

# Neki prediktori depresivnosti i zadovoljstva životom kod slijepih i slabovidnih osoba

---

Ivančić, Helena

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:602852>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**NEKI PREDIKTORI DEPRESIVNOSTI I ZADOVOLJSTVA  
ŽIVOTOM KOD SLIJEPIH I SLABOVIDNIH OSOBA**

Diplomski rad

Helena Ivančić

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2015.

## Sadržaj

|  |           |
|--|-----------|
| <b>UVOD .....</b>                                    | <b>1</b>  |
| PRILAGODBA OSOBA S OŠTEĆENJEM VIDA.....              | 2         |
| <i>Socio-demografske varijable i prilagodba.....</i> | 3         |
| <i>Optimizam/pesimizam i prilagodba.....</i>         | 4         |
| <i>Samopoštovanje i prilagodba.....</i>              | 5         |
| <i>Socijalna podrška i prilagodba.....</i>           | 6         |
| <b>CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....</b>   | <b>7</b>  |
| CILJ ISTRAŽIVANJA .....                              | 7         |
| PROBLEMI.....  | 7         |
| HIPOTEZE.....  | 7         |
| <b>METODA.....</b>                                   | <b>8</b>  |
| SUDIONICI.....                                       | 8         |
| POSTUPAK PRIKUPLJANJA PODATAKA.....                  | 10        |
| MJERNI INSTRUMENTI.....                              | 8         |
| <i>Upitnik o socio-demografskim podacima.....</i>    | 8         |
| <i>Ljestvica percepcije socijalne podrške.....</i>   | 8         |
| <i>Skala optimizma-pesimizma.....</i>                | 8         |
| <i>Skala samosviđanja i samokompetentnosti.....</i>  | 9         |
| <i>Upitnik o simptomima depresije.....</i>           | 9         |
| <i>Skala zadovoljstva životom.....</i>               | 9         |
| <b>REZULTATI .....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>RASPRAVA.....</b>                                 | <b>19</b> |
| KRITIČKI OSVRT NA ISTRAŽIVANJE .....                 | 28        |
| <b>ZAKLJUČAK.....</b>                                | <b>29</b> |
| <b>LITERATURA .....</b>                              | <b>30</b> |

## **Neki prediktori depresivnosti i zadovoljstva životom kod slijepih i slabovidnih osoba**

### Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos socio-demografskih karakteristika, optimizma i pesimizma, samopoštovanja i socijalne podrške s depresivnošću i zadovoljstvom životom kod slijepih i slabovidnih osoba. Istraživanje je provedeno na uzorku od 94 osobe oštećena vida. U istraživanju su korišteni: Opći upitnik o socio-demografskim varijablama, Ljestvica procjene socijalne podrške (SS-A; Vaux i sur., 1986; prema Hudek–Knežević, 1994), Skala optimizma-pesimizma (O-P skala, Penezić, 2002) Skala samosviđanja i samokompetentnosti (SLCS-R; Tafarodi i Swann, 1995), Upitnik o simptomima depresije (IDS-SR; Rush, Carmody i Reimitz, 2000) i Skala zadovoljstva životom (Penezić, 2002). Rezultati ukazuju na značajnu negativnu povezanost depresivnosti sa stupnjem obrazovanja, optimizmom, samosviđanjem, samokompetentnošću, podrškom prijatelja, obitelji i suradnika te na značajnu pozitivnu povezanost depresivnosti sa komorbiditetom oštećenja vida s drugim bolestima te sa pesimizmom. Nadalje, podaci pokazuju da je zadovoljstvo životom značajno pozitivno povezano sa stupnjem obrazovanja, socio-ekonomskim statusom, optimizmom, samosviđanjem, samokompetentnošću i sva tri izvora podrške, dok je značajno negativno povezano s pesimizmom i depresijom. Na temelju provedene hijerarhijske regresijske analize može se zaključiti da se pomoću sociodemografskih i osobnih varijabli može predvidjeti stupanj depresivnosti, dok suprotno očekivanjima, socijalna podrška ne doprinosi dodatno objašnjenju njezine varijance. S druge strane, osobne i socijalne varijable pokazale su se značajnim prediktorima zadovoljstva životom.

**Ključne riječi:** depresivnost, zadovoljstvo životom, slijepe i slabovidne osobe

## **Some predictors of depression and life satisfaction among blind and visually impaired**

### Abstract

The aim of this study was to examine the relationship of sociodemographic characteristics, optimism, pessimism, self-esteem, social support with depression and life satisfaction. 94 blind and visually impaired people participated in this study. Instruments that were used are: General questionnaire about sociodemographic characteristics, Social Support Appraisals Scale (SS-A; Vaux et al., 1986; prema Hudek–Knežević, 1994), O-P Scale (Penezić, 2002), Self-liking/Self-competence Scale, (SLCS-R; Tafarodi and Swann, 1995), Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR; Rush, Carmody i Reimitz, 2000) and Life Satisfaction Scale (Penezić, 2002). The data show a significant negative correlation between depression and level of education, optimism, self-liking, self-competence, support received from friends, family and co-workers, and a significant positive correlation between depression and comorbidity with other diseases and pessimism. Furthermore, the results show that life satisfaction is significantly positively correlated with the level of education, socio-economic status, optimism, self-liking, self-competence and all three sources of support, while significantly negatively associated with pessimism and depression. Based on the hierarchical regression analysis, it can be concluded that using socio-demographic and personal variables we can predict the level of depression, while, contrary to expectations, social support does not contribute to further explanation of its variance. On the other hand, personal and social variables proved to be significant predictors of life satisfaction.

**Keywords:** depression, life satisfaction, blind and visually impaired

## Uvod

Određene anatomske-fiziološke promjene u vidnom sustavu uvjetuju djelomičan ili potpun gubitak vida. Posljedice toga su više ili manje izražene promjene psihološkog i socijalnog funkcioniranja osobe. Gubitak vida postaje hendikep tek na temelju procjene društva i okoline. Sljepoća je najteži oblik oštećenja vida, koji postaje hendikep upravo zbog razloga što slijepi osobe u određenom trenutku ne udovoljavaju zahtjevima sredine u kojoj žive. Poznati ruski psiholog Vigotski, za društveno neuklapanje slijepih osoba izrekao je slijedeće: "Sljepoća kao psihološka realnost uopće nije nesreća, ali će to postati kao socijalna realnost." (Vigotski, 1987; prema Stančić, 1991, str. 1).

Slabovidnost ili ambliopija manifestira se kao oslabljeni ili zamućeni vid u oku. Najčešće se pojavljuje kod djece u ranom djetinjstvu prilikom razvijanja makula, najoštrije točke vida. Pojaviti se može zajedno sa strabizmom, astigmatizmom i sličnim refrakcijskim pogreškama (Leutar, Štambuk i Rusac 2007).

Slijepom osobom smatra se ona osoba koja na boljem oku s korekcijom ima oštrinu vida manju od 10% i osoba s centralnim vidom na boljem oku s korekcijom do 25%, ali vidno polje suženo na 20 stupnjeva i manje. Slabovidnima se smatraju osobe koje na boljem oku s korekcijom imaju ostatak vida manji od 40%. Iznimno slabovidnima se mogu smatrati i one osobe koje imaju očuvan vid i preko 40%, ali samo u slučaju ako priroda njihova oboljenja vodi k daljem negativnom ishodu (Leutar, Štambuk i Rusac, 2007).

Zbog specifičnosti vidnog deficita, slijepi i slabovidne osobe suočavaju se sa brojnim poteškoćama u svakodnevnom životu. Poteškoće s razvojem komunikacije, osobito njenih neverbalnih oblika, poteškoće u samostalnom kretanju bez pomoći videće osobe ili psa vodiča, učenje točkastog Brajevog pisma za slijepi, školovanje i teškoće s pismenim ispitivanjem, zapošljavanje i osnivanje obitelji samo su neke od njih. Mnoge osobe imaju negativne stavove o osobama s tjelesnim oštećenjima, budući da se, ponajprije, takva oštećenja poistovjećuju s različitim vrstama disfunkcioniranja, nesposobnosti, odnosno nemogućnosti samostalnog obavljanja određenog posla, vođenja brige o sebi i drugima. Sve navedeno utječe na prilagodbu slijepih i slabovidnih osoba koja je nužna za sretan i kvalitetan život. Iz tog razloga, šira zajednica mora puno raditi na donošenju odluka koje će dovesti slijepi i slabovidne osobe u ravnopravan položaj s osobama koje vide, kako bi bile u stanju, bez obzira na svoj nedostatak, u potpunosti udovoljiti zahtjevima koje pred njih stavlja okolina (Hrvatski savez slijepih, 2010).

## **Prilagodba osoba s oštećenjem vida**

Odnos liječnika prema slijepoj osobi važan je faktor prilagodbe slijepih i slabovidnih osoba. Ukoliko je liječnik ljubazan, ukoliko sa medicinskog stajališta objasni osobi oštećenje vida koje osoba ima, educira ju o mogućim poteškoćama koje proizlaze iz vidnog deficita, slijepa osoba osjećat će se sigurnije i samopouzdanije, budući da ima saznanja kako se ponašati i što može očekivati od sebe i okoline. U prilagodbi slijepih osoba važnu ulogu ima psiholog koji pomaže osobi prilikom integracije u društvo, pomažući joj formirati pozitivan stav prema svom oštećenju kao i uvidjeti koje sposobnosti posjeduje. Grupe podrške slijepima, a posebno kasnije oslijepjelim osobama, od velike su važnosti za integraciju u zajednicu, ali i razvoj novih načina komuniciranja s drugim ljudima. Grupe bi trebale biti sastavljene od socijalnog radnika, zdravstvenog i prosvjetnog radnika, te jedne slijepe osobe. Uz potrebnu edukaciju takve grupe pružale bi pomoć u novonastaloj situaciji u kojoj se našla osoba koja je izgubila vid (Stančić, Tonković i Zovko, 1979).

U fokusu ovog rada dva su indikatora prilagodbe slijepih i slabovidnih osoba. S jedne strane to je depresija kao negativan, a s druge zadovoljstvo životom kao pozitivan indikator prilagodbe. Odrasle osobe oštećena vida mogu se suočiti s gubicima i ograničenjima jednako uspješno kao i osobe zdravog vida. No, pred slijepe i slabovidne osobe postavlja se specifičan izazov prilagodbe na oštećenje. Stoga su osobe s vidnim deficitom pod povećanim rizikom za pojavu depresivne simptomatologije (O'Donnell, 2005). Osim što osobe koje boluju od raznih kroničnih bolesti, kao što su kardiovaskularne bolesti ili karcinom, izvješćuju o povišenoj razini depresije, isto je utvrđeno i u populaciji slijepih i slabovidnih osoba (Hayman i sur., 2007). Depresija je najčešći psihijatrijski problem s kojima se susreću odrasli, a povezana je s umanjenim funkcioniranjem, bračnim problemima, nezaposlenošću, zloupotrebom opojnih substanci, kao i s povećanom stopom samoubojstva (Stice, Ragan i Randall, 2004). Rezultati istraživanja Hayman i sur. (2007) koje je provedeno na odraslim slijepim osobama, pokazuju da 30% njih izvještava o depresivnim simptomima. Empirijski podaci pokazuju viši stupanj depresije kod odraslih osoba oštećena vida u odnosu na njihove vršnjake kojima vid nije oštećen (O'Donnell, 2005). U svojoj studiji Brody i sur. (2001; prema O'Donnell, 2005) ističu prevalenciju depresije na populaciji odraslih slijepih osoba od 33%, koja se pokazala dvostruko većom u odnosu na opću populaciju odraslih osoba. Simptomi depresije uglavnom se najviše uočavaju u početnim fazama nakon gubitka vida (Hayman i sur., 2007). O'Donnell (2005) naglašava kako inicijalno iskustvo gubitka vida može biti okidač za razvoj depresije pojedinaca. Ip i sur. (2000; prema Hayman i sur., 2007) naglašavaju da se stupanj depresije smanjuje nakon

što se osoba prilagodi na novonastalu situaciju. Loše raspoloženje i depresija javljaju se kada invalidnost postaje veća od očekivane za osobe s vidnim deficitom.

