlja namerno odlaganje otpočinjanja ili završavanja nekog zadatka ili posla, ostavljajući ga za kasnije, uprkos znanju o negativnim posledicama takvog čina. Pretpostavka je bila da će sa većim stepenom depresije, anksioznosti i stresa biti veći i stepen opšte prokrastinacije, a da je sa većom starosti stepen prokrastinacije manji. Uzorak istraživanja činilo je 338 studenata oba pola ($\bar{Z}=282$), prosečne starosti 23.53 godina. Korišćeni su sledeći instrumenti: Upitnik opšte prokrastinacije (GPS: Lay, 1986), Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21: Lovibond & Lovibond, 1995), kao i Upitnik sociodemografskih podataka koji je konstruisan za potrebe ovog istraživanja. Za analizu podataka korišćena je standardna višestruka regresiona analiza. Ispitivanje je sprovedeno u vreme vanrednog stanja usled pandemije COVID-19, te su u radu prikazani i nalazi o stepenu opšteg psihološkog distresa i prokrastinacije kod studenata. Rezultati pokazuju da je samo depresija na ženskom poduzorku, značajan prediktor koji objašnjava 6% varijanse prokrastinacije ($\beta=0.36$, $p<0.01$), što znači da kod studentkinja depresivnost, obuhvatajući tugu, beznadežnost, obezvređivanje sebe i svog života, jača prokrastinaciju, ali i obrnuto. Rezultati istraživanja nisu potvrdili početnu pretpostavku da što su studenti stariji, to bolje znaju da se izbore sa prokrastinacijom.

Ključne reči: prokrastinacija, depresivnost, anksioznost, stres, studenti

1 teodoras0306@gmail.com

Uvod

Termin prokrastinacija dolazi od latinske reči *procrastinus* što znači odložiti (lat. *pro* – za, *crastinus* – sutra), a odnosi se na izvođenje aktivnosti koja je različita od one nameravane (Schouwenburg, 2004). Prokrastinacija se definiše kao namerno odlaganje otpočinjanja ili završavanja nekog zadatka ili posla, ostavljajući ga za kasnije, uprkos znanju o negativnim posledicama takvog čina (Knaus, 1973; Lay, 1986; Steel, 2007; Steel, 2010; Steel, Svartdal, Thundiyil & Brothen, 2018). Takav pogled na prokrastinaciju može se interpretirati u skladu s ljudskom neurobiologijom. Naime, dugoročne namere se primarno formiraju u prefrontalnom korteksu, ali mogu biti potisnute impulsima limbičkog sistema, koji je posebno osetljiv na nadražaje koji izazivaju trenutnu gratifikaciju (Kahneman, 2003; McClure, Ericson, Laibson, Loewenstein & Cohen, 2007; Steel, 2007). Rezultat toga je da pojedinac ima nameru da radi, ali zbog iznenadne promene preferencija odbacuje svoju prvobitnu nameru. Ponašanja koja se nikada nisu ozbiljno nameravala izvršiti ne smatraju se prokrastinacijom, jer ne postoji javljanje intrapsihičkog konflikta ili diskrepance između namere i ponašanja (Paulitzki, 2010).

Izbegavanje izvršavanja važnih zadataka je relativno učestala pojava, posebno u populaciji studenata. Procenjeno je da se učestalost prokrastinacije u studentskoj populaciji kreće od 50% do 90% (Pychyl, Lee, Thibodeau & Blunt, 2000; Paulitzki, 2010). Postoje nalazi koji ukazuju da gotovo polovina studenata provede polovinu svog dana prokrastinirajući (Hill, Hill, Chabot & Barrall, 1978; Paulitzki, 2010).

Nekoliko istraživanja pokazalo je da su depresivnost, anksioznost i distres, pojave povezane s prokrastinacijom (Ferrari, Johnson & McCown, 1995; Stoeber & Joormann, 2001; Van Eerde, 2003; Steel, 2007; Rabin, Joshua & Nutter-Upham, 2011). Više autora te fenomene određuju na sledeći način: a) depresivnost individue karakterišu doživljaji disforije, beznadežnosti, obezvređivanje sebe i života u celini, osiromašenje društvenog života i anhedonija; b) anksioznost predstavlja mentalno stanje koje karakteriše subjektivni doživljaj strepnje, doživljaj bespomoćnosti i visok nivo pobuđenosti organizma; c) negativni stres u ovom kontekstu predstavlja stanje visoke pobuđenosti organizma koje nastaje kao posledica jednog ili više ugrožavajućih događaja, uz snažne negativne emocije na mentalnom planu (Lovibond & Lovibond, 1995; Crawford, Cayley, Lovibond, Wilson & Hartley, 2011; Szabo, 2010; Szabo, 2011; Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011).

Eisenbeck, Carreno i Ucles-Juarez (2019) depresiju, anksioznost i stres tretiraju kao aspekte opšteg psihološkog distresa koji je značajno povezan sa prokrastinacijom. Kako navode autori, ta povezanost je značajno posredovana na psihološkom nefleksibilnošću: sa većim opštim psihološkim distresom, raste psihološka nefleksibilnost koja povećava prokrastinaciju.

Istraživanja ukazuju da je veći stepen prokrastinacije bio praćen većim stepenom depresivnosti, anksioznosti i negativnog stresa (Ferrari et al., 1995; Stoeber & Joormann, 2001; Van Eerde, 2003; Steel, 2007; Rabin et. al., 2011). U jednom istraživanju upoređivala se grupa studenata koji imaju visoko izraženu prokrastinaciju sa grupom koja ima nisku prokrastinaciju i pokazalo se da studenti sa visokom prokrastinacijom pate od veće anksioznosti i bili su skloniji da doživljavaju fizičke simptome anksioznosti (Rothblum, Solomon & Murakami, 1986).

Istraživači smatraju da su anksioznost i negativni stres pokretači hronične prokrastinacije (Johnson & Bloom, 1995; Steel, 2007), jer odlaganje neprijatnih zadataka i obaveza dovodi do trenutnog olakšanja, uprkos negativnim dugoročnim efektima takvog ponašanja. Prema Covingtonu, prokrastinacija kod studenata je jedan mehanizam nošenja sa stresom koji je povezan sa studentskim obavezama, tako što odlaganje izvršavanja obaveza predstavlja izbegavanje snažne neprijatnosti, ali s druge strane, pokazalo se kako je odlaganje obaveza, jedan od glavnih uzroka negativnog stresa kod studenata (Covington, 1993).

Van Eerde (2003) izveštava o umerenoj pozitivnoj korelaciji prokrastinacije sa stanjima depresivnosti i anksioznosti, te ističe kako nema dokaza o tome koji je smer uzročnosti između prokrastinacije i varijabli negativnog afektiviteta. Teško je razlučiti kada je prokrastinacija posledica depresivnosti ili anksioznosti, ili sama prokrastinacija igra ulogu u podsticanju tih stanja.

Istraživanja ukazuju na to da bi studenti trebalo manje da prokrastiniraju kako stare i uče (Steel, 2007). Haycock, McCarthy i Skay (1998) izveštavaju da su mlađi studenti skloniji prokrastinaciji, jer nisu stigli usvojiti dobre navike učenja.

Steel u svojoj metaanalitičkoj studiji navodi da muškarci generalno više prokrastiniraju nego žene (Steel, 2007). Nalazi ukazuju da su studenti skloniji odlaganju obaveza od studentkinja (Ozer, Demir & Ferrari 2009; Petrović i Zlatanović, 2014; Hasanagić i Busra-Ogulmus, 2014). Znatno više studentkinja od studenata prijavilo je veće odlaganje obaveza zbog straha od neuspeha i lenjosti, a studenti muškog pola su prijavljivali više odlaganja obaveza kao posledicu preuzimanja rizika i pobune protiv kontrole od strane roditelja. Muškarci pokazuju agresivnije ponašanje nego žene prema psihološkim i socijalnim pritiscima (Lippa, 2002), tako da ti nalazi ukazuju da devojke manje prokrastiniraju nego momci jer lakše prihvataju roditeljsku kontrolu svog ponašanja. U skladu sa rodnim ulogama, devojke podležu većoj roditeljskoj kontroli u pogledu ponašanja u svojim socijalnim ulogama, na primer u školi, a i više su usmerene na poslove u kući i međuljudske odnose (Lamba, 1999; Kumru & Thompson, 2003; Ozer et al., 2009), dok se muškoj deci od strane roditelja toleriše veća autonomija i daju podsticaji za aktivnosti van kuće kojima se postiže bolji socijalni status. Otuda i moguće razlike u prokrastinaciji između studenata i studentkinja, jer studentkinje lakše prihvataju

roditeljski i uopšte socijalni pritisak, da svoje aktivnosti odrađuju na vreme. Owens i Newbegin (2000) ukazuju da postoje rodne razlike kada je u pitanju akademska prokrastinacija kod adolescenata. Između ostalog, autori ukazuju da je kod devojaka akademska prokrastinacija više povezana sa niskim samopoštovanjem i depresijom, nego kod momaka. Zhou (2020) ukazuje da je u odnosu na studente muškog pola, kod studentkinja savesnost značajniji negativni prediktor, a emocionalna nestabilnost značajniji pozitivni prediktor pasivne prokrastinacije.

Cilj ovog rada bio je ispitati da li su aspekti opšteg psihološkog distresa i starost značajni prediktori prokrastinacije, zasebno kod studenata muškog i ženskog pola. Hipoteze su bile da su depresivnost, anksioznost i negativni stres značajni pozitivni prediktori prokrastinacije, a da je starost ispitanika značajan negativan prediktor prokrastinacije. Ispitivanje depresivnosti, anksioznosti, stresa i starosti kao mogućih prediktora prokrastinacije kod svakog pola zasebno, čini ovaj rad ne samo značajnim iz ugla psihološkog savetovanja i psihoterapije, već i sasvim originalnim delom.

Dizajniranje istraživanja započeto je u februaru 2020. godine, tj. pre proglašenja vanrednog stanja u Republici Srbiji zbog pandemije COVID-19. Međutim, u skladu sa tada nastalim okolnostima, ovaj rad sadrži i nalaze o stepenu depresivnosti, anksioznosti, stresa i prokrastinacije kod studenata, koji su razmatrani zajedno sa dostupnim nalazima drugih istraživanja (Jovanović, Gavrilov-Jerković, & Brdaric, 2014; Odriozola-González, Planchuelo-Gómez, Irurtia & de Luis-García, 2020; Patsali, Mousa, Papadopoulou, Papadopoulou, Kaparounaki, Diakogiannis & Fountoulakis, 2020). Ti nalazi ovog istraživanja imaju značaj za proučavanje mentalnog zdravlja studenata, a poslužili su i za razmatranje ograničenja nalaza o vezi između ispitivanih pojava.

Metod

Uzorak i tok ispitivanja

Uzorak istraživanja činilo je 338 studenata oba pola, od toga, 282 ženskog pola. Studenata osnovnih studija bilo je 259 (76.6%), studenata master ili specijalističkih studija 53 (15.7%), dok je studenata doktorskih akademskih studija bilo ukupno 26 (7.7%). Prosečna starost ispitanika iznosila je 23.53 godina, 75% ispitanika imalo je od 19 do 25 godina, dok je preostala četvrtina ispitanika bila starosti od 26 do 45 godina (Tabela 1).

Tabela 1.

Životna dob ispitanika

AS	SD	Najmlađi (Min)	Najstariji (Max)	Kvartili		
				25	50	75
23.53 god.	3.92 god.	19 god.	45 god.	21 god.	23 god.	25 god.

Ispitivanje je sprovedeno od 17. do 27. marta 2020. godine. Kako bi se smanjile socijalne interakcije, u skladu sa preporukama vlade Srbije, usled trajanja pandemije zarazne bolesti COVID-19, sprovedeno je anonimno online istraživanje, pomoću internet platforme *Google Forms*, tako što su najpre svi instrumenti ovog istraživanja uneti u aplikaciju gubl upitnik (*Google questionnaire*). Zatim, korišćena je metoda uzorkovanja grudva snega (*snowball sample*), tako što su autori rada delili link online upitnika na stranicama različitih Univerzитета u Srbiji, kao i na studentskim grupama na društvenim mrežama.

Korišćene su uobičajene mere deskriptivne statistike (minimum, maksimum, aritmetička sredina, standardna devijacija, skjunis, kurtozis), a kao mera pouzdanosti korišćenih skala ispitivana je mera interne konzistentnosti, Kronbahov alfa koeficijent (*Cronbach's alpha*). Kao tehnike obrade podataka i analize rezultata upotrebljene su korelaciona analiza i analiza višestruke linearne regresije.

Instrumenti i varijable

Prokrastinacija je ispitana verzijom Skale opšte prokrastinacije koju je konstruisao Clarry Lay, a koja se sastoji od 20 pitanja (*General Procrastination Scale*, GPS: Lay, 1986). Na pitanja se odgovara biranjem jednog od ponuđenih odgovora na skali Likertovog tipa koja se prostire od odgovora 1 – uopšte se ne odnosi na mene, do 5 – u potpunosti se odnosi na mene. Može se primenjivati na odraslima i adolescentima. Ispitanici odgovaraju na pitanja vodeći se time kako se osećaju poslednjih dana. Veći skor na skali znači i veću tendenciju prokrastinaciji. Kronbahov koeficijent alfa originalne skale iznosio je 0.82 (Lay, 1986). Korišćena je domaća verzija te skale čiju su validnost i pouzdanost ispitali Hasanagić i Busra-Ozsagir (2018). Skala je imala prihvatljivu pouzdanost, Kronbahov koeficijent alfa bio je 0.71, a otkriveno je da stavke zasićuje 5 faktora: 1. faktor 'dobro planiranje' (npr. *Uglavnom uradim sve što sam planirao/la za taj dan*), 2. faktor 'odlaganje' (npr. *Kada treba da ispoštujem neki rok često gubim vreme radeći druge poslove*), 3. faktor 'čekanje poslednjeg minuta' (npr. *Uglavnom čak i neophodne stvari kupujem u poslednjem minutu*), 4. faktor 'dobro upravljanje vremenom' (npr. *Kada je vreme za ustajanje, najčešće odmah ustajem iz kreveta*), 5. faktor: 'loše upravljanje vremenom' (npr. *Često pronalazim sebe u izvršavanju zadataka koje sam nameravao/la da uradim danima ranije*). Prokrastinacija je u analizi regresije postavljena kao kriterijumska varijabla.

Depresivnost, anksioznost i stres su varijable operacionalizovane skorovima na Skali depresivnosti, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items*, ili skraćeno: DASS-21). Autori tog instrumenta su Lovibond i Lovibond (1995). DASS-21 se sastoji od 21 stavke i uključuje tri subskale: depresivnost, anksioznost i stres. Kako navode autori DASS-21, stavke subskale depresivnost odnose se na doživljaje disforije (npr. *Osećao/la sam se tužno i jadno*), anhedonije (npr. *Nisam imao/la nikakvo lepo osećanje*), beznadežnosti (npr.

Osećao/la sam da nemam čemu da se nadam), obezvređivanje sebe (npr. *Osećao/la sam se da kao osoba ne vredim mnogo*) i života (npr. *Osećao/la sam da je život besmislen*); subskala anksioznost se odnosi na doživljaje strepnje, visoke tenzije i bespomoćnosti (npr. *Osećao/la sam da sam blizu panike*); subskala stresa se odnosi na visoku pobuđenost organizma i negativne emocije nastale kao posledica neprijatnih ili ugrožavajućih događaja (npr. *Bilo mi je teško da se smirim*). Ispitanici su imali zadatak da na 4-stepenoj skali Likertovog tipa, od 0 – nimalo, do 3 – uglavnom ili skoro uvek, procene kako su se osećali u poslednjih nedelju dana. Skala DASS-21 je validirana na studentskoj populaciji u Srbiji s prijavljenim Kronbahovim alfa koeficijentima od 0.85 za subskalu depresivnost, 0.81 za subskalu anksioznost i 0.84 za subskalu stresa (Jovanović i sar., 2014).

Upitnik sociodemografskih podataka je konstruisan za potrebe ovog istraživanja, a između ostalih, sadržao je i pitanja koja se tiču pola, starosti, vrste i godine studija.

U ovom istraživanju, depresivnost, anksioznost, stres i starost su bile prediktorske varijable. U skladu sa osnovnim ciljem istraživanja, varijabla pol je iskorišćena za podelu uzorka na muški i ženski deo.

Rezultati

U Tabeli 2 prikazane su mere deskriptivne statistike za skale koje su upotrebljene u istraživanju. Prema podacima dobijenim prilikom validacije skale DASS-21 na uzorku od 1374 studenata u Srbiji (Jovanović i sar., 2014), aritmetička sredina (AS) subskale anksioznosti iznosi 3.37 (SD=3.82), AS subskale depresivnosti 3.14 (SD=3.90), dok je AS subskale stresa 6.70 (SD=4.68). Prosečne vrednosti depresije, anksioznosti i stresa kod ispitanika u ovom istraživanju su više. Nalazi ovog istraživanja sugerišu da je kod ispitanika bilo izraženo stanje opšteg psihološkog distresa, što može biti posledica uslova u kojima se ispitivanje odvijalo ili osobenosti uzorka. Prema nalazima istraživanja sprovedenom u Španiji tokom prvih nedelja uvođenja policijskog časa usled pandemije, studenti su pokazali više skorove na svim subskalama DASS-21, u odnosu na stanje pre pandemije (Odriozola-González et al., 2020). Autori koji su sprovedli istraživanje u Grčkoj tokom vanrednog stanja usled pandemije, ukazuju na porast anksioznosti, depresivnosti i distresa kod studenata u odnosu na vreme pre pandemije (Patsali et al., 2020).

Tabela 2.

Mere deskriptivne statistike za skalnu prokrastinacije i skale DASS-21

Skale	Min	Max	AS	SD	Skjunis	Kurtosis	Kronbahova α
Prokrastinacija	20.00	95.00	51.78	13.84	.33	.02	.85
Depresivnost	.00	21.00	6.77	5.65	.72	-.43	.89
Anksioznost	.00	21.00	5.64	5.13	.91	-.01	.85
Stres	.00	21.00	11.07	5.73	.01	-1.03	.89

Pouzdanost skale prokrastinacije na uzorku ovog istraživanja je visoka, alfa koeficijent iznosi 0.85 (tabela 2), što je u skladu sa prethodnim nalazima (Lay, 1986; Schouwenburg, 2004). Sve tri subskale DASS-21 imaju visoku pouzdanost, alfa koeficijent svake skale je iznad 0.80, što je u skladu sa prethodnim nalazima (Szabo, 2010; Szabo, 2011; Crawford et al., 2011; Jovanović i sar., 2011).

Kada je u pitanju prokrastinacija, Petrović i Zlatanović (2014) su kod studenata dobili prosečnu vrednost prokrastinacije 53.85 (SD=12.71), a Hasanačić i Busra-Ogulmus (2014) izveštavaju da je kod studenata državnih fakulteta prosečna vrednost prokrastinacije 53.51 (SD=9.38), a kod privatnih 58.85 (9.54). Prosečna vrednost prokrastinacije kod studenata u ovom istraživanju je nešto niža (51.78), ali zanemarljivo, kada se uzmu u obzir i standardne devijacije. Ne postoje radovi u kojima su dati toliko opšti i pouzdani pokazatelji koji govore koliko je prosečno razvijen stepen prokrastinacije kod studenata u Srbiji, a sa kojima bi nalazi ovog istraživanja bili upoređeni tako da se izvu-ku precizniji zaključci.

U Tabeli 3 vidi se da su pojave koje ispituje DASS-21 međusobno povezane statistički značajnim pozitivnim korelacijama, što znači da su stres, anksioznost i depresivnost međusobno veoma povezane pojave, tako što sa porastom doživljavanja jedne od njih, jača i doživljavanje preostale dve, kao i obrnuto, sa smanjenjem jedne od njih, smanjuju se preostale dve. Rezultati pokazuju da subskala stresa i subskala anksioznosti imaju 53.29 % zajedničke varijanse ($r=0.73$, $p<0.01$), te da su te subskale ispitanicima u ovom istraživanju bile veoma slične. Prokrastinacija i starost ispitanika nisu bile značajno povezane sa drugim pojavama koje su ispitivane kod momaka.

Tabela 3.

Korelacije između varijabli istraživanja na muškom i ženskom delu uzorka

	Pol	Starost	Depresivnost	Anksioznost	Stres
Depresivnost	muški	-.13			
	ženski	-.08			
Anksioznost	muški	-.05	.54**		
	ženski	.00	.60**		
Stres	muški	-.01	.50**	.73**	
	ženski	-.07	.70**	.73**	
Prokrastinacija	muški	-.04	.11	.25	.13
	ženski	-.05	.24**	.10	.07

Napomena: ** – korelacija je značajna na nivou 0.01

Ispitivanje na ženskom delu uzorka pokazuje da su stres, anksioznost i depresivnost i kod devojaka međusobno veoma povezane pojave, tako što sa porastom jedne rastu i druge dve, kao što je već rečeno i kod momaka. Korelacije subskale stresa sa preostale dve subskale DASS-21 ujedno ukazuje da

je pojava koju ova subskala meri ispitanicama veoma slična sa depresijom ($r=0.7, p<0.01$), kao i sa anksioznošću ($r=0.73, p<0.01$).

