

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Даниела М. Тамаш

ТИП СТАНОВАЊА И КВАЛИТЕТ
ЖИВОТА ОСОБА СА
ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Докторска дисертација

Београд, 2015. године

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND
REHABILITATION

Daniela M. Tamas

THE HOUSING TYPE AND LIFE QUALITY
OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL
DISABILITY

Dissertation

Belgrade, 2015.

Ментор:

проф. др Ненад Глумбић, Редовни професор Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Чланови комисије:

1. проф. др Милица Глигоровић, редовни професор Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
2. проф. др Иван Јерковић, редовни професор Филозофског факултета, Нови Сад

Датум одбране: _____

Тип становања и квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу

Апстракт:

Становање уз подршку за особе са интелектуалном ометеношћу (ИО) представља услугу у систему социјалне заштите која им омогућава што самосталнији живот у најмање рестриктивном окружењу. Применом програма услуге становања уз подршку обезбеђује се одговарајући смештај, стручна помоћ и подршка за што потпуније осамостаљивање и укључивање корисника у друштвену заједницу. У циљу побољшања квалитета услуге становања уз подршку неопходно је узети у обзир објективни квалитет резултата примене програма и субјективни доживљај корисника услуга, а искуствене податке поткерепити истраживањима у правцу повезаности између типа становања и квалитета живота особа са ИО и фактора који њега утичу.

Циљеви истраживања су утврђивање природе односа квалитета живота и типа становања особа са ИО; интензитета и појавних облика проблематичног понашања особа са ИО у различитим типовима становања и нивоа доживљеног стреса у односу на тип становања особа са ИО.

Хипотезе истраживања су:

- Особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у породичном окружењу и у стационарним установама.
- Интензитет и појавни облици проблема у понашању особа са ИО зависе од типа становања.
- Испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку имају нижи ниво стреса у односу на испитанике који бораве у институцији или у примарној породици.

Истраживањем су у оквиру испитиваног узорка обухваћене одрасле особе са умереном ИО, старости од: 17-79 година. Просечна старосна вредност на нивоу целокупног узорка 39,95 године. Укупан број испитаника је 122. Испитивани узорак је подељен у три групе: особе са ИО које су смештене у установама стационарног типа (n=51); особе са ИО које живе у својим примарним

породицама (n=38) и особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку (n=33). Према полној структури и по питању заступљености медицинских сметњи без обзира на тип становања испитаника не постоји статистички значајна разлика.

Инструменти који су коришћени у истраживању су: *Свеобухватна скала за процену квалитета живота (Comprehensive Quality Of Life Scale; ComQol – I5, Cummins)*; *Скала непријатељства и агресије за одрасле, Реактивна/Проактивна (The Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive A-SHARP, Matlock, Aman)*; *Упитник о функцијама понашања (Questionnaire About Behavioral Function, QABF, Valmer, Maison)* и *Упитник за процену стресних животних догађаја (Life Stress Inventory, Fogarty, Bramston, Cummins)*.

Резултати нашег истраживања показују да особе са ИО, које су обухваћене програмом становања уз подршку изражавају веће задовољство квалитетом живота у односу на остала два подузорка ($p=0,000$) и имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у институцији. Према резултатима истраживања проблеми у понашању особа са ИО, интензитет и облици испољавања агресивног понашања и ниво доживљеног стреса повезани су са типом становања. Проблеми у понашању статистички значајно су најизраженији код испитаника који станују у институцији, а најмање изражени код испитаника који су у програму становања уз подршку ($p=0,000$). Агресивно понашање је најмање изражено код испитаника са ИО који су обухваћени програмом становања уз подршку (вербална агресија ($p=0,001$), булинг ($p=0,002$), прикривена агресија ($p=0,003$), изражавање непријатељства ($p=0,002$) и физичка агресија ($p=0,001$)). Резултати укупног скорa добијеног на *Упитнику за процену стресних животних догађаја* показују да особе које су обухваћене програмом становања уз подршку у односу на испитанике који станују са породицама и у институцији најмање испољавају стрес ($p=0,000$).

Резултати указују на то да је тип становања од великог значаја за свеукупан квалитет живота и опште психосоцијално стање особа са ИО. Ово истраживање може да допринесе унапређењу квалитета имплементације програма становања уз подршку за особе са ИО и укључивању још већег броја корисника у тај програм.

Кључне речи: *Становање уз подршку, интелектуална ометеност, квалитет живота, проблеми у понашању, агресија, социјална заштита.*

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Олигофренологија

The housing type and life quality of people with intellectual disability

Abstract:

Supported housing for the people with intellectual disabilities (ID) represents the favour in the system of social protection which enables them more independent life in the least restrictive surrounding. Adequate accommodation, skilled help and support for more complete independence and participation of the users in the social community are provided by applying the favour of programme of supported housing. In the aim of improving the quality of the favour of supported housing it is necessary to take into consideration the objective quality of the results of the programme applying and subjective experience of the favour users, and experienced data should be confirmed by researches in the direction of the connection between the type of life arrangement and the quality of life for people with ID and factors that have some influences to them.

The aims of the research are confirming the nature of the relationship in the life quality and type of housing for the people with ID; the intensity and appearing ways of troubled behaviour of people with ID in different types of housing and the level of experienced stress according to the type of housing for the people with ID.

Hypothesis of the research are:

1. The people with ID that are overcome by the supported housing have better quality of life in the relation to the tested people who live in the family surrounding and in the stationary institutions.
2. The intensity and appearing ways of troubled behaviour of the people with ID depend on the type of housing.
3. the tested people who are overcome by the programme of supported housing have lower level of stress in the relation to the tested people that reside in the institution or in the primary family.

By the research are overcome, in the frame of the tested samples, adult people with moderate ID, age from 17 to 79 years, average age value on the level of the whole sample is 39,95 years. The total number of tested people is 122. The tested sample is divided into three groups: the people with ID that are situated in the institutions of the stationary type (n=51); the people with ID that live in their primary families (n=38)

and the people with ID that are overcome by the programme of supported housing (n=33).

According to the sex structure and according to the presence of medical difficulties, no matter to the type of housing of tested people, there are no statistic important differences.

The instruments that were used in the research were: Comprehensive Quality Of Life Scale (*Comprehensive Quality Of Life Scale; ComQol – I5*, Cummins); The Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive (*The Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive A-SHARP*, Matlock, Aman); Questionnaire About Behavioral Function (*Questionnaire About Behavioral Function, QABF*, Valmer, Maison) and Life Stress Inventory (*Life Stress Inventory*, Fogarty, Bramston, Cummins).

The results of our research show that people with ID, who are overcome by the programme of supported housing express more satisfaction by the quality of life in the relation to the other two sub-samples ($p=0,000$) and have better quality of life in the relation to the tested people who live in the institution. According to the results of the research, the troubled behaviour of people with ID, the intensity and ways of expressing aggressive behaviour and level of experienced stress are connected with the type of housing. The troubled behaviour are the most expressed, which is statistic important, at tested people who live in the institution and least expressed at people who are in the programme of supported housing ($p=0,000$). Aggressive behaviour is least expressed at tested people with ID who are overcome by the programme of supported housing (verbal aggression ($p=0,001$), bullying ($p=0,002$), hidden aggression ($p=0,003$), expressing the hostility ($p=0,002$) and physical aggression ($p=0,001$)). Results of the total amount that was got on *Life Stress Inventory* show that the people who are overcome by the programme of supported housing in the relation to the tested people who live with families and in the institutions express stress least ($p=0,000$).

The results show on that the type of housing has the great importance for the whole quality of life and general psycho-social condition of the people with ID. This research can give the contribution to the improving of the implementation quality of programme of supported housing for the people with ID, including even bigger number of users in those programmes.

Key words: *Supported housing, intellectual disability, life quality, troubled behaviour, aggression, social protection*

Scientific field: Special education and rehabilitation

Narrower scientific field: Oligofrenology

САДРЖАЈ:

1. УВОД	1
2. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ.....	8
2.1. Становање уз подршку.....	8
2.1.2. Становање уз подршку у Републици Србији	10
2.2. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу	15
2.2.1. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу у примарним породицама	18
2.2.2. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу у институцијама	20
2.2.3. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу обухваћених програмом становања уз подршку	24
2.3. Проблем и у понашању особа са интелектуалном ометеношћу	26
2.3.1. Агресивно понашање	28
2.3.1.1. <i>Инстинктивистичке теорије.....</i>	<i>28</i>
2.3.1.2. <i>Теорије које агресију објашњавају реакцијом на одређену ситуацију.....</i>	<i>29</i>
2.3.1.3. <i>Теорије социјалног учења.....</i>	<i>29</i>
2.3.1.4. <i>Теорије когнитивног учења.....</i>	<i>30</i>
2.3.1.5. <i>Биолошке теорије.....</i>	<i>30</i>
2.3.2. Облици агресивног понашања	30
2.3.3. Неуробиолошке основе агресивног понашања	32
2.4. Природа односа проблема у понашању и адаптивног понашања са степеном квалитета живота	35
2.5. Потенцијални ризици деинституционализације и реинституционализација особа са интелектуалном ометеношћу.....	38
2.6. Стрес	40
2.6.1. Реакције на стрес.....	42
2.6.2. Стрес код особа са ИО	42
2.6.3. Суочавање са стресом	44
3. ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА	47
4. ЦИЉЕВИ И ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА	49
5. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	50
6. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	51
6.1. Узорак	51
6.2. Коришћени инструменти и процедура испитивања	55
6.2.1. Инструменти истраживања	55
6.2.2. Поузданост инструмената	58
6.2.3. Процедура испитивања	59
7. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	61
7.1. Разлике у квалитету живота између три групе испитаника	61
7.1.1. Материјално благостање	62
7.1.2. Здравље	64
7.1.3. Продуктивност	67
7.1.4. Интимност	72
7.1.5. Безбедност	75

7.1.6.	Положај у заједници	79
7.1.7.	Емоционално благостање	84
7.1.9.	Свеукупни квалитет живота	89
7.2.	Разлике у факторима који утичу на испољавање проблема у понашању између три подзорка испитаника.....	90
7.3.	Разлике у нивоу стреса између три подзорка испитаника	92
7.3.1.	Анализа стреса код испитаника који станују у институцији	100
7.3.2.	Анализа стреса код испитаника који станују са породицама	102
7.3.3.	Анализа стреса код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку	104
7.4.	Разлике у агресивности између подзорка испитаника.....	106
7.5.	Корелације квалитета живота особа са ИО са проблемима у понашању изазваних различитим факторима, стресом и агресивношћу.....	114
8.	ДИСКУСИЈА	130
8.1.	Квалитет живота	130
8.2.	Проблеми у понашању и агресија	141
8.3.	Стрес	150
9.	ЗАКЉУЧАК	157
9.1.	Потврђеност хипотеза	157
9.2.	Генерални закључци	162
9.3.	Предлог мера	163
10.	ЛИТЕРАТУРА	165
11.	ПРИЛОЗИ	193
	Прилог 1. Свеобухватна скала за процену квалитета живота (ComQol – I5)	193
	Прилог 2. Упитник за процену стресних животних догађаја.....	197
	Прилог 3. Упитник о функцијама понашања (QABF)	201
	Прилог 4. Скала непријатељства и агресије за одрасле (A-SHARP)	206
	Прилог 5. Скраћенице у табелама.....	210
12.	БИОГРАФИЈА АУТОРА	212

1. УВОД

Једна од основних поставки на којој почива актуелна реформа система социјалне заштите Републике Србије је инклузија особа са инвалидитетом. Инклузија особа са интелектуалном ометеношћу (ИО) подразумева њихову стварну и активну партиципацију у активностима заједнице чиме ће доприносити властитом развоју и развоју саме заједнице.

Искуства из света показала су да је предуслов за реформисање услуга социјалне заштите примена низа мера у остваривању процеса превенције институционализације и деинституционализације и да је модел рехабилитације засноване на друштвеној заједници алтернатива институционалном моделу збрињавања особа са ИО. У остваривању успешне социјалне инклузије особа са ИО, основни циљ пружања услуга социјалне заштите треба да буде усмерен ка подстицању осећаја заједништва и њихове повезаности са окружењем, а не само ка физичкој интеграцији у општу популацију (Cummins, Lau, 2003).

Социјални модел у приступу подршке особама са ИО је модел укључивања у друштвену заједницу. Програм становања уз подршку у физичком смислу подразумева живот у заједници у уобичајеним стамбеним просторима уз адекватну подршку у складу са потребама корисника. Просторна аутономија особа са ИО и право на живот у заједници је основно право за све особе са инвалидитетом. У *Конвенцији УН о правима особа са инвалидитетом*, јасно је наглашено право свих особа са инвалидитетом да живе у заједници, без обзира на врсту или степен физичког, менталног, интелектуалног или сензорног оштећења. Ово право је такође подупрто политичким циљевима *Европске уније* и *Савета Европе*, које имају за циљ да осигурају активну инклузију и пуно учешће особа са инвалидитетом у друштву.

Акциони план Савета Европе за промовисање права и пуног учешћа особа са инвалидитетом у друштву 2006-2015. је усвојен од стране савета министара *Савета Европе* 05.04.2006. Обраћајући се владама свих 47 држава чланица *Савета Европе*, примарни циљ *Акционог плана за особе са инвалидитетом* је да помогне државама чланицама да појачају антидискриминаторне мере и мере које се односе на људска права у циљу унапређења једнаких могућности и независности особа са инвалидитетом и гарантовања њихове слободе избора,

пуног држављанства, активног учествовања у животу заједнице и побољшању општег квалитета живота.

Европска стратегија за особе са инвалидитетом 2010-2020., усвојена је 15.11.2010. године од стране *Европске комисије (2008)*, представља нову стратегију која има за циљ уклањање баријера које спречавају особе са инвалидитетом да постану равноправни и активни чланови у друштву. *Стратегија* се фокусира на осам области деловања: приступачност, учешће, равноправност, запошљавање, образовање и обуку, социјалну заштиту, здравље и спољње активности које су одабране на основу њиховог потенцијала да допринесу општим циљевима *Стратегије* и *Конвенције УН*, повезаним документима ЕУ институција и *Савета Европе*, као и наставку ЕУ *Акционог плана за особе са инвалидитетом 2003-2010.* (Европска комисија, 2010) .

Европска комисија је 6.10.2011. године усвојила законске предлоге за кохезиону политику у периоду од 2014 – 2020. године. Између осталог, нови предлози одређују правила за коришћење *Европског фонда за регионални развој* и *Европског социјалног фонда* (заједнички се називају *структурни фондови ЕУ*) у наредном програмском периоду. Једна од области подршке особама са ИО која је обухваћена прописима *Европског фонда за регионални развој* и *Европског социјалног фонда* као област која треба да се подржава из *структурних фондова ЕУ* је процес преласка са институционалне заштите на подршку у заједници.

Европска комисија је 20.12.2011. године, усвојила *Оквир квалитета за услуге од општег интереса у ЕУ* (СОМ, 2011). Циљ овог општег оквира је да помогне државама чланицама да осигурају да регулаторно окружење на нивоу ЕУ настави да јача социјалну димензију јединственог тржишта и да се суочи са свим изазовима њиховог испоручивања на начин који обухвата вредности квалитета, безбедности и доступности, једнаког третмана, универзалног приступа и права корисника. Активности у *Оквиру квалитета за услуге од општег интереса* се надовезују на активности које је развила *Европска комисија* са циљем модернизовања и реформе социјалних услуга. Једна од таквих активности се односи на *Стратегију комисије* да подржи квалитет социјалних услуга широм ЕУ из 2007. године. Као наставак Саопштења из 2006. године овај документ наглашава значај социјалних услуга за социјалну, економску и територијалну

кохезију, економски развој, висок ниво запошљавања и социјалне инклузије и представља значајан корак у дефинисању циљева и принципа социјалних услуга које су орјентисане ка појединцу.

