

# Efekti osobina ličnosti, roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške na depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki

---

Mijatović, Rene

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:759762>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-01-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet  
Diplomski studij psihologije

Rene' Mijatović

**Efekti osobina ličnosti, roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške na  
depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki**

Diplomski rad

Rijeka, 2015.

Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet  
Diplomski studij psihologije

Rene' Mijatović

**Efekti osobina ličnosti, roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške na  
depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki**

Diplomski rad  
Mentor: dr.sc. Barbara Kalebić Maglica

Rijeka, 2015.

## Sažetak

Cilj ovog istraživanja je ispitati razlike u osobinama ličnosti, stupnju roditeljskog stresa, percipiranoj socijalnoj podršci, depresivnosti i tjelesnom zdravlju između samohranih majki i majki iz potpunih (dvoroditeljskih) obitelji. Također, detaljnije se istražio efekt osobina ličnosti, roditeljskog stresa te percipirane socijalne podrške na depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki.

U istraživanju je sudjelovalo 472 žene, odnosno 236 majki iz samohranih obitelji i jednak broj majki iz potpunih obitelji koje su međusobno uparene po svojoj dobi. Prosječna dob uzorka iznosi 35.7 godina (SD=8.93, raspon dobi 18-62 godine). Sudionice su ispunjavale sljedeće upitnike: Upitnik demografskih podataka, Upitnik petofaktorskog modela ličnosti, Ljestvicu roditeljskog stresa, Ljestvicu percipirane socijalne podrške, Ljestvicu depresivnosti te Upitnik tjelesnih simptoma. Istraživanje je provedeno pomoću upitnika koje su ispitanice ispunjavale on-line, a kojima je prethodila detaljna uputa u kojoj je objašnjen cilj istraživanja te zagarantirana anonimnost.

Rezultati pokazuju kako, u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, samohrane majke doživljavaju veće razine roditeljskog stresa te percipiraju manje razine socijalne podrške iz svoje okoline. Samohrane majke izvještavaju o više tjelesnih simptoma povezanih sa različitim bolestima, o više depresivnih simptoma te o manjim razinama ekstraverzije. Rezultati provedene hijerarhijske analize pokazuju kako i roditeljski stres i percipirana socijalna podrška značajno doprinose objašnjenju tjelesnog zdravlja i depresivnosti samohranih majki. Što se tiče osobina ličnosti, kao značajan prediktor kriterijskih varijabli istaknuo se samo neuroticizam. Prosječni iznos primanja po članu obitelji značajan je prediktor tjelesnog zdravlja samohranih majki.

**Ključne riječi:** samohrane majke, roditeljski stres, socijalna podrška, depresivnost, tjelesno zdravlje.

## **Effects of personality traits, parental stress and perceived social support on depression and physical health of single mothers**

### **Abstract**

The aim of this research was to examine differences in personality traits, level of parental stress, perceived social support, depression and physical health among single mothers and mothers from two-parent families. Moreover, detailed investigation of the effect of personality traits, parental stress and perceived social support on depression and physical health of single mothers was conducted.

The research included a sample of 472 women - 236 mothers of single family and an equal number of mothers from two-parent families who were paired with each other by age. The average age of the sample was 35.7 years (SD = 8.93, age range 18-62 years). Participants completed the following questionnaires: Demographic data questionnaire, The Big Five Personality Traits Inventory, The parental stress scale, The perceived social support scale, The depression and physical symptoms questionnaire. The survey was conducted online and it included a detailed note in which the goal of research and guaranteed anonymity were explained.

Results showed that, compared with mothers from two-parent families, single mothers experience higher levels of parental stress and perceived lower levels of social support from their environment. Also, single mothers report more physical symptoms associated with various diseases, more depressive symptoms and lower levels of extraversion. The results also showed that parental stress and perceived social support significantly contribute to the explanation of physical health and depression of single mothers. Neuroticism is a significant predictor of single mothers physical health.

**Keywords:** single mothers, parental stress, social support, depression, physical health.

## Sadržaj

<b>1. UVOD</b> .....	<b>5</b>
1.1. SAMOHRANO RODITELJSTVO .....	5
1.2. RODITELJSKI STRES .....	7
1.3. PERCIPIRANA SOCIJALNA PODRŠKA .....	8
1.3.1 Teorijski modeli djelovanja socijalne podrške .....	10
1.4. STRES, SOCIJALNA PODRŠKA, DEPRESIVNOST I TJELESNO ZDRAVLJE SAMOHRANIH MAJKI.....	11
<b>2. CILJ ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>14</b>
<b>3. PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>15</b>
3.1. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA .....	15
3.2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	16
<b>4. METODA</b> .....	<b>16</b>
4.1. ISPITANICI .....	16
4.2. INSTRUMENTARIJ .....	17
4.2.1. Upitnik demografskih podataka.....	17
4.2.2. Upitnik petofaktorskog modela ličnosti (BFI) .....	18
4.2.3. Ljestvica roditeljskog stresa .....	19
4.2.4. Ljestvica percipirane socijalne podrške .....	19
4.2.5. Ljestvica depresivnosti.....	21
4.2.6. Upitnik tjelesnih simptoma .....	22
4.3. POSTUPAK ISTRAŽIVANJA.....	22
<b>5. REZULTATI</b> .....	<b>23</b>
<b>6. DISKUSIJA</b> .....	<b>28</b>
<b>7. OGRANIČENJA I ODREDNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>36</b>
<b>8. ZAKLJUČAK</b> .....	<b>39</b>
<b>9. LITERATURA</b> .....	<b>41</b>

## **1. Uvod**

### **1.1. Samohrano roditeljstvo**

Istraživanja pokazuju da više od polovice djece do svoje osamnaesete godine bar jedan dio života provede samo s jednim roditeljem, te kako je u većini slučajeva riječ o majci (Miljević-Riđički i Pavin Ivanec, 2008). Roditelji samci, odnosno samohrani roditelji, to mogu postati zbog smrti bračnoga partnera ili rastave, a mogu biti samohrani jer nikad nisu ni bili vjenčani. U novije vrijeme se sve češće spominje i skupina majki koje vlastitom odlukom postaju samohrane i odlučuju se na samostalno odgajanje djece bez partnera (Ajandi, 2011; Pakizegi, 2012). Demografski podaci mogu nam poslužiti kao pokazatelj promjena koje su se kroz povijest događale u uzrocima samohranog roditeljstva - sredinom 20. stoljeća glavni je uzrok samohranog roditeljstva bila smrt jednog od supružnika, 70-ih i 80-ih godina povećava se broj rastava braka dok je u novije vrijeme sve veći broj samohranih roditelja koji nikada nisu bili u braku (Kotwal i Prabhakar, 2009). Danas je u svijetu visok postotak djece koja živi samo s jednim roditeljem, najčešće s majkom, a može se očekivati da će zbog velikog broja razvoda brakova taj broj u budućnosti i dalje biti u porastu. Broj razvoda u odnosu na broj novosklopljenih brakova u Europskoj uniji već prelazi trećinu, kao i broj djece rođene izvan braka u odnosu na ukupan broj rođenih (Mrnjavac, 2014). Europski podaci pokazuju da je među roditeljima samcima najviše rastavljenih – 57%, zatim udovica/udovaca – 22% te nikad vjenčanih – 21% (Miljević-Riđički i Pavin Ivanec, 2008).

Kada je riječ o stanju u Hrvatskoj, kućanstva u kojima je jedan roditelj sam s djecom čine 24% od ukupnog broja obitelji s djecom. Podaci Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske iz 2011. godine pokazuju kako je od ukupnoga broja samohranih obitelji velika većina majčinskih obitelji, točnije 84% (Mrnjavac, 2014). Tomu svakako pridonosi i činjenica što se nakon rastave djeca u više od 80% slučajeva dodjeljuju upravo majci (Miljević-Riđički i Pavin Ivanec, 2008).

Podaci o brojnosti samohranih obitelji su nam jako važni i iz razloga što je struktura obitelji obilježje koje ima potencijal za stvaranje stereotipa i za etiketiranje osoba (npr. nevjenčana majka, samohrani otac). Promjene u obiteljskoj strukturi koje se događaju ne moraju nužno biti popraćene i promjenama u stavovima prema obitelji i braku. Stavovi prema samohranom roditeljstvu dio su društvenog konteksta koji donekle određuje kvalitetu života samohranih roditelja i njihove djece. Nerazumijevanje okoline utječe ne samo na ponašanje

drugih osoba u društvu prema samohranim roditeljima, nego i na sposobnost samih roditelja da se suočavaju sa svakodnevnim izazovima samohranog roditeljstva, kao i na njihove stavove i osobni doživljaj samohranog roditeljstva (Raboteg-Šarić i Pećnik, 2010). Halmi je (1997; prema Miljević-Ridički i Pavin Ivanec, 2008) proveo istraživanje o marginalizaciji samohranih roditelja na uzorku od stotinjak samohranih roditelja u Hrvatskoj. Došao je do zaključka da su najpovoljniji stavovi prema udovičkim obiteljima, zatim rastavljenim roditeljima, a najnegativniji stav je prema nikad vjenčanim roditeljima. Sličnim su se pitanjem bavile i Raboteg-Šarić, Pećnik i Josipović (2003). Istražujući socijalnu podršku koju samohranim majkama pruža njihova okolina pokazale su kako rastavljene majke i one majke koje su rodile izvan braka ponekad nailaze na predrasude okoline, koja negativno prosuđuje o njihovoj moralnosti, te kako je stav društva puno povoljniji prema majkama udovicama. Vrlo je važan, i alarmantan, podatak kako se sa situacijama izravnog neodobravanja uže ili šire socijalne okoline suočio svaki peti samohrani roditelj. Takve situacije uključivale su osuđivanje, ismijavanje, podcjenjivanje te odbijanje da se pruži podrška (Raboteg-Šarić i Pećnik, 2006).

Samohrane su majke češće slabije prilagođene i manje zadovoljne životom u odnosu na one u dvoroditeljskim obiteljima. Pritom važnu ulogu imaju ekonomske poteškoće, nezaposlenost i nedostatna podrška ili razumijevanje rođaka i prijatelja, ali i šire okoline. Samohrani roditelji suočavaju se s više stresnih životnih događaja (uključujući rastavu braka, smrt partnera ili izvanbračnu trudnoću), povećanim zahtjevima uslijed samostalnog obavljanja roditeljske uloge, povećanim ekonomskim pritiskom, većim teškoćama u usklađivanju radne i roditeljske uloge te nižom razinom percipirane socijalne podrške (Baker i North, 1999; Cakir, 2010; Golombok, 2004; Hill, 2011; Lokshin, Mullan Harris i Popkin, 2000; Malik i Irshad, 2012; Miljević-Ridički i Pavin Ivanec, 2008; Raymo i Zhou, 2012; Rios-Salas i Meyer, 2014).

Zbog svega navedenog važno je baviti se pitanjima samohranog roditeljstva, kako čimbenicima koji djeluju na roditelje i djecu tako i praktičnim problemima s kojima se takve obitelji susreću. U Hrvatskoj djeluje određeni broj udruga koje predstavljaju vid pomoći samohranim roditeljima čijim bi djelatnicima neka novija saznanja mogla biti od velike pomoći u njihovom radu. Takve su udruge mjesto susreta samohranih roditelja gdje članovi obitelji mogu razmjenjivati informacije i pomoć te si i međusobno pružati podršku. Imajući u vidu efekte samohranog roditeljstva na tjelesno i psihičko zdravlje roditelja, mjere socijalne politike morale bi biti takve da osiguravaju različite načine smanjenja pritiska i poteškoća kroz koje samohrani roditelji prolaze.



## **1.2. Roditeljski stres**

Stres se definira kao tjelesna ili mentalna napetost koju izazivaju faktori koji mijenjaju postojeću ravnotežu (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1988; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Možemo ga sagledati trojako - kao objektivni podražaj koji izaziva stresni odgovor, kao odgovor organizma na neki podražaj, te u terminima odnosa osobe i njezine okoline. Ono što je u sklopu ovog istraživanja važno, a potvrđeno je brojnim znanstvenim istraživanjima jesu nepovoljni utjecaji stresa na tjelesno i mentalno zdravlje ljudi. Kako navodi Dankić (2013). istraživanja nedvosmisleno pokazuju kako je psihosocijalni stres rizični faktor za razvoj bolesti cirkulacijskog sustava, srčanog infarkta, bolesti vezanih uz funkciju imunskog sustava te autoimunih bolesti kao što su multipla skleroza, dijabetes tipa I te astma.

Roditeljski stres može se definirati vrlo različito. Najveći se broj definicija odnosi na dostupnost i percipiranu raspoloživost resursa koji se odnose na zahtjeve roditeljstva. Profaca (2002; prema Delale, 2011) navodi kako je roditeljski stres odbijajuća psihološka reakcija na zahtjeve roditeljstva te složen proces koji povezuje zahtjeve roditeljstva, ponašanje i psihološko stanje roditelja, kvalitetu odnosa roditelja i djeteta te dijete i njegovu psihosocijalnu prilagodbu. Osim toga, roditeljski stres neki autori promatraju kao roditeljsku percepciju neadekvatnih financijskih, fizičkih i socijalnih resursa koji bi omogućili nošenje s posljedicama ključnih životnih situacija ili kao nesposobnost, nemogućnost nošenja, prilagodbe i funkcioniranja s nadolazećim životnim krizama (Milić Babić, 2012). Istraživanje koje su proveli Quittner, Glueckauf i Jackson (1990) pokazalo je kako je kronični roditeljski stres povezan sa nižom percepcijom emocionalne podrške te višim simptomima depresije i anksioznosti.