Kada je korelacija između skala preko 0.70, sumnja se da skale mere iste fenomene jer im se preklapa preko 50% varijanse. Međutim, Jovanović i sar. (2011) ukazuju da između subskala DASS-21 postoji veoma visoka povezanost, jer više stavki sve tri subskele zasićuje jedan nespecifičan faktor – faktor opšteg negativnog afektiviteta. Kada je u pitanju španska verzija skale DASS-21, na sličan nespecifičan faktor ukazuju Eisenbeck i sar. (2020) i zato depresivnost, anksioznost i stres smatraju dimenzijama opšteg psihološkog distresa.

Starost devojaka nije značajno povezana ni sa jednom drugom varijablom istraživanja, kao i kod momaka. Međutim, prokrastinacija kod devojaka je povezana sa depresivnošću niskom i statistički značajnom pozitivnom korelacijom ($r=0.24, p<0.01$). Taj nalaz sugerise da su te dve pojave kod devojaka u odnosu međuzavisnosti, tako što se povećanje stepena prokrastinacije javlja zajedno sa povećanjem stepena depresivnosti i obrnuto, smanjenje prokrastinacije podrazumeva ujedno i smanjenje stepena depresivnosti.

Tabela 4.

Depresivnost, anksioznost, stres i starost kao prediktori prokrastinacije

	Momci		Devojke	
	R ²	β	R ²	β
Prediktori	.01		.06**	
Depresivnost		-.02		.36**
Anksioznost		.34		.03
Stres		-.11		-.20
Starost		-.03		-.03

Napomena: R² – korigovani koeficijent multiple determinacije; β – standardizovani regresioni koeficijent; ** – nivo statističke značajnosti od 0.01

U Tabeli 4 prikazani su rezultati analiza regresije kod oba pola. Na muškom delu uzorka nije bilo statistički značajnih rezultata. Na ženskom delu uzorka 6% varijanse prokrastinacije objašnjeno je korišćenim prediktorima, a kao značajan prediktor prokrastinacije izdvojila se depresivnost ($\beta=0.36, p<0.01$). Taj rezultat ukazuje da sa većom depresivnošću kod devojaka raste i prokrastinacija, a smanjenje stepena depresivnosti podrazumeva i smanjenje stepena prokrastinacije.

Diskusija

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati da li su depresivnost, anksioznost, negativni stres i starost značajni prediktori prokrastinacije na uzorku studenata oba pola.

Analize korelacija između varijabli u ovom istraživanju i na muškom i na ženskom delu uzorka pokazale su da između depresivnosti, anksioznosti i stresa postoje statistički značajne, visoke pozitivne korelacije, dok starost ispitanika nije bila statistički značajno povezana sa navedenim aspektima opšteg psihološkog distresa, niti sa prokrastinacijom.

Na osnovu prethodnih istraživanja bilo je očekivano da će depresivnost, anksioznost i stres značajno pozitivno korelirati sa prokrastinacijom kod studenata oba pola, a starost negativno (Ferrari et al., 1995; Rabin et al., 2011; Stoeber & Joormann, 2001; Steel, 2007; Steel, 2010; Van Eerde, 2003). Nalazi u ovom radu ukazuju da je jedino odnos depresivnosti i prokrastinacije kod devojaka potvrdio očekivanje da depresivnost i prokrastinacija zajedno rastu ili opadaju. Depresivnost, anksioznost, stres i starost kod momaka u ovom uzorku nisu bili značajni korelati njihove prokrastinacije.

Nalaz da je samo depresivnost devojaka, kao aspekt njihovog opšteg psihološkog distresa, značajno povezana sa prokrastinacijom, ukazuje da su doživljaji obezvređivanja sebe i života u celini, kao i doživljaji beznadežnosti i tuge, bili najviše povezani sa prokrastinacijom. Navedene doživljaje obuhvataju stavke upitnika DASS-21 koje faktorsko zasićenje najmanje dele sa stavkama drugih subskala, a istovremeno su najviše zasićene faktorom koji određuje subskalnu depresiju (Jovanović i sar., 2011). To je u skladu sa ranijim mišljenjem da nisko samocenjenje i depresija predstavljaju značajnije korelate prokrastinacije kod devojaka, nego kod momaka (Owens & Newbegin, 2020), a donekle je u skladu i sa nalazom da kod studentkinja sa višim stepenom emocionalne nestabilnosti i sa nižim stepenom savesnosti, raste nivo prokrastinacije (Zhou, 2020). Emocionalna nestabilnost, između ostalog, obuhvata krhko samopoštovanje i učestalo negativno raspoloženje, dok nizak nivo savesnosti obuhvata obezvređivanje sebe i vlastitih ciljeva koje umanjuje samodisciplinu i istrajnost, što ima preklapanja sa aspektima depresivnosti.

Navedeni nalazi mogu se povezati sa objašnjenjima u kojima se uzroci prokrastinacije individue nalaze u slabostima njene motivacije (Siaputra, 2010; Steel, 2007). U jednom takvom tipu objašnjenja (*Temporal Motivation Theory*; Steel, 2007), ukazuje se na sledeće: a) sa što manje vere u svoje sposobnosti da se aktivnosti mogu uspešno izvršiti, ide veći stepen prokrastinacije; b) što se više cilju nalaze mane, tj. što je manja vrednost nagrade za realizaciju cilja, prokrastinacija je veća; c) što je veća impulsivnost osobe prokrastinacija je veća; d) što je cilj vremenski udaljeniji, prokrastinacija je veća. Aspekti depresivnosti mogu da podrazumevaju nepoverenje u vlastite sposobnosti i doživljaj vlastitih ciljeva kao manje poželjnih ili više vremenski udaljenih, što su iskustva koja pokreću prokrastinaciju. Prokrastinacija se onda odvija kao zamena neprijatnih aktivnosti onim aktivnostima koje donose trenutno zadovoljstvo i tako se kompenzuje negativni afekt (Johnson & Bloom, 1995; Steel, 2007). Regulacija negativnih afekata prokrastinacijom na

duže staze dovodi do produbljivanja doživljaja neuspeha i manje lične vrednosti, što vodi ponovo ka prokrastinaciji, čineći tako *circulus vitiosus* (Kahneman, 2003; McClure et al., 2007; Steel, 2007).

U skladu sa pomenutim razlikama u rodnim ulogama (Lamba, 1999; Ozer et al., 2009; Verkuyten et al., 2001), u odnosu na momke, devojke imaju više intimne komunikacije sa bliskim osobama, obično roditeljima, bliskim prijateljima ili emotivnim partnerima, u kojima razmatraju svoje probleme, ciljeve i obaveze. Slabljenje podrške koje dobijaju u odnosima sa bliskim osobama može delovati na jačanje povezanosti depresivnih doživljaja i prokrastinacije. Logično, može se pretpostaviti da bi ta podrška mogla biti umanjena zbog socijalne izolacije ili drugih nepovoljnih okolnosti tokom pandemije, što prevazilazi dizajn ovog istraživanja.

Anksioznost i stres se nisu pokazali kao značajni korelati prokrastinacije ni kod devojaka. Taj nalaz ukazuje da prokrastinacija kod devojaka uglavnom nije pokrenuta stresom ili strahom, niti da prokrastinacija dovodi do anksioznosti, što nije u skladu sa ranijim nalazima (Ferrari et al., 1995; Rabin et al., 2011; Rothblum et al., 1986; Stoeber & Joormann, 2001; Steel, 2007; Van Eerde, 2003). Nalaz da starost ispitanika nije prediktor prokrastinacije ukazuje da stariji studenti nisu naučili da se bolje izbore sa prokrastinacijom u odnosu na mlađe studente, što nije u skladu sa nalazima prethodnih istraživanja (Haycock et al., 1998; Steel, 2007). Nalaz sugeriše da stariji studenti nisu napredovali u odnosu na mlađe u prevladavanju prokrastinacije, ali je za odgovor na pitanje da li se sa starenjem smanjuje prokrastinacija potrebno istraživanje sa longitudinalnom strategijom.

Navedeni nalazi su ograničeni, između ostalog, veličinom i nereprezentativnošću uzorka, posebno kada je u pitanju muški deo uzorka (N=56). Pored toga, s obzirom da je ispitivanje sprovedeno u vremenu pandemije, te da su dobijene vrednosti dimenzija opšteg psihološkog distresa bile veoma izražene, onda je i to uslov koji se mora uzeti u obzir kada je reč o ograničenjima za uopštavanje rezultata.

Ovo je prvo istraživanje u Srbiji u kome je ispitivano predviđanje prokrastinacije kod studenata na osnovu dimenzija opšteg psihološkog distresa i starosti. Rezultati istraživanja su potvrdili da je dimenzija depresivnosti kod devojaka statistički značajan prediktor prokrastinacije. Anksioznost i stres, kao ni starost ispitanika, nisu se pokazali kao značajni prediktori prokrastinacije ni kod momaka ni kod devojaka.

Navedeni nalazi mogu imati važne praktične implikacije za ustanove čiji je domen rada pružanje psihološke podrške i savetovanja, kao i za izradu preventivnih programa prepoznavanja i prevladavanja ranih znakova prokrastinacije kod studenata.

Reference

- Crawford, J. R., Cayley, C., Lovibond, P. F., Wilson, P. H., & Hartley, C. (2011). Percentile norms and accompanying interval estimates from an Australian general adult population sample for self-report mood scales (BAI, BDI, CRS-D, CES-D, DASS, DASS-21, STAI-X, STAI-Y, SRDS, and SRAS). *Australian Psychologist*, 46, 3–14.
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F., & Uclés-Juárez, R. (2019). From psychological distress to academic procrastination: Exploring the role of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 103–108.
- Ferrari, J. R., Johnson, J. L., & McCown, W. G. (1995). *Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment*. New York: Plenum press.
- Hasanagić, A. & Büşra Özsağır, C. (2018). The validity exploration of General Procrastination Scale. *Epiphany, Journal of Transdisciplinary Studies*, 11(1), 55–74.
- Hasanagić, A., & Busra-Ogulmus, C. (2014). Prokrastinacija i anksioznost kod studenata privatnog i drzavnog univerziteta. *Zbornik radova Islamskog pedagoškog fakulteta u Zenici*, 12, 57–74.
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317–324.
- Hill, M. B., Hill, D. A., Chabot, A. E., & Barrall, J. F. (1978). A survey of college faculty and student procrastination. *College Student Journal*, 12, 256–262.
- Johnson, J. L., & Bloom, A. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 18(1), 127–133.
- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., & Brdaric, D. (2014). Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21) na uzorku studenata u Srbiji [Psychometric evaluation of Depression, anxiety and stress-21 Scale (DASS-21) on a student sample in Serbia]. *Psihologija*, 4759, 93–112.
- Jovanović, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) – Struktura negativnog afekta kod adolescenata [The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21): The structure of the negative affect in adolescents]. *Engrami*, 33(2), 19–28.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697–720.
- Knaus, W. J. (1973). Overcoming procrastination. *Rational Living*, 8(2), 2–7.
- Kumru, A., & Thompson, R. A. (2003). Ego identity status and self-monitoring behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 18, 481–495.
- Lamba, G. (1999). *Effects of gender-role and self-efficacy on academic procrastination in college students* (Unpublished Master's Thesis). Missouri: Truman State University.
- Lay, C. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20, 474–495.
- Lippa, R. A. (2002). *Gender, Nature, and Nurture 2nd Edition*. London: Erlbaum.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.

- McClure, S. M., Ericson, K. M., Laibson, D. I., Loewenstein, G., & Cohen, J. D. (2007). Time discounting for primary rewards. *Journal of Neuroscience*, *27*(21), 5796–5804.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, A., Iurrtia M. J., & Luis-García R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, *290*, 113108.
- Owens, A. M., & Newbegin, I. (2000). Academic procrastination of adolescents in English and mathematics: Gender and personality variations. *Journal of Social Behavior & Personality*, *15*(5), 111–124.
- Özer, B. U., Demir, A., & Ferrari, J. R. (2009). Exploring academic procrastination among Turkish students: Possible gender differences in prevalence and reasons. *The Journal of Social Psychology*, *149*(2), 241–257.
- Patsalia, M. E., Mousa, Danai-Priskila V., Papadopoulou, Eleni V. K., Papadopoulou, Konstantina K. K., Kaparounaki Chrysi K., Diakogiannis, I., & Fountoulakis K. N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, *292*, 113298.
- Paulitzki, J. R. (2010). *Procrastination as self-regulatory failure habitual avoidance and inhibitory control moderate the intention-behaviour relation for unpleasant tasks*. Doctoral dissertation. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo.
- Petrović, I., & Zlatanović Lj. (2014). Povezanost prokrastinacije i samopoštovanja kod studenata. U B. Dimitrijević (ed.), *Rad, ličnost i društvo, Tematski zbornik radova* (str. 197–208). Filozofski fakultet, Niš.
- Pychyl, T. A., Lee, J. M., Thibodeau, R., & Blunt, A. (2000). Five days of emotion: An experience sampling study of undergraduate student procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality*, *15*, 239–254.
- Rabin, L., Joshua F., & Nutter-Upham, K. E. (2011). Academic procrastination in college students: The role of self-reported executive function. *Journal of clinical and experimental neuropsychology* *33*(3), 344–357.
- Rothblum, E. D., Solomon L. J., & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of counseling psychology*, *33*, 387–94.
- Schouwenburg, H. C. (2004). Academic procrastination: Theoretical notions, measurement, and research. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3–17). Washington, DC: American Psychological Association.
- Siaputra, I. B. (2010). Temporal Motivation Theory: Best theory (yet) to explain procrastination. *Anima Indonesian Psychology Journal*, *25*(3), 206–214.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, *133*, 65–94.
- Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Personality and Individual Differences*, *48*, 926–934.
- Steel, P., Svartdal, F., Thundiyil, T., & Brothen, T. (2018). Examining procrastination across multiple goal stages: A longitudinal study of Temporal motivation theory. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1–16.

- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 49–60.
- Szabó, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1–8.
- Szabó, M. (2011). The emotional experience associated with worrying: Anxiety, depression or stress? *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 24, 91–105.
- Van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35, 1401–1418.
- Verkuyten, M., Thijs, J., & Canatan, K. (2001). Achievement motivation and academic performance among Turkish early and young adolescents in the Netherlands. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 127, 378–408.
- Zhou, M. (2018). Gender differences in procrastination: The role of personality traits. *Current Psychology*, 1445–1453.

DATUM PRIJEMA RADA: 05.08.2020.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 12.11.2020.

Dimensions of general psychological distress and age as the predictors of procrastination in university students

Teodora Safiye

Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac

Branimir Vukčević

High School of Culinary Arts and Tourism with Dormitory, Vrnjačka Banja

The aim of the study is to examine whether depression, anxiety, stress and age are significant predictors of procrastination. Procrastination can be defined as the intentional postponement of the beginning or the completion of a task or job, leaving it for later, despite the knowledge of the negative consequences of such an act. The assumption was that with a higher degree of depression, anxiety and stress, the degree of general procrastination would be higher, and that, with higher age, the degree of procrastination would be lower. The sample consisted of 338 students of both sexes (282 female), the average age of 23.53. The following instruments were used: The General Procrastination Questionnaire (GPS: Lay, 1986), Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21: Lovibond & Lovibond, 1995), and Questionnaire on socio-demographic data designed for the purposes of this research. Standard multiple regression analysis was used for data analysis. Data were collected during the state of emergency due to the COVID-19 pandemic, and hence the paper also presents the findings on the degree of general psychological distress and procrastination in students. The results show that, in the female subsample, only depression is a significant predictor that explains 6% of the variance of procrastination ($\beta = 0.36$, $p < 0.01$). This implies that, in female students, depression, including sadness, hopelessness, devaluation of themselves and their lives, strengthens procrastination, but also vice versa. The results of the research did

not confirm the initial assumption that the older the students were, the better they knew how to cope with procrastination.

Key words: procrastination, depression, anxiety, stress, students

Iskustva i kvalitet života starijih osoba tokom pandemije Kovida-19 i uvedenih restriktivnih mera u Srbiji

Tamara Džamonja Ignjatović¹, Biljana Stanković,
Tamara Klikovac

Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

Ovaj rad je deo šire kvalitativne studije koja se bavi ispitivanjem iskustva ljudi tokom prvog talasa pandemije u Srbiji kada je uvedeno vanredno stanje i efekti- ma ove situacije na kvalitet života i mentalno stanje specifičnih uzrasnih grupa. U radu su prikazani rezultati intervjua vođenih sa osobama starijim od 65 godi- na, koje su bile posebno pogođene uvedenim restriktivnim merama, zbog čega su mnogi stariji sugrađani osetili značajan pad kvaliteta života, praćen rizikom za razvoj različitih emocionalnih tegoba. U cilju dubljeg razumevanja njihovih specifič- nih iskustava tokom pandemije i uvedenih mera, opredilili smo se za kvalitativnu studiju uzimajući u obzir karakteristike prethodnog životnog konteksta, promene načina života tokom pandemije, njihove emocionalne reakcije i strategije prevla- davanja, kao i očekivanja od budućnosti s obzirom na novonastalu situaciju. Inter- vjuisano je 16 osoba, oba pola (4 muškarca), starosti od 65 do 87 godina (M=71.19 god.), tokom aprila i početkom maja 2020. godine. Transkripti polustrukturisanih intervjua su procesuirani u softveru za kvalitativnu analizu Maxqda i analizirani su uz oslanjanje na principe tematske analize. Opšti zaključak istraživanja je da su se starije osobe iz našeg uzorka bez većih teškoća prilagodile i uspele da održe za- dovoljavajuće subjektivno blagostanje uprkos pandemiji i restriktivnim merama, a uz pomoć i podršku neposrednog socijalnog okruženja i u kontekstu zadovoljstva opštim kvalitetom dotadašnjeg života. To je rezultiralo dobrim adaptivnim strate- gijama i ishodima, čak i u situaciji ugroženih potreba i nezadovoljstva specifičnim aspektima života. Ipak, nalazi istraživanja ukazuju na to da se kod starijih osoba reakcije na pandemiju razlikuju od reakcija na uvedene mere – tolerancija starijih na ugroženost ličnih potreba veća je nego što je tolerancija na ugroženost prava i ličnog dostojanstva. Dok se briga za sopstveno zdravlje znatno manje ispoljila, uvođenje vanrednog stanja i posebno restriktivnih mera za sugrađane starije od 65 godina, doživljenji su znatno teže. Mere izolacije su se odrazile na pojačana negativna osećanja i pad kvaliteta života, ali i na ugroženost ličnog dostojanstva.

ključne reči: pandemija, Kovid-19, starije osobe, kvalitet života, subjektivno bla- gostanje, strategije prevladavanja

1 tamara.dzamonja@gmail.com

Uvod

Ovaj rad je deo šire kvalitativne studije koja se bavi ispitivanjem subjektivnog iskustva ljudi tokom prvog talasa pandemije u Srbiji i uvedenog vanrednog stanja i efektima ove situacije na kvalitet života i mentalno zdravlje specifičnih uzrasnih grupa. U ovom radu biće prikazani rezultati intervjua vođenih sa osobama starijim od 65 godina, koje su bile posebno pogođene uvedenim restriktivnim merama.

Pandemija korona virusa je, pored posledica na zdravlje i živote ljudi širom sveta, doprinela i širenju straha, zabrinutosti i drugih negativnih osećanja među stanovništvom, kao posledicom doživljaja ugroženosti, frustracije i gubitaka. Pored stresa i straha koje je sama pandemija izazvala, preventivne mere, kao što su fizičko distanciranje, karantini i zabrane putovanja i izlazaka iz kuće, takođe su imali negativan uticaj na svakodnevni život ljudi, uključujući i doživljaj izolovanosti, usamljenosti, depresije (WHO, 2020).²

Iako su se posledice odrazile praktično na celokupnu populaciju, ove mere su posebno pogodile marginalizovane, socijalno izolovane i vulnerabilne grupe ljudi, kao što su migranti, žene i deca izloženi zlostavljanju, psihijatrijski pacijenti, osobe sa invaliditetom i starije osobe koje žive same ili su na institucionalnom smeštaju (WHO, 2020).³

Prvi slučajevi zaraženi novim korona virusom u Srbiji registrovani su 5. marta 2020. a 15. marta u zemlji je proglašeno vanredno stanje uz uvođenje brojnih mera (samoizolacija/kućni karantin za osobe starije od 65 godina, zatvaranje vaspitno-obrazovnih ustanova, redukovanje radnog vremena brojnih institucija, zabrana putovanja, itd.) sa ciljem da se smanje socijalni kontakti između ljudi i spreči širenje novog, nepoznatog virusa. Vanredno stanje je zvanično ukinuto 6.05.2020 i nove mere nisu preduzimate od početka decembra ove godine kada je prema najnovijim zvaničnim podacima Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" situacija drastično pogoršana, tako da je ukupan broj registrovanih slučajeva zaraženih korona virusom od početka pandemije u našoj zemlji 206.940, a broj preminulih 1834 (0.89% procenat smrtnosti prema ukupnom broju od 1.867.228 testiranih⁴. Na žalost, sumnje u tačnost tadašnjih zvaničnih podataka, doprinele su još većem doživljaju frustracije, nepoverenja, straha i besa. Naime, u prva tri meseca 2020. godine (period januar – mart) umrla 1.381 osoba manje nego u 2019 godini. Potpuno je suprotna situacija od aprila do kraja avgusta kada je u 2020. godini u odnosu na isti period 2019. godine umrlo 3.452 osobe više, što se poklapa sa počet-

2 <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19>

3 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/446340/Factsheet-May-2020-Vulnerable-populations-during-COVID-19-response-eng.pdf

4 <https://www.bbc.com/serbian/lat/srbija-54355572>, podaci ažurirani dana 5.12.2020.

kom reorganizovanja zdravstvenog sistema i njegovog kompletnog stavljanja u funkciju borbe protiv korona virusa. Ako se uzme u obzir da je do kraja avgusta 2020. godine (od 20. marta kada je zabeležen prvi smrtni slučaj od Kovida-19) umrlo 715 osoba⁵ dolazimo do toga da je "višak umrlih" u periodu april – avgust odnosu na 2019. godinu čak 2.737 osoba (3.452 umanjeno za 715 umrlih od Kovida-19). Ovi podaci govore u prilog sumnje da je bilo više umrlih od korone u odnosu na zvanične podatke, mada je do povećanih smrtnih ishoda moglo doći i usled drugih medicinskih stanja i bolesti, s obzirom na smanjen obim zdravstvenih usluga koji je pružan u tom periodu.