У Републици Србији постоје стандарди који се односе на техничке услове пружаоца услуга подршке особама са ИО и структуру особља. Како бисмо побољшали квалитет услуга у области социјалне подршке неопходно је узети у обзир и субјективни доживљај корисника услуга и објективне показатеље квалитета пружених услуга.

На основу члана 57. став 1. Закона о социјалној заштити Министарство рада и социјалне политике током 2013. године доноси *Правилник о ближим условима услуга социјалне заштите* ("Сл. гласник РС", бр. 42/2013). Овим правилником услуга становања уз подршку за особе са ИО дефинисана је као дуготрајни програм стручне подршке који ће особама са физичким инвалидитетом, интелектуалном ометеношћу или менталним тешкоћама, са навршених 15 година, омогућити што квалитетнији и самосталнији живот у заједници. Подршку која је креирана у складу са индивидуалним могућностима, потребама, интересовањима и афинитетима сваког појединца пружају едуковани асистенти. Услуга становања уз подршку остварује се реализацијом програмских активности којима се осигурава безбедно окружење и надзире безбедност корисника; пружа помоћ и подршка у задовољавању свакодневних животних потреба и обезбеђује окружење у коме су доступне разноврсне социјалне, образовне, здравствене, културно забавне, спортске и рекреативне услуге у складу са идентификованим потребама корисника. Програм се спроводи у стамбеним јединицама у природном друштвеном окружењу. У стамбеној јединици може бити смештено највише шест корисника. Услуга становања уз подршку може да буде организована од повремене до 24-оро часовне подршке у зависности од структуре корисника и њихових потреба (2013).

Циљеви *Стратегије развоја социјалне заштите* који су усмерени у правцу очувања и побољшања квалитета живота особа са инвалидитетом су развијање ефикасних материјалних услуга и мреже институција и услуга социјалне заштите у којој социјални актери користе постојеће и развијају нове ресурсе који могу да отклоне или ублаже основне ризике којима су изложени грађани. Остваривање

тих циљева подразумева: преиспитивање и унапређење заштите особа са инвалидитетом; побољшање информисања грађана о различитим програмима социјалне заштите; развој професионалних стандарда, процедура, протокола и норматива; повезивање свих актера социјалне заштите на локалном нивоу; развој услуга социјалне заштите које подржавају живот у заједници ("Службени гласник РС", бр. 108/2005).

Закон о социјалној заштити и његова даља разрада кроз подзаконска акта основа су главних реформских вредности и принципа социјалне заштите у Републици Србији. У периоду пре доношења овог закона програм становања уз подршку се у нашој земљи дуги низ година реализовао пројектно.

Током 2001. године у Београду је основана Асоцијација за промовисање инклузије Србије (АПИ Србије) као невладина организација са мисијом промовисања инклузивног приступа особама са инвалидитетом, посебно особама са ИО. Програме АПИ Србије реализују стручњаци различитих профила. Становање уз подршку је једна од најзначајнијих програмских активности АПИ Србије. У периоду реализације овог истраживања АПИ Србије је програмом становања уз подршку обухватала 23 корисника, различите животне старости и пола, који су живели у пет станова на различитим локацијама града Београда, уз подршку и асистенцију едукованих домаћица/асистената и чланова мултидисциплинарног тима: дефектолога, психолога, психијатра, социјалног радника и правника.

Након оснивања АПИ Србије, започињу први кораци примене програма становања уз подршку и у Новом Саду. У оквиру Школе за основно и средње образовање (ШОСО) „Милан Петровић“ формиран је Сервис за подршку самосталном становању који од 2005. године примењује програм становања уз подршку путем пројеката. Сервис за подршку самосталном становању у оквиру ШОСО „Милан Петровић“ основан је са циљем пружања подршке одраслим особама са инвалидитетом и њиховим породицама. Активности сервиса се реализују путем пројеката чије је подручје деловања усмерено у правцу припреме за становање уз подршку, превенције институционализације и деинституционализације. Од 2005. године програмом становања уз подршку, обухваћено је 16 особа у 5 кућних заједница. Финансијску подршку у реализацији

пројеката пружили су Фонд за отворено друштво и Градска управа за дечију и социјалну заштиту, Нови Сад. Током примене програма подршке и периодичне евалуације уочен је напредак и побољшање квалитета живота корисника у следећим сферама: комуникација, социјалне интеракције, побољшање односа са примарном породицом, развијање позитивне слике о себи, јачање самопоуздања, усвајање радних навика укључивањем у радионице Радног центра ШОСО „Милан Петровић“ и прихватање радне одговорности.

Дом за лица ометена у менталном развоју ”Срце у јабуци” из Јабукe је установа социјалне заштите чија се делатност карактерише разноврсним програмима подршке особама са ИО, укључујући и програм становања уз подршку. Процес транзиције корисника из институције у отворену друштвену средину реализује се поступно уз одговарајуће припреме корисника за промену типа становања и начина живота. У оквиру Дома постоји 6 ”Породичних кућа” у којима живе мале групе корисника и припремају се за самосталан живот уз подршку ван институције. Кућа за становање уз подршку за 4 корисника који су изашли из установе купљена је путем пројекта. Током 2010. и 2011. године Градска управа Панчево финансира је изградњу још две куће где тренутно живи још седам корисника.

Спровођење новог *Закона о социјалној заштити* и реализација програма становања уз подршку у складу са законом и пратећим подзаконским актима представља велики задатак за наше друштво који захтева значајне системске промене, јачање стручних капацитета и добру координацију у оквиру система социјалне заштите. Праћење реализације програма становања уз подршку на националном нивоу и извештавање надлежног Министарства о начину реализације и резултатима програма од виталног је значаја за ниво квалитета пружања услуге.

Од првих корака у утемељивању програма становања уз подршку у нашој земљи до ступања на снагу новог *Закона о социјалној заштити* који правно дефинише овакав вид социјалне подршке особама са инвалидитетом прошло је више од једне деценије. Од законских регулатива до њихове примене у систему за програм становања уз подршку представља дуг процес трансформације целокупног система. Број организација које реализују програм становања уз

подршку и корисника који су њиме обухваћени још увек је релативно мали у односу на укупан број особа са ИО које су смештене у институције или живе са својим породицама. Установе и организације које реализују програме становања уз подршку још се увек суочавају са тешкоћама попут обезбеђивања финансија, простора, кадра, али и превазилажења предрасуда околине. На основу наведеног, можемо да закључимо да је у нашој земљи примена програма становања уз подршку још увек један недовољно заступљен и неразвијен вид подршке у области социјалне заштите. Његовом развоју и убрзању процеса трансформације пружаоца услуга у области социјалне заштите допринеће како практична искуства и деловање организација који реализују програм становања уз подршку, тако и научна истраживања у овој области. Овим истраживањем, поред осталих група испитаника, обухваћени су корисници програма становања уз подршку које реализују поменуте организације.

Основне димензије квалитета живота укључују: емоционално благостање, интерперсоналне односе, материјално благостање, лични развој, физичко благостање, самоопредељење, социјалну укљученост и остваривање права. Низак ниво квалитета живота, фрустрације, осујећење потреба, ограничени избор активности или неадекватна комуникација, према неким истраживањима, често могу да буду узрок проблема у понашању особа са ИО као што су агресија, аутоагресија и деструктивно понашање. Могући ризици за особе са ИО, између осталог, укључују примену неодговарајућих третмана и/или стратегија за контролу агресивног понашања, повређивање, социјално искључивање, изолацију, занемаривање, злостављање и др. (Allen, 2000; Cooper et al., 2009; Crocker et al., 2007; Emerson et al., 2000; Williams, 2009).

Резултати овог истраживања о квалитету живота особа са ИО и о његовој евентуалној повезаности са проблемима у понашању могу дати допринос општим теоретским поставкама примене програма становања уз подршку за особе са ИО и практичном унапређивању услова и квалитета живота корисника који су обухваћени тим програмом.

ТЕОРИЈСКИ ДЕО

2. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ

2.1. Становање уз подршку

У другој половини 20-тог века у многим западним земљама, приступ у подршци особама са инвалидитетом пролази кроз процес промена у коме се нагласак у пружању услуга помера од дугорочне институционалне неге ка подршци у заједници. Такозвани принцип нормализације, који је настао у скандинавским земљама у другој половини 20-тог века, обезбедио је смернице за процес деинституционализације. Његов утемељивач је шведски научник Нирје (Nirje, B. 1969; 1970) са јасном визијом израде образаца и услова живота који су уобичајени у друштву и морају бити доступни за особе са ИО. Према Нирјеу (Nirje, 1969, 1970; 2003), особе са ИО треба да имају прилику да прођу кроз нормална развојна искуства животног циклуса. Нирје је сматрао да родитељима треба пружити подршку како би они бринули о својој деци са сметњама у развоју, али кад деца одрасту, треба им дати могућност да се одвоје од својих родитеља. Циљ оваквог приступа, како наглашава Нирје, није да се зависност од родитеља замени са зависношћу од професионалаца, већ да се омогући особи са инвалидитетом да постане независна и интегрисана у друштво. Према Нирјеу принцип нормализације је остваривање могућности, а не правила или норми и подразумева право на самоопредељење, а самим тим и варијације у начину живота. Први програм самосталног живота уз подршку започет је у Финској 1973. године. Убрзо након тога 1975. године у САД у Берклију, Калифорнија, одржана је Прва национална конференција о самосталном животу, а 1976. у Хјустону започет је програм истраживања самосталног живота. У Великој Британији 1977. године самозаступничка група *“Gang of Five”* иницирала је покрет за ослобађање особа са инвалидитетом из институција. Исте године у Сједињеним Америчким Државама водећи заступници права особа са инвалидитетом постављају дефиницију “самостални живот” (Међународна Конференција о самосталном животу Вашингтон, 1999).

Деинституционализација и трансформација услуга подршке за особе са ИО подразумева системске промене које треба да резултирају мањим ослањањем на резиденцијалну бригу и ширење социјалних услуга подршке. Као предуслов за реформисање услуга социјалне заштите, у смислу процеса деинституционализације и као алтернатива институционалном моделу, развијен је модел у заједници утемељене рехабилитације (Axellson, Granier, Adams, 2004). То је стратегија којом се унутар заједнице развијају услови за рехабилитацију, једнакост, равноправност и социјалну интеграцију свих особа са инвалидитетом. Један од облика подршке особама са инвалидитетом је становање уз подршку.

Значајни фактори који су утицали на реализацију деинституционализације у многим земљама су раст тржишног приступа и рационализација у пружању социјалних услуга, развијање сервиса подршке особама са ИО и већа заступљеност социјалног модела у приступу особама са ИО заснованог на њиховим правима (Mansell, 2006). Један од значајних предуслова успешности деинституционализације особа са ИО је побољшање квалитета њихових живота и индивидуални приступ у пружању подршке.

Већина експерата, који су се бавили проучавањем проблема социјалне инклузије особа са ИО, кроз теоријска разматрања и емпиријска истраживања, сагласна је у ставу да се тај процес мора одвијати у две равни: једна се односи на дефинисање одговарајуће националне легислативе у овом подручју, док друга представља дугорочан процес прихватања особа са инвалидитетом од већинске популације (Глумбић и сар., 2009., према Каљача, Дучић, 2011). Успех процеса деинституционализације зависи и од спремности заједнице да се укључи и подржи њену реализацију. Потребно је размишљати о примени стратегија које ће утицати на промену ставова већинске популације. У складу с тим једна од могућих интервенција може бити и едукација опште популације о различитим облицима развојних сметњи и поремећаја, с нагласком на интелектуалне и њихове карактеристике и природу, у циљу промовисања позитивних интеракција са особама са инвалидитетом (Консуело-Талијан, Ђорђевић, 2012).

2.1.2. Становање уз подршку у Републици Србији

Током последњих година у Србији је све више прихваћено становиште да деца са сметњама у развоју имају право да расту у породичном окружењу и да велике установе социјалне заштите не могу да одговоре на њихове потребе, како физичке, тако когнитивне и психолошке. Од 2001. године у Србији са започињањем реформских процеса у систему социјалне заштите почиње и процес деинституционализације који постаје један од приоритета реформе социјалне заштите. Влада Републике Србије је 2005. године усвојила *Стратегију развоја социјалне заштите* са циљем развоја услуга социјалне заштите који подржавају живот у заједници. *Стратегија развоја социјалне заштите* (2005), је усаглашена са међународним документима и довела је до реформе социјалне заштите, трансформације установа за смештај особа са ИО и развоја алтернативних облика социјалне заштите. У Републици Србији је у оквиру правне регулативе након 2001. године усвојено више докумената који се односе на положај и права особа са ИО: *Стратегија за смањење сиромаштва* (2003), *Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији* (2005), *Стратегија развоја социјалне заштите* (2005), *Стратегија развоја заштите менталног здравља* (2007), *Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом* (2006), *Закон о забрани дискриминације* (2009), *Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом* (2009) и *Закон о основама система образовања и васпитања* (2009,2011,2013). Министарство рада и социјалне политике Републике Србије у периоду од 2008. до 2011. године реализовало је пројекат “Трансформација резиденцијалних институција и развијање одрживих алтернатива” уз подршку Европске уније, а у сарадњи са УНИЦЕФ-ом. У складу са *Стратегијом развоја социјалне заштите* (2003) и *Националним планом акције за децу* (2004), једна од активности на коју је пројекат ставио посебан акценат је трансформација резиденцијалних установа у циљу смањења броја деце на смештају и повећања квалитета услуга. Истовремено, то значи и стварање оквира који омогућава да установе успостављају и пружају услуге подршке за децу и породице у складу са потребама својих локалних заједница. Значајан део активности у оквиру овог пројекта усмерен је на подршку

Министарству рада и социјалне политике како би се осигурао целовит приступ трансформацији резиденцијалних установа за особе ометене у развоју. Главни задатак је био да се развије систематски стратешки план (Мастер план трансформације) смањења броја корисника у установама, чиме би се омогућило коришћење постојећих ресурса за повећање квалитета заштите у резиденцијалним условима, али и да се допринесе развоју услуга у заједници који би смањили потребу за институционализацијом деце у будућности. Преко 100 стручних радника, васпитача и руководиоца из домова за особе ометене у развоју и 20 националних експерата и професионалаца је учествовало у процесу израде Мастер плана и оперативних планова за сваку појединачну установу. Један од циљева дефинисаних Мастер планом је да се смање укупни смештајни капацитети установа за 50% у наредних пет година. Овај циљ је постављен на основу процене континуираног смањивања броја нових пријема као резултат боље превенције, развоја хранитељства и услуга подршке биолошким породицама и планског изласка деце и младих из установа, било да је реч о повратку у природне породице, смештају у хранитељске породице или осамостаљивању и престанку коришћења услуга социјалне заштите. Циљеви петогодишњег Мастер плана за трансформацију установа за особе ометене у развоју интегрисани су у *Одлуку о мрежи установа социјалне заштите за смештај корисника*, а најзначајнији принципи укључени су у одговарајуће одредбе новог *Закон о социјалној заштити*. Народна скупштина Републике Србије је у марту 2011. године изгласала *Закон о социјалној заштити* (2011) који истиче начело најмање рестриктивног окружења, останак у заједници. Нови *Закон о социјалној заштити* (2011) чланом 40 дефинише услуге становања уз подршку, а чланом 45 дефинише локалну самоуправу као главног носиоца финансирања услуге становања уз подршку. Министарство рада и социјалне политике Републике Србије је развило минималне стандарде за прву групу услуга социјалне заштите у оквиру којих се наводи и услуга становања уз подршку за особе са инвалидитетом. На основу *Закон о социјалној заштити* (2011), Министарство рада, запошљавања и социјалне политике донело је *Правилник о ближим условима и стандардима за пружање социјалне заштите* ("Сл. гласник РС", бр. 42/2013) чије су одредбе ступиле на снагу 22.05.2013. Овим правилником прописани су ближи услови и

стандарди за пружање свих услуга социјалне заштите, спецификације услуга и минимални стандарди. Спецификацијом услуга уређују се сврха услуге; корисничке групе којима је услуга намењена и активности које се предузимају ради задовољавања потреба одређених корисничких група. Минимални стандарди представљају основне структуралне и функционалне захтеве који се морају испунити како би се пружале услуге социјалне заштите. Усвојени су неопходни документи за обезбеђивање, одржавање и праћење нивоа квалитета услуге становања уз подршку: *Спецификација услуге са структурним и функционалним стандардима, Табела за праћење испуњености стандарда, Водич за праћење испуњености стандарда, Анекси који појашњавају конкретан стандард за услугу. Правилником о ближим условима и стандардима за пружање социјалне заштите* (у даљем тексту: *Правилник*) дефинисана је и спецификација услуге становања уз подршку која представља дуготрајни програм подршке доступан особама са физичким инвалидитетом, интелектуалном ометеношћу или менталним тешкоћама, са навршених 15 година. Према поменутом *Правилнику* сврха услуге становања уз подршку је подршка у стицању што већег степена самосталности која корисницима омогућава квалитетнији независан живот у заједници. Применом услуге становања уз подршку обезбеђује се одговарајући смештај, стручна помоћ и подршка за што потпуније осамостаљивање и укључивање корисника у заједницу и делује се у правцу превенције институционализације. Посебни минимални структурални стандарди за услугу становање уз подршку које дефинише *Правилник* су следећи:

1. Структура простора:

- Минимална структура стамбене јединице обезбеђује несметано обављање основних животних функција: спавање, обедовање, дневни боравак и одржавање хигијене корисника.
- У стамбеној јединици може бити смештено највише шест корисника.
- У једној соби могу бити смештена највише два корисника.
- По кориснику се обезбеђује најмање 12 м² стамбеног простора.