Osim depresije i zadovoljstvo životom, kako u općoj populaciji tako i kod osoba s oštećenjima vida, povezano je s psihičkim zdravljem. Ono predstavlja kognitivnu evaluaciju cjelokupnog života, odnosno odnosi se na procjenu života osobe ili na usporedbu koja odražava percipirani nesklad između postignuća i težnji osobe (Penezić, 2002). Penezić (2002) napominje da je zadovoljstvo životom kognitivna evaluacija kojom svaki pojedinac procjenjuje svoj život. Branch i sur. (1989, prema Werner Wahl, Schilling, Oswald i Heyl, 1999) svojim istraživanjem utvrđuju da postojanje vizualnog oštećenja vodi smanjenju zadovoljstva životom pet godina nakon gubitka vida. S druge strane, empirijski podaci ukazuju na to da objektivan stupanj oštećenja ne utječe na zadovoljstvo životom slijepih i slabovidnih osoba (Werner Wahl i sur, 1999). Heyl i Wahl (2001; prema O'Donnell, 2005) ne pronalaze statistički značajnu razliku u zadovoljstvu životom starijih osoba koje vide i onih koje imaju određeno oštećenje vida. Osobe koje su izgubile vid u ranom djetinjstvu postižu više rezultate na mjerama svakodnevnog funkcioniranja te izvještavaju o većem zadovoljstvu životom u odnosu na kasnije oslijepljele osobe (Werner Wahl i sur., 1999).

Provedeno je nekoliko istraživanja koja ispituju odnos dva indikatora prilagodbe, depresivnosti i zadovoljstva životom. Većina njih pokazuje konzistentne rezultate koji pokazuju da je zadovoljstvo životom odraslih osoba negativno povezano s depresijom, pri čemu osobe koje su zadovoljnije svojim životom rjeđe pokazuju depresivnu simptomatologiju, odnosno osobe koje pokazuju viši stupanj depresije izjavljuju kako su u manjoj mjeri zadovoljne svojim životom (Argyle, 1997).

**Socio-demografske varijable i prilagodba.** Najveći utjecaj na tijek prilagodbe i integracije u društvo svakako ima dob u kojoj dolazi do sljepoće, s time da je teža prilagodba osobama koje izgube vid kasnije tijekom života. Zbog traume koja nastaje gubitkom vida slijepi teško prihvaćaju novonastalu realnost. Kod njih se javlja nostalgija, pasivnost i ovisnost. Stanje šoka se manifestira depersonalizacijom praćenom depresijom, a ona obično traje nekoliko dana ili tjedana (Tonković, 2003). Pojedinci koji su u ranijoj fazi života postali slijepi u pravilu su postali svjesni da slijepi čovjek može biti nezavisan i koristan član obitelji. Oni su učvrstili stavove o sljepoći i razvili nevizualne tehnike funkcioniranja. Sa svime ovime tek se susreću oni koji su doživjeli gubitak vida u starosti (Šućur, 1999).

Što se tiče dobi osobe, podaci iz literature pokazuju da se stopa depresije kontinuirano povećava s dobi osobe, bez obzira na njezin spol (Miech i Shanahan, 2000). Istraživanja

pokazuju da odrasle osobe s višim stupnjem obrazovanja izvješćuju o nižoj stopi depresije u odnosu na one s nižim stupnjem obrazovanja (Miech i Shanahan, 2000). Nezaposlenost, niži ekonomski status, manji prihodi, razvod i smrt partnera također su se pokazali snažnim prediktorima depresije u odraslih osoba (Miech i Shanahan, 2000). Osim navedenog, istraživanja pokazuju da zadovoljstvo životom pozitivno korelira s dobi, što znači da su osobe zadovoljnije životom što su starije (Mirčeta, 2008). Zaposlene osobe s oštećenjem vida izjavljuju o većem zadovoljstvu životom u odnosu na nezaposlene osobe s istim deficitom (Cimarolli i Wang, 2006). Također, empirijski podaci pokazuju da je bračno stanje snažan prediktor zadovoljstva životom (Argyle, 1997), pri čemu pojedinci koji su u braku ili oni koji žive zajedno u nekom obliku partnerske veze su zadovoljniji od pojedinaca koji žive sami ili nisu u braku te koji su rastavljeni ili su udovci (Penezić, 2005).

**Optimizam/pesimizam i prilagodba.** Generalizirana očekivanja pozitivnih i negativnih ishoda budućih situacija, odnosno dispozicijski optimizam i pesimizam, relativno su stabilne karakteristike ličnosti. Optimizam se definira kao relativno stabilna opća tendencija vjerovanja u pozitivne ishode aktivnosti. Autori glavnim pokretačem cilju usmjerenog ponašanja navode misli o vlastitim sposobnostima (Carver i Scheier, 1999). Bromberger i Matthews (1996) ističu kako je optimizam zaštitni faktor koji pojedinca tijekom srednje odrasle dobi štiti od pojave depresivnih simptoma. S druge strane, pesimizam predstavlja sklonost da se u svijetu i životu vidi i očekuje samo ono što je nepovoljno, neugodno, loše, zlo, da se stvari i pojave promatraju s njihove loše strane (Carver i Scheier, 1999). Plomin i sur. (1992) ističu kako optimizam i pesimizam samostalno utječu na predviđanje depresije odraslih osoba. Optimizam štiti osobu od razvoja depresivnih simptoma te doprinosi ishodima za koje je bitna njegova motivacijska snaga, kao što je primjerice nošenje s gubitkom vida. Naime, optimizam je povezan s primjenom učinkovitih strategija suočavanja, dok je pesimizam povezan s primjenom neučinkovitih strategija (Carver i Scheier, 1999). U stresnim situacijama, optimistične slijepe i slabovidne osobe prihvaćaju svoj vidni deficit i aktivno se suočavaju s njime, dok su pesimistične osobe oštećena vida više usmjerene na emocije, te su sklone negiranju, a kasnije i odustajanju (Carver i Scheier, 1999). Pesimistične osobe mogu svoj vidni nedostatak gledati kao nešto negativno što im otežava život, pri čemu se može javiti osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti koji pogoduje razvoju depresije. S druge strane, optimistične osobe oštećena vida nastoje izvući pozitivne zaključke o sljepoći te aktivno traže načine kako živjeti s njom. Empirijski podaci pokazuju kako osim depresivne simptomatologije, optimizam i pesimizam predviđaju i zadovoljstvo životom odraslih osoba (Carver i Scheier, 1999). Tendencija



procijene života na pozitivan način vodi životu punom uživanja i interpretaciji iskustva kao sretnih i ispunjujućih, čime se doprinosi većem zadovoljstvu životom.

**Samopoštovanje i prilagodba.** Samopoštovanje se definira kao svijest o vlastitoj vrijednosti, odnosno kao stav koji ljudi imaju o samom sebi, a koji ima evaluativnu funkciju. Taj stav iskazuje stupanj uvjerenja u vlastite sposobnosti, vrijednosti, uspješnost (Coopersmith, 1967). U skladu s tim, pojedinac visokog samopoštovanja sebe cijeni, uvažava, smatra sebe vrijednim te općenito ima pozitivno mišljenje o sebi. S druge strane, pojedinac koji ima nisko samopoštovanje sebe obično ne prihvaća, ima negativno mišljenje o sebi te se često podcjenjuje.

Empirijski podaci pokazuju da su u slijepih osoba izraženi stereotipi koje populacija zdrava vida manifestira prema slijepima, kao što su sažaljenje, mišljenje da su slijepi osuđeni na doživotnu patnju ili podcjenjivanje. Odgovori slijepih osoba na tvrdnju „Slijep čovjek je...“ najčešće uključuju: „jako zabrinut, tužan i žalostan, potišten, nesretan, nezadovoljan, osjetljiv, teret državi, u nezavidnom položaju (Stančić, Tonković i Zovko, 1979). Navedeni primjer dokaz je postojanja stereotipa o slijepim i slabovidnim osobama kao osobama koje treba izolirati ili izbjegavati. Jedno od objašnjenja sniženog samopoštovanja slijepih i slabovidnih osoba očituje se u nedostatnoj obrazovanju i informiranju zajednice u kojoj osobe s vidnim deficitom žive. Nedostatnom edukacijom društvo smanjuje kontakte s osobama s vidnim oštećenjima uskraćujući im na taj način u potpunosti razvijanje kvalitetne komunikacije, ali i formiranje pozitivnog stava o sebi kao osobi, potrebnog za samopouzdanje osobe te njezin kvalitetniji život (Stančić, 1991). Istraživanja (Orth, Robins i Roberts, 2008; Sowislo i Orth, 2013) ističu podatak da osobe oštećena vida s nižim stupnjem samopoštovanja izvješćuju o višem stupnju depresivnosti. Acton (1994) povezuje zadovoljstvo životom sa samopoštovanjem slijepih i slabovidnih osoba. U njegovom istraživanju dobivena je pozitivna veza između ta dva konstrukta, što znači da osobe koje su zadovoljnije svojim životom na skalama koje mjere samopoštovanje pokazuju više rezultate.

Jedan od pristupa koji nastoji objasniti zašto je samopoštovanje važno za psihološku prilagodbu osobe je sociometrijska teorija (Leary i Baumeister, 2000; prema Sowislo i Orth, 2013). Prema ovoj teoriji samopoštovanje služi kao sociometar koji predstavlja subjektivnu mjeru kojom se procjenjuje koliko je neka osoba cijenjena kao član poželjne skupine. Ukoliko osoba procjeni da nije poželjan član skupine, njezino samopoštovanje opada, što pogoduje razvoju depresije. Suprotno, ukoliko osoba procjeni da je cijenjena u društvu, samopoštovanje joj raste te je ona posredno zadovoljnija životom.

**Socijalna podrška i prilagodba.** Socijalna podrška, koja se definira kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se oslanjamo, koje nam daju do znanja da o nama brinu, vole nas i cijene (Monroe, 1983), bitan je čimbenik prilagodbe osobe. U pravilu podrška sadrži dva osnovna međusobno neovisna elementa: percepciju o dovoljnom broju dostupnih osoba na koje se možemo osloniti u slučaju potrebe te stupanj zadovoljstva koji pruža dostupna podrška. U prvim trenucima nakon gubitka vida slijepoj je osobi potrebna tuđa pomoć u zadovoljavanju vlastitih potreba. Ukoliko obitelj, kao i prijatelji i osobe iz zajednice pružaju odgovarajuću pomoć i podršku osobi oštećena vida, ona će se prije pomiriti s realnošću. Ako je okolina osuđujuća i izbjegava slijepu osobu zbog njenog vidnog deficita, slijepa će se osoba teže prilagoditi, odnosno bit će joj potrebno znatno duže vremena da prihvati svoj nedostatak i nastavi živjeti s njim (Stančić, Tonković i Zovko, 1979). Također, kolegijalan odnos među suradnicima čiji član je i osoba oštećena vida, uvelike olakšava njenu prilagodbu. Dosadašnja praksa pokazuje da slijepe i slabovidne osobe kao zaposlenici vrlo uspješno funkcioniraju u sredinama u kojima postoji barem minimum tolerancije i dobrih međuljudskih odnosa. Takva sredina olakšava komunikaciju osobe oštećena vida te na taj način pridonosi njezinom većem zadovoljstvu, kako poslom i kolegama tako i životom općenito (Hrvatski savez slijepih, 2010).

Istraživanja pokazuju da je nedostatak socijalne podrške rizik za pojavu depresije (Monroe, 1983). S druge strane, ovisnost o drugima pojačava osjećaje depresije i stvara konflikt između svjesnog odbijanja pomoći i nesvjesne žudnje za njom. Zdravstveni problemi, poput oštećenja vida, narušavaju kvalitetu i održavanje odnosa s obitelji i prijateljima, dok u isto vrijeme ti odnosi igraju važnu ulogu u suočavanju sa zahtjevima zajednice u kojoj osoba s oštećenjem vida živi. Subjektivna percepcija dostupnosti podrške može smanjiti i spriječiti depresiju i nepotrebne patnje (Stice, Ragan i Randall, 2004). Osim toga, socijalna je podrška direktno povezana i sa zadovoljstvom životom pri čemu osobe s oštećenjima vida s većom socijalnom podrškom izvješćuju o većem zadovoljstvu životom (Cimarolli i Boerner, 2005).

Jedan od modela koji objašnjava djelovanje podrške okoline na prilagodbu pojedinca je model direktnog učinka socijalne podrške prema kojem socijalna podrška djeluje pozitivno na osobu, bez obzira na specifične stresne situacije, pri čemu uključenost u socijalne mreže pruža pojedincu pozitivna iskustva (Cohen i Wills, 1985).

Nakon pregleda teorijskih i empirijskih podataka o utjecaju različitih varijabli na prilagodbu osoba s oštećenjem vida, može se zaključiti kako ne postoji puno istraživanja koja se bave navedenom tematikom. Provedena istraživanja bave se uglavnom samo jednim aspektom prilagodbe koji se dovodi u vezu s manjim brojem varijabli. Kako bi se dobio obuhvatniji uvid u ovo područje potrebno je provesti istraživanje koje će detaljnije ispitati

odnose osobnih i okolinskih varijabli sa depresivnošću i zadovoljstvom životom na uzorku slijepih i slabovidnih osoba.