Uticao kolektivnih zdravstvenih kriza na iskustva i dobrobit ljudi

Vanredne situacije poput pandemije, pored toga što direktno ugrožavaju zdravlje, bezbednost i kvalitet života stanovništva izazivajući nesigurnost, konfuziju, strah, izolaciju, stigmatizaciju obolelih i sl., predstavljaju i pretnju ekonomskom položaju ljudi, dovode do zatvaranja škola, radnih mesta, teškoća u pružanju adekvatne medicinske pomoći i distribucije deficitarnih sredstava. Sve ovo očekivano rezultira povećanim nivoom stresa, negativnim emocionalnim reakcijama, ugrožavajućim oblicima ponašanja (npr. zloupotrebi psihoaktivnih supstanci), alineretko i otporom prema uvedenim merama zaštite (Pfefferbaum & North, 2020).

Iz navedenih razloga, pandemija može izazvati i ozbiljnije poremećaje mentalnog zdravlja, poput depresivnih i anksioznih stanja, a uslučajevima dramatičnih iskustva boravka u bolnicama, priključivanja na respirator ili gubitaka najbližih članova porodice, stvara uslove i za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (APA, 2012). Neke grupe ljudi mogu biti vulnerabilnije na ove negativne efekte pandemije u odnosu na druge, posebno one čije je zdravlje već ugroženo ili oslabljeno kao što je to često slučaj kod starijih osoba.

Najnovija istraživanja su potvrdila brojne mentalne smetnje, stres, depresivnost, iritabilnost, poremećaj spavanja, strah, napetost, nervozu, itd.kod onih koji su jedno vreme proveli zatvoreni u karantinu zavisno od dužine izolacije, snabdevenosti potrebnim sredstvima, dostupne medicinske pomoći i sl. (Brooks at al., 2020).

Specifičnosti situacije u Srbiji

Iako su posledice pandemije i uvedenih mera tokom vanrednog stanja osetili svi građani, najstarija uzrasna grupa bila je izložena većim zdravstvenim rizicima. Kao prevencija mogućnosti njihovog zaražavanja i u nedostatku dovoljnog broja respiratora, u Srbiji su uvedene posebno restriktivne mere za starije osobe. Svim osobama starijim od 65 godina bilo je zabranjeno da

5 <http://www.politika.rs/scc/clanak/461545/Premitulo-dvoje-zarazeno-jos-76-osoba>

izlaze iz svojih domova tokom nepuna dva meseca⁶, osim izuzetno, iz zdravstvenih razloga. Ova mera odnosila se neselektivno na sve, bez obzira na njihov stepen aktivnosti, radne obaveze, zdravstveno stanje, dostupnost pomoći i sl. Nešto kasnije, ova zabrana je "ublažena" dozvolom izlazaska u periodu između 4 i 8 časova ujutru, još uvek po mraku u to doba godine i u za to specijalno određene prodavnice ispred kojih su se tada formirali dugi redovi. Vreme zabrane izlaska za sve građane je bilo od 18h do 7h ujutru, kao i vikendom od petka popodne do ponedeljka ujutru. Kasnije je i ova mera ublažena dozvolom za šetanje kućnih ljubimaca i male dece.

Veliki broj starijih bio je tokom produženog perioda zatvoren u stanu, uz redukciju direktno socijalne komunikacije, bez mogućnosti kretanja i izlaska na svež vazduh. Za mnoge osobe ovog uzrasta koji žive same, a ne mogu da se oslone na redovnu praktičnu pomoć drugih osoba iz okruženja (porodice, prijatelja, komšija) ovakva zabrana je direktno ugrožavala elementarno snabdevanje namirnicama i obavljanje drugih neophodnih aktivnosti (npr. podizanje penzije iz banke). Takođe, pristup zdravstvenoj zaštiti zbog drugih, hroničnih ili akutnih zdravstvenih tegoba, bio je znatno otežan. Iz svih navedenih razloga, očekivano je da su mnogi stariji sugrađani osetili značajan pad kvaliteta života, praćen rizikom za razvoj različitih emocionalnih tegoba.

Koliko je sve ovo pogodilo starije osobe u našoj zemlji govore podaci o evidenciji poziva Nacionalne Linije za Psihosocijalnu podršku tokom pandemije, koju su u najvećem procentu pozivali najstariji građani – iz uzrasne grupe (71–80) registrovano je ukupno 897 poziva (25.2% od ukupnog broja poziva) i 441 poziv iz uzrasne grupe (61–70) (12.4 % od ukupnog broja poziva). Podaci pokazuju da se najveći broj sugrađana javljao zbog anksioznosti i napetosti (1,166) (Karličić, Đorđević, Stašević, Subotić, Filipović, Ignjatović-Ristić, Janjić, 2020).

Dosadašnje studije posledica pandemije

Od početka pandemije, pored drugih, pre svega medicinskih istraživanja, sproveden je veći broj psiholoških istraživanja u svetu, kao i u našoj zemlji, jer je bilo očigledno da će ne samo strah od zaražavanja, već i posledice mera prevencije imati efekte na mentalno zdravlje i kvalitet života ljudi. Ova istraživanja mahom su sprovedena online (kako zbog brzine prikupljanja podataka, tako i zbog smanjenja socijalnih kontakata) i bila su po pravilu kvantitativne prirode. Kvalitativna istraživanja su daleko ređe sprovedena, sa izuzetkom nekoliko studija usmerenih na zdravstvene radnike koji su prepoznati kao posebno ugrožena grupa u okolnostima pandemije (Sun et al., 2020; Liu et al., 2020; Fawaz & Samaha, 2020).

6 <https://www.srbija.gov.rs/vest/452130/od-sutra-na-snazi-zabrana-kretanja-za-starije-od-65-godina.php>

Dosadašnje studije su ukazale na to da masovnost, neodređenost i slaba predvidljivost koronavirusa uz restriktivne mere zaštite, pored pretnji po fizičko zdravlje, predstavljaju značajne pretnje po mentalno zdravlje, izazivajući negativne kognitivne procene i emocije, kao i češću pojavu ili pogoršanje psihopatoloških simptoma, pre svega depresivnosti i anksioznosti (Vindgaard & Benros, 2020; Liet al., 2020; Luo et al., 2020). Jedno istraživanje u našoj sredini (Ristović, 2020) ukazalo je na postojanje povezanosti između uverenja o koronavirusu, straha i poštovanja preventivnih mera. Uverenja o koronavirusu pokazala su se kao značajan prediktor straha od koronavirusa, ali se na osnovu njih ne može predvideti poštovanje preventivnih zdravstvenih mera. Ovaj nalaz je značajan, jer su istraživanja u drugim zemljama ukazala na poštovanje preventivnih mera kao protektivni faktor kada je reč o očuvanju mentalnog zdravlja (Luo et al., 2020). Što se tiče specifične uzrasne grupe na koju smo usmereni u ovom radu, ima indikacija na osnovu prethodnih istraživanja da su starije osobe, iako pod većim zdravstvenim rizikom tokom pandemije, zapravo manje podložne povećanom stresu i pogoršanju mentalnog zdravlja u nepovoljnim okolnostima (Losada-Baltaret al., 2020; Palgi et al., 2020).

Ne dovodeći u pitanje značaj i domete kvantitativnih istraživanja, treba uzeti u obzir da ona imaju ograničeni pristup individualnim i kontekstualno specifičnim iskustvima pripadnika određenih društvenih grupa, posebno u novim okolnostima koje nisu prethodno istraživane (Teti et al., 2020). Zbog toga smo se, u cilju dubljeg razumevanja specifičnih, individualnih iskustava starijih osoba tokom pandemije i uvedenih mera, opredilili za kvalitativnu studiju.

Predmet i ciljevi istraživanja

U ovoj studiji se bavimo ispitivanjem efekata pandemije na kvalitet života i subjektivno blagostanje starijih osoba preko 65 godina, s obzirom na specifične zdravstvene rizike kao i na specifične mere uvedene za ovu uzrasnu grupu tokom vanrednog stanja.

Iako se 65 godina uobičajeno uzima kao početak starijeg životnog doba, jasno je da ne postoji neki specifičan biološki marker koji se natom uzrastu nužno javlja, kao i da postoje velike individualne razlike u pogledu fizičkih i mentalnih karakteristika osoba ovog uzrasta. U Srbiji osobe sa 65 godina ispunjavaju starosni uslov odlaska u penziju. Iako se mnogi osećaju aktivni, zdravi i „mladalačkog duha“, i dalje su prisutni mnogi stereotipi o neizbežnom opadanju njihovih fizičkih i mentalnih sposobnosti (Zastrow & Krist-Ashman, 2013) što ima uticaj i na njihovu poziciju u društvu.

Cilj istraživanja je bio da razumemo specifičnosti subjektivnih iskustava starijih osoba i efekte izmenjenih okolnosti na njihov kvalitet života i men-

talno zdravlje uzimajući u obzirneke specifične karakteristike prethodnog životnog konteksta, kao što suzdravstveno stanje i stepen funkcionalnosti, materijalno stanje, porodična situacija, radno angažovanje i mesto stanovanja. Takođe, nastojali smo da pratimo rekonstrukciju promene iskustava starijih u vremenskoj perspektivi – kroz poređenje kvaliteta života pre promena koje je nametnula pandemija, subjektivnih okolnosti i iskustava tokom pandemije i vanrednog stanja, prvenstveno emocionalnih reakcija i strategija prevladavanja, kao i projekcije budućnosti s obzirom na novonastalu situaciju.

Metode istraživanja

Uzorak

Ispitano je 16 osoba, oba pola (svega 4 muškarca), starosti od 65 do 87 godina ($M=71.19$ god.). Većina živi u gradu (12), 3 u manjem gradu, 1 osoba živi na selu, dok je jedna iz grada prešla u kuću na selu tokom vanrednog stanja. Većina živi sa partnerom (7), dok su 6 njih udovci ili udovice i žive sami, a tri osobe žive sa svojom decom (od čega su dve udovice). Njih čak 7 nema decu, 6 ima dvoje dece, dvoje imaju po jedno dete i jedna osoba ima 3 dece. Dominiraju ispitanici visokog obrazovanja (12), savišom školskom spremom (3) i jedna osoba sa srednjom školom.

Njih 9 je, iako formalno u penziji, i dalje radno aktivno, bilo da su profesorku u penziji (5) ili su honorarno angažovani u firmi u kojoj su radili do penzije, dok je jedan ispitanik vlasnik privatne firme koju i dalje vodi. S obzirom na ove razlike u radnom angažovanju izdvojile su se tri grupe starijih. „Pravi“ penzioneri, koji strukturiraju svoj svakodnevni život brigom oko osnovnih potreba, dok ostalo vreme slobodno za aktivnosti usmerene ka kontaktima sa porodicom i prijateljima. Drugu grupu čine penzionerke usmerene na pomoć svojoj odrasloj deci. Njihove radne aktivnosti čine pretežno domaći poslovi, pomoć oko čuvanja unuka, što podrazumeva i manjak slobodnog vremena, provodeći ga kroz pasivan odmor i održavanje kontakta sa članovima porodice. Treću grupu čine radno aktivni penzioneri, koji su nastavili angažovanje na poslu u manjem obimu, a spadaju u visoko obrazovane, (često doktore nauka) i sa višim standardom. Oni svoje slobodno vreme provode kreativnije i strukturisanije u vankućnim, kulturnim aktivnostima.

Među ispitanicima nije bilo osoba koje su se razbolele od Kovida-19, ali su neki imali iskustva sa zaražavanjem bliskih članova ili boravkom u karantinu.

S obzirom na ograničenja kućnih poseta tokom pandemije, uzorak je pogodan. Naime, ispitanici su bile osobe koje su bile poznate istraživačicama, ali ne iz bliskog kruga prijatelja. Kontakt je ostvarivan direktno ili preko preporuke (npr. komšija rođaka koji živi na selu, školski drug od prijatelja i sl.). Svi ispitanici su učestvovali dobrovoljno uz garantovanu anonimnost (imena u tran-

skriptima su zamenjena pseudonimima) i bili su motivisani za razgovor videći u tome priliku da podele svoje iskustvo i razmišljanje o celokupnoj situaciji.

Prikupljanje podataka

Podaci su prikupljeni polustrukturiranim intervjuisanjem. Intervjui su vođeni u mestu stanovanja, putem telefona ili softvera za video konferencije, tokom aprila i početkom maja 2020. godine, približno u periodu od 1,5 meseca od uvođenja vanrednog stanja. Razgovori su snimani i naknadno transkribovani. I pored izvesnih ograničenja intervjuisanja koje se obavlja bez kontakta uživo sa učesnicima, ovaj vid prikupljanja podataka prepoznat je kao ne samo koristan, već i neizostavan u uslovima neophodne fizičke izolacije zbog zdravstvenih rizika kojima su izloženi i učesnici i istraživači (Lobe et al., 2020).

Agenda za intervju je uključivala, pored dobijanja osnovnih socio-demografskih podataka, tri osnovna tematska bloka:

- a) opis načina života i doživljaj kvaliteta života pre pandemije s obzirom na radne aktivnosti i/ili druge obaveze, porodičnu situaciju i odnose u porodici, način provođenja slobodnog vremena, zdravstveno stanje uključujući i mentalno zdravlje;
- b) opis promena načina života tokom pandemije i uvođenja vanrednog stanja u odnosu na iste aspekte (radne obaveze, porodični život, slobodno vreme) uključujući i lična iskustva specifično vezana za Kovid-19 (zaražavanje bliskih osoba), način informisanja o pandemiji i promene emocionalnog stanja vezane za nastalu situaciju;
- c) poslednji deo se odnosio na očekivanja u budućnosti tj. na to kako će se posledice pandemije odraziti na njihov budući život i način života drugih ljudi tj. šireg okruženja u budućnosti.

Analiza podataka

Podaci su analizirani uz oslanjanje na principe tematske analize (Braun, & Clarke, 2006). Transkripti polustrukturisanih intervjuova su analizirani u softveru za kvalitativnu analizu Maxqda. Analiza je započela pažljivim čitanjem materijala, a zatim se prešlonadetaljno kodiranje red po red. Početnu osnovu za kodove predstavljale su teme iz agende, ali pošto je pristup analizi bio inductivan, dodavani su novi kodovi prepoznati u materijalu, a oni prvobitni su menjani ili izostavljani. Paralelno su kodovi grupisani pod kodove višeg reda tj. teme. Proces analize je polazio od individualnog kodiranja transkripta, a zatim su kodne sheme upoređivane, tako da se kroz konsenzus dolazilo do rešenja vezanih za uočene dileme i razlike. Razvijena počena kodna shemaje

zatim primenjivana naredne transkripte, dodatno je dopunjivana i razvijana, s obzirom na novine koje su se pojavljivale u materijalu. Kao rezultat ove faze analize, razvijen je relativno veliki broj kodova, ali smo se, s obzirom na ciljeve istraživanja, u prikazu rezultata fokusirale na kodove koji se tiču mentalnog zdravlja i subjektivnog bagostanja starijih učesnika. Ostatak kodova pre svega je poslužio da se stekne uvid i prikaže životni kontekst učesnika, kako bi promene koje je unela pandemija bile zasnovanije interpretirane.

Analiza i diskusija rezultata

Nalaze kvalitativne analize započecemo analizom životnih uslova učesnika pre nastupanja pandemije i vanrednih mera, jer je to relevantan kontekst za razumevanje njihovih iskustava tokom tog izmenjenog i po mnogo čemu izazovnog perioda. Karakteristike životnog konteksta učesnika ćemo imati u vidu i tokom razmatranja uopštljivosti nalaza dobijenih u ovom istraživanju.

a. Analiza ličnog konteksta učesnika: životni uslovi pre pandemije

U uslovima i načinu života pre pandemije, bez obzira na razlike u godinama ispitanika, njihovo zdravstveno stanje, porodičnu situaciju, mesto življenja, materijalne prilike, radne aktivnosti i sl., svi učesnici su izrazili *zadovoljstvo kvalitetom svog života*. U suštini, vremenom su se adaptirali na proaktivan način, tako da spremno prihvataju životne okolnosti koje su očekivane u ovom životnom periodu.

U suštini ja sam zadovoljan u ovim godinama sa svojim zdravljem i svojim životom, jer sam mator čovek, prema tome, da tražim nešto više od života bilo bi glupo i ludo... (Neša, 87)

Svi učesnici su sebe procenili kao *aktivne i samostalne*. Oni su mogli da brinu o sebi i svojim potrebama, samostalno se kreću po kući i izlaze van kuće, a neki su i dalje radno aktivni ilipomažu svojoj odrasloj deci u podizanju unučadi i kućnim poslovima. Takođe, svi učesnici su *subjektivno bili zadovoljni zdravljem*, uprkos nekim hroničnim zdravstvenim tegobama koje ih aktuelno ne onesposobljavaju. Bez obzira na ozbiljnost bolesti kod onih kod kojih je bila prisutna, subjektivni doživljaj zdravlja je bio očuvan, dokle god mogu da se kreću, da su samostalni su i bez patnje usled hroničnih bolova.

Sada nemam bolove i druge tegobe, pa smatram da je odlično. (Ceca, 72, koja je pre više godina imala moždani udar, a nedavno i karcinom bešike).

Takođe, uprkos značajnim razlikama u visini prihoda, svi učesnici studije su *finansijski obezbeđeni, odnosno nisu materijalno ugroženi*. Preovladava subjektivno zadovoljstvo materijalnim uslovima života u odnosu nazadovoljene osnovne potrebe i kod onih penzionera sa relativno skromnim prihodima.

A finansijska situacija mi je bila stabilna, dovoljna za skroman život generacije koja je navikla na skromnost. (Boba, 72)

Značajan izvor zadovoljstakod dela učesnika uključuje i *profesionalno postignuće i status* kao i *aktivno učešće i angažovanje u zajednici*.

Zadovoljan sam ostvarenjem profesionalnih postignuća, jer svaki posao koji sam radio, u bilo kojoj firmi, dogurao sam do najvišeg rukovodećeg mesta.(Mika, 65)

Ja jako volim moj posao... ali kroz aktivizam u Udruženju pacijenata sam mogla da budem kreativna i da spojim korisno i lepo.(Đurđa,64)

U pogledu kvaliteta života, najvažniji domen u grupi starijih osoba tiče se *porodičnog života i društvenih odnosa*, što je bez izuzetka prepoznatokao najznačajnija vrednost i ključni izvor životnog zadovoljstva.Ističu se odnosi bliskosti, razumevanja, tolerancije u porodici.Neki učesnici posebno ističu zadovoljstvo bračnim, partnerskim odnosom, a neki zadovoljstvo potomstvom.

To što se volimo, lepo se slažemo, imamo razumevanje i podršku. (Rada, 78)

Privatnim, partnerskim odnosom bliskosti.Iako sam imala reklo bi se vrlo uspešnu profesionalnu karijeru, ovo mi više znači u smislu zadovoljstva. (Maja, 69)

Deca su se osamostalila...odrasli su i sazreli. Lepo je s njima razgovarati i učiti od njih nove stvari i kroz njihova iskustva. (Desa, 66)

Ipak, učesnici iz najstarije *grupenezadovoljstvo životnim aspektima* pre pandemije najčešće vezuju za političko i ekonomsko stanje u zemlji. Za neke od učesnika, ta šira društvena situacija umanjuje kvalitet života, čak i kada nisu neposredno ugroženi, dok se kod dela učesnika loša ekonomska situacija odražava i na ličnom planu.