2. Основни кадрови:

- Пружалац услуге има једног стручног радника, одговорног за организацију и координацију рада и пружања услуге за најмање три стамбене јединице.
- Сваки корисник има задуженог стручног радника - саветника за осамостаљивање.
- За особе са инвалидитетом задужен је један стручни радник - саветник за осамостаљивање на десет корисника и један неговатељ на четири корисника.

Минимални функционални стандарди за услугу становања уз подршку се према *Правилнику* односе на пријем, процену, планирање програма подршке и поновни преглед корисника. Приликом пресељења корисника у стамбену јединицу за становање уз подршку, пружалац услуге је дужан да сачини план припреме корисника за пресељење који се примењује у периоду до два месеца. У току припреме корисника за пресељење врши се почетна процена његових способности, могућности и потреба. На основу података добијених проценом креира се индивидуални план услуге. Поновни преглед постигнутих резултата и успешности примене програма подршке на основу индивидуалног плана услуге реализује се у складу са индивидуалним планом услуге, а најмање на сваких шест месеци, како је за особе са инвалидитетом предвиђено *Правилником*.

Ниво потребне подршке одређен је индивидуалним планом услуга за сваког корисника на основу његових потреба, стања, интересовања и могућности.

Подршка може бити:

- повремена подршка - пружа се особама које имају високи ступањ самосталности, али им је повремено потребна подршка у обављању одређених животних активности.
- ограничена подршка - односи се на континуирану подршку у одређеним активностима, у трајању од неколико сати дневно или недељно.

- интензивна подршка - пружа се током целог дана свакодневно за различите активности.
- свеобухватна подршка - односи се на свакодневну подршку током 24 сата.

Активности које се реализују у оквиру услуге становања уз подршку су усмерене ка развијању и очувању потенцијала корисника и реализују се у складу са сврхом услуге и индивидуалним планом услуга који је креиран на основу процене потреба и способности корисника. *Правилником* су дефинисане следеће активности (2013):

- 1) подршку успостављању и одржавању позитивних односа са лицима у окружењу;
- 2) организовање радно - окупационих и едукативних активности које подстичу стицање нових знања и вештина;
- 3) овладавање практичним вештинама, које се користе у свакодневном животу, посебно оним вештинама које се односе на припрему исхране, одржавање личне хигијене и хигијене становања, вођења домаћинства, познавања и коришћења ресурса заједнице;
- 4) подршку у развоју самосталности у доношењу одлука и преузимања одговорности;
- 5) помоћ приликом одржавања станова и старања о личним стварима;
- 6) организовање слободног времена у складу са потребама и интересовањима корисника;
- 7) организовање забавних садржаја у складу са интересовањима, жељама и способностима корисника;
- 8) развој вештина за препознавање и решавање проблема;
- 9) развој социјалних и комуникационих вештина;
- 10) развој вештина за самозаштиту.

2.2. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу

У Међународној класификацији менталних поремећаја и поремећаја понашања (ICD-10) интелектуална ометеност се дефинише као стање заустављеног или непотпуног психичког развоја, које се посебно карактерише поремећајем когнитивних, говорних, моторних и социјалних способности (WHO, 1992).

Према *Светској здравственој организацији* квалитет живота се дефинише као начин на који појединац перципира свој положај у животу, у контексту културе и система вредности у којем живи и у односу на своје циљеве, очекивања, стандарде и изазове (WHO, 1993).

Савремена едукација и рехабилитација особа са ИО базира се на раду у социјалном окружењу и карактерише се фокусом на индивидуална постигнућа појединца и информације из праксе. У претходне три деценије уочавамо значајне промене у социјалној политици и организацији у области квалитета живота које се у пракси огледају у оквиру пружања услуга и индивидуализоване подршке у заједници, партиципативном управљању, развоју интерне евалуације система подршке и квалитета услуге и унапређењу методологије рада (Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova, Van Loon, 2008).

Концепт квалитета живота особа са ИО утемељује се као значајан појам током 80-тих и 90-тих година 20-тог века и управља се примарно вредновањима и жељама појединца. Током претходних година концепт квалитета живота се проширује укључујући:

- а) концептуални оквир за оцену личних исхода,
- б) друштвену стратегију унапређења квалитета,
- ц) критеријуме за оцену ефективности стратегија унапређења квалитета живота (Schalock, Bonham, Verdugo, 2008).

Разумевање концепта квалитета живота укључује сажимање фактора и показатеља квалитета живота представљених у Табели 1 и свест о концептуализацији квалитета живота, мерењу и примени потребних мера у циљу његовог побољшања (Brown, Keith, & Schalock, 2005; Schalock, 2005; Verdugo et al., 2005). Суштина концептуализације је у поимању да је квалитет живота

вишедимензионалан, састоји се од истих компоненти за све људе; под утицајем личних и срединских фактора и њихове интеракције; и побољшања самоопредељења, ресурса, инклузије и доживљаја животне сврхе. Мерење подразумева процену степена заједничких и појединачних искуства у физичком, социјалном и културном контексту окружења које је важно за људе. На основу резултата добијених мерењем неопходна је примена адекватних мера у циљу повећавања благостања у разним животним контекстима (Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008).

Табела 1: Фактори квалитета живота, компоненте и показатељи ¹:

Фактори квалитета живота	Компоненте	Показатељи
Независност	Лични развој	Едукација, личне вештине и компетенције.
	Самоопредељење	Аутономија/лична контрола, циљеви, личне вредности и избори.
Социјално учешће	Социјална укљученост	Пријатељства, социјалне активности, социјална подршка.
	Међуљудски односи	Интеракције, односи, подршка.
	Људска права	Једнаке могућности, поштовање и закони.
Благостање	Материјално благостање	Финансијски статус, запослење, имовина.
	Емоционално благостање	Лично задовољство, одсуство стреса, осећај сигурности и безбедности.
	Физичко благостање	Здравље и здравствена брига, активности свакодневног живота и слободно време.

¹ Schalock, R. L. Bonham, G. S. & Verdugo, M. A. (2008).

Проширени концепт квалитета живота особа са ИО постаје значајан фактор за социјалне промене у односу према особама са интелектуалним и развојним поремећајима и увођење реформских промена у циљу побољшања квалитета живота, са фокусом на личне исходе сваког појединца. Суштина подстицања квалитета живота особа са ИО треба да је усмерена ка индивидуализираној подршци појединцу унутар окружења, са нагласком на подстицање вештина, примени асистивне технологије и побољшању услова становања. (Schalock, Gardner, & Bradley, 2007).

Комплексност међуодноса различитих фактора квалитета живота описују Ренвик и сарадници кроз холистички концепт квалитета живота фокусиран на особу (Renwick et al., 2000). Холистички приступ подразумева да су различити аспекти појединца (физички, психолошки и духовни) у непрекидном међуодносу са различитим аспектима околине као што су физички, друштвени, политички, културни и економски аспекти (Timmons, 1997; према Renwick et al., 2000). На основу овог приступа квалитет живота се дефинише као мера у којој особа има утицај на важне изборе у свом животу (Renwick et al., 1994), а главни утицај на доживљај животне добробити имају два фактора: вршење избора и доношење одлука и опсег доступних могућности за вршење избора и доношење одлука.

Преглед литературе на овом подручју говори у прилог чињеници да је квалитет живота особа са ИО у основи одређен истим или сличним индикаторима као и у типичниј популацији (Bratković, 2002, Bratković, 2005, Bratković, Bilić, 2006).

Фелче и Пери су дефинисали интеракциони модел квалитета живота особа са ИО који убухвата следеће индикаторе (Felce, Perry 1996):

1. објективни животни показатељи;
2. субјективни осећај благостања тј. задовољство животом;
3. личне вредности и склоности тј. значај објективних животних услова и субјективне добробити за појединца у појединим подручјима живота.

Једна од димензија квалитета живота је и место становања и у односу на њу може се анализирати ниво задовољења основних потреба, осећај задовољства, квалитет комуникације и социјалних односа, личне компетенције, самосталност и независност (Seifrt, 1995, према: Bratković, Rozman, 2006).

2.2.1. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу у примарним породицама

Присуство особе са ИО у породици често има велики утицај на функцију и улогу и релациону динамику сваког члана породице. Нека истраживања показују да се величина и састав социјалне мреже особа са ИО које живе са својим породицама значајно разликује од мреже институционализованих особа са ИО (Krauss, & Erickson, 1988). Структуру социјалне мреже особа са ИО које живе са својим породицама углавном чине чланови породице: родитељи на првом месту, браћа и сестре, професионалци који им пружају одређену подршку и ређе пријатељи или пријатељи њихових родитеља. Ове мреже су описане као пружање емотивне и материјалне подршке (Krauss, Seltzer, Goodman, 1992). Самајли и сарадници су дошли до закључка да су одрасле особе са ИО које живе са својим породицама мање изложене ризику да ментално оболе у односу на одрасле особе са ИО који живе у другим облицима становања (Smiley et al., 2007).

Однос родитеља деце са ИО је често се презаштићујући у односу на дете. Због превелике ангажованости око детета са ИО родитељи често не могу у довољној мери да се посвете другој деци, а неретко се дешава да их окупираност око детета са ИО изолује од остатка породице. Догађа се и да родитељи немају реалан однос према ометености њиховог детета и одбијају да прихвате реалност њиховог инвалидитета, што може да доведе до узајамне фрустрације изазване превеликим и нереалним очекивањима (Widmer, Kempf-Constantin, Robert-Tissot, Lanzi, Galli Carminati, 2008). Неки родитељи су додатно оптерећени често потиснутим негативним емоцијама (агресивност, стид, бес, љубомора, ривалство, кривица) које настају као последица стреса, неиспуњених очекивања и надања, неиспуњених амбиција, преиспитивања, међусобних оптуживања, тражења кривца, неуспешних покушаја налажења решења социјалне изолације, страха од животне перспективе детета и породице. Истраживања су показала да је код родитеља деце са ИО измерен значајно повишен ниво стреса (Dison, 1993, Dison, 1997, White & Hastings, 2004) и психопатологије (депресија или анксиозност), у поређењу са родитељима деце типичног развоја (Beck, Hastings, Dejli & Stivenson,

2004, Emerson, 2003; Feldman et al., 2007;. Olson & Hvang, 2001; White & Hastings, 2004). Резултати истраживања која су поредила ниво стреса родитеља деце са ИО указују на то да ниво стреса родитеља не зависи од тежине ИО, већ да изражености проблема у понашању деце, адолесцената или одраслих особа са ИО (Abbeduto et al., 2004;. Beck et al., 2004;. Feldman et al., 2007;. Hassall, Rose, McDonald, 2005; Maes, Broekman, Došen, Nauts, 2003; McIntire, Blacher, Beijker, 2002; Nachshen, Garcin, Minnes, 2005; Orr, Kameron, Dobson, 1993; Seltzer, Grinberg, Krauss, 1995).

Истовремено, резултати истраживања чији предмет је био да се утврди повезаност депресије родитеља деце са ИО и проблема у понашању деце, показују да лечење депресије родитеља може довести до смањења проблема понашања и емоционалних проблема код деце са ИО, што потврђује постојање потребе породица деце са ИО за адекватном додатном подршком и третманом (Gunlicks, Vajsman, 2008).

Родитељима деце са сметњама у развоју често недостаје подршка у одређеним породичним или пословним ситуацијама као што су болест родитеља, хоспитализација, пословни или приватни пут, смртни случај у породици и другим сличним ситуацијама. Браун и сарадници су у свом истраживању о квалитету живота породица деце са сметњама у развоју дошли до закључка да на квалитет живота таквих породица значајно утиче недостатак неопходне стручне подршке у специфичним животним ситуацијама и немогућности развоја каријере родитеља и усавршавања у образовном смислу (Brown, et al., 2006). Овакав вид подршке је у нашој земљи у *Закону о социјалној заштити Републике Србије* (2011) дефинисан као услуга предаха.

Велики број младих са интелектуалном и вишеструком ометеношћу, након завршене основне школе остаје у својим кућама. Неки од многобројних разлога за то су: премор чланова породице који су у функцији пратиоца свог детета на путу од куће до дневног боравка и у повратку, болест и старост родитеља, лоша материјална ситуација родитеља и многи други. Из наведених разлога велики број младих особа интелектуалном и вишеструком ометеношћу бива искључен из система социјалне заштите и не добија потребну подршку, што често води у њихову потпуну социјалну изолацију, па и изолацију читаве породице.

2.2.2. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу у институцијама

Резултати истраживања у оквиру пројекта *Хелсиншког одбора за људска права*, о стању у социјалним установама за смештај деце и омладине ометене у менталном развоју, односно за одрасле ометене у менталном развоју и душевно оболела лица, реализованог у нашој земљи 2009. године, показали су да је била неопходна квалитетна и одржива реформа система социјалне заштите.

Према резултатима наведеног истраживања дефинисане су опште карактеристике постојећих институција у циљу системске реформе ради побољшања квалитета пружања услуга и квалитета живота корисника тих установа.

Без обзира на разноврсност кадровске структуре у овим установама, чињенично стање је да стручног особља нема у потребном броју, што се битно одражава на квалитет стручног рада и здравствене заштите корисника. Имајући у виду структуру и велики број корисника, присутна је потреба стручног усавршавања запослених које би допринело повећању њихових професионалних компетенција. Због наведених проблема у области кадровске структуре у установама за смештај особа са ИО, планирање активности и подршку за сваког корисника понаособ, често није могуће реализовати на основу процене личних потреба, могућности, интересовања и афинитета корисника. Због тога, највећи број корисника остаје ускраћен за основна људска задовољства, успостављање животних навика и стицање базичног животног искуства. Највећем броју особа са ИО у институцијама нису доступни ни образовање, ни запошљавање.

Због често присутне дискриминације и стигматизације, особе са ИО које живе у институцији имају слабу комуникацију и мало контаката са спољним окружењем. Кориснике институција за смештај особа са ИО, у великом броју случајева чланови породице и представници центара за социјални рад веома ретко обилазе. Као разлози смањеног или потпуног прекида контаката корисника са породицама, аутори истраживања наводе изолованост установа удаљених од већих урбаних центара и од места становања корисника, као и недостатак програма који би породицама особа са ИО пружили подршку за успостављање и очување квалитетног односа.