## **Cilj, problemi i hipoteze istraživanja**

### **Cilj istraživanja**

Ispitati odnos socio-demografskih karakteristika, optimizma i pesimizma, dimenzija samopoštovanja te socijalne podrške s depresivnošću i zadovoljstvom životom kod slijepih i slabovidnih osoba.

### **Problemi**

1. Ispitati povezanost socio-demografskih varijabli (spol, dob, obrazovanje, status veze, socio-ekonomski status, radni status, dob javljanja oštećenja vida, stupanj oštećenja vida, komorbiditet oštećenja vida s drugim bolestima), optimizma/pesimizma, dimenzija samopoštovanja, socijalne podrške s depresivnošću i zadovoljstvom životom slijepih i slabovidnih osoba.
2. Ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri socio-demografske karakteristike, optimizam/pesimizam, dimenzije samopoštovanja i socijalna podrška depresivnost kod slijepih i slabovidnih osoba.
3. Ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri socio-demografske karakteristike, optimizam/pesimizam, dimenzije samopoštovanja i socijalna podrška zadovoljstvo životom kod slijepih i slabovidnih osoba.

### **Hipoteze**

H1a. Depresivnost pozitivno korelira s pesimizmom, a negativno s optimizmom, samosviđanjem, samokompetentnošću te socijalnom podrškom.

H1b. Zadovoljstvo životom pozitivno korelira s dobi, stupnjem obrazovanja, socio-ekonomskim statusom, optimizmom, dimenzijama samopoštovanja, podrškom prijatelja, obitelji i suradnika, dok negativno korelira s pesimizmom.

H2. Nezaposlenost, niži stupanj obrazovanja, niži socioekonomski status, manja socijalna podrška, niže samosviđanje i viši pesimizam predviđaju veću depresivnost.

H3. Viša razina obrazovanja, brak ili drugi oblik partnerskog odnosa, niži stupanj pesimizma, više samosviđanje i jača podrška predviđaju veće zadovoljstvo životom.

## Metoda

### Sudionici

U istraživanju su sudjelovale ukupno 94 odrasle osobe oštećena vida. Sudionici su članovi dviju udruga sa područja Osječko-baranjske županije (N=63) (Športska udruga Svjetlost Osijek i Udruga slijepih Osječko-baranjske županije), Udruge slijepih Međimurske županije (N=10), Udruge slijepih Zagreb (N=15) te korisnici Hrvatske zaklade za školovanje slijepih „Marko Brkić“ (N=6). Od ukupnog broja sudionika, 44 je bilo ženskog, a 50 muškog spola. Raspon dobi sudionika istraživanja bio je od 18 do 80, dok prosječna dob iznosi 46.56 godina.

### Mjerni instrumenti

**Upitnik o socio-demografskim podacima.** Za potrebe istraživanja konstruiran je *Upitnik o socio-demografskim podacima* koji sadržava podatke o spolu, dobi, mjestu stanovanja, obrazovanju, bračnom statusu, socio-ekonomskom statusu, radnom statusu, vjeroispovijesti, dobi javljanja oštećenja vida, stupnju oštećenja vida te postojanju drugih bolesti.

**Ljestvica percepcije socijalne podrške.** Za procjenu stupnja percipirane socijalne podrške koristila se *Ljestvica percepcije socijalne podrške* (Social Support Appraisals Scale – SS-A; Vaux i sur., 1986; prema Hudek – Knežević, 1994). Skala se sastoji od 24 tvrdnje od kojih po osam mjere percepciju podrške prijatelja, suradnika na poslu i obitelji. Procjene se vrše na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 1 - uopće nije točno za mene do 5- potpuno je točno za mene). Rezultat se formira kao jednostavna linearna kombinacija, pri čemu viši rezultat označava viši stupanj percipirane socijalne podrške. Sve navedene skale imaju zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti ( $\alpha=.82$  za percipiranu podršku prijatelja,  $\alpha=.86$  za percipiranu podršku obitelji i  $\alpha=.81$  za percipiranu podršku suradnika na poslu (Hudek– Knežević, 1994). I u ovom istraživanju skale ukazuju na zadovoljavajuće visoke koeficijente pouzdanosti ( $\alpha=.88$  za procijenjenu podršku prijatelja,  $\alpha=.83$  za percipiranu podršku obitelji,  $\alpha=.87$  za subskalu procjene podrške suradnika na poslu, dok pouzdanost cijele skale iznosi  $\alpha=.92$ ).

**Skala optimizma-pesimizma.** Kako bi se ispitala razina optimizma i pesimizma koristila se *Skala optimizma-pesimizma* (O-P skala, Penezić, 2002). Skala je nastala kao rezultat adaptacija i provjera tvrdnji iz LOT (*Life Orientation Test*) Scheiera i Carvera (1985) i OPS (*Optimism-Pessimism Scale*) Dembera i sur. (1989) (Penezić, 2002). Sastoji se od 14 tvrdnji od kojih 6 služi za procjenu optimizma i 8 za procjenu pesimizma. Skala je Likertova tipa s pet

stupnjeva (od 1- uopće se ne odnosi na mene do 5- u potpunosti se odnosi na mene). Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija rezultata na svakoj pojedinoj čestici, i to zasebno za optimizam i zasebno za pesimizam. Skale su pokazale zadovoljavajuće visoke koeficijente pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alpha koeficijent za skalu pesimizma iznosi  $\alpha=.76$ , a skalu optimizma  $\alpha=.81$ ) (Penezić, 2002). U ovom istraživanju Cronbach alpha za obje skale je visok te iznosi  $\alpha=.81$  za skalu pesimizma i  $\alpha=.82$  za skalu optimizma.

**Skala samosviđanja i samokompetentnosti.** Za ispitivanje samopoštovanja koristila se *Skala samosviđanja i samokompetentnosti* (Self-liking/Self-competence Scale, SLCS; Tafarodi i Swann, 1995) koja sadrži 16 čestica od kojih se 8 odnosi na samosviđanje, a 8 na samokompetenciju. Unutar svake subskale 4 su čestice pozitivnog, a četiri negativnog smjera. Zadatak sudionika je odrediti stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom na skali Likertova tipa od 5 stupnjeva (od 1- uopće se ne slažem do 5- u potpunosti se slažem). Zbrajanjem procjena dobivaju se dva rezultata, za samosviđanje, te samokompetenciju, a ukupnim zbrojem rezultata može se odrediti globalno samopoštovanje. Primjer čestice za mjerenje samosviđanja glasi: "Imam negativan stav prema samom/samoj sebi", dok primjer čestice kojom se mjeri samokompetentnost glasi: "Gotovo uvijek sam sposoban/na postići stvari za koje se trudim". Obje subskale imaju zadovoljavajuću unutarnju konzistenciju koja je u istraživanju Tafarodi i Swan (2001), mjerena Cronbachovim alpha koeficijentom, za samosviđanje iznosila  $\alpha=.90$ , a za samokompetentnost  $\alpha=.83$ . U ovom istraživanju pouzdanost subskale samosviđanje iznosi  $\alpha=.82$ , subskale samokompetentnost  $\alpha=.77$ , dok je pouzdanost cijele skale visoka i iznosi  $\alpha=.87$ .

**Upitnik o simptomima depresije.** Za procjenu razine depresije koristio se *Upitnik o simptomima depresije* (IDS-SR; Inventory of Depressive Symptomatology, Rush, Carmody i Reimitz, 2000). Upitnik se sastoji od 30 čestica kojima se procjenjuje ozbiljnost simptoma depresije. Dostupan je u dvije verzije, verziji za kliničare i verziji za samoprocjenu. U ovom se istraživanju koristila verzija za samoprocjenu gdje je zadatak sudionika bio prisjetiti se posljednjih sedam dana te u odnosu na njih odabrati jednu od četiri ponuđene tvrdnje vezane uz simptome depresije. Rezultat se formira kao jednostavna linearna kombinacija, pri čemu se raspon bodova kreće od 0 do 84. Upitnik pokazuje zadovoljavajuću unutarnju konzistenciju ( $\alpha=.94$ ) (Rush, Carmody i Reimitz, 2000). Koeficijent pouzdanosti dobiven u ovom istraživanju je visok te, također, iznosi  $\alpha=.94$ .

**Skala zadovoljstva životom.** Kako bi sudionici procijenili stupanj zadovoljstva životom korištena je *Skala zadovoljstva životom* (Penezić, 2002). Skala se sastoji od 20 čestica.

17 čestica se odnosi na procjene globalnog zadovoljstva, dok 3 čestice služe za procjenu situacijskog zadovoljstva. Primjer čestice koja se odnosi na procjenu globalnog zadovoljstva glasi: „Kada bih ponovno živio/živjela svoj život ne bih mijenjao/la gotovo ništa.“, dok primjer čestice kojom se procjenjuje situacijsko zadovoljstvo glasi: “Posljednjih nekoliko tjedana bio/bila sam zadovoljan/na jer sam nešto postigao/la.“. Sudionici odgovaraju zaokruživanjem odgovarajućeg broja na skali Likertova tipa s pet stupnjeva, a ukupan rezultat se oblikuje kao linearna kombinacija procjena. Pri sumaciji procjena potrebno je dvije čestice obrnuto bodovati. Viši rezultat označava i više zadovoljstvo životom. Uputa upitnika izmijenjena je s obzirom na specifičnosti ispitivane populacije na način da su riječi poput „zaokružite“ promijenjene u „napomenite“. Skala je pokazala jednofaktorsku strukturu s iznimno visokom pouzdanošću ( $\alpha=.93$ ) (Penezić, 2002). U ovom istraživanju dobiveni koeficijent unutarnje konzistencije je visok te iznosi  $\alpha=.95$ .

## **Postupak**

Ispitivanje je provedeno individualno. Na početku ispitivanja svim je sudionicima bila pročitana uputa koja je uključivala zahvalu za sudjelovanje kao i napomenu da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno i u potpunosti anonimno, te da se rezultati koriste isključivo u znanstvene svrhe, a obrađuju samo na grupnoj razini. Nakon objašnjenja svih relevantnih informacija od sudionika se tražila njihova pismena ili usmena suglasnost. Pismena je suglasnost dobivena od slabovidnih osoba, kao i kasnije oslijepljenih osoba koje poznaju latinično pismo, pri čemu su one usmjerene na dio papira predviđen za njihov potpis. Osobe slijepe od rođenja, kao i one oslijepljele u ranom djetinjstvu dale su usmenu suglasnost, budući da se one služe jedino Brajevim pismom. Prije svakog upitnika pročitana je uputa za njegovo rješavanje. Istraživanje se provodilo na način da je diplomantica čitala redom čestice pitanja sudionicima, a oni su usmeno na njih odgovarali. Odgovori sudionika bilježeni su na obrasce za odgovore od strane diplomantice. U istraživanju je sudjelovala i suradnica koja radi u Udruzi slijepih Osječko-baranjske županije, a koja je na jednak način čitala čestice sudionicima te nakon toga bilježila njihove odgovore na predviđene obrasce. Ukoliko je sudionik istraživanja bila slabovidna osoba, njoj su upitnici bili uvećani kako bi ih samostalno mogla popunjavati. Istraživanje je provedeno u prostorima udruga ili u domovima sudionika, a trajalo je između 20 i 30 minuta ovisno o potrebama sudionika. Sa deset sudionika ispitivanje je provedenom putem telefonskog razgovora zbog geografske udaljenosti.

## Rezultati

Na početku statističke analize podataka, provjerilo se distribuiraju li se rezultati dobiveni Ljestvicom percepcije socijalne podrške, Skalom optimizma-pesimizma, Skalom samosviđanja i samokompetentnosti, Upitnikom o simptomima depresije te Skalom zadovoljstva životom po normalnoj raspodjeli pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog (K-S) testa normaliteta distribucije te indeksa asimetričnosti i spljoštenosti. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 1.

*Tablica 1.* Vrijednosti testa normaliteta distribucije te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti za rezultate na Ljestvici percepcije socijalne podrške, Skali optimizma-pesimizma, Skali samosviđanja i samokompetentnosti, Upitniku o simptomima depresije te Skali zadovoljstva životom (N=94)

| Varijabla            | K-S test | Indeks asimetričnosti | Indeks spljoštenosti |
|----------------------|----------|-----------------------|----------------------|
| Socijalna podrška    | .079     | -.599                 | -.156                |
| Optimizam            | .126**   | -.529                 | -.585                |
| Pesimizam            | .085     | -.040                 | -.792                |
| Samopoštovanje       | .070     | -.754                 | 1.061                |
| Depresija            | .150**   | 1.399                 | 1.716                |
| Zadovoljstvo životom | .099     | -.433                 | -.636                |

\*\* $p < .01$ .

