



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

ALEKSANDRA TEREK

POVEZANOST PERCEPCIJE VASPITNIH STILOVA RODITELJA I
DEPRESIJE KOD MLADIH
MASTER RAD

NIKŠIĆ, 2022.



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

ALEKSANDRA TEREK

POVEZANOST PERCEPCIJE VASPITNIH STILOVA RODITELJA I
DEPRESIJE KOD MLADIH
MASTER RAD

NIKŠIĆ, 2022.

PODACI I INFORMACIJE O STUDENTU

Ime i prezime: Aleksandra Terek

Datum i mjesto rođenja: 06.11.1998, Kotor

Naziv završenog osnovnog studijskog programa i godina završetka studija: Studijski program
Psihologija, 2019/20.

INFORMACIJE O MASTER RADU

Naziv master studija: Psihologija

Naslov rada: Povezanost vaspitnih stilova roditelja i depresije kod mladih

Fakultet na kojem je rad odbranjen: Filozofski fakultet UCG

UDK, OCJENA I ODBRANA MASTER RADA

Datum prijave master rada:

Datum sjednice Vijeća na kojoj je prihvaćena tema:

Mentor: Dr Bojana Miletić

Komisija za ocjenu i odbranu master rada: Dr Bojana Miletić

Prof. dr Milica Drobac – Pavićević

Dr Helena Rosandić

Lektor: Bojana Dragić

Datum odbrane:

Datum promocije:

IZJAVA O AUTORSTVU

Kandidat: Aleksandra Terek

Na osnovu člana 22 Zakona o akademskom integritetu (Sl.list CG br. 17/2019), ja, dolje potpisana

IZJAVLJUJEM

pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću da je master rad pod nazivom „Povezanost vaspitnih stilova roditelja i depresije kod mladih “ rezultat sopstvenog istraživačkog rada, da nisam kršila autorska prava i koristila intelentualnu svojinu drugih lica i da je navedeni rad moje originalno djelo.

Nikšić, (datum)

Potpis studenta

Predgovor

Zahvaljujem se mentorki Bojani Miletić koja mi je pomogla da ispoljim sebe kroz istraživački rad, a posebnu zahvalnost dugujem i drugim članicama komisije, profesoricama Milici Drobac – Pavićević i Heleni Rosandić, koje su tu da podrže odbranu rada i da posvjedoče početak nove epohe u mom životu. Zahvaljujem i ostalim profesorima koji su, uz navedene, najbolje od sebe davali da prenesu znanje, kako bih došla gdje jesam. Hvala i svima koji će pročitati ovaj rad i onima koji su povezani sa istim.

Inspiraciju za ovo istraživanje pružili su mi divni ljudi u mom životu, koji su ukazali na značaj porodice i koji su mi pružali ljubav u svim trenucima, u kojima su imali priliku. Svojoj porodici i najbližim ljudima dugujem najveću zahvalnost za pružanje podrške i razumjevanja kako tokom pisanja ovog rada, tako i kroz život,

Hvala svima!

Sažetak

Istraživanje je sprovedeno sa ciljem utvrđivanja odnosa između vaspitnih stilova i mentalnih bolesti kod mladih. Osim toga, pokušano je da se doprinese čitavoj naučnoj zajednici kroz prikaz dobijenih rezultata i pruži podstrek za novim istraživanjima i praktičnim implikacijama. Učesnici istraživanja su bili anonimne osobe, od 18 do 24 godine, koji su imali mogućnost dobijanja povratnih informacija. Vršilo se online putem, preko Google Forms-a. Korišteni instrumenti su socio-demografski upitnik, Skala percipiranih vaspitnih stilova, Skala depresije, anksioznosti i stresa, Inventar mentalnog zdravlja i Skala zadovoljstva životom. Rezultati dobijeni ovim analizama su ukazali da postoji povezanost između vaspitnih stilova i navedenih varijabli, a posebno u domenu afektivnih dimenzija svakog vaspitnog stila. Pokazano je da hladni vaspitni stil može biti prediktor depresije, anksioznosti, ali i mentalnog zdravlja. Predlozi su da se isti fenomen istraži i u kliničkoj populaciji i preusmjeri naučna zajednica ka formiranju i implementaciji novih projekata koji će učiti roditelje o vaspitnim stilovima, mentalnim bolestima, ali i vršiti prevenciju depresije.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, depresija, anksioznost, stres, zadovoljstvo životom, vaspitni stilovi, mladi

Naučno polje: Psihologija

Abstract

The research was conducted with the aim of determining the relationship between parenting styles and mental illnesses among young people. In addition, an attempt was made to contribute to the entire scientific community through the presentation of the obtained results and provide an incentive for new research and practical implications. Research participants were anonymous persons, aged 18. to 24. years, who had the opportunity to receive feedback. The research was constructed online, through the Google Forms. The instruments used are the Socio-Demographic Questionnaire, the Perceived Parenting Styles Scale, the Depression, Anxiety and Stress Scale, the Short Mental Health Questionnaire and the Life Satisfaction Scale. The results obtained from these analyzes indicated that there is a connection between parenting styles and the mentioned variables, especially in the domain of affective dimensions of each parenting style. It has been shown that a cold parenting style can be a predictor of depression, anxiety, and mental health. The proposals are to investigate the same phenomenon in the clinical population and redirect the scientific community towards the formation and implementation of new projects that will teach parents about parenting styles, mental illnesses, but also prevent depression.

Key words: mental health, depression, anxiety, stress, life satisfaction, educational styles, youth

Scientific field: Psychology

Sadržaj

Sažetak.....	6
Abstract	7
Uvod.....	10
Roditeljski stilovi	11
Percipirani roditeljski stilovi	15
Mentalno zdravlje	16
Stres	18
Anksioznost.....	19
Depresija	20
Zadovoljstvo životom	23
Ciljevi i problemi istraživanja	25
Hipoteze istraživanja	25
Metod.....	27
Uzorak.....	27
Instrumenti	27
Postupak prikupljanja podataka	32
Rezultati.....	33
Karakteristike ispitanika	33
Percipirani vaspitni stilovi ispitanika	36

Depresija, anksioznost i stres kod ispitanika	38
Mentalno zdravlje ispitanika	38
Zadovoljstvo životom kod ispitanika	38
Povezanost percipiranih vaspitnih stilova roditelja sa aspektima mentalnog zdravlja.....	39
Provjera prediktivnosti percipiranih vaspitnih stilova.....	41
Diskusija	48
Zaključak	50
Literatura	51
Prilozi	62
Prilog 1.....	62
Prilog 2.....	63
Prilog 3.....	66
Prilog 4.....	68
Prilog 5.....	69

Uvod

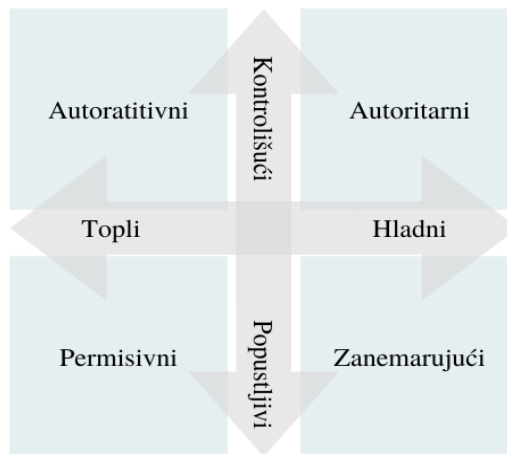
Ljudi ne posmatraju podjednako svijet, tako da djeca ne posmatraju stavove, djela i stilove vaspitanja kao roditelji (Kodžopeljić, 2009). Radi sistematskog ispitivanja vaspitnih stilova, bilo je potrebno napraviti klasifikaciju. Najpoznatija podjela je na: autoritativni, autoritarni, permisivni i zanemarujući (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983; Cooper, Lindsay & Nye, 2000). Istraživači smatraju da razlikovanje vaspitnih stilova dolazi iz različitih razloga, među kojima su: sredina, kultura, genetika, ličnost, okolnosti i slično (Martin, Halverson, Wampler, & Hollett-Wright, 1991). Novija istraživanja ukazuju da vaspitni stilovi imaju posljedice na depresiju i cjelokupno mentalno zdravlje mladih. Značaj ovakvih istraživanja je u tome što mogu da iskoriste dobijene podatke i usmjere ih na prevenciju navedenih pojava i jačanju kapaciteta prevladavanja. (Wolfradt, Hempel & Miles, 2003). Brojna istraživanja ukazuju koeficijente opadanja zdravlja u sferi psihološkog funkcionisanja kod mladih i značaj stigmatizacije u neadekvatnoj prevenciji i pristupu liječenja mentalnih bolesti (Uji et al, 2014; Huang et al, 2019; Inguglia Costa, Ingoglia, Cuzzocrea & Liga, 2020). Postoji vjerovatnoća da i sama percepcija vaspitnih stilova, pored ostalih efekata među kojima su: buka, užurban život, neadekvatne povezanosti i razumjevanja među ljudima, može doprinijeti ovim fenomenima u ljudskom blagostanju (Evans, 2003; Rutter, 2005).

Pored ovoga, utvrđuje se prediktivnost roditeljskih stilova kod anksioznosti, koja djeluje kao neizostavna pojava, ili komorbiditet uz druge bolesti ili stanja, kod velikog broja ljudi (Di Nardo & Barlow, 1990). Mehanizmi prevladavanja su načini i tehnike kojima se ljudi bore protiv stresa, na dugoročnom planu i protiv mentalnih oboljenja (Gustems-Carnicer & Calderon, 2013), a postoje neki dokazi koji utvrđuju da djeca, upravo mehanizme odbrane i sam stres, doživljavaju u zavisnosti od roditelja (Powdthavee & Vignoles, 2007) i da je vaspitni stil povezan sa kompletnim mentalnim blagostanjem kod djece (Almeida, Wethington & Chandler, 1999).

Time se utiče i na sam osjećaj zadovoljstva životom, što je poprilično subjektivna mjera i na nju utiču mnoge stvari, poput socio-ekonomskog statusa, zdravlja i okoline, gdje postoje dokazi da određene mentalne bolesti utiču kako na kvalitet života, tako i na osjećaj zadovoljstva životom (Ash & Huebner, 1998; Gilman & Huebner, 2003; Proctor, Liney & Maltby, 2008). Uz to, postoje neki dokazi da postoji povezanost i sa roditeljskim pristupima i osjećajem zadovoljstva životom (Grossman & Rowat, 1995; Chen, 2014).

Roditeljski stilovi

Istraživanja porodičnih odnosa prema djetetu uglavnom su se bazirala na porodicama koje su pripadale srednjoj klasi i glavni fokus je bio na utvrđivanje veze odnosa roditelja i ishoda dječijeg ponašanja (Power, 2013). Istraživači (Baldwin, 1948; Sears, 1957; Becker, 1962) su najprije utvrdili da postoji mnoštvo oblika ponašanja koje su nazivali raznim imenima, među kojima su ljubav, podrška, hostilnost, strogoća, ohrabrenjenje, sigurnost i razumijevanje. Utvrđeno je da je tumačenje ovih ponašanja mnogo lakše kada se grupišu u klasere, posebno prilikom utvrđivanja povezanosti sa ishodima dječijih vaspitanja. Iz toga je proisteklo da se formiraju dimenzije roditeljskih vaspitanja, koje su sadržale načine ophođenja prema djeci. Problem je nastao, u tome što istraživači nisu bili saglasni oko toga koliko ima dimenzija u vaspitnom pristupu. Dosadašnja istraživanja (Hughes, Power, Orlet – Fisher, Mueller, Nicklas, 2004; Power, 2013) upućuju da su se, u gotovom svakom istraživačkom postupku, izdvojile tri dimenzije, gdje se čak dvije odnose na roditeljsku kontrolu. Prva dimenzija kontrole se odnosi na strogo, čvrsto i često kritičko ponašanje, dok se druga dimenzija kontrole odnosi na podstrek autonomne kontrole samog djeteta. Treća dimenzija se odnosi na roditeljsku podršku djetetu. Iz toga slijedi formiranje dvije dimenzije, koje se odnose na roditeljske zahtjeve i odgovornost. Zahtjevnost se odnosi na stepen u kojem roditelji kontrolišu svoje dijete, a odgovornost se odnosi na nivo topline i osjetljivosti roditelja prema njihovom djetetu. Nivoi se gradiraju od potpune strogoće, kod dimenzije zahtjevnost, do potpune popustljivosti, kod dimenzije odgovornost. Ovi uvidi su nadahnuli mnoge istraživače ka smjeru istraživanja roditeljskih odnosa sa djecom i daljim utvrđivanjima pristupa roditeljstvu (Power, 2013). Primjer su istraživanja Dijane Baumrind koja je uvidjela značaj afektivnih i kontrolnih dimenzija, koje je formirala u tri, a kasnije i četiri roditeljska stila (Maccoby & Martin, 1983). Ovo istraživanje će se baviti proučavanjem dimenzija vaspitnih stilova, zbog činjenice da istraživanja pokazuju da su afektivne dimenzije povezane sa karakteristikama mentalnog zdravlja. Prema teoriji Dijane Baumrind (Baumrind, 1967) postoje tri roditeljska stila: autoritativni, autoritarni i permisivni. Naknadna istraživanja utvrđuju još jedan, a to je zanemarujući stil (Maccoby & Martin, 1983). U slici 1, dat je prikaz kombinacija vaspitnih stilova i dimenzija koji se koriste u ovom istraživanju.



Slika 1: Grafički prikaz vaspitnih stilova i dimenzija koji ih sačinjavaju

Autoritativni roditeljski stil označava visoku toplinu i kontrolu roditelja prema djetetu. Roditelj ima jasno postavljene granice u komunikaciji i vaspitavanju djeteta, ali opet mu omogućava da raste i razvija se onako kako dijete smatra da je pravilno, uz monitoring djeteta (Baumrind, 1967). Drugi naziv ovog vaspitnog stila je demokratski stil, jer omogućava djetetu da slobodno iskazuje svoje emocije i stavove, a sa druge strane pruža mu i adekvatne granice koje pokušava da mu na najbolji način opravda. Statistika pokazuje da djeca, čiji roditelji imaju autoritativni vaspitni stil, su najčešće orijentisana na ishode, pružaju razumjevanje drugim ljudima oko sebe, imaju sigurnu vezanost sa drugim ljudima i više su nezavisna.

Autoritarni vaspitni stil opisuje stroge roditelje koji kontrolišu dijete i postavljaju jako čvrste i nesalomljive granice. Dijete u takvom režimu odrastanja preuzima svoju ulogu koja je dodjeljena od roditelja i kasnije se teško odvajaju od iste (Baumrind, 1967). Drugačije se poznaje kao stil koji se zasniva na disciplini, jer roditelji koriste kazne kako bi kontrolisali ponašanje djeteta. Tok komunikacije je uglavnom od strane roditelja ka djetetu, gdje dijete uči da ne iskazuje svoje emocije. Statistika pokazuje da se kod ove djece javljaju viši nivoi nezadovoljstva, nesigurnosti, osjećaja neadekvatnosti, rizičnih ponašanja i problema sa mentalnim zdravljem.

Permisivni stil prikazuje roditelje koji su jako topli prema djetetu, ali im ne postavljaju granice. Maloj djeci, dok sazrijevaju je potrebno da znaju koje su njihove granice i pomalo da ih pomjeraju (Baumrind, 1967). Ukoliko granice ne postoje, pored fizičkih problema koje mogu nanijeti sebi i

drugima, postoje i psihički, posebno u formiranju ličnosti i psihijatrijskih oboljenja (Baumrind, 1967). Ovaj stil se drugačije zove popustljiv, razlog za to je što roditelji ne umiju da postavljaju granice djeci, čineći njihovu sliku svijeta nerealnom. Problemi koji se javljaju kod ove djece su slaba samokontrola, kršenje pravila/zakona, egocentrične tendencije i problemi u socijalnim, romantičnim, prijateljskim i porodičnim odnosima.