Nezadovoljna sam političkim i ekonomskim stanjem u zemlji, uništenom privredom i uništenom perspektivom zemlje. (Desa, 66)

Situacijom u zemlji, što teraju politikom ljude van zemlje (...) Manjak kolektivne sreće utiče na mene, loša situacija u društvu.Izgubio sam osećaj radovanja, ne mogu da kažem da sam srećan ako nema sreće oko mene. (Voja, 66)

Nezadovoljna sam uopšte odnosom, statusom posle penzionisanja.Penzije su mizerne kad se pogleda koliko smo mi doprineli ovom sistemu i koliko smo radili dok smo bili radno aktivni.(Mila, 77)

Važno je naglasiti i to da svi učesnici opisuju sebe kao mirne i staložene osobe, nesklone nerviranju i negativnim emocijama i reakcijama. Nekoliko njih prepoznaje da su ranije bili skloniji brigama i nerviranju, ali da su tokom godina naučili da se tome odupru i da ostanu smireni i pozitivni. To treba imati u vidu prilikom procene uopštljivosti njihovih reakcija napandemiju i novonastalo stanje, jer je očekivano da bi osobe koje imaju drugačije dispozi-

cije ili istoriju psihičkih teškoća (npr. sklone su depresivnosti i anksioznosti) reagovala sasvim drugačije.

b. Iskustva tokom pandemije i uvedenih restriktivnih mera

Pandemija i uvedene restriktivne mere izmenile su svakodnevno funkcionisanje starijih učesnika na različite načine. Relevantni aspekti životnog konteksta koji determinišu polazne pozicije i oblikuju iskustvo pandemije i uvedenih mera, odnosno posledice po svakodnevni život i psihosocijalno funkcionisanje, odnosili su se prvenstveno na radno angažovanje učesnika (koje je odredilo koliko su svakodnevne aktivnosti bile izmenjene) i na mesto življenja – stan ili kuća s dvorištem (što je odredilo uticaj mera ograničenja kretanja).

Analiza iskustava učesnika je pre svega fokusirana na obrasce emocionalnog reagovanja na promenjene okolnosti, kao i na najčešće strategije prevladavanja na koje su se učesnici oslanjali i koje su sa njihovim emocionalnim reakcijama povezane. Uočljivo je da njihovo reagovanje na samu pandemiju, kao zdravstveni rizik, pre svega karakteriše odsustvo intenzivnih negativnih emocija i racionalno prihvatanje, dok je njihova reakcija na uvedene restriktivne mere dosta intenzivnija i negativnija. Ipak, važno je istaći da je deo učesnika prepoznao i neke pozitivne promene u životnom funkcionisanju koje su nastupile usled promenjenih okolnosti.

Odsustvo intenzivne brige za sebe i prihvatanje promenjene epidemiološke situacije

Narativi većine učesnika ukazuju na *naodsustvo intenzivnih negativnih emocija*, makar kad je reč o reakciji na samu pandemiju. To ne iznenađuje s obzirom na to da učesnici nisu imali neposrednih negativnih iskustava – sa jednim izuzetkom, ni oni, ni njima bliske osobe nisu bile zaražene, niti su bile u neposrednom riziku od toga s obzirom na kućnu izolaciju. Odsustvu negativnih emocija doprinelo je i disciplinovano pridržavanje preporučenih mera zaštite, što je učesnicima omogućilo da imaju makar neku kontrolu nad situacijom i olakšalo im njeno prihvatanje.

Nisam se loše osećala. Bila sam kod kuće, zaista sam se pridržavala svih mera.... nisam brinula, pridržavala sam se saveta. Prihvatila sam to kako je. (Ceca, 72)

Prvih dana sam bila oprezna tj. odmeravala sam šta i kako da se organizujemo, a posle sam se opustila. Ne, ništa posebno. Čuvali smo se svi. (Žilja, 70)

Poslednji citat ukazuje na to da je emocionalno stanje, posebno na samom početku, ipak uključivalo umerenu, opravdanu brigu. Ovaj vid reagovanja bio

je praćen racionalnim prihvatanjem situacije i proaktivnim strategijama prevladavanja, što je uključivao preduzimanje neophodnih mera zaštite.

Iako je bilo očekivano da se kod učesnika javi *strah od bolesti* i njenih posledica, posebno jer učesnici pripadaju rizičnoj grupi, samo je jedan učesnik ispoljio produženu strepnju i u vezi sa tim pojačane mere predostrožnosti. Ono što je u izveštajima starijih učesnika bilo znatno prisutnije jeste *zabrinutosta za druge ljude*, pre svega za bliske članove porodice, ali i za širu zajednicu.

Brinula sam koliko će to sve da traje . Manje da se ja ne razbolim, jer smo bilo zatvoreni u kući, ali brinula da se ne razboli neko moj, mama u domu. (Maja, 69)

Jedino sam malo brinula zbog sina jer radi u zdravstvu, da ja od njega ne prenesem nešto starima kod kojih idem. (Maca, 65)

Brinula za moje unuke.Ne zna se još kako se manifestuje virus kod dece i da li ostavlja neke posledice. (Đurđa, 64)

Brinuo sam kako će naš zdravstveni sistem da se izbori. (Mičko, 80)

Doživljaj restriktivnih mera kao ugrožavajućih i diskriminatornih

Intenzivnije negativne emocije u izveštajima starijih učesnika primarno su bile povezane sa iskustvom uvođenja restriktivnih mera tokom vanrednog stanja. Posebno se ističu *napetost* i *nervoza* kao posledice ograničenja ili potpune zabrane kretanja starijih od 65 godina.

Jesam u početku zbog zabrane izlazaka bila nervozna, napeta.Nekoliko puta sam vikala da hoću napolje.Uhvatio me neizdrž pa sam šetala uz i niz stepenice u zgradi. (Žilja,70)

Samo napetost zbog ovih besmislenih mera, to me je nerviralo. (Voja,66)

Ograničavanje kretanja je prvo izazvalo užas zbog nemogućnosti da vidim prijatelje, majku. (Maja, 69)

Nametnuta izolacija starijih osoba je sa jedne strane dovela do prekida direktnih socijalnih kontakata koji su im bili važni, a sa druge strane i do značajne izmene njihovih uobičajenih aktivnosti. Iz njihovih izveštaja jasno je da to nije sa sobom nosilo samo praktične teškoće, već da je za njih imalo i veliki psihološki značaj.

Ništa od viđanja sa rodbinom i prijateljima i naše šetnje.To deluje kao ništa, a nama to sve jako znači i čini naš život.Ja sam ta ograničenja prihvatila, ali su me činila nervoznom i razdražljivom. Sloboda kretanja i izlazaka što me je baš, baš frustriralo jer smo surpug i ja navikli da svaki dan polako prošetamo 5–10 km.(Žilja,70)

Poželega sam da imam psa da mogu da ga šetam. Ograničena sloboda i kažnjavanje starih mi je teško padalo i sva tužna stara lica u vreme šetnje starih. (Desa, 66)

Činjenica da je prilično drastična i neočekivana odluka o zabrani kretanja za starije osobe donesena ne samo bez konsultovanja njih, već i bez davanja prilike da se adaptiraju na tu ideju, što je dovelo do osećaja *gubitka kontrole* nad mnogim aspektima funkcionisanja i vodilo osećajubespomoćnosti i *poniženosti*.

Nemogućnost kretanja i odnos države prema starijima od 65, izazivalo je osećanje bespomoćnosti i ponižavanja... (Maja, 69)

Za mene je najsurovija bila odluka o potpunom zatvaranju nas starijih. Iako sam u životu često znala po par dana da ostanem u stanu kada sam imala posla, sama činjenica da mi je zabranjeno da odem da bacim đubre ili da uzmem malo vazduha, mi je bila nepodnošljiva. (Boba, 72)

Frustrira me to što ne mogu da izlazim kad hoću.... osećam se kao zatvorenik sa nanogicom, ne mogu da upravljam svojim životom ili da napravim plan (...) Kao diskriminacija, nefer, a i štetno je po zdravlje da se ne krećete. Osećao sam se kao da mi neko kome nisam dao vlast maltretira, osećao sam bes (Mika, 65)

Čak i relativizovanje prvobitno uvedenih mera koje su podrazumevale potpunu izolaciju starih i uvođenje termina za izlaske u 4h ujutru – i to za potrebe obavljanja kupovine, kada su se po mraku formirali dugi redovi za ulazak u za to predviđene prodavnice – nije značajno olakšala ovu situaciju, već je čak naglasila neke njene problematične aspekte poput *diskriminacije* starijih sugrađana i lišavanja njihovih prava. To je izazvalo pre *svegareakciju* *besaz* zbog osećaja degradacije i poniženja usled uvedenih mera koje se prepoznaju kao nedovoljno racionalne i osetljive prema potrebama građana. Reakcija države koja je predstavljena kao odgovorna i zaštitnička prema najstarijima se prepoznaje kao *paternalistička* i *stigmatizujuća*.

Potpuno zatvaranje, koje nije bilo sprovedeno u drugim zemljama, izazivalo je bes, a posebno mislim kranje sadistička mera da stariji mogu u kupovinu namirnica od 04h ujutru. To je inače uništavalo i rutinu i zdravlje tih ljudi koji su morali da izađu po neophodne stvari.(...)Pandemija je učinila da se više ne osećam ravnopravna sa drugim članovima društva. Izopštili su me, obeležili, stavili žutu traku da su mi mnoge stvari nedostupne, od parka do samoposluge. Sebe ne smatram starom, naprotiv. Još me služi glava, noge i ostali udovi. Mogu da šetam, da predajem, da pišem, da se družim... A država mi je stavila žig, zatvorila i odredila potpuno nehumane termine i za kupovinu i za šetnje. To je značilo da cela dva meseca nisam bila na suncu, niti u prirodi. Iako razumem potrebe čuvanja starijih sugrađana, i dalje ne mogu da opravdam preuzete mere prema penzionerima, jer mislim da su mogle da budu mnogo racionalnije. Npr. da se odrede vreme za šetnju u razumnije vreme tokom dana, kao i termini za kupovinu, kao što je urađeno u drugim državama. (Boba, 72)

Ograničenje kretanja vodilo je i dodatnim negativnim efektima po doživljaj i funkcionisanje starijih. Učesnici koji su pre uvedenog vanrednog stanja bili radno aktivni i okrenuti slobodnim aktivnostima van kuće, imali su doživljaj značajnih promena načina života. Njima je vanredno stanje donelo više slobodnog vremena jer su se radne aktivnosti smanjile ili prekinule, ali se značajno narušio uobičajeni način provođenja slobodnog vremena. Raznovrsnost njihovog dotadašnjeg načina života je bila prilično redukovana, mada i lakše kompenzovana drugim aktivnostima (internet, filmovi, čitanje, slobodno vreme za spremanje kuće). Ipak, prepoznaje se da je došlo do porasta nestrukturisanih na uštrb strukturisanih i društvenih aktivnosti, usled nemogućnosti izlazaka i društvenih okupljanja, ukidanja kulturnih manifestacija, i sl., te je ovakva situacija doprinela *pasivizaciji* i doživljaju *apatije*.

Samo zatvaranje je doprinelo da sam se malo olenjila. Kako je vreme prolazilo sve manje sam imala elana da radim ozbiljne stvari, već sam sve više gledala filmove ili bila na internetu. (Boba, 72)

Nekada sam volela da slikam ali sada i kada imam vremena, nemam više želju. ..Nedostatak motivacije za bilo kakav koristan rad u kući, osim onoga što je redovno i neophodno. (Desa, 66)

Povremeni osećaj dosade, monotonije, zbog zatvorenosti sa istom osobom u četiri zida. (Nada, 67)

Neki od učesnika, koji su u višku slobodnog vremena u prvom trenutku prepoznali priliku da završe „nedovršene poslove“ i „pametno iskoriste“ vreme, ubrzo su se susreli sa nedostatkom entuzijazma i doživljajem zasićenja.

Prvih dana se činilo da je došlo idealno vreme da se završe nezavršeni poslovi. Počela sam da radim na knjizi koju sam davno nameravala da napišem, ali to nije išlo predviđenim tokom. I spremanje stana, na čemu je radilo puno mojih prijatelja, je počinjalo, pa prestajalo, sve je rađeno dosta polovično i bez entuzijazma. (Boba, 72)

Negativni efekti ispoljili su se i kroz somatizaciju, tegobe poput nesаницe, glavobolje, lupanja srca.

Prve nedelje kada je uvedeno vanredno stanje imala sam nekoliko hipertenzivnih kriza, ali se posle stabilizovalo. (Đurđa, 64)

Dva puta nisam mogla da zaspim celu noć. (Ceca, 72)

Imala sam lupanje srca i nesanicu. (Daca, 69)

Ipak, treba imati u vidu da su ovakve efekte uvedenih mera pre svega iskusili učesnici koji su živeli u stanovima ili kućama bez dvorišta, jer su im bili uskraćeni socijalni kontakti i fizička aktivnost van kuće. S druge strane, kod dela učesnika koji žive na selu ili imaju dvorište, gde sumogli da se kreću napolju i komuniciraju sa komšilukom, uvedene mere skoro da nisu izmenile način života.

Na kraju, efekat restriktivnih mera na iskustvo i svakodnevno funkcionisanje učesnika jasno se očitava i u njihovim reakcijama na *ukidanje restriktivnih mera*, odnosno prve dane bez ograničenja kretanja za starije (što se delimično poklopilo sa prikupljanjem podataka u ovom istraživanju). U iskustvima učesnika bilo je naglašeno zadovoljstvo i optimizam, ponovni doživljaj slobode i samostalnosti, kao i kontrast sa periodom napetosti i neraspoloženja koje se akumuliralo tokom vanrednog stanja.

Kao da se video izlaz iz tunela, da ponovo vidim ljude koje sam navikla da videm, sa kojima sam bliska. (Maja, 69)

Moram priznati da sam se lepo osećao kad su ukinuli mere... da izađem na ulicu, da prošetam, da se vidim sa društvom. (Neša, 87)

To je bio moj prvi izlazak iz kuće nakon više od mesec dana; osećala sam da sam živa, da sama mogu da idem da bacim đubre, podignem novac na bankomatu i kupim ponešto u prodavnici, znači samostalan si i imaš neku kontrolu nad svojim životom... ponovno osvajanje samostalnosti je svako bilo posebno zadovoljstvo. (Mina 71)

Izmenjene okolnosti kao prilika za predah i provođenje vremena sa porodicom

Iako većina učesnika prepoznaje da su situacije koje su izazivale zadovoljstvo i prijatnost tokom perioda vanrednog stanja bile prilično retke, kada ih je bilo, pre svega su se ticale iskustava sa porodicom. Okolnosti su nametnule da su sa ukućanima provodili više vremena nego što je prethodno bilo uobičajeno, te su bili upućeniji jedni na druge i podrška unutar porodice bila je naglašenija.

Više smo zajedno i usmereni jedni na druge i to je ono što mi baš prija. (Đurđa, 64)

Potreba za eksplicitnim dogovaranjem, zajedničkim planiranjem. Ranije je svako imao svoje planove i obaveze, što je bilo dobro, ali i ovo je lepo, da budemo više zajedno, makar bilo povremeno i monotono. (Nada, 67)

Što smo svi u kući stalno. To mi je ok. (Mika, 65)

Znači mi pojačana briga jednih o drugima. (Daca, 69)

Deo učesnika, posebno oni koji su uobičajeno dosta angažovani, prepoznaju da su izmenjene okolnosti usled pandemije donele i neke pozitivne promene, pre svega u vidu rasterećenja od obaveza različitih zaduženja, kao i usporavanju životnog ritma. Deluje da je kod njih promena situacije zapravo naglasila neke nedostatke u organizaciji života u uobičajenim okolnostima – stalna žurba, rokovi, nedostatak vremena za zajedničke porodične aktivnosti i opušteno uživanje u svakodnevnim sitnicama.

Spuštanje aktivnosti na minimum – ležanje u krevetu, u pižami po ceo dan....Osećaj koji je bio prijatan “da ništa ne moram”, jedno veliko usporavanje za mene koja sam inače ubrzana i uvid da mi na jednom nivou prija što kada se probudim znam da ne moram nigde da žurim...” (Maja, 69)

[Zadovoljna sam] kada lepo ustanem ujutru bez alarma i ne žurim nigde, ne moram ništa, imam vremena da lepo popijem kafu u bašti. (Đurđa, 65)

Ovaj osećaj rasterećenja posledica je i preispitivanja prethodno podrazumevajućih (i često samonametnutih) zahteva i obaveza, pa je neophodnost njihovog revidiranja zbog objektivnih ograničenja ukazala i na mogućnost jednog drugačijeg i opuštenijeg životnog funkcionisanja.

Obaveze raspodeljene, bez pritiska, bila sam opuštenija. Muž i ja smo konstatovali kako opuštenije funkcionišemo po pitanju nabavke i kupovine. Ranije smo imali pritisak tipa moramo na pijac tog i tog dana ili moramo to i to...A sada smo se snalazili i bez toga da moramo nešto svaki dan. Naučili smo nekako da obavimo sve za nekoliko dana što je konfornija varijanta. (Žilja, 70)

Neki učesnici koji su bili posebno proaktivni i koji su nastojali da novonastalu situaciju vide kao priliku da urade i dovrše stvari koje su im važne, a koje godinama zbog drugih obaveza nisu stizali, imali su i najpozitivnije iskustvo cele situacije.

A sada smo svi tu. Pokrenuli smo nekoliko akcija i svi učestvujemo i to je odlično. (...) Srećna sam kada nešto uradimo i sednemo svi zajedno na terasu uveče i divimo se kako smo nešto sredili, okrečili, ulepšali...E to su ti momenti kada sam stvarno srećna. (Đurđa, 65)

Ipak, treba uzeti u obzir i to da je ova učesnica tokom vanrednog stanja boravila u kući sa dvorištem i nije bila opterećena ograničenjem kretanja, kao i da su izmenjene okolnosti dovele do toga da provodi vreme sa svojom odraslom decom, za šta je prethodno imala retko prilike.

Najčešće strategije prevladavanja u grupi starijih

Iako su već kroz prethodnu analizu iskustava naznačene neke od strategija prevladavanja na koje su se starije osobe oslanjale, u ovom odeljku biće dat njihov sistematičniji i detaljniji prikaz. Stariji učesnici su se oslanjali na efikasne strategije prevladavanja i u svom okruženju i sopstvenim kapacitetima pronalazili dovoljno resursa da se nose sa negativnim i izazovnim promenama epidemiološke i društvene situacije. Treba istaći da je u periodu krize mogućnost oslanjanja na podršku porodice i bliskog društvenog okruženja starijima predstavljala izvor zadovoljstva i sigurnosti i služila kao resurs za prevladavanje negativnih emocija i osećaja neizvesnosti.

Pridržavanje mera i racionalno prihvatanje

Kao što je već napomenuto, izmenjenjenim okolnostima, koje su u većini slučajeva značajno izmenile njihove živote, stariji učesnici su pristupili na racionalan način, uz prihvatanje ograničenja kao „nužnog zla“ i adaptaciju na nove uslove.

Pa u životu se dešavaju i nenormalne stvari, i prihvati to i nastavi da živiš dalje, nema tu. (Neša, 87)

Smirila sam se tako što sam razmišljala “Valjda će svetska, vrhunska nauka nešto i da preduzme i da ovo reši, jer i njih pogađa i ugrožava.Pa sad, kako drugima tako i nama”. (Mila, 77)

Ono što im je pre svega pružalo umirenje, osećaj sigurnosti, kao idelom doživljaj kontrole nad situacijom, jeste poštovanjepreporučenih mera zaštite, kao ključna strategija nošenja sa zdravstvenim rizicima koje pandemija sa sobom nosi.

Poštovali smo mere i bili smo oprezni.To nam je bila strategija. (Žilja, 70)

Znam kako se prenosi virus i vodila sam računa. (Rada, 78)

Držala sam se strogo mera opreza, nisam bila u fizičkim kontaktima sa drugima. (Boba, 72)

To je za neke učesnike predstavljalo i suštinsku razliku u odnosu na kolektivne krizne situacije sa kojima su se suočavali u prošlosti.

Ja sam preživela već razne stvari i znam da se nosim sa krizom da tako kažem... 90-ih sam se isto adaptirala. Ova pandemija je ipak lakša u poređenju sa ratovima 90-ih i bombardovanjem. Sada sve više zavisi od nas, a u ratu i bombardovanju nemaš kontrolu. (Đurđa, 64)

Iako su kroz preduzimanje mera zaštite učesnici uspevali da uspostave kontrolu nad situacijom, činjenica da se ponekad drugi ljudi iz njihovog okruženja ne pridržavaju mera izazivala je kod nekihbes i frustraciju jer su *neodgovorno ponašanje drugih* doživljavali kao potencijalno ugrožavajuće po sopstveno zdravlje, ali i kao faktor koji može voditi produženju pandemije i restriktivnih mera.

Kad izađem napolje, frustrira me jer ima mnogo ljudi koji se ne pridržavaju nikakvih propisa (Mika, 65)

Ali znate šta mi smeta?Ulice su pune naroda. Ima nas deset koji nosimo masku... a oni svi idu onako bez ičega... (Neša, 87)

Treba istaći i da je uspešna adaptacija na okolnosti podrazumevala da učesnici adekvatno razumeju situaciju i propisane mere zaštite, što se oslanjalo na *informisanje* o promenljivim okolnostima. Iako su se učesnici svakodnevno informisali iz različitih izvora, iskustvo koje deli većina njih ukazuje na fru-

striranost zbog nekonzistentnih informacija i generalni nedostatak poverenja u zvanične izvore i odgovorne državne institucije.