Аутори истраживања су уочили једну појаву која је потенцијално врло опасна и угрожавајућа за кориснике: особље врло често није могло да понуди било какво објашњење за промену понашања корисника, за њихово нагло узнемирење, агресивно понашање и друге облике социјално неприлагођеног понашања (Хелсиншки одбор за људска права у Србији, 2009).

Раније се сматрало да особе са тешком ИО не могу да буду депресивне, па се често дешавало да поремећаји расположења, посебно депресивни поремећаји, буду недијагностиковани (Дошен, 1990). Као могуће узрочне факторе настанка депресије код деце са ИО, Дошен наводи следеће: базичне психобиолошке афективне реакције повезане са окружењем и штетним утицајима окружења. Од значаја за настанак депресије код деце и адолесцената са ИО је и изненадни губитак или промене у постојећим емоционалним односима и хронично осећање неприхваћености и неразумевања (Дошен, 1990).

С обзиром на интелектуалну ометеност и ниске вербалне способности ове особе имају значајне сметње у концептуализацији својих тешкоћа и описивању својих осећања и искустава, па су у том контексту често значајније бихејвиоралне карактеристике афективног поремећаја (Zwanikken, 1990). Различити облици девијантног понашања и поремећаја мишљења и расположења све до 70-тих година прошлог века сматрани последицом или елементом симптоматологије саме интелектуалне ометености. Ти поремећаји често су били игнорисани или супримирани коришћењем рестриктивних васпитних мера или аплицирањем психофармака (транкилизера и антипсихотика), без удубљивања у дијагностиковање. Пионирски радови на овом пољу кренули су 70-тих година 20-тог века, најпре код особа са лаком ИО, које су због очуваних комуникативних вештина могле да прођу уобичајене дијагностичке процедуре (Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson, et al., 2010; 2011).

Овом проблему посвећује се интензивна пажња тек последњих двадесетак година, јер се увиђа значај адекватног дијагностиковања и третирања депресивних поремећаја код ове популације, понајвише због озбиљног утицаја који депресија има на квалитет живота особа са ИО и на њихов укупни ниво функционисања и социјалну адаптацију. Фејнстејн и Рејс наводе да особе са лаком и умереном ИО имају сличне симптоме афективних поремећаја као и особе са просечном

интелигенцијом, мада особе са ИО другачије доживљавају и описују своје измењено расположење (Feinstein, Reiss, 1996). Депресивно расположење знатно чешће описују као осећај болести, него као осећање туге (Schloss, Epstein, Cullinan, 1988). Најчешће презентована слика депресивног поремећаја укључује губитак апетита, губитак телесне масе, поремећај спавања, рано јутрање буђење, социјално повлачење, те психомоторну тешкоће или агитацију. Депресија се код ових особа често манифестује и агресивним понашањем (Day, 1990). Социјална рестрикција и губитак интересовања су симптоми који се најраније испољавају. У тежим облицима интелектуалне ометености депресија се испољава кроз аутомутилације, аутостимулације, хиперактивност и прекид односа са другима. Чест начин испољавања депресије у групи деце и адолесцената са ИО обухвата разна регресивна понашања са тражењем пажње и инфантилизацијом, враћањем инконтиненције, детериорацијом личних навика и губитком претходно стечених социјалних вештина (McGee, Menolascino, 1990). Истраживања су показала да су нека неадаптибилна и проблематична понашања знатно учесталија код теже и тешко интелектуално ометених особа са депресијом, а то су напади агресије и аутоагресије, тантруми, вриштање, плакање, психомоторна агитација, иритабилност, социјална изолација и слично (Reeves, Strine, Pratt, Thompson, Ahluwalia, Dhingra et al., 2011). Матсон је идентификовао осам кључних симптома повезаних са депресијом у особа са умереном ИО: опадање броја речи у говору, иритабилност, соматске тегобе, запуштање спољњег изгледа, негативна слика о себи, слаб контакт очима, губитак емоционалног тонуса и латенца у говору (Day, 1990). Описана је и суицидалност код ових особа (McGee, Menolascino, 1990; Melonascino, Weiler, 1990, Walters, Barrett, Knapp, 1995). У току велике депресије дешавају се покушаји суицида, који могу да заврше и фатално (Walters, Barrett, Knapp, 1995), а потенцијално фатални покушаји су описани и код пацијената са израженим симптомима ИО.

Мирбак и вон Тецнер су радили истраживање које је обухватало групу особа са ИО који су живели у заједници, са циљем да се испита однос између проблема у понашању и психијатријских поремећаја (Myrbakk, von Tetzchner, 2008). Истраживање је обухватало две групе испитаника. Прва група су били испитаници са лаком и умереном ИО, од којих су 65 су укључени у програм

становања уз подршку, 56 испитаника су живели сами, један са својом породицама, девет са другим особама, а пет испитаника су живела привремено у неким другим срединама. У контролној групи која је обухватала испитанике са вишеструком ометеношћу и тешком ИО 61 испитаник је био укључен у програм становања уз подршку, 48 су живели сами, 13 са другим особама, девет са својим породицама и један испитаник је привремено живео у другој средини. У првој групи укупно 31 испитаника је деинституционализовано након 17,9 година проведених у институцији, а у контролној групи 26 испитаника након 19,6 година. На скали депресивности испитаници из групе са лаким и умереном ИО показивали су веће скорове у односу на контролну групу. Резултати ове студије показују снажну везу између проблема у понашању и психијатријских симптома. На основу резултата може да се закључи да је депресија у статистички значајној корелацији са проблемима у понашању као што је агресивност, тантруми, вриштање и самоповређивање.

Тешка животна ситуација може да допринесе психијатријским поремећајима и проблемима у понашању особа са ИО. Матсон и Мејвил су на основу истраживања утврдили да је агресија код особа са ИО значајно повезана условима средине (Matson, & Mayville, 2001).

Меинс је на узорку од 798 одраслих особа свих степена ИО које станују у различитим типовима стамбених услова испитивао распрострањеност депресивних поремећаја (Meins, 1993). Од укупног броја испитаника код 4,8% (n=38) је дијагностикован депресивни поремећај. Испитаници код којих је дијагностикована депресија имали су мање заступљену социјалну подршку у односу на испитанике код којих се депресија није манифестовала.

На основу резултата наведених истраживања можемо да закључимо да депресија код особа са ИО значајно повезана са проблемима у понашању и да на њен настанак у великој мери утичу фактори средине у смислу заступљености социјалне подршке.

Иако особе са ИО представљају веома хетерогену групу у погледу етиологије и степена ометености, може се рећи да постоје одређене заједничке карактеристике које их чине подложнијим кад је у питању депресија, као што су: сиромаштво социјалних контаката и депривација социјалне партиципације,

недостатак социјалне подршке, као и сразмерно велики број непријатних животних догађаја (McGillivray, McCabe, 2007). Многа истраживања на особама са лаком ИО наглашавају везу између дефицита социјалних вештина и проблема у понашању, као и симптома депресије. У недостатку позитивних социјалних поткрепљења, особе са когнитивним дефицитом испољавају поремећаје адаптивних и социјалних способности, који даље могу водити ка усложњавању интерперсоналних релација и испољавању депресије (Mattson, Dempsey, Rivet, 2009).

Брамстон и сарадници (Bramston, et al., 2005) у својој студији наводе да је квалитет живота вишедимензионалан и под утицајем фактора животне средине и личне интеракције са том средином и да има исте компоненте за све људе. Према Брамстону квалитет живота се побољшава могућношћу самоодређења, налажењем животне сврхе и постојањем осећаја припадности.

2.2.3. Квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу обухваћених програмом становања уз подршку

Квалитет живота један је од кључних концепата када је у питању ментално здравље људи. Иако постоје различити начини одређења и индикатори квалитета живљења, у значајној мери се акценат ставља на субјективну одређеност овог појма. Овај концепт посебно је важан када су у питању социјално искључене групе становништва, као што су особе са ИО нарочито из перспективе активног промовисања принципа социјалне укључености кроз социјалне услуге у заједници.

Филозофија самосталног живота особа са инвалидитетом управо наглашава права особа са инвалидитетом да живе као и сви други и садржи неколико основних постулата:

- Право на самосталан избор – особа са инвалидитетом има доступност свим информацијама, догађањима, духовним и другим вредностима заједнице и има право да изабере шта ће радити, у чему ће учествовати, самостално, водећи рачуна о својим потребама и интересовањима.

- Право на самостално доношење одлука – особа са инвалидитетом, у складу са својим могућностима, самостално доноси одлуке о свом животу – где ће ићи, шта ће радити, с ким ће се дружити, итд.
- Право на личну одговорност – особа са инвалидитетом преузима одговорност за своје одлуке и за њихово спровођење, у складу са капацитетима. Помоћ је најчешће потребна у практичној реализацији донетих одлука, али особа са инвалидитетом самостално процењује успешност и квалитет донетих одлука, прати њихово извршење и тиме има контролу над сопственим животом.
- Право на грешку – особа са инвалидитетом, као сви други, има право да погреши у доношењу одлука.
- Право на самосталну исправку грешке.

Деинституционализација је процес преласка особа с тешкоћама из резиденцијалних установа у природно социјално окружење (Каљача, Дучић, 2010). Каминс и Лау истичу да постоји квалитативна разлика између два процеса који подразумевају деинституционализацију, а то су излагање заједници с једне и интеграција у њу с друге стране (Cammins, Lau, 2003). Уколико се ради само о физичком присуству, а не и о активної социјалној улози, која би резултирала осећајем потпуне припадности и социјалне партиципације, не може се говорити о интеграцији у правом смислу.

Многе објављене студије су показале позитивне резултате код особа са ИО који су се преселили из установе у заједницу (Kim, Larson, Lakin, 2001; Emerson, Hatton, 1994; Young et al., 1998; Kozma, et al., 2009). На основу ових студија може да се закључи да постоји доказ да деинституционализација обично резултира побољшањем животних вештина, учешћа у заједници, контакта са члановима породице и заједницом, повећањем могућности избора и осећаја задовољства. Наведени подаци наводе на закључак да је програм становања уз подршку као модел подршке засноване на друштвеној заједници постиже боље резултате у односу на институционални тип подршке. Упоређујући различите моделе сервиса, опсези постигнутог успеха се знатно преклапају (Mansell, 2006). Ипак, велики број истраживања показује велики број варијација у резултатима.

2.3. Проблеми у понашању особа са интелектуалном ометеношћу

Под проблемима у понашању особа са ИО подразумева се агресија, тантруми, деструктивност и стереотипије (Strachan, Shaw, Burrow, Horsler, Allen, & Oliver, 2009; Swender, Matson, Mayville, Gonzalez, & McDowell, 2006; Tiger, Fisher, Toussaint, & Kodak, 2009). Овакви облици понашања су друштвено неприхватљиви и могу бити штетни за појединца код којег се манифестују или друге особе из његовог окружења. Проблеми у понашању могу бити примарна препрека у остваривању социјалне инклузије особа са ИО (Emerson, 1995; Gardner & Moffatt, 1990; Luiselli & Slocumb, 1983).

Проблеми у понашању се манифестују код особа са различитим сметњама у развоју али су код особа са ИО или поремећајима из спектра аутизма најзаступљенији (Farmer & Aman, 2009; Matson & Boisjoli, 2009; Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Rojahn et al., 2009). Оба наведена стања карактеришу дефицит у социјалним вештинама, адаптивном функционисању и комуникацији, који могу допринети појави и манифестацији проблема у понашању (Cheng, Chen, Tsai, Chen, & Cherng, 2009; Matson, Boisjoli, Gonzalez, Smith, & Wilkins, 2007; Matson, Dempsey, & Rivet, 2009; Matson, Rivet, Fodstad, Dempsey, & Boisjoli, 2009; Miniscalco & Gillberg, 2009; Wilkins & Matson, 2009). Истраживање Ларс-Олов (Lars-Olov, 2013) имало је за циљ да се испита преваленца проблема у понашању међу особама са ИО и идентификују могући маркери ризика за проблеме у понашању, користећи *Скалу проблема у понашању (Behavior Problems Inventory – BPI)*. Шездесет два одсто испитаника (n=915) је имало проблеме у понашању (самоповређивање, стереотипије, агресивно или деструктивно понашање), а 18,7% је испољило понашање са израженим отпором. Према резултатима истраживања, најизраженији ризик маркери за проблеме у понашању су тежина интелектуалне ометености, аутизам, поремећај спавања, сензорна преосетљивост, дисфункција комуникације, социјални дефицити, употреба психотропних лекова. Око 50% испитаника са проблемима у понашању су користили психотропне лекове. Холден и Гитлесен су дошли до податка да 10-15% особа са ИО у САД и Британији имају неки облик проблема у понашању (Holden, Gitlesen, 2006). Джонс и сарадници су у својим истраживањима дошли до резултата да је проблематично

понашање присутно код 19-22% особа са ИО (Jones et al., 2008). Насупрот томе, други истраживачи су у оквиру својих истраживања долазили до много већих стопа изражености проблема у понашању код особа са ИО. Марфи, Хили и Лидер дошли су до податка да је код 64% популације са ИО у Ирској препознат неки облик, а код многих испитаника и више облика проблема у понашању (Marfi, et al., 2009). Фармер и Аман су у САД у студији о проблематичном понашању пронашли проблеме у понашању у више од половине узорка (Farmer, Aman, 2011). У другој студији из САД, Бенсон и Брукс су такође регистровали проблеме у понашању код преко 50% испитаника са ИО (Benson, Bruks, 2008). Широк распон у резултатима учесталости проблема у понашању као што је на пример, агресивност може се у великој мери објаснити методолошким разликама у истраживањима усмереним на овај проблем. Разлике у распону резултата у истраживањима о учесталости агресивности код особа са ИО се појављују у начину прикупљања података, временском опсегу у коме се преваленција сагледава, структури узорка, окружењу у коме је истраживање спроведено и др. (McClintock et al., 2003). Ипак, можда један од најзначајних фактора који утиче на варијабилност резултата јесте начин операционализације агресивног понашања (Crocker et al., 2006).

Поједини аутори међу најозбиљније проблеме у понашању особа са ИО издвајају агresiју и споповређивање (Applegate, Matson, & Cherry, 1999; Embregts, du Bois, & Graef, 2010; Machalicek et al., 2009; Murphy, Healy, & Leader, 2009). Многи од ових облика понашања су третирани психотропним лековима. Истраживачи указују на то да су проблеми у понашању код особа са ИО које бораве у стационарним установама, разлог за до 90% од укупног броја прописаних психотропних лекова (Spreat & Conroy, 1998). Као резултат овог фактора, особе са сметњама у развоју су највећа група популације која користи медикаментозну терапију (Yen, Lin, Loh, Shi, & Hsu, 2010). Пракса дугорочне примене психотропних лекова често резултира нежељеним ефектима као што су гојазност, хиперсаливација, повећана узнемиреност, гастроинтестиналне сметње, као и екстрапирамидални ефекти, од којих неки могу бити иреверзибилни (Matson, Mayville et al., 1998; Advokat, Mayville, & Matson, 2000; Garcia & Matson, 2008; Matson & Mahan, 2010; Matson, Rivet, & Fodstad, 2010). Истакнут је висок

степен повезаности појаве психопатологије и проблема у понашању (Matson, Dempsey, LoVullo, & Wilkins, 2008; Gal, Dyck, & Passmore, 2009; Holden & Gitlesen, 2009) због чега постоји потреба за разликовањем проблема у понашању који су изазвани срединским факторима у односу на унутрашње факторе који изазивају симптоме психопатологије. Када се средински фактори идентификују као изазивачи проблема у понашању добијамо јак аргумент да се фармакотерапија укине и примене неки други облици третмана (Matson & LoVullo, 2009; Matson & Neal, 2009; Singh & Matson, 2009).

2.3.1. Агресивно понашање

Агресивно понашање особа са ИО узрок је многим озбиљним тешкоћама у раду са особама са ИО и често је повод за примену психотерапијске медикаментозне терапије и упућивање на смештај у институцију. Прегледом студија о агресивном понашању особа са ИО, Бенсон и Брукс указује на то да више од половине испитиваног узорка испољава неки облик агресивног понашања (Benson & Brooks, 2008).