Zanemarujući vaspitni stil prikazuje roditelje koji ne postavljaju granice djeci, a koji nisu ni topli prema njima. To ostavlja dijete da bude samo i da se snalazi od malih nogu onako kako misli da je najbolje za njega ili nju. Predviđanja nisu najbolja u tim slučajevima, sa obzirom da nemali broj djece čiji roditelji su praktikovali ovakvu vrstu vaspitanja, su vršila rizično-društvena ponašanja koja, najprije nisu dobra po njih same, a ni po društvo u kojima žive (Maccoby & Martin, 1983). Roditelji koji praktikuju ovakvu emocionalnu klimu se drugačije zovu neuključeni. Ovi roditelji ostvaruju niske skorove na dimenzijama odgovornosti i zahtjevnosti. Oni nisu uključeni u razvoj svoje djece. Ovaj vaspitni stil se susreće sa najnegativnijim ishodima, počevši od lošije samokontrole, negativne self slike, neadekvatne emocionalne regulacije, nesigurne afektivne vezanosti, više društveno-rizičnih ponašanja i emocionalno-mentalnih problema, kao i viši stepen suicidalnosti kod adolescenata.

Roditelji uglavnom djeci žele samo najbolje i na svoj način im pokušavaju pomoći da izgrade svoju ličnost. Zbog toga se razlikuju vaspitni stilovi od vaspitnih praksi. Prvo se odnosi na emocionalnu klimu i kontrolu u kojoj roditelji odgajaju svoju djecu, dok vaspitna praksa se odnosi na specifične radnje koje se vrši radi odgoja djeteta. Iako roditelji primjenjuju različite akcije usmjerene ka djeci, oni ne moraju imati iste vaspitne stilove, a djetetovi ishodi zavise od mnoštvo faktora, među kojima su: temperament, razvojni stadijum, kultura, religija, društvo i drugi. Pregledno istraživanje (Power, 2013) ukazuje da nalazi pokazuju da je ishod kod djece prouzrokovan mnogim faktorima, a ne samo vaspitnim stilovima, ali ne postoji nijedno istraživanje u kojem je utvrđen negativan efekat autoritativnog vaspitnog stila, naspram ostalih. Precizirajući priču, ista istraživanja utvrđuju da visok nivo kontrole, koja je usmjerena ka čvrstim granicama i distanci roditelja i djeteta, dovode do viših nivoa depresivnosti i različitih drugih problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih. Samim tim, oni postoje i kod veza sa drugim ljudima, gdje osoba može osjećati sigurnost ili anksioznost u odnosu sa drugom osobom, bez obzira da li se

govori o prijateljskom, romantičnom ili porodičnom odnosu (Stefanović – Stanojević, Mihić i Hanak, 2012).

Vaspitni stilovi se mogu shvatiti kao emocionalni izraz ponašanja roditelja, kojima usmjeravaju djecu ka sigurnim ili nesigurnim obrascima u odnosima sa ljudima. Sigurni i nesigurni obrasci su najbolje opisani kroz teoriju afektivne vezanosti. Afektivna vezanost je termin koji je upotrijebio Bolbi za njegovu teoriju, koja opisuje dječiji razvoj vezanosti i kasnijeg vezivanja za druge osobe (Stefanović – Stanojević i saradnici, 2012). Ono što neka istraživanja ukazuju jeste da roditelji čiji su stilovi vaspitavanja hladni i veoma ograničavajući, ali i oni koji su često nedosljedni u svojim stilovima stvaraju nesigurne obrasce afektivne vezanosti (Stefanović – Stanojević i saradnici, 2012). Bolbi je smatrao da se obrasci stvaraju kao zaštitni faktor između djeteta i objekta vezanosti, što je najčešće majka. Ako to uzmemo u obzir, pa prenesemo kod starije djece koja prepoznaju načine funkcionisanja njihovih roditelja, ukoliko su granice previše čvrste, a roditelj sam po sebi hladan prema djetetu, dijete gubi osjećaj sigurnosti kod roditelja i možda ima strah da mu ispriča neki događaj (Stefanović – Stanojević i saradnici, 2012). Suprotno, kod roditelja koji su veoma permisivni, granice ne postoje ili su veoma krhke, dijete ne razumije da vanjski svijet ne funkcioniše kao njegova porodica i može da vrši određene radnje, bez razumijevanja socijalnih normi i ponašanja (Stefanović – Stanojević i saradnici, 2012). Kasnije, u zavisnosti od tipa afektivne vezanosti, djeca dobijaju nesvjesni odgovor na svoj self i razvijaju odnose sa drugim ljudima po istim principima, u smislu sigurnih i nesigurnih obrazaca vezanosti (Stefanović – Stanojević i saradnici, 2012). Razlozi zbog kojih se vaspitni stilovi razlikuju su mnogobrojni, a među njima je socio-ekonomski status, kultura, broj članova porodice, ličnost roditelja, obrazovanje roditelja, ali i religioznost članova (Martin et al, 1991). Većina istraživanja (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983, Power, 2013) pokazuju da najidealniji roditeljski stil karakterišu visoki nivoi topline i kontrole, međutim, druga istraživanja ukazuju da je i to zavisno od konteksta u kojima se istraživanja odvijaju (Hoskins, 2014).

Percipirani roditeljski stilovi

Djeca razmišljaju, istražuju i donose zaključke, gotovo isto, a opet drugačije nego odrasle osobe. Razlike su u činjenici da djeca svojim rastom i razvijanjem grade osnove za dalji život i funkcionisanje. Opšte je poznato da, djeca ne moraju percipirati vaspitni stil jednako kao što ga percipiraju roditelji (Kodžopeljić, 2009). Svojim iskustvima se stvara znanje, kojim se dalje hoda kroz život. Postoje uvidi i znanja koja svi ljudi dijele, jer su objektivna i često su fizičkih dimenzija. Međutim, ukoliko pričamo o nekim nijansama boja, doživljajima umjetničkih djela ili nekim naučnim zaključcima, često može doći do nesuglasica. Uzroci se mogu naći u okruženju, iskustvima sa drugim ljudima, trenutnom emocionalnom stanju i mnogim drugim. Nezahvalno je pokušati promijeniti nečije uvide ili doživljaje, potrebno je razumjeti zbog čega je došlo do njih.

Istraživanja razvoja djece pokazuju da postoje neki modeli teorija koji mogu objasniti pojave određenih obilježja, poput Pijažeove teorije kognitivnog razvoja, koja govori da postoje četiri stadijuma u intelektualnom razvoju svake osobe: senzomotorni, preoperacionalni, stadijum konkretnih i formalnih operacija (Piaget, 1964). Kako i sami nazivi ovih stadijuma govore, djeca ne shvataju svijet podjednako, to zavisi od razvojnog stadijuma u koji se nalaze. Najprije, razlika između prva tri stadijuma i četvrtog jeste što Pijaže smatra da dijete od 12. godine prevazilazi dječiji egocentrizam i počinje da sagledava stvari iz svoje i tuđe perspektive (Piaget, 1964), ono počinje da shvata objektivne odnose i da svako biće ima drugačiju, ličnu perspektivu aktuelnih događanja. Djeca svakim novim iskustvom uče nove stvari i time stvaraju nove kognitivne šeme procesima akomodacije i asimilacije (Prior & Gerard, 2007). Proces akomodacije i asimilacije označavaju adaptaciju i kognitivno rekonstruisanje stvari iz stvarnog života (Prior & Gerard, 2007). Preciznije, akomodacija podrazumjeva da osoba mijenja lične kognitivne konstrukcije, tako da odgovaraju objektu iz stvarnog života, dok proces asimilacije za cilj ima postavljanje objekta, iz sredine, u okviru svojih kognitivnih konstrukcija (Prior & Gerard, 2007). Da bi ti procesi uspješno bili sprovedeni, potrebna je pomoć roditelja, jer u zavisnosti od stila roditeljstva, dijete osjeća da li može da testira svoje hipoteze o svijetu i da sprovodi svakodnevna istraživanja, ili u potpunosti mora da se osloni na roditelje u tome (Bailey, Silvern, Brabham & Ross, 2004). Dijete na ovaj način uči, ne samo kako da pristupi novim stvarima u životu, već kako da se izbori sa nepredvidljivim problemima, socijalnim i fizičkim situacijama (Bailey et al, 2004). Ovo nesumnjivo ide u prilog činjenici da opažanje stila roditelja je povezano sa opažanjem svijeta, ali i sa samim pristupom svijetu (Metsäpelto & Pulkkinen, 2002).

Pored navedene teorije, popularna je i teorija Lava Vigotskog čiji doprinos i dalje raste u razvojnoj psihologiji. On me je najprije govorio o uticaju koji imaju socijalna i kulturna pozadina na učenje, pored onog individualnog koji nosimo u sebi (Vygotsky, 1978). Slijedeći to saznanje, djeca prvo uče u domu u kojem odrastaju prihvatajući navike, običaje i učenja roditelja, a zatim drugih odraslih (Tekin, 2011). Iz toga se može pretpostaviti dalji uticaj percepcije roditeljskih stilova na samo dijete koje raste i razvija se kao posebna i integrisana individua (Rieber & Robinson, 2004). On je vezu sredine sa učenjem pokazao svojim teorijskim konstruktom koji je nazvao Zona Narednog Razvoja (Tekin, 2011). Postoje četiri zone razvoja djetetovog individualnog razvoja, koje je definisao kao distancu između nivoa djeteta gdje može samo da riješi situacijski problem i nivoa gdje ga rješava uz pomoć odraslih i druge djece (Vygotsky, 1978; Tekin, 2011).

Razmatrajući Pijažea i Vigotskog, možemo razumjeti da čovjek gradi identitet zahvaljujući mnogim okolnim stvarima koje su ga okruživale, dok je bio dijete, ali isto tako, da iste stvari različita djeca različito posmatraju (Hoskins, 2014). Ovaj kratki uvid omogućava da se prihvati da ono što roditelji čine iz najbolje namjere prema svom djetetu, to isto dijete ne mora tako da posmatra tu radnju i čak štaviše, dva siblinga u porodici mogu iste radnje različito da tumače i da dođe do suprotnih ishoda u izgradnji ličnosti i kasnijem životu tih osoba (Hoskins, 2014).

Mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje je koncept koji ima mnogo definicija. Jedna od definicija opisuje da mentalno zdravlje ukazuje da je osoba sposobna da funkcioniše u društvu, uspješno prevladava stres i ostvaruje lične potencijale (WHO, 2001). Problem ove definicije je to što ne uzima u obzir emocionalne, situacione i intelektualne faktore koji utiču na mentalno zdravlje, kao i to da se mentalno zdravlje shvata kao nešto konstatno i podrazumjevano (Manwell et al, 2015). Ono što se često zaboravlja, prema Svjetskoj Zdrastvenoj Organizaciji, je da mentalno i fizičko zdravlje zajedno čine punu definiciju zdravlja, a to je da je zdravlje potpuno psiho-fizičko blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti (WHO, 2001). Mentalno zdravlje se mjenja kroz život u odnosu na fazu razvoja i na način na koji tretiramo sebe, ali i u odnosu na način na koji nas drugi tretiraju (Huber et al, 2011). Zavisi od ličnog osjećaja vrijednosti, fizičkog zdravlja, emocionalnog stanja i odnosa sa drugim ljudima (Manwell et al, 2015). U istraživanju Manvela i saradnika (Manwell et al, 2015), ukazano je da ljudi nisu zadovoljni sa standardnim definicijama mentalnog zdravlja i smatraju da

djelovi definicija, posebno, *način adaptacije i upravljanja sobom* najbolje predstavljaju mentalno zdravlje. Kao i mnoge druge stvari, uče se načini zaštite svog zdravlja, a postoje određeni dokazi da djeca uče prateći svoje modele (Bandura & Walters, 1977). Ti modeli najčešće jesu roditelji koji se staraju o djeci. Iz toga slijedi, da načini na koje djeca uče da brinu o sebi, svojim emocijama i svom mentalnom zdravlju, takođe može da zavisi upravo od roditelja (Huang et al, 2019). Načini na koje djeca opažaju roditeljsku kontrolu imaju direktnu vezu sa mentalnim zdravljem (Huang et al, 2019). Rezultati istraživanja vršenog u Kini su pokazali da djeca čiji roditelji imaju topli vaspitni stil, uz visoku kontrolu imaju najočuvanije mentalno zdravlje, naspram djece koja su niže kontrolisana (Huang et al, 2019). Jako je bitno u ovom istraživanju uzeti i kontekstualni faktor u obzir, jer se predlaže balans u edukaciji djece, kontrole roditelja i individualnosti svakog djeteta (Huang et al, 2019). Pored toga, važno je uzeti i razvojne faktore u obzir prilikom procjene kako roditeljskih stilova, tako i mentalnog zdravlja, posebno kada se govori o njihovoj povezanosti (Kodžopeljić, 2009). Razlog tome je činjenica da djeca u pubertetu iz drugačijeg ugla posmatraju roditeljski stil, naspram djece koja izlaze iz puberteta (Gauvain & Huard, 1999). Tokom čitavog života gradi se ličnost, međutim u tom periodu djeca se nalaze u krizi, to je osnovna odlika puberteta i tu se javljaju određeni mentalni problemi (Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen & Rimpelä, 2003). U ovoj studiji se utvrdila veza između emocionalnih problema u ranom pubertetu i mentalnih bolesti koje se pojavljuju u adolescenciji (Kaltiala-Heino et al, 2003). Jedno istraživanje pokazuje da djevojčice češće pate od mentalnih problema nego dječaci i da su u pitanju poremećaji ishrane, poremećaji raspoloženja, tjelesne dismorfije, anksioznost, zavisnost kao i neke akcije, poput samopovrijeđivanja, mjenjanja ishrane i slično (Patalay, & Fitzsimons, 2018). Pored toga se ukazuje da, veoma visoki nivoi roditeljske kontrole je negativan prediktor mentalnog zdravlja, međutim ovi nalazi ne govore da roditeljske kontrole ne treba da bude, čak naprotiv, već da bude u nekim razumnim granicama (Fardouly, Magson, Johnco, Oar & Rapee, 2018).

Stres

Stres je psihološki, fiziološki ili biološki odgovor organizma na uticaje spoljašnje sredine (Levine, 2005). Uticaji spoljašnje sredine se obično nazivaju stresorima (Levine, 2005) i oni narušavaju homeostazu organizma (Chrousos, 2009). Stresori mogu biti emocionalni ili fizički, a homeostaza se može povratiti određenim načinima kojim naš organizam prevladava trenutni stres (Chrousos, 2009). Mehanizmi homeostaze imaju stereotipan način rješavanja stresa, koji izgleda kao naopaki *U* grafik (Chrousos, 2009), prikazuje nivo građenja stresa, počevši od najnižeg nivoa, dostizanjem najvišeg nivoa, a zatim spuštanjem, dostiže ponovo homeostazu (Griffin, Charron, Al – Daccak, 2014). Stres je direktno povezan sa nekim fizičkim oboljenjima poput koronarnih oboljenja, gastritisa, alergije, migrene i drugih vrsta bolova (Chrousos, 2009). Međutim, stres izaziva i psihičke probleme, posebno ukoliko se javlja često i intenzivno (Levine, 2005). Može se povezati sa negativnom slikom o sebi (Terjestam, Jouper, Johansson, 2010), anksioznošću (Basowitz, Persky, Korchin, Grinker, 1955), depresijom (Hammen, 2005), sindromom sagorjevanja i na kraju posttraumatskim stresnim poremećajem čiji je direktan uzročnik (Restauri & Sheridan, 2020). Kada se govori o stresu, važno je navesti i da postoje dvije vrste: distres i eustres (McGowan, Gardner & Fletcher, 2006). Prateći navedenu krivulju, u skladu sa vrstama stresa, možemo i pretpostaviti ishod istog (Chrousos, 2009), prema tome, svaka vrsta stresa može da dovede u bolest i predstavlja skok unazad, dok god se osoba uspješno ne izbori sa istim, ili predstavlja novo učenje, novi način prevladavanja situacije i preuzimanje kontrole nad situacijom (McGowan et al, 2006; Merino, Vallellano, Oliver & Mateo, 2021). Proučavanjem stresa je utvrđeno da su roditeljski stilovi povezani sa zdravljem djeteta (Kaltiala-Heino et al, 2003; Huang et al, 2019). Jedno istraživanje stresa govori da su visoki nivoi distresa roditelja prediktori blagostanja djeteta (Almeida et al, 1999). Pokazano je da su svađe u bračnim odnosima povezane sa emocionalnim stanjima kod djece, a posebno da je duplo jači prenos stresa od strane očeva, nego od strane majki (Almeida et al, 1999). Pored toga, u longitudinalnoj studiji se utvrdilo da postoji transgeneracijski prenos stresa između roditelja i djeteta, a sve to je povezano sa cjelokupnim mentalnim zdravljem djeteta i ima posljedice u budućnosti (Powdthavee & Vignoles, 2007). Što se tiče načina prevladavanja stresa, utvrđene su povezanosti između roditelja i pojave stresa kod djece, ali i u različitim uspješnostima prevladavanja kod dječaka i djevojčica (Almeida et al, 1999). Postoji mnogo razloga za to, koji mogu biti kulturalni, ali mogu biti i razlike u odgajanju dječaka i

djevojčica, kao i različito poimanje lokusa kontrole između dječaka i djevojčica (Cole & Sapp, 1988; Powdthavee & Vignoles, 2007).