Nije me uznemiravala pandemija, nego me nervirala ta organizacija života, nesposobnost vlasti, vesti koje su plasirane.... zbog gluposti, ispiranja mozga, vređanja inteligencije, to ne tolerišem (Voja,66)

Konfuzne i oprečne informacije, komunikacioni stil prema građanstvu me je više nervirao. (Nada,67)

Naši mediji su zastrašivali.Ili zbunjivali suprotnim infomacijama. Pa ono kada navedu da će biti puna groblja ako se ne pridržavamo mera a posebno mi stariji od 65. (Mićko,80)

Kao posledica ovakve situacije, većina učesnika je razvila strategiju informisanja tokom pandemije koja je podrazumevala pažljivo biranje izvora, kritičku distancu u odnosu na sadržaj informacija i umereno praćenje novosti nasuprot intenzivnom praćenju vesti karakterističnom za prve dane i nedelje od proglašenja pandemije.

U prvih par nedelja ja sam mnogo više vremena provodila uz TV da bih imala informacije o toku pandemije, kao i o novim istraživanjima o samom virusu. Mnoštvo kontradiktornih i različitih informacija me je na kraju opredelilo da veoma pažljivo biram koga ću da slušam, kome da verujem. A moralo se ponešto znati jer su se pravila ponašanja, izlazaka i zabrana stalno menjala. (Boba, 72)

Selektivno kršenje mera zabrane

Izrazito negativne emotivne reakcije na uvedene mere koje su bile posebno restriktivne za populaciju starijih kod mnogih učesnika bile su praćene i nekim vidom kršenja ili zaobilaženja propisanih ograničenja kretanja. Ono što je karakteristično za sve njih je isticanje činjenice da nepoštovanjem mera nisu ugrožavali ni sebe ni druge, jer su poštovali osnovne mere zaštite. Tako je jedna učesnica odlučila da uprkos zabrani izlaska “pobegne” u kuću na selu kako bi izašla iz zatvorenosti u stanu, druga je prikrla svoje prave godine kako bi mogla da obavi poslove vezane za sahranu majke, neki su ipak izlazili u šetnju uprkos zabrani ili se okupljali na krovu zgrade poštujući bezbednu distancu ili su pozajmljivali tuđe kućne ljubimce kako bi im to omogućilo „legalnu“ šetnju.

Bila sam hrabra da se kolima prevezem u selo uprkos zabrani.(Rada, 78)

Da ne smem da izađem iz kuće! Ja sam izlazio bez obzira na zabranu, poštujuem druge mere, ali ovo je sumanuto,..(Voja, 66)

Sloboda je veoma važna kategorija u mom sistemu vrednosti, tako da mi je smetala to apsolutno zatvaranje. Biće mi se bunilo, ali sa druge strane sam uvek sebe videla kao korektnog i savesnog građanina. Da bih bar

malo izašla iz kuće, posle uvođenja prava šetanja kućnih ljubimaca posle 23h, pozajmila sam psa od moje komšinice i sa uživanjem se šetala oko blokova pored kuće.(Boba, 72)

Ove reakcije otpora i kreativnog zaobilaženja propisa su očekivane s obzirom na prepoznavanje mere apsolutnog ograničenja kretanja za starije kao drastične i nepotrebne. Istovremeno, starijima je bilo važno da ne odstupe u potpunosti od percepcije sebe kao odgovornih i savesnih.

Fokus na pozitivno (i u negativnim okolnostima) i proaktivnost

Iako su učesnici skoro bez izuzetka promenjene okolnosti opažali u negativnim terminima, posebno kad je reč o restriktivnim merama, veoma često su uspevali da pronađu neki pozitivni aspekt u nepovoljnim okolnostima (npr. doživljaj nametnutog oblika online rada kao prilike za unapređenje znanja i veština) ili da se fokusiraju na aktivnosti koje su za njih ispunjavajuće.

Profesionalno sam bila zadovoljna što sam ovladala novim tehnikama, radila ležernije, prema sopstvenom ritmu. (Maja, 69)

Gledala sam da se okupiram nečim u kući da ne mislim šta mi sve nedostaje. Jednostavno se smirim uz neku knjigu ili igram neku igricu i to me ispuni. (Žilja, 70)

Gledam da radim ono u čemu uživam i u čemu sam dobra: čitam, kuvam, gajim cveće, razmenjujem mišljenje sa članovima porodice... (Mina, 71)

Kao što je već prethodno napomenuto, učesnici koji su se najbolje nosili sa situacijom su oni koji su zauzeli aktivan odnos i prilagodili svoje aktivnosti promenjenim okolnostima tako da osećaju što manje posledice ili da čak postignu više nego u uobičajenim okolnostima.

Fizicki sam dobro, a išla sam namerno 5 spratova dva puta dnevno peške da držim kondiciju, posle odem u dvorište, napravim krug šetnje... (Rada, 78)

Snalazili smo se šetanjem jednom dnevno na krovnoj terasi, trčanjem po toj terasi, napred nazad po šljunku, čišćenjem šljunka od krupnih, ružnih kamenčića i stakla i prljavština. (Desa, 66)

Odgovara mi što sam više kod kuće i što više postizem kod kuće. Renoviranje, sređivanje, sve ono što je godinama čekalo. (Đurđa, 64)

c. Nakon pandemije: očekivanja od budućnosti

Kako je kvalitet života delimično određen i očekivanjima od budućnosti ispitana su i mišljenja učesnika o tome kakve posledice pandemije očekuju kako po lični život, tako i po šire okruženje. Generalno, stariji učesnici manje

očekuju promene na ličnom planu, dok je briga više usmerena ka budućnosti šireg okruženja i mlađih generacija, ali su se takođe izdvojila i neka očekivanja pozitivnih promena.

Rizici i strahovanja u pogledu budućnosti

I pored raznolikih očekivanja kod starijih učesnika, jasno je da je zabrinutost u pogledu budućnosti izrazito zastupljena u njihovim izveštajima. Kao što je napomenuto, oni popravlju nisu zabrinuti zbog negativnih posledica po sopstveni život i funkcionisanje (na šta ćemo se vratiti malo kasnije), već za budući život kako svojih potomaka, tako i šire zajednice, i to pre svega u tri sfere: ekonomskoj/poslovnoj, socijalnoj i zdravstvenoj.

Neizvesnost u pogledu ekonomske situacije

Stariji učesnici su bez izuzetka negativne posledice pandemije i uvedenih mera po ekonomsku situaciju, kako u lokalnom okruženju, tako i na globalnom planu, prepoznavali kao najveći izvor brige i neizvesnosti. To je očekivano, jer se ova pretnja lako prepoznaje kao realistična i mnogi njeni efekti se uveliko osećaju i u trenutnoj situaciji.

Slabljenje finansijske situacije, ekonomija, bankrot preduzeća, velika zategnutost u već podeljenom društvu i odsustvo nekog ko može razumno da se nosi s tim. (Mika, 65)

Očekujem velike ekonomske posledice, pad proizvodnje i trgovine i turizma, ekonomsku recesiju. (Žilja, 70)

Odraziće se pre svega finansijski. Velika inflacija. Ipak je kriza globalna i svet je stao na neki način. (Đurđa, 64)

Ekonomski problemi, pad proizvodnje i potrošnje, neizvesnost zaposlenja i smanjenje zarada, opažaju se i ako uzroci daljih negativnih društvenih promena kojeće pre svega pogoditi one već ugrožene i obespravljene slojeve stanovništva. To će već postojeće socijalne razlike učiniti vidljivim i dodatno produbiti.

Očekivane promene su sve veće siromaštvo i beda onih koji su već siromašni i obespravljeni. (Daca, 69)

Ja očekujem ovaj svet koji je i do sada gladovao i bežao iz svoje zemlje da će tek sad nastati gužve i dolazak tih izbeglica... (Neša, 87)

Globalizacija je negativna pojava i razlike će biti sve veće. Siromašni će biti više pogođeni i siromašniji, a bogati će biti još bogatiji. (Mila, 77)

Očekuju se i dublje političke i društvene posledice ove neizvesne ekonomske situacije i strahuje se od jedne izrazito pesimistične slike sveta koju

odlikuju nedemokratski režimi upravljanja i odustajanje od osnovnih etičkih načela.

Polarizacija društva, sve veća ksenofobija, dalji porast desno orijentisanih političkih partija i njihov uticaj...fašizacija društva.(Nada, 67)

Bojim se ozbiljnih ekonomskih poremećaja, koji su sada nesagledivi i mogu da odu u različitim pravcima... Takođe, bojim se da će sve više autokratije zamenjivati demokratiju, jer se u krizi pokazala efikasnijom...Ili da će se promeniti (već jeste!) osnovni humanistički postulat da je život čoveka najveća vrednost – naime, moralni krah čovečanstva, obzirom na potpunu otvorenost nekih država (koje smo smatrali najdemokratskijim, SAD, Švedska) u pogledu plana o vođenju računa o ekonomiji na prvom mestu, na račun humanih žrtava....Promena etičke paradigme se pokazala eklatantno za vreme krize! Pitam se kuda ćete da nas odvede, sve zajedno... (Maja, 69)

Sve učesnike ova neizvesna perspektiva onespokojava i uznemirava, iako često naglašavaju da nisu lično ugroženi.

Očekujem ekonomsku i političku krizu.Mada nisam licno ugrožena, to me ipak uznemirava. (Desa, 66)

Brinem što će se to odraziti na privredu. To neće biti dobro za druge ljude, za posao, primanja, iako ja ne zavisim od toga. (Ceca, 72)

Ipak, mnogi od njih imaju decu za čiju se budućnost brinu, a neki su već osetili posledice zbog otkazivanja angažmana u inostranstvu čim je zdravstvena kriza počela.

Fizička distanca i suštinska izmena društvenih odnosa

Druga sfera za koju većina učesnika vezuje pesimistične prognoze tiče se izmena u socijalnim odnosima usled mera predostrožnosti i, za razliku od prethodne teme, ovde su strahovanja znatno više u vezi sa ličnim funkcionisanjem i promenama u bliskom okruženju.

Mnogo toga će biti uskraćeno u svakom pogledu, pre svega kontakti.Verovatno ćemo više svi paziti da se ne približavamo.(Maca, 65)

Brine me usamljenost i nemoć da se utice na situaciju. Neizvesnot vezana za buduće ponašanje...nepoznati virus koji menja socijalno ponašanje, zadržanje od drugih ljudi. (Desa, 66)

Ograničenje socijalnih kontakata, manje druženja i direktnih kontakata, biće stalna zabrinutost oko mera zaštite sebe ili drugihbiće to udarac na bliske odnose, tipa šta kad ti dete leti u zagrljaj ili su ga naučili da to više ne radi, nov način kontaktiranja među ljudima I problem oko promene kulturološki uvreženih običaja u postupanju. (Mina, 71)

Promene u ponašanju prilikom društvenih kontakata opažaju se kao potencijalno trajne, tako da će voditi izmeni kulturnih obrazaca odnošenja, ali i uneti izmene u uobičajen vid obavljanja posla i školovanja koji će se dominantno odvijati od kuće i putem interneta. Posebno se ističu promene u vezi sa putovanjima, što je važno mnogim učesnicima koji još uvek aktivno žive i putuju, a posebno onima kojima porodica živi van zemlje.

Da, tako što će ograničiti putovanja koja volim, na kraći rok će biti nemoguće putovati, a na srednji rok jako teško, komplikovano. (Mika, 65)

Brinem za budućnost, posebno što se tiče kretanja i putovanja što mi jako ograničava viđanje sa mojom užom porodicom, plašim se te vrste neizvesnosti. (Mina, 71)

Očekujem da će mi se život promeniti utoliko što ću manje putovati. Možda i to da najzad prihvatim svoje godine kojih do sada nisam bila svesna. (Boba, 72)

Neizvesnost u pogledu zdravstvene situacije

Iako se prepoznaje mogućnost da situacija sa pandemijom potraje ili da se ponovi za neko vreme, zdravstveni rizici ne spominju se često kao značajan izvor zabrinutosti. Neku učesnici ispoljavaju brigu za bliske osobe, pre svega porodicu i decu, ali ono što je daleko istaknutiji izvor brige je nepoverenje u medicinu i struku, zbog negativnih iskustava tokom prethodnog perioda.

Sve veća nesigurnost i neizvesnost, i to posebno u sferi nedostatka proverenih informacija o zdravstvenoj situaciji u svetu i kod nas. (Daca, 69)

Promeniće se i moje dosadašnje opšte verovanje u medicine i nauku, jer ću od sada brižljivije birati izvore saznanja. Mnogo lakrdijaša je osramotilo neke profesije, pa je moja selekcija postala strožija. U našem okruženju, našla sam samo par lekara kojima sam verovala. (Boba, 72)

„Vraćanje na staro“

I pored dosta pesimističnih očekivanja, posebno u pogledu promena u najširem okruženju, deo učesnika očekuje da će se ipak u budućnosti sve vratiti „na staro“ tj. da će ljudi nastaviti život kao pre, bez većih posledica, ali i bez „naučenih lekcija“.

Očekujem da će se tokom leta sve vratiti na uobičajeno funkcionisanje. (Žilja, 70)

I ako bude promena, biće prolaznog karaktera. (Nada, 67)

Posebno ne očekuju neke promene u sopstvenom životu, s bzirom da dominira uverenje kod starijih učesnika da im se život odvija po ustaljenom toku i nezavisno od promena u spoljašnjem okruženju.

Sve će se vratiti na staro za mene. Ja ne zavisim od toga, malo šta može da utiče na moj svakodnevni život, imam penziju, to mi je dovoljno za sve što mi treba. (Ceca, 72)

Ne brinem da će se naš život promeniti. (Desa, 66)

Ne očekujem promene na moj život lično ni u jednom pogledu. Ja sam nezavistan, sam određujem šta radim, nemam finansijske brige. (Voja, 66)

Potencijali krize – očekivanje pozitivnih promena u budućnosti

Iako ni izdaleka toliko zastupljena kao negativna očekivanja i zabrinutost u pogledu budućnosti, učesnici ipak uspevaju da situaciju izazvanu pandemijom shvate i kao priliku za pozitivnu promenu pojedinaca i šireg okruženja. Ova optimistična očekivanja ili nade odnose se pre svega na prepoznavanje značaja odgovornog odnosa prema prirodi pre svega, ali i prema drugim ljudima i zajednicama. Zdravstvena kriza se posmatra kao neka vrsta opomene koja će ljude možda podsetiti na ispravne prioritete i načine postupanja koji ne polaze od lične ugodnosti ili interesa u sadašnjosti. Takođe, produženi period fizičke izolacije vidi se kao podsetnik naznačaj zajedništva i bliskih socijalnih odnosa.

Ja ipak očekujem da ceo svet treba da shvati da priroda kad krene, sa svojim nekim elementima, da onda tek počinjemo da shvatamo šta smo, gde smo i kakve su posledice nepoštovanja prirode. Jer i ovo što imamo u svetu uragane, ovu toplotu koja nastaje, a onda i ova epidemija je posledica naše neodgovornosti o tome. Čovečanstvo mora da vodi računa gde živi, kako živi, da vodi računa o odnosu prema prirodi i šta će biti sutra, gde ćemo se sutra naći... (Neša, 87)

Verujem da će se mnogi u svetu osvestiti da je svet povezan i da u ovakvim slučajevima nema granica, iako sa druge strane imamo slučajeve ksenofobije i zatvaranja u nacionalne/državne okvire. (Boba, 72)

Mladi će možda uvideti važnost nekih vrednosti... Da nije važno samo obući se i izaći i slikati se za instagram nego da su pravi prijateljski razgovori bitni, da su drugi bitni, da je porodica važan oslonac, da nije sve u šund muzici i kasnim noćnim izlascima. (Đurđa, 64)

Kada su neke specifične oblasti života u pitanju, ističu se očekivanja u vezi sa unapređenjem zdravstva, kao i prepoznavanje značaja prevencije.

Drago mi je da su svi shvatili koliko znače zdravstveni radnici, izdvajanje iz budžeta će nadam se biti veće, sve je bilo nisko i nedovoljno za redovne stvari, a kamoli za obnavljanje, razvoj... bili smo u zaostatku. Možda će sada biti više ulaganja i zapošljavanja u zdravstvu. (Rada, 78)

Da mi malo promenimo higijenske navike, da unapredimo kao nacija te navike – to bi bilo pozitivno na nacionalnom nivou. (Mila, 77)

Završna razmatranja: kvalitet života i mentalno zdravlje starijih tokom pandemije

Nalaze naše kvalitativne studije o efektima pandemije i uvođenja vanrednog stanja na kvalitet života i mentalno zdravlje starijih osoba, bilo je neophodno sagledati u kontekstu životnih uslova učesnika studije pre nastupanja pandemije, s obzirom da karakteristike opšteg životnog konteksta određuju i samo reagovanje na aktuelnu situaciju i njene posledice. Učesnici ove studije subjektivno doživljavaju svoje zdravstveno stanje kao dobro, bez obzira na razlike u godinama i prisustvo nekih somatskih tegoba ili oboljenja koje ih aktuelno ne ometaju značajno. Oni su aktivni i samostalni u smislu fizičkog kretanja i zadovoljavanja ličnih potreba, u stanju su da brinu o sebi i ne trpe akutne ili hronične bolove. Takođe, oni su finansijski nezavisni i subjektivno zadovoljni svojim materijalnim stanjem i uslovima života, prema sopstvenoj proceni „imaju onoliko koliko im je dovoljno“, bez obzira na značajne objektivne razlike u visini primanja. Učesnici studije se međusobno razlikuju u odnosu na porodičnu situaciju, s obzirom da skoro polovinu čine udovci i udovice ili osobe koje nemaju decu. Ipak, i ovo se pokazalo kao manje relevantan aspekt konteksta koji je odredio specifična iskustva pandemije, s obzirom da su svi imali mnogobrojne i kvalitetne socijalne odnose sa širom porodicom i prijateljima. Jaka *socijalna podrška*, kako praktična, tako i ona emocionalna, ispoljena kroz bliskost, razumevanje, toleranciju i sl. bez izuzetka je prepoznata kao ključni izvor životnog zadovoljstva u ovom životnom dobu, što je u saglasnosti sa empirijskim nalazima poznate Hardvarske longitudinalne studije razvoja u odrasloj dobi (Vaillant, 2012).

Pandemija i uvedene restriktivne mere očekivano su izmenile svakodnevno funkcionisanje starijih učesnika na različite načine, zavisno od njihovog radnog angažovanja i mesta boravka, odnosno toga da li su bili zatvoreni u stanu ili su imali mogućnost da se kreću po svom dvorištu i izlaze na svež vazduh. Analiza je prvenstveno bila usmerena na emocionalno reagovanje na promenjene okolnosti, kao i na najčešće strategije prevladavanja. Kada se posmatra reagovanje na pandemiju kao zdravstveni rizik, koji je posebno naglašen kod ove uzrasne grupe kod koje je stepen smrtnosti najviši, starije ispitanike karakteriše odsustvo intenzivnog straha i zabrinutosti, što je u skladu sa postojećim nalazima (Kiviet al., 2020). Umerena „zdrava“ brigada, posebno izražena na samom početku, omogućila je i adekvatan adaptivni odgovor. Svi oni su preuzeli odgovornost i disciplinovano se pridržavali preporučenih mera zaštite, što je omogućilo uspostavljanje kontrole nad situacijom i umanjilo dalji razvoj straha. Strepnja je više bila naglašena u odnosu prema drugim, bliskim članovima porodice, zbog njihovog većeg izlaganja riziku od zaražavanja.

S druge strane, negativne emocionalne reakcije bile su posledica uvedenih restriktivnih mera, prvenstveno zbog potpunog zatvaranja u kuće i zabrane izlazaka, što je u skladu sa prethodnim nalazima (Benkeet al., 2020). Nervoza, napetost, iritabilnost i sl., javili su se kao reakcija na frustraciju i ugroženost važnih potreba – da se kreću, obavljaju neophodne poslove van kuće, šetaju po svežem vazduhu, ali i viđaju bliske osobe. Restrikcija socijalnih kontakata se donekle kompenzovala učestalim telefonskim razgovorima, kao i porukama i pozivima putem društvenih mreža.

Čak i brojčano ograničeni i relativno homogeni uzorak u našoj studiji ukazao je na neke relevantne heterogenosti prisutne u grupi starijih osoba. Aktivni penzioneri doživeli su veće promene u smislu smanjenje obima ili načina obavljanja posla i načina provođenja slobodnog vremena, ali su istovremeno imali na raspolaganju raznovrsnije kompenzatorne aktivnosti i načine strukturisanja vremena. Ujedno, oni su imali i veći stepen blagostanja prema objektivnim indikatorima uslova života. Takođe, oni koji su živeli u kućama sa dvorištem ili na selu, znatno manje su osetili posledice restriktivnih mera i lakše su održavali socijalne odnose i uobičajenu životnu rutinu.

Važno je istaći da je deo učesnika prepoznao i neke pozitivne promene u životnom funkcionisanju koje su nastupile usled promenjenih okolnosti, kao što je višak slobodnog vremena, prilika da se završe nezavršeni poslovi ili da porodica bude više na okupu.