Iz Tablice 1 vidljivo je da distribucije rezultata na skalama socijalne podrške, pesimizma, samopoštovanja i zadovoljstva životom značajno ne odstupaju od normalne ( $p > .01$ ). S druge strane, distribucije rezultata na skalama optimizma i depresije značajno odstupaju od normalne distribucije ( $p < .01$ ). S obzirom na dobivene podatke ne preporuča se korištenje parametrijskih testova u analizi podataka dobivenih tim skalama. Usprkos tome, Kline (1998) tvrdi da je opravdano primijeniti parametrijske analize na rezultatima koji nisu normalno distribuirani ukoliko je indeks asimetričnosti  $< 3$  i indeks spljoštenosti  $< 10$ . Budući da su indeksi asimetričnosti i spljoštenosti rezultata na subskali optimizma i Upitniku o simptomima depresije manji od spomenutih vrijednosti, u daljnjim analizama opravdano je koristiti parametrijske postupke prilikom obrade dobivenih rezultata.

Nakon toga provedena je deskriptivna analiza podataka pri čemu su izračunate aritmetičke sredine, standardne devijacije te minimum i maksimum. Dobivene vrijednosti nalaze se u Tablici 2.

Tablica 2. Deskriptivni podaci za ispitivane varijable (N=94)

| Varijabla            | M     | SD     | Min | Max | Teorijski raspon rezultata |
|----------------------|-------|--------|-----|-----|----------------------------|
| Optimizam            | 24.65 | 4.191  | 15  | 30  | 6-30                       |
| Pesimizam            | 21.06 | 6.635  | 9   | 35  | 8-40                       |
| Samosviđanje         | 30.40 | 6.588  | 8   | 40  | 8-40                       |
| Samokompetentnost    | 25.57 | 5.327  | 9   | 38  | 8-40                       |
| Podrška prijatelja   | 34.63 | 4.729  | 19  | 40  | 8-40                       |
| Podrška obitelji     | 35.47 | 4.856  | 19  | 40  | 8-40                       |
| Podrška suradnika    | 32.50 | 5.295  | 21  | 40  | 8-40                       |
| Depresija            | 16.06 | 15.114 | 0   | 68  | 0-90                       |
| Zadovoljstvo životom | 74.64 | 15.517 | 38  | 98  | 20-100                     |

Na temelju prikazanih podataka može se zaključiti da su prosječne vrijednosti uglavnom u skladu s očekivanjima i s rezultatima prethodnih istraživanja. Naime, pokazalo se da ispitane osobe s oštećenjem vida procjenjuju sebe optimističnijima od prosjeka. Na temelju prosječne vrijednosti pesimizma, može se zaključiti da su ispitane osobe oštećena vida manje pesimistične od prosjeka. Nadalje, na temelju podataka iz tablice može se zaključiti da sudionici istraživanja procjenjuju sebe prosječno kompetentnima te sebi pridaju prosječnu socijalnu vrijednost. Prosječne vrijednosti podrške prijatelja, obitelji i suradnika također su visoke. Iz podataka prikazanih u tablici vidljivo je da su sudionici istraživanja ispodprosječno depresivni, dok im je zadovoljstvo umjereno visoko.

Tablica 3. Frekvencije za ispitivane sociodemografske varijable (N=94)

| Sociodemografske varijable   |                                     | N (%)       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Spol                         | Muški                               | 50 (53.2 %) |
|                              | Ženski                              | 44 (46.8 %) |
| Obrazovanje                  | Osnovna škola                       | 11 (11.7%)  |
|                              | Dvogodišnji smjer (CentarVinko Bek) | 26 (27.7 %) |
|                              | Trogodišnja srednja škola           | 8 (8.5 %)   |
|                              | Četverogodišnja srednja škola       | 31 (33.0 %) |
|                              | Fakultet                            | 18 (19.1 %) |
| Status Veze                  | Slobodan                            | 36 (38.3 %) |
|                              | U nekom obliku partnerske veze      | 58 (61.7 %) |
| Socio-ekonomski status       | Ispod prosječan                     | 13 (13.8 %) |
|                              | Prosječan                           | 73 (77.7 %) |
|                              | Iznad prosječan                     | 8 (8.5 %)   |
| Radni status                 | Nezaposlen                          | 26 (27.7 %) |
|                              | Umirovljenik                        | 34 (36.2 %) |
|                              | Zaposlen                            | 34 (36.2 %) |
| Dob javljanja oštećenja vida | Rođenje i prve godine života        | 62 (66.0 %) |
|                              | Nakon treće godine života           | 32 (34.0 %) |
| Stupanj oštećenja vida       | 90-100%                             | 77 (81.9%)  |
|                              | <90%                                | 17 (18.1 %) |
| Postojanje druge bolesti     | DA                                  | 27 (28.7 %) |
|                              | NE                                  | 67 (71.3 %) |



Budući da su većina sociodemografskih varijabli kategorijalne te se ne nalaze na intervalnoj skali, nije opravdano računati deskriptivnu statistiku (Kline, 1998). Stoga su izračunate frekvencije. Dobivene frekvencije prikazane su u Tablici 3. Važno je uočiti da u uzorku prevladavaju osobe koje su izgubile vid do svoje treće godine života. Kasnije oslijepljele osobe uglavnom gube vid zbog nesreća poput eksplozije plina, bombe te doticaja kemikalija s okom. Zanimljivo je napomenuti da nešto više od četvrtine ispitanih boluje od neke tjelesne ili psihičke bolesti, izuzev oštećenja vida, pri čemu su to uglavnom dijabetes melitus koji je i uzrok sljepoće kod tih sudionika ili naglušost te depresija. Kod starijih sudionika javljaju se sa starenjem povezane poteškoće sa srcem i krvožilnim sustavom te osteoporoza.

Radi lakšeg ispitivanja odnosa sociodemografskih varijabli sa depresivnošću i zadovoljstvom životom te ispitivanja njihove mogućnosti predviđanja indikatora prilagodbe, izmijenjena je varijabla radni status. Naime, varijabla je sa tri kategorije (nezaposlen, umirovljenik, zaposlen) preoblikovana u dvije (nezaposlen, zaposlen), pri čemu su se kategorije nezaposlen i umirovljenik spojile u jednu. S obzirom da zaposlenost/nezaposlenost nije relevantna samo zbog financijskog stanja nego i niza drugih faktora te s obzirom da je ispitana varijabla socioekonomski status s kojom je pokrivena informacija o financijskom stanju osobe oštećena vida, najboljom se opcijom činilo povezivanje umirovljenika i nezaposlenih u jednu skupinu jer se onda nove dvije skupine (zaposleni/nezaposleni) razlikuju po razini svoje socijalne uključenosti, pri čemu jedni imaju interakcije i iskustvo rada, dok drugi nemaju. Nakon preoblikovanja spomenute varijable izračunati su koeficijenti korelacije kako bi se provjerila prva hipoteza. Dobiveni koeficijenti korelacije prikazani su u Tablici 4.

Na temelju podataka iz tablice može se zaključiti kako rezultat na Upitniku o depresivnim simptomima značajno je negativno povezan sa stupnjem obrazovanja, optimizmom, samosviđanjem, samokompetentnošću i svim trima izvorima socijalne podrške. Osim toga dobivena je niska, ali značajna povezanost rezultata na Upitniku o depresivnim simptomima i komorbiditeta oštećenja vida s drugim bolestima, kao i visoka i značajna povezanost pesimizma i depresivnosti. Sukladno navedenom može se zaključiti da su depresivnije one slijepe i slabovidne osobe koje imaju niži stupanj obrazovanja, manje su optimistične, postižu niže rezultate na skalama samosviđanja i samokompetentnosti, primaju slabiju socijalnu podršku, te su pesimističnije i osim vidnog oštećenja boluju od još neke tjelesne ili psihičke bolesti.

Što se tiče drugog kriterija, zadovoljstva životom, dobivena je niska, ali značajna pozitivna povezanost između rezultata na Skali zadovoljstva životom i stupnja obrazovanja

Tablica 4. Korelacijska matrica koeficijenta korelacije (r) za sociodemografske, osobne i socijalne varijable i rezultata na upitniku depresivnosti i skali zadovoljstva životom (N=94)

| Varijable                                   | 1     | 2     | 3      | 4     | 5    | 6     | 7    | 8     | 9      | 10     | 11     | 12     | 13     | 14     | 15     | 16     | 17     | 18 |
|---|-------|-------|--------|-------|------|-------|------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1.Spol                                      | 1     |       |        |       |      |       |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 2.Dob                                       | .01   | 1     |        |       |      |       |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 3.Obrazovanje                               | -.09  | .33** | 1      |       |      |       |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 4.Status veze                               | .04   | .20   | -.08   | 1     |      |       |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 5.SES                                       | -.30  | .07   | .24**  | .00   | 1    |       |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 6.Radni status                              | .00   | -.24* | .13    | .14   | .18  | 1     |      |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 7.Dob javljanja oštećenja                   | -.09  | .11   | -.02   | .20   | -.01 | .04   | 1    |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 8.Stupanj oštećenja vida                    | -.01  | .09   | .30    | .03   | .12  | .24*  | -.13 | 1     |        |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 9.Komorbiditet oštećenja s drugim bolestima | .21*  | .23*  | -.11   | .06   | .23* | -.24* | .04  | .24*  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 10.Optimizam                                | -.03  | .26*  | .16    | -.14  | .08  | -.18  | .22* | .02   | .00    | 1      |        |        |        |        |        |        |        |    |
| 11.Pesimizam                                | .06   | .20   | -.36** | .27** | -.12 | -.03  | .06  | .05   | .41**  | -.42** | 1      |        |        |        |        |        |        |    |
| 12.Samosviđanje                             | -.21* | .12   | .17    | -.11  | .14  | -.01  | .15  | -.11  | -.25*  | .63**  | -.50** | 1      |        |        |        |        |        |    |
| 13.Samo-kompetentnost                       | -.15  | -.02  | .26*   | -.05  | .16  | -.06  | .15  | -.21* | -.29** | .58**  | -.50** | .61**  | 1      |        |        |        |        |    |
| 14.Podrška prijatelja                       | .10   | -.05  | .29**  | -.11  | .20* | .05   | .04  | .03   | -.03   | .54**  | -.26*  | .48**  | .35**  | 1      |        |        |        |    |
| 15.Podrška obitelji                         | -.08  | -.09  | .24*   | -.14  | .21* | .18   | .04  | -.09  | -.13   | .39**  | -.17   | .42**  | .34**  | .51**  | 1      |        |        |    |
| 16.Podrška suradnika                        | -.12  | -.02  | .15    | -.02  | .17  | .11   | .01  | -.19  | -.11   | .41**  | -.10   | .37**  | .36**  | .53**  | .54**  | 1      |        |    |
| 17. Depresivnost                            | .11   | .20   | -.33** | .08   | -.01 | -.10  | -.19 | .10   | .27**  | -.40** | .47**  | -.63** | -.45** | -.47** | -.33** | -.31** | 1      |    |
| 18. Zadovoljstvo životom                    | .02   | -.02  | .28**  | -.05  | .21* | .09   | .08  | .03   | -.12   | .59**  | -.52** | .61**  | .47**  | .63**  | .30**  | .40**  | -.61** | 1  |

Bilješka: SES- socio-ekonomski status; \*\*p<.01; \*p<.05

te socio-ekonomskog statusa. Nadalje, dobivena je visoka i značajna pozitivna povezanost između rezultata na Skali zadovoljstva životom i optimizma, samosviđanja i samokompetentnosti te percipirane podrške prijatelja, obitelji i suradnika. Podaci ukazuju na visoku negativnu povezanost zadovoljstva životom s pesimizmom. Na temelju navedenog, može se zaključiti da su slijepi i slabovidne osobe zadovoljnije životom što imaju veći stupanj obrazovanja, viši socio-ekonomski status, što postižu više rezultate na skalama samosviđanja i samokompetentnosti, optimističnije su te posjeduju jaču socijalnu podršku okoline u kojoj žive. S druge strane, što su pesimističnije, to su osobe s oštećenjem vida manje zadovoljne životom.

Ispitan je mogući problem multikolinearnosti koji je prisutan ako su dvije ili više regresijskih varijabli linearno ili približno linearno zavisne. Među standardnim pokazateljima multikolinearnosti su faktor inflacije varijance VIF ili ekvivalentni pokazatelj TOL (Tolerance). Budući da su izračunate vrijednosti faktora inflacije varijance između 1 i 2.5, odnosno manje su od 5, dok su vrijednosti drugog pokazatelja TOL veće od 0.2, može se zaključiti kako ne postoji ozbiljan problem multikolinearnosti u ovom istraživanju (Cohen i Cohen, 1975).