Anksioznost

Anksioznost je stanje napetosti koje izaziva unutrašnji nemir, a ispoljava se kroz emocije, ponašanje i misli (Davison, Blankstein, Flett & Neale, 2008). Kao i stres, prirodno je povremeno osjećati anksioznost, to ljudi najčešće definišu stanjem strepnje, treme ili osjećaja neizvjesnosti (Miceli & Catelfranchi, 2005). Međutim, kod nekih ljudi, taj osjećaj se ne gasi i oni se konstantno tako osjećaju. To osjećanje može da utiče i na kvalitet njihovog života, konkretno sna, jer vrlo često dolazi do fenomena kojeg nove generacije zovu *overthinking*, gdje osoba ne može da kontroliše svoje misli i svoj organizam navodi na stanje straha, neizvjesnosti ili tuge (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001; Miceli & Castelfranchi, 2005; Chand & Marwanha, 2022). Kada se to prečesto događa, osobe mogu razviti i generalizovan anksiozni poremećaj, koji karakterišu jači i češći simptomi anksioznosti (Seligman et al, 2001). Osobe koje pate od anksioznosti, uglavnom imaju određen strah i to često može biti strah od smrti ili bolesti. U tom slučaju one, pretjerano brzo dišu, čime podižu nivo otkucaja srca, koji obično često mjere i koji se posredstvom autonomnog nervnog sistema povisuje, jer ih organizam upućuje da je osoba u stanju opasnosti, koje u realnosti nema (Cosci, Fava & Sonino, 2015). Osim što utiču direktno na svoj krvotok, osobe koje pate od anksioznosti često imaju i psihosomatske bolesti, gdje psiha utiče na razvoj fizičkih oštećenja u organizmu i kojoj se kao glavni razlog navodi anksioznost (Chand & Marwanha, 2022) koja, pored navedenog, može da utiče na ostale segmenta života i odnosa sa ljudima (Chand & Marwanha, 2022). Anksioznost se smatra osnovom emocija, bez obzira da li se posmatra kao pripremanje za napad ili akcije usmjerene ka rješavanju određenih situacija, jer budi ostale emocije (Chorpita & Barlow, 1998). Ona je u komorbiditetu sa mnogim drugim bolestima, gotovo da ne postoje psihički poremećaji koje ne karakteriše anksioznost, dok sa druge strane ona može biti i sama, kao izolovani poremećaj (Di Nardo & Barlow, 1990). Bolje se može opisati kroz primjer sa depresijom, gdje se teško mogu naći poremećaji raspoloženja, koji u sebi ne sadrže barem neke simptome anksioznosti, dok sa druge strane, anksioznost ne mora imati depresivnu simptomatologiju (Di Nardo & Barlow, 1990).

Uzroci anksioznosti se mogu tražiti u djetinjstvu i u odnosima sa roditelja, afektivnoj vezanosti, emocionalnoj stabilnosti, zdravlju, interakcijama sa društvom i okolinom, sredinom u kojoj osoba živi, kulturom i mnogim drugim faktorima (Chorpita & Barlow, 1998). Ispitivanje odnosa sa roditeljima, posebno majkama, utvrđeno je da visoka kontrola, a niska toplina roditelja ukazuje na više nivoe anksioznosti, kako kod djece, tako i kod adolescenata (Wolfradt et al, 2003). Roditeljima koji imaju visoka očekivanja od svoje djece, sa nekonzistentnim roditeljskim stilom, uz visoku kontrolu, djeca imaju više nivoe anksioznosti, posebno u vrijeme ispita, naspram djece koja imaju podržavajuće roditelje (Thergaonkar & Wadkar, 2007). U skladu sa tim, neki autori (Stagener, 1994) preporučuju da roditeljsko prihvatanje djece, vraća osjećaj kontrole i snage u životu i samim tim smanjuje osjećaje anksioznosti, posebno u turbulentnim periodima kao što su ispiti.

Depresija

Depresija se klasifikuje kao bolest raspoloženja, ona utiče na misli, ponašanje, motivaciju, emocije i zdravlje uopšte (De Zwart, Jeronimus & De Jonge, 2019). Simptomi depresije se ispoljavaju lošijom koncentracijom, slabijim pamćenjem, povlačenjem iz socijalnih situacija i aktivnosti (Paykel, 2008), umanjenim seksualnim nagonom (Phillips & Slaughter, 2000), nesanicom, glavoboljom (Nutt, Wilson & Paterson, 2008), problemima sa gastrointestinalnim traktom, smanjenjem ili uvećanjem kilaže, kao i poremećajima u ishrani (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999), razmišljanjem o smrti ili suicidalnim ideacijama (Lo, Kwok, Yeung, Low & Tam, 2017) i najteži simptom je suicid (Lo et al, 2017). Pored toga, jedan od simptoma, koji bi najdetaljnije mogao da opiše depresiju je anhedonija (Gilbert, 2007). Anhedonija predstavlja umanjenje interesovanja, ili nedostatak uživanja u stvarima koje su ranije donosile radost kod osobe koja pati (Gilbert, 2007). Depresija je često u komorbiditetu sa drugim bolestima, kako psihičkim, tako i fizičkim, a simptom je kod bipolarnog poremećaja raspoloženja (Gilbert, 2007). Veoma je važno razlikovati depresiju od depresivnosti, jer postoje okolnosti u kojima je normalno osjećati tugu, nezainteresovanje i neraspoloženje, međutim osnovna razlika je u dužini trajanja simptoma (Gilbert, 2007). Uticaji na stanje depresije mogu biti vanjski, poput akcidentalnih kriza, ali mogu biti i unutrašnji, poput hormonskog poremećaja (Gilbert, 2007). Prije epidemije COVID-19 depresija je bila, provučena kroz suicid, treći vodeći uzrok smrti u svijetu (Jiaquan et al, 2010). Smatra se da na svaki počinjen suicid, prethodi 20 pokušaja (WHO, 2021). Broj izvršenih suicida je viši kod muškaraca nego kod žena, dok više žena prijavi pokušaj naspram

muškaraca (Stevovic & Vodopic, 2017). Prema podacima Svjetske Zdrastvene Organizacije, Crna Gora se nalazi u listi zemalja sa visokom stopom suicida (WHO, 2021). Muškarci češće počinjavaju suicid vatrenim oružjem ili vješanjem, dok žene čine trovanjem, ali variraju u zavisnosti od zemlje do zemlje i kontinenta do kontinenta (Stevovic & Vodopic, 2017). Faktori rizika za suicid, pored mentalnih poremećaja, uključujući i depresiju, su: genetika, kultura, zloupotreba lijekova, socijalno-ekonomske okolnosti, porodične okolnosti, genetika, traume i drugi (Lo et al, 2017). Razumijevajući način funkcionisanja genetike, depresija se može razumijeti kao i naslijedna bolest u određenom stepenu. Kao i afektivni stilovi vezanosti, načini ophođenja prema drugima i sebi su takođe transgeneracijski prenosivi (Stefanović - Stanojević, 2012). Iako se genetika najbolje povezuje u porodičnom kontekstu, ona nije jedini porodični faktor koji utiče na njen razvoj. Tu se dublje može pričati o različitim vrstama nasilja koje članovi porodice proživljavaju, a djeca, osim što tome svjedoče, oni su i žrtve. Naravno, nužno ne mora doći ni do kakvog opipljivog i fizičkog nasilja kako bi ono zaista i postojalo. Djeca često pounutravaju odnose oko njih i egocentrizmom, uspijevaju da povežu situacije sa njihovom ličnošću, što, između ostalog, se može desiti u slučaju razvoda braka djetetovih roditelja. Osim toga, rizična ponašanja roditelja dovode do simptoma depresije kod djece, a posebno kod adolescenata, pod tim se konkretno misli kod situacija kada članovi porodice zloupotrijebljavaju psihoaktivne supstance poput alkohola, a ostali članovi porodice pravdaju te načine ponašanja i trpe posljedice istih. Pored toga, različiti poremećaji ličnosti takođe mogu da utiču na djetetov osjećaj depresivnosti. Antisocijalni, narcisoidni, granični i depresivni poremećaji ličnosti dovode do osjećanja manje vrijednosti kod djeteta, osjećanja nedovoljne kompetetnosti, osjećaja neuspjeha, slabije bliskosti sa roditeljima, lošijeg odnosa sa društvom, a često i sama osoba ima poremećaj ličnosti u komorbiditetu sa depresijom ili depresivnošću. Načini prevencije podrazumjevaju odlazak na terapiju i ranu dijagnostiku depresije i otežan pristup do oružja kojim se suicid može počinuti, poput zabrana korišćenja vatrenih oružja ili zakona o prodaji određenih lijekova (Lo et al, 2017). Drugi načini su prepoznavanje znakova depresije, razmijeti da je svaki pokušaj suicida poziv u pomoć (WHO, 2021). Pored toga, mjenjanje lokusa kontrole (Large, 2022), odlazak na psihoterapiju, adekvatno konzumiranje lijekova prepisanih od psihijatra (Mehlum et al, 2006), rad na sebi i razrješavanje konflikta, kako sa porodicom, tako i sa okolinom u kojoj se nalazi osoba, promjena sistema u državi i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba najprije, a kasnije i pokušaj zadovoljavanja ostalih potreba (Large, 2022). Smatra se da potreba osjećanja pripadnosti i osjećaja

razumjevanja jesu jedne od najbitnijih i da mogu da izvrše prevenciju suicida (Hatcher & Stubbersfield, 2013). Te potrebe se najprije zadovoljavaju u ranom djetinjstvu, a zavise i od roditeljskih stilova. (Wolfradt et al, 2003). Depresija pogađa i odrasle i mlade, međutim simptomi mogu da se razlikuju, a samim tim i da se brže primjete. Depresija kod mladih se može odraziti zbog (ne)uspjeha u školi, pritiska roditelja i prijatelja, tjelesne dismorfije i mnogih faktora koji u periodu mladosti djeluju jače nego u starijim godinama (Romm & Metzger, 2018). Iako je prirodno da se ljudi i mladi nekad osjećaju tužno ili neraspoloženo, kod nekih je to dublje i češće prisutno i to se tada treba tretirati kao simptom (De Zwart et al, 2019). Od svih slučajeva depresije, najčešće se javlja upravo u grupi mladih od 18 do 29 godina. Razlozi tome mogu biti mnogobrojni: odlazak od porodice, nove obaveze, brak, trudnoća, susret sa smrću bliskih osoba, prestanak druženja sa nekim osobama, nedostatak novca, gubitak sigurnosti i mnogi drugi (Lo et al, 2017; Stevović i Vodotopić, 2017; Romm & Metzger, 2018). Treba uzeti u obzir, da se sve osobe susreću sa razvojnim krizama, a te razvojne krize su najprimjetnije upravo u tim godinama, zbog navedenih razloga (Lo et al, 2017). Da veza između stresnog života i neoptimalnog ekonomskog stanja povećava mogućnost depresije, suicidalnih ideacija ili suicida ukazalo je jedno istraživanje (Li et al, 2021), koje za uzrok sagleda nedostatak podrške, slabije koping mehanizme, jer suicid se rijeđe može zadesiti u društvima i porodicama koje njeguju socijalnu koheziju (Li et al, 2021). Generalno pričajući, ovo se može svesti i na porodice, jer u porodicama u kojima neko pati od mentalnih bolesti, često se može primjetiti da su izolovane i da nisu socijalno kohezivne, a razlozi tome su stigma i strah (Lo et al, 2017). Utvrđeno je da mladi koji počine suicid, uglavnom žive u nefunkcionalnim porodicama (Stevović i Vodotopić, 2017), čime se i potvrđuje prethodno rečeno, a samim tim je i pronađena veza između suicidalnih ideacija i roditeljskih stilova (Lo et al, 2017). Roditeljski stilovi koji se ispoljavaju hladnim i ograničavajućim pristupom, pored toga što produbljuju misli o smrti, povezuju se i sa internalizacijom odbacivanja ljudi od sebe i negativnijom self slikom (Romm & Metzger, 2018). Ovakav način vaspitavanja dovodi do toga da se dijete ne osjeća lijepo u svojoj koži, da strepi od mogućnosti grešaka koje može da učini i da se zbog toga osjeća udaljenijim od društva. Zbog toga, može imati problema kako sa profesorima u školi, tako i sa roditeljima kući, jer ne mogu doći do zajedničkog odgovora, a dijete se osjeća kao da ga niko ne razumije i time samo potkrepljuje odbacivanje ljudi od sebe (Romm & Metzger, 2018). Zbog toga je mnogo bolje njegovati stil u kojim će roditelji postavljati granice djetetu, ali će mu pružati toplinu i prihvatiti ga sa greškama koje napravi i kao što naredno istraživanje nalaže,

autoritativan stil je povezan sa boljom slikom sebe kod mladih, ali i sa višim stepenom samoefikasnosti (Laboviti, 2015). U skladu sa predloženim istraživanjima, mogu se povezati vaspitni stilovi Dijane Baumrind (1967; Maccoby & Martin, 1983) gdje se pokazuje da najviše stepene depresivnosti upravo imaju dimenzije koje se iskazuju hladnim i popustljivim pristupima. Utvrđuje se da autoritaran stil ima najviše nivoe depresivnosti, distance od drugih, osjećajem neuspjeha, nezadovoljstvom, lošijom self slikom i suicidom, dok se kod zanemarujućeg stila javljaju egocentrične tendencije koje su povezane sa razvojem odnosa sa drugim ljudima. Osoba se može osjećati distancirano od drugih i kao da drugi nemaju razumjevanja za nju, upravo zbog tog nerealnog pogleda na svijet (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983). Zbog osjećaja emocionalne nestabilnosti i slabije emocionalne regulative, koja može rezultirati impulsivnošću, a samim tim i suicidalnim ideacijama i suicidom. Ove osobe, traže osjećaj sigurnosti koje ne dobijaju od roditelja, pa pribjegavaju bilo kome ko to može da pruži, što najčešće rezultira bijegom ka društveno-rizičnim ponašanjima. To se može sagledavati kao vapaj za pomoć, jer i kritika je dobijanje pažnje, koju oni, u ovom slučaju i ne dobijaju, uradili nešto dobro ili ne. Kad se sagledaju sve te činjenice, nije ni čudo da je gotovo svaka bolest u komorbiditetu sa depresijom (Li et al, 2017). Osim toga, kombinujući ova dva pristupa, primjećuje se da hladne dimenzije u kombinacijama i sa popustljivim i sa kontrolišućim dimenzijama, ne predviđaju sliku srećnog i zadovoljnog djeteta, dok bilo koje kombinacije sa toplim stilom to mogu da pruže.