У литератури постоје разне теорије о узроцима и механизмима агресивног понашања, неке од најзначајнијих теорија агресивног понашања су инстинктивичке теорије, теорије које агресију објашњавају реакцијом на одређену ситуацију, теорије социјалног учења, когнитивне теорије и биолошке теорије (Bilić, 1999).

2.3.1.1. Инстинктивистичке теорије

Представници ове теорије агресивно понашање тумаче као резултат инстинкта који сматрају биолошким покретачем. Унутар инстинктивистичке теорије постоје три струје: *психоаналитичка*, *неоаналитичка* и *етиолошка*. Најистакнутији представник *психоаналитичке струје* је Сигмунд Фројд (Freud, 1969.) који је сматрао да је људско понашање условљено двама основним инстинктима – *ерос*, односно, нагон живота и *танатос*, нагон смрти. *Неоаналитичка теорија* настоји да нађе компромис између инстинктивистичких и срединских теорија (Fromm, 1973). *Етиолошке теорије* сматрају агресивност

урођеним потенцијалом и објашњавају је као реакцију која се догађа независно од спољашњих утицаја и то због акумулирања енергије у неуралним средиштима (Lorenc, 1970.)

2.3.1.2. Теорије које агресију објашњавају реакцијом на одређену ситуацију

Почетком 20-тог века под утицајем бихевиоризма, јављају се теорије које агресију објашњавају реакцијом на ситуацију. Постоје две врсте ових теорија: *Ф-А теорија агресивности*, која полази од хипотезе да се агресија увек јавља као одговор на ситуацију фрустрације и *модификација Ф-А хипотезе или необихевиористичка теорија*, која полази од Ф-А хипотезе, али истиче да агресивно понашање не мора увек бити поседица фрустрације, него може бити и научено (Dollard. et al., 1939.). Према овој теорији, фрустрација свакако изазива емоције које уз присутност ситуацијских услова утичу на појаву агресивног понашања.

2.3.1.3. Теорије социјалног учења

Представници ових теорија истичу да се агресивност учи на два начина: посредно, опонашањем агресивног модела и непосредним поткрепљењем, при којем се неки облици агресивног понашања награђују. Алберт Бандура (Bandura, 1982), најзначајнији представник ове теорије, истиче да се агресивно понашање не учи само поткрепљењем ни личном активношћу, већ и на темељу посматрања других особа.

2.3.1.4. Теорије когнитивног учења

Доджи и Хајсмен (Dodge, 1986; Huesman, 1988.) су два најзначајнија представника ове теорије. Аутори истичу да је страх је најчешћа емоционална реакција на било коју врсту претњу или опасности, а уобичајена реакција на појаву страха је бег или агресивност. Појединац сам одбира једну од тих двају

реакција, при чему избор зависи од његових интелектуалних процеса у комбинацији са емоцијама.

2.3.1.5. Биолошке теорије

Биолошка теорија објашњава агресивност као резултат деловања одређених биолошко-физиолошких структура.

2.3.2. Облици агресивног понашања

Истраживањем агресије утврђене су разлике између облика агресивног понашања. Једна од најважнијих разлика између различитих облика агресивног понашања је мотив за такво понашање. На основу мотива разликујемо агресивно понашање које је мотивисано жељом да се постигне одређени циљ, проактивну агресију и импулсивну, реактивну агресију. Ове поделе су још у другој половини прошлог века дефинисане од различитих аутора: Скинер који агресивно понашање дели на »онтогено« и »психогено« (Skinner, 1969); Зилмен категорише агресију на »мотивисану подстицајем« и »мотивисану непријатношћу« (Zillman, 1979); а Доџи и Коа на »проактивну« и »реактивну« агресију (Dodge, Coie, 1987).

У литератури се издвајају различити облици агресивности (Essau, Conradt, 2006):

1. отворени облик агресивности,
2. прикривени облик агресивности,
3. реактивна агресивност,
4. проактивна агресивност,
5. релацијска агресивност,
6. инструментална агресивност,
7. непријатељска агресивност.

Отворена агресивност подразумева отворени начин сукобљавања који је повезан са физичким насиљем. Особе која испољавају отворено антисоцијално

понашање су раздражљивије, негативније и осетљивије у односу на особе која припадају групи прикривеног агресивног понашања.

Прикривену агресивност одликује прикривени агресивни поступак, који се догађа потајно. Особе која испољавају овој тип агресивности су углавном мање друштвене, бојажљиве, неповерљиве.

Реактивна агресивност подразумева агресивно реаговање изазвано неким спољашњим подражајем, догађајем или понашањем. Реактивна агресија се приказује као одговор на претње и провокације или као одговор на фрустрацију. Ово понашање се генерално сматра импулсивним и обично се јавља са јаким изражавањем негативних, непријатељских емоција. Мотив агресивног понашања може бити реалан, али може бити и последица субјективног доживљаја ситуације. Неадекватна обрада социјалне ситуације узрокује велику количину беса, импулсивност и неусмерено понашање. Врло често, ове особе у датим ситуацијама очекују да ће бити повређене ако и саме не реагују агресивно.

Проактивну агресивност одликује намерно и планирано агресивно понашање да би се постигао неки циљ или да би се доминирало над неком другом особом, или изазвао страх. Док је реактивна агресија непријатељски одговор, проактивне агресија је планирана, инструментална и већа је вероватноћа да се овакво понашање научи. Особе која испољавају овај облик агресивности углавном су мирне и самоуверене, са очекивањем да ће исход њихове агресије бити позитиван (Dodge, 1991; према: Essau, Conradt, 2006). Проактивну и реактивну агресивност су први пут проучавали Доџи и Коа (Dodge, Коа, 1987; према: Farmer, Aman, 2009) у циљу описивања непријатељског понашања. Истраживање које су спровели (Polman, de Castro, Koops, van Boxtel Merk, 2007; према: Farmer, Aman, 2009) указује да се ова два типа агресивности могу разграничити. Уколико се користи инструмент који раздваја форме агресије (понашање) од његове функције (зашто се десило одређено понашање) доћиће се до података о проактивној и реактивној агресији.

Неке студије (Bushman & Anderson, 2001) доводе у питање научну тврдњу о раздвојености реактивног и проактивног облика агресије и указују на висок степен корелације између ових облика понашања. Овај проблем су испитивали Полтман и сарадници у мета анализи студија користећи реактивне и проактивне

разлике (Poltman et al., 2007). Утврђено је да је у великом броју студија пронађена релативно висока корелација између ових конструкција понашања.

Релацијска агресивност је понашање које ремети међуљудске односе (Crick, 1996; према: Essau, Conradt, 2006). Релацијски агресивна особа ће желети да другу особу искључи из групе или ће јој тиме претити. Ова група особа је чешће социјално и емоционално неприлагођена на друге особе. Ове особе ће окружење у већини ситуација избегавати што код њих изазива пркосно, импулсивно, депресивно и плашљиво понашање.

Инструментална агресивност се односи на агресивност која агресору причињава задовољство или награду наношењем неугодности жртви (Feshbach, 1970; према: Essau, Conradt, 2006).

Непријатељска агресивност је агресивност која за циљ има наношење бола или штете жртви. Непријатељска агресивност се повећава са узрастом (Hertup, 1974; према: Essau, Conradt, 2006).

2.3.3. Неуробиолошке основе агресивног понашања

Неуронске шеме у мозгу које су одговорне за агресивно понашање повезане су и са регулисањем социјалног понашања (Nelson & Trainor, 2007). Реактивна агресија код особа са ИО може настати било као последица повећане склоности да се понашају агресивно, или услед смањене способности да инхибирају експресију агресивног понашања: такозвани "одоздо на горе" и "одозго на доле" механизми. Овај концепт је карактеристичан за неуробиолошку анализу агресивног понашања и обраду информација социјалног модела, која објашњава друштвено понашање, тако што дефинише низ когнитивних процеса који се остварују током пријема и обраде социјалних сигнала и доношења одговора на те сигнале (Crick, Dodge, 1996; Larkin et al., 2013). Механизми агресивног понашања "одоздо на горе" укључују оба система: улазни: подразумева препознавање знака изазивања агресије и излазни: организација агресивних аката (Nelson & Trainor 2007; Siever 2008). Кључна мождана структура у социјалној когницији је медијални префронтални кортекс, који делује преко обимне мреже кортикално-субкортикалних веза. Процена емотивног значаја

долазних значајних информација обухвата вентралну мрежу која се састоји вентромедијалног префронталног и предњег цингуларног кортекса и супкортикалних структура, укључујући амигдалу и нуклеус акумбенс (Phillips et al., 2003). Амигдала има значајну улогу у агресивном реаговању и обавља функцију процене афективне вредности утицаја из животне средине (Morrison & Salzman 2010). Информација о процени ситуације се преноси до излазних структура, укључујући нуклеус акумбенс, остале делове базалних ганглија и периакуедукталну сиву масу која има специфичну улогу у стварању различитих врста агресивног понашања. Активација амигдале такође утиче на друге структуре мозга које остварују утицај на емоције као што је хипоталамус, што доводи до повећања нивоа кортикостероида, (Nelson & Trainor 2007; Siever 2008). "Одозго ка доле" контрола агресивног понашања, која подразумева планирање и доношење одлука и иницијације, редоследа и престанка агресивног понашања (Nelson & Trainor 2007; Siever, 2008), произилази из вентромедијалног префронталног кортекса, који игра важну улогу у процени социјалних информација (Forbes & Grafman, 2010). Оштећење вентралних фронталних региона изазива социјалну дисинхибицију и повећану агресивност (Nelson & Trainor, 2007). Вентромедијални префронтални кортекс врши контролу "одозго ка доле" првенствено преко амигдале, тако да постоји реципрочан однос између активности у ове две структуре. Реактивна агресија је повезана са ниским нивоом активности вентромедијалног префронталног кортекса и амигдале.

Са неуробиолошког аспекта проактивна агресија је повезана са ниским нивоом кортикостероида (Kim & Haller, 2007) и активности амигдале (Blair, 2004). Ове неуробиолошке разлике указују на то да у зависности од тога да ли у понашању појединца доминира проактивна или реактивна агресија треба применити и другачији приступ у третману.

Агресивност се често доводи у везу са смањеном могућношћу избора, повећаном социјалном изолацијом и може додатно утицати на ограничавање друштвеног и адаптивног развоја (Marcus, Vollmer, Svanson, Roane & Ringdahl, 2001). Поред тога, присуство агресивног понашања повећава и потребе у облику подршке и надзора (Sigafos et al., 1994). Крокер и сарадници (Crocker et al., 2006) су у Квебеку радили студију процене разлика у учесталости једне од пет врста

агресивног понашања и интензитета његовог испољавања обухвативши 3165 одраслих мушкараца и жена са ИО, анкетирајући њихове неговатеље помоћу *Модификоване скале агресивног понашања (Modified Overt Aggressive Scale)*. Резултати који су добијени након 12 месеци истраживања указују да се агресивно понашање манифестовало код 51,8% од укупног броја испитаника, од тога: 24% оштећење имовине; 37,6% вербална агесија; 24,4% самоповређивање; 24,4% физичка агесија и 9,8% сексуално агресивно понашање. Најмањи проценат испитаника (4,9%) је испољио агресивно понашање усмерено према другима.

Неки аутори имају став да са повећањем старости, поједине особе са ИО, развијају агресивно понашање или самоповређивање као начин манипулисања и контролисања окружења (Matson, Bamburg, Cherry, & Raclawskyj, 1999). Постоји пет најчешћих фактора који подстичу проблематично понашање, а то су: бекство од нежељене средине, жеља за привлачењем пажње – социјални фактор, материјални фактор, жеља да се буде сам и физичке нелагодности (Iwata, et al., 1982).

Ако на проблеме у понашању утиче више фактора, намећу се питања, да ли они зависе од циљног понашања, да ли се они групишу у конкретном обрасцу и да ли постоји одређени редослед у коме се јављају. Боље разумевање и предвиђање фактора који подстичу проблеме у понашању допринеће и бољем разумевању етиологије проблема у понашању и побољшању процене и третмана таквог понашања (Matson, & Boisjoli, 2007).

Питања која су веома важна за процену проблема у понашању, као и за његово кориговање, су у којим условима долази до проблема у понашању и који га фактори подстичу. Претходна истраживања су углавном била усмерена на процену једног идентификованог фактора који утиче на појаву проблема у понашању, на основу којих се касније и планирао третман који је био усмерен на ту одређену функцију. Међутим, уколико постоји више од једног фактора који подстичу проблеме у понашању, ефикасност тако конципираног третмана ће бити веома мала (Matson & Boisjoli, 2007).

2.4. Природа односа између проблема у понашању, адаптивног понашања и степена квалитета живота

Према *Америчкој асоцијацији за интелектуалну ометеност*, концептуалне адаптивне вештине обухватају комуникацију, функционалне академске вештине и вештине самоусмеравања (AAIDD, 2002). Један од карактеристичних симптома интелектуалне ометености је дефицит у адаптивном понашању (Kar; O'Reilli, 2007; Meklin et al, 2001). Прилагодљиво понашање је у DSM - IV дефинисано као мера у којој се појединац носи са захтевима свакодневног живота (DSM – IV, 1994). Адаптивно понашање представља способност за обављањем дневних активности које су потребне за личну и социјалну независност и подразумева концептуалне, социјалне и практичне вештине које су неопходне за свакодневно функционисање индивидуе:

1. Концептуалне способности подразумевају:

- рецептивни и експресивни језик;
- читање и писање
- концепт новца;
- самоусмеравање

2. Социјалне способности обухватају:

- интерперсоналне односе
- одговорност
- самопоштовање
- лаковерност (могућност да буде преварен или обманут)
- наивност
- поштовање правила
- поштовање закона
- избегавање ситуације у којој би могли да постану жртве.

3. Практичне вештине

- активности свакодневног живота (исхрана, кретање, хигијена, облачење)
- инструменталне активности свакодневног живота (припрема obroka, одржавање стана, транспорт, узимање лекова, управљање новцем, употреба телефона)

- окупационе вештине
- одржавање безбедног окружења.

Свако ограничење у некој од области адаптивног понашања рефлектује се на свакодневно функционисање одређене особе (Каљача, 2008).

Процењивање адаптивних способности фокусира се на то колико добро појединци могу да функционишу и буду независни и колико се успешно могу суочити са персоналним и социјалним захтевима којима су изложени од стране свог социо-културног окружења (Settler, 1992). Социјално и адаптивно понашање може да се дефинише и као уочљиво и мерљиво понашање које промовише независност и квалитет живота (Bellack, 1983; Matson, Hammer, 1996). Један од фактора који утиче на настајање проблема у понашању особа са ИО су смањене адаптивне способности (Minshawi, 2007). Дефицит у овим способностима је тесно повезан са проблемима у понашању као што су агресија и самоповређивање (Duncan et al., 1999).

Вајт и Додер (White, Dodder, 2000) су спровели истраживање на узорку од 3780 испитаника, различитог степена ИО, да би испитали у којој мери социјална интеграција утиче на ниво адаптивних способности и какав је однос ових способности са поремећајима у понашању. Независне променљиве наведеног истраживања су адаптивне способности и учесталост и озбиљност маладаптивног понашања. Зависне променљиве су *социјалне интеракције* испитаника које подразумевају учествовање у излетима, посете биоскопа, ресторана, продавница, банке, цркве, рекреативних објеката и посета пријатеља; време проведено на послу; време проведено у активностима хабитације, односно оспособљавања за обављање свакодневних животних активности; време проведено у образовању; породични контакти (контакти преко телефона, поште или лични контакти) и *самоизражавање* појединаца што подразумева могућност индивидуалног избора.