Podaci dostupni u literaturi (Hildingsson i Thomas, 2014) govore kako roditeljski stres može biti povezan sa nekim karakteristikama djeteta poput poteškoća sa hranjenjem i spavanjem ili djetetovim zdravstvenim stanjem ali i sa velikim brojem roditeljskih karakteristikama poput psiholoških problema, depresije i ostale psihopatologije, ograničenih emocionalnih i ekonomskih resursa, socijalne izolacije te problema sa partnerom. Istraživanje koje su proveli Pripp, Skreden, Skari, Malt i Emblem (2010) pokazalo je kako su samohrano roditeljstvo i nezaposlenost značajno povezani sa višim razinama roditeljskog stresa, jednako kao i nezadovoljstvo roditeljskom ulogom, niska razina socijalne podrške, nedostatak povjerenja i sigurnosti te somatski zdravstveni problemi povezani sa iscrpljenosti i problemima sa spavanjem.

S obzirom na navedne negativne utjecaje roditeljskog stresa na tjelesno i mentalno zdravlje, Tsiouli, Pavlopoulos, Alexopoulos, Chrousos i Darviri (2014) proveli su istraživanje čiji je cilj bio ispitati efekte programa upravljanja stresom na, između ostalog, percipirani stres, roditeljski stres te promociju zdravog životnog stila. Program upravljanja stresom uključivao je progresivnu mišićnu relaksaciju u kombinaciji sa dijafragmalnim disanjem. Rezultati su pokazali statistički značajno smanjenje percipiranog i roditeljskog stresa te poboljšanja u velikom broju drugih parametara u grupi roditelja koji su prošli kroz program u usporedbi sa kontrolnom grupom roditelja. Hudek-Knežević i Kardum (2006) navode kako su istraživanja psihosocijalnih intervencija koje uključuju upravljanje stresom pokazala smanjenje srčanih incidenata i smrti od srčanih bolesti od 50% do 70%. Rezultati ovakvih istraživanja pokazuju nam neke od praktičnih načina kojima bi se samohranim roditeljima moglo pomoći. Programi ovakvog tipa mogli bi se provoditi u udrugama samohranih roditelja čime bi roditelji, osim u direktnim posljedicama programa, profitirali i zbog socijalnih kontakata sa osobama koje dijele slične probleme.

### **1.3. Percipirana socijalna podrška**

Socijalna podrška kao važna funkcija interpersonalnih odnosa, zaintrigirala je brojne autore i potaknula ih na istraživanja te su tako nastale brojne operacionalizacije tog pojma. Najšire definirana, socijalna se podrška odnosi na bilo koji proces putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno i/ili psihičko zdravlje (Cohen, Underwood i Gottlieb, 2000; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Jedan od glavnih razloga za takav interes bilo je opažanje da socijalna podrška ima pozitivne efekte na zdravlje i prilagodbu pojedinca te da su ljudi koji žive u braku, imaju prijatelje i članove obitelji koji im pružaju materijalnu i psihološku podršku boljeg zdravlja nego ljudi s manje kontakata i podrške (Cohen i Willis, 1985). Kako napominje Uchino (2009), socijalna podrška jedan je od najbolje dokumentiranih psihosocijalnih faktora koji utječe na tjelesno zdravlje. Epidemiološka istraživanja pokazuju kako osobe koje izvještavaju o niskim razinama socijalne podrške imaju veće stope mortaliteta i to posebno od kardiovaskularnih bolesti, raka i infektivnih bolesti.

Izvori socijalne podrške mogu biti različiti iako većina ljudi prima najveći dio emocionalne podrške, instrumentalne, materijalne podrške i sl. upravo u obitelji. Iako se funkcije socijalne podrške mogu pojmovno razdvojiti, one u svakodnevnom životu obično

nisu nezavisne, npr. ljudi koji provode više vremena u druženju sa drugima imaju i više pristupa instrumentalnoj pomoći i emocionalnoj podršci (Vrućinić, 2012). Neka istraživanja pokazuju visoke korelacije različitih funkcija socijalne podrške (Cohen i Willis, 1985).

Socijalna podrška označava ponašanje socijalne okoline koje pridonosi emocionalnoj dobrobiti primatelja i koje olakšava suočavanje sa stresom i obnašanje socijalnih uloga. Riječ je o složenom konstrukt koji ujedinjuje stvarno primljenu podršku, kao i očekivanja o tome da će članovi socijalne mreže biti spremni i/ili sposobni pružiti pomoć ako ju osoba zatreba (Raboteg-Šarić i sur., 2003). Osoba s više socijalne podrške može procijeniti stresnu situaciju manje ugrožavajućom nego osoba s manje socijalne podrške jer zna da postoje drugi ljudi koji su joj spremni pomoći (Pećnik i Raboteg-Šarić, 2005; Reić Ercegovac, 2011). Budući da socijalna podrška povećava roditeljsku dobrobit, potiče bolje obiteljsko funkcioniranje i interakcije između članova obitelji ona ima i pozitivne učinke na dječji razvoj i ponašanje (Duis, Summers i Summers, 1997).

Percipirana socijalna podrška odnosi se na uopćenu procjenu stupnja do kojega osoba subjektivno očekuje podršku iz odnosa s članovima mreže koja pruža podršku. Ovaj pristup naglašava kvalitetu primljene socijalne podrške, odnosno percepciju osobe da će joj drugi ljudi dati podršku u situaciji kada će je trebati, što se posebno odnosi na stresna stanja (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Na temelju razine percipirane socijalne podrške, odnosno procjene da možemo doći do pomoći u situacijama kada nam je ona potrebna, može se predvidjeti u kojoj mjeri socijalni kontakti predstavljaju činitelj zaštite u životu osobe pod stresom. Drugim riječima, suočavanje sa svakodnevnim stresom roditeljstva može više ovisiti o roditeljevoj percepciji da je podrška na raspolaganju i dostupna nego o prošloj pomoći koju su pružili članovi socijalne mreže. Sarason i sur. (1987; prema Bastašić, 2008) ističu da su mjere percipirane socijalne podrške, koje zahvaćaju stupanj u kojem je pojedinac prihvaćen, voljen i uključen u odnose otvorene komunikacije, bolji pokazatelj prilagodbe od mjera primljene podrške. Ističu i da su učinci socijalne podrške na adaptacijske ishode u većoj mjeri funkcija kvalitete nego kvantitete socijalne podrške, odnosno broja podržavajućih socijalnih kontakata. Povezanost između percipirane socijalne podrške i stvarno primljene socijalne podrške bila je predmet meta-analize koju su na podacima iz 23 istraživanja proveli Haber, Cohen, Lucas i Baltes (2007). Njihova je analiza pokazala kako ta poveznost prosječno iznosi  $r=.35$ .

Promjena prema statusu samohranih roditelja iziskuje prihvaćanje novih uloga i novih odgovornosti, preispitivanje odnosa sa širom obitelji i prijateljima, transformaciju odnosa sa bivšim supružnikom, razrješenje i prihvaćanje gubitka te pitanje formiranja novog identiteta.

U stručnoj literaturi posebno se ističe kako je za razvedene roditelje karakteristično izdvajanje iz društva odnosno prestanak njihovih dotadašnjih veza ili njihovo značajno ograničavanje (Grozđanić, 2010). Pregled literature ukazuje na to da samohrani roditelji u manjoj mjeri doživljavaju da imaju pristupa pomoći u rješavanju problema i materijalnih i praktičnih teškoća u izvanrednim situacijama od roditelja iz dvoroditeljskih obitelji (Cairney, Boyle, Offord i Racine, 2003; Raboteg-Šarić i sur., 2003). Istraživanje koje su proveli Crosier, Butterworth i Rodgers (2007) upravo percipiranu socijalnu podršku izdvaja kao jedan od najvažnijih prediktora lošeg psihičkog zdravlja samohranih majki.

### **1.3.1 Teorijski modeli djelovanja socijalne podrške**

Kao osnovni model djelovanja socijalne podrške na psihosocijalnu prilagodbu i zdravlje spominje se Model glavnog ili direktnog efekta socijalne podrške (eng. „*Main effect*“ model), koji kaže kako socijalna podrška općenito pozitivno djeluje na osobu, bez obzira na specifične stresne situacije. Ovim se modelom opisuju dva mehanizma kojima socijalna podrška djeluje na zdravlje. Prvi govori o tome da ona olakšava ili potiče na zdravlje usmjerena ponašanja, koja dovode do pozitivnijih zdravstvenih ishoda. Drugi mehanizam opisuje socijalnu podršku kao izvor pozitivne samoprocjene primatelja, a ona pak djeluje na povećanje percepcije kontrole te smanjenje doživljaja anksioznosti i bespomoćnosti, što također može dovesti do boljih zdravstvenih ishoda (Thoits, 1985; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Takva uključenost u socijalne mreže može biti povezana s dobrobiti osobe jer pruža pozitivna iskustva, daje osjećaj predvidljivosti životnih situacija te može imati utjecaj na uzorke zdravstvenih ponašanja kao što su pušenje, konzumacija alkohola ili traženje medicinske pomoći (Cohen i Willis, 1985).

Alternativni model djelovanja socijalne podrške koji se često spominje je Model zaštite ili Model ublaživača stresa (eng. „*Buffering*“ model), prema kojem u stresnim situacijama socijalna podrška može djelovati i indirektno. Na taj način ona omogućuje umanjivanje doživljaja potencijalne opasnosti situacije, poticanje konstruktivnog suočavanja te služi kao dodatni izvor energije u nastojanjima osobe da se nosi sa stresnom situacijom. Prema ovom modelu socijalna podrška može djelovati na tjelesno i mentalno zdravlje na dva načina. Prvo, percepcija dostupnosti podrške intervenira između stresnog događaja i doživljaja stresa, mijenjajući kognitivnu procjenu, pomažući da se pozitivnije interpretira događaj ili smanjuje

njegova stresnost, što omogućuje učinkovitije suočavanje. Drugo, percepcija primljene podrške djeluje na kognitivne, emocionalne, fiziološke i ponašajne odgovore na stres. Percipirana ili primljena podrška može djelovati smirujuće i omogućiti pozitivnije fiziološke i ponašajne odgovore (Cohen i Syme, 1985; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Još uvijek nije u potpunosti razjašnjeno koji je od ova dva modela ispravniji iz razloga što od mnogobrojnih istraživanja neka govore u prilog jednog, dok su druga na strani drugog modela. Također, postoje istraživanja koja potvrđuju postojanje oba navedena modela, kao i ona koja sugeriraju kako ni jedan od ova dva modela nije dovoljno valjan (Cheeseman, Ferguson i Cohen, 2011; Cohen i Willis, 1985; McBride Murry, Bynum, Brody, Willert i Stephens, 2001; Quittner i sur., 1990; Swickert, Rosentreter, Hittner i Mushrush, 2002).

#### **1.4. Stres, socijalna podrška, depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki**

Prilagodbe sa kojima su samohrane majke suočene mogu se podijeliti u tri velike skupine: prilagodbe na individualnoj razini kao što su osobna procjena, emocionalni stres, ekonomski problemi te odnosi sa bivšim mužem i članovima njegove obitelji; prilagodbe socijalne prirode kao što su interakcija sa rodbinom i susjedima te prilagodbe u odnosu roditelja i djeteta kao što su briga o djetetu, obrazovanje i sl. (He, 2002; prema Chen, Gu i Chen, 2012). Teškoćama prilagodbe posebno pridonosi istodobna prisutnost problema vezanih uz nekoliko uloga pa tako samohrane majke s malom djecom mlađom od pet godina koje imaju financijskih problema imaju najveću vjerojatnost obolijevanja od depresije (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Veliki dio literature koje se tiče samohranog majčinstva govori o njegovom negativnom utjecaju na tjelesno i psihičko zdravlje. Zbog toga što ih samohrano roditeljstvo stavlja u nepovoljan socijalni položaj naglašava se veća potreba samohranih majki i očeva za povećanom podrškom. Takav nepovoljni socijalni položaj povezan je sa produženim razdobljem stresa koji može biti posljedica npr. većeg broja radnih sati ili nepostojanja pomoći u brizi oko djeteta (Rousou, Kouta, Middletone i Karanikola, 2013). Sve to negativno utječe na njihovo tjelesno i psihičko zdravlje kao i na ostale članove njihovih obitelji.

Rezultati istraživanja koja su se bavila posljedicama visokih razina stresa na mentalno zdravlje samohranih majki pokazuju kako one općenito doživljavaju više razine psihološkog

stresa (Franz, Lensche i Schmitz, 2003), češće pate od poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja (Lipman, Offord i Boyle, 1997) te depresivnih simptoma (Cairney i sur., 2003; Cicak, 2010; Rousou i sur., 2013; Wang, 2004).

Mnoga istraživanja govore o različitim posljedicama majčinog negativnog afekta, odnosno o posljedicama visokih razina roditeljskog stresa. Dunn i sur. (1998; prema Solombok, 2004) ispitivali su razlike u negativnom afektu svojih ispitanica koristeći skalu sastavljenu od čestica kao što su „*Moje me dijete živcira*“ ili „*Vrlo se često sukobljavam sa svojim djetetom*“. Njihovi su rezultati pokazali veće razine negativnog afekta kod samohranih majki u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji kao i to da je on povezan sa višim stopama ponašajnih problema kod djece.

Neka su se istraživanja roditeljskog stresa usmjerila na vrlo specifične skupine samohranih roditelja. Tako su Copeland i Harbaugh (2005) u svom istraživanju uspoređivali razine roditeljskog stresa samohranih prvorotkinja sa prvorotkinjama u braku te su pokazali kako samohrane prvorotkinje postižu više rezultate na subskali roditeljskog stresa. Istraživanja koja su se bavila roditeljskim stresom kod roditelja djece s različitim teškoćama i posebnim potrebama također potvrđuju kako su i u tim slučajevima više razine roditeljskog stresa izmjerene kod samohranih roditelja u usporedbi sa roditeljima iz potpunih obitelji (Rodriguez i Murphy, 1997; Upadhyay i Havalappanavar, 2007). Podaci o samohranim roditeljima djece sa poteškoćama u razvoju govore o pozitivnim utjecajima različitih bihevioralnih treninga roditelja na, između ostalog, roditeljski stres no ističu kako samohrani roditelji vrlo često nailaze na brojne praktične prepreke prilikom uključivanja u tretman (Chacko i sur., 2009).