Zadovoljstvo životom

Iako zadovoljstvo životom se može shvatiti na mnogo različitih načina, u ovom istraživanju se posmatra kroz pogled subjektivnog zadovoljstva sopstvenim životom (Proctor et al 2008). Zadovoljstvo životom je mjera kojom neko opisuje opšte segmente svog života i nije mjera *sreće*, iako neki autori izjednačavaju ova dva pojma (Proctor et al, 2008). Istraživanja su ukazala da postoji povezanost između zadovoljstva životom, osjećajem sreće i uspjeha u životu, a kada je zadovoljstvo nisko, ukazana je povezanost zadovoljstva i depresije i tuge (Diener & Diener, 1995). Ovaj termin je počeo da se istražuje razvojem pozitivne psihologije, čiji su teoretičari počeli proučavati osjećanje sreće kod ljudi (Gilman & Huebner, 2003; Proctor et al, 2008). Nalazi ukazuju da mnoštvo sredinskih faktora mogu biti prediktori zadovoljstva životom, najprije demografske varijable. Odnosno, postoji povezanost između socio-ekonomskog statusa i osjećaja

zadovoljstva životom (Ash & Huebner, 1998; Ash & Huebner, 2001). Druga istraživanja zadovoljstva životom nadovezuju se na crte ličnosti, koje razvijamo tokom života, i na genetiku, koju dobijamo od roditelja, pri čemu je utvrđeno da ekstraverzija utiče na osjećaj sreće i zadovoljstva životom, dok je neuroticizam povezan sa javljanjem depresivnosti (Argyle & Lu, 1990; Proctor et al, 2008). U kros-kulturalnoj studiji je utvrđeno, da je osjećaj zadovoljstva životom povezan sa višim samopouzdanjem (Diener & Diener, 1995), a došlo je i do istih zaključaka kod djece i adolescenata (Proctor et al, 2008). Što se tiče osjećaja stresa u životu i praćenja osjećaja zadovoljstva, dokazalo se da povišenje stresa u kratkom periodu, dovodi do nižeg zadovoljstva i slabijeg psihološkog funkcionisanjem (Langeveld, Koot & Passchier, 1999).

Istraživanjem osjećaja zadovoljstva i porodičnog statusa kod djece nailazi se na različite rezultate (Proctor et al, 2008). Neko generalno iskustvo ukazuje da roditeljski razvod kod adolescenata dovodi do slabijeg mentalnog zdravlja i samim tim osjećaja zadovoljstva životom (kod djece koja imaju visok socio-ekonomski status), ali neuključenost roditelja u život te djece, doprinosi još jači negativni efekat, nego sam razvod (Grossman & Rowat, 1995). Istraživanja ukazuju, da su situacije gdje: dijete živi u domaćinstvu sa širom rodbinom, ljudima koji nisu rodbina poput gubernanata, isključivo sa očevima ili sa majkom i drugim odraslim osobama, negativno povezane sa opštim osjećajem zadovoljstva kod adolescenata i djece (Zullig, Valois, Huebner & Drane, 2005). Što se tiče studija koje ispituju osjećaj zadovoljstva životom i posjedovanje braće i sestara ukazuje da sibirni nisu značajno povezani sa osjećajem zadovoljstva i da se djeca jedinci ne razlikuju od ostale djece koja imaju braću i sestre (Veenhoven & Verkuyten, 1989). Posebno važan dio je podrška roditelja djeci i osjećaj zadovoljstva životom, gdje se utvrđuje važan doprinos očeva kod sreće i zadovoljstva adolescenata, kada su uključeni u njihov život i kada imaju pristupačan roditeljski stil (Proctor et al, 2008, Chen 2014). Pored ovoga, ukazano je da uključenost očeva povezana sa poboljšanim mentalnim zdravljem, umanjnim antisocijalnim ponašanjem, višim intelektualnim razvojem i unutrašnjim lokusom kontrole (Amato, 1994). Istraživanjem percipiranih vaspitnih stilova i osjećaja zadovoljstva životom, dolazi se do zaključka koji preporučuje da su stilovi, koji omogućavaju djeci i adolescentima da se slobodno izjašnjavaju i da znaju da će biti voljeni i prihvaćeni, pozitivno povezani sa osjećanjem zadovoljstva života, dok u obrnutom kontekstu nisu. Prema tome, zaključuje se da autoritativni roditeljski stil može biti prediktor osjećanja sveukupnog zadovoljstva životom (Chen, 2014). Istraživanja pokazuju da se osjećaj zadovoljstva mijenja ljudskim razvojem, međutim može se pronaći veza između depresije,

anksioznosti i samopouzdanja i ove procjene. Visok osjećaj zadovoljstva životom označava niže stepene depresije i anksioznosti, ali visoke samopouzdanja (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian & Brähler, 2010).

Ciljevi i problemi istraživanja

Motivacija za istraživanje u ovom polju je shvatanje da su roditeljski pristupi značajan faktor kod zdravlje djece. Istraživanja u prošlosti su se fokusirala najviše na tipove vezanosti, u kontekstu socijalizacije kod djece, međutim, neophodno je i osvrnuti se na samu individuu i razumjeti razvojne konflikte i probleme kroz koje djeca i adolescenti prolaze, kako to utiče na njih i na njihovo zdravlje (Feng, Zhang & Zhong, 2021). Od značaja je i upoznati javnost sa podacima ovakvih istraživanja, kako bi stručnjaci, roditelji, i mladi mogli da vide dobijene rezultate i budu upoznati sa prosječnim stanjem mentalnog zdravlja u populaciji, kako bi se mogli potruditi da isto unaprijede. Naučni cilj i sama svrha istraživanja je da se unaprijedi naučno i teorijsko znanje u ovoj oblasti. Sam cilj ovog istraživanja je utvrđivanje i ispitivanje veza između roditeljskih stilova i mentalnog zdravlja, odnosno simptoma depresije kod mladih. Pored depresije kod mladih, ispitiće se veza između percipiranih vaspitnih stilova i anksioznosti, stresa i samoprocjene zadovoljstva životom

Hipoteze istraživanja

Istraživačka pitanja:

1. Da li postoji povezanost percipiranih vaspitnih stilova i mentalnog zdravlja, depresije, anksioznosti i stresa?
2. Da li percipirani vaspitni stil može biti dobar prediktor depresije?
3. Da li postoji povezanost percipiranih vaspitnih stilova i procjene zadovoljstva životom?

Hipoteze:

H1: U skladu sa prethodnim istraživanjima, očekuje se povezanost između percipiranog vaspitnog stila i mentalnog zdravlja (Wolfradt et al, 2003; Huang et al, 2019).

H1a: Hladni i ograničavajući stilovi će biti negativno povezani sa mentalnim zdravljem (Wolfradt et al, 2003; Huang et al, 2019).

H1b: Topli i popustljivi stilovi će biti statistički značajno pozitivno povezani sa mentalnim zdravljem (Wolfradt et al, 2003; Huang et al, 2019).

H2: Na osnovu prethodnih istraživanja (Laboviti, 2015; Inguglia et al, 2020), očekuje se statistički značajna povezanost između percipiranih vaspitnih stilova i depresije, anksioznosti i stresa.

H2a: Hladni i ograničavajući stilovi će biti statistički značajno pozitivno povezani sa depresijom, anksioznošću i stresom (Laboviti, 2015; Inguglia et al, 2020).

H2b: Topli i popustljivi stilovi će biti statistički značajno negativno povezani sa navedenim. (Laboviti, 2015; Inguglia et al, 2020).

H3: Na osnovu prethodnih istraživanja, pretpostavljamo da percipirani vaspitni stilovi mogu biti statistički značajan prediktor depresije kod mladih (Beutel et al, 2010; Chen, 2014; Laboviti, 2015; Lo et al, 2017; Romm & Metzger, 2018).

H3a: U skladu sa prethodnim istraživanjima, očekuje se da će hladni i ograničavajući stilovi biti prediktori pozitivnog karaktera depresije kod mladih (Lo et al, 2017; Romm & Metzger, 2018)

H3b: Pretpostavlja se, na osnovu sprovedenih istraživanja, da će topli i ograničavajući vaspitni stil biti prediktori negativnog karaktera depresije kod mladih (Chen, 2014; Lo et al, 2017).

H4: Zaključujući na osnovu prethodnih istraživanja, očekuje se statistički značajna povezanost između percipiranih vaspitnih stilova i procjene zadovoljstva životom (Beutel et al, 2010; Chen, 2014).

H4a: Hladni i ograničavajući stil će biti statistički značajno negativno povezani sa procjenom zadovoljstva životom (Beutel et al, 2010; Chen, 2014).

H4b: Topli i popustljivi stil će biti statistički značajno pozitivno povezani sa procjenom zadovoljstva životom (Beutel et al, 2010; Chen, 2014).

Metod

Uzorak

Uzorak sačinjavaju mladi uzrasta 18 – 24 godine, sa područja Crne Gore. Uzorak ukupno čini 456 osoba, pri čemu 50% ženskih i 50% muških ispitanika. 55.5% uzorka živi u južnoj regiji, 30.9% u centralnoj, 13.6% u sjevernoj regiji Crne Gore. Uzorak je prikupljan online putem prilikom čega nisu sakupljane mejl adrese, osim u slučajevima kad ih ispitanici popune. Sakupljao se djeljenjem linka, prilikom čega autor nije imao mogućnost kontrole ispitanika, pri čemu se uzorak klasifikuje kao prigodni.

Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja koristio se upitnik koji se sakupljao podatke o sociodemografskim podacima ispitanika, Upitnik o percepciji vaspitnih stilova roditelja (*VS*), Skala depresije, anksioznosti i stresa (*DASS – 42*), Inventar mentalnog zdravlja 5 (*MHI – 5*) i Skala zadovoljstva životom (*LS*).

Socio-demografski upitnik

Ovaj upitnik služi za prikupljanje opštih podataka o ispitanicima. Sadrži deset pitanja koja ukazuju na ispitanikove odgovore: o saglasnosti za učestvovanjem, polu, dobu, osobama sa kojima živi, završenim stepenom školovanja, podacima o zaposlenosti ispitanika, završenom stepenom školovanja roditelja, ličnoj procjeni socio-ekonomskog statusa i potvrdi o ličnim povratnim informacijama. Mogućnosti za odgovore su varirali u zavisnosti od postavljenog pitanja. Kompletan upitnik je postavljen u prilogu (Prilog 1). Opciju za povratne informacije je odabralo 150 ispitanika, od kojih je 140 unijelo adekvatne kontakt informacije i dobilo povratnu informaciju o svojim odgovorima na temu mentalnog zdravlja.

Upitnik o vaspitnim stilovima roditelja (VS)

VS skala je nastala kao odgovor na Baumrindovu teoriju o roditeljskim stilovima (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983; Kodžopeljić, 2009). Ovaj instrument mjeri afektivne i kontrolne dimenzije koje se kombinuju i daju uvid u četiri vaspitna stila: toplo – ograničavajući, toplo – popustljiv, hladno – ograničavajući i hladno – popustljiv (Kodžopeljić, 2009). U skladu sa današnjim shvatanjem roditeljskih stilova, prateći starija istraživanja, primjećuje se da se ove komponente slažu sa prvobitnom raspodjelom roditeljskih stilova: autoritativni, permisivni, autoritarni i zanemarujući (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983). Skala ima četiri faktora koja mjere posebno svaki navedeni stil, prilikom čega svaki stil mjeri po 11 pitanja. Pitanja koja mjere topli stil su pod rednim brojem: 3, 5, 13, 18, 20, 25, 27, 29, 34, 41 i 43. Za hladan vaspitni stil se mogu naći pod rednim brojem: 2, 7, 11, 17, 21, 23, 26, 35, 37, 40, 42, za popustljiv vaspitni stil: 1, 4, 8, 10, 15, 22, 28, 31, 33, 36, 38. I za ograničavajući vaspitni stil se nalaze pod rednim brojem: 6, 9, 12, 14, 16, 19, 24, 30, 32, 39, 44 (Kodžopeljić, 2009). Svi ajtemi se mogu naći u prilogima (Prilog 2). Dakle, upitnik ukupno ima 44 pitanja po roditelju, što broji 88 pitanja. Odgovori su mjereni Likertovim tipom skale, sa mogućnošću odgovora od 1 – 5, gdje 1 označava u potpunosti se ne odnosi na mene, 5 u potpunosti se odnosi na mene (Kodžopeljić, 2009). Minimalan skor po stilu može biti 11, dok maksimalni može biti 55 (Kodžopeljić, 2009). Pouzdanost ovog instrumenta je vrlo visoka i upućuje da sigurnost u korišćenju ovog instrumenta, mjerena je za svaki stil posebno i na alfa nivou iznosi za topli stil 0,93; za hladni stil 0,91; za popustljiv stil 0,86 i za ograničavajući 0,86 (Kodžopeljić, 2009). Što se tiče drugih metrijskih karakteristika ovog instrumenta utvđene su polne razlike, gdje ženski ispitanici svoje roditelje procjenjuju toplijima, nego muški i zbog toga su izrađene standardizovane norme za ženske i muške ispitanike (Kodžopeljić, 2009). Postoji mogućnost dobijanja istih skorova za stilove na istim dimenzijama, takav uvid može da ukaže da roditelji u ponašanju imaju nedosljednosti (Kodžopeljić, 2009).

Skala depresije, anksioznosti i stresa

Lovibond i Lovibond (Lovibond & Lovibond, 1995) su razvili skalu depresivnost, anksioznosti i stresa, kao odgovor na teškoće u razgraničavanju ove tri pojave. Oni smatraju da je neophodno razlikovati ova tri pojma, ali čak i ukoliko postoji sličnost, ona se pronalazi u uzrocima, a ne u njihovim reakcijama (Lovibond & Lovibond, 1995). Skala služi za mjerenje depresivnosti, anksioznosti i stresa adolescenata i punoljetnih osoba, a autori naglašavaju da je osjetljiva na uzorak koji ima navršениh 12 godina pa nadalje (Lovibond & Lovibond, 1995). Instrument se sastoji od tri skale koje čine: depresija, koju objašnjavaju simptomima beznadežnosti, apatije, obezvrijeđivanja, disforije i gubljenje interesovanja; anksioznost, koja se opisuje situacijskom anksioznosti, u smislu arauzalom autonomnog nervnog sistema; i stres, koji se prikazuje kao hronična nespecifična pobuđenost, uznemirenost, teškoće sa opuštanjem, nestrpljenjem i slično (Lovibond & Lovibond, 1995). Svaka skala ima 14 pitanja, prema čemu, ukupno ima 42 pitanja. Ispitanici odgovaraju zaokruživanjem skale Likertovog tipa od 0 do 3, gdje 0 označava uopšte se ne odnosi na mene, a 3 u potpunosti se odnosi na mene (Lovibond & Lovibond, 1995). Ukupan rezultat se sabira po subskalama (Lovibond & Lovibond, 1995). Ajtemi koji se odnose na depresiju nalaze se pod rednim brojem: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42; za anksioznost: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41 i za stress: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Sva pitanja se mogu vidjeti u priložima (Prilog 3). Prvobitne metrijske karakteristike testa su pokazale pouzdanost sve tri skale pojedinačno, pri čemu depresija je iznosila 0,71, anksioznost 0,79 i stress 0,81 (Lovibond & Lovibond, 1995). U hrvatskoj adaptaciji ovog instrumenta pouzdanost je bila približna onoj koju su dostigli Lovibond i Lovibond (Lovibond & Lovibond, 1995; Ercegovac i Penezić, 2012), koji su uspjeli da izvrše standardizaciju ovog testa na hrvatskom govornom području (Ercegovac i Penezić, 2012). Što se tiče tumačenja ovog testa, Lovibond i Lovibond (Lovibond & Lovibond, 1995) preporučuju pet kategorija: normalne, blago povišene, umjereno povišene, povišene i izrazito povišene vrijednosti (Lovibond & Lovibond, 1995). Za tumačenje se koriste percentilni pragovi, koji se nalaze na 78., 87., 95., 98. percentilu. Dakle, granični pragovi su skorovi: ispod 32 se smatraju adekvatnim, od 32 do 36 blago povišenim, od 36 do 39 umjereno povišenim, 39 – 41 povišenim i 41 – 42 izrazito povišenim (Ercegovac i Penezić, 2012). Treba napomenuti da ovaj instrument ne služi za dijagnostiku mentalnih bolesti, već je osjetljiv na javljanje istih (Ercegovac i Penezić, 2012).