Према резултатима истраживања најизраженији позитивни корелативни однос је између адаптивних способности и социјалних интеракција и адаптивних способности и способности самоизражавања, тј. самосталног доношења одлука. Овај однос показује да ниво адаптивних способности повезан са степеном укључености испитаника у социјалне интеракције, као и са степеном одговорности и могућности да сами доносе одређене одлуке. На основу резултата

истраживања аутори су дошли до закључка да су адаптивне способности и време проведено на послу у позитивној корелацији и да су испитаници који су мање времена проводили у активностима хабитације и образовања, а више у породичним контактима имали виши ниво адаптивних способности.

Према резултатима наведене студије група испитаника која има више друштвеног учешћа у друштвеној заједници има и виши степен адаптивних способности. Проблеми у понашању особа са ИО често могу да буду узрок њихове смањене социјалне укључености.

Многа истраживања на особама са лаком ИО наглашавају везу између дефицита социјалних вештина и проблема у понашању, као и симптома депресије. У недостатку позитивних социјалних поткрепљења, особе са когнитивним дефицитом испољавају поремећаје адаптивних и социјалних способности, који даље могу да воде ка усложњавању интерперсоналних релација и испољавању депресије (Mattson, Dempsey, Rivet, 2009). Од значајних срединских фактора помињу се: лош социо-економски статус, непотпуна породица – живот са само једним родитељем, боравак у институцијама рестриктивног типа, честе промене пребивалишта и слично. Депресија код особа ИО повезана је са лошим селф-концептом (McGillivray, McCabe, 2009), као и ниским самопоштовањем (Esbensen, Benson, 2007). Овакав квалитет самопроцене повезан је са свешћу о властитим ограничењима и различитости, која је последица неуспеха у одређеним социјално вреднованим активностима.

Истраживања показују да се когнитивна тријада може детектовати код особа са ИО и депресијом (на нивоу лаке и умерене интелекталне ометености) и да оне показују присуство негативних мисли о себи, безнадежност и ниско самопоштовање (Esbensen, Benson, 2007). Неки од ових аспеката, уколико су присутни код особа са ИО без дијагнозе депресије, могу бити важни предиктивни фактори за њено касније јављање, на пример, лоше самопоштовање, негативне мисли о себи, животу и будућности и ниско самопоуздање као последица упоређивања са другима (Esbensen, Benson, 2007).

2.5. Потенцијални ризици деинституционализације и реинституционализација особа са интелектуалном ометеношћу

Пре примене процеса деинституционализације особа са лаком ИО у Норвешкој се тврдило да редован систем здравствене заштите даје исте или боље услуге од услуга у институцијама и да су се у институцијама код појединих корисника развили психијатријски проблеми који ће се смањити или нестати са затварањем тих институција. Нотестед и сарадници су у Норвешкој испитивали психијатријске здравствене проблеме и психијатријске здравствене услуге које су добијале одрасле особе, које су некада биле институционализоване, пре и после деинституционализације. Степен изражености психијатријских поремећаја се није променио после деинституционализације. Препознати су и одређени облици поремећаја у понашању упркос деинституционализацији и побољшања услова за живот (Nottestad, Stromgren, Linaker, 2000).

Нотестед и Линакер (Nottestad, Linaker, 2001) су радили истраживање које се односило на проблеме у понашању као што је самоповређивање код особа са ИО које се развило после деинституционализације. Аутори су проучавали индивидуалне карактеристике и факторе окружења пре и после деинституционализације у потрази за факторима који су повезани са развојем самоповређивања. Показало се да је самоповређивање које се развило након деинституционализације заступљеније код особа са нижим интелектуалним количником, оних који имају проблема са кретањем, користе инвалидска колица, имају већу учесталост епилепсије и оштећење слуха и комуникације. Такође, установљено је да је са тим особама у процесу преласка из институције у друштвену средину радило мање квалификовано особље него у контролној групи где није дошло до испољавања самоповређивања. Разлике између две групе као што су коришћење неуролептика, друге промене у понашању и присуство психијатријских поремећаја пре или после деинституционализације нису пронађене. Што се тиче услова живота као што су смештај, број старатеља који су укључени у директну подршку, време проведено у структурисаним активностима пре и после деинституционализацијаније, није било разлике између група које су обухваћене истраживањем. На основу резултата један од најчешћих узрока самоповређивања су тешкоће у комуникацији. Средински фактор који има значајан утицај појаву самоповређивања након деинституционализације особа са

ИО је неквалификовано особље које брине о корисницима у периоду преласка из институције у друштвену средину.

Особе којима је потребан већи обим подршке, било због природе њихових интелектуалне или физичке ометености, проблематичног понашања или тешкоћа у социјализацији, често постижу слабије резултате од особа које су самосталније (Felce and Emerson, 2001). У општем контексту деинституционализације, оне обично последње изађу из институција (Wing, 1989) и ако имају потешкоћа у животу у заједници, највише су изложене ризику да буду враћене у институцију (Intagliata & Willer, 1982).

Могуће је значајно повећати ниво постигнутог резултата за особе са најтежим инвалидитетом на ниво виши од оног који је био постигнут у институционалном окружењу, што зависи од карактеристика програма подршке (Mansell, 1994; 1995; Felce & Perry, 2007). Један од најважнијих фактора је утицај приступа запослених који су ангажовани у раду са особама са ИО и начин на који особље пружа подршку. Овај резултат је пронађен у компаративним студијама о становању уз подршку (de Kock & Repp, 1986; Felce et al., 1991; Mansell, 1994, 1995; Felce, 1996; Felce, 1998) и унутар кућних заједница (Jones et al., 1999; Jones et al., 2001; Mansell et al., 2002; Bradshaw et al., 2004).

Забележена материјална и социјална депривација у институцијама утицала је на то да их замене услуге у друштвеној заједници, главни предиктори промене у пружању услуга су потреба корисника за подршком и приступ особља, нарочито у којој мери се пружа подршка и начин на који се пружа (Brown, Toogood and Brown, 1987; Mansell et al., 1987; Felce, Jones and Lowe, 2000; Mansell et al., 2005). Према Манселу, прелазак са институционалне бриге за живот у заједници неопходан, али не и довољан услов да би корисници остварили напредак. Поред промене смештаја, неопходно је променити приступ особља које пружа подршку и базирати га на индивидуалном приступу, поготово особама са тежом или вишеструком ометеношћу (Mansell, 2006). Прелазак са институционалне заштите на подршку засновану на заједници није само замена једног облика подршке другим. Успешно реализована услуге становања уз подршку треба да буде пажљиво планирана са уважавањем потреба и жеља корисника. Неопходно је континуирано праћење и прилагођавање потребама и жељама корисника.

2.6. Стрес

“Стрес је однос између особе и околине, у оквиру кога особа процењује да неки аспект околине укључује претњу, губитак или изазов за њене снаге, при чему се јављају карактеристичне промене психофизиолошке равнотеже” (Lazarus, Folkman, 1984; Aldwin, 1994).

Лазарус заступа становиште да стрес настаје из комбинације услова у спољашњој средини и индивидуалних карактеристика и да оно што је стресно за једну особу у одређеном тренутку живота не мора бити стресно за другу особу или за исту ту особу у неком другом тренутку. Према његовом моделу, субјективна процена стресног догађаја обухвата оцену *степен захтева*, тј. особа прво препознаје да се пред њом налази неки проблем (примарна процена), а затим сагледава *ослонац* који има на располагању у процесу суочавања са проблемом, односно просуђује који су јој капацитети потребни да би проблем решила (секундарна процена) (Lazarus, 1991).

Суочавање са стресом се дефинише као скуп когнитивних и бихевиоралних напора за превазилажење стресне ситуације и/или емоција које та ситуације изазива (Lazarus & Folkman, 1984). Код особа са ИО за решавање стресних догађаја у области социјалне интеракције више је заступљено избегавање стресне ситуације, а у мањој мери активно суочавање са стресном ситуацијом него другим категоријама стресних догађаја (Wayment, Zetlin, 1989; Benson & Fuchs, 1999; Hartley & MacLean, 2005).

Једна од класификација стреса која је заступљена у литератури је подела стресова на *физичке* и *социокултурне*. Категорија физичких стресова обухвата стресове повезане са догађајима који укључују непосредну опасност по живот или угрожавају здравствено стање. Социокултурни стресови су функција дистрибуције социјалних ресурса и положаја и улога појединаца у друштву (Pearlin, 1989). Структура социјалних улога као што су: превелики број обавеза, конфликт међу различитим улогама (нпр. родитељском и професионалном), интерперсонални конфликти у оквиру исте улоге (сукоби међу колегама,

супружницима и сл.), немогућност промене социјалне улоге могу погодovati појави стреса (Pearlin, 1989).

Одрасле особе са ИО имају више тешкоћа у суочавању са стресним друштвеним интеракцијама од осталих категорија стресних догађаја (Wayment, Zetlin, 1989; Benson & Fuchs, 1999; Hartley & MacLean, 2005).

Претпоставља се да се многе особе са ИО суочавају са широком палетом стресора кроз актуелне промене у моделима пружања услуга социјалне заштите. Они се све више подстичу да се прилагоде новим отвореним могућностима запошљавања или програму становања уз подршку. У примени ових програма од особа са ИО се очекује се да ће показати самосталност, самоиницијативност и флексибилност. Животне промене таквих размера као што су запошљавање или становање уз подршку изазивају стрес (Bramston, Bostock, 1994).

Фогерти и Брамстон су радили истраживање у оквиру којег су обухватили групи испитаника са ИО и групу из опште популације као контролну групу са циљем утврђивања најучесталијих узрочника стреса код особа са ИО и степена подударности фактора који узрокују стрес код обе групе (Fogarty, Bramston 1997).

На основу резултата истраживања аутори су закључили да је најучесталији фактор стреса код особа са ИО недостатак друштвене подршке што укључује неколико компоненти као што су: подршка породице, пријатеља и партнера, али и смањена могућност избора и недостатак приватности. Други фактор стреса код особа са ИО су међуљудски односи. Овај податак се подудара и са резултатима који су у групи особа из опште популације, што потврђује да негативни међуљудски односи и недостатак друштвене подршке подједнако представљају извор стреса за људе без обзира да ли имају интелектуалну ометеност или не. Трећи фактор стреса за особе са ИО који је идентификован је недостатак могућности да се едукују и савладавају вештине које их интересују.

2.6.1. Реакције на стрес

Реакције на стресне догађаје могу да се манифестују у три облика и то: физиолошке реакције; психолошке реакције и промене понашања (Havelka, Krizmanović, 1995).

Физиолошке реакције су под утицајем аутономног нервног система и система жлезда са унутрашњим лучењем. Субјективне физиолошке реакције на стрес се манифестују у виду: појачаног знојења, осећаја врућине, сувоће уста, дрхтања руку, појачаног лупања срца, убрзаног дисања. Других физиолошких реакција на стрес које се збивају у организму нисмо свесни као што су нагло излучивање шећера у крв, појачано лучење адреналина, норадреналина, кортикостероида, тироксина, те их називамо објективним реакцијама (Havelka, Krizmanović, 1995).

Према Хавелки и Кризмановићу психолошке реакције делимо на две групе и то на: емоционалне и когнитивне реакције (Havelka i Krizmanović, 1995). Емоционалне реакције могу бити реакције као што су страх, бес, мржња, апатија, потиштеност, стрепња, беспомоћност, осећај кривице. Когнитивне реакције су реакције као што су поремећај концентрације, расуђивања, логичког мишљења и памћења.

Хавелка и Кризмановић наводе да реакције на стрес у форми промене понашања могу бити усмерене ка одупирању стресору или ка избегавању стресора (реакције «борбе или бега»). Код хроничног стреса, могу се јавити негативни облици понашања као деструктивно понашање, агресија према себи и другима, асоцијално понашање (Havelka i Krizmanović, 1995).

2.6.2. Стрес код особа са ИО

Један од проблема у проучавању третмана и превенције стреса код особа са ИО је да је њихов субјективни доживљај стреса често тешко проценити. Такође, због проблема у комуникацији особе са ИО имају тешкоћа у изражавању свог доживљаја стреса. Физиолошке студије су од великог значаја у превазилажењу овог проблема, јер уз помоћ физиолошких процена могу да се измере промене физичког стања особе до којих може доћи након психолошки стресних догађаја (Lovullo, 1997; Schore, 2001). У проучавању психолошког стреса особа са ИО ендокрини налаз, витални знаци, температура и телесне манифестације могу се пратити као индикација њихове перцепције стреса. У пракси се показало да стрес веома негативно утиче на психичко стање одраслих особа са ИО. Начин на који особе са ИО доживљавају стрес може бити предиктор многих психопатолошких

симптома (Lunsky & Benson, 2001; Hastings, Hatton, Taylor, & Maddison, 2004; Hartley & MacLean, 2005). Тешкоће у социјалним интеракцијама за одрасле особе са ИО представљају најинтензивнији и најчешћи извор стреса у односу на друге категорије стресних догађаја, што ову категорију стресора чини посебно штетну за њихово психичко стање. Транзиција у стамбене заједнице или институције сматра се као изузетно стресни догађај за особе са ИО (Bramston & Cummins 1998).

Бројне студије показују да су особе са ИО у великом ризику од стреса (Bramston, 1993; Chaney, 1996; Bramston & Cummins, 1998; Bramston, et al. 1999; Bramston & Fogerty, 2000). Објашњење за повећан ризик утицаја стреса на особе са ИО у односу на осталу популацију, бројни аутори налазе у специфичностима снижених интелектуалних способности, као што су: тешкоће у прецесуирању информација, потреба за структурисаним и предвидивим окружењем, репетитивно и ограничено понашање (Gardner & Sovner, 1994). Према Олсону и Шоберу, код особа са ИО због ниског самопоштовања и самопоуздања и осећаја опште неспособности постоји ризик да се развије осећај беспомоћности (Olson & Schober, 1993).

Брамстон и Фогарти су радили истраживање чиј предмет је био стрес особа са ИО применивши *Упутник за процену стресних животних догађаја*. На основу резултата истраживања издефинисала су три кључна фактора стреса код особа са ИО: генерална забринутост, негативни међуљудски односи, недостатак личне компетенције.

Први фактор стреса, генерална забринутост укључује више димензија подршку породице, пријатеља, партнера, повреду права као што су могућност избора, принуда и нарушавање приватности. Друштвена подршка је компонента која се обично повезује са већином модела стреса и често се може посматрати као посредник или фактор који помаже да се смањи утицај јаких стресора (Leroге, Evans & Schneider, 1992). Особе са ИО често зависе од породице и подршке запослених у различитим аспектима живота, што је разлог томе да је социјална подршка кључна компонента стреса. Присуство личног права као друга компонента овог фактора је јединствен.

Негативни међуљудски односи су други фактор стреса који се издвојио у истраживању Брамстона и Фогертија (Bramston & Fogerty, 1995). Аутори су поновили истраживање на другом узорку и добили исте факторе стреса што потврђује поузданост и поновљивост факторске структуре. Сличан фактор издвојио се и у истраживању Брантлија и Џонса, под називом: „интерперсонални проблеми“ (Brantlei & Jones, 1989). Такође, на *Скали перцепције стреса* Коен и сарадници су открили фактор који се односи на негативне међуљудске односе (Cohen et al., 1983).

Трећи фактор стреса који је дефинисан поменутим истраживањем је недостатак личне компетенције. Тешкоће у савладавању вештина директно су повезани са стресом (Aldvin, 1994).

2.6.3. Суочавање са стресом

Суочавање са стресом се дефинише као скуп бихејвиоралних и когнитивних напора особе да се усклади са захтевима стресне ситуације и управља емоцијама у вези са ситуацијом. (Lazarus & Folkman, 1984).

Вештине суочавања са стресом код особа са ИО су недовољно изграђене, а као резултат тога, они чешће, интензивније и дуже доживљавају стрес у односу на општу популацију. Чест и одржив стрес може да узрокује биолошки одговор система особа са ИО у стално стање активације, што резултира у развојем чврстих веза између маладаптивних одговора чак и на низак ниво стреса (Perry et al., 1995; Van der Kolk et al., 1996; Schore 2001) .