Odgovori učesnika upućuju na zaključak da su starije osobe koristile različite konstruktivne strategije prevladavanja krizne situacije. Pre svega, to je uključivalo praktične, bihevioralne strategije pridržavanja preporučenih mera zaštite čime su uspostavili relativnu kontrolu nad situacijom što je doprinelo redukciji anksioznosti. I druge studije ukazuju na to da su oni koji su se više pridržavali fizičke distance i preventivnih mera izveštavali o većem kvalitetu života i manjem narušavanju mentalnog zdravlja i blagostanja (Losada-Baltar et al., 2020; Luo et al., 2020; Kivi et al., 2020), što je u skladu sa našim nalazima koje možemo tumačiti u oba smera – da se kvalitet života upravo održava preuzimanjem odgovornosti i kontrolom nad situacijom (pridržavanje mera), ali i da je spremnost za preuzimanje odgovornosti i kontrole nad iskustvom doprineo većem kvalitetu života.

Stariji su preduzimali i niz unutrašnjih, psiholoških strategija kao što je redefinisane prioriteta, prihvatanje lošeg iskustva kao nužnog dela života i kao prolaznog, privremenog stanja, bez „katastrofiziranja“ koje bi vodilo depresivnom ili paničnom reagovanju. Fokus na pozitivne aspekte iskustva, kao što su prilika za učenje novog ili završavanje nedovršenih obaveza, i doživljaj socijalne podrške i povezanosti sa bliskim članovima, bile su ključne strategije prevladavanja krizne situacije. Posebno su socijalna podrška i održavanje redovnih socijalnih kontakata, i u uslovima karantina, doprineli očuvanju mentalnog zdravlja i kvaliteta života, što je u skladu sa brojnim skorašnjim

nalazima kvantitativnih studija koje su prepoznale usamljenost kao posledicu socijalne izolacije kao najznačajniji prediktor razvijanja ili pogoršanja psihopatoloških indikatora, pre svega simptoma depresivnosti i anksioznosti (Losada-Baltar et al., 2020; Palgi et. al, 2020), i to kako tokom trajanja restriktivnih mera, tako i nakon njihovog ukidanja(Probstet al., 2020).

Negativna osećanja, poput besa, bila su povezana saproblematičnim načinima informisanja, pre svega preplavljujućim vestima i porukama koje šire paniku, konfuziju i nude oprečne preporuke. Učesnici su nadostajali da naprave granice i kritičku distancu u odnosu na ovakvo informisanje. Ova strategija je važna, jer je pregled prethodnih studija ukazao na značaj pravovremenih i pouzdanih informacija kao prediktivnog faktora kada je reč o ublažavanju negativnih efekata na mentalno zdravlje u opštoj populaciji (Luo et. al, 2020).

Bes i frustracija javljale su se i u vezi sa uvedenim merama za koje učesnici nisu nalazili razumno opravdanje. Iz stoga je sledilo i blago kršenje mera, što je paradoksalno, bila konstruktivna adaptivna strategija i potvrda kontrole nad situacijom koja ih je lišila prava preuzimanja odgovornosti kroz tretiranje kao populacije koju treba paternalistički štiti. Osećanje degradacije i poniženosti, dovelo je do otpora i bunta, ali bez ugrožavanje sebe i drugih. Ovakav doživljaj učesnika je, inače, sasvim u skladu sa pravno zasnovanom analizom mera uvedenih tokom vanrednog stanja koja ukazuje na brojna kršenja i ograničenja ljudskih prava tokom vanrednog stanja, posebno u vezi sa starijima od 65 godina (Pajvančić et al., 2020). Posebno se ističu povreda prava na dostojanstvo ličnosti i povreda psihičkog integriteta, kao i drastično i nedovoljno opravdano ograničenje slobode kretanja starijih od 65 godina i povrede njihovih drugih prava kao posledice toga. Na ovakve zaključke upućuju i analize rađene u drugim zemljama (White & van Basshuysen, 2020; Frith, 2020; Savulescu & Cameron, 2020).

Način na koji se prihvata sadašnjost sa svim teškoćama i problemima koje aktuelno nosi, zavisi i od toga šta se očekuje od budućnosti, da li preovladavaju pozitivna, optimistička ili negativna, pesimistička očekivanja (Jovanović, 2016). Učesnici su imali različita očekivanja u odnosu na sopstvenu budućnost i u odnosu na budućnost drugih, pre svega mlađih generacija ili sveta uopšte. U pogledu lične budućnosti preovladava umereni optimizam i očekivanja da spoljne, čak i negativne okolnosti, ne mogu bitno da utiču na njihov život, jer se kao penzioneri osećaju bezbedno u odnosu na mogućnost gubitka posla i redovnih primanja. S druge strane, oni zapravo nemaju velika očekivanja od sopstvenog života koji vide kao zaokružen, ispunjen, sa malo planova vezanih za neke promene u budućnosti, putovanja i sl. Brige starijih su više usmerene ka budućim generacijama koje mogu osetiti posledice ekonomske krize, ograničenja putovanja, fizičkog distanciranja i online komunikacije koja se sve više odvija na uštrb direktnih, bliskih relacija. U pogledu budućno-

sti sveta prisutna je neizvesnost, ali izželja da se "svet opameti" izvuče pouke iz aktuelnog iskustva. Sva ova očekivanja od budućnosti u kontekstu pandemije u skladu su sa nalazima studija sa starijima iz drugih konteksta (Kivi et al., 2020).

Opšti zaključak na osnovu nalaza istraživanja je da se kod starijih osoba reakcije na pandemiju razlikuju od reakcija na uvedene mere. Međutim, starije osobe iz našeg uzorka su se bez većih teškoća prilagodile i uspele da održezadovoljavajuće subjektivno blagostanje uprkosi pandemiji i restriktivnim merama, auz pomoć i podrškuneposrednog socijalnog okruženja i u kontekstu zadovoljstva opštim kvalitetom dotadašnjeg života. To je rezultiralo dobrim adaptivnim strategijama i ishodima, čak i u situaciji ugroženih potreba i nezadovoljstva specifičnim aspektima života. Ovi nalazi su u skladu sa nedavnim studijama koje su potvrdile da su starije osobe manje vulnerabilne na psihološki stres i socijalnu izolaciju tokom pandemije i da ređe razvijaju simptome ugroženog mentalnog zdravlja poput depresivnosti i anksioznosti (Losada-Baltar et al., 2020;Palgi et al., 2020; Kivi et al., 2020; Ayalon et. al, 2020), uprkos tome što su vulnerabilnije na probleme fizičkog zdravlja i veću verovatnoću smrtnog ishoda i što su više pogođene merama izolacije.

Prihvatanje i integracija različitih, dobrih i loših životnih iskustava, doživljaj relativne materijalne sigurnosti i socijalne podrške, kao i odsustvo većih očekivanja i planova koji bi mogli biti bitno narušeni, značajno doprinose relativnoj rezilijentnosti starijih. Ipak, može se pretpostaviti da kada bi u studijubile uključene osobe koje su zavisne, teško pokretne, sa hroničnim bolovima ili trajnom onesposobljenošću, usamljene ili izolovane uinstitucijama za smeštaj starih, iskustva bi bila verovatno značajno različita. Takođe, rezultati upućuju i na to da je tolerancija starijih na ugoženost ličnih potreba veća, nego što je tolerancija na ugoženost prava i ličnog dostojanstva. Dok se briga za sopstveno zdravlje znatno manje ispoljila nego što bi se očekivalo s obzirom na pripadnost zdravstveno posebno vulnerabilnog grupi, uvođenje vanrednog stanja i posebno restiktivnih mera za sugrađane starije od 65 godina, doživljenje su znatno teže. Mere izolacije su se odrazile na pojačana negativna osećanja i pad kvaliteta života, ali i na ugroženost ličnog dostojanstva.

Ograničenja istraživanja

Ograničenja istraživanja se odnose na mogućnost generalizacije zaključaka s obzirom na specifičnost i visoku selektivnost uzorka. Naime, svi učesnici su bili aktivni, relativno zdravi, funkcionalni, samostalni, praktično bez nepostrednih iskustava sa pandemijom. Izbor uzorka bio je nametnut specifičnostima epidemiološke situacije koja je otežala pristup onim učesnicima koji nisu u najširem socio-kulturnom krugu istraživačica. Treba uzeti u obzir i to da starija populacija koje ja istovremeno manje obrazovana i nižeg socio-eko-

nomskog statusa ima i najčešće ograničen ili uopšte nema pristup internetu, pa je ovaj način dolaska do učesnika bio veoma otežan. Dodatan zahtev predstavljala je potreba da se intervjui obave dok nije počelo popuštanje restriktivnih mera, kako bi iskustva bila što manje rekonstruktivnog karaktera.

Ovakva struktura uzorka ukazuje na to da on svakako nije reprezentativan za većinu starih u Srbiji. Međutim, uzorak obrazovanih ispitanika omogućio je detaljniji uvid u iskustva starijih, jer su oni bili u stanju da artikulišu i pozitivne i negativne aspekte doživljavanja tokom izmenjene situacije. Istovremeno treba očekivati da su negativne posledice po iskustvo, svakodnevni život i mentalno zdravlje ove starosne grupe, koje su se javile i u ovom uzorku, sigurno prisutnije i izraženije među starima kojima nisu na raspolaganju socijalni i ekonomski resursi, koji su bolesni, usamljeni i višestruko ugroženi.

Drugo ograničenje proističe iz nacrtu istraživanja koje je nelongitudinalnog tipa, a obavlja se u veoma promenljivim okolnostima. Tako da su nalazi istraživanja donekle vremenski specifični i trebalo bi uzeti u obzir činjenicu da je istraživanje obavljeno samom kraju prvog talasa i početka relaksacije mera, što je možda uslovljalo optimističniju sliku situacije i njenih posledica. Neposredno posle perioda istraživanja, nakon privremene relaksacije, nastupio je drugi talas pandemije, koji je bio težiposledicama, duži po trajanju, praćen još većim nepoverenjem u medijsko informisanje i doživljajem dezorjentisanosti u pogledu planova koji su bili ometeni na mnogo duži period nego što su to bila početna očekivanja.

* * *

Dok mnoge neizvesnosti i dalje ostaju u pogledu toga kako će se pandemija dalje širiti i kakve će sve posledice još sa sobom doneti, negativni uticaji na mentalno zdravlje i psihosocijalno blagostanje, posebno onih iz najvulnerabilnijih grupa, biće obuhvatni i dugotrajni. Iako rezultati našeg istraživanja ukazuju na značajnu rezilijentnost starijih osoba, to ne znači da posledica nema, niti da ih tek neće biti. Kako bismo prevenirali ove rizike, nije dovoljno usmeriti se samo na prevenciju zdravstvenih posledica, već je neophodno razumeti osobe u njihovom bio-psiho-socijalnom jedinstvu. Konkretno preporuke koje proizilaze iz takvog pristupa protivne su merama koje ohrabruju ejdžizam i intergeneracijski jaz i baziraju se na arbitrarnim uzrasnim kriterijumima. Preporuke se odnose na zaštitu onih najvulnerabilnijih koji pate od hroničnih bolesti, invaliditeta i ograničene funkcionalnosti, koje su pod posebnim rizikom od ugrožavanja autonomije i ljudskih prava. Kada su u pitanju mere fizičkog distanciranja, posebno se mora obratiti pažnja da to nema za posledicu i otežano snabdevanje i socijalno distanciranje kod onih starijih čija je digitalna pismenost i dostupnost savremenim tehnologijama često jako limitirana, što povećava rizik od usamljenosti i depresije. Konačno,

adekvatne mere moraju voditi računa i o javnom diskursu koji izbegava kategorizacije, generalizacije i konfrontacije. Ejdžizam i kategorizacije mogu se prevazići naglašavanjem da smo svi u ovome zajedno umesto naglašavanja godina kao kritične varijable (Ayalon et al, 2020). Empirijska istraživanja jasno identifikuju indikatore rizika na osnovu kojih se preduzimaju intervencije tamo gde su one zaista i potrebne, što ima i praktične i etičke konsekvence. Stoga, ovo istraživanje ne poriče negativne efekte pandemije na starije, već ukazuje na njihove kapacitete i snageza prevladavanje kriza, što je važno uzeti u obzir kada se planiraju odgovarajuće mere zaštite koje ne uskraćuju prava starijihna dostojanstven i ravnopravan tretman u društvu.

Reference

- American Psychological Association (APA) Division 53 (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD). Preuzeto sa <http://effectivechildtherapy.org/concernssymptomsdisorders/disorders/post-traumatic-stress-disorder/>
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B.R., Neupert, S.D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. & Wahl, H.W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity, *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa051, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Benke, C., Autenrieth, L.K., Asselmann, E. & Pané-Farré, C.A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 293, November 2020, 113462, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101.
- Brooks, K., Webster, K., Smith, E. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920.
- Fawaz, M., & Samaha, A. (2020). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 560–565. <https://doi.org/10.1177/0020764020932202>
- Frith, L., 2020. Lockdown, public good and equality during COVID-19. *Journal of Medical Ethics*, 46(11), 713–714.
- Jovanović, V. (2020). Psihologija subjektivnog blagostanja. Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Karličić, I., Đorđević, V., Stašević, M., Subotić, T., Filipović, Z., Ignjatović-Ristić, D., Janjić, V. (2020). Perspectives on mental health services during the COVID-19 epidemic in Serbia. *Srpski Arhiv Celokupnog Lekarstva*, 148(5–6), 379–382.
- Kivi, M., Hansson I. & Bjälkebring P. (2020). Up and about: Older adults' wellbeing during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020 Jun 30; gbaa084. doi: 10.1093/geronb/gbaa084.

- Li, W., Yang, Y., Liu, H., Zhao, J., Zhang, Q., Zhang, L. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Science*, 16(10), 1732–1738.
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J.E., Guo, Q., Wang, X.Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J. & Yang, B.X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8: e790–98. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Lobe, B., Morgan, D., & Hoffman, K. A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M.D.S., Fernandes-Pires, J., Márquez-González, M. (2020). “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci.* <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Pajvančić, M., Petrušić, N., Nikolin, S., Vladislavljević, A. & Baćanović, V. (2020). *Rodna analiza odgovora na COVID-19 u Republici Srbiji*. Misija OEBS-a u Srbiji i Ženska platforma za razvoj Srbije 2014–2020. <https://www.osce.org/files/f/documents/3/9/459391.pdf>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Keisari, S. & Hoffman, Y. (2020). The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111.
- Pfefferbaum, B., North, C. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *North England Journal of Medicine*, 383, 510–512.
- Probst, T., Budimir, S., Pieh, C. (2020). Depression in and after COVID-19 lockdown in Austria and the role of stress and loneliness in lockdown: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 962–963.
- Ristović, M. (2020). Uticaj uverenja o Koronavirusu na strah od virusa i poštovanje preventivnih zdravstvenih mera (Neobjavljena master teza). Filozofski fakultet, Beograd.
- Savulescu, J. and Cameron, J., 2020. Why lockdown of the elderly is not ageist and why levelling down equality is wrong. *Journal of Medical Ethics*, 46(11), 717–721.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), 592–598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Teti, M., Schatz, E., & Liebenberg, L. (2020). Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1–5. <https://doi.org/10.1177/1609406920920962>

- Vaillant, G.E. (2012). *Triumphs of experience: the men of the Harvard Grant Study*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- WHO (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). Preuzeto sa <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19>.
- WHO (2020). Preuzeto sa https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/446340/Factsheet-May-2020-Vulnerable-populations-during-COVID-19-response-eng.pdf.
- White, L. and van Basshuysen, P., 2020. How to overcome lockdown: selective isolation versus contact tracing. *Journal of Medical Ethics*, 46(11), 724–725.
- Zastrow, H., Krist-Ashman, K. (2013). *Understanding Human Behaviour and the Social Environment*. Brooks/Cole: Cengage Learning.
- Zvanični podaci o Koronavirusu u Republici Srbiji (2020). Preuzeto sa <https://covid19.rs/dana.5.12.2020>.

DATUM PRIJEMA RADA: 08.11.2020.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 09.12.2020.

Experiences and the quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic and the introduction of COVID-19 restrictive measures in Serbia

**Tamara Džamonja Ignjatović, Biljana Stanković,
Tamara Klikovac**

University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Department of Psychology

Summary: This paper is part of a broader qualitative study examining the experience of people during the first wave of the pandemic in Serbia when the state of emergency was proclaimed, and the effects of this situation on the quality of life and mental health of specific age groups. The paper presents the results of interviews conducted with people over 65, who were particularly affected by the introduced restrictive measures, due to which many senior citizens felt a significant decline in the quality of life, accompanied by the risk of developing various emotional problems. In order to understand better their specific experiences during the pandemic and the related measures introduced, we conducted a qualitative study taking into account the characteristics of previous life contexts, the changes in daily life and life quality during the pandemic, emotional reactions and coping strategies, as well as their expectations of the future. During April and early May 2020, sixteen people of both sexes (4 male) were interviewed, aged 65 to 87 ($M = 71.19$ years). The transcripts of the semi-structured interviews were processed in Maxqda qualitative analysis software and analysed by the principle of thematic analysis. The general conclusion

is that the elderly from our sample adapted without major difficulties and managed to maintain a satisfactory level of their subjective well-being despite the pandemic and restrictive measures, with the help and support of their immediate social environment and in the context of the former general quality of life. This resulted in good adaptive strategies and outcomes, even in the situation of the restricted need satisfaction. However, the findings of the research indicate that, in the elderly, reactions to the pandemic are different from the reactions to the introduced measures – the tolerance of the elderly to the endangerment of personal needs is greater than the tolerance to the endangerment of personal rights and dignity. While the concern about one's own health was not explicitly expressed, the citizens older than 65 felt more affected by the introduction of the state of emergency and, especially, by the restrictive measures. The introduced measures of isolation resulted in increased negative feelings and a decline in the quality of life, as well as perceiving the threat to one's personal dignity.

Key words: pandemic, COVID-19, the elderly, quality of life, subjective well-being, coping strategies

Dragan Popadić

Moramo da razgovaramo o Internetu

Šeri Terkl: Obnovimo razgovor: Moć razgovora u digitalnom dobu.
Beograd, Clio, 2020.

U vreme kada, prema najnovijim podacima, 60% svetske populacije aktivno koristi internet, potpuno je jasno u koliko moćno i sveprisutno tehnološko oruđe se internet pretvorio, i koliko je, samim tim, važno baviti se njegovim uticajem na život ljudi. Ako izuzmemo one neupućene i nezainteresovane (dobro, i one neutralne), svet se podelio u dva tabora: na internet optimiste i internet pesimiste. Jedni govore o čudima koje nam razvoj digitalnih tehnologija neprestano donosi, i ponekom riziku, a drugi, ne poričući velike dobrobiti, naglasak stavljaju na rizike i gubitke. Šeri Terkl spada u predstavnicu - i to u jednu od najuglednijih predstavnica - ove druge grupe. Šeri Terkl je, inače, američka sociološkinja i psihološkinja i profesor na uglednom Masačuseckom Institutu za tehnologiju (MIT). Uveljivost njenih tvrdnji ne potiče samo iz njene stručnosti i činjenice da već skoro 40 godina prati i analizira ulazak tehnologije u svet ljudi, već i iz činjenice da je ranije bila jedna od entuzijastičnih zagovornika novih tehnologija.

Već je i prethodna knjiga *Sami zajedno: Zašto očekujemo više od tehnologije nego jedni od drugih* (objavljena 2010., kod nas prevedena u biblioteci *Clio* 2011. godine) pisana u internet-pesimističnom duhu. Ona je pre svega upozoravajuća dijagnoza stanja. Služeći se novim tehnologijama, kaže Terkl, ne primećujemo koliko nas ova oruđa oblikuju, i to na način koji ne bismo želeli. Predajemo se u ruke tehnologiji, očekujemo više od nje a manje jedni od drugih. Neprestana povezanost, umreženost sa drugima, postaje nam neophodna da bismo se osećali sigurni, i pretvara se u žudnju, stalnu potrebu. Tehnologija nam je ponudila zamenu za naše međusobno uspostavljanje kontakta licem u lice i mi smo je obručke prihvatili. Neprestano povezani, prestajemo da uviđamo dobrobit samoće. Komunikacija sa robotima postaje nam privlačnija nego komunikacija sa ljudima. Sve više sa mašinama postupamo kao sa ljudima a sa ljudima kao sa mašinama.

Knjiga *Obnovimo razgovor: Moć razgovora u digitalnom dobu*, objavljena 2015. godine, direktno se nastavlja na knjigu *Sami zajedno: kraj prethodne knjige je razvijen u centralnu, noseću ideju nove knjige, a početak nove knjige je sažetak prethodne.*

Knjiga *Obnovimo razgovor* jednim delom ponavlja zabrinjavajući opis situacije u kojoj smo se našli. Period od pet godina, koliki je razmak između dve knjige, učinio je neke procese još izraženijim. Onlajn svet prepunjen atraktivnim aplikacijama prikazuje nam se kao svet bez trenja, pruža nam iluziju neprestanog druženja bez zahteva za prijateljstvom. Roboti “bolje od čoveka” preuzimaju uloge u vođenju razgovora, druženju, negovanju, postajemo zavedeni mašinama koje dobijaju glas i lik. Jedna razlika je i u tome što Terkl svet više ne predstavlja kao podeljen na digitalne urođenike i odrasle nesviknute na digitalni život. Štaviše, sada kaže da je preokupiranost tehnologijom možda i veća kod odraslih, da se roditelji okreću ka telefonima a od svoje dece, i da deca od odraslih uče da budu stalno uz svoje uređaje. Važna promena je, po njoj, i u tome što se i kod odraslih i kod dece, uz očaranost vrlim, novim svetom, sada sve češće nazire i zbunjenost gde smo se to našli, i nezadovoljstvo postojećim stanjem. Ugrožavanje privatnosti i prikupljanje ličnih podataka postalo je ozbiljan problem i za običnog čoveka.