Inventar mentalnog zdravlja

U ovom istraživanju se koristi kraća verzija inventara mentalnog zdravlja MHI – 5 (Berwick, Murphy, Goldman, Ware, Barsky & Weinstein, 1991; Davies, Sherbourne, Peterson & Ware, 1988; Slišković, 2020) koji je nastao kao odgovor na već stvoren duži inventar (Mental Health Inventory – 38 - MHI – 38) koji ima 6 subskala i 38 pitanja (Ware & Sherbourne, 1992; Slišković, 2020). Zbog dužine MHI – 38, autori su stvorili i kraću verziju koja je korelirala sa originalnom u vrijednosti 0,95 (Berwick et al, 1991; Slišković, 2020). Zbog visoke korelacije, ovaj upitnik počinje da se koristi van kliničkih uslova, u istraživačke svrhe (Berwick et al, 1991). Istraživanja ovog instrumenta pokazuju da je osjetljiv na depresivne, afektivne i anksiozne poremećaje (Berwick et al, 1991). U istraživanju se koristi hrvatska verzija instrumenta koja je standardizovana u toj zemlji (Maslić - Seršić i Vuletić, 2006; Slišković, 2020). Ovaj upitnik sadrži pet pitanja koja mjere opšte mentalno zdravlje, ispitanici procjenjuju učestalost ajtema u posljednjih mjesec dana (Slišković i Penzić, 2017; Slišković, 2020). Pitanja ovog upitnika se mogu vidjeti u prilogima (Prilog 4). Skala procjenjivanja je Likertovog tipa od 1 do 6, gdje 1 označava stalno, a 6 nikad. Čestice 2 i 5 se obrnuto mjere pri čemu je 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2 i 6=1 (Slišković i Penezić, 2017; Slišković, 2020). Postoji više načina sabiranja rezultata; jedan od načina je jednostavno sabrati sve skorove, gdje bi najniži rezultat bio 5, a najviši 30 (Slišković, 2020). Način koji je korišten u ovom istraživanju je zbrajanje skorova i oduzimanje od broja 30, zatim množenje sa brojem 4 i sabiranje sa 100. Pri čemu je najniži rezultat 0, a najviši 100 (Slišković i Penezić, 2017; Slišković, 2020). Za ovaj instrument se smatra da ima jednofaktorsku strukturu i da tumači opšte mentalno zdravlje (Slišković i Penezić, 2017; Slišković, 2020). Pouzdanost ovog modela se vrši na tri načina, pouzdanost kod muških ispitanika, pouzdanost kod ženskih i pouzdanost čitavog uzorka, pri čemu je pouzdanost bila poprilično visoka u sva tri slučaja (Slišković i Penezić, 2017; Slišković, 2020). Pouzdanost muških je 0,82, ženskih 0,84, a ukupna 0,83 (Slišković i Penezić, 2017; Slišković, 2020). Tumačenje ovog upitnika se ogleda u posmatranju procenata mentalnog zdravlja, u rasponu od 0 – 100, prilikom čega 0 je izrazito loše mentalno zdravlje, a 100% veoma dobro. Tumačenje funkcioniše na sledećem principu: 0 – 20 je loše, 21 – 40 umjereno loše, 41 – 60 osrednje, 61 – 80 vrlo dobro i 81 – 100 odlično mentalno zdravlje.

Skala zadovoljstva životom

Zadovoljstvo životom se procjenjuje kroz subjektivnu evaluaciju cjelokupnog života ispitanika, a procjenjuje se kognitivnom evaluacijom preko zadanog instrumenta (Penezić, 2002). Skala je nastala kao spoj četiri druge skale: Larsenovom skalom zadovoljstva života (Larsen, Diener & Emmons, 1985), Bezinovićeve skalom opšteg zadovoljstva (Bezinović, 1988), kao i Grobovim skalama pozitivnih stavova prema životu (Grob, 1995) i uživanja u životu (Grob, 1995). Skala sadrži 20 ajtema, preuzetih iz navedenih skala i to iz Larsenove je preuzeto 5 ajtema (Larsen et al, 1985), iz Bezinovićeve 7 (Bezinović, 1988), od Grobove skale pozitivnih stavova prema životu 5 i iz skale uživanja u životu 3 (Grob, 1995; Penezić, 2002). Ajtemi se procjenjuju Likertovom skalom od 1 do 5, pri čemu 1 označava uopšte se ne slažem, a 5 u potpunosti se slažem. Posljednja tri pitanja se procjenjuju takođe, istim principom sa tim da 1 označava nikada se nije dogodilo, 2 – rijetko mi se to događa, 3 – to mi se događa i ne događa, 4 – često mi se to događa i 5 – uvijek mi se to događa (Penezić, 1996). Ajtem broj 10 i 11 se obrnuto boduju. Rezultati se dobijaju sabiranjem svih odgovora i kreću od 20 do 100, pri čemu viši rezultat označava više zadovoljstvo (Penezić, 1996). Čitav upitnik se može vidjeti u prilogima (Prilog 5). Iz ranijih radova Penezića, utvrđilo se da ovaj instrument ima jednofaktorsku strukturu (Penezić, 1996). Pouzdanost ovog instrumenta je pokazala vrlo visoke nivoe od čak 0,93, dok u kasnijim istraživanjima se kretala 0,85 – 0,95 (Penezić, 1999).

Statistički postupci

U istraživanju će se koristiti Pirsonov model korelacije, Spirmanov model korelacije i multipla regresiona analiza. U prilogima će biti prikazani korišteni instrumenti. Nezavisne varijable u ovom istraživanju su socio-demografski upitnik i vaspitni stilovi roditelja, a zavisne su mentalno zdravlje, depresija, anksioznost, stres i zadovoljstvo životom. Nezavisne varijable kod vaspitnih stilova se mjere mjerenjem jačine svakog pristupa vaspitanju kod svakog ispitanika ponaosob, one su topli, hladni, popustljivi i ograničavajući pristupi i mjere se kvantitativnim putem, gdje se numerički ispoljava nivo ili jačina slaganja sa tvrdnjom iz upitnika.

Postupak prikupljanja podataka

Postupak se vodio na taj način što je *Google Forms* link djeljen društvenim mrežama i ispunjavao se online putem. Na prvoj strani kompletnog testa, nalazilo se obavještenje o ispitivanju gdje su ispitanici mogli da pronađu informacije koje su potrebne za popunjavanje upitnika, kao i kontakt podatak autora. Bilo je navedeno da se imejl adrese ne sakupljaju i da ispitanici mogu ostati anonimni ukoliko to žele, koje su svrhe istraživanja, kao i da vrijeme potrebno da se popuni upitnik varira od 15 – 35 minuta. Ispitanicima je ukazano da ne postoje tačni i netačni odgovori, te da će njihovi odgovori biti upotrebljivani za naučne svrhe i zamoljeni su da odgovaraju iskreno.

Rezultati

Ovim istraživanjem je ispitano 456 ispitanika koji žive u Crnoj Gori, koji se nalaze između 18 i 24 godine. Upitnik je bio otvoren 13 dana za popunjavanje, nakon čega je zatvoreno sakupljanje podataka uz obavještenje svima koji uđu u link, koji vodi formularu za popunjavanje.

Karakteristike ispitanika

Instrument za prikupljanje socio-demografskih podataka je popunilo 456 ljudi, gdje je najniži uzrast 18, a najviši 24 godina. Prosječna starost ispitanika je bila 21,76 (uz standardnu grešku SD 1.90). Najveći broj ispitanika je bio u starosnoj dobi od 24 godine i to 23,7%, zatim 22. godine 19,1%, slijedi 23 godine 18,2%, zatim 21 godina 11,8%, ispitanika, 20 godina čini 10,3 % ispitanika, 19 godina čini 10.1% a 18 godina čini 6.9%. Jednak broj muškaraca i žena je učestvovao u ispitivanju, bilo ih je po 228, koji čine 50% uzorka po polu. U tabeli 1 je prikazan broj ispitanika po regijama, gdje se vidi da je najviše ispitanika iz južne regije Crne Gore. Zbog prigodnosti uzorka nije pokušano da se izjednači broj po regiji stanovanja.

Tabela 1.

Regija u kojoj žive ispitanici

	Frekvencije	Procenti
Sjeverna regija	62	13.6%
Centralna regija	141	30.9%
Južna regija	253	55.5%

U tabeli 2 je dat prikaz sa kim žive ispitanici ovog istraživanja, gdje se utvrdilo da najveći broj ispitanika živi sa roditeljima. A pokazuje se da je to i najznačajniji primjer u ovom uzorku jer je procenat ispitanika koji žive sa roditeljima 13 puta viši naspram sledeće mogućnosti, koja iznosi samo 6.4%, a to su ispitanici koji žive sa partnerom.

Tabela 2.

Utvrđivanje osoba sa kojima ispitanik živi

	Frekvencije	Procenti
Sa roditeljima	359	78,7%
Sa partnerom/partnerkom	29	6,4%
U kolektivnom smještaju	5	1,1%
Sa cimerom/cimerkom	13	2.9%
Sam/a	41	9%
Ostalo	9	1.9%

U tabeli 3 je pružen prikaz završenog nivoa obrazovanja kod ispitanika. Utvrđeno je da je najviše ispitanika sa završenom srednjom školom, nakog čega slijede ispitanici sa završenim osnovnim studijama. Osim toga, rađena je procjena pola prema završenom stepenu obrazovanja, gdje se utvrdilo da je ispitanika najviše sa završenom srednjom školom, a ispitanica sa završenim osnovnim studijama.

Tabela 3.

Završen stepen školovanja ispitanika

	Frekvencije	Procenti
Osnovna škola	1	0.2%
Srednja škola	218	47%
Osnovne studije	205	45%
Master/Specijalističke	32	7%

U tabeli 4 je pružen prikaz radnog statusa ispitanika. Utvrđeno je da je najviše ispitanika zaposleno, dok je najmanje ispitanika nezaposleno, a između se nalaze studenti. Daljom analizom, utvrđeno je da je mnogo više zaposlenih ispitanika, naspram ispitanica. Utvrdilo se da najveći broj ispitanica pripadaju kategoriji studenata.

Tabela 4.*Radni status ispitanika*

	Frekvencije	Procenti
Zaposlen/a	202	44.3%
Nezaposlen/a	83	18,2%
Student/Studentkinja	171	37.5%

U tabeli 5 je pružen prikaz završenog stepena obrazovanja roditelja. Najviše roditelja ima završen stepen srednje i više škole. Posmatrajući stečeni nivo obrazovne klasifikacije roditelja i dosadašnji nivo klasifikacije njihove djece, utvrđuje se da u okviru uzorka, roditelji koji su završili samo osnovnu školu, njihovo dijete-ispitanik, je završilo i srednju, a od drugog para roditelja osnovne studije. Dalje, najviši je prosjek roditelja sa završenom srednjom školom, kojoj i djeca su za sad samo taj nivo klasifikacije završila i iznosi oko 25%, u uzorku je od roditelja sa završenom srednjom školom oko 17% djece koji su završili osnovne studije i manje od 3% koji su završili postdiplomske studije. Što se tiče roditelja sa višom školom, manje od 11% njihove djece za sad ima diplomu srednje škole, oko 17% diplomu završenih osnovnih studija i 1% diplomu postdiplomskih studija. Što se tiče roditelja koji su diplomirali na fakultetu, 6% njihove djece ima diplomu srednje škole i osnovnih studija, dok malo više od 2% specijalističkih ili master studija. Što se tiče roditelja magistranda, oko 4% djece ima diplomu završene srednje škole, više od 4% osnovnih studija i 3 djece sa diplomom postdiplomskih studija. Kod roditelja doktoranda, 1% djece ima srednju i manje od 1% osnovne studije.

Tabela 5.*Završen stepen školovanja roditelja ispitanika*

	Frekvencije	Procenti
Osnovna škola	2	0.4%
Srednja škola	208	45.6%
Viša škola	132	28.9%
Specijalističke studije	66	14.5%
Magistarske studije	42	9.2%
Doktorske studije	6	1.3%

U tabeli 6 je pružen prikaz samoprocjene socio-ekonomskog statusa ispitanika. Utvrđeno je da najviše ispitanika smatra da pripada srednjoj klasi, dok oko duplo manje ispitanika smatra da pripada višoj srednjoj klasi. Najmanje ispitanika smatra da pripada visokoj klasi. Manje od 2% ispitanika, oba pola, smatraju da su ispod prosjeka u socio-ekonomskom smislu, 31% muških i 35% ženskih ispitanika smatraju da su prosječnog ekonomskog stanja, oko 15% muških i 11% ženskih ispitanika opažaju sebe kao dio više srednje klase, dok manje od 1% i muških i ženskih ispitanika smatraju da su članovi visoke klase.

Tabela 6.

Samoprocjenjen socio-ekonomski status ispitanika

	Frekvencije	Procenti
Ispod prosjeka	15	3,3%
Srednja klasa	310	68%
Viša srednja klasa	123	27%
Visoka klasa	8	1,8%

U istraživanju je postojala mogućnost dobijanja povratne informacije o mentalnom zdravlju, opciju za povratne informacije je odabralo 147 ispitanika, preciznije 66 ispitanika i 81 ispitanica. Ovo ukupno čini procenat od 32.24%.

Osim ovoga, procjenjivali su se roditeljski stilovi u odnosu na pol ispitanika, rezultati su prikazani u tabeli 7. Istraživanje procjene vaspitnog stila majki izračunato je χ^2 čija vrijednost iznosi 26,81, dok je procenat značajnosti iznosi 0,00, dok kod procjene vaspitnih stilova oca χ^2 iznosi 3,86, ali nije utvrđeno postojanje značajnosti za očeve.

Percipirani vaspitni stilovi ispitanika

U tabeli 7 se utvrđuje da je aritmetička sredina svih stilova približno ista, međutim kod majčinih stilova prevladavaju hladni i popustljivi stilovi koji označavaju zanemarujući vaspitni stil, dok kod očeva hladni i ograničavajući koji predstavlja autoritarni vaspitni stil.

Tabela 7.*Prosječne vrijednosti vaspitnih stilova*

	M	SD
Majčin topli stil	48,54	11,80
Majčin hladni stil	49,06	12,38
Majčin popustljiv stil	50,16	13,08
Majčin ograničavajući stil	48,39	11,27
Očev topli stil	49,71	12,47
Očev hladni stil	50,28	12,92
Očev popustljiv stil	49,79	13,77
Očev ograničavajući stil	49,64	12,41

Prosječan broj autoritarnog vaspitnog stila kod majki je 56, autoritarnih 127, permisivnih 202 i zanemarujućih 71. Kod očeva, autoritativnih stilova je 48, autoritarnih 158, permisivnih 188 i dezorganizovanih 62. U tabeli 8 je pružen prikaz vaspitnih stilova u odnosu na pol ispitanika. Analizom ovih statističkih obilježja se utvrđuje da postoji razlika među ovim varijablama, da su zavisne jedna od druge u niskom stepenu i da su značajne kod majki. Kod oca rezultati nisu značajni i pokazuju niske veze među ovim varijablama.

Tabela 8.*Učestalnost percipiranih vaspitnih stilova roditelja u odnosu na pol ispitanika*

	Majke		Očevi	
	Muški pol	Ženski pol	Muški pol	Ženski pol
Autoritativni	28	28	21	27
Autoritarni	52	75	75	83
Permisivni	126	76	104	84
Zanemarujući	22	49	28	34

Napomena: kod majki χ^2 iznosi 26,81, c koeficijent je 0,24, p= 0,00; kod vaspitnih stilova oca χ^2 iznosi 3,86, c koeficijent je 0,09, p=0,28

Depresija, anksioznost i stres kod ispitanika

Tumačenja ovog instrumenta se odnose na prosjek depresije, anksioznosti i stresa i njihovim standardnim devijacijama unutar ovog uzorka, što se može vidjeti u tabeli 3. U tabeli se prikazuje da je najveći koeficijent varijable koja mjeri stres kod mladih, što je i očekivano jer uzorak nije klinički. Svi rezultati su prikazani sa nivoom od 99% značajnosti. Osim toga, vide se visoki nivoi standardne devijacije, što se može objasniti prigodnim uzorkom. Tumačeći aritmetičke sredine uzorka, utvrđuje se da su niski nivoi kod sva tri faktora.

Tabela 9.

Prikaz prosječnih vrijednosti Skale DAS

	M	SD
Depresija	9,18**	10,38**
Anksioznost	9,99**	9,01**
Stres	15,53**	10,22**

Mentalno zdravlje ispitanika

Ovaj instrument se procjenjivao na nivou od 0 do 100, gdje se aritmetičkom sredinom utvrdilo da ispitanici ne procjenjuju svoje mentalno zdravlje visokim. Vrijednost aritmetičke sredine je 58,18, uz standardnu devijaciju od 23,38. Ovi koeficijenti ukazuju na velike razlike u procjeni sopstvenog mentalnog zdravlja kod ispitanika, kojem razlog može biti upravo prigodan uzorak.