Нојман и сарадници (Neumann et al., 2000) истичу значајне разлике у нивоу кортизола код особа са ИО у стресним ситуацијама када долази до испољавања самоповређивања или стереотипног понашања, што указује на повезаност између између стрес-хормона кортизола и проблема у понашању. Неколико студија показало је да је кумулативни стрес у позитивној корелацији, а да су адаптивне компетенције у превладавању стреса у негативној корелацији са проблемима у понашању (Eaton & Menolascino 1982; Stack et al., 1987; Verhoeven & Tuinier 1996; Bender et al., 1999).

**ИСТРАЖИВАЧКИ
ДЕО**

3. ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА

У складу са основном идејом инклузивног приступа развој система социјалне подршке одраслим особама са ИО, у оквиру услуге становања уз подршку, креће се у правцу превенције институционализације и деинституционализације и обезбеђивања услова за континуирану примену програма ових услуга. Законске регулативе су један од битних предуслова за остваривање трансформације постојећег система подршке који је присутан у нашој земљи и који се ранијих година базирао првенствено на услугама стационарних институција. Министарство рада и социјалне политике Републике Србије је 2011. године донело *Закон о социјалној заштити* (2011) којим се дефинише услуга становања уз подршку у систему социјалне заштите. Изменама и допунама у *Закону о социјалној заштити* (2011), дефинисани су услови за реализацију трајног вида подршке одраслим особама са ИО, а не само у виду пројеката како се дуги низ година становање уз подршку реализовало у нашој земљи. Увођење измена у *Закону о социјалној заштити* (2011) програм становања уз подршку чини иновативним у нашој земљи и ослања се на богато вишегодишње искуство из других земаља. Пракса је показала да од креирања закона до његове реализације често постоји низ препрека са којима нас суочавају разни социоекономски фактори. Вишегодишње позитивно искуство других земаља у примени програма становања уз подршку наводи нас на закључак да се више не доводи у питање адекватност и корисност програма, већ нам намеће питања које конкретне мере треба предузети у циљу побољшања квалитета услуга које се пружају корисницима применом програма. Многе објављене студије које су разматрали Ким, Ларсон и Лејкин (Kim, Larson, and Lakin, 2001), су показале позитивне резултате код особа са ИО које су се преселиле из установе у отворену друштвену заједницу. На основу ових студија може се закључити да деинституционализација обично резултира побољшањем у области животних вештина, повећањем учешћа особа са ИО у заједници, интензивирањем контакта са члановима породице и заједницом и даје веће могућности избора.

Резултати компаративних студија широм света показују да деинституционализација особа са ИО позитивно утиче на њихов лични развој,

социјалну укљученост, учешће у заједници, интензивирање социјалних и породичних контаката и пријатељства, самоодређење, могућност избора, адаптивно понашање, субјективни и објективни доживљај корисника и породице побољшања квалитета живота и осећај задовољства животом (Emerson, Hatton, 1994; Kozma, Mansell and Beadle-Brown, 2009; Young et al, 1998).

Тип становања је једна од димензија квалитета живота у односу на коју можемо да анализирамо ниво задовољења основних потреба, осећај задовољства, квалитет комуникације и социјалних односа, личне компетенције, самосталност и независност (Seifrt, 1995, према Братковић, Розман, 2006).

Проблеми у понашању, између осталог и агресивно понашање код особа са ИО, могу често да буду узроковани утицајем социјалних фактора као што су смештај у рестриктивну стамбену или образовну средину и низак ниво квалитета живота (Cowley, Newton, Sturmey, Bouras, & Holt, 2005; Rojahn & Esbensen, 2002). Недовољно стимулативно окружење које пружа мање могућности за избор и нижи степен квалитета живота може да узрокује агресивно понашање особа са ИО. Узроци агресивног понашања особа са ИО могу бити позитивно социјално поткрепљење као што су жеља да се буде са неким људима, на неким местима или потреба да се раде неке активности које тренутно особа није у могућности да обавља; као и негативна социјална поткрепљења у смислу потребе да се избегну неки људи, места или активности. Процена понашања је показала да је 59% агресивних облика понашања код особа са ИО узроковано позитивним социјалним поткрепљењем, а 27% негативним (Applegate, Matson, & Cherry, 1999; Dawson, Matson, & Cherry, 1998; Emerson & Bromley, 1995; Matson, Bamburg, Cherry, & Paclawskyj, 1999). Тип становања, а посебно живот у институционалним условима такође представља један од снажних предиктора проблема у понашању (Merz & McCall, 2010). У популацији одраслих особа са ИО које живе самостално или у мањим заједницама, учесталост проблема у понашању се креће у распону од 3–9%, а код особа са ИО које су институционализоване чак до 49% (Borthwick Duffy, 1994).

Не смемо занемарити утицај несоцијалних фактора на појаву агресивног понашања код особа са ИО које настаје као последица трпљења физичког бола или непријатног сензорног утицаја (Applegate et al., 1999; Dawson et al., 1998; Emerson

& Bromley, 1995). Резултати неких студија су показали да ендогени неуробиолошки механизми мозга могу бити примарни окидачи агресивног понашања особа са ИО (Couppis & Kennedy, 2008; Ferrari, Van Erp, Tornatzky, & Miczek, 2003; Haller & Kruk, 2006; Kudryavtseva, 2006).

Учесталост, врста и тежина проблема у понашању зависе и од нивоа интелектуалне ометености. Утврђено је да је проблем социјалне неприлагођености, повезан са слабијом инхибиторном контролом и способношћу планирања (Буха, Ђуровић, 2010). Социјалне вештине су значајно повезане са инхибиторном контролом (Глигоровић и Буха, 2012), што доводи до закључка да је добра инхибиторна контрола неопходна за адаптивно реаговање у конфликтним ситуацијама. Инхибиција импулсивног реаговања пружа могућност планирања социјално прикладних реакција идентификовања проблема, избора просоцијалног приступа, анализе могућих социјалних стратегија и потенцијалних исхода, одабира и примене најбољег и евалуације резултата одабраног приступа.

4. ЦИЉЕВИ И ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Циљеви истраживања су:

1. Утврђивање природе односа квалитета живота и типа становања особа са ИО.
2. Утврђивање интензитета и појавних облика проблема у понашању особа са ИО у различитим типовима становања.
3. Утврђивање присуства доживљеног стреса у односу на тип становања особа са ИО.

Резултати овог рада могу да допринесу ширењу теоријског и практичног оквира на којима се темељи примена програма становања уз подршку у систему социјалне заштите особа са ИО.

Задаци истраживања су:

1. Прикупљање података о полу, старости, степену интелектуалне ометености, придруженим медицинским стањима и типу становања испитаника.
2. Процена квалитета живота особа са ИО у различитим типовима становања.
3. Утврђивање детерминанти проблема у понашању особа са ИО у односу

на тип становања.

4. Утврђивање присутности различитих стресора код особа са ИО у различитим типовима становања и поређење субјективних резултата самопроцене и процене стручњака који су запослени у институцијама и организацијама у којима су испитаници обухваћени разним видовима подршке.

5. Утврђивање разлика у интензитету и појавним облицима агресивности у понашању особа са ИО у различитим типовима становања.

6. Утврђивање разлика у заступљености агресивног понашања у односу на узроке агресивности код особа са ИО у различитим типовима становања.

7. Утврђивање корелација између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака о присуству стреса код испитаника и субјективног доживљаја стреса особа са ИО, на нивоу целокупног узорка и у различитим типовима становања.

8. Утврђивање корелација између квалитета живота особа са ИО у различитим типовима становања и различитих фактора проблема у понашању, стреса и агресивности.

5. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Из овако дефинисаних циљева истраживања произилазе следеће хипотезе:

1. Особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у породичном окружењу и у стационарним установама.

2. Интензитет и појавни облици проблема у понашању особа са ИО зависе од типа становања.

3. Код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку присуство стреса је на nižем нивоу у односу на испитанике који живе у институцији или са примарном породицом.

6. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

6.1. Узорак

Подаци о испитаницима из породица и институција уз сагласност директора установа у којима је реализовано истраживање, добијени су од дефектолога, психолога и радних инструктора који раде са испитаницима и познају их минимум шест месеци. О испитаницима који су обухваћени програмом становања уз подршку подаци су добијени од асистената који пружају подршку испитаницима и познају их минимум шест месеци, уз сагласност директора и координатора установа и организација у којима је реализовано истраживање и које реализују програм. Испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку су корисници организација које имају вишегодишње искуство примене програма становања уз подршку; Асоцијација за промовисање инклузије Србије (АПИ Србије) од 2001. године; ШОСО „Милан Петровић“ са домом ученика од 2005. године, Дом за лица ометена у менталном развоју „Срце у Јабуци“ из Јабуке од 2007. године. Испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку су вишегодишњи корисници овог програма. Сваки испитаник обухваћен овим истраживањем, у периоду реализације истраживања био је укључен у програм најмање две године.

У оквиру испитиваног узорка, истраживањем су обухваћене одрасле особе са умереном ИО, старости од 17 до 79 година. Информације о испитаницима преузете су из њихових досијеа који се налазе у организацијама у којима се реализују програми подршке и добијене су од запосленог особља које им пружа подршку. Укупан број испитаника је 122.

Испитивани узорак је подељен у три групе:

1. Први подузорак испитаника чине особе са ИО које су смештене у установама стационарног типа. Укупан број испитаника у првој групи је 51.
2. Други подузорак испитаника чине одрасле особе са ИО које живе са својим примарним породицама. Укупан број испитаника у другој групи је 38.
3. Трећи подузорак испитаника чине особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку. Укупан број испитаника у трећој групи је 33.

Преузети подаци о испитаницима су:

- ***Пол и старост испитаника***

Подаци о полу и старости испитаника преузети су из њихових досијеа који се налазе у установама чији су испитаници истраживања корисници.

- ***Степен интелектуалне ометености испитаника***

Подаци о степену интелектуалне ометености испитаника добијени су на основу налаза и мишљења Комисије за преглед деце ометене у развоју и преузети су из досијеа испитаника који се налазе у установама чији су испитаници истраживања корисници.

- ***Подаци о придруженим стањима испитаника***

Подаци о придруженим стањима испитаника преузети су из њихових досијеа који се налазе у установама чији су испитаници овог истраживања корисници и добијени су на основу налаза и мишљења Комисије за преглед деце ометене у развоју и лекарских прегледа који су обављани систематски или по потреби.

У Табелама 2 и 3 приказана је структура испитаника према типу становања и полу. Према типу становања број испитаника у подузorcима се разликује. Подузorcком из институције је обухваћен 51 испитаник, из породице 38, а из програма становања уз подршку 33 испитаника. Однос броја испитаника према полној структури у укупном узорку је подједнак; 67 мушкараца и 53 жена. У оквиру подузорака однос испитаника према полу је следећи: испитаници који станују у институцији: 29 мушкараца и 22 жене; испитаници који станују са породицама: 23 мушкараца и 15 жена и у подузorcку испитаника који су у програму становања уз подршку обухваћено је 15 мушкараца и 16 жена. Помоћу χ^2 теста испитано је да ли постоје разлике између три подузorca испитаника према полној структури. Поред чињенице да у сва три испитивана подузorca постоје разлике по полној структури, на основу резултата можемо да закључимо да према полној структури не постоји статистички значајна разлика између три подузorca испитаника $\chi^2(2)=1,06$; $p=0,59$ (Табела 3).

Табела 2. Број испитаника према типу становања

	N	%
Институција	51	41,8
Породица	38	31,1
Становање уз подршку	33	27,0
Укупно	122	100

Табела 3. Број испитаника према полу

		Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Мушки	N	29	23	15	67
	%	56,9	60,5	48,4	55,8
Женски	N	22	15	16	53
	%	43,1	39,5	51,6	44,2
Укупно	N	51	38	31	120
	%	100	100	100	100,0

$\chi^2 (2)=1,06$; $p=0,59$

Минимална и максимална старосна доб испитаника у сва три испитивана подузорка као и средње старосне вредности приказане су у Табели 4. На основу резултата добијених методом ANOVA (F-тест), закључујемо да се у испитиваном узорку испољава статистички значајна разлика по питању календарске старости. Резултати приказани у Табели 4 показују да је просечна старост на нивоу целокупног узорка 39,95 године. Старосна разлика је посебно уочљива између испитаника у подузорку који живи у институцији (просечна старост: 49,43) и који живи са својим породицама (просечна старост: 26,32). Спроведене су и *post-hoc* анализе путем LSD теста, чиме је потврђено постојање статистички значајних разлика између сва три подузорка ($F(2,116)=61,00$; $p=0,000$ за сваку од три разлике).

Табела 4 . Број испитаника према старости и типу становања

	N	AS	SD	Min.	Max.
Институција	51	49,43	11,63	25	79
Породица	38	26,32	6,24	17	40
Становање уз подршку	30	41,10	10,01	22	59
Укупно	119	39,95	13,90	17	79

$F(2,116)=61,00; p=0,000$

На основу података добијених из досијеа испитаника, у Табели 5 дат је приказ заступљених медицинских сметњи у различитим подузорцима. Можемо да закључимо да су код сва три подузорка испитаника најзаступљенија медицинска стања и болести проблеми са видом. У сва три подузорка испитаника заступљена је епилепсија, проблеми са слухом, дијабетес, проблеми са притиском и болови у ногама. Психијатријска обољења регистрована су код једног испитаника из подузорка који станује у институцији и код два испитаника из подузорка који станује са својим породицама. У подузорку испитаника који станују у институцији два испитаника имају Даунов синдром, а у подузорку испитаника који су у програму становања уз подршку један.

Табела 5. Медицинска стања и болести испитаника према типу становања

институција		породица		становање уз подршку	
проблеми са видом	4	проблеми са видом	9	проблеми са видом	11
епилепсија	4	епилепсија	5	притисак	4
психички проблеми	4	оштећење слуха	2	Даунов синдром	3
ход, кретање	3	психијатријске болести	2	проблеми са зубима	3
циркулација	2	болови у ногама	1	церебрална парализа	2
Даунов синдром	2	дијабетес	1	оштећење слуха	2
притисак	2	притисак	1	поремећај рада штитне жлезде	2

алкохолизам	1	телесни инвалидитет	1	проблеми са плућима	2
бол у зглобовима	1	алергије	1	болови у колену	1
оштећење слуха	1			бронхитис	1
хемипареза	1			дијабетес	1
проблеми са бешиком	1			епилепсија	1
болови у рукама и ногама	1			камен у жучи	1
псоријаза	1			мањак килограма	1
шизофренија	1			несаница	1
тремор руку	1			полип на јетри	1
улкуси на обе ноге	1			проблеми са срцем	1
дијабетес	1				

Подаци о медицинском стању и болестима испитаника наведени су само као илустрација учесталости различитих коморбидних стања. Њихова разноврсност је толико велика да утицај појединих стања на зависне варијабле у овом истраживању није било могуће контролисати. Из тог разлога није рађена даља анализа њиховог утицаја на зависне варијабле.

6.2. Коришћени инструменти и процедура испитивања

6.2.1. Инструменти истраживања

1. За процену квалитета живота испитаника са интелектуалном ометеношћу у овом истраживању употребљена је *Свеобухватна скала за процену квалитета живота* (*Comprehensive Quality Of Life Scale, ComQol – I5*, Fifth Edition, Cummins, 1997). Скала је стандардизован мерни инструмент за процену глобалног квалитета живота, аустралијског аутора Роберта А. Каминса, креирана је 1991. године у три паралелне форме намењене за истраживање квалитета живота у општој популацији одраслих (ComQol–A), у популацији особа са интелектуалним и другим когнитивним поремећајима (ComQol–I) и популацији адолесцената (ComQol–S). Овај инструмент се заснива на следећим пропозицијама:

- Квалитет живота се процењује испитивањем објективних услова и субјективног доживљаја испитаника.