Nadalje, kako bi se provjerile druga i treća hipoteza odnosno utvrdilo koliko varijance depresivnosti, kao negativnog pokazatelja, a koliko varijance zadovoljstva životom, kao pozitivnog pokazatelja prilagodbe objašnjavaju sociodemografske varijable te optimizam, pesimizam, samosviđanje, samokompetentnost i socijalna podrška, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Hijerarhijska regresijska analiza omogućava testiranje doprinosa pojedinačnih varijabli i skupa varijabli varijanci kriterija, pri čemu se varijable uvrštavaju prema unaprijed određenom redoslijedu (Cohen i Cohen, 1975). U prvom koraku kao prediktori uključene su sociodemografske varijable (spol, dob, stupanj obrazovanja, radni i status veze, socio-ekonomski status, stupanj oštećenja i dob javljanja oštećenja te komorbiditet oštećenja vida s drugim bolestima sudionika). Nakon sociodemografskih varijabli, učinilo se zanimljivim ispitati koliko optimizam i pesimizam, kao stabilne osobine pridonose objašnjenju varijance depresivnosti i zadovoljstva životom. U trećem koraku kao prediktori uključeni su rezultati na skalama samosviđanja i samokompetentnosti kako bi se ispitalo kako zaključci i stavovi prema sebi dodatno pridonose predikciji spomenutih kriterija. U četvrtom koraku analize uključeni su rezultati na subskalama percipirane socijalne podrške jer se pretpostavlja da nakon kontrole sociodemografskih i osobnih varijabli, percipirana podrška okoline dodatno objašnjava varijancu depresivnosti i zadovoljstva životom.

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij depresivnosti (N=94)

|                          | <b>I.korak</b>                       | <b>II. korak</b>                            | <b>III. korak</b>                           | <b>IV. korak</b>                         |
|--------------------------|--------------------------------------|---|---|--|
|                          | $R^2=.23$<br>F-promjena (9, 4)=.23** | $R^2=.39$<br>F-promjena (2, 82)<br>=10.42** | $R^2=.53$<br>F-promjena (2, 80)<br>=12,27** | $R^2=.56$<br>F-promjena (3, 77)<br>=1.57 |
| <b>Prediktori</b>        | $\beta$                              | $\beta$                                     | $\beta$                                     | $\beta$                                  |
| Spol                     | .01                                  | .04   | -.05  | -.02                                     |
| Dob                      | .03                                  | .15   | .19   | .14                                      |
| Obrazovanje              | -.31**                               | -.15  | -.16  | -.13                                     |
| Status veze              | .08                                  | -.04  | -.03  | -.02                                     |
| SES                      | .12                                  | .11   | .13   | .16                                      |
| Radni status             | -.04                                 | -.09  | -.05  | -.03                                     |
| Dob javljanja oštećenja  | -.23*                                | -.15  | -.14  | -.16                                     |
| Stupanj oštećenja        | .00                                  | .03   | -.03  | -.04                                     |
| Komorbiditet s bolestima | .25*                                 | .13   | .08   | .08                                      |
| Optimizam                |                                      | -.31**                                      | -.03  | .09                                      |
| Pesimizam                |                                      | .23   | .08   | .13                                      |
| Samosviđanje             |                                      |   | -.55**                                      | -.48**                                   |
| Samokompetentnost        |                                      |   | -.02  | -.03                                     |
| Podrška prijatelja       |                                      |   |   | -.20                                     |
| Podrška obitelji         |                                      |   |   | .03                                      |
| Podrška suradnika        |                                      |   |   | -.06                                     |
| $\Delta R^2$             | <b>.23</b>                           | <b>.16</b>                                  | <b>.14</b>                                  | <b>.03</b>                               |

Bilješka:  $R^2$  –koeficijent multiple determinacije;  $\Delta R^2$  – porast koeficijenta multiple determinacije;  $\beta$ = beta ponder;

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

Kao što se vidi iz Tablice 5, analiza za kriterij depresivnosti pokazala je da sociodemografske varijable objašnjavaju 23% varijance depresivnosti, pri čemu su se značajnim negativnim prediktorima pokazali stupanj obrazovanja i dob javljanja oštećenja vida, dok se komorbiditet oštećenja vida s drugim bolestima pokazao značajnim pozitivnim prediktorom depresivnosti. Rezultati drugog koraka analize pokazuju da optimizam i pesimizam statistički značajno doprinose objašnjenju varijance depresivnosti nakon kontrole sociodemografskih varijabli, odnosno da objašnjavaju dodatnih 16% varijance depresivnosti. Pregledom doprinosa pojedinih varijabli može se uočiti da samo optimizam statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance depresivnosti pri čemu optimistične osobe imaju manji stupanj depresivnosti. Rezultati trećeg koraka pokazuju da samosviđanje i samokompetentnost statistički značajno doprinose objašnjenju varijance depresivnosti kada se kontroliraju sociodemografske varijable te optimizam i pesimizam. One objašnjavaju dodatnih 14%

varijance depresivnosti slijepih i slabovidnih osoba. Pregledom doprinosa pojedinih varijabli može se uočiti da samo samosviđanje statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance depresivnosti pri čemu osobe koje izražavaju manje samosviđanje imaju veći stupanj depresivnosti. U četvrtom koraku su uvedene varijable socijalne podrške te se pokazalo da, suprotno očekivanjima, one ne objašnjavaju dodatnu varijancu depresivnosti. Svi unijeti prediktori objašnjavaju 56% varijance depresivnosti slijepih i slabovidnih osoba. Durbin-Watson testom, provjeren je problem korelacije reziduala te dobivena vrijednost iznosi 1.64, odnosno primiče se 2, što znači da nema korelacije među rezidualima.

Budući da rezultati ukazuju na smanjenje učinka sociodemografskih karakteristika nakon uvođenja optimizma, zasebnim je analizama ispitana mogućnost medijacije. Baron i Kenny (1986) ističu četiri kriterija koja trebaju biti zadovoljena kako bi se potvrdio medijacijski učinak. Prema prvom kriteriju prediktor mora predviđati kriterij. Nadalje, prediktor treba predviđati medijator. Osim toga, medijator treba predviđati kriterij nakon kontrole prediktora. U slučaju potpune medijacije, uključivanje medijatora treba rezultirati statistički neznačajnim učinkom prije uključenog prediktora. U slučaju parcijalne medijacije, učinak prediktora se, nakon uključivanja medijatora, smanjuje, ali je još uvijek značajan. Budući da nije ispunjen drugi kriterij, odnosno ispitane sociodemografske karakteristike ne predviđaju optimizam, opovrgava se medijacijska hipoteza prema kojoj optimizam djeluje kao medijator u odnosu sociodemografskih karakteristika i depresivnosti. Istim je analizama provjeren i medijacijski učinak samosviđanja, budući da je uočeno smanjenje učinka optimizma nakon uvođenja samosviđanja. Rezultati pokazuju da optimizam predviđa depresivnost i samosviđanje, samosviđanje predviđa depresivnost nakon kontrole učinka optimizma te da uključivanje samosviđanja, kao prediktora, rezultira statistički neznačajnim učinkom optimizma. Može se zaključiti kako optimizam predviđa više samosviđanje koje tada predviđa nižu razinu depresivnosti.

Što se tiče drugog kriterija, zadovoljstva životom, rezultati hijerarhijske regresijske analize (Tablica 6) su pokazali da sociodemografske varijable u prvom koraku ne doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva života, iako se stupanj obrazovanja pokazao samostalno značajnim pozitivnim prediktorom. Rezultati drugog koraka analize pokazuju da optimizam i pesimizam statistički značajno doprinose objašnjenju varijance kvalitete života nakon kontrole sociodemografskih varijabli i objašnjavaju dodatnih 24%. Pregledom doprinosa pojedinih varijabli može se uočiti da obje varijable statistički značajno doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva životom, pri čemu su optimistične osobe više, a pesimistične manje zadovoljne svojim životom.

Tablica 6.. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij zadovoljstvo životom (N=94)

|                          | <b>I.korak</b>                       | <b>II. korak</b>                            | <b>III. korak</b>                          | <b>IV. korak</b>                           |
|--------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
|                          | $R^2=.13$<br>F-promjena (9, 84)=1.37 | $R^2=.50$<br>F-promjena=(2, 82)<br>=30.53** | $R^2=.56$<br>F-promjena (2, 80)<br>=4.97** | $R^2=.64$<br>F-promjena (3, 77)<br>=5.84** |
| <b>Prediktori</b>        | $\beta$                              | $\beta$                                     | $\beta$                                    | $\beta$                                    |
| Spol                     | .08                                  | .04   | .10  | .04  |
| Dob                      | .10                                  | -.10  | -.13                                       | -.07                                       |
| Obrazovanje              | .27*                                 | .03   | .03  | .00  |
| Status veze              | -.07                                 | .11   | .11  | .09  |
| SES                      | .10                                  | .13   | .12  | .08  |
| Radni status             | .05                                  | .12   | .09  | .09  |
| Dob javljanja oštećenja  | .11                                  | -.01  | -.02                                       | .01  |
| Stupanj oštećenja        | .04                                  | .00   | .03  | .03  |
| Komorbiditet s bolestima | -.11                                 | .07   | .09  | .08  |
| Optimizam                |                                      | .51**                                       | .35**                                      | .19  |
| Pesimizam                |                                      | -.31**                                      | -.23*                                      | -.27**                                     |
| Samosviđanje             |                                      |   | .35**                                      | .26*                                       |
| Samokompetentnost        |                                      |   | -.02                                       | .00  |
| Podrška prijatelja       |                                      |   |  | .35**                                      |
| Podrška obitelji         |                                      |   |  | -.18                                       |
| Podrška suradnika        |                                      |   |  | .11  |
| $\Delta R^2$             | <b>.13</b>                           | <b>.24</b>                                  | <b>.06</b>                                 | <b>.08</b>                                 |

Bilješka:  $R^2$  –koeficijent multiple determinacije;  $\Delta R^2$  – porast koeficijenta multiple determinacije;  $\beta$ = beta ponder; \*\* $p<.01$ ; \* $p<.05$

Rezultati trećeg koraka pokazuju da samosviđanje i samokompetentnost statistički značajno doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva životom od dodatnih 6%, kada se kontroliraju sociodemografske varijable te optimizam i pesimizam. Pregledom doprinosa pojedinih varijabli može se uočiti da jedino samosviđanje statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance zadovoljstva života pri čemu osobe koje izražavaju veće samosviđanje su i zadovoljnije životom. Rezultati četvrtog koraka analize pokazuju da socijalne podrške statistički značajno doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva životom kada se kontroliraju sociodemografske varijable, optimizam i pesimizam te samosviđanje i samokompetentnost, uz dodatnih 8%. Pregledom doprinosa pojedinih varijabli može se uočiti da samo podrška prijatelja statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance zadovoljstva života pri čemu osobe koje imaju podršku prijatelja su zadovoljnije životom. Durbin-Watson testom, provjeren je problem

korelacije reziduala te dobivena vrijednost iznosi 2.1, što znači da nema korelacije među rezidualnima.

Budući da je smanjen učinak optimizma i pesimizma, nakon uključivanja samosviđanja, na već opisani način ispitana je mogućnost medijacije. Rezultati su pokazali da optimizam i pesimizam predviđaju zadovoljstvo životom i samosviđanje, samosviđanje predviđa zadovoljstvo životom, učinak optimizma i pesimizma je smanjen nakon uvođenja samosviđanja, no oni su i dalje značajni prediktori zadovoljstva životom. Stoga se može potvrditi parcijalan medijacijski učinak samosviđanja na odnos optimizma/pesimizma i zadovoljstva životom. Rezultati posljednjeg koraka hijerarhijske regresijske analize upućuju na medijacijski učinak podrške prijatelja u odnosu optimizma i zadovoljstva životom. Zasebnim analizama utvrđeno je da optimizam i podrška prijatelja zasebno predviđaju zadovoljstvo, da optimizam predviđa podršku prijatelja te da nakon uvođenja podrške prijatelja, optimizam prestaje biti značajan prediktor zadovoljstva životom. Stoga, može se zaključiti da podrška prijatelja predstavlja mehanizam djelovanja optimizma na zadovoljstvo životom.

## **Rasprava**

Prema izvješću HZJZ u Republici Hrvatskoj je 18 317 osoba sa oštećenjem vida, odnosno 3.5% od ukupnog broja osoba sa invaliditetom (Šalković, 2011). Nastanak invaliditeta sam po sebi predstavlja veliki stresor i nije mu se lako prilagoditi. Kako bi se dobila detaljnija slika, u ovom su radu ispitana dva indikatora prilagodbe, depresivnost kao negativan te zadovoljstvo životom kao pozitivan. Cilj rada bio je ispitati odnos socio-demografskih karakteristika, optimizma i pesimizma, dimenzija samopoštovanja te socijalne podrške s depresivnošću i zadovoljstvom životom kod slijepih i slabovidnih osoba.