Zadovoljstvo životom kod ispitanika

Zadovoljstvo života u ovom istraživanju se procjenjivalo procentualno od 0 do 100. Prosječnim presjekom rezultata ovog testa, ispitanici su procijenili svoj život umjerenim. Koeficijent dobijen aritmetičkom sredinom iznosi 74,91 i standardna devijacija iznosi 16,63. Razlozi ovog nivoa standardne devijacije se mogu pronaći u činjenici da je uzorak korišten u ovom istraživanju prigodan.

Povezanost percipiranih vaspitnih stilova roditelja sa aspektima mentalnog zdravlja Najprije je odrađena korelaciona analiza roditeljskih stilova i DASS skale (Tabela 10). Prikazane vrijednosti sa tabela upućuju da postoje korelacije među varijablama i da su u nivou od 0.01 značajnosti ali da su niske. Majčini topli i popustljiv stil su u negativnoj korelaciji, naspram hladnog i ograničavajućeg stila. Hladni stil je višoj korelaciji sa sve tri varijable u odnosu na ostale stilove. Ovi nalazi govore o tome da su afektivne dimenzije, a specifično hladni pristupi, pozitivno povezani sa depresivnošću, anksioznošću i stresom kod mladih.

Tabela 10.

Analize korelacija vaspitnih stilova oba roditelja sa depresijom, anksioznošću i stresom

	Depresija	Anksioznost	Stres
Majčin topli stil	- ,33**	- ,33**	- ,29**
Majčin hladni stil	,38**	,37**	,32**
Majčin popustljivi stil	- ,22**	- ,24**	- ,20**
Majčin ograničavajući stil	,20**	,26**	,23**
Očev topli stil	- ,30**	- ,26**	- ,21**
Očev hladni stil	,36**	,34**	,30**
Očev popustljiv stil	- ,23**	- ,23**	- ,21**
Očev ograničavajući stil	,23**	,27**	,23**

Daljim istraživanjem, utvrđuje se veza roditeljskih stilova i zadovoljstva životom, prikaz je u tabeli 11. Dati podaci ukazuju da postoje korelacije koje su umjerene i niske u odnosu na stil, gdje je najviša korelacija sa toplim stilovima oba roditelja. Hladni i ograničavajući stilovi su u negativnoj korelaciji sa zadovoljstvom života. Sve korelacije su značajne na nivou od 0.01%. Nalaz prikazuje da afektivne dimenzije su jače povezane sa zadovoljstvom života, a posebno topli stilovi majke koji su umjerene jačine sa ovom varijablom.

Tabela 11.*Korelacija vaspitnih stilova roditelja sa zadovoljstvom života*

	Zadovoljstvo životom
Majčin topli stil	,42**
Majčin hladni stil	- ,37**
Majčin popustljivi stil	,31**
Majčin ograničavajući stil	- ,22**
Očev topli stil	,39**
Očev hladni stil	- ,39**
Očev popustljiv stil	,32**
Očev ograničavajući stil	- ,23**

Osim toga, utvrđuje se i povezanost roditeljskih stilova i sa skorovima kod Inventara mentalnog zdravlja. Rezultati su prikazani u tabeli 12. Podaci su značajni na nivou od 0.01% i korelacije su slabe. Hladni i ograničavajući stilovi su u negativnoj vezi sa mentalnim zdravljem. Sve vrijednosti su dosta niske, međutim afektivne dimenzije pokazuju jaču vezu u odnosu na kontrolne dimenzije.

Tabela 12.*Korelacija vaspitnih stilova roditelja sa mentalnim zdravljem*

	Mentalno zdravlje
Majčin topli stil	,28**
Majčin hladni stil	- ,27**
Majčin popustljivi stil	,24**
Majčin ograničavajući stil	- ,17**
Očev topli stil	,25**
Očev hladni stil	- ,28**
Očev popustljiv stil	,19**
Očev ograničavajući stil	- ,15**

Zbog utvrđivanja nepravilne distribucije normalnosti uzorka, svi podaci su podvrgnuti i Spirmanovoj analizi koja je pružila podatke iste ili približne onima prikazani u tabelama, koje su rađene Pirsonovom korelacijom. Utvrđivanjem linearnosti veze, dalje će se vršiti multipla linearna regresija.

Provjera prediktivnosti percipiranih vaspitnih stilova

Ispitivanjem regresione analize vaspitnih stilova roditelja, utvrdilo se da majčini vaspitni stilovi objašnjavaju 15% ($R=0,39$; $R^2=0,15$; $F=20,28$; $p=0,00$), dok očevi 13% ($R=0,36$; $R^2=0,13$; $F=17,27$; $p=0,00$) varijanse kod depresije. Rezultati regresije, determinante regresije i prediktivnosti posebno po stilu su prikazani u tabeli 13.

Tabela 13.

Regresiona analiza i F-test roditeljskih vaspitnih stilova i depresije

	R	R^2	F	p
Majčini stilovi	0,39	0,15	20,28	0,00
Očevi stilovi	0,36	0,13	17,27	0,00

Koeficijenti značajnosti pokazuju da su majčinim stilovima značajne samo afektivne dimenzije, dok je kod oca statistički značajan samo hladni vaspitni stil. Samom činjenicom da je hladni vaspitni stil kod oba roditelja pozitivnog karaktera, za svaku jedinicu promjene afektivne komponente majčinog stila i hladnog očevog stila, prikazane u tabeli 14, vidi se povišenje za 0,24 odnosno, 0,20 kod depresije, u slučaju hladnih vaspitnih stilova.

Tabela 14.*Koeficijenti beta linearne regresije i depresije u odnosu na varijable vaspitni stilovi roditelja*

	Beta	t- test	p
Majčin topli stil	- 0,11	- 1,72	0,09
Majčin hladni stil	0,24	4,21	0,00
Majčin popustljiv stil	0,01	0,19	0,85
Majčin ograničavajući stil	0,01	0,19	0,85
Očev topli stil	- 0,08	- 1,21	0,23
Očev hladni stil	0,21	3,53	0,00
Očev popustljiv stil	0,02	0,36	0,71
Očev ograničavajući stil	0,06	1,16	0,25

Da bi se istražila anksioznost urađena multipla linearna regresija za sve majčine i očeve stilove. Determinisanost anksioznosti vaspitnim stilovima iznosi 15% ($R=0,39$; $R^2=0,15$; $F=19,84$; $p=0,00$) za majke, a 13% ($R=0,35$; $R^2=0,13$; $F=16,14$; $p=0,00$) za očeve, rezultati analize su prikazani u tabeli 15.

Tabela 15.*Regresiona analiza i F-test roditeljskih vaspitnih stilova i anksioznosti*

	R	R^2	F	p
Majčin vaspitni stil	0,39	0,15	19,84	0,00
Očev vaspitni stil	0,35	0,13	16,14	0,00

U tabeli 16 je prikazano da je regresija značajna samo hladne stilove oba roditelja i upućuje da svakom jedinicom promjene hladnih stilova, anksioznost će se povećati za 0,16 kod majki, a kod očeva za 0,17.

Tabela 16.*Koeficijenti beta linearne regresije i anksioznosti u odnosu na varijablu vaspitni stilovi roditelja*

	Beta	t-test	p
Majčin topli stil	- 0,10	- 1,84	0,07
Majčin hladni stil	0,16	3,12	0,00
Majčin popustljiv stil	0,00	0,02	0,76
Majčin ograničavajući stil	0,08	1,84	0,07
Očev topli stil	- 0,02	- 0,45	0,73
Očev hladni stil	0,17	3,32	0,00
Očev popustljiv stil	- 0,01	- 0,14	0,99
Očev ograničavajući stil	0,07	2,03	0,07

U tabeli 17 je pružen prikaz regresione analize vaspitnih stilova roditelja i stresa. Prikazano je da je stres determinisan vaspitnim stilovima u procentu od 12% ($R=0,34$; $R^2=0,12$; $F=15,16$; $p=0,00$) za majke i 10% ($R=0,32$; $R^2=0,10$; $F=12,56$; $p=0,00$) za očeve.

Tabela 17.*Regresiona analiza i F-test roditeljskih vaspitnih stilova i stresa*

	R	R^2	F	p
Majčini vaspitni stilovi	0,34	0,12	15,16	0,00
Očevi vaspitni stilovi	0,32	0,10	12,56	0,00

U tabeli 18 se pokazalo da su značajni samo hladni stilovi kod oba roditelja. Time se nastavlja razumjevanje beta vrijednosti kojom se predlaže da će u slučaju povećanja vrijednosti dotičnog vaspitnog stila, doći do promjene u koeficijentu stresa za oko 0,15 kod majčinog stila i 0,22 kod hladnog očevog stila.

Tabela 18.

Koeficijenti beta linearne regresije i stresa u odnosu na varijable vaspitnih stilova roditelja

	Beta	t-test	p
Majčin topli stil	- 0,13	- 1,99	0,05
Majčin hladni stil	0,15	2,59	0,01
Majčin popustljiv stil	0,03	0,62	0,54
Majčin ograničavajući stil	0,09	1,84	0,07
Očev topli stil	0,05	0,66	0,51
Očev hladni stil	0,22	3,60	0,00
Očev popustljiv stil	- 0,04	- 0.83	0,41
Očev ograničavajući stil	0,06	1,22	0,22

Multipla linearna regresija je odrađena i između VS skale i Inventara mentalnog zdravlja gdje se pokazalo da majčin vaspitni stil objašnjava 9% varijanse na skali mentalnog zdravlja ($R=0,30$; $R^2=0,09$; $F=11,27$; $p=0,00$), dok očev objašnjava oko 8% ($R=0,29$; $R^2=0,08$; $F=10,01$; $p=0,00$). Rezultati su prikazani u tabeli 19.

Tabela 19.

Regresiona analiza i F-test vaspitnih stilova roditelja i mentalnog zdravlja

	R	R^2	F	p
Majčini vaspitni stilovi	0,30	0,09	11,27	0,00
Očevi vaspitni stilovi	0,29	0,08	10,01	0,00

U tabeli 20 su prikazane značajnosti svakog stila posebno, gdje je utvrđeno da je značajan samo očev hladni stil. U skladu sa tim, utvrđuje se da će doći do sniženja skale mentalnog zdravlja od 0,39 ukoliko bi se očev hladni stil povišio za jednu jedinicu.

Tabela 20.

Koeficijenti beta linearne regresije i mentalnog zdravlja u odnosu na varijable vaspitnih stilova roditelja

	Beta	t-test	p
Majčin topli stil	0,25	1,65	0,10
Majčin hladni stil	- 0,23	- 1,67	0,10
Majčin popustljiv stil	0,16	1,42	0,16
Majčin ograničavajući stil	- 0,04	0,34	0,74
Očev topli stil	0,13	0,82	0,41
Očev hladni stil	- 0,39	- 2,79	0,01
Očev popustljiv stil	0,04	0,35	0,73
Očev ograničavajući stil	- 0,01	- 0,05	0,96

U tabeli 21 je dat i prikaz regresione analize između VS Skale i skale zadovoljstva životom gdje se utvrdilo da vaspitni stilovi zajedno jesu značajni prediktori zadovoljstva životom. Vaspitni stilovi majki objašnjavaju 19% ($R=0,43$; $R^2=0,19$; $F=26,16$; $p=0,00$), dok očevi stilovi 18% ($R=0,43$; $R^2=0,18$; $F=24,82$; $p=0,00$) varijabilnosti varijable zadovoljstvo životom, čime se može utvrditi da jesu dobri pokazatelji. Dalje, pokušaće se utvrditi nivo jačine regresije između vaspitnih stilova i zadovoljstva životom

Tabela 21.

Regresiona analiza i F-test vaspitnih stilova roditelja i zadovoljstva životom

	R	R ²	F	p
Majčini vaspitni stilovi	0,43	0,19	26,16	0,00
Očevi vaspitni stilovi	0,43	0,18	24,82	0,00

U tabeli 22 je prikazano da su afektivne dimenzije kod oca i topli vaspitni stil kod majke statistički značajne varijable, kod utvrđivanja veze između vaspitnih stilova i zadovoljstva životom. Utvrđeno je da će se zadovoljstvo životom povećati za 0,41 ukoliko se majčin topli vaspitni stil poveća za jednu jedinicu. U očevom slučaju prikazane su niže vrijednosti, u slučaju toplog stila povećalo bi se za 0,26, dok u slučaju hladnog stila bi se smanjilo za 0,27.

Tabela 22.

Koeficijenti beta linearne regresije i zadovoljstva životom u odnosu na varijable vaspitnih stilova roditelja

	Beta	t-test	p
Majčin topli stil	0,41	4,08	0,00
Majčin hladni stil	- 0,17	- 1,91	0,06
Majčin popustljiv stil	0,05	0,62	0,53
Majčin ograničavajući stil	- 0,04	- 0,48	0,63
Očev topli stil	0,26	2,41	0,02
Očev hladni stil	- 0,27	- 2,86	0,00
Očev popustljiv stil	0,07	0,80	0,43
Očev ograničavajući stil	- 0,04	- 0,51	0,61

Prostom linearnom regresijom je utvrđeno da svi roditeljski faktori zajedno jesu značajni prediktori karakteristika mentalnog zdravlja, međutim analizirani posebno ukazalo se da su afektivne dimenzije značajnije u provjeranim aspektima mentalnog zdravlja i zadovoljstva životom. Sumirano, rezultati ukazuju da hladni vaspitni stilovi su pozitivni prediktori na slabijeg mentalnog zdravlja, odnosno mogu biti prediktori simptoma depresije, anksioznosti i stresa. Hladni vaspitni stilovi pored toga, su negativni prediktori mentalnog zdravlja i zadovoljstva životom. U slučaju mentalnog zdravlja značaj pokazuje samo hladni vaspitni stil oca, dok kod zadovoljstva životom se pokazuje kod toplih stilova majki i afektivnih dimenzija oca. Osim toga,

pretežno su niski nivoi determinisanosti karakteristika mentalnog zdravlja značajnim vaspitnim stilovima, što se objašnjava su kompleksnošću pojava ovih aspekata. Kod varijable mentalno zdravlje pokazuje se manje od 10% objašnjene varijanse, ali prediktivnost hladnih vaspitnih stilova oca je umjerene jačine. Kod zadovoljstva životom ispoljava se viši stepen determinisanosti i najviše koeficijente prediktivnosti vaspitnih stilova i to posebno toplog majčinog stila koji je, u ovom istraživanju, najbolji prediktor osjećaja zadovoljstva životom.

Diskusija

Analize instrumenata pokazuju visoku pouzdanost i adekvatnost uzorka za testiranje. Faktorske analize VS i DAS skale potvrđuju predložene modele. Procijenjeni najčešći vaspitni stil roditelja je permisivan kod oba roditelja, dok su prosjeci na sva četiri faktora posebno približni. Dobijeni rezultati su postavljeni tako da odgovaraju na istraživačka pitanja i hipoteze, biće predstavljani u nastavku teksta.