Kao što je naslov prethodne knjige bio sažet opis stanja/problema, naslov nove je sažeti recept za ozdravljenje. Za razliku od, recimo, Džin Tvengi koja savetuje roditeljima da deci kupuju telefone bez pristupa internetu i da im pristup internetu ograničavaju na sat vremena dnevno, Terkl smatra da nije trenutak da odbacimo tehnologiju već da pronađemo sebe. Kako?

Pri kraju prethodne knjige, Terkl spominje Henrija Dejvida Toroa koji je još 1854. godine u knjizi *Volden* upozoravao da smo previše u kontaktu jedni sa drugima, na nasumičan način, bez prostora između trenutaka koje provodimo zajedno. Rešenje za sebe Toro je našao u distanciranju i mogućnosti osamljivanja u prirodnom okruženju. Poput Toroa, savetuje Terkl, i mi treba da imamo svoja “sveta mesta” koja će nam pružiti mogućnost refleksije i prave komunikacije sa drugima.

Na samom početku knjige *Obnovimo razgovor* kao moto stoji jedna Torova rečenica iz *Voldena*: “Imao sam tri stolice u svojoj kući: jednu za samoću, dve za prijateljstvo, tri za društvo.” Ona će se pokazati kao nit vodilja kroz samu knjigu i poslužiće Terklovoj da odgovarajućim podnaslovima strukturirše njen sadržaj. Razgovor u jednoj stolici odnosiće se na razgovore o samoći i refleksiji, razgovori u dve stolice biće posvećeni prijateljstvu i bliskosti, a u razgovoru u tri stolice Terkl će se baviti pitanjima koja se tiču javnog života, razgovora o obrazovanju, radu i politici.

O kojem god nivou naše svakodnevice da govori, savet koji Terkl daje je sličan i jednostavan. Ne robujmo digitalnoj tehnologiji. Kad god možemo, treba da ostavimo telefone i tablete po strani, da usporimo i damo sebi vre-

mena za tišinu. Razvijajmo kapacitet za samoću i samorefleksiju. Preispitujmo gledište da je svet nalik aplikaciji. I ono što je najvažnije: stvarajmo sveta mesta za razgovor sa našim najbližim, obnovimo razgovore u krugu porodice i sa bliskim prijateljima. Razgovarajmo i sa ljudima sa kojima se ne slažemo. Ne izbegavajmo teške razgovore. Razgovor je drevna, moćna i svima dostupna tehnologija. Ona čini da se u pravom smislu osećamo kao ljudi, i da druge doživljavamo kao ljudska bića.

Ako bi se sudilo po lakoći čitanja, zanimljivosti izlaganja, efektivnim i pamtljivim porukama, knjiga bi verovatno spadala u naučnopopularnu a ne naučnu literaturu, ili u knjige samopomoći, gde je neki svrstavaju. Ne radi se, međutim, o popularnoj nauci gde se sadržaj uprošćava do nivoa namernih grešaka da bi bio razumljiv i laicima, niti se umeću anegdote i duhoviti komentari da bi držali pažnju nedovoljno zainteresovanom i razmaženom čitaocu. Ne, ovde je tekst pitak, razumljiv, blizak eseju, dnevničkim beleškama, ličnoj ispovesti, ispunjen delovima razgovora sa ljudima koje Terkl na različitim mestima susreće, ali zadržava naučničku skrupuloznost. Tvrdnje u knjizi baziraju se na podacima dobijenim iz ispitivanja koje je sama Terkl sproveda etnografskim i kliničkim tehnikama, kao i na zaključcima velikog broja tuđih kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja koje Terkl razmatra. Precizniji opis metodologije na kojoj se zaključci zasnivaju dat je tek u jednoj od stotinjak fusnota na kraju knjige. Iz njega se vidi da je Terkl tokom nekoliko godina obavila intervju sa oko 700 sagovornika, različitih uzrasta i profesija, takođe ponovo pregledajući preko trista ranijih intervju u periodu 2008-2010 na kojima je bazirana knjiga *Sami zajedno*.

Upravo su odlomci razgovora, u ovoj knjizi posvećenoj moći razgovora, najpamtljiviji i ostavljaju na čitaoca najsnažniji utisak. Rezultati kvantitativnih i eksperimentalnih studija koje Terkl spominje u drugom su planu, svakako zarad bolje čitljivosti same knjige. To ima svoju cenu. Kvantitativna istraživanja koja Terkl navodi, kao sva takva istraživanja, završavaju se brojkama, statistikom, procenama nivoa pouzdanosti zaključaka. Zaključci su uvek saopšteni uz niz ograda - korelacije ne govore o kauzalnom uticaju, rezultati zavise od korišćenih instrumenata, specifičnosti uzoraka, dodatnih varijabli čiji uticaj je uzet u obzir itd. Sve ove finese nestaju u prepričavanjima. Sažeto prepričani, njihovi zaključci dobijaju čvrstinu i prenaplašenost na koju oni sami ne pretenduju. Ali, sa stanovišta struke, upravo neki kvantitativni podaci koje Terkl spominje imaju veću težinu od uverljivosti živih razgovora. Rafinirani statistički metodi i longitudinalna istraživanja otkrivaju da „nešto postoji“, da se nalaz o uticaju korišćenja digitalnih tehnologija na mentalno zdravlje, npr. na porast depresivnosti i smanjenje empatičnosti, tvrdoglavo pojavljuje u nizu studija, ma koliko taj uticaj bio mali i fluktuirao zavisno od konteksta.

Naravno, niko ne očekuje da će ova knjiga definitivno presuditi ko je u pravu u raspravi između internet optimista i internet pesimista. Glavna pri-

medba koja se internet pesimistima upućuje važi i ovde: nisu li za probleme o kojima oni govore odgovorni društveno-ekonomski odnosi koje su ljudi izgradili, a ne internet? Nisu li digitalne tehnologije samo ubrzale proces koji su ljudi trasirali proizvodnim odnosima u društvu? Sa ovim bi se u velikoj meri složila i Terkl. Iz njene perspektive, zaista bi se moglo reći da je Internet opijum za narod, ali daleko od toga da ona jedinog krivca za krizu ljudskih odnosa vidi u digitalnim tehnologijama. Vidi se to već i po njenom pozivanju na Toroa, koji je, kako nam Terkl sugeriše, pre više od sto pedeset godina opisao i sadašnju boljku i lek. Terklovoj je svakako poznato i da je sociolog Dejvid Rizman, inače njen mentor, još pre 60 godina pisao o „usamljenoj gomili“. Pa i podnaslov knjige oprezno upućuje da se nestanak razgovora dešava „u digitalnom dobu“, a ne zbog njega. Veliko je pitanje da li će čovečanstvo nastaviti putem kojim je krenulo ili ne, ali, ako se postojeći trend nastavi, za to ne treba kriviti jedino mobilne telefone.

Izvesna doza optimizma mogla bi doći i iz same struke kojom se Terkl bavi, mada ona to ne spominje. Terkl je i klinički psiholog psihoanalitičke orijentacije, u kojoj se terapijski postupak zasniva na razgovoru i to u strogo definisanom setingu u kojem se sreću psihoterapeut i klijent. I u ovoj oblasti, međutim, savremeni način života je postavio nove zahteve, između ostalog potrebu za terapijom na daljinu. Ako je komunikacija preko Skajpa ili telefona tek surogat za razgovor licem u lice, koliko li je tek takva komunikacija neadekvatna zamena za standardni terapijski seting. Pokazuje se, međutim, da su mnogi psihoterapeuti, pa i oni koji su bili izrazito skeptični prema takvoj novotariji, nakon vlastitog iskustva prihvatili ovu vrstu analize i ona (tzv. teleterapija, skajpo-analiza...) postaje legitiman i sve uobičajeniji vid terapije. Ljudi su, rekli bismo, veoma prilagodljiva bića, i, ako im je to cilj, uspevaju da ljudski razgovaraju bilo koji kanal komunikacije da im je na raspolaganju.

LISTA ANGAŽOVANIH RECENZENATA U 2019. I 2020. GODINI

Aleksandar Baucal, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Aleksandar Dimitrijević, International Psychoanalytic University Berlin
Aleksandar Momirović, Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar, Zagreb
Aleksandra Hadžić, Univerzitet u Banjoj Luci, Filozofski fakultet
Ana Genc, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Anja Wertag, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb
Asmir Gračanin, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet
Biljana Stanković, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Bojan Janičić, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Bojana Bodroža, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Danka Purić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Darko Hinić, Univerzitet u Kragujevcu, Prirodno-matematički i Filološko-umetnički fakultet
Domagoj Švegar, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet
Dragica Pavlović Babić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Dušanka Vučinić Latas, Univerzitet Singidunum, Fakultet za medije i komunikacije
Goran Knežević, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Goran Opačić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Irena Stojković, Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
Iris Žeželj, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Ivana Jakovljević, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Ivana Mihić, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Jasna Milosević, Univerzitet Singidunum, Fakultet za medije i komunikacije
Jelena Dostanić, Fakultet za pravne i poslovne studije Dr Lazar Vrkatić
Jelena Radišić, University of Oslo, Department of Teacher Education and School Research
Joel Anderson, Australian Catholic University, ACU · School of Psychology
Katarina Suvajdžić, Fakultet za pravne i poslovne studije Dr Lazar Vrkatić
Ksenija Krstić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Loren Abell, Nottingham Trent University, Department of Psychology
Ljiljana B. Lazarević, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Ljubica Bačanac, Univerzitet Donja Gorica, Fakultet za sportski menadžment
Marija Branković, Univerzitet Singidunum, Fakultet za medije i komunikacije
Marija Zotović, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet

Michael Buchholz, International Psychoanalytic University Berlin
Milana Rajić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Nikola Erceg, Univerzitet u Zagrebu, Filozofski fakultet
Nikola Jović, Univerzitet u Beogradu, Fakultet političkih nauka
Oliver Tošković, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Panta Kovačević, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Pavel Blagov, Emory University, Whitman College
Petar Čolović, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Predrag Teovanović, Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
Sampada Karandikar, Monk Prayogshala, Mumbai
Sanja Radetić Lovrić, Univerzitet u Banjoj Luci, Filozofski fakultet
Silvija Ručević, Sveučilište u Osijeku, Filozofski fakultet
Siniša Lakić, Univerzitet u Banjoj Luci, Filozofski fakultet
Svetlana Čizmić, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Tijana Jokić Zorkić, Centar za obrazovne politike, Beograd
Tijana Mirović, Psihološko savetovalište Mozaik, Beograd
Veljko Jovanović, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Vitomir Jovanović, Centar za obrazovne politike, Beograd
Vladimir Bakrač, Univerzitet Crne Gore, Filozofski fakultet
Vladimir Mihić, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Vladimir Taksić, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet
Zoran Pavlović, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Zoran Sušan, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet
Zoran Vesić, Univerzitet u Beogradu, Fakultet političkih nauka
Zorana Zupan, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Zorica Kuburić, Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet
Zvezdan Penezić, Sveučilište u Zadru, Filozofski fakultet
Zvonimir Galić, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet

UPUTSTVO ZA AUTORE

Časopis *Psihološka istraživanja* objavljuje teorijske radove, pregledne radove, originalne istraživačke radove, stručne radove i prikaze iz svih oblasti psihologije koji nisu prethodno objavljeni i nisu istovremeno podneti za objavljivanje u nekoj drugoj publikaciji. Važan kriterijum selekcije radova jeste društvena relevantnost analizirane teme (videti *Uređivačku politiku* časopisa). Rukopisi treba da budu pripremljeni prema standardima časopisa *Psihološka istraživanja*, tj. u skladu sa APA (American Psychological Association) Publication Manual, 6. izdanje (<http://www.apastyle.org/>). Za prijavu radova koristi se SCIndeks Asistent - Sistem za online uređivanje časopisa preko linka: <http://aseestant.ceon.rs/index.php/psistra/login>

Radovi koji nisu adekvatno pripremljeni neće se recenzirati.

Autori iz celog sveta pozivaju se da pošalju svoje radove.

U pripremi rada treba se držati sledećih uputstava:

Dužina rada

Rad mora biti napisan u tekst procesoru Microsoft Word, na stranici formata A4, fontom Times New Roman (12 tačaka), latinicom, s proredom od 1,5 redova. Sve stranice moraju biti numerisane. Rad treba da bude dužine do jednog autorskog tabaka (30.000 slovnih mesta ili 20 strana bez referenci i priloga). Izuzetak su pregledni radovi koji mogu biti dužine do 50.000 znakova i prikazi koji mogu biti dužine do 5.000 znakova. Redakcija zadržava pravo da objavi i radove koji premašuju tu dužinu u slučajevima kada izlaganje naučnog sadržaja zahteva veću dužinu, odnosno prostor. Rad treba da bude lektorisan.

Jezik rada

Časopis objavljuje radove na srpskom i engleskom jeziku.

Naslov rada

Naslov rada treba da bude što konzicijni. Iza naslova rada slede ime autora i naziv institucije u kojoj autor radi. Iza imena prvog autora treba staviti fusnotu koja sadrži e-mail adresu (jednog od) autora.

Sažetak

Sažetak dužine od 150 do 250 reči treba da bude na početku rada. Sastavni delovi sažetka treba da budu: cilj istraživanja, metod, rezultati i zaključak. Sažetak po pravilu ne sadrži reference. Bez obzira na jezik rada, prilažu se sažetak i ključne reči i na srpskom i na engleskom jeziku.

Ključne reči

Na kraju sažetka treba navesti do pet ključnih reči. Pri odabiru ključnih reči, poželjno je odabrati one pojmove koji se često koriste za pretragu časopisa.

Tabele, grafikoni i slike

Tabele i grafikoni treba da budu sačinjeni u Wordu ili nekom Word kompatibilnom formatu. Isti podaci ne mogu se prezentovati i tabelarno i grafički. Svaka tabela, grafikon

ili slika treba da budu označeni brojem, s naslovom koji ih jasno objašnjava. U slučaju tabele, u jednom redu navodi se broj tabele, običnim fontom i bez tačke na kraju, a u novom redu naslov tabele ispisan kurzivom, kao u donjem primeru. Treba izbegavati linije i senčenja koja nisu neophodna.

Tabela 1

Struktura uzorka prema polu i uzrastu u tri istraživanja

Karakteristike	Godina istraživanja			Total (N = 3700)
	1996 (n = 1280)	2001 (n = 1200)	2006 (n = 1220)	
Pol				
Muški	49.2%	47.8%	50.7%	49.2%
Ženski	50.8%	52.2%	49.3%	50.8%
Uzrast				
15–29 godina	20.8%	19.0%	25.5%	21.8%
30–49 godina	38.5%	38.5%	41.4%	39.4%
50 i više godina	40.7%	42.5%	33.1%	38.8%

U slučaju grafičkih priloga (npr., slike, grafikoni), oznaka slike/grafika uz redni broj navodi se italikom, nakon čega, u produžetku, sledi naslov slike/grafika i kratko pojašnjenje njegovog sadržaja slovima u normalu (videti primer grafika ispod). Ti elementi navode se ispod odgovarajućeg grafičkog priloga. U tekstu se treba pozvati na svaku tabelu, grafikon ili sliku, upućivanjem na brojčanu oznaku.

Grafik 1. Promene u raširenosti vrednosti autonomije. Grafik ilustruje podatak da svaka uzrasna kohorsta s vremenom sve više prihvata vrednosti autonomije.

Statistika

Oznake primenjenih statističkih testova pišu se italikom (npr., *F*, *t*, *p*), izuzev ukoliko se ne radi o simbolima grčkog alfabeta (npr. χ^2 , α). Rezultati statističkih testova treba da budu prikazani u sledećem obliku: $F(1,8) = 19.53$; $p < .01$ i slično za druge testove (npr.: $\chi^2(3) = 3.55$, $p < .01$ ili $t(253) = 2.061$, $p < .05$). Treba navoditi manji broj konvencionalnih nivoa značajnosti *p* (npr.: .05, .01, .001).

Citati

Svaki citat, bez obzira na dužinu, treba da bude praćen referencom s brojem strane. Za svaki citat duži od 350 slovnih mesta autor mora imati pismeno odobrenje vlasnika autorskih prava, koje treba da priloži.

Fusnote i skraćénice

Fusnote treba izbegavati. Skraćénice, takođe, treba izbegavati, osim izrazito uobičajenih. Skraćénice koje su navedene u tabelama i slikama treba da budu objašnjene.

Navođenje referenci u tekstu

U radovima na srpskom jeziku preporučljivo je da se imena stranih autora navode u srpskoj transkripciji, prilagođenim (fonetskim) pisanjem prezimena, a zatim da se u

zagradi prezime navodi izvorno, uz godinu publikovanja rada, na primer: Pijaže (Piaget, 1951). Ukoliko se u zagradi navodi više autora, oni se navode alfabetskim, a ne hronološkim redom (npr., Lazić, 1994; Pantić, 1990). Ukoliko su dva autora rada, oba se navode u tekstu (npr., Kuzmanović i Petrović, 2007). Ukoliko rad ima više od dva autora, pri prvom spominjanju navode se svi autori, a pri svakom sledećem navodi se prezime prvog autora i skraćenica „i sar.” (za radove na srpskom jeziku, npr., Joksimović i sar., 2007) ili „et al.” (za radove na engleskom jeziku, npr., Millner et al., 2005). U radovima na engleskom jeziku reference u tekstu treba navoditi u skladu s Priručnikom za objavljivanje Američke psihološke asocijacije, APA (American Psychological Association) Publication Manual, 6. izdanje (<http://www.apastyle.org/>).

Reference

Reference se navode u skladu sa APA uputstvima, 6. izdanje (<http://www.apastyle.org/>), na kraju rada, u odeljku koji treba da bude naslovljen „Reference”. U spisku referenci navode se samo one reference na koje se autor pozvao u radu, abecednim redom po prezimenima autora. Ne treba navoditi reference koje nisu pomenute u tekstu. Ukoliko je tekst pisan na engleskom jeziku, za izvore na srpskom jeziku naslove knjiga, članaka itd. potrebno je dati i engleske prevode u zagradi. Uobičajeni izvori navode se na sledeći način:

- a) **Knjiga**; Sadrži prezime i inicijale (svih) autora, godinu izdanja, naslov knjige (*kurzivom*), mesto izdanja i izdavača.
Opšti format: Autor, A., Autor, B., i Autor, C. (godina). *Naslov knjige*. Mesto izdanja: Izdavač.
Primer: Green, D., Palmquist, B., i Schickler, E. (2002). *Partisan hearts and minds: Political parties and the social identities of voters*. New Haven: Yale University Press.
- b) **Poglavlje u knjizi ili zborniku**; sadrži prezime i inicijal imena (svih) autora, godinu izdanja, naslov poglavlja, inicijal imena i prezime urednika ili redaktora, naslov knjige (*kurzivom*), strane poglavlja u zagradi, mesto izdanja i ime izdavača.
Opšti format: Autor, A., i Autor, B. (godina). Naslov poglavlja. U A. Urednik, B. Urednik & C. Urednik (ur.), *Naslov knjige* (str. xxx–xxx). Mesto izdanja: Izdavač.
Primer: Popkin, S., i Dimock, M. (1999). Political knowledge and citizen competence. U S. Elkin & K. Soltan (ur.), *Citizen competence and democratic institutions* (str. 117–146). University Park: Pennsylvania State University Press.
- c) **Članak u časopisu**; sadrži prezime i inicijale (svih) autora, godinu izdanja u zagradi, naslov članka, pun naziv časopisa (*kurzivom*), volumen (*kurzivom*) i stranice.
Opšti format: Autor, A., Autor, B., i Autor, C. (godina). Naslov članka. *Naziv Časopisa*, xxx, xxx–xxx.
Primer: Kuzmanović, B., Popadić, D., i Havelka, N. (1995). Social changes and changes of values. *Psihologija*, 28, 7–26.
- d) **Saopštenje sa skupa**; sadrži prezime i inicijale (svih) autora, godinu i mesec održavanja skupa u zagradi, naslov izlaganja (*kurzivom*), naziv konferencije i lokaciju.
Opšti format: Autor, A. (godina, mesec). *Naslov saopštenja*. Saopštenje na Naziv konferencije, Lokacija.
Primer: Maksić, S., i Ševkušić, S. (2011, februar). *Problemi identifikacije kreativnosti učenika u školi*. Saopštenje sa XVII naučnog skupa Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd.

- e) **Web dokument**; sadrži prezime i inicijale (svih) autora, godinu, naziv dokumenta (*kurzivom*) i Internet adresu sajta.

Opšti format: Autor, A., Autor, B., i Autor, C. (godina). *Naziv dokumenta*. Preuzeto sa <http://xxxxxxx>.

Primer: Foa, R. (2007). *Socioeconomic development and parenting values*. Preuzeto sa http://www.roberto.foa.name/Parenting_Attitudes_Foa.

- f) **Neobjavljena magistarska ili doktorska teza**; sadrži prezime i inicijal autora, godinu u zagradi, naslov teze, identifikaciju rada kao teze u zagradi, ime institucije i mesto.