- *Свеобухватна скала за процену квалитета живота* се састоји из седам области:

- материјално благостање,
- здравље,
- продуктивност,
- интимност,
- безбедност,
- место у заједници,
- емоционално благостање.

2. За процену проблема у понашању све три групе испитаника коришћена су два инструмента:

а) *Скала непријатељства и агресије за одрасле, Реактивна / Проактивна (The Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive A-SHARP, Matlock, Amap, 2009)*. Овај инструмент обухвата 58 ајтема. Сваки ајтем садржи кратак опис неког облика агресивног понашања. Скала је Ликертовог типа, чије се оцене крећу у распону од нула („никад се не дешава“) до три („веома често се дешава“). Скала даје могућност да се процени да ли је агресивно понашање примарно изазвано жељом да се постигне одређени циљ, односно проактивно, или је више импулсивно, изазвано досадом или настаје као реакција на одређене поступке, реактивно. Одговори на питања у оквиру Скале су категорисани у две категорије, а то су: у ком интензитету се манифестује агресивно понашање (Скала проблема) и да ли је агресивно понашање нечим изазвано (Шта је узрок?). У оквиру подскеле која се односи на узрок агресивног понашања, оцене се крећу у распону од -2 што означава да се одређена манифестација понашања појављује тек када је изазвана спољашњим факторима и није планирана, до 2 што показује да се одређени облик понашања манифестује без видљивог повода, ничим изазван. Средња вредност 0 показује да се одређене манифестације појављују подједнако и под утицајем спољашњих фактора и без њиховог присуства.

Факторском анализом коју су радили аутори скале, добијено је пет подскела

које се односе на разне видове агресивног понашања: вербална агресија, булинг, прикривена агресија, непријатељство и физичка агресија. Аутори су ради провере поузданости инструмента израчунали Кронбахов алфа коефицијент за целокупну скалу проблема и за сваку од подскала. Кронбахов алфа коефицијент за целокупну скалу је био 0,95. Коефицијенти подскала били су следећи: 0,92 за вербалну агресију; 0,89 за физичку агресију; 0,92 за непријатељство; 0,82 за прикривену агресију и 0,80 за булинг, што указује на висок ниво поузданости инструмента (Matlock, 2008.).

б) **Упитник о функцијама понашања** (*Questions About Behavioral Function, QABF*, Matson & Vollmer, 1995). Упитник је дизајниран за процену фактора који имају значајну функцију на испољавање проблематичног понашања особа са сметњама у развоју и састоји се од 25 питања. Скала је Ликертовог типа, за свако питање понуђени одговори варирају у следећем распону од 0-3, фреквенције: никада, ретко, понекад и често. Инструмент даје могућност сврставања одговора у следећих пет категорија које имају значајну функцију у понашању: пажња, бекство, физички фактори, материјални фактори и несоцијални фактори. Тест је конципиран у форми интервјуа који се спроводи са особом која је блиска испитанику и добро упозната са његовим проблемима у понашању.

Паклавски и сарадници су, применивши инструмент на 243 особа са тешком интелектуалном ометеношћу, добили идентичне резултате факторске анализе и високе резултате поузданости инструмента. Вредности Кронбаховог алфа коефицијента за појединачне подске кретали су се у високом опсегу 0,900 – 0,928, али је поузданост теста у целини била мања 0,601 (Paclawskyj et al., 2000).

3. За процену стреса испитаника коришћен је **Упитник за процену стресних животних догађаја** – (*Life Stress Inventory*, (Bramston, Fogarty, & Cummins, 1997). Упитник је дизајниран тако да испитаник може да оцени одређене потенцијално стресне догађаје и састоји се из два подупитника: *Упитник за процену стресних животних догађаја – самопроцена (Lifestress Inventory, self-report)* што представља оригиналну верзију упитника и намењен је особама са ИО и *Упитник за процену стресних животних догађаја – објективна скала (Lifestress-Inf)*, намењен је родитељима и старатељима и модификован на такав начин да се на

иста питања добију одговори од стране друге особе (Bramston et al., 1999). Упитници се састоје од по 30 питања везаних за животне догађаје који најчешће доводе у стање стреса особе са ИО. Оба упитника садрже питања Ликертовог типа, на које се понуђени одговори оцењују оценама од 0 до 2 (не – 0, понекад – 1 и да – 2). Збир резултата на обе скале представља укупан број животних догађаја који су имали скорашњи утицај на живот испитаника.

Поузданост објективне скале (*Lifestress-Inf*) коју су израчунали аутори на основу свог истраживања је адекватна, Кронбахов алфа коефицијент износи 0,70; док скала самопроцене (*Lifestress Inventory, self-report*) има још већу поузданост, Кронбахов алфа коефицијент износи 0,80 (Lunski; Bramston, 2006) .

На основу факторске анализе резултати се могу категорисати у три подске: 1. Генерална забринутост, 2. Негативни међуљудски односи и 3. Осећај недостатка личне компетенције.

6.2.2. Поузданост инструмената

На основу података проистеклих из нашег истраживања у Табели 6 приказана је висока поузданост инструмената коришћених у овом истраживању што потврђују вредности Кронбаховог алфа коефицијента. Процена поузданости мерних инструмената показује резултате који се крећу у распону од 0,790 до 0,971 што има значење добре до високе поузданости.

Табела 6. Поузданост коришћених инструмената на основу резултата актуелног истраживања

Скала	Кронбахов алфа коефицијент
QABF – укупно	0,965
QABF – пажња	0,910
QABF – бекство	0,881
QABF – несоцијално	0,825
QABF – физички	0,881
QABF – материјално	0,920
Стрес – процена стручњака	0,790

Стрес – субјективни	0,836
Субјективна важност	0,818
Субјективно задовољство	0,793
Процена стручњака – важност	0,857
Процена стручњака – задовољство	0,873
Агресија, скала проблема	0,971
Агресија, скала провокације	-

6.2.3. Процедура испитивања

Истраживање је реализовано током 2011. године. Испитивање квалитета живота корисника у стационарним условима вршило се у Дому за лица ометена у менталном развоју „Срце у Јабуци” у Јабуци. Сегмент истраживања којим су били обухваћени испитаници који живе у примарним породицама реализован је на територији Новог Сада и укључивао је кориснике дневног боравка и радног центра ШОСО „Милан Петровић“ са домом ученика. Подузорак који је обухваћен програмом становања уз подршку чине особе са ИО које су деинституционализоване из разних установа стационарног типа и живе уз подршку у Новом Саду, Београду и Јабуци поред Панчева. Установе које примењују програм становања уз подршку чији корисници су обухваћени истраживањем су ШОСО „Милан Петровић“ са домом ученика – Нови Сад, Асоцијација за промовисање инклузије Србије – Београд и Дом за лица ометена у менталном развоју “Срце у Јабуци” – Јабука.

У периоду реализације истраживања у оквиру ШОСО „Милан Петровић“ са домом ученика у Новом Саду, програмом становања уз подршку обухваћена су укупно 23 корисника који станују у осам стамбених заједница. Програмом превенције институционализације у пет заједница обухваћено је 15 корисника, а осам корисника који станују у две стамбене заједнице су деинституционализовани из Дома за лица ометена у менталном развоју “Срце у Јабуци” – Јабука. Корисници који су деинституционализовани су обухваћени нашим истраживањем. Они станују у две стамбене заједнице по четири корисника. Структура корисника је мешовита по старости и полу, по два мушкарца и две жене у свакој заједници.

Подршку пружају један координатор и четири асистента, по два на сваку кућну заједницу. Рад асистената је организован у две смене, дневну и ноћну. У преподневним часовима три корисника су обухваћена програмом образовања одраслих, а остали корисници су радно ангажовани у радном центру ШОСО „Милан Петровић“. У поподневним часовима реализују свакодневне кућне активности и активности слободног времена, уз подршку асистената. Корисници су се успешно адаптирали на нову средину, асистенте и заједнички живот. У периоду истраживања остварили су самосталност у кретању градом и вршењу избора слободних активности у складу са интересовањима.

Програмом становања уз подршку који реализује Асоцијација за промовисање инклузије Србије у Београду, у периоду истраживања било је обухваћено 24 корисника који су становали у седам стамбених заједница. Корисници су деинституционализовани из Дома за децу и омладину ометену у развоју у Сремчици. Структура корисника је била мешовита по полу, старости и степену интелектуалне ометености. Број корисника у стамбеним заједницама се кретао од два до пет по заједници. Степен подршке се разликовао у зависности од потреба и самосталности корисника и креће се од дневне до 24-оро часовне. Број асистената у стамбеним заједницама се разликовао у зависности од степена подршке, један до два за кориснике који су имали дневну и три за кориснике који су имали 24-оро часовну подршку. Програмом је координирао један координатор који је обхватао организацију рада свих стамбених заједница. За време истраживања, 22 корисника су била ангажована и запослена путем споразума о сарадњи између Асоцијације за промовисање инклузије Србије и других организација као што су Мек Доналдс, Хом центар, Граве осигурање, Паркинг сервис и приватна пекара.

Дом за лица ометена у менталном развоју “Срце у Јабуци” из Јабуке је путем пројеката обезбедио у сеоској средини куповину прве куће, а током 2010. године Градска управа Панчево финансирала је изградњу још једне куће за становање уз подршку за осам корисника који су обухваћени истраживањем. Корисници су били подељени у две групе по четири у свакој кући и пружана им је 24-оро часовна подршка од стране асистената. Радно ангажовање корисника реализовано је у институцији где су били укључени у разне радне активности и у

виду обављања свакодневних кућних активности у кућама у којима живе, одржавање куће, баште и окућнице. Корисници су се за кратко време адаптирали и постали део друштвене средине. Начин живота у малој средини где се већина становника познаје и непосредније ступа у интеракцију, допринео је да корисници лакше успоставе контакте са окружењем и постану део тог окружења кроз спонтане разговоре, међусобну помоћ и подршку и учешће у разним културним, спортским и другим друштвеним збивањима у селу.

Сви испитаници су обухваћени истраживањем уз њихову информисану сагласност и сагласност директора и координатора установа и организација у којима се истраживање реализовало. Примену упитника који су коришћени у истраживању реализовало је стручно особље које ради у установама и организацијама које пружају подршку испитаницима и природом свог посла долазе у контакт са испитаницима и упознати су са њиховим стањем и индивидуалним карактеристикама. Делови појединих инструмената који захтевају испитивање субјективног доживљаја испитаника, као што су субјективни доживљај важности и задовољства који се односе на различите категорије квалитета живота обухваћених *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* и субјективни доживљај потенцијално стресних догађаја у оквиру *Упитника за процену стресних животних догађаја – самопроцена*, рађени су уз подршку стручног особља. Испитаницима су дата објашњења за појмове, описане ситуације или формулације питања које не разумеју у циљу добијања субјективних одговора на питања обухваћена упитницима.

7. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

7.1. Разлике у квалитету живота између три подузорка испитаника

Свеобухватна скала за процену квалитета живота која је примењена у истраживању процењује седам различитих области квалитета живота. За сваку од седам области су представљене разлике међу подузorcима, прво на категоријалним питањима упитника. Резултати су представљени у процентима, заједно са χ^2 тестом који тестира разлике међу подузorcима, а у анализама са

мање од пет испитаника примењен је Фишеров егзактни тест. Затим следи приказ резултата процене утицаја календарске старости и типа становања на показатеље обухваћене скалом за процену квалитета живота. За добијање ових резултата коришћена је двофакторска анализа коваријансе (ANCOVA). Након приказа ових резултата представљене су разлике међу подузorcима на појединачним питањима из другог дела упитника које се односе на субјективну процену и процену стручњака о томе колико испитаници придају важност одређеним стварима у свом животу и њихово задовољство и приказане су разлике између три подузорка испитаника према типу становања. У овом делу разлике међу подузorcима тестиране су путем анализе варијансе.

7.1.1. Материјално благостање

Испитаници који не станују у институцији у већем проценту станују у становима (33,6%), него у кућама (23,5%), месечни материјални приходи домаћинства су процентуално већи у подузорку испитаника који станују са својим породицама. У подузорку испитаника који станују у институцији материјални приходи су процентуално на најнижем нивоу у односу на остала два подузорка. Према информацијама којима располаже особље запослено у институцији у којој је рађено истраживање месечни приходи домаћинства 56,5% испитаника су испод 20.000 динара, док 43,5% имају приходе између 20.000-40.000 динара. Месечни приходи домаћинства испитаника који станују са својим породицама су следећи: 35,1% испод 20.000 динара; 45,9% између 20.000-40.000 динара, што је приближно проценту из првог подузорка; 10,8% између 40.000-60.000 динара; 5,4% између 60.000-80.000 динара, а 2,7% преко 80.000 динара. У подузорку који је обухваћен програмом становања уз подршку резултати су следећи: највећи проценат 63,3% има приходе испод 20.000 динара; 26,7% имају између 20.000-40.000 динара; 6,7% између 40.000-60.000 динара; 3,3% између 60.000-80.000 динара. Иако на основу резултата приказаних у процентима можемо видети да испитаници који станују са својим породицама имају најбоље резултате у области материјалног благостања резултати χ^2 теста су показали да нема статистички значајне разлике по питању прихода домаћинства испитиваног узорка; $\chi^2(8)=13,818$, $p=0,087$. На нивоу целокупног узорка можемо уочити да највећи проценат испитаника 51,3% има

приходе домаћинства испод 20.000 динара; 39,8% 20.000-40.000 динара. У опсегу већих прихода на нивоу целокупног узорка налази се мањи проценат испитаника: 5,3% између 40.000-60.000 динара; 2,7% између 60.000-80.000 динара, а 0,9% преко 80.000 динара.

Табела број 7 приказује резултате *post hoc* анализе која је вршена путем LSD теста у циљу поређења значајних разлика по паровима, по питању субјективне процене испитаника и процене стручњака о придавању важности материјалном благостању од стране испитаника и њиховог задовољства сопственим материјалним стањем. Резултати приказани у Табели 7 показују да нема статистичке значајности између придавања важности материјалним стварима у различитим подзорцима испитаника, али субјективни доживљај задовољства стварима којима располажу статистички значајно је већи у подзорку испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у односу на испитанике који станују у институцији ($p=0,040$).

Резултати који се односе на процену стручњака који су ангажовани у раду са испитиваним узорком показују да не постоје статистички значајне разлике између доживљаја важности материјалног благостања у различитим подзорцима испитаника без обзира на тип становања. Добијена је статистички значајна разлика у резултатима који се односе на процену особља је да су подзорци испитаника који станују са својим породицама и у програму становања уз подршку задовољнији материјалним благостањем у односу на подзорак која станује у институцији ($F=5,918$; $p=0,004$).

Табела 7. Материјално благостање – разлике између три подзорка

		AS	SD	F	df	p
Колико су важне ствари које имате?	Институција	3,61	0,918	0,349	2, 114	0,706
	Породица	3,71	0,825			
Као новац и ствари?	Становање уз	3,77	0,990			
Значајне разлике: -		подршку				

Колико си задовољан стварима које имате? Као новац и ствари? <i>Значајне разлике: 1-3</i>	Институција	3,45	0,856	3,323	2, 114	0,040
	Породица	3,54	1,094			
	Становање уз подршку	4,00	0,966			
Колико су за корисника важне ствари које има? Као новац и ствари? <i>Значајне разлике: -</i>	Институција	3,37	1,113	1,059	2,116	0,350
	Породица	3,43	1,281			
	Становање уз подршку	3,74	1,032			
Колико је корисник задовољан због ствари које има? Као новац и ствари? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,31	0,860	5,918	2,116	0,004
	Породица	3,73	0,838			
	Становање уз подршку	3,90	0,651			

7.1.2. Здравље

Резултати приказани у Табели 8 показују да код испитаника не постоје статистички значајне разлике по питању заступљености медицинских сметњи и посета лекару без обзира на тип становања. Статистичке анализе које су примењене су χ^2 тест и Фишеров егзактни тест који се примењује у анализама са мање од пет испитаника