U skladu sa prvim istraživačkim pitanjem, dobijeni rezultati ukazuju da postoji značajna povezanost između roditeljskih stilova i stresa, anksioznosti, depresije i mentalnog zdravlja. Utvrđena povezanost je negativna kod faktora koji su topli i popustljivi, dok su vrijednosti kod ostalih faktora pozitivne. Kod drugog pitanja je utvrđeno da vaspitni stilovi mogu biti prediktori depresije. U skladu sa tim, mnogo su bolji prediktori afektivne komponente stilova, jer uspijevaju da objasne značajno više varijanse kod zavisnih varijabli, u odnosu na ostale vaspitne stilove. Odgovor na treće istraživačko pitanje, ukazuje da postoji povezanost između roditeljskih stilova i zadovoljstva životom. Koeficijenti veza se nalaze u rasponu od niskih do niže umjerenih i pozitivni su za tople i popustljive stilove, dok su za ostale negativni. U nastavku slijede odgovori na hipoteze. Prva hipoteza je potvrđena i ukazano je da postoji značajna povezanost između mentalnog zdravlja i vaspitnih stilova, u kontekstu da su topli i popustljivi stilovi pozitivno povezani, dok su hladni i ograničavajući negativno sa mentalnim zdravljem. Druga hipoteza je takođe potvrđena i pokazala je da postoji značajna povezanost između vaspitnih stilova i depresije, anksioznosti i stresa. Utvrđeno je da su korelacije negativnog karaktera za tople i popustljive stilove, a pozitivnog za ostale, kod proučavanja povezanosti sa instrumentima koji mjere depresiju, anksioznost i stres. Pokazano je da su afektivne komponente umjereno povezane sa navedenim varijablama, naspram kontrolnih komponenti koje su niske. Najviša povezanost se vidi kod skale depresije i hladnog vaspitnog stila. Treća hipoteza je potvrdno odgovorena, jer se pokazalo da su vaspitni stilovi statistički značajni prediktori depresivnosti. Međutim, pokazano je da su samo afektivne komponente stilova, i to sa akcentom na hladni vaspitni stil, valjane varijable koje mogu biti prediktori depresije. Odgovor na četvrtu hipotezu je takođe potvrđan i pokazuje da postoji značajna povezanost između vaspitnih stilova i zadovoljstva životom, gdje su afektivne komponente umjerenog nivoa povezanosti, dok su kontrolne niske. Osim toga, stilovi koje odlikuje toplo i popustljivo vaspitanje imaju pozitivan karakter, dok su drugim faktorima su negativne korelacije sa zadovoljstvom života. Dalje su rađene provjere i na skalama anksioznosti, stresa,

mentalnog zdravlja i zadovoljstva životom. Utvrđeno je da hladni stilovi oba roditelja mogu biti prediktori depresije, anksioznosti, stresa, lošijeg mentalnog zdravlja i nižih nivoa zadovoljstva životom. Odnosno, pokazalo se da hladni vaspitni stilovi su značajni prediktori svih navedenih varijabli, sa najvišim akcentom na mentalno zdravlje i zadovoljstvo životom. Sa druge strane, interesantan rezultat je da su topli stilovi majki značajno bolji prediktori osjećaja zadovoljstva životom.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da postoji veza između vaspitnih stilova roditelja i mentalnog zdravlja kod mladih. Preciznije rečeno, utvrdilo se da hladni pristupi vaspitnim stilovima mogu biti prediktori mentalnog zdravlja, čak i pojave depresivnih i anksioznih simptoma. Osim toga, ukazano je da, posebno hladni stilovi kod oca, mogu biti prediktori slabijeg mentalnog zdravlja, što je veliki pokazatelj značaja oca, shodno ovom uzorku. Suprotno tome, topliji vaspitni pristupi pokazuju pozitivne karakteristike sa zadovoljstvom života, gdje se posebno ističe majčin topli pristup, koji kaže da, u skladu sa tim vaspitanjem, osoba više uživa u životu, srećnija je i zadovoljnija. Ovo se može objasniti i time da su mladi, kada su bili djeca, naučeni da pozitivno posmatraju svijet, da se slobodnije izražavaju i da prihvataju druge ljude, ukoliko su im roditelji imali toplije pristupe, naspram hladnijih, koji su povezani sa negativnijim poimanjem sebe i self sliku. Pokazalo se da topliji vaspitni stilovi su pozitivni prediktori i poimanja mentalnog zdravlja, gdje se utvrdilo da mladi koji su roditelje opažali toplijima, bolje opažaju sopstveno mentalno zdravlje, naspram mladih čiji su roditelji praktikovali hladnije vaspitne pristupe, što se može opravdati činjenicom da hladni vaspitni pristupi imaju za posljedicu depresivnost kod mladih, osjećaj neuspjeha, lošu self sliku, slabije samopouzdanje i samopovjerenje, slabije prilagođavanje na nove situacije i slabije samopouzdanje.

Zaključak

Naučna implikacija ovog istraživanja može da ohrabri istraživače: pedagoge, pedijatre, vaspitače, profesore i kliničke psihologe da zajedno dalje istraže ovu temu kako bi se rezultati uporedili. Pored toga, može biti osnova za dalja istraživanja vaspitnih stilova, mentalnog zdravlja i bolesti kod mladih. Ova studija potvrđuje dosadašnja istraživanja na ovu temu, što označava potvrdu da hladni pristupi značajnih osoba, dovode do mentalnih bolesti. Praktične implikacije pretpostavljaju da će doći do poboljšanja mentalnog zdravlja, ukoliko se vrše prevencije hladnog vaspitnog pristupa. To se može postići pisanjem projekata na ovu temu koji bi uključili različite profesije za rad sa mladima i prevencije mentalnih bolesti i suicida kod mladih, radom sa roditeljima, a posebno očevima. Formiranje radionica za roditelje i trudnice u skladu sa razvojnim stadijumom u kojem se dijete nalazi. Pored roditelja, radionice se mogu formirati i za učitelje, profesore i stručno osoblje koji su u direktnom kontaktu sa djecom, kako bi se učilo o mentalnom zdravlju i tehnikama očuvanja istog. Osim toga, istraživanje može biti podstrek za otvaranje savjetovališta ili besplatnih linija za roditelje koji žele da poboljšaju svoj odnos sa djecom, kao i rušenje stigme prema mentalnim bolestima. Razlozi tome su mnogobrojni, a prvi je da osobe koje pate od mentalnih bolesti se osjećaju izolovano i to dovodi najčešće do pojave depresije. Rezultati dobijeni ovom studijom dovode do zaključka, da roditelji nisu tu samo da pomognu djeci da prežive, zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba, već se mogu smatrati prediktorima sveukupnog formiranja ličnosti. Odnos djece prema okolini i svijetu, preuzima se od roditeljskih pogleda i usmjeravanja i nastavlja se tokom čitavog života. Kako bi se dublje istražila veza između djece i roditelja, važno je znati koliki je stepen povezanosti vaspitnog stila roditelja i kod djece koja su donekle već svoju ličnost izgradila. Studija u pitanju je pokazala da je roditeljsko vaspitanje prediktor mentalnog zdravlja potomaka, posebno ispoljavanja depresije. U skladu sa tim, procjenjeno je da su afektivne dimenzije stilova mnogo bolji prediktori naspram kontrolisućih, što ukazuje da je djeci, ali i odraslima potrebna toplina. U skladu sa tim, preporučuje se svim čitaocima i ljudima da preuzmu odgovornost za vlastiti pristup prema svijetu, drugima i sebi, kako bi unaprijedili kvalitet života i zdravlja sebi i drugima.

Literatura

- Almeida, D. M., Wethington, E. & Chandler, A. L. (1999). Daily transmission of tensions between marital dyads and parent–child dyads. *Journal of Marriage and Family*, *61*, 49–61.
- Amato, P. R. (1994). Father–child relations, mother–child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and Family*, *56*, 1031–1042.
- Argyle, M. & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, *11*, 1011–1017.
- Ash, C., & Huebner, E. S. (1998). Life satisfaction reports of gifted middle-school children. *School Psychology Quarterly*, *13*, 310–321.
- Ash, C., & Huebner, E. S. (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology International*, *22*, 320–336.
- Bailey, L. B., Silvern, S. B., Brabham, E., & Ross, M. (2004). The effects of interactive reading homework and parent involvement on children’s inference responses. *Early Childhood Education Journal*, *32*(3), 173–178
- Baldwin, A.L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, *19*, 127-136.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory (Vol. 1)*. Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. J. & Grinker, R. R. (1955). *Anxiety and stress*. McGraw-Hill.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, *75*(1), 43–88.
- Becker, W. C., Peterson, D. R., Luria, Z., Shoemaker, D. J., & Hellmer, L. A. (1962). Relations of factors derived from parent-interview ratings to behavior problems of five-year-olds. *Child development*, *33*, 509–535.

- Berwick, M., Murphy, J. M., Goldman P. A., Ware, J. E., Jr., Barsky, A. J. & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care*, 29(2), 169–176.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H, Wiltink, J, Marian, H. & Brähler, E, (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13(1), 32-39.
- Bezinović, P. (1988). *Percepcija osobne kompetentnosti kao dimenzija samopoimanja*, Doktorska disertacija, Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Chand, S. P. & Marwaha, R. (2022). *Anxiety*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Chen, W. W. (2014). The relationship between perceived parenting style, filial piety, and life satisfaction in Hong Kong. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 308–314.
- Chorpita, B. F., Barlow, D. H., (1998). The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*, 5(7), 374-381.
- Cole, T. & Sapp, G. L. (1988). Stress, Locus of Control, and Achievement of High School Seniors. *Psychological Reports*, 63(2), 355–359.
- Cooper, H., Lindsay, J. J. & Nye, B., (2000). Homework in the Home: How Student, Family, and Parenting-Style Differences Relate to the Homework Process. *Contemporary Educational Psychology*, 25(4), 464–487.
- Davies, A. R., Sherbourne, C. D., Peterson, J. R., & Ware, J. E. (1998). *Scoring Manual: Adult Health Status and Patient Satisfaction Measures Used in RAND's Health Insurance Experiment*. Santa Monica, CA: RAND
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44(1), 83–92.

- Lo, H. H. M., Kwok, S. Y. C. L., Yeung, J. W. K., Low, A. Y. T. & Tam, C. H. L. (2017). The Moderating Effects of Gratitude on the Association Between Perceived Parenting Styles and Suicidal Ideation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1671–1680.
- Power, T. G. (2013). Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Childhood Obesity*, 9(s1), 14–21.
- Rieber, R. W., Robinson, D. K., Bruner, J., Cole, M., Glick, J., Ratner, C., & Stetsenko, A. (Eds.). (2004). *The essential Vygotsky*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sears R. R. (1957). *Patterns of child rearing*. Row Peterson
- Cosci F, Fava G.A., Sonino N. (2015). Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 84(1), 22-9
- Davison, G. C., Blankstein, K. R., Flett, G. L., Neale, J. M. (2008). *Abnormal psychology (3rd Canadian edition)*. Ontario: John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- De Zwart, P. L., Jeronimus, B. F. & De Jonge, P., (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 28(5). 544–562.
- Di Nardo, P. A. & Barlow, D. H. (1990). Syndrome and symptom cooccurrence in the anxiety disorders. U J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (str. 205-230). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653–663.
- Ercegovac, I. i Penezić, Z. (2012). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS). U: A. Proroković, V. Čubela Adorić, Z. Penezić, I. Tucak Junaković (Ur.), *Zbirke psihologijskih skala i upitnika - svezak VI* (str. 17 – 24). Zadar, Filozofski fakultet.

- Evans, G. W., (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536–555.
- Fardouly, J., Magson, N. R., Johnco, C. J., Oar, E. L., & Rapee, R. M. (2018). Parental control of the time preadolescents spend on social media: Links with preadolescents' social media appearance comparisons and mental health. *Journal of youth and adolescence*, 47(7), 1456-1468.
- Feng L., Zhang L. & Zhong H., (2021). Perceived Parenting Styles and Mental Health: The Multiple Mediation Effect of Perfectionism and Altruistic Behavior. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1157 – 1170.
- Gauvain, M. & Huard, R. D. (1999). Family interaction, parenting style, and the development of planning: A longitudinal analysis using archival data. *Journal of Family Psychology*, 13(1), 75–92.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression*. Los Angeles: Sage.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192–205.
- Griffin, G. D., Charron, D. & Al-Daccak, R. (2014). Post-traumatic stress disorder: revisiting adrenergics, glucocorticoids, immune system effects and homeostasis. *Clinical & Translational Immunology*, 3(11), e27.
- Grob, A., (1995). Subjective Well-Being and Significant Life Events Across Life Span, *Swiss Journal of Psychology*, 54(1), 3-18.
- Grossman, M. & Rowat, K. M. (1995). Parental relationships, coping strategies, received support and wellbeing in adolescents of separated or divorced and married parents. *Research in Nursing & Health*, 18, 249–261.

Gustems-Carnicer J. & Caldero'n C. (2013) Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. *European Journal of Psychology Education*, 28, 1127–1140.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*(2005), 1(1), 293-319.

Hatcher, S. & Stubbersfield O. (2013). Sense of Belonging and Suicide: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7):432–436.

Hoskins, D. (2014). Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes. *Societies*, 4(3), 506–531.

Huang, C. Y., Hsieh, Y. P., Shen, A., Wei, H. S., Feng, J. Y., Hwa, H. L. & Feng, J. (2019). Relationships between Parent-Reported Parenting, Child-Perceived Parenting, and Children's Mental Health in Taiwanese Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 1049.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, 1-3.

Inguglia, C., Costa, S., Ingoglia, S. Cuzzocrea, F. & Liga, F., (2020) The role of parental control and coping strategies on adolescents' problem behaviors. *Current Psychology*, 41, 1287–1300.

Jiaquan et al (2010). Deaths: Final Data for 2007, *National Vital Statistics Reports 58, 19 and National Center for Injury Prevention and Control*, preuzeto sa http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_sy.html, on June 30, 2010

Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P. & Rimpelä, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1055–1064.

Kodžopeljić, J. (2009). Procena vaspitnih stavova (VS-skala). U: M., Biro, S., Smederevac i Z., Novović (Ur.), *Procena psiholoških i psihopatoloških fenomena* (str. 165 – 178), Beograd, Centar za primenjenu psihologiju.

Laboviti, B., (2015). Perceived Parenting Styles and Their Impact on Depressive symptoms of Adolescents 15 – 18 years old. *Journal od Educational and Social Research*, 5(1), 171 – 176.

Langeveld, J. H., Koot, H. M. & Passchier, J. (1999). Do experienced stress and trait negative affectivity moderate the relationship between headache and quality of life in adolescents? *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 1–11.

Large, M.M., (2022). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20 (3), 197 – 205.

Larsen, R., J., Diener, E. & Emmons, R., A. (1985). An evaluation of Subjective well-being measures, *Social Indicators Research*, 17, 1-17.

Levine, S. (2005). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 939–946.

Li, L., You, D., Ruan, T., Xu, S., Mi, D., Cai, T. & Han, L. (2021). The prevalence of suicidal behaviors and their mental risk factors among young adolescents in 46 low-and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, 281, 847-855.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H., (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.

Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. U P. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 1-101). New York: Wiley.

- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, *5(6)*, 1-12
- Martin, P., Halverson, C. F., Wampler, K. S., & Hollett-Wright, N. (1991). Intergenerational Differences in Parenting Styles and Goals. *International Journal of Behavioral Development*, *14(2)*, 195–207.
- Maslić - Seršić, D., i Vuletić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian medical journal*, *47(1)*, 95-102.
- McGowan, J., Gardner, D., & Fletcher, R. (2006). Positive and negative affective outcomes of occupational stress. *New Zealand Journal of Psychology*, *35(2)*, 92–98.
- Mehlum L, Dieserud G., Ekeberg O., Groholt B., Mellestad L., Walby F. & Kurt I. (2006). *Prevention of Suicide. Part 1: Psychotherapy, Drug Treatment and Electroconvulsive Treatment*. Oslo, Norway.
- Merino, M. D., Vallellano, M. D., Oliver, C., & Mateo, I. (2021). What makes one feel eustress or distress in quarantine? An analysis from conservation of resources (COR) theory. *British Journal of Health Psychology*, *26(2)*, 606–623.
- Metsäpelto, R.-L. & Pulkkinen, L. (2002). Personality traits and parenting: neuroticism, extraversion, and openness to experience as discriminative factors. *European Journal of Personality*, *17(1)*, 59–78.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2005). Anxiety as an “epistemic” emotion: An uncertainty theory of anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, *18(4)*, 291–319.