Ispitani uzorak sačinjava 94 osobe oštećena vida od čega 77% osoba ima ostatak vida od 10% ili manje. Većina ispitanika je srednje odrasle dobi. Iako rezultati ranijih istraživanja (Hayman i sur., 2007; O'Donnell, 2005) pokazuju da oko 30% osoba oštećena vida izvještava o depresivnim simptomima, stupanj depresivnosti znatno je niži u ovom istraživanju. Moguće objašnjenje je što se simptomi depresije uglavnom najviše uočavaju u početnim fazama nakon gubitka vida, a sudionici istraživanja nisu odnedavno izgubili vid, već je gubitak kod većine sudionika nastupio ili odmah po rođenju ili u ranom djetinjstvu. Stoga se može zaključiti kako su se ispitane slijepice i slabovidne osobe u međuvremenu uspjele prilagoditi na gubitak vida i poteškoće koje dolaze s njime, čime se smanjio i stupanj depresije. S druge strane, rezultati ukazuju na umjereno visoko zadovoljstvo životom ispitanih osoba s oštećenjem vida. Ovaj

pozitivan ishod mogao je, stoga, biti rezultat društvenog uključivanja slijepih i slabovidnih osoba. Međutim, također je moguće da drugi čimbenici, kao što su sigurno okruženje obitelji i zajednice u kojoj žive, dobro zdravlje i kognicije, mogli igrati ulogu u povećanju dobrobiti ispitanih osoba.

Nadalje, kako bi se ispitaio odnos sociodemografskih, osobnih i socijalnih varijabli i indikatora prilagodbe te provjerile formirane hipoteze istraživanja, izračunati su koeficijenti korelacije. Što se tiče sociodemografskih varijabli, dobivena je značajna negativna povezanost depresije i stupnja obrazovanja. Miech i Shanahan (2000) ističu da odrasle osobe s višim stupnjem obrazovanja izvješćuju o manje simptoma depresije u odnosu na one s nižim stupnjem obrazovanja. Osim toga, rezultati pokazuju značajnu pozitivnu povezanost depresije i komorbiditeta oštećenja vida s drugim bolestima. Cheng i Furnham (2003) objašnjavaju to padom imuniteta osobe koja onda lakše podliježe depresiji.

Nadalje, u skladu s drugim empirijskim podacima (Chang Maydeu-Olivares i D'Zurilla, 1997) dobivena je značajna pozitivna povezanost depresije i pesimizma te značajna negativna između depresije i optimizma. Moguće je da optimistični ljudi koji se usmjeravaju na buduće ciljeve i pozitivna očekivanja mogu izbjeći negativne obrasce razmišljanja koji doprinose razvoju depresije, za razliku od pesimista koji stresnu situaciju, od kojih je jedna i gubitak vida, shvaćaju mnogo teže i ozbiljnije pa se i slabije bore protiv nje. Pri tome uslijed dužeg vremena dolazi do različitih oboljenja, pa i depresije (Plomin i sur., 1992).

Sowislo i Orth (2013) ukazuju na značajan odnos samopoštovanja i depresivne simptomatologije, pri čemu su osobe sniženog samopoštovanja sklonije depresivnosti. Spomenuto je u skladu s rezultatima dobivenim u ovom istraživanju prema kojima je dobivena značajna negativna povezanost depresivne simptomatologije i samosviđanja, kao i samokompetentnosti slijepe ili slabovidne osobe. Model ranjivosti pretpostavlja da nisko samosviđanje i niska samokompetentnost služe kao faktori rizika za razvoj depresije, osobito u svjetlu velikih životnih stresora (Sowislo i Orth, 2013). Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji depresije, negativna uvjerenja o sebi, kao jedan od tri središnja dijela depresivnosti, ne predstavljaju samo simptome depresije, već imaju i ključnu uzročnu ulogu u njezinoj etiologiji (Orth, Robins i Roberts, 2008).

Osim toga, Pierce (2000) ističe kako je socijalna podrška važan čimbenik za smanjenje stope depresije, osobito kod osoba s nekom vrstom invaliditeta. U ovom je istraživanju dobivena značajna negativna povezanost depresije i percipirane podrške prijatelja, obitelji i suradnika. Stoga, može se zaključiti kako su depresivnije one slijepe i slabovidne osobe koje



primaju manju razinu podrške osoba iz njihove okoline. Navedeno se može objasniti pomoću Maslowljeve piramide ljudskih potreba. Naime, Maslow navodi potrebu za pripadanjem i ljubavlju kao jednu od najvažnijih ljudskih potreba čijem zadovoljenju teži svaki pojedinac. Nezadovoljenje navedenih potreba može prouzročiti negativne ishode poput frustracija, osjećaja nesposobnosti i nemoći, agresija, ali i težih psihičkih poremećaja poput depresije ili autodestruktivnosti (Pierce, 2000). Može se zaključiti kako kod osoba koje primaju manju podršku zajednice u kojoj žive nije u potpunosti zadovoljena psihološka potreba za pripadanjem i ljubavlju što može dovesti do pojave depresivnih simptoma.

Što se tiče drugog indikatora prilagodbe na gubitak vida, zadovoljstva životom, dobiveni rezultati su u skladu s rezultatima prijašnjih istraživanja (Mason i Rieser, 1994; Melin Fugl-Meyer i Fugl-Meyer, 2003) te ukazuju na značajnu pozitivnu povezanost zadovoljstva životom sa stupnjem obrazovanja. Osobe sa višim stupnjem obrazovanja, lakše nalaze posao, posao kojeg obavljaju vrlo je vjerojatno bolje plaćen, te njime mogu zadovoljiti svoje egzistencijalne potrebe, ali i više, za razliku od osoba nižeg stupnja obrazovanja koje su uglavnom nezaposlene ili imaju oskudna primanja (Šalković, 2011). Ispitani uzorak sačinjava 19.1% visokoobrazovanih slijepih i slabovidnih osoba. Ohrabrujući je podatak da su to u većini osobe mlađe životne dobi, što navodi na zaključak da postoji dostupno fakultetsko obrazovanje primjereno osobama oštećena vida. Na temelju razgovora sa sudionicima može se zaključiti kako oni prolaze redovno fakultetsko obrazovanje, koje se u odnosu na osobe koje vide, razlikuje jedino u tome što je njima dopušteno snimanje nastavnog sadržaja te im je omogućeno češće usmeno ispitivanje u odnosu na pismeno. Izvještavaju kako su po završetku fakulteta osjećali pozitivne emocije poput ponosa, sreće, zadovoljstva. Osim što viši stupanj obrazovanja doprinosi lakšoj zapošljivosti, sudionici smatraju da edukacija doprinosi njihovom osobnom rastu i razvoju te se stoga osjećaju zadovoljnije i ispunjenije.

Druga socio-demografska varijabla koja je značajno pozitivno povezana sa zadovoljstvom životom je socio-ekonomski status. Većina sudionika procjenjuje svoj ekonomski status prosječnim, stoga je i njihovo zadovoljstvo životom umjereno visoko. Viši socioekonomski status predstavlja aspekt uspjeha u životu. Osobe s visokim ekonomskim statusom imaju viši društveni status te veću zaradu. Zadovoljstvo životom proizlazi iz postignuća nečijeg života i prihvatanja nečije prošlosti kao vrijedne. Dakle, visoki ekonomski status može pridonijeti pozitivnom ocjenom nečijeg života. Nadalje, ekonomski status može doprinijeti zadovoljstvu životom poboljšanjem stvarne kvalitete života (npr. dobrim uvjetima

stanovanja). Osobe s višim ekonomskim statusom mogu učinkovitije zaštititi svoje psihičko zdravlje od štetnih posljedica životnih stresora (Pinquart i Sorensen, 2000).

Mirčeta (2008) ističe da zadovoljstvo životom pozitivno korelira s dobi, odnosno da su osobe zadovoljnije životom što su starije. Dobiveni podaci nisu u skladu s navedenim. Korelacija dobi i zadovoljstva životom, dobivena u istraživanju, nije bila značajna, ali njen smjer i iskazi samih sudionika sugeriraju potencijalnu negativnu povezanost. Stariji sudionici uglavnom žive sami, ističu kako su im djeca odrasla, osamostalila se te odselila. Također, većina prijatelja koje su imali je umrlo te se nemaju više s kime družiti. Sve ovo ukazuje na osamljenost starijih osoba s invaliditetom, a time i na oskudnost podrške koju primaju. Posljedica sužene socijalne mreže jest niža socijalna podrška koju primaju ljudi srednje odrasle dobi, bilo da se promatra ukupna socijalnu podrška, bilo po pojedinim dimenzijama. Osim toga, sa starenjem se pojavljuju različite poteškoće i bolesti, što sve snižava stupanj zadovoljstva životom (Berk, 2008). Zanimljiv je podatak da pri tome nisu oštećenje vida navodili kao izvor nezadovoljstva životom, već probleme s kojima se susreće većina starijih osoba.

Prema očekivanjima, dobivena je značajna pozitivna povezanost zadovoljstva životom i optimizma te značajna negativna između zadovoljstva životom i pesimizma. Može se zaključiti da su zadovoljnije životom one slijepe i slabovidne osobe sa višim stupnjem optimizma, odnosno nižim stupnjem pesimizma. Dobiveni rezultati u skladu su s prijašnjim istraživanjima (Plomin i sur., 1992). Rezultati se mogu objasniti pomoću nade koja proizlazi iz optimizma. Naime, ona osobu usmjerava na učinkovitije postizanje željenog zdravstvenog stanja, nošenje s deficitom vida i nezgodama povezanih s njime, kao i savladavanjem zahtjeva okoline i prepreka koje se pritom javljaju. Zahvaljujući tome zadovoljstvo osobe raste. S druge strane, pesimizam obilježava odsustvo nade, ali i negativno gledanje na svijet i budućnost, kao i očekivanje negativnih ishoda, što otežava nošenje sa vidnim deficitom te svakodnevnim stresnim situacijama. Stoga, zadovoljstvo osobe opada.

U skladu s teorijama samopoštovanja te empirijskim podacima ranijih istraživanja (Acton, 1994), pronađena je pozitivna povezanost dimenzija samopoštovanja, samosviđanja i samokompetentnosti sa zadovoljstvom životom. Što osoba mislim pozitivnije o sebi i smatra da je kompetentna u suočavanju sa zahtjevima koje okolina postavlja pred nju, to je ona motiviranija obavljati neke aktivnosti te se ponašati na način koji pridonosi njezinom boljem psihičkom blagostanju.

Dobivena je značajna pozitivna povezanost sva tri izvora podrške i zadovoljstava životom. Rezultate možemo objasniti pozitivnim utjecajem socijalne podrške na mentalno zdravlje. Ukoliko osoba oštećena vida prima podršku svoje okoline, ona se osjeća sigurno i voljeno. Osjećaj sigurnosti te osjećaj pripadanja prema Maslowu sačinjavaju osnovne ljudske potrebe. Zadovoljenje navedenih potreba rezultira pozitivnim ishodima poput sreće i zadovoljstva (Reinhardt, 1996). Stoga, može se zaključiti kako dobivajući podršku zajednice u kojoj žive, slijepe i slabovidne osobe zadovoljavaju potrebu za pripadanjem i ljubavlju što pozitivno djeluje na njihovo zadovoljstvo životom.

Provedena je hijerarhijska regresijska analiza kojom se nastojalo ispitati koliko varijance depresivnosti, a koliko varijance zadovoljstva životom objašnjavaju sociodemografske varijable te optimizam, pesimizam, samosviđanje, samokompetentnost i socijalna podrška slijepih i slabovidnih osoba. Analiza za kriterij depresivnosti pokazala je da sociodemografske varijable objašnjavaju 23% varijance depresivnosti, pri čemu su se značajnim negativnim prediktorima pokazali stupanj obrazovanja i dob javljanja oštećenja vida, dok se komorbiditet oštećenja vida s drugim bolestima pokazao značajnim pozitivnim prediktorom depresivnosti. Naime, osobe s višim stupnjem obrazovanja koriste adekvatnije aktivnosti i tehnike suočavanja s problemima koje ih štite od pojave depresivnosti (O'Donnell, 2005). Podaci pokazuju kako komorbiditet više bolesti negativno utječe na zdravstveno stanje osobe, slabeći njezinu imunološku zaštitu uslijed čega može doći do pojave novih oboljenja. Isto tako, osobe koje boluju od više različitih bolesti često posjeduju negativan obrazac mišljenja koji pogoduje razvoju depresivnosti (Palmore i Luikart, 1972).