Wang (2004) se u svom istraživanju bavila razlikama između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u prevalenciji depresije te povezanim faktorima. Razlike u velikoj depresiji pronađene su između navedene dvije skupine majki u dobi od 25 do 50 godina. Osim toga, samohrane majke češće od majki u braku koriste zdravstvene usluge zbog emocionalnih i mentalnih poteškoća.

Pregled literature pokazuje kako rezultati brojnih usporedbi samohranih roditelja i roditelja iz potpunih/dvoroditeljskih obitelji najčešće govore o lošijem tjelesnom zdravlju samohranih roditelja. Podaci o tjelesnim aspektima zdravlja samohranih majki pokazuju njihovu vulnerabilnost na neka specifična zdravstvena stanja kao što su kardiovaskularne bolesti, povećani rizik mortaliteta i morbiditeta u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji te generalno niže samoprocjene tjelesnog zdravlja (Macran, Clarke, Sloggett i Bethune, 1994; Rousou i sur., 2013; Williams i Cashion, 2008). Istraživanja na samohranim majkama djece

predškolske dobi pokazala su kako se broj djece smatra važnim u objašnjenju depresivnih simptoma samohranih majki (Baker i North, 1999).

Kroskulturalno istraživanje kojeg su proveli Burstrom, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni i Costa (2010) bavilo se zdravljem samohranih majki i majki iz potpunih obitelji s obzirom na socijalnu politiku države iz koje dolaze – Velika Britanija, Italija i Švedska. Rezultati su pokazali kako kod samohranih majki nailazimo na veće stope nezaposlenosti, veće financijske poteškoće te lošije tjelesno zdravlje, odnosno kako se mogu smatrati skupinom u nepovoljnijem položaju u svim uključenim državama, bez obzira na politički režim i socijalnu politiku.

Kiecolt-Glaser i sur. (1987; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006) proveli su istraživanje u kojem su analizirali odgovore odvojenih ili rastavljenih te udanih žena kontrolne skupine na upitnicima koji su mjerili tjelesne simptome, doživljaj usamljenosti, privrženost i prilagodbu partneru te bračnu kvalitetu. Kao indekse imunosnog funkcioniranja koristili su nekoliko imunoloških procjena funkcije limfocita te su mjerili njihov broj. Rezultati navedenog istraživanja pokazali su znatno lošiju imunosnu funkciju kod odvojenih ili rastavljenih žena koje su bile razdvojene od svojih muževa unutar razdoblja od godine dana. Također, te su žene imale niže postotke pomagačkih limfocita T te niže postotke NK-stanica.

Brojna istraživanja upućuju na važnost zdravih međuljudskih odnosa i socijalne podrške bračnog partnera za psihičko i imunosno funkcioniranje (npr. Glaser i sur., 1985; Baron i sur., 1990; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Odgovarajuća socijalna podrška može pružiti i adekvatno rješenje problema, smanjiti njegovu percipiranu važnost, ublažiti odgovore neuroendokrinološkog sustava na stresne situacije ili poticati pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja, odnosno smanjivati vjerojatnost korištenja štetnih strategija suočavanja (Cohen i Willis, 1985). Percepcija visoke socijalne podrške pomaže osobi da se učinkovito suoči s prijetnjom samopoštovanju, emocionalnim stresom, usamljenošću i praktičnim problemima koje izazivaju stresne situacije. Zbog toga prilikom stresnih događaja kao što su nezaposlenost ili rastava braka percipirana visoka socijalna podrška ima pozitivne efekte na zdravlje. Franz i sur. (2003) u svom istraživanju govore kako se socijalna podrška može smatrati vrlo važnim zaštitnim faktorom kada je riječ upravo o zdravlju samohranih roditelja. Neka istraživanja upućuju na to da je percipirana dostupnost socijalne podrške važnija od stvarne, primljene socijalne podrške. Smatra se da ona ima snažnije efekte na psihološke mjere zdravlja jer je povezanost između socijalne podrške i psihičkih ishoda posredovana kognitivno te da ona smanjuje procjenu prijetnje u socijalnim situacijama (Cohen i Willis, 1985; Nurullah, 2012).

Što se tjelesnog zdravlja samohranih majki tiče, Jun i Acavedo-Garcia (2007) smatraju kako, usprkos rastućem broju te populacije, nije posvećena potrebna količina vremena i pažnje istraživanju njihovih zdravstvenih ponašanja poput pušenja, kao i posljedica takvih ponašanja. Napominju kako se o prevalenciji pušenja među samohranim majkama sa maloljetnom djecom u Sjedinjenim Američkim Državama rijetko izvještavalo. Visoka učestalost konzumiranja duhanskih proizvoda kod samohranih majki prvotno je istaknuta u istraživanju Grahama (1993) u Velikoj Britaniji, kada on izvještava o dvije trećine pušača među samohranim majkama radničke klase. Rezultati navedenog istraživanja (Jun i Acavedo-Garcia, 2007) pokazali su, između ostalog, kako iako općenito roditelji male djece pokazuju tendenciju ka prestanku pušenja zbog vlastitog zdravlja i zdravlja vlastite djece, samohrane majke sa takvim prestankom nemaju uspjeha. Takvu su nemogućnost prestanka pušenja autori prikazali kao vjerojatnu posljedicu jedinstvenih stresora s kojima se samohrane majke suočavaju, kao što je to nedostatak redovite potpore od strane supružnika ili partnera. O većoj prevalenciji pušenja među samohranim majkama u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji govori i veliki broj drugih istraživanja (Baker i North, 1999; Sperlich, Nyambura i Noeres, 2013; Sperlich i Nyambura, 2014).

## **2. Cilj istraživanja**

Svjetski i europski podaci ukazuju na ubrzano povećanje broja samohranih roditelja, odnosno jednoroditeljskih obitelji. Kućanstva u kojima je jedan roditelj sam s djecom u Hrvatskoj čine 24% od ukupnog broja obitelji s djecom. Od ukupnog broja samohranih obitelji velika je većina majčinskih obitelji, točnije 84%. Kao što je već spomenuto oni to mogu postati zbog smrti bračnog partnera, rastave braka ili jer nikada nisu ni stupili u brak.

S obzirom na sve veći broj samohranih majki važno je imati uvid u njihovo svakodnevno funkcioniranje i probleme s kojima se kao roditelji svakodnevno susreću. Veliki se broj dosadašnjih istraživanja usmjerio na posljedice koje samohrano roditeljstvo ima na djecu koja odrastaju u takvom okruženju a njihovi rezultati vrlo često ukazuju na nepovoljne utjecaje. Ovo se istraživanje usmjerilo prema efektima samohranog roditeljstva na majke, odnosno na usporedbu nekih karakteristika samohranih majki i majki iz dvoroditeljskih/potpunih obitelji, a uzorak čine isključivo žene sa prebivalištem na području Republike Hrvatske. To



omogućuje korištenje dobivenih podataka u obogaćivanju starih i stvaranju novih teorijskih spoznaja te za osmišljavanje praktičnih intervencija koje bi doprinosile poboljšanju životnih uvjeta samohranih majki u Hrvatskoj. Posljednje opsežnije istraživanje slične tematike na našim područjima provele su Raboteg-Šarić i sur. 2003. godine te je stoga ovo istraživanje važno radi novih podataka o nekim karakteristikama samohranih majki u Hrvatskoj te jedinstveno zbog kombinacije korištenih varijabli te provjeri razlika u osobinama ličnosti između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji.

Ciljevi ovog istraživanja jesu ispitati razlike u osobinama ličnosti, stupnju roditeljskog stresa, percipiranoj socijalnoj podršci, depresivnosti i tjelesnom zdravlju između samohranih majki i majki iz potpunih (dvoroditeljskih) obitelji. Također, cilj je i detaljnije ispitati efekt osobina ličnosti, roditeljskog stresa te percipirane socijalne podrške na depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki.

### ***3. Problemi i hipoteze istraživanja***

#### ***3.1. Problemi istraživanja***

Problemi ovog istraživanja su sljedeći:

- 1.** Ispitati razlike u osobinama ličnosti, roditeljskom stresu, percipiranoj socijalnoj podršci, depresivnosti i tjelesnom zdravlju između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji.
- 2.** Ispitati efekte percipiranog stupanja roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške povrh osobina ličnosti na depresivnost i tjelesne simptome samohranih majki.

### **3.2. Hipoteze istraživanja**

Na temelju dosadašnjih spoznaja u ispitivanome području, predviđene su sljedeće hipoteze:

1. Ispitanice će se razlikovati u depresivnosti i tjelesnom zdravlju, pri čemu će, u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, samohrane majke pokazivati veću depresivnost te lošije tjelesno zdravlje. Ispitanice će se razlikovati u stupnju doživljenog roditeljskog stresa i percipiranoj socijalnoj podršci, pri čemu će, u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, samohrane majke pokazivati više razine doživljenog roditeljskog stresa i manje razine percipirane socijalne podrške.
2. Stupanj roditeljskog stresa i percipirana socijalna podrška značajno će doprinosti objašnjenju depresivnosti i tjelesnog zdravlja samohranih majki povrh osobina ličnosti. Roditeljski stres biti će pozitivan prediktor tjelesnih simptoma i depresivnosti samohranih majki. Percipirana socijalna podrška biti će negativan prediktor tjelesnih simptoma i depresivnosti samohranih majki. Neuroticizam će biti pozitivan prediktor tjelesnih simptoma i depresivnosti samohranih majki.

## **4. Metoda**

### **4.1. Ispitanici**

U ovom je istraživanju sudjelovalo ukupno 472 žene te ukupni uzorak čine 236 majki iz samohranih obitelji i jednak broj majki iz potpunih obitelji koje su međusobno uparene po svojoj dobi. Prosječna dob uzorka iznosi 35.7 godina (SD=8.93, raspon dobi 18-62 godine). Što se tiče bračnog statusa polovica sudionica (236 žena) je u braku dok drugu polovicu čine samohrane majke od kojih je 136 rastavljenih žena (57.6% odnosno 28.8% ukupnog uzorka), 80 žena koje se nikada nisu udavale (33.9% odnosno 16.9% ukupnog uzorka) te 20 udovica (8.5% odnosno 4.2% ukupnog uzorka).

Pitanje o broju djece pokazalo je kako 50.4% ispitanica ima jedno dijete, 36.4% dvoje djece, 10.2% troje djece, 2.1% četvero djece te 0.8% ispitanica petero djece. Što se tiče ukupnog broja članova kućanstva podaci pokazuju kako 19.3% čine kućanstva sa 2 člana, 32.8% su tročlana, 30.3% četveročlana, 12.7% peteročlana, 3.4% šesteročlana, 1.3% sedmeročlana te 0.2% odnosno jedno kućanstvo sa 10 članova. Podaci o trenutnom radnom statusu pokazuju kako je 66.3% ispitanica zaposleno, 26.9% nezaposleno, 2.5% studira, 1.3% je u mirovini dok je 3% u skupini „Ostalo“ (porodiljni dopust, dopust za njegu djeteta sa posebnim potrebama i sl.).

Ispitanice su odgovarale i na pitanje koliki su ukupni mjesečni prihodi članova njihovog kućanstva te je navedeni iznos podijeljen s ukupnim brojem članova kućanstva kako bi se dobio prosječan iznos po članu kućanstva. Podaci pokazuju kako taj iznos u 4.2% slučajeva iznosi manje od 500 kn, 29.7% od 501-1500 kn, 28.4% 1501-2500 kn, 20.8% 2501-3500 kn, 7.8% 3501-4500 kn, 4.4% 4501-5500 kn, 1.9% 5501-6500 kn, 1.5% 6501-7500 kn, 0.6% 7501-8500 kn te 0.6% iznad 8500 kn. Prosječni mjesečni prihod po članu kućanstva iznosi 2414,92 kn (SD=1687.37). Ispitanice su također zamoljene da same procijene kakve su materijalne prilike njihove obitelji. Njih 8.1% procjenjuje ih jako lošima i znatno slabijima od većine drugih ljudi, 18.9% lošima i slabijima od većine drugih ljudi, 53% srednjima odnosno kao i kod većine drugih ljudi, 18.4% dobrima i boljima od većine drugih ljudi dok svoje materijalne prilike odličnima i znatno boljima od većine drugih ljudi procjenjuje 1.7% žena.

Što se tiče stupnja obrazovanja majki koje su sudjelovale u ovom istraživanju 3.4% njih nije završilo ili je završilo osnovnoškolsko obrazovanje, 49.4% je završilo srednju školu ili zanat te njih 47.2% višu školu, fakultet ili poslijediplomski studij.

Od ukupno 472 žene njih 41 (8.7%) članice su neke od udruga roditelja/samohranih roditelja.

## **4.2. Instrumentarij**

### **4.2.1. Upitnik demografskih podataka**

Upitnik demografskih podataka posebno je konstruiran za potrebe ovog istraživanja te se sastoji od ukupno 10 čestica koje obuhvaćaju sljedeća pitanja: dob, bračni status, broj djece,

broj članova kućanstva, trenutni radni status, ukupna mjesečna primanja, procjena materijalnih prilika, stupanj obrazovanja, članstvo u udrugama roditelja/samohranih roditelja i mjesto stanovanja. Kod nekih je pitanja ispitanicama bilo ponuđeno nekoliko odgovora (npr. pitanje o bračnom statusu) dok su kod nekih pitanja one same upisivale svoje odgovore (npr. pitanje o ukupnim mjesečnim primanjima kućanstva).

#### **4.2.2. Upitnik petofaktorskog modela ličnosti (BFI)**

*Upitnik petofaktorskog modela ličnosti BFI* (John, Donahue i Kentle, 1991; prema John i Srivastava, 1999) se sastoji od 44 čestice u obliku kratkih verbalnih fraza, a zadatak sudionika je da procjene vide li sebe kao osobu koja ima svaku od navedenih osobina (npr. depresivna, otvorena i društvena, ponekad gruba prema drugim ljudima, voli razmišljati i igrati se idejama i sl.). Odgovori se boduju na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (0- *uopće se ne slažem* do 4- *u potpunosti se slažem*). Sadržajno dobro pokriva svih pet dimenzija (otvorenost za iskustva, savjesnost, neuroticizam, ekstraverzija i ugodnost) i ima zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, usprkos svojoj jednostavnosti i kratkoći. Čestice unutar pojedinih dimenzija pokrivaju različite facete, odnosno uže komponente pojedinih faktora.