- Nutt D., Wilson S. & Paterson L., 2008. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10 (3), 329 – 336.
- Patalay, P., & Fitzsimons, E. (2018). Development and predictors of mental ill-health and wellbeing from childhood to adolescence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(12), 1311-1323.
- Paykel, D.S., (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 279 – 289.
- Penezić, Z. (1999). *Zadovoljstvo životom: Relacije sa životnom dobi i nekim osobnim značajkama*, Magistarski rad, Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Penezić, Z. (1996). *Zadovoljstvo životom-provjera konstrukta*, Diplomski rad, Filozofski fakultet u Zadru.
- Penezić, Z. (2002). Skala zadovoljstva životom. U: K., Lacković-Grgin, A., Proroković, V., Čubela & Z., Penezić (Ur.), *Zbirke psihologijskih skala i upitnika – svezak II* (str. 20 – 22). Zadar, Filozofski fakultet.
- Phillips Jr, R. L. & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62(4), 782-786.
- Piaget, J. (1964). Part one: Cognitive Development in Children: Piaget, Development and Learning. *Journal of Research In Science Teaching*, 2, 176 – 186.
- Powdthavee, N. & Vignoles, A. (2007). Mental Health of Parents and Life Satisfaction of Children: A Within-Family Analysis of Intergenerational Transmission of Well-Being. *Social Indicators Research*, 88(3), 397–422.
- Prior, J. & Gerard, M. R. (2007). *Family involvement in early childhood education: Research into practice*. New York: Thomson.

- Proctor, C. L., Linley, P. A. & Maltby, J. (2008). Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583–630.
- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7), 921-926.
- Romm, K. F. & Metzger, A., (2018). Parental Psychological Control and Adolescent Problem Behaviors: The Role of Depressive Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2206–2216.
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 4-6.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F. & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Norton.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. & Ormel, J. (1999). An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329–1335.
- Slišković, A. & Penezić, Z. (2017). Lifestyle factors in Croatian seafarers as relating to health and stress on board. *WORK - A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 56(3), 371–380.
- Slišković, A. (2020). Kratki upitnik mentalnog zdravlja. U: V., Čubela Adorić, I., Macuka, I., Burić, A., Slišković M., i Nikolić Ivanišević (Ur.), *Zbirke psihologijskih skala i upitnika – svezak X* (str 27 – 38). Zadar, Filozofski fakultet.
- Stagener, V.S. (1994). *Psychology of Personality*. New York: McGraw Hill.

- Stefanović – Stanojević, T., Mihić, I. i Hanak, N., (2012). *Afektivna vezanosti i porodični odnosi: Razvoj i značaj*. Beograd, Centar za primenjenu psihologiju
- Stevovic, L. I., & Vodopic, S. (2017). Attempted suicide in Podgorica, Montenegro: higher rates in females and unemployed males. *Annals of general psychiatry*, 16(1), 1-6.
- Tekin, A K. (2011) "Parent in-volvement revisited: Back-ground, theories, and models". *International Journal of Applied Educational Studies*, 11(1), 1-13.
- Terjestam, Y., Jouper, J. & Johansson, C., (2010). Effects of Scheduled Qigong Exercise on Pupils' Well-Being, Self-Image, Distress, and Stress. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16 (9), 939-944.
- Thergaonkar N. R. & Wadkar, A. J., (2007). Relationship between Test Anxiety and Parenting Style. *Journal of Indian Association for Child Adolescent Mental Health*, 2(4), 10-12.
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K. & Kitamura, T., (2014). The Impact of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles on Children's Later Mental Health in Japan: Focusing on Parent and Child Gender. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 293–302.
- Veenhoven, R., & Verkuyten, M. (1989). The well-being of only children. *Adolescence*, 24, 155–166.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ware, J. E., Jr & Sherbourne, C. D., (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- WHO, (2001). *Mental health: strengthening mental health promotion; Fact Sheet*. Geneva, Switzerland.
- WHO, (2021). *Suicide worldwide in 2019; Global health Estimates*. Preuzeto sa <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Wolfradt, U., Hempel, S. & Miles, J. N., (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521–532.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child & Family Studies*, 14, 195–206.

Prilozi

Prilog 1

Socio – demografski upitnik

1. Da li želite da učestvujete u istraživanju: Da Ne
2. Kojeg ste pola? Muškog; 2. Ženskog; 3. _____
3. Koliko imate godina? 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24
4. U kojem regionu živite? 1. Sjeverna regija Crne Gore; 2. Centralna regija Crne Gore; 3. Južna regija Crne Gore
5. Sa kim živite? 1. Sa roditeljima 2. Sa partnerom 3. U kolektivnom smještaju 4. Sa cimerom 5. Sam 6. _____
6. Koji je stepen školovanja trenutno imate? 1. Osnovna škola; 2. Srednja škola; 3. Osnovne studije; 4. Master studije
7. Da li ste u radnom odnosu? 1. Nezaposlen; 2. Zaposlen; 3. Student
8. Koji stepen školovanja imaju Vaši roditelji (ukoliko nije izjednačeno, zaokružite za roditelja koji ima viši stepen)? 1. Osnovna škola 2. Srednja škola 3. Osnovne studije/Viša škola 4. Diplomске studije/Specijalističke 5. Magistarske studije 6. Doktorske studije
9. Kako procjenjujete Vaš ekonomski status? 1. Ispod prosjeka 2. Srednja klasa 3. Viša srednja klasa 4. Visoka klasa
10. Da li želite da dobijete lične povratne informacije o Vašem mentalnom zdravlju? (Ukoliko da, upišite kontakt podatke) 1. Ne 2. _____

Prilog 2

Vaspitni stilovi roditelja

Uputstvo

U narednom dijelu treba da izrazite brojačano koliko se navedene tvrdnje odnose na Vas. Pokušajte odgovarati veoma brzo i nemojte puno razmišljati. Svi podaci koji stignu su u potpunosti anonimni i ne postoji mogućnost povezivanja podataka sa ispitanicima. Hvala Vam.

Pitanja vezana za majku: Izaberite opciju koja se najviše slaže sa onim kako Vi mislite da je činjenica. Opcije se računaju na sledeći način:

Broj 1 označava: navedena tvrdnja se ne odnosi na mene,

broj 2 označava: navedena tvrdnja se uglavnom ne odnosi na mene,

broj 3 označava: navedena tvrdnja se podjednako odnosi i ne odnosi na mene,

broj 4 označava: navedena tvrdnja se uglavnom odnosi na mene

i broj 5 označava da se navedena tvrdnja u potpunosti odnosi na mene.

1. Retko mi nešto zabranjuje. 1 2 3 4 5
2. Često govori da nije zadovoljna mojim ponašanjem. 1 2 3 4 5
3. Prema meni se ophodi veoma prisno. 1 2 3 4 5
4. Ne zahteva od mene da se strogo pridržavam pravila koja su uobičajena u našoj porodici. 1 2 3 4 5
5. Često nagrađuje moje ponašanje. 1 2 3 4 5
6. Meša mi se u izbor prijatelja. 1 2 3 4 5
7. Često mi prebacuje da je zbog mene mnogo toga žrtvovala. 1 2 3 4 5
8. Vodi računa i o mojim osobinama i o okolnostima, a ne samo o svojim pravilima, kada procenjuje moje postupke. 1 2 3 4 5
9. Stalno me kontroliše u strahu da je ne osramotim. 1 2 3 4 5
10. Što sam stariji/starija, sve više mi dopušta samostalnost u donošenju odluka. 1 2 3 4 5
11. Ponaša se prema meni nezainteresovano. 1 2 3 4 5
12. Ne dozvoljava mi da dovodim u pitanje njeno mišljenje. 1 2 3 4 5
13. Prihvata me onakvog/onakvu kakva sam. 1 2 3 4 5
14. Kada prekršim zabranu obično me kažnjava. 1 2 3 4 5

15. Podstiče me da što pre postanem “svoj čovek”. 1 2 3 4 5
16. Zahteva od mene da se strogo pridržavam pravila. 1 2 3 4 5
17. Malo razgovara sa mnom. 1 2 3 4 5
18. Okružuje me toplinom i povjerenjem. 1 2 3 4 5
19. Želi da zna i moje najskrivenije misli. 1 2 3 4 5
20. Kada sam u neprilici mogu da se oslonim na nju. 1 2 3 4 5
21. Moje mišljenje za nju nije bitno. 1 2 3 4 5
22. Ne postavlja mi suviše krute zahtjeve. 1 2 3 4 5
23. Zna me i fizički kazniti. 1 2 3 4 5
24. U svakom trenutku mora da zna gde sam. 1 2 3 4 5
25. Kada prema meni postupi na određen način, objasni mi zbog čega. 1 2 3 4 5
26. Često imam utisak da je moji problem ne zanimaju naročito. 1 2 3 4 5
27. Pruža mi osećaj sigurnosti. 1 2 3 4 5
28. Zna da bude tolerantna i prema mojim greškama. 1 2 3 4 5
29. Okružuje me sa puno ljubavi. 1 2 3 4 5
30. Pravila i zabrane stavlja u prvi plan. 1 2 3 4 5
31. Prepušta mi da sam odlučim kako ću se ponašati. 1 2 3 4 5
32. Sputava me. 1 2 3 4 5
33. Kada nešto pogrešim, obično pokušava da pronađe opravdanje za moje ponašanje.
1 2 3 4 5
34. Često mi pomaže sa nekim dobrim savetom. 1 2 3 4 5
35. Retko me hvali. 1 2 3 4 5
36. I kada imam drugačiji stav od njenog slobodno ga mogu iskazati. 1 2 3 4 5
37. Ponaša se prema meni pretežno odbojno i razdražljivo. 1 2 3 4 5
38. Ne postavlja mnogo pravila kojih se moram pridržavati. 1 2 3 4 5
39. Moje postupke vrednuje, pre svega, u odnosu na to da li su u skladu sa pravilima. 1 2 3 4 5

40. Prema meni je obično hladna i distancirana. 1 2 3 4 5
41. Retko me kažnjava. 1 2 3 4 5
42. Retko mi objašnjava zašto na određen način postupava. 1 2 3 4 5
43. Prihvata me i kad sam u nečemu neuspešan. 1 2 3 4 5
44. Nameće mi mnoga pravila i zabrane. 1 2 3 4 5

Nakon ovoga ponovila su se ista pitanja i za oca, po istom principu.

Prilog 3

DASS

Pažljivo pročitajte navedene tvrdnje i zaokružite broj uz svaku od njih koji pokazuje koliko se navedena tvrdnja odnosi na Vas (tijekom proteklog tjedna).

0 – uopće se ne odnosi na mene

1 – donekle se odnosi na mene

2 – uglavnom se odnosi na mene

3 – u potpunosti se odnosi na mene

1. Događa mi se da me uznemire prilično banalne stvari. 0 1 2 3

2. Suše mi se usta. 0 1 2 3

3. Čini mi se da ne mogu osjetiti ništa pozitivno. 0 1 2 3

4. Imam poteškoće s disanjem. 0 1 2 3

5. Jednostavno se ne mogu pokrenuti. 0 1 2 3

6. Pretjerano reagiram u nekim situacijama. 0 1 2 3

7. Imam osjećaj da mi drhte noge. 0 1 2 3

8. Teško mi je opustiti se. 0 1 2 3

9. Toliko se uznemirim u nekim situacijama da osjetim golemoolakšanje kada prođu. 0 1 2 3

10. Osjećam da se nemam čemu veseliti. 0 1 2 3

11. Lako se uznemirim. 0 1 2 3

12. Čini mi se da imam previše negativne energije. 0 1 2 3

13. Osjećam se tužno i potišteno. 0 1 2 3

14. U nekim situacijama nemam strpljenja (kada čekam lift ili sl.). 0 1 2 3

15. Imam osjećaj da ću se onesvijestiti. 0 1 2 3

16. Čini mi se da sam za sve izgubila interes. 0 1 2 3

17. Osjećam da kao osoba ne vrijedim mnogo. 0 1 2 3

18. Razdražljiv/a sam. 0 1 2 3

19. Pojačano se znojim i bez fizičkog napora. 0 1 2 3

20. Bojim se bez pravog razloga. 0 1 2 3

21. Čini mi se da se ne isplati živjeti. 0 1 2 3
22. Teško mi je prepustiti se opuštanju. 0 1 2 3
23. Teško gutam. 0 1 2 3
24. Ne vesele me stvari koje radim. 0 1 2 3
25. Imam poteškoća sa srcem (ubrzano kuca ili preskače) i kad nisam fizički aktivna. 0 1 2 3
26. Osjećam se potišteno. 0 1 2 3
27. Vrlo sam razdražljiv/a. 0 1 2 3
28. Malo mi nedostaje da me uhvati panika. 0 1 2 3
29. Teško se umirim kada me nešto uzruja. 0 1 2 3
30. Strahujem da će me zateći neki banalan, ali nepoznat zadatak. 0 1 2 3
31. Ne mogu se u ništa uživjeti. 0 1 2 3
32. Teško podnosim kada me nešto prekine u obavljanju nekog posla. 0 1 2 3
33. Napet/a sam. 0 1 2 3
34. Osjećam se prilično bezvrijedno. 0 1 2 3
35. Ne podnosim ono što me odvlači od posla koji obavljam. 0 1 2 3
36. Osjećam se užasnuto. 0 1 2 3
37. U budućnosti ne vidim ništa čemu bih se veselio/la. 0 1 2 3
38. Mislim da je život besmislen. 0 1 2 3
39. Lako se uznemirim. 0 1 2 3
40. Brinem se zbog situacija u kojima bi me mogla uhvatiti panika ili bi se mogao/la osramotiti.
0 1 2 3
41. Drhte mi ruke. 0 1 2 3
42. Teško se prisilim da nešto započnem raditi. 0 1 2 3

Prilog 4

MHI 5

Molimo Vas da pri odgovaranju na dolje navedena pitanja razmislite o sebi, svojim osjećajima i doživljajima tijekom proteklih mjesec dana te iskreno procijenite odgovore na svako od navedenih pitanja. Na pitanja odgovarajte označavanjem jednog brojakoji najbliže označava Vašu procjenu određenog pitanja, koristeći se pritom navedenom skalom učestalosti od šest stupnjeva (1=Stalno; 2=Gotovo stalno; 3=Do-bar dio vremena; 4=Povremeno; 5=Rijetko; 6=Nikad).

Tijekom proteklih mjesec dana, koliko često ste...

1 STALNO

2Gotovo stalno

3Dobar dio vremena

4Povremeno

5Rijetko

6NIKAD

(1) ... bili vrlo nervozni? 1 2 3 4 5 6

(2) ... se osjećali mirno i spokojno? 1 2 3 4 5 6

(3) ... se osjećali obeshrabreno i tužno? 1 2 3 4 5 6

(4) ... se osjećali toliko potišteno da Vas ništa nije moglo razvedriti? 1 2 3 4 5 6

(5) ... bili sretni? 1 2 3 4 5 6

Prilog 5

Skala zadovoljstva životom

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

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - niti se slažem, niti se ne slažem

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

1. U više aspekata moj život je blizak idealnom..... 1 2 3 4 5
2. Uvjeti moga života su izvrsni..... 1 2 3 4 5
3. Zadovoljan sam svojim životom..... 1 2 3 4 5
4. Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu..... 1 2 3 4 5
5. Kada bih ponovno živio svoj život ne bih mijenjao gotovo ništa. 1 2 3 4 5
6. Sve u svemu ja sam jako sretna osoba..... 1 2 3 4 5
7. Život mi donosi puno zadovoljstva..... 1 2 3 4 5
8. Ja se općenito dobro osjećam..... 1 2 3 4 5
9. Mislim da sam sretna osoba..... 1 2 3 4 5
10. U cjelini gledajući ja sam manje sretan od drugih ljudi..... 1 2 3 4 5
11. Često sam utučen i žalostan..... 1 2 3 4 5
12. Mislim da sam sretan barem koliko i drugi ljudi..... 1 2 3 4 5
13. Moja budućnost izgleda dobro..... 1 2 3 4 5
14. Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi..... 1 2 3 4 5
15. Što god da se desi mogu vidjeti i svijetlu stranu..... 1 2 3 4 5
16. Uživam živjeti..... 1 2 3 4 5
17. Moj mi se život čini smislen 1 2 3 4 5

Molimo Vas da sada odgovorite i na slijedeće tvrdnje, zaokruživši pri tome odgovarajući broj uz svaku od njih. Brojevi imaju slijedeće značenje:

1 - nikada mi se to nije dogodilo

2 - rijetko mi se to događa

3 - to mi se događa i ne događa

4 - često mi se to događa

5 - uvijek mi se to događa

Da li Vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo. . .

18. ...da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli..... 1 2 3 4 5

19. ...da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole..... 1 2 3 4 5

20. ...da ste se osjećali potpuno sretni..... 1 2 3 4 5