Suprotno očekivanjima, zaposlenost/nezaposlenost nije se pokazala značajnom u objašnjenju varijance depresivnosti. To se može objasniti kvalitativnim podacima dobivenim u istraživanju. Name, mnoge nezaposlene osobe svoje slobodno vrijeme iskoriste za druženje s prijateljima ili kućnim ljubimcima koji im pružaju potrebnu ljubav i potporu. To su uglavnom mlađe osobe koje žive s roditeljima koji su izvor njihova prihoda, te su s te strane financijski donekle osigurani. Također, moguće je da su to osobe koje su zadovoljne „malim“ stvarima te su po prirodi optimističnije pa gledaju na nezaposlenost s vedrije strane. Neki su naglašavali važnost religije u nošenju sa nezaposlenošću, pri čemu im vjera daje snagu da ne posustaju.

Rezultati drugog koraka analize pokazuju da nakon kontrole demografskih varijabli optimizam dodatno pridonosi objašnjenju varijance depresivnosti, pri čemu optimistične osobe imaju manji stupanj depresivnosti. Dobiveni rezultati u skladu s prijašnjim istraživanjima (Plomin i sur., 1992). Emocionalna dobrobit i vitalnost koja obilježava

optimizam štiti osobu od nepovoljnih posljedica gubitka vida, od kojih je jedna, zasigurno, depresija. Optimizam može poticati načine na koji se osoba suočava s nedaćama, traži podršku, te kao rezultat ima manje simptoma depresije. Nadalje, moguće je da osoba u čijoj obiteljskoj genezi postoje simptomi depresije, manje pozitivno gleda na budućnost i svijet oko sebe, manje se nada izostanku depresije koja joj je genetski predisponirana te se teže suočava sa zahtjevima svoje okoline zbog čega se može razviti depresivna simptomatologija (Carver i Scheier, 1999).

Rezultati trećeg koraka pokazuju da samosviđanje dodatno doprinosi objašnjenju varijance depresivnosti kada se kontroliraju sociodemografske varijable te optimizam i pesimizam, pri čemu osobe koje izražavaju manje samosviđanje imaju veći stupanj depresivnosti. Slične rezultate pokazuje i istraživanje Chenga i Furnhama (2003). Percepcija da je netko prihvaćen i cijenjen u interpersonalnom okruženju jača samopoštovanje koje je zaštitni faktor koji štiti od depresije (Stice, Ragan i Randall, 2004). Model ranjivosti navodi da je nisko samopoštovanje rizični faktor za buduću depresiju. Temeljna pretpostavka modela je da samopoštovanje predstavlja dijatezu u nastanku i održavanju depresije. Moguće je da neke osobe s niskim rezultatom na skali samosviđanja pretjerano traže potvrdu o svojoj osobnoj vrijednosti od okoline, što povećava rizik da budu odbijeni, čime se povećava rizik od pojave depresije. Nadalje, pojedinci kojima se ne sviđa njihova slika samog sebe češće primjećuju samo negativne povratne informacije iz interpersonalnih odnosa kako bi potvrdili svoje negativno mišljenje o sebi, dok pozitivne povratne informacije ignoriraju. Navedeno može dodatno umanjiti njihovo ukupno samopoštovanje te posljedično dovesti do depresije. Osim toga, pojedinci s negativnim mišljenjem o sebi osjetljiviji su na odbijanje i imaju tendenciju opažati ponašanje osoba iz okoline na negativan način, čime se smanjuje njihovo zadovoljstvo odnosima koje imaju, što također može dovesti do depresije. Također, prema kognitivnoj teoriji depresije (Beck, 1967; prema Orth, Robins i Roberts, 2008), negativna uvjerenja o samom sebi nisu samo simptom depresije, već i dijateza u nastanku i održavanju depresije. Prethodna istraživanja pokazuju da nisko samopoštovanje može imati jači učinak na depresiju kada pojedinac istodobno pati od stresnih životnih okolnosti (Sowislo i Orth, 2013). Stoga bi u budućim istraživanjima bilo dobro ispitati moderatorski učinak velikih stresnih događaja, ali i svakodnevnih gnjavaža na odnos niskog samopoštovanja i depresije.

U četvrtom koraku su uvedene dimenzije socijalne podrške te se pokazalo da, suprotno očekivanjima, one ne objašnjavaju dodatnu varijancu depresivnosti. Stoga, može se zaključiti kako osobne varijable više doprinose objašnjenju varijance depresivnosti u odnosu na

socijalne. Moguće je da su dobiveni takvi rezultati zbog metodoloških nedostataka istraživanja koji su objašnjeni kasnije.

Dodatnim se analizama pokazalo da samosviđanje posreduje u odnosu optimizma i depresivnosti, pri čemu optimizam djeluje na smanjenje depresivnosti tako što pogoduje višem samosviđanju. Optimistična osoba spremnija je aktivnije se suočiti sa izazovima koje pred nju stavlja okolina, te se izlagati različitim iskustvima i upuštati se u razne aktivnosti. Na temelju iskustva, osoba pribavlja informacije koje joj mogu pomoći stvoriti sliku o njezinoj vrijednosti te na taj način djelovati na više samosviđanje koje djeluje kao štit koji štiti osobu od pojave depresivnih simptoma. Ovaj nalaz ima važne praktične implikacije. Naime, depresivnost je moguće smanjiti, djelovanjem na optimizam povećavajući samosviđanje ili ukoliko to ne uspije, djelovanjem direktno na samosviđanje osobe oštećena vida.

Što se tiče drugog kriterija, zadovoljstva životom, rezultati hijerarhijske regresijske analize su pokazali da sociodemografske varijable u prvom koraku ne doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva života, iako se stupanj obrazovanja pokazao samostalno značajnim pozitivnim prediktorom. Pri tome su osobe koje su završile niže razine obrazovanja manje zadovoljne svojim životom u odnosu na osobe koje su završile fakultetsko obrazovanje. Suprotno očekivanjima, rezultati nisu pokazali značajan utjecaj statusa veze na zadovoljstvo životom. Taj se podatak može objasniti novijim istraživanjima čiji rezultati ukazuju na to da biti u vezi ili u braku ne jamči pozitivnu podršku partnera. Pretpostavka da su partneri sposobni i voljni udovoljiti raznim potrebama podrške je diskutabilna i problematična, osobito kod osoba s invaliditetom srednjih godina kod kojih je došlo do potrebe za preranom njegom partnera (Schroevera, Ranchor i Sanderman, 2003). Ukoliko osoba ne dobiva adekvatnu podršku partnera, njeno zadovoljstvo životom opada.

Rezultati drugog koraka analize pokazuju da optimizam i pesimizam dodatno doprinose objašnjenju varijance zadovoljstva života nakon kontrole sociodemografskih varijabli, pri čemu su optimistične osobe više, a pesimistične manje zadovoljne svojim životom. Takvi su rezultati bili očekivani te se mogu objasniti podacima da je optimizam povezan s primjenom učinkovitih strategija suočavanja, dok je pesimizam povezan s primjenom neučinkovitih strategija (Carver i Scheier, 1999). Optimisti upotrebljavaju kognitivno restrukturiranje prilikom suočavanja s problemom te nastoje pronaći relevantne informacije i pozitivne strane stresne situacije, dok se za razliku od njih pesimisti fokusiraju na negativne osjećaje te su skloni distrakciji i izbjegavanju (Carver i Scheier, 1999). Budući da se ne mogu uspješno suočiti sa zahtjevima koje okolina postavlja pred njih, pesimisti su

manje zadovoljni životom, dok uspješno rješavanje problema kod optimista dovodi do većeg zadovoljstva. Optimisti će vjerojatno imati neku vrstu unaprijed pohranjene evaluacije njihova života na koju se mogu osloniti prilikom procjene zadovoljstva životom. Prema Scheieru i Carveru (1985) optimizam utječe na prilagodbu zbog gubitka vida kroz trenutna pozitivna očekivanja koja slijepe i slabovidne osobe imaju o svojoj budućnosti.

Rezultati trećeg koraka pokazuju da samosviđanje dodatno doprinosi objašnjenju varijance zadovoljstva životom, kada se kontroliraju sociodemografske varijable te optimizam i pesimizam, pri čemu osobe koje izražavaju veće samosviđanje su i zadovoljnije životom. Samosviđanje se definira kao iskustvena procjena sebe kao socijalnog objekta, kao dobre ili loše osobe (Coopersmith, 1967). Osobe koje imaju negativno mišljenje o sebi previše su samokritične te na sebi nalaze samo nedostatke, što posljedično dovodi do manjeg zadovoljstva svakodnevnim životom. Povoljna samoprocjena doprinosi većem zadovoljstvu životom uspostavom socijalnih odnosa, zaposlenjem te uvjetima stanovanja. Pojedinci s visokim samopoštovanjem više ustraju u rješavanju problema te nakon neuspjeha više se trude u odnosu na osobe niskog samopoštovanja koje brzo odustaju. Ovo adaptivno samostalno regulatorno ponašanje može pridonijeti vezi između samopoštovanja i psihološke prilagodbe (Sowislo i Orth, 2013).

Konačno, rezultati četvrtog koraka analize pokazuju da podrška prijatelja dodatno doprinosi objašnjenju varijance zadovoljstva životom kada se kontroliraju sociodemografske varijable, optimizam i pesimizam te samosviđanje i samokompetentnost, pri čemu osobe koje imaju podršku prijatelja su zadovoljnije životom. Podrška je važan činitelj u procesima utjecaja stresnih događaja na zdravlje jer kvalitetni interpersonalni odnosi mogu zaštititi osobu od posljedica stresa (Reinhardt, 1996). Kad su suočeni sa stresnim događajem osobe s više socijalne podrške percipiraju stres manjim te se lakše nose s takvim iskustvom. Ukoliko je zajednica u kojoj slijepa ili slabovidna osoba živi prihvaća i uspostavlja odnos s njom, kod osobe oštećena vida javlja se veći osjećaj subjektivne dobrobiti. Na taj se način kod osoba sa vidnim deficitom javlja osjećaj potpore i pripadanja, koje još i Maslow prepoznaje kao važne psihološke potrebe. Kvalitativni podaci govore u prilog važnosti prijatelja u životu slijepih i slabovidnih osoba. Od obitelji se očekuje da pruža podršku, pa kad to čini, ne smatra se nečim izuzetnim. Kada obitelj ne ispuni ono što se od nje očekuje tada se narušavaju obiteljski odnosi te oni mogu postati izvor stresa. Naime, mnogi su sudionici sami isticali da postoje nesuglasice između njih i njihovih obitelji, no da prijatelji upotpunjuju njihov život. Prijatelji nemaju tako jaku obavezu pružanja podrške, pa kada je pruže ona se jako cijeni, a ako prijatelji ne ispune

očekivanja, pojedinac neće to doživjeti toliko negativno kao kad se radi o obitelji (Mirčeta, 2008). Također, sudionici navode da se prilikom neke stresne situacije najčešće obraćaju prijateljima jer ili se ne slažu sa članovima obitelji ili su oni geografski jako međusobno udaljeni, kako kod mlađe generacije koja je zbog odlaska na fakultet preselila u drugi grad, tako i kod starijih čija su djeca odrasla i s obitelji preselila i roditelje ostavila same. Moguće je da se podrška suradnika nije pokazala značajnim prediktorom iz razloga što ispitanici uzorak čini mnogo nezaposlenih kao i umirovljenih osoba koje ne primaju podršku suradnika na poslu. Kod ispitivanja studenata pitalo ih se o podršci kolega sa fakulteta, dok se ostale nezaposlene pitalo o drugim članovima udruge čiji su članovi. Umirovljenici su zamoljeni da se prisjete trenutaka kada su radili te na temelju toga odgovore na čestice vezane uz podršku suradnika. Također, moguće je da su oni zbog retrospektivnog izvještavanja davali nešto drugačije odgovore, nego što bi ih dali da još uvijek rade. Osim toga, djelovanje socijalne podrške na prilagodbu slijepih i slabovidnih osoba može se objasniti već spomenutim modelom direktnog učinka socijalne podrške (Cohen i Wills, 1985). Uključenost u socijalne mreže povezana je s dobrobiti osobe jer osim što pruža pozitivna iskustva, ona daje osjećaj predvidljivosti životnih situacija, služi za priznavanje važnosti osobe, a može pomoći i u izbjegavanju negativnih iskustava koja mogu štetno utjecati na prilagodbu. Podrška služi kao dodatni izvor energije u nastojanjima osobe da se nosi sa stresnom situacijom. Podrška okoline pri tome može ublažiti odgovore neuroendokrinološkog sustava na stresne događaje, pružiti adekvatno rješenje problema ili smanjiti vjerojatnost korištenja štetnih strategija suočavanja (Cohen i Wills, 1985).