Struktura upitnika petofaktorskog modela ličnosti na hrvatskom jeziku provjerena je korištenjem konfirmatorne faktorske analize, a rezultati koje su dobili Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević (2006) ukazuju na zadovoljavajuće pouzdanosti kao i na prikladnost predviđene petofaktorske strukture.

U Tablici 4.3.2.1. prikazani su deskriptivni podaci te koeficijenti pouzdanosti za sve dimenzije petofaktorskog modela ličnosti na uzorku ispitanica ovog istraživanja.

**Tablica 4.2.2.1.** *Aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponi rezultata te koeficijenti pouzdanosti za svaku dimenziju Upitnika petofaktorskog modela ličnosti*

Dimenzije	M	SD	Raspon rezultata	Alpha
Otvorenost	36.08	6.46	18-50	.84
Neuroticizam	22.32	5.84	9-40	.81
Savjesnost	34.20	5.22	19-45	.78
Ugodnost	33.04	5.25	15-45	.73
Estraverzija	28.66	5.15	10-40	.76

### 4.2.3. Ljestvica roditeljskog stresa

Ljestvica roditeljskog stresa (Gottlieb, 1997) sastoji se od ukupno sedam pridjeva. Pridjeve je autor ljestvice odabrao iz Ljestvice emocionalnog stresa (Pearlin i Schooler, 1978). Raboteg-Šarić i sur. (2003) prevele su i adaptirale ljestvicu na hrvatski jezik. Ispitanici odgovaraju koliko često se kao roditelji osjećaju napetima, zabrinutima, nervoznima, ljutitima, nesretnima, emocionalno istrošenima i nesigurnima u sebe. Uz svaki od navedenih pridjeva odgovara se na ljestvici od 1 („*nikad*“) do 4 („*često*“) gdje viši rezultat ukazuje na veći roditeljski stres. Provjerena je i pouzdanost ove ljestvice te Cronbach alpha iznosi .83.

U Tablici 4.2.3.1. prikazani su deskriptivni podaci te koeficijent pouzdanost za Ljestvicu roditeljskog stresa na uzorku ispitanica ovog istraživanja.

**Tablica 4.2.3.1.** *Aritmetička sredina, standardna devijacija, raspon rezultata te koeficijent pouzdanosti za Ljestvicu roditeljskog stresa*

Dimenzije	M	SD	Raspon rezultata	Alpha
Roditeljski stres	2.11	0.66	7-28	.83

### 4.2.4. Ljestvica percipirane socijalne podrške

Ljestvica percipirane socijalne podrške (Simons i sur., 1996) sastoji se od 11 tvrdnji. Tvrdnjama se ispituje raspoloživost različitih oblika podrške u socijalnoj okolini ispitanika (npr. *Imam nekoga za koga vjerujem da bi pomogao riješiti moje probleme; Osjećam da sam uvijek uključena u svoj krug prijatelja*). Ispitanici procjenjuju svoje odgovore na ljestvici od pet stupnjeva ( 1-*potpuno netočno*, 2-*netočno*, 3-*ni točno ni netočno*, 4-*točno*, 5-*potpuno točno*) gdje viši rezultat ukazuje na veći stupanj percipirane socijalne podrške. Raboteg-Šarić i sur. (2003) prevele su i adaptirale ljestvicu na hrvatski jezik.

U svom su istraživanju Raboteg-Šarić i Pećnik (2006) koristile trofaktorsku strukturu ove ljestvice. Tri korištena faktora jesu *Ljestvica savjetodavne podrške*, *Ljestvica prijateljske podrške* te *Ljestvica instrumentalne podrške*. *Ljestvica savjetodavne podrške* sadrži tri čestice, a odnosi se na percepciju ispitanica da imaju nekoga s kim mogu razgovarati o svojim problemima, dobiti pomoć u njihovom rješavanju i posavjetovati se u vezi s promjenom posla

ili zapošljavanja. *Ljestvica prijateljske podrške* mjeri osjećaj pripadanja krugu prijatelja. Sadrži pet čestica koje se odnose na dostupnost prijatelja i drugih članova mreže za druženje te na uvjerenja ispitanica da su voljene i cijenjene u krugu svojih prijatelja. *Ljestvica instrumentalne podrške* ima tri čestice koje se odnose na percepciju ispitanica da su materijalna i praktična podrška na raspolaganju kada zatreba odnosno na vjerovanje ispitanica da mogu dobiti novac na posudbu, smještaj te pomoć u kućanskim poslovima u izvanrednim situacijama ili u bolesti. S obzirom na korelacije između pojedinih dimenzija izračunat je i ukupan rezultat na ovoj ljestvici.

U Tablici 4.2.4.1. prikazani su deskriptivni podaci te koeficijenti pouzdanosti za svaku dimenziju Ljestvice percipirane socijalne podrške dok su u Tablici 4.2.4.2. prikazani koeficijenti korelacija između dimenzija Ljestvice percipirane socijalne podrške na uzorku ispitanica ovog istraživanja.

**Tablica 4.2.4.1.** *Aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponi rezultata te koeficijenti pouzdanosti za svaku dimenziju Ljestvice percipirane socijalne podrške*

Dimenzije	M	SD	Raspon rezultata	Alpha
Savjetodavna podrška	3.39	1.02	3-15	.76
Prijateljska podrška	3.98	0.77	5-25	.80
Instrumentalna podrška	4.22	0.88	3-15	.80
Ukupna percipirana podrška	3.88	0.73	11-55	.88

**Tablica 4.2.4.2.** *Koeficijenti korelacija između dimenzija Ljestvice percipirane socijalne podrške*

Dimenzije	1	2	3	4
1.Savjetodavna podrška	-	.51**	.53**	.83**
2.Prijateljska podrška		-	.51**	.85**
3.Instrumentalna podrška			-	.76**
4.Ukupna podrška				-

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Iz Tablice 4.2.4.2. vidljivo je kako su sve dimenzije *Ljestvice percipirane socijalne podrške* međusobno statistički značajno pozitivno povezane. Sve dobivene korelacije veće su od .50, a pouzdanost cijele skale veća je od pouzdanosti pojedinih faktore te je stoga, u svrhu ovog istraživanja i njegovog cilja, u daljnim analizama korišten ukupni rezultat na ovoj ljestvici.

#### **4.2.5. Ljestvica depresivnosti**

*Ljestvica depresivnosti* (Simons i sur., 1996) preuzeta je iz ljestvice SCL-90-R (Derogatis, 1983). Uključuje 12 čestica koje opisuju depresivno raspoloženje, osjećaje usamljenosti, bezvrijednosti, beznadežnosti i samookrivljanja kao i tjelesne znakove depresivnosti kao što su manjak energije ili usporenost (npr. *Koliko često ste tijekom proteklog tjedna osjećali da je sve napor; Koliko često ste tijekom proteklog tjedna osjećali bespomoćnost u pogledu budućnosti*). Ispitanici odgovaraju na ljestvici od 4 stupnja koliko su se često tijekom proteklog tjedna osjećali na opisani način (1-*nikad*, 2-*rijetko*, 3-*katkad*, 4-*često*) gdje viši rezultat ukazuje na veću učestalost znakova depresivnosti. Raboteg-Šarić i sur. (2003) prevele su i adaptirale ljestvicu na hrvatski jezik. Pouzdanost ove ljestvice u ovom istraživanju je visoka (Cronbach alpha= .90)

U Tablici 4.2.5.1. prikazani su deskriptivni podaci te koeficijent pouzdanosti za Ljestvicu depresivnosti na uzorku ispitanica ovog istraživanja.

**Tablica 4.2.5.1.** *Aritmetička sredina, standardna devijacija, raspon rezultata te koeficijent pouzdanosti za Ljestvicu depresivnosti*

<b>Dimenzije</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Raspon rezultata</b>	<b>Alpha</b>
<b>Depresivnost</b>	2.02	0.66	12-47	.90

#### 4.2.6. Upitnik tjelesnih simptoma

Upitnik tjelesnih simptoma (Eriksen, Ihlebaek i Ursin, 1999) sadrži 29 čestica koje obuhvaćaju različitu subjektivnu i psihološku simptomatologiju. Na hrvatski jezik prilagodili su ga i preveli Krapić, Čoso i Sušanjan (2006). Sudionici moraju označiti u kojoj ih je mjeri svaki od navedenih problema uznemiravao (mučio) u posljednjih šest mjeseci (1-uopće ne, 2-malo, 3-umjereno, 4-prilično, 5-jako). Autori navode kako faktorska analiza ovog upitnika rezultira petofaktorskim rješenjem, pri čemu se dobiveni faktori odnose na muskuloskeletalne („bol u leđima“, „bol u vratu“), pseudoneurološke („srčane aritmije“, „umor“) i gastrointestinalne („bol u trbuhu“, „tvrda stolica“) tjelesne simptome te na simptome alergije („problemi s disanjem“, „bol u grudima“) i gripe („kašalj“, „prehlada“). Rezultat na upitniku moguće je izraziti i kao ukupne tjelesne simptome pri čemu se ova vrijednost dobiva zbrojem odgovora na svim česticama upitnika i gdje viši rezultat ukazuje na veću učestalost tjelesnih simptoma, odnosno lošije zdravstveno stanje.

Pouzdanost skale ukupnih tjelesnih simptoma na hrvatskim uzorcima iznosi .90 (Krapić i sur., 2006) a u ovom je istraživanju također upotrebljena jednofaktorska struktura upitnika čiji koeficijent unutarnje konzistencije tipa Cronbach alpha iznosi .89.

U Tablici 4.2.6.1. prikazani su deskriptivni podaci te koeficijent pouzdanosti za Upitnik tjelesnih simptoma na uzorku ispitanica ovog istraživanja.

**Tablica 4.2.6.1.** Aritmetička sredina, standardna devijacija, raspon rezultata te koeficijent pouzdanosti za Upitnik tjelesnih simptoma

Dimenzije	M	SD	Raspon rezultata	Alpha
Tjelesni simptomi	1.92	0.55	29-114	.89

#### 4.3. Postupak istraživanja

Istraživanje je provedeno elektronskim putem, pomoću upitnika koje su ispitanice ispunjavale on-line. Ispunjavanje upitnika trajalo je približno 10 minuta, a prethodila mu je detaljna uputa za ispitanice u kojoj je objašnjen cilj istraživanja te zagarantirana anonimnost.



Na samom kraju upute ostavljeni su i kontakt podaci za eventualna pitanja i razjašnjavanje nejasnoća u vezi istraživanja. Iako su se ispitanice javljale sa raznim prijedlozima i komentarima na samu temu istraživanja ni jedna nije imala pitanja u vezi samih upitnika i njihovih čestica. Tijekom istraživanja prikupljali su se podaci majki i iz samohranih i iz potpunih obitelji te je ukupno prikupljen uzorak činilo 1101 žena. Iz uzorka su izuzete samohrane majke koje sada žive sa novim partnerom kao i one samohrane majke te majke iz potpunih obitelji koje su izvjestile o boravištu/prebivalištu izvan područja Republike Hrvatske. Samohrane majke koje su odgovarale kriterijima uparene su prema dobi sa majkama iz potpunih obitelji. Upitnici s uputama bili su dostupni na stanicama prikladnih sadržaja na društvenim mrežama te su elektroničkom poštom poslani na adrese različitih udruga koje djeluju na području Republike Hrvatske. Istraživanje je trajalo od svibnja 2013. do lipnja 2014. godine.

## **5. Rezultati**

Kako bismo odgovorili na probleme postavljene u ovom istraživanju na prikupljenim podacima provedena je statistička analiza pomoću programa SPSS 15.0 for Windows.

Prvi problem ovog istraživanja bio je ispitati razlike u osobinama ličnosti, roditeljskom stresu, percipiranoj socijalnoj podršci, depresivnosti i tjelesnom zdravlju između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji.

Rezultati provedene analize pokazuju kako, što se osobina ličnosti tiče, ne postoji statistički značajna razlika između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u otvorenosti ( $t_{(470)}=-0.48$ ,  $p>0.05$ ), neuroticizmu ( $t_{(470)}=-1.81$ ,  $p>0.05$ ), ugodnosti ( $t_{(470)}=1.44$ ,  $p>0.05$ ) i savjesnosti ( $t_{(470)}=0.87$ ,  $p>0.05$ ). Statistički značajna razlika pronađena je samo za crtu ekstraverzije ( $t_{(470)}=3.42$ ,  $p<0.01$ ), pri čemu samohrane majke pokazuju niže razine ekstraverzije ( $M=27.85$ ,  $SD=5.44$ ) u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji ( $M=29.46$ ,  $SD=4.72$ ).

Nadalje, rezultati su pokazali kako se ispitanice statistički značajno razlikuju u

depresivnosti ( $t_{(470)}=-17.99$ ,  $p<0.01$ ) i tjelesnom zdravlju ( $t_{(470)}=-16.84$ ,  $p<0.01$ ) pri čemu su samohrane majke ( $M=29.33$ ,  $SD=7.94$ ) više depresivne od majki iz potpunih obitelji ( $M=19.16$ ,  $SD=3.49$ ) te u usporedbi s istima ( $M=45.93$ ,  $SD=7.29$ ) samohrane majke imaju lošije tjelesno zdravlje odnosno izvještavaju o više tjelesnih simptoma ( $M=65.64$ ,  $SD=16.44$ ). Statistički značajne razlike pronađene su i u raznima roditeljskog stresa ( $t_{(470)}=-18.73$ ,  $p<0.01$ ) te percipirane socijalne podrške ( $t_{(470)}=17.29$ ,  $p<0.01$ ). Točnije, samohrane majke ( $M=17.80$ ,  $SD=4.45$ ) doživljavaju više roditeljskog stresa od majki iz potpunih obitelji ( $M=11.77$ ,  $SD=2.16$ ) te izvještavaju o nižim razinama percipirane socijalne podrške ( $M=37.70$ ,  $SD=8.07$ ) u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji ( $M=47.77$ ,  $SD=3.87$ ). Dobivene značajne razlike prikazane su i u Tablici 5.1.