Opšti format: Autor, A. (godina). *Naslov magistarske ili doktorske teze* (Neobjavljena magistarska ili doktorska teza). Ime institucije, Mesto.

Primer: Smith, B. (1995). Youth and political participation (Neobjavljena doktorska disertacija). Institute of Psychology, Vienna.

Ukoliko se navodi veći broj radova istog autora, reference se ređaju prema godini objavljivanja, od najstarije prema novijima. Reference jednog autora koje su objavljene u istoj godini treba pisati abecednim redom prema naslovima, npr., (1995a), (1995b).

Navođenje nepublikovanih radova (npr. rukopisa i sl.) nije poželjno. Ukoliko je takvo navođenje baš neophodno, treba navesti što potpunije podatke.

Pozivanje na sekundarnu literaturu ili njeno citiranje (npr., Marsh, 1980, prema: Stevenson, 2005) treba izbegavati.

Prilog

U prilogu treba dati samo one sadržaje koji bi bili korisni čitaocima za razumevanje, evaluiranje ili ponavljanje istraživanja.

Recenziranje i objavljivanje

Sve radove anonimno recenziraju dva kompetentna recenzenta. Na osnovu recenzija redakcija donosi odluku o objavljivanju rada i može doneti jednu od četiri odluke: da rad objavi u formi kakva je priložena, da rad objavi nakon minimalnih izmena od strane autora u skladu sa uputstvima recenzenata, da rad objavi nakon neophodnih ozbiljnijih izmena prerađene od strane autora u skladu sa uputstvima recenzenata, ili da odbije da objavi rad. Redakcija šalje obe recenzije autoru na uvid i uz odgovarajuće obrazloženje obavestava autora o svojoj odluci najduže tri meseca od prijema rada. Ukoliko se autor odluči da koriguje tekst u skladu sa preporukama recenzenata, može ponovo podneti rad za objavljivanje, i tada je dužan da u formi pisma redakciju upozna sa svim izmenama koje je načinio u tekstu (broj stranice na kojoj se nalazi takva izmena). Ukoliko autor smatra da neka od preporuka recenzenata nije opravdana, ili je iz nekog razloga nije moguće ispuniti, potrebno je da o tome napiše detaljno obrazloženje redakciji. Redakcija zadržava pravo da konačnu odluku o objavljivanju donese samostalno.

Kategorija (tip) članka

U skladu sa uputstvima Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, članci koji se objavljuju u časopisu *Psihološka istraživanja* biće razvrstani u neku od sledećih kategorija:

Naučni članci: 1. originalan naučni rad (rad u kojem se iznose prethodno neobjavljeni rezultati sopstvenih istraživanja naučnim metodom); 2. pregledni rad (rad koji sadrži originalan, detaljan i kritički prikaz istraživačkog problema ili područja u kojem je autor ostvario određeni doprinos, vidljiv na osnovu autocitata); 3. kratko ili prethodno saopštenje (originalan naučni rad punog formata, ali manjeg obima ili preliminarnog karaktera); 4. naučna kritika, odnosno polemika (rasprava na određenu naučnu temu, zasnovana isključivo na naučnoj argumentaciji) i osvrti;

Stručni članci: 1. stručni rad (prilog u kojem se nude iskustva korisna za unapređivanje profesionalne prakse, ali koja nisu nužno zasnovana na naučnom metodu); 2. informativni prilog (uvodnik, komentar i sl.); 3. prikaz (knjige, računarskog programa, slučaja, naučnog događaja i sl.).

Autorska prava

Od autora koji nameravaju da publikuju svoje radove u časopisu *Psihološka istraživanja* očekuje se da sami obezbede i poštuju autorska prava drugih (npr., za korišćene instrumente, softvere i sl.), kao i prava i dostojanstvo ostalih učesnika u istraživačkom procesu, u skladu sa osnovnim etičkim normama objavljivanja.

Po prihvatanju rada za objavljivanje, autori potpisuju Izjavu autora kojom potvrđuju da je reč o originalnom radu i da su poštovani svi naučni i izdavački standardi.

Autori zadržavaju autorska prava nad objavljenim člancima, a izdavaču daju neekskluzivno pravo da članak objavi, da u slučaju daljeg korišćenja članka bude naveden kao njegov prvi izdavač, kao i da distribuira članak u svim oblicima i medijima. Objavljeni članci distribuiraju se u skladu sa licencom Creative Commons Autorstvo – Deliti pod istim uslovima 4.0 International (CC BY-SA) . Dopušteno je da se delo kopira i distribuira u svim medijima i formatima, da se prerađuje, menja i nadograđuje u bilo koje svrhe, uključujući i komercijalne, pod uslovom da se na pravilan način citiraju njegovi prvobitni autori, postavi link ka originalnoj licenci, naznači da li je delo izmenjeno i da se novo delo objavi pod istom licencom kao i originalno. Autorima je dozvoljeno da objavljenu verziju rada deponuju u institucionalni ili tematski repozitorijum ili da je objave na ličnim veb stranicama (uključujući i profile na društvenim mrežama, kao što su ResearchGate, Academia.edu, itd.), na sajtu institucije u kojoj su zaposleni, u bilo koje vreme nakon objavljivanja u časopisu, uz adekvatno referisanje.

Redakciji časopisa *Psihološka istraživanja*

IZJAVA AUTORA

1. Ček lista za autore

(potpisuje se prilikom prvog slanja teksta u redakciju)

Ovim putem izjavljujem:

- da rad koji sam podneo/la za objavljivanje Redakciji časopisa *Psihološka istraživanja* pod naslovom (NAVISTI RADNI NASLOV TEKSTA) nije prethodno objavljen i nije istovremeno u razmatranju za objavljivanje u nekoj drugoj publikaciji;
- da su svi ko-autori (ukoliko rad ima više od jednog autora) odobrili poslatu verziju rukopisa i da su saglasni sa slanjem teksta za časopis *Psihološka istraživanja*;
- da je, ukoliko je rad zasnovan na saopštenju sa skupa objavljenom u celosti, na to adekvatno upućeno (u fusnoti vezanoj za naslov rada);

- da je, ukoliko je korišćen isti uzorak ili korpus podataka za potrebe nekog drugog rada ili izlaganja na skupu, na to adekvatno upućeno u fusnoti na prvoj strani ili u metodološkom delu rada, pri opisu uzorka;
- da je rad nastao u skladu s postojećim etičkim standardima;
- da su poštovana autorska prava drugih autora;
- da za korišćene instrumente i softvere barem jedan od autora ima dozvolu za korišćenje koju može dostaviti ukoliko to Redakcija časopisa zahteva;

IME I PREZIME PRVOG AUTORA/AUTORKE:

2. Izjava o autorskim pravima

(potpisuje se pošto je tekst prihvaćen za objavljivanje)

Ovim putem izjavljujem:

- da sam saglasan/na da Redakcija časopisa *Psihološka istraživanja* može publikovati tekst naknadno dalje distribuirati na nekomercijalnoj osnovi (npr. *open source* baze, Internet strana časopisa i slično);
- da sam informisan/na da, uz obavezno referisanje gde je tekst prvobitno objavljen, imam prava da publikovani tekst naknadno koristim u skladu sa licencom Creative Commons Autorstvo – Deliti pod istim uslovima 4.0 International (CC BY-SA) (npr. postavljanje na akademske mreže, poput ResearchGate, Academia.edu i slično);
- da sam informisan/na da tekst prvobitno publikovan u časopisu *Psihološka istraživanja* ne može naknadno biti ponovo publikovan u nekom drugom časopisu, tematskom zborniku ili monografiji bez dozvole izdavača.

IME I PREZIME PRVOG AUTORA/AUTORKE:

IME I PREZIME DRUGOG AUTORA/AUTORKE:

IME I PREZIME TREĆEG AUTORA/AUTORKE:

(dodati još autora ukoliko je potrebno)

DATUM:

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The journal *Psihološka istraživanja* publishes theoretical papers, review papers, original research papers, professional papers and book reviews from all fields of psychology, not previously published elsewhere and not already under concurrent consideration for publication in another journal. An important criterion in the selection of papers is social relevance of the analysed topic (see the *Publication Policy* section). Manuscripts should comply with the standards of the journal *Psihološka istraživanja*, i.e. with APA (American Psychological Association) Publication Manual, 6th edition (<http://www.apastyle.org/>). Manuscripts should be submitted via e-mail to: ps.istrzivanja@gmail.com, accompanied by the signed *Author's Statement* provided at the end of this document.

The papers that are not adequately prepared will not be reviewed.

Papers are invited from authors throughout the world.

The manuscript should conform to the following preparation guidelines:

Length

Papers should be written in the text processor Microsoft Word, page format A4, in Times New Roman font (12 pt), in Latin alphabet, 1.5 line spacing. All pages must be numbered. Contributions should not exceed the length of one author's sheet (30.000 characters with spaces or 20 pages without references and appendices). Exception is made for review papers that may not exceed 50.000 characters with spaces, and book reviews that may not exceed 5.000 characters with spaces. The Editorial Board retains discretion to publish papers beyond this length in cases when clarity of scientific content presentation requires greater length, that is, space. Papers should be proof read.

Language

The journal publishes papers in Serbian and English.

Title

Paper title should be as concise as possible. Author's full name and affiliation should follow the title. The footnote containing the e-mail address of the author (one of the authors) should be inserted after the full name of the first author.

Summary

Summary ranging between 150 and 250 words should be submitted at the beginning of the paper. It must include research goal, method, results and conclusion. Up to five key words must be supplied at the end of the summary. As a rule, summary must not contain references. Regardless of the language in which the paper is written, the summary and key words should be submitted in both Serbian and English.

Key words

Up to five key words should be given at the end of the summary. When choosing key words, it is recommended to select those concepts that are often used in journal searches.

Tables, figures and pictures

Tables and figures should be made in the MS Word or MS Word compatible format. Same data should not be presented both in tables and figures. Each table, figure or picture should be numbered, with a self-explanatory title. In case of tables, the first line should contain the table number, written in the normal font and without the full stop after the number, while the second line should state the title of the table in italic, as in the example given below. Unnecessary lines and shading should be avoided.

Table 1

Sample structure by sex and age in three surveys

Characteristics	Year of the survey			Total (N = 3700)
	1996 (n = 1280)	2001 (n = 1200)	2006 (n = 1220)	
Sex				
Male	49.2%	47.8%	50.7%	49.2%
Female	50.8%	52.2%	49.3%	50.8%
Age				
15–29 years old	20.8%	19.0%	25.5%	21.8%
30–49 years old	38.5%	38.5%	41.4%	39.4%
50 years and older	40.7%	42.5%	33.1%	38.8%

In case of visual materials (e.g. figures, graphs), the number of the figure/graph should first be given in italic, and, in the same line, the title of the figure/graph and its short description are given in normal font (see the example of the graph below). These elements should be provided below the respective graph/figure. A reference to each table, figure or picture should be made in the text.

Graph 1. Changes in the valuing of autonomy. The graph shows the increasing valuing of autonomy in each age cohort with time.

Statistics

The denomination of the used statistical tests should be given in italics (e.g. *F*, *t*, *p*), except in cases when the Greek alphabet symbols are used (e.g. χ^2 , α). The results of statistical tests should be provided in the following form: $F(1,8) = 19.53$; $p < .01$ and similar for other tests, e.g. $\chi^2(3) = 3.55$, $p < .01$ or $t(253) = 2.06$, $p < .05$. Lower number of conventional *p* levels should be stated (e.g.: .05, .01, .001).

Quotations

Any quotation, regardless of its length, should be accompanied by reference and page number. For any quotation over 350 characters, authors must obtain a written permission by copyrights owner that needs to be enclosed.

Footnotes and abbreviations

Footnotes should be avoided. Abbreviations should be avoided as well, except the fairly usual ones. The abbreviations used in tables and pictures should be explained.

In-text reference citations

In papers in Serbian, foreign authors' names are cited in Serbian transcription, with surnames written phonetically, thereafter surname is quoted in parentheses in its original spelling, together with the year of publication, for example: Pijaže (Piaget, 1951). Multiple citations should be given alphabetically, not chronologically (e.g., Lazić, 1994; Pantić, 1990). If a paper has two authors, both names are cited in the text (e.g., Kuzmanović & Petrović, 2007). In the case of reference to more than two authors, when first mentioned, the surnames of all of the authors are cited in the text, while the surname of the first author and the abbreviation "i sar." (if the paper is written in Serbian, e.g., Joksimović i sar., 2007) or "et al." (if the paper is written in English, e.g. Millner et al., 2005) are used in subsequent citations. In papers in English, in-text references are cited complying with the APA (American Psychological Association) Publication Manual, 6th edition (<http://www.apastyle.org/>).

References

References should conform to APA instructions, 6th edition (<http://www.apastyle.org/>), and should be listed at the end of the paper, in the section entitled "References". The list should include only the references mentioned in the text, ordered alphabetically by the authors' surnames. References not mentioned in the text should not be listed. If the paper is written in English, the translation of the Serbian titles of books, journal articles etc. should be given in parentheses. The basic reference formats are listed in the following way:

- a) **Book**; should contain surname and initials of (each) author, year of publication, book title (*in italic*), place of publication and a publisher.
General form: Author, A., Author, B., & Author, C. (year). *Title of work*. Location: Publisher.
Example: Green, D., Palmquist, B., & Schickler, E. (2002). *Partisan hearts and minds: Political parties and the social identities of voters*. New Haven: Yale University Press.
- b) **Chapter from a book or an edited book**; should contain surname and initials of (each) author, year of publication, chapter title, name initial and surname of the editor, book title (*in italic*), chapter pages in parentheses, place of publication and a publisher.
General form: Author, A., Author, B., & Author, C. (year). Title of chapter. In A. Editor, B. Editor, & C. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx—xxx). Location: Publisher.
Example: Popkin, S., & Dimock, M. (1999). Political knowledge and citizen competence. In S. Elkin & K. Soltan (Eds.), *Citizen competence and democratic institutions* (pp. 117–146). University Park: Pennsylvania State University Press.
- c) **Article from a journal**; should contain surname and initials of (each) author, year of publication in parentheses, title of the article, journal title in full (*in italic*), volume (*in italic*) and pages.
General form: Author, A., Author, B., & Author, C. (year). Title of article. *Title of Journal*, xx, pp—pp.
Example: Kuzmanović, B., Popadić, D. & Havelka, N. (1995). Social changes and changes of values. *Psihologija*, 28, 7–26.

- d) **Conference paper**; should contain surname and initials of (each) presenter, year and month of the meeting or symposia in parentheses, title of the presentation (*in italic*), conference name and location.
 General form: Presenter, A. (Year, Month). *Title of paper*. Paper presented at the Name of the Conference, Location.
 Example: Maksić, S., & Ševkušić, S. (2011, February). *Problemi identifikacije kreativnosti učenika u školi*. Paper presented at the Seventeenth International Symposium Empirical Research in Psychology, Belgrade.
- e) **Web document**; should contain surname and initials of (each) author, year, document title (*in italic*) and Internet site address.
 General form: Author, A., Author, B., & Author, C. (year). *Title of document*. Retrieved from <http://xxxxxxx>.
 Example: Foa, R. (2007). *Socioeconomic development and parenting values*. Retrieved from http://www.roberto.foa.name/Parenting_Attitudes_Foa.
- f) **Unpublished Master's or PhD thesis**; should contain surname and initials of the author, year in parentheses, title of the thesis, identification of the work as a thesis in parenthesis, name of the institution and location.
 General form: Author, A. A. (year). *Title of doctoral dissertation or master's thesis* (Unpublished doctoral dissertation or master's thesis). Name of Institution, Location.
 Example: Smith, B. (1995). Youth and political participation (Unpublished doctoral dissertation). Institute of Psychology, Vienna.

Multiple citations of one author are given chronologically according to the year of reference publication, from the oldest towards the new ones. Multiple reference citations of a single author from the same year should be labelled alphabetically according to titles, e.g. (1995a), (1995b).

It is undesirable to cite non-published works (e.g., manuscripts et al.). If such citations are necessary, data should be given in as full as possible.

References to secondary literature or its citation (e.g., Marsh, 1980, quoted in Stevenson, 2005) should be avoided as much as possible.

Appendix

Appendix should include only descriptions of material that may be useful for readers to understand, evaluate or repeat the research.

Reviewing and publishing

All papers are reviewed anonymously by two competent reviewers. On the basis of reviews, the Editorial Board make one of the following decisions: to accept the paper for publication without changes, to accept the paper after minor revisions, to accept the paper after substantial revisions or to reject the paper. The Editorial Board send both reviews to the authors and inform the contributing author about the final decision within the period of three months from paper reception. If the author resubmits the revised paper for publishing, it is obligatory to enclose a letter informing the Editorial Board about the corrections made in the text (along with page numbers where the revisions were made), in keeping with reviewers' recommendations. If the authors think that some of the reviewers' comments are not justified, or if they are impossible to meet, they must enclose a detailed elaboration and send it to the Editorial Board. The Editorial Board have the right to decide on the manuscript status independently.

Article category (type)

Complying with the instruction of the Ministry of Science and Technological Development, the articles published in the journal *Psihološka istraživanja* will be categorised in one of the following categories:

Scientific articles: 1. original research paper (a paper presenting previously unpublished data of one's own research by means of a scientific method); 2. review paper (a paper containing an original, detailed and critical presentation of the research problem or the field in which the author has made a certain contribution, evident on the basis of self-citations); 3. brief or preliminary communication (an original research paper of full format, but of smaller volume or of preliminary character); 4. scientific criticism, i.e. polemics (a discussion about a certain topic, based exclusively on scientific argumentation) and comments;

Professional articles: 1. professional paper (a contribution offering the experience useful for improvement of professional practice, but not necessarily based on a scientific method); 2. informative contribution (an editorial, commentary et al.); 3. review (of a book, computer programme, case, scientific event et al.).

Copyright

Authors who intend to publish papers in the journal *Psihološka istraživanja* are expected to obtain and respect the copyright of others (e.g., for the used instruments, software etc.), as well as the dignity of research participants, complying with basic ethical guidelines of publishing.

After the manuscript has been accepted for publication, authors are obliged to sign the Authors' Statement confirming that the submitted manuscript is original and that all scientific and publishing standards have been followed.

Authors retain copyright of the published papers and grant to the publisher the non-exclusive right to publish the article, to be cited as its original publisher in case of re-use, and to distribute it in all forms and media. The published articles will be distributed under the Creative Commons Attribution ShareAlike 4.0 International license (CC BY-SA). It is allowed to copy and redistribute the material in any medium or format, and remix, transform, and build upon it for any purpose, even commercially, as long as appropriate credit is given to the original author(s), a link to the license is provided, it is indicated if changes were made and the new work is distributed under the same license as the original. Authors are permitted to deposit author's publisher's version (PDF) of their work in an institutional repository, subject-based repository, author's personal website (including social networking sites, such as ResearchGate, Academia.edu, etc.), and/or departmental website at any time after publication, with an acknowledgement of its initial publication in this journal.

To the Editorial Board of the *Psihološka istraživanja* journal

AUTHOR'S STATEMENT

1. Checklist for the author(s)

(to be signed alongside with the manuscript submission)

I declare that:

- the manuscript that has been submitted to the Editorial Board for publishing in *Psihološka istraživanja* entitled (ENTER THE PRELIMINARY TITLE OF THE

PAPER) has not been previously published and simultaneously submitted for publishing elsewhere;

- all co-authors (if the paper is authored by two or more people) have approved of the submitted version of the paper and have agreed to submit it to the journal *Psihološka istraživanja*;
- if the paper is based on the published conference proceeding article, this has been adequately referenced in the text (a footnote attached to paper's title);
- if the same sample or corpus of data has been used previously for the purposes of another paper or conference presentation, this has been adequately referenced in a footnote attached to paper's title or in the methodology part of the paper, when the sample is described;
- the existing ethical standards have been followed during the creation of the paper;
- the copyrights of other people are granted;
- at least one of the paper's authors have copyrights for the used instruments and software;

NAME AND SURNAME OF THE FIRST AUTHOR:

2. Copyright agreement

(to be signed after the manuscript has been accepted for publication)

I declare that:

- I grant the right to the Editorial Board of the journal *Psihološka istraživanja* to further distribute the published article on non-commercial ground (e.g. open source directories, journal's official web page etc.);
- I have been informed that I have the right to use the published article in line with the Creative Commons Attribution Share Alike 4.0 International license (CC BY-SA) (e.g. uploading it on the academic social networks such as ResearchGate, Academia.edu etc.);
- I have been informed that my article published in the journal *Psihološka istraživanja* cannot afterwards be re-printed in some other journal, handbook or book, without the Publisher's permission.

NAME AND SURNAME OF THE FIRST AUTHOR:

NAME AND SURNAME OF THE SECOND AUTHOR:

NAME AND SURNAME OF THE THIRD AUTHOR:

(add additional names and surnames, if necessary)

DATE:

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.9

PSIHOLOŠKA istraživanja / glavni i
odgovorni urednik Darinka Anđelković. – 1976–
. – Beograd : Institut za psihologiju Filozofskog
fakulteta, 1976– (Beograd : Službeni glasnik). –
24 cm

Dva puta godišnje. – Tekst na srp. i eng. jeziku.

ISSN 0352-7379 = Psihološka istraživanja

COBISS.SR-ID 16308994



institut za psihologiju

ISSN 0352-7379



0352-7379