Dodatnim analizama utvrđena je parcijalna medijacijska uloga samosviđanja u odnosu optimizma/pesimizma i zadovoljstva životom, pri čemu optimizam djeluje na povećanje zadovoljstva životom tako što pogoduje višem samosviđanju, odnosno pesimizam djeluje na smanjenje zadovoljstva životom tako što pogoduje nižem samosviđanju. Optimistična osoba ustraje u rješavanju poteškoća na koje nailazi. Pri tome, ona pohranjuje pozitivne informacije o sebi što pogoduje višem samosviđanju te većem zadovoljstvu životom. Pesimistična osoba češće pribavlja negativna informacije o sebi, razvija negativniju sliku o sebi zbog čega ima nižu razinu samosviđanja te postaje nezadovoljnija životom. Također, rezultati potvrđuju medijacijsku ulogu podrške prijatelja, pri čemu optimizam djeluje na povećanje zadovoljstva životom tako što pogoduje većoj podršci prijatelja. Naime, osobe sa višim stupnjem optimizma aktivno se suočavaju sa vidnim deficitom te pozitivno gledaju na njega, stoga im je olakšano sklapanje prijateljstava s drugim ljudima iz njihove okoline. Uz to one više cijene njihovu

prisutnost i podršku, čime se povećava i njihovo ukupno zadovoljstvo životom. Praktične implikacije ovog nalaza očituju se u tome što osoba oštećena vida može povećati svoje zadovoljstvo životom djelujući na optimizam povećavajući tako podršku prijatelja ili direktnim djelovanjem na podršku prijatelja.

Istraživanje potvrđuje važnost velikog niza čimbenika u objašnjenju depresivnosti i zadovoljstva životom osoba oštećena vida, kao i važnost ispitivanja više čimbenika zajedno kako bi se ispitali njihovi doprinosi. Rezultati pokazuju kako sociodemografske varijable relativno najviše pridonose depresivnosti, a optimizam i pesimizam zadovoljstvu životom. Osim direktnih učinaka utvrđeni su i oni posredni, što dodatno naglašava važnost ispitivanja učinaka više različitih čimbenika. Zaključno, može se reći kako se na temelju ispitanih osobnih i socijalnih varijabli može predvidjeti stupanj prilagodbe osobe na njezin vidni nedostatak.

### **Kritički osvrt na istraživanje**

Iako su uglavnom potvrđene hipoteze istraživanja, potrebno je na rezultate gledati s oprezom. Kao svako istraživanje i ovo ima određena ograničenja. Prvo od njih je geografska lokacija sudionika. Iako se nastojalo obuhvatiti što širi geografski prostor, ipak, najviše je sudionika iz Osječko-baranjske županije. Kako bi se mogle ispitati razlike u indikatorima psihološke prilagodbe na vidni nedostatak s obzirom na regionalne razlike, potrebno je napraviti obuhvatnije istraživanje u koje bi se uključile slijepe i slabovidne osobe iz cijele Hrvatske. Drugi nedostatak vezan za sudionike je dob. Buduća istraživanja trebala bi obuhvatiti veći broj mlađih sudionika. Osim toga, podaci su prikupljeni na temelju samoiskaza, što je moglo utjecati na rezultate. Stoga bi u buduća istraživanja bilo dobro uključiti i druge članove zajednice, poput prijatelja ili članova obitelji osobe oštećena vida. Daljnji nedostatak vezan je uz sam proces istraživanja. Naime, prilikom ispitivanja sudionika u nekoliko je navrata provedeno simultano ispitivanje, pri čemu su dvije osobe ispitivale sudionike u istoj prostoriji. Budući da je prostorija udruge u kojoj se provodilo ispitivanje mala, moglo je doći do ometanja sudionika. Takav način ispitivanja mogao je biti uzrokom neiskrenosti sudionika te davanja socijalno poželjnih odgovora. Nadalje, s deset je sudionika provedeno ispitivanje putem telefona, što je također moglo utjecati na rezultate. Isto tako, uparivanje nezaposlenih i umirovljenih sudionika moglo je utjecati na dobivene rezultate.

S druge strane, istraživanje ima i dobrih strana. Ispitani uzorak izjednačen je po spolu, radnom statusu, statusu veze. Uzorak je raznolik s obzirom na mjesto stanovanja. Iako prevladavaju osobe iz Slavonije, uključene su i osobe iz Međimurja, Zagreba i drugih dijelova



Hrvatske, poput Karlovca, Sinja, Pule. Osim znanstvenog doprinosa, važne su i praktične implikacije ovog istraživanja. Na temelju rezultata mogu se osmisliti radionice čija bi glavna svrha bila podizanje samopoštovanja, osobito rad na samosviđanju koje se pokazalo važnim prediktorom i depresivnosti i zadovoljstva životom osoba oštećena vida. Programi psihosocijalne rehabilitacije i osamostaljivanja iznimno su važni za razvoj i unapređenje mentalnog zdravlja slijepih i slabovidnih osoba. Iz tog razloga, potrebno je senzibilizirati javnost o problemima, ali i mogućnostima i potencijalima slijepih i slabovidnih osoba kako bi se one lakše integrirale u društvo, uspostavile socijalne kontakte sa zajednicom u kojoj žive, te stekle prijatelje čija se podrška pokazala osobito značajnom.

Buduća se istraživanja mogu usredotočiti na identifikaciju i uključivanje dodatnih čimbenika koji mogu utjecati na prilagodbu osoba s oštećenjem vida, kao što su osobine ličnosti osobe oštećena vida. Također, bilo bi korisno detaljnije ispitati razlike u depresivnosti i zadovoljstvu životom između osoba oštećena vida i osoba koje posjeduju zdravi vid, kako bi se vidjelo da li su potrebne specifičnije intervencije u svrhu poboljšanja prilagodbe osoba sa oštećenjima vida.

### **Zaključak**

Ovo istraživanje je provedeno na uzorku slijepih i slabovidnih osoba. Sudjelovale su ukupno 94 osobe, 50 osoba muškog i 44 osoba ženskog spola. Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati odnos socio-demografskih karakteristika, optimizma i pesimizma, samopoštovanja te socijalne podrške s depresivnošću i zadovoljstvom životom kod slijepih i slabovidnih osoba. Prema očekivanom, pokazalo se da postoji značajna pozitivna povezanost između zadovoljstva životom i stupnja obrazovanja, socio-ekonomskog statusa, socijalne podrške, optimizma i samopoštovanja, dok je s druge strane zadovoljstvo životom značajno negativno povezano sa pesimizmom i depresijom. Nadalje, kao što se i očekivalo, depresivnost je negativno povezana sa stupnjem obrazovanja, optimizmom, dimenzijama samopoštovanja i socijalnom podrškom, a pozitivno sa pesimizmom. Djelomično je potvrđena druga hipoteza u smislu da su se neke sociodemografske i osobne varijable pokazale značajnim prediktorima depresivnosti. Suprotno očekivanjima, pokazalo se da socijalna podrška, uz kontrolu sociodemografskim i osobnim varijabli ne doprinosi objašnjenju depresivnosti. Treća hipoteza također je djelomično potvrđena u smislu da su se osobne i socijalne varijable pokazale kao prediktori zadovoljstva životom, dok se, suprotno očekivanjima, sociodemografske varijable nisu pokazale značajnima.

## Literatura

- Acton, G. J. (1994). Well-Being as a Concept for Theory, Practice and Research. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 11, 1-26.
- Argyle, M. (1997). Is Happiness a Cause of Health?. *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bromberger, J.T. i Matthews, K.A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and Aging*, 11 (2), 207-213.
- Carver, C. S. i Scheier, M. F. (1999). Optimism. U: Snyder, C.R. (Ur.): *Coping: The Psychology of What Works*. 182-204. New York: Oxford University Press.
- Chang, E., Maydeu-Olivares, A. i D'Zurilla, T. (1997). Optimism and pessimism as partially independent Constructs: relationship to positive and Negative affectivity and psychological Well-being. *Personality and Individual Differences*, 23 (3), 433- 440.
- Cheng, H. i Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34 (6), 921-942.
- Cimarolli, V. i Wang, S. (2006). Differences in social support among employed and unemployed adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100 (9), 1-20.
- Cimarolli, V. i Boerner, K. (2005). Social Support and Well-being in Adults Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99 (9), 1-23.
- Cohen, I. i Cohen, P. (1975). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. New York. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stres, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-358.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self esteem*. San Francisco: Freeman.
- Hayman, K. J., Kerse N. M., La Grow, S.J., Wouldes, T., Robertson, C. i Campbell, J. (2007). Depression in Older People: Visual Impairment and Subjective Ratings of Health. *Optometry and Vision Science*, 84 (11), 1024-1030.
- Hrvatski savez slijepih (2010). *Zapošljavanje slijepih osoba*. Zagreb: Hrvatski savez slijepih.
- Hudek – Knežević, J. (1994). Obilježja ličnosti, biološki spol i percepcija socijalne podrške

- kao korelati. *Godišnjak Odsjeka za psihologiju*, 3, 47-56.
- Kef, S. i Deković, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27, 453–466.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Leung, B., Moneta, G. i McBride-Chang, C. (2005). Think positively and feel positively: optimism and life satisfaction. *Aging and human development*, 61(4), 335-365.
- Leutar, Z., Štambuk, A. i Rusac, S. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku*, 14 (4), 327-346.
- Mason, M. i Rieser, R. (1994). *Altogether Better*. London: Comic relief.
- Melin, R., Fugl-Meyer, K. i Fugl-Meyer A. (2003). Life satisfaction in 18- to 64-year-old swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *Rehabilitation Medicine*, 35, 84–90.
- Miech, R.A. i Shanahan, M.J. (2000). Socioeconomic Status and Depression Over the Life Course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 162-176.
- Mirčeta, M. (2008). *Sociodemografske osobine, socijalna podrška, zadovoljstvo životom i odnos prema smrti starih osoba*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Monroe, S. M. (1983). Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect. *American Journal of Community Psychology*, 11, 81-97.
- O'Donnell, C. (2005). The Greatest Generation Meets Its Greatest Challenge: Vision Loss and Depression in Older Adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 99 (4), 1-23.
- Orth, U., Roberts, B. i Robins, R. (2008). Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (3), 695–708.
- Palmore, E. i Luikart, C. (1972). Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 13 (1), 68-80.
- Peirce, R. (2000). A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression, and Alcohol Use. *Health Psychology*, 19 (1), 28-38.
- Penezić, Z. (2002). Skala optimizma-pesimizma (O-P skala), U: K. Lacković-Grgin, A. Proroković, V. Čubela, Z. Penezić (Ur.) *Zbirka psiholoških skala i upitnika*, Zadar, Filozofski fakultet, 15-17.

- Penezić, Z. (2002). Skala zadovoljstva životom, U: K. Lacković-Grgin, A. Proroković, V. Čubela, Z. Penezić (Ur.) *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, Zadar, Filozofski fakultet, 20-22.
- Pinquart, M. i Sorensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C., Pedersen, N., Nesselroade, J. i McClearn, G. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13 (8), 921–930.
- Reinhardt, J. (1996). The Importance of Friendship and Family Support in Adaptation to Chronic Vision Impairment. *Journal of Gerontology*, 5 (5), 268-278.
- Rush, A. J., Carmody, T. i Reimitz, P. E. (2000). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and self-report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9, 45-59.
- Schroevers, M., Ranchor, A. i Sanderman R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine*, 57, 375–385.
- Sowislo, J. F. i Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 213–240.
- Stančić, V., Tonković, F. i Zovko, G. (1979). Profesionalna integracija slijepih. Zagreb: Fakultet za defektologiju.
- Stančić, V. (1991). *Oštećenja vida: biopsihosocijalni aspekti*. Zagreb: Školska knjiga.
- Stice, E., Ragan, J. i Randall, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (1), 155-159.
- Šalković, Ž. (2011). *Broj slijepih osoba u Hrvatskoj*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet u Zagrebu.
- Šućur, Z. (1999). *Bračna i obiteljska situacija starih slijepih osoba u Hrvatskoj*. Zagreb: Studijski centar socijalnog rada.
- Tonković, F. (2003). *I sami slijepi za slijepe*. Zagreb: Hrvatski savez slijepih.
- Werner Wahl, H., Schilling, O., Oswald, F. i Heyl, V. (1999). Psychosocial Consequences of Age-Related Visual Impairment: Comparison With Mobility-Impaired Older Adults and Long-Term Outcome. *Journal of Gerontology*, 54 (5), 304-316.