**Tablica 5.1.** *Rezultati u ekstraverziji, depresivnosti, roditeljskom stresu, percipiranoj socijalnoj podršci i tjelesnim simptomima između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji*

	Samohrane majke		Majke iz potpunih obitelji		t	df
	M	SD	M	SD		
Ekstraverzija	27.85	5.44	29.46	4.72	17.29**	470
Depresivnost	29.33	7.94	19.16	3.49	-17.99**	470
Roditeljski stres	17.80	4.45	11.77	2.16	-18.73**	470
Percipirana socijalna podrška	37.70	8.07	47.77	3.87	17.29**	470
Tjelesni simptomi	65.64	16.44	45.93	7.29	-16.84**	470

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$

Drugi problem ovog istraživanja bio je ispitati efekte osobina ličnosti, percipiranog stupanja roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške na depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki. Najprije su izračunate korelacije između prediktorskih varijabli tj. osobina ličnosti (ekstraverzije, ugodnosti, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti), roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške te kriterijskih varijabli depresivnosti i tjelesnih simptoma za uzorak samohranih majki. Dobivene korelacije prikazane su u Tablici 5.2.

**Tablica 5.2.** Koeficijenti korelacija između dimenzija petofaktorskog modela ličnosti, roditeljskog stresa, percipirane socijalne podrške, depresivnosti te tjelesnih simptoma za uzorak samohranih majki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1. Otvorenost</b>	-	-.34**	.32**	.28**	.43**	.27**	-.32**	-.27**	-.14*
<b>2. Neuroticizam</b>		-	-.38**	-.32**	-.54**	-.40**	.56**	.60**	.46**
<b>3. Savjesnost</b>			-	.27**	.43**	.21*	-.27**	-.26**	-.15*
<b>4. Ugodnost</b>				-	0.13*	.09	-.12	-.11	-.10
<b>5. Ekstraverzija</b>					-	.39**	-.36**	-.42**	-.28**
<b>6. Ukupna percipirana podrška</b>						-	-.44**	-.56**	-.41**
<b>7. Roditeljski stres</b>							-	.69**	.51**
<b>8. Depresivnost</b>								-	.63**
<b>9. Tjelesni simptomi</b>									-

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Iz Tablice 5.2. vidljivo je kako je roditeljski stres u značajnoj negativnoj korelaciji sa otvorenosti, savjesnosti, ekstraverzijom i percipiranom socijalnom podrškom dok je sa neuroticizmom, depresivnosti i tjelesnim simptomima u značajnoj pozitivnoj korelaciji. Ukupna percipirana socijalna podrška značajno je negativno povezana s neuroticizmom, roditeljskim stresom, depresivnosti i tjelesnim simptomima dok je s otvorenosti, savjesnosti i ekstraverzijom u značajnoj pozitivnoj korelaciji. Što se osobina ličnosti tiče one su u međusobnim značajnim pozitivnim korelacijama osim neuroticizma koji je sa svim ostalim osobinama u značajnim negativnim korelacijama.

Iz Tablice 5.2. također je vidljivo kako je, što se osobina ličnosti tiče, samo neuroticizam značajno pozitivno povezan sa depresivnosti i tjelesnim simptomima dok su otvorenost, savjesnost i ekstraverzija značajno negativno povezani sa depresivnosti i tjelesnim simptomima. Ukupna percipirana socijalna podrška u negativnoj je, a roditeljski stres u pozitivnoj korelaciji s depresivnosti i tjelesnim zdravljem.

Kako bi se ustanovio doprinos roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške u objašnjenju depresivnosti i tjelesnog zdravlja samohranih majki povrh demografskih podataka i osobina ličnosti provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

U prvi korak obje hijerarhijske regresijske analize uključeni su sljedeći demografski podaci: dob i broj djece samohranih majki te prosječni iznos primanja po članu obitelji. U drugi su korak hijerarhijske regresijske analize uvrštene osobine ličnosti: otvorenost, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i ekstraverzija. U posljednji, treći, korak obje hijerarhijske regresijske analize uvrštene su varijable roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške. Kriterijske varijable bile su depresivnost i tjelesno zdravlje. Podaci dobiveni hijerarhijskom regresijskom analizom prikazani su u Tablici 5.3.

**Tablica 5.3.** *Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza za kriterijske varijable depresivnost i tjelesni simptomi*

Prediktorske varijable	Tjelesni simptomi			Depresivnost		
	BETA	$\Delta R^2$	$R^2$	BETA	$\Delta R^2$	$R^2$
1. korak						
Dob	-0.08			-0.07		
Broj djece	0.10	<b>0.06**</b>	<b>0.06**</b>	0.02	<b>0.09**</b>	<b>0.09**</b>
Primanja	<b>-0.17*</b>			-0.10		
2. korak						
Otvorenost	0.09			0.05		
Neuroticizam	<b>0.25**</b>	<b>0.19**</b>	<b>0.25**</b>	<b>0.27**</b>	<b>0.34**</b>	<b>0.43**</b>
Savjesnost	0.08			-0.01		
Ugodnost	-0.02			0.03		

<b>Ekstraverzija</b>	-0.01			-0.04		
3. korak						
<b>Percipirana socijalna podrška</b>	<b>-0.19**</b>			<b>-0.21**</b>		
		<b>0.11**</b>	<b>0.36**</b>		<b>0.19**</b>	<b>0.62**</b>
<b>Roditeljski stres</b>	<b>0.32**</b>			<b>0.44**</b>		

BETA – standardizirani regresijski koeficijent iz 3.koraka;  $\Delta R^2$  – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenju varijanci;  $R^2$  – ukupni doprinos objašnjenju varijanci;

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Iz Tablice 5.3. možemo vidjeti kako prediktorske varijable objašnjavaju 36% varijance tjelesnog zdravlja, odnosno tjelesnih simptoma, samohranih majki. Demografski podaci uključeni u prvi korak objašnjavaju 6% varijance, pri čemu se prosječni iznos primanja izdvaja kao značajan pojedinačni prediktor.

Demografski podaci i osobine ličnosti objašnjavaju ukupno 25% varijance, odnosno osobine ličnosti uvrštene u drugom koraku objašnjavaju dodatnih 19% varijance tjelesnih simptoma. Kao pojedinačni pozitivni prediktor izdvaja se samo neuroticizam. Što je neuroticizam viši to je više tjelesnih simptoma.

Kao što je već napomenuto, demografski podaci, osobine ličnosti, roditeljski stres i percipirana socijalna podrška objašnjavaju ukupno 36% varijance tjelesnih simptoma. Povrh varijabli uključenih u prva dva koraka analize, roditeljski stres i percipirana socijalna podrška objašnjavaju dodatnih 11% varijance. Percipirana socijalna podrška pokazala se negativnim a roditeljski stres pozitivnim prediktorom tjelesnih simptoma samohranih majki. Što je percipirana socijalna podrška viša to je tjelesnih simptoma manje a što je više roditeljskog stresa to je više i tjelesnih simptoma.

Iz Tablice 5.3. također možemo vidjeti kako prediktorske varijable objašnjavaju 62% varijance depresivnosti. Demografski podaci uključeni u prvi korak hijerarhijske regresijske analize objašnjavaju 9% varijance, pri čemu se kao ni jedan podatak ne izdvaja kao samostalni prediktor.

Demografski podaci i osobine ličnosti objašnjavaju ukupno 43% varijance, odnosno osobine ličnosti uvrštene u drugom koraku objašnjavaju dodatnih 34% varijance depresivnosti. Kao pojedinačni pozitivni prediktor izdvaja se samo neuroticizam. Što je neuroticizam viši to je viša i depresivnost.

Povrh varijabli uključenih u prva dva koraka analize roditeljski stres i percipirana socijalna podrška objašnjavaju dodatnih 19% varijance depresivnosti. Percipirana socijalna podrška pokazala se negativnim a roditeljski stres pozitivnim prediktorom depresivnosti samohranih majki. Što je percipirana socijalna podrška viša to je depresivnost manja a što je više roditeljskog stresa to je depresivnost veća.

Pomoću ovih deset prediktora objašnjeno je 36% varijance tjelesnih simptoma te 62% varijance depresivnosti samohranih majki. Prosječni iznos primanja po članu obitelji pokazao se negativnim prediktorom tjelesnog zdravlja. Dob samohranih majki te broj djece nisu se pokazali značajnim prediktorima. Osobine ličnosti značajno su doprinijele objašnjenju obje kriterijske varijable pri čemu se jedino neuroticizam istaknuo kao pojedinačni negativni prediktor. Roditeljski stres značajan je pozitivni prediktor obje kriterijske varijable dok je percipirana socijalna podrška značajan negativni prediktor navedenih kriterijskih varijabli.

## **6. Diskusija**

Ovim su se istraživanjem željele ispitati razlike u roditeljskom stresu, percipiranoj socijalnoj podršci, depresivnosti i tjelesnom zdravlju između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u Hrvatskoj iz razloga što se upravo te (i/ili s njima povezane) varijable najčešće spominju kao važne u literaturi koja se bavi samohranim roditeljima. Također su provjerene i eventualne razlike u osobinama ličnosti između navedene dvije skupine iz razloga što pregledom literature nije pronađen sličan podatak dobiven na ovim prostorima. Samohrane majke odabrane su zbog činjenice da njihov broj neprestano raste te predstavljaju skupinu koja ima specifične potrebe a prema kojoj postoje negativni stavovi u društvu. Pregledom istraživanja može se utvrditi kako je ova tema bila, i još uvijek je aktualna, u svijetu i u Europi, no u Republici Hrvatskoj još je uvijek mali broj istraživanja na ovu temu.

Kao što je već spomenuto, mnogobrojna su istraživanja u Europi i svijetu pokazala kako u različitim karakteristikama postoje razlike između samohranih majki i majki iz potpunih

obitelji (npr. Cairney i sur., 2003; Compas i Williams, 1990; Raboteg-Šarić i sur., 2003). Rezultati ovog istraživanja potvrdili su početne pretpostavke o razlikama u roditeljskom stresu, percipiranoj socijalnoj podršci, tjelesnom zdravlju i depresivnosti između te dvije skupine majki. Dobivene je razlike u budućnosti potrebno detaljnije istražiti, usmjeravajući se na njihove brojne uzroke i posljedice te teorijska objašnjenja. Na taj će se način količina spoznaja u ovom području povećati i omogućiti kvalitetnije pokušaje da se samohranim majkama pomogne u nošenju sa svakodnevnim stresorima i ostalim problemima s kojima se susreću.

Prva razlika koja je ovim istraživanjem provjerena je ona u percipiranoj socijalnoj podršci. Kao što je ranije već spomenuto, neka istraživanja upućuju na to da je upravo percipirana dostupnost socijalne podrške važnija od količine stvarno primljene socijalne podrške (Sarason i sur., 1987; prema Bastašić, 2008). Rezultati pokazuju kako majke iz potpunih obitelji izvještavaju o većoj percipiranoj socijalnoj podršci iz svoje okoline u usporedbi sa samohranim majkama. Samohrane majke u manjoj mjeri doživljavaju da imaju pristupa pomoći u rješavanju problema te materijalnih i praktičnih teškoća od strane osoba u svojoj socijalnoj mreži, što je u skladu s podacima o kojima u svom pregledu literature govore Rousou i sur. (2013). Ovi podaci ne iznenađuju s obzirom na to da se, barem u većini slučajeva, prelaskom u samohrano roditeljstvo dio socijalnog okruženja žene mijenja, primjerice nakon rastave brake ili u slučaju udovištva. Žena u tim slučajevima ne ostaje samo bez izuzetno važne podrške koju je primala od strane partnera već se često gube i socijalni kontakti koji su dolazili sa partnerove strane, kao što su članovi njegove obitelji, radni kolege sa svojim obiteljima i sl. Samim time gube se i potencijalni pružatelji podrške. Iako nalazi o povezanosti stvarno primljene i percipirane socijalne podrške nisu konzistentni, meta-analize (Haber i sur., 2007) ukazuju na postojanje slabe povezanosti.

Nadalje, istraživanje je pokazalo kako samohrane majke izvještavaju o većim razinama roditeljskog stresa. Samohrane majke se češće od majki iz potpunih obitelji kao roditelj osjećaju napeto, zabrinuto, nervozno, ljutito, emocionalno istrošeno, nesigurno u sebe i nesretno, što je u skladu sa rezultatima drugih istraživanja (Franz i sur., 2003). Već je spomenuto kako se samohrane majke gotovo svakodnevno u većoj ili manjoj mjeri suočavaju sa nerazumijevanjem okoline. To negativno utječe na njihovu sposobnost da se nose sa svakodnevnim izazovima i problemima koje samohrano roditeljstvo sa sobom nosi. Dodatno to može negativno utjecati i na njihov osobni doživljaj samohranog roditeljstva, povećavajući stres i s time povezane negativne emocije. Roditeljski stres odnosi se upravo na tu roditeljsku percepciju neadekvatnih financijskih, fizičkih i socijalnih resursa koji bi omogućili nošenje s

posljedicama ključnih životnih situacija ili na nesposobnost i nemogućnost nošenja, prilagodbe i funkcioniranja s nadolazećim životnim krizama. Kod samohranih roditelja, ili u ovom slučaju samohranih majki, upravo su takve poteškoće svakodnevno prisutne i naglašene (Avison, 1997; Williams i Cashion, 2008). Također, samohrane se majke sa takvim poteškoćama moraju nositi same, bez podrške partnera, što osjećaje nesigurnosti, ljutnje ili napetosti može samo povećavati. Razliku u roditeljskom stresu možemo povezati i sa dobivenom razlikom u percipiranoj socijalnoj podršci. Majke iz potpunih obitelji izvještavaju o većim razinama percipirane socijalne podrške odnosno one više od samohranih majki imaju osjećaj da imaju osobe u svojoj okolini kojima se mogu obratiti u vezi problema vezanih uz djecu, u potrazi za nekim savjetom ili radi zajedničkog provođenja vremena. Sama percepcija da imaju prilike sa nekime podijeliti svoje misli i probleme vezane uz njihovu roditeljsku ulogu može voditi ka nižim razinama roditeljskog stresa.

Rezultati su također potvrdili i pretpostavku o postojanju razlike između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u depresivnosti. Samohrane majke pokazuju veće razine depresivnih simptoma u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, što je u skladu sa rezultatima istraživanja provedenih u svijetu (Berkman, Zheng, Glymour, Avendano, Börsch-Supan i Sabbath, 2015; Cairney i sur., 2003; Cairney, Boyle, Lipman i Racine, 2004; Crosier i sur., 2007; Lipman i sur., 1997; Rousou i sur., 2013) ali i na području Republike Hrvatske (Raboteg-Šarić i sur., 2003; Raboteg-Šarić i Pećnik, 2006). Raboteg-Šarić i Pećnik (2006) navode kako se objašnjenja povezanosti između depresivnosti i samohranog roditeljstva najčešće usmjeravaju prema negativnim utjecajima stresnih životnih događaja. Kao što je iz rezultata vidljivo, samohrane majke izvještavaju o manje percipirane socijalne podrške kao i o većim razinama doživljenog roditeljskog stresa što povećava vjerojatnost javljanja nekih depresivnih simptoma.

Također, istraživanje je pokazalo kako samohrane majke izvještavaju o više tjelesnih simptoma povezanih sa različitim bolestima u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji. To je također, kao i ranije navedene razlike, u skladu sa podacima koje možemo pronaći u literaturi a koji su dobiveni mnogobrojnim istraživanjima (Benzeval, 1998; Macran i sur., 1994; Rousou i sur., 2013; Williams i Cashion, 2008). Iako se u ovom istraživanju koristio ukupan rezultat na primjenjenom upitniku tjelesnog zdravlja bilo bi zanimljivo i korisno u daljnjim istraživanjima provjeriti i razlike u različitim skupinama simptoma koje taj upitnik obuhvaća (muskuloskeletalne, pseudoneurološke i gastrointestinalne tjelesne simptome te na simptome alergije i gripe) ili u pojedinačnim česticama. Naime, rezultati nekih istraživanja (Baker i North, 1999) koja su se bavila tjelesnim zdravljem samohranih majki pokazala su



kako se od majki iz potpunih obitelji razlikuju u specifičnim tjelesnim simptomima kao što su npr. otežano disanje ali ne i u nekim drugim simptomima poput kašlja i hemoroida. Još jedno moguće objašnjenje ove razlike jesu razlike u resursima o kojima mnoga istraživanja govore. Briga za vlastito zdravlje ovisi u određenoj mjeri o vremenskim ali i financijskim resursima s kojima osoba raspolaže. Obzirom da samohrane majke same obavljaju roditeljske, kućanske, poslovne i ostale dužnosti od kojih se u potpunim obiteljima barem neke dijele, ne ostaje im mnogo vremena koje bi mogle posvetiti vlastitom zdravlju (pregledi kod liječnika, tjelovježba i sl.). Nepovoljna ekonomska situacija u kojoj se samohrane majke često nalaze to dodatno otežava. Istraživanja tako govore o lošijim prehranbenim navikama i manjoj količini tjelovježbe kod samohranih majki (Kotwal i Prabhakar, 2009). Ono što smatramo zanimljivim a vezano je uz temu, jesu istraživanja koja su se bavila posljedicama bolesti i/ili ozljeda na samohrane majke i majke iz potpunih obitelji (Burstrom i sur., 2010). Ona govore kako socijalne i ekonomske posljedice bolesti mogu biti različite za ove dvije skupine žena i kako je takve efekte potrebno dalje istražiti. Kada samohrana zaposlena majka oboli ili se ozljedi to kao posljedicu ima veće razine stresa zbog nemogućnosti obavljanja svakodnevnih obaveza, veću depresivnost te negativnije posljedice na ekonomsko stanje njene obitelji zbog nemogućnosti odlaska na posao.

Što se osobina ličnosti tiče, usporedbom samohranih majki i majki iz potpunih obitelji dobivena je razlika jedino u ekstraverziji, odnosno nisu pronađene značajne razlike između te dvije skupine u ugodnosti, otvorenosti, neuroticizmu i savjesnosti. Samohrane majke, u usporedbi sa majkama koje su u braku pokazuju niže razine ekstraverzije. Teorije o društveno-ponašajnim ekspresijama ekstraverzije govore o stupnju u kojem ekstravertirani pojedinci traže socijalnu podršku i koriste ju prilikom suočavanja sa stresom. Ekstravertirane osobe sklonije su od introvertiranih osoba tražiti interakcije sa drugim ljudima te prirodno teže prema traženju pomoći od drugih prilikom savladavanja različitih problema (Swickert i sur., 2002). Osim toga, one imaju veće i raznovrsnije mreže socijalne podrške što im omogućuje pristup velikom broju ljudi prilikom traženja podrške a poznato je kako davatelji socijalne podrške mogu poticati ponašanja usmjerena na zdravlje vezana uz kardiovaskularno funkcioniranje (npr. zdravija prehrana i više tjelesne aktivnosti) te traženje medicinske pomoći (Cohen, 1988; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Ovdje valja opet naglasti kako sama veličina socijalne mreže, odnosno postojanje velikog broja ljudi sama po sebi ne osigurava socijalnu podršku. Stoga možda upravo ova prirodna težnja ka traženju pomoći od drugih, koja karakterizira osobe sa višom ekstraverzijom, ključna u povećavanju vjerojatnosti da će osoba podršku i stvarno dobiti. Kada je riječ o poveznosti ekstraverzije i nekih

zdravstvenih ishoda Kardum, Hudek-Knežević i Kalebić (2004) navode kako postoje dokazi o njejoj povezanosti s ponašanjima usmjerenima k zdravlju ali i s nekim objektivnim tjelesnim simptomima kao što su krvni tlak te izlučivanje adrenalina i noradrenalina.

Iako su sve dobivene razlike između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u skladu sa zaključcima brojnih drugih istraživanja potrebno bi ih bilo ponovno provjeriti na način da se u analizu uključe i podaci o prosječnom iznosu mjesečnih primanja po članu obitelji o kojima su u istraživanju ispitanice morale izvjestiti. Ovo predlažemo iz razloga što se u ovakva istraživanja različiti ekonomski pokazatelji vrlo često uključuju kao kovarijat te zbog toga što rezultati takvih analiza ne idu uvijek u istom smjeru. Primjerice, Ringbäck Weitoft i Rosén (2000) su u svom istraživanju pokazali kako je kod samohranih majki rizik od prerane smrti veći nego kod majki u braku te je razlika ostala značajna i nakon kontrole socioekonomskih faktora. Istraživanje koje je usporedilo samoprocjene zdravstvenog stanja samohranih majki i majki iz potpunih obitelji u Velikoj Britaniji i Švedskoj pokazalo je kako u obje države samohrane majke pokazuju lošije zdravlje, bez obzira na značajno povoljniju socijalnu politiku za samohrane majke u Švedskoj (Whitehead, Burstrom i Diderichsen, 2000).

Usmjeravajući se, u drugom dijelu ovog istraživanja, isključivo na samohrane majke, pokušali smo utvrditi u kojoj mjeri roditeljski stres i percipirana socijalna podrška doprinose objašnjenju njihove depresivnosti i tjelesnih simptoma, odnosno tjelesnog zdravlja.

Rezultati su pokazali kako stupanj roditeljskog stresa i percipirana socijalna podrška značajno doprinose objašnjenju depresivnosti i tjelesnog zdravlja samohranih majki povrh osobina ličnosti i nekih demografskih podataka. Iako različita istraživanja u području samohranog roditeljstva u svoje analize uključuju različite sociodemografske podatke u ovom istraživanju korišteni su sljedeći demografski podaci: dob samohrane majke, broj djece samohrane majke te prosječni iznos primanja po članu obitelji. Oni su uvršteni u prvi korak hijerarhijske regresijske analize. Korišteni demografski podaci u skladu su s onima koje su Cairney i sur. (2003) koristili u svom istraživanju koje ispituje razlike u stresu, socijalnoj podršci i depresivnosti između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji, jednako kao i s onima koje Pripp i sur. (2010) izdvajaju kao važne i povezane se roditeljskim stresom i mentalnim i tjelesnim zdravljem. Istraživanja na samohranim majkama djece predškolske dobi pokazala su kako se broj djece smatra važnim u objašnjenju depresivnih simptoma samohranih majki (Baker i North, 1999), no takvi rezultati u ovom istraživanju nisu potvrđeni. U drugi su korak hijerarhijske regresijske analize uključene osobine ličnosti, s

obzirom na to da nam istraživanja pokazuju kako ličnost značajno sudjeluje u objašnjenju i tjelesnog i psihičkog zdravlja ljudi, s posebnim naglaskom na neuroticizam za kojeg smo pretpostavili kako će se pokazati negativnim prediktorom tjelesnih simptoma i depresivnosti i tjelesnog zdravlja (Dankić, 2013; Kardum, Hudek-Knežević i Kalebić, 2004). Kako navodi Lahey (2009), neuroticizam je i korelat i prediktor različitih tjelesnih i psihičkih poremećaja, komorbiditeta među njima te učestalosti korištenja zdravstvenih usluga vezanih uz opće i mentalno zdravlje. Osim toga, pokazao se prediktorom kvalitete ali i dugovječnosti života. U treći su korak uvrštene varijable roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške čiji nas doprinos, povrh doprinosa demografskih podataka i ličnosti, u objašnjenju depresivnosti i tjelesnog zdravlja samohranih majki u ovom istraživanju i zanima.

Demografski podaci značajno doprinose objašnjenju depresivnosti samohranih majki iako se ni jedan od uključenih pokazatelja (dob majke, broj djece i prosječni iznos primanja po članu obitelji) nije izdvojio kao pojedinačni prediktor. Istraživanje koje su proveli Hope, Power i Rodgers (1999) pokazalo je kako su financijske poteškoće kao pojedinačni prediktor doprinosile objašnjenju depresivnosti samohranih majki no ovo istraživanje nije uspjelo potvrditi takve rezultate. Osim toga, istraživanja na samohranim majkama djece predškolske dobi pokazala su kako se broj djece smatra kao pojedinačni prediktor važnim u objašnjenju depresivnih simptoma samohranih majki (Baker i North, 1999), no takvi rezultati u ovom istraživanju također nisu potvrđeni. Moguće je kako su neki drugi demografski podaci važniji u objašnjenju depresivnosti samohranih majki, kao što je to subjektivna procjena obiteljskih materijalnih prilika, koju bi trebalo uključiti u buduća istraživanja. U istraživanju Smojver-Ažić i Martinac Dorčić (2010) dob roditelja i obiteljski prihodi nisu se pokazali značajnim prediktorima psihičkog zdravlja ni majki ni očeva iako i one napominju kako istraživanja (npr. Raboteg-Šarić i Pećnik, 2006) ističu važnost upravo tih demografskih pokazatelja.

Osobine ličnosti također značajno doprinose objašnjenju depresivnosti samohranih majki a kao jedini značajni pojedinačni prediktor izdvojio se neuroticizam. Što je neuroticizam viši, veća je i depresivnosti samohranih majki. Značajan doprinos osobine neuroticizma objašnjenju depresivnosti samohranih majki bio je i pretpostavljen, obzirom na podatke koje nalazimo u literaturi (Fanous, Neale, Aggen, i Kendler, 2007; Kendler, Gatz, Gardner i Pedersen, 2006; Kendler, Kuhn, i Prescott, 2004; Kendler, Neale, Kessler, Heath i Eaves, 1993). Neuroticizam je crta koju, između ostaloga, karakterizira povećana razina negativnih emocija, anksioznosti i emocionalne nestabilnosti. Budućim, detaljnijim istraživanjima ostaje pozabaviti se povezanosti neuroticizma sa ostalim uključenim varijablama u ovom

istraživanju, kao što je primjerice povezanost neuroticizma i percipirane socijalne podrške o kojoj govori Uchino (2009).

Povrh demografskih podataka i osobina ličnosti, roditeljski stres i percipirana socijalna podrška značajno doprinose objašnjenju depresivnosti samohranih majki. Percipirana socijalna podrška pokazala se negativnim a roditeljski stres pozitivnim prediktorom depresivnosti samohranih majki. Što je razina percipirane socijalne podrške viša to je depresivnost samohranih majki manja, odnosno što je viša razina roditeljskog stresa to je depresivnost samohranih majki veća. Način na koji ljudi percipiraju postojeću socijalnu podršku može ojačati njihovo vjerovanje da je drugima do njih stalo i da ih cijene, a može povećati i njihovo samopoštovanje i povjerenje u vlastitu sposobnost suočavanja sa budućim stresom (Jakovljević, 2004). Veće samopoštovanje i adaptivnije suočavanje sa stresom mogu tako dovesti i do manje izraženih simptoma depresije ali i boljeg tjelesnog zdravlja. Osim toga, spomenuto je kako prema samohranim roditeljima postoje u društvu određeni stereotipi i predrasude poput onih koji govore kako su jednoroditeljske obitelji generalno disfunkcionalne, kako takvi roditelji imaju slabije roditeljske vještine te kako su neodgovorni i sebični (Raboteg-Šarić i Pećnik, 2010). Nerazumijevanje društva koje iz toga proizlazi pojačava negativne emocije i stres kod samohranih roditelja. Čak i ako se samohrana majka dobro prilagodi na svoju novu ulogu neprestano nailaženje na negativne stavove u svojoj okolini može dovesti do povećanog stresa. U skladu s time, Raboteg-Šarić i Pećnik (2010) navode kako negativne evaluacije okoline prema samohranim roditeljima i njihovoj djeci djeluju i na roditeljsku samopercepciju, odnosno vode u sniženo samopoštovanje što povećava i intrapersonalne i interpersonalne napetosti i otežava roditeljsku prilagodbu.

Demografski podaci, osim u objašnjenju depresivnosti, pokazuju značajan doprinos i u objašnjenju tjelesnog zdravlja, odnosno tjelesnih simptoma samohranih majki. Prosječni iznos primanja po članu obitelji jedini je demografski podatak koji se izdvojio kao značajan pojedinačni prediktor tjelesnog zdravlja samohranih majki. Što je prosječni iznos primanja po članu obitelji manji to je viša razina iskazanih tjelesni simptoma, odnosno one samohrane majke koje izvještavaju o povoljnijoj financijskoj situaciji svoje obitelji imaju bolje tjelesno zdravlje. Ovi su nalazi u skladu sa rezultatima brojnih istraživanja koji povezuju te dvije varijable (Fritzell, 2011). Poznato je kako socioekonomski faktori djeluju na zdravstvene ishode putem različitih rizičnih faktora, kao što su način prehrane, životni uvjeti, rizična ponašanja, socijalni odnosi, dostupnost medicinske njege itd. (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Odnosno, viša mjesečna primanja mogu utjecati na zdravlje samohranih majki direktno, omogućavajući joj konzumaciju kvalitetnijih namirnica, korištenje zdravstvenih

usluga koje se plaćaju i sl. Također, viša primanja u korelaciji su sa nižim razinama stresa što je također pozitivno povezano sa tjelesnim zdravljem.

Osobine ličnosti također značajno doprinose objašnjenju tjelesnog zdravlja samohranih majki, a kao jedini značajni pojedinačni prediktor izdvojio se neuroticizam. Što je neuroticizam viši, više je i tjelesnih simptoma samohranih majki. Značajan doprinos osobine neuroticizma objašnjenju tjelesnog zdravlja samohranih majki bio je i pretpostavljen, obzirom na podatke iz literature (Lahey, 2009). Brojna su istraživanja, uglavnom transverzalna, potvrdila poveznost između neuroticizma i različitih klastera simptoma ili različitih bolesti (Suls i Bunde, 2005; prema Dankić, 2013). Povrh demografskih podataka i osobina ličnosti, roditeljski stres i percipirana socijalna podrška značajno doprinose objašnjenju tjelesnog zdravlja samohranih majki. Što je razina percipirane socijalne podrška viša to je manje tjelesnih simptoma, odnosno što je razina roditeljskog stresa viša to je tjelesnih simptoma više. Istraživanja pokazuju kako se, barem djelomično, povezanost socijalne podrške i tjelesnog zdravlja, može objasniti pozitivnim zdravstvenim ponašanjima. Pronađena je, naime, pozitivna povezanost između percipirane socijalne podrške i konzumacije voća i povrća, tjelesne aktivnosti, smanjenja konzumacije duhanskih proizvoda te pridržavanja dobivenih zdravstvenih uputa (Uchino, 2009). S obzirom da su rezultati pokazali negativnu korelaciju između percipirane socijalne podrške i roditeljskog stresa, one samohrane majke koje percipiraju kako u svojoj okolini imaju više izvora socijalne podrške doživljavati će i niže razine roditeljskog stresa.

Nakon svega navedenog, zaključujemo kako su samohrane majke u nepovoljnijem položaju u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, odnosno kako rezultati dobiveni na hrvatskom uzorku odgovaraju nalazima iz stranih istraživanja kao i ranijim istraživanjima ove tematike na našim područjima (Baker i North, 1999; Cakir, 2010; Golombok, 2004; Hill, 2011; Lokshin i sur., 2000; Malik i Irshad, 2012; Miljević-Ridički i Pavin Ivanec, 2008; Raymo i Zhou, 2012; Rios-Salas i Meyer, 2014). Samohrane majke, u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji, pokazuju više razine roditeljskog stresa, manje razine percipirane socijalne podrške, više tjelesnih simptoma povezanih sa različitim bolestima te veću depresivnost. U objašnjenju tjelesnog zdravlja i depresivnosti samohranih majki značajnu ulogu imaju percipirana socijalna podrška, razina roditeljskog stresa te osobine ličnosti, ponajviše neuroticizam. Dodatno, demografski podaci također doprinose objašnjenju kriterijskih varijabli, posebice prosječni iznos primanja po članu obitelji koji ima značajnu ulogu u objašnjenju tjelesnog zdravlja samohranih majki. Samohrane majke sa manjim prosječnim mjesečnim primanjima lošijeg su tjelesnog zdravlja odnosno izvještavaju o većem

broju tjelesnih simptoma. Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa zaključcima do kojih je u svom istraživanju došla Fritzell (2011). Na temelju razgovora u fokus grupama u kojima je sudjelovalo 15 samohranih majki ona zaključuje kako se samohrane majke osjećaju „pod pritiskom“ te kako njihova financijska situacija i nedostatak vremena u velikoj mjeri ograničavaju njihove mogućnosti kvalitetnog održavanja vlastitog zdravlja kao i sudjelovanja u društvu. Možemo zaključiti kako je poboljšanje ekonomskih uvjeta samohranih majki važno za njihovo zdravlje ali i za njihovo društveno i financijsko sudjelovanje u zajednici. Rezultati su također u skladu sa podacima o kojima u svom istraživanju govore Raboteg-Šarić i Pećnik (2006). One su također pokazale kako je status samohrane majke povezan sa nepovoljnijim uvjetima odnosno kako samohrane majke izjavljuju da imaju manje instrumentalne podrške u svojoj okolini, znatno se češće osjećaju depresivno i značajno su više izložene financijskim teškoćama.

Ovo je istraživanje ukazalo na određene probleme s kojima se samohrane majke u Hrvatskoj suočavaju a dobivene rezultate možemo smatrati potvrdom ranijih nalaza te polazišnom točkom za daljnja i detaljnija istraživanja kompleksnih odnosa varijabli povezanih sa statusom samohranog roditelja. Spomenuto je kako se struktura jednoroditeljskih obitelji stalno mijenja javljanjem novih oblika samohranog roditeljstva te je takve promjene potrebno pratiti i sukladno s njima postupati. Osim već istaknutih prijedloga za buduća istraživanja, što bi sve trebalo uzeti u obzir, poboljšati i istražiti razjašnjeno je dodatno u sljedećem poglavlju.

## ***7. Ograničenja i odrednice za buduća istraživanja***

Kao jedan od glavnih nedostataka ovog istraživanja potrebno je izdvojiti način njegova provođenja. Već je spomenuto kako je istraživanje provedeno elektronskim putem, pomoću upitnika koje su ispitanice ispunjavale on-line a koji su bili dostupni na stranicama prikladnih sadržaja na društvenim mrežama. Iako velik broj kućanstava u Republici Hrvatskoj ima pristup internetu ovakavim načinom prikupljana ispitanika nije moguće obuhvatiti u potpunosti reprezentativan uzorak samohranih majki u Hrvatskoj, a on nam je potreban kako bi rezultate istraživanja mogli generalizirati. Tom se problemu donekle pokušalo doskočiti na način da su upitnici elektroničkom poštom poslani na adrese različitih udruga koje djeluju na području Republike Hrvatske gdje su kasnije korisnice njihovih usluga ispunjavale upitnike. Na taj su način u uzorak obuhvaćene i majke koje možda nemaju mogućnost pristupa

interneta kod kuće. Osim toga, ovakav način ispunjavanja upitnika ispitanicima ne pruža mogućnost postavljanja pitanja radi dodatnih pojašnjenja njihovih zadataka ili razjašnjavanje eventualnih nejasnih čestica. Zbog tog su razloga na kraju upute o ispunjavanju upitnika ispitanicima ostavljeni kontakt podaci no nitko tu mogućnost nije koristio. Iako ima svojih nedostataka ovakav nam je način prikupljanja podataka omogućio prikupljanje vrlo velikog broja ispitanica, njih ukupno 1101, što čini veliki broj podataka o samohranim majkama i majkama iz potpunih obitelji koji se mogu koristiti za buduća istraživanja.

U drugom je dijelu istraživanja fokus stavljen isključivo na samohrane majke i na doprinos percipirane socijalne podrške i roditeljskog stresa na njihovo tjelesno zdravlje i depresivnost. S obzirom na veliki uzorak majki iz potpunih obitelji koji je prikupljen ovim istraživanjem, u budućim bi se analizama ovog uzorka mogli ispitati i efekti percipirane socijalne podrške te roditeljskog stresa i na toj skupini. Značaj ovog istraživanja sastoji se u uključivanju dimenzija ličnosti prilikom istraživanja razlika između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji, s obzirom da nam slični podaci na ovim prostorima nisu poznati. Poznavanje podataka o osobinama ličnosti takvih uzoraka važno je iz razloga što ih istraživanja često promatraju kao potencijalne faktore koji doprinose vjerojatnosti razvoda braka (Lazaridès, Bélanger i Sabourin, 2010; Lundberg, 2012), dok neka ispituju moguće promjene u ličnosti koje slijede nakon razvoda (Allemand i sur., 2015).

Ono što se smatra središnjim problemom kod istraživanja samohranog roditeljstva jesu još uvijek prisutne dileme i pogreške prilikom same konceptualizacije samohranog roditeljstva (Naidoo, 1998), odnosno neslaganje i velik broj različitih definicija samoga pojma. Vrlo se često iz različitih razloga takve roditelje smatra homogenom skupinom iako je ranije već navedeno kako to ne mora biti tako. Svaka od navedenih kategorija roditelja ima zajedničke probleme i poteškoće, ali i svoje specifičnosti koje bi mogle imati različite utjecaje na neke od kriterijskih varijabli koje se u istraživanjima koriste (Avison, Davies, Willson i Shuey, 2008; Chen i sur., 2012; Grozdanić, 2010; Raboteg-Šarić i sur., 2003; Raboteg-Šarić i Pećnik, 2010). Raboteg-Šarić i Pećnik (2006) također napominju kako se pri usporedbi obitelji različite obiteljske strukture u istraživanjima najčešće koristi dihotomna mjera obiteljskog statusa koja je prilično gruba i ne uzima u obzir moguće razlike između različitih oblika jednoroditeljskih obitelji. Miljević Ridički i Pavin Ivanec (2008) također naglašavaju činjenicu da u području samohranog roditeljstva nedostaju opsežnija istraživanja u kojima bi se različite skupine samohranih roditelja uspoređivale kako bi dobili jasnije odgovore na pitanje postoje li među njima razlike u životnoj prilagođenosti. Naglašavaju i to da je takav manjak istraživanja na našim prostorima posebno izražen. Zbog toga bi se u budućnosti

trebalo više vremena posvetiti istraživanju razlika među različitim skupinama samohranih roditelja. Kao posebna i zanimljiva skupina samohranih majki u posljednje se vrijeme pojavljuje skupina majki koje odlučuju imati i odgajati djecu samostalno, bez partnera (Ajandi, 2011; Pakizegi, 2012), kao i skupina majki tinejderske dobi koje vrlo često svoju djecu odgajaju kao samohrane majke (Burstrom i sur., 2010).

Također, u budućim bi istraživanjima svakako trebalo uzeti u obzir i podatak o tome koliko je majka dugo vremena u statusu samohranog roditelja. U prilog navednom Wilcox (2003; prema Kotwal i Prabhakar, 2009) govori o tome kako žene koje su nedavno postale udovice izvještavaju o puno većim razinama depresivnog raspoloženja, slabijem socijalnom funkcioniranju te nižim razinama fizičkog funkcioniranja u usporedbi sa ženama koje su udovice duže od godine dana. Većina istraživanja o prilagodbi na samohrano roditeljstvo usmjerena je na razdoblje neposredno nakon bračnog prekida kada se pojedinci još uvijek prilagođavaju na razvod kao takav (Compas i Williams, 1990). Neki podaci ukazuju na snižene razine dobrobiti nakon razvoda braka koje traju oko dvije godine dok neki govore i o dužim razdobljima nakon kojih se dobrobit nikada ne vraća na prvotne razine (Allemand, Hill i Lehmann, 2015).

Već je spomenuto kako se, kada je riječ o samohranom roditeljstvu, istraživanje bave najčešće njegovim negativnim posljedicama no potrebno bi bilo sagledati i pozitivne ishode koji se kod nekih ljudi mogu javiti. Ulazak u razdoblje samohranog roditeljstva za neke ljude može označavati kraj razdoblja nesređenih odnosa, verbalnog i/ili tjelesnog zlostavljanja i sl. pa bi efekti na depresivnost i tjelesno zdravlje mogli biti drugačiji od onih o kojima se najčešće izvještava, iako je vjerojatno manji broj takvih slučajeva. U svom je istraživanju Ajandi (2011) pokazala kako neke samohrane majke govore o takvom roditeljstvu u pozitivnim terminima, naglašavajući slobodu koju im ono nosi u vidu samostalnog donošenja odluka vezanih uz odgoj. Naidoo (1998) smatra kako takvo fokusiranje na negativne aspekte samohranog roditeljstva može dovesti i do jačanja postojećih negativnih društvenih stereotipa.

Ono što je također iznimno važno je češće uključivanje samohranih očeva u ovakva istraživanja. Dobro bi bilo detaljna i iscrpna istraživanja o efektima samohranog roditeljstva na psihičku i fizičku dobrobit provesti i na uzorku očeva iz razloga što se očevi možda suočavaju sa nekim drugim oblicima poteškoća i stresora (Collings, Jenkin i Carter, 2014). Roditeljstvo se dugo vremena najčešće poistovjećivalo samo s majčinstvom ali se u suvremenim istraživanjima sve više ističe i istražuje uloga očeva te različitosti u doživljavanju tih dvaju oblika roditeljstva (Čudina-Obradović i Obradović, 2003). Očevi se možda suočavaju sa nekim drugim oblicima poteškoća i stresora. Bilo bi idealno kada bi i samohrane



očeve i samohrane majke uključili u opsežna longitudinalna istraživanja koja bi uključivala velik broj ispitivanih varijabli.

Ovo je istraživanje pokazalo kako je percipirana socijalna podrška negativno povezana sa depresivnosti i tjelesnim simptomima. Već je spomenuto kako postoje dva teorijska modela djelovanja socijalne podrške te kako još nije u potpunosti razjašnjeno koji je od ova dva modela ispravniji iz razloga što mnogobrojna istraživanja govore u prilog jednog, dok su druga na strani drugog modela. Također, postoje istraživanja koja potvrđuju postojanje oba navedena modela, kao i ona koja sugeriraju kako ni jedan od ova dva modela nije dovoljno valjan (Cheeseman, Ferguson i Cohen, 2011; Cohen i Willis, 1985; McBride Murry, Bynum, Brody, Willert i Stephens, 2001; Quittner i sur., 1990; Swickert, Rosentreter, Hittner i Mushrush, 2002). Stoga bi preporuka za detaljniju analizu podataka prikupljenih ovim istraživanjem bila ispitati i moguće indirektne načine djelovanja percipirane socijalne podrške na depresivnost i tjelesno zdravlje samohranih majki.

Bez obzira na neke nedostatke ovo istraživanje pruža uvid u novije podatke o razlikama između samohranih majki i majki iz potpunih obitelji te ukazuje na povezanost nekih sociodemografskih varijabli, osobina ličnosti, roditeljskog stresa i percipirane socijalne podrške sa tjelesnim zdravljem i depresivnosti samohranih majki. Dobiveni se podaci mogu iskoristiti za daljnja istraživanja ove teme kao i za planiranje eventualnih programa pomoći i podrške samohranim majkama, odnosno za educiranje osoblja i osvještavanje javnosti o ovoj tematici.

## **8. Zaključak**

Kao odgovor na prvi postavljeni problem, ovo je istraživanje potvrdilo postojanja razlika u ispitivanim varijablama između samohranih majki i majki iz potpunih (dvoroditeljskih obitelji). Samohrane majke pokazuju veće razine roditeljskog stresa te percipiraju manje razine socijalne podrške iz svoje okoline. Osim toga, samohrane majke izvještavaju o više tjelesnih simptoma povezanih sa različitim bolestima, odnosno o lošijem tjelesnom zdravlju te o više depresivnih simptoma u usporedbi sa majkama iz potpunih obitelji. Rezultati su pokazali kako između dvije skupine majki postoji i razlika u ekstraverziji, odnosno kako samohrane majke pokazuju manje razine ekstraverzije.

Također, rezultati su pokazali kako roditeljski stres i percipirana socijalna podrška značajno doprinose objašnjenju tjelesnog zdravlja i depresivnosti samohranih majki. Što se osobina ličnosti tiče kao značajan prediktor tjelesnog zdravlja jedini se istaknuo neuroticizam. Prosječni iznos primanja po članu obitelji pokazao se prediktorom tjelesnog zdravlja. Dob samohranih majki i broj djece nisu se pokazali značajnim prediktorima.

## 9. Literatura

Ajandi, J. (2011). „Single mothers by choice“: Disrupting dominant discourses of the family through social justice alternatives. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 3, 410-431.

Allemand, M., Hill, P.L. i Lehmann, R. (2015). Divorce and personality development across middle adulthood. *Personal relationships*, 22, 122-137.

Avison, W.R. (1997). Single motherhood and mental health: implications for primary prevention. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 661-663.

Avison, W.R., Davies, L., Willson, A.E. i Shuey, K.M. (2008). Family structure and mothers' mental health: A life course perspective on stability and change. *Advances in Life Course Research*, 13, 233-255.

Baker, D. i North, K. (1999). Does employment improve the health of lone mothers? *Social Science & Medicine*, 49, 121-131.

Bastašić, M. (2008). *Socijalna podrška nazaposlenim osobama – longitudinalno istraživanje*. Diplomski rad. Filozofski fakultet, Zagreb.

Berkman, L.F., Zheng, Y., Glymour, M.M., Avendano, M., Börsch-Supan, A. i Sabbath, E.L. (2015). Mothering alone: Cross-national comparisons of later-life disability among women who were single mothers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69, 865-872.

Benzeval, M. (1998). The self-reported health status of lone parents. *Social Science & Medicine*, 46, 1337-1353.

Burstrom, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F. i Costa, G. (2010). Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes – The example of Italy, Sweden and Britain. *Social Science & Medicine*, 70, 912-920.

Cairney, J., Boyle, M.H., Lipman, E.L. i Racine, Y. (2004). Single mothers and the use of professionals for mental health care reasons. *Social Science & Medicine*, 59, 2535-2546.

Cairney, J., Boyle, M.H., Offord, D.R. i Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442-449.

Cakir, G.S. (2010). A pilot study on stress and support sources of single mothers in Turkey. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1079-1084.

Chacko, A., Wymbs, B.T., Wymbs, F.A., Pelham, W.E., Swanger-Gagne, M.S., Girio, E., Pirvics, L., Herbst, L., Guzzo, J., Phillips, C. i O'Connor, B. (2009). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 206-218.

Cheeseman, S., Ferguson, C. i Cohen, L. (2011). The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. *The Australian Community Psychologist*, 23, 32-49.

Chen, I.J., Gu, Y. i Chen, C. (2012). Family resource management style and life adjustment of low-income single mothers in China. *Social Behavior and Personality*, 40, 959-970.

Cicak, M. (2010). Obitelj i udovištvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 17, 109-127.

Cohen, S. i Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Compas, B.E. i Williams, R.A. (1990). Stress, coping, and adjustment in mothers and young adolescents in single- and two-parent families. *American Journal of Community Psychology*, 18, 525-545.

Collings, S., Jenkin, G. i Carter, K. (2014). Gender differences in the mental health of single parents: New Zealand evidence from a household panel survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 811-821.

Copeland, D. i Harbaugh, B.L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 139-152.

Crosier, T., Butterworth, P. i Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 6-13.

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2003). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 10, 45-68.

Dankić, K. (2013). Konceptualizacije odnosa između ličnosti i zdravstvenih ishoda. *Psihologijske teme*, 22, 383-404.

Delale, E.A. (2011). Povezanost doživljaja roditeljske kompetentnosti i emocionalne izražajnosti s intenzitetom roditeljskog stresa majki. *Psihologijske teme*, 20, 187-212.

Duis, S.S., Summers, M. i Summers, C.R. (1997). Parent versus child in diverse family types: An ecological approach. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17, 53-73.

Fanous, A.H., Neale, M.C., Aggen, S.H. i Kendler, K.S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine*, 37, 1163-1172.

Franz, M., Lensche, H. i Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 59-68.

Fritzell, S. (2011). *Social differentials in health among lone mothers in different policy contexts: financial difficulties and employment status in relation to health*. Doktorski rad. Karolinska Institutet, Solna.

Golombok, S. (2004). Solo mothers: Quality of parenting and child development. *International Congress Series, 1266*, 256-263.

Grozđanić, S. (2010). Jednoroditeljske obitelji prema uzrocima njihova nastanka. *Ljetopis socijalnog rada, 7*, 169-182.

Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T. i Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 39*, 133-144.

Hildingsson, I. i Thomas, J. (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*, 41-56.

Hill, K.L. (2011). Single mothers – How are they doing? *Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict, 15*, 1-10.

Hope, S., Power, C. i Rodgers, B. (1999). Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers? *Social Science & Medicine, 49*, 1637-1649.

Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: 1. Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Jakovljević, D. (2004). *Nezaposleni u Hrvatskoj: Povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Diplomski rad. Filozofski fakultet, Zagreb.

John, O.P. i Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: L.A., Pervin i O.P., John (Ur.), *Handbook of personality* (str. 102-138). New York: The Guilford Press.

Jun, H.J. i Acavedo-Garcia, D. (2007). The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. *Social Science & Medicine*, 65, 653-666.

Kardum, I., Gračanin, A. i Hudek-Knežević, J. (2006). Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme*, 15, 101-128.

Kardum, I., Hudek-Knežević, J. i Kalebić, B. (2004). Povezanost Esenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s tjelesnim simptomima. *Društvena istraživanja*, 74, 989-1010.

Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. i Eaves, L.J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 853-862.

Kendler, K.S., Kuhn, J. i Prescott, C.A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 631-636.

Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O. i Pedersen, N.L. (2006). Personality and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1113-1120.

Kotwal, N. i Prabhakar, B. (2009). Problems faced by single mothers. *Journal of Social Science*, 21, 197-204.

Krapić, N., Čoso, B. i Sušan, Z. (2006). Crte ličnosti i stavovi prema radu i organizaciji kao prediktori tjelesnih simptoma zaposlenika. *Psihologijske teme*, 15, 81-100.

Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.

Lazaridès, A., Bélanger, C. i Sabourin, S. (2010). Personality as moderator of the relationship between communication and couple stability. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 11-31.

- Lipman, E.L., Offord, D.R. i Boyle, M.H. (1997). Single mothers in Ontario: sociodemographic, physical and mental health characteristics. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 639-645.
- Lokshin, M., Mullan Harris, K. i Popkin, B.M. (2000). Single mothers in Russia: Household strategies for coping with poverty. *World Development*, 28, 2183-2198.
- Lundberg, S. (2012). Personality and marital surplus. *IZA Journal od Labor Economics*, 1, 1-21.
- Macran, S., Clarke, L., Sloggett, A. i Bethune, A. (1994). Women's socio-economic status and self-assessed health: identifying some disadvantaged groups. *Sociology of Health & Illness*, 16, 182-208.
- Malik, T.A. i Irshad, N. (2012). Parental depression, stress, anxiety and childhood behavior problems among single parent families. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 9, 10-14.
- McBride Murry, V., Bynum, M.S., Brody, G.H., Willert, A. i Stephens, D. (2001). African American single mothers and children in context: A review of studies on risk and resilience. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 133-155.
- Milić Babić, M. (2012). Neke odrednice roditeljskog stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48, 66-75.
- Milić Babić, M. (2012). Obiteljska kohezivnost u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Nova prisutnost*, 10, 207-224.
- Miljević-Ridički, R. i Pavin Ivanec, T. (2008). Životna prilagođenost majki u različitim tipovima jednoroditeljskih majčinskih obitelji te kognitivna uspješnost njihove djece. *Društvena istraživanja*, 17, 553-571.
- Mrnjavac, A. (2014). Utjecaj jednoroditeljske obitelji na emocionalne i ponašajne probleme djece predškolske dobi. *Školski vjesnik*, 63, 433-452.



- Naidoo, P. (1998). The experiences of divorced mothers as single-parents. *Psychology in Society*, 23, 17-34.
- Nurullah, A.S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27, 173-188.
- Pakizegi, B. (2012). Adolescent adoptees of single mothers by choice. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2, 173-188.
- Pearlin, L.I. i Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pećnik, N. i Raboteg-Šarić, Z. (2005). Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima. *Revija za socijalnu politiku*, 12, 1-21.
- Pripp, A.H., Skreden, M., Skari, H., Malt, U. i Emblem, R. (2010). Underlying correlation structures of parental stress, general health and anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 473-479.
- Quittner, A.L., Glueckauf, R.L. i Jackson, D.N. (1990). Chronic parenting stress: moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1266-1278.
- Raboteg-Šarić, Z. i Pećnik, N. (2006). Bračni status, financijske poteškoće i socijalna podrška kao odrednice roditeljske depresivnosti i odgojnih postupaka. *Društvena istraživanja*, 15, 961-985.
- Raboteg-Šarić, Z. i Pećnik, N. (2010). Stavovi prema samohranom roditeljstvu. *Revija za socijalnu politiku*, 17, 5-25.
- Raboteg-Šarić, Z., Pećnik, N. i Josipović, V. (2003). *Jednoroditeljske obitelji: Osobni doživljaj i stavovi okoline*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

Raymo, J.M. i Zhou, Y. (2012). Living arrangements and the well-being of single mothers in Japan. *Population Research and Policy Review*, 31, 727-749.

Reić Ercegovac, I. (2011). Neki prediktori doživljaja roditeljstva majki i očeva djece dojenačke dobi. *Napredak*, 152, 267-288.

Ringbäck Weitoft, G. i Rosén, M. (2000). Mortality among lone mothers in Sweden: A population study. *The Lancet*, 355, 1215-1219.

Rios-Salas, V. i Meyer, D.R. (2014). Single mothers and child support receipt in Peru. *Journal of Family Studies*, 20, 298-310.

Rodriguez, C.M. i Murphy, L.E. (1997). Parenting stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. *Child Maltreatment*, 2, 345-251.

Rousou, E., Kouta, C., Middleton, N. i Karanikola, M. (2013). Single mothers' self-assessment of health: A systematic exploration of the literature. *International Nursing Review*, 60, 425-434.

Simons, R.L. & associates (1996). Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction and child outcome. London: Sage Publications.

Smojver-Ažić, S., i Martinac Dorčić, T. (2010). Povezanost osobina ličnosti i nekih karakteristika obiteljskog funkcioniranja sa psihičkim simptomima majki i očeva. *Društvena istraživanja*, 19, 209-231.

Sperlich, S. i Nyambura, M. (2014). Are single mothers' higher smoking rates mediated by dysfunctional coping styles? *BMC Women's Health*, 14, 1-7.

Sperlich, S., Nyambura, M. i Noeres, D. (2013). The effect of psychosocial stress on single mothers' smoking. *BMC Public Health*, 13, 11-25.

Swickert, R.J., Rosentreter, C.J., Hittner, J.B. i Mushrush, J.E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 877-891.

Tsiouli, E., Pavlopoulos, V., Alexopoulos, E.C., Chrousos, G. i Darviri, C. (2014). Short-term impact of a stress management and health promotion program on perceived stress, parental stress, health locus of control, and cortisol levels in parents of children and adolescents with diabetes type 1: A pilot randomized controlled trial. *Explore*, 10, 88-98.

Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health. A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255.

Upadhyay, G.R. i Havalappanavar, N.B. (2007). Stress among single parent families of mentally retarded children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33, 47-51.

Vrućinić, Ž. (2012). Socijalna podrška i nezaposlenost. *Defendologija*, 31, 76-82.

Wang, J.L. (2004). The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 26-32.

Whitehead, M., Burstrom, B. i Diderichsen, F. (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science & Medicine*, 50, 255-270.

Williams, S.H. i Cashion, A. (2008). Negative affectivity and cardiovascular disease in African American single mothers. *The ABNF Journal*, 19, 64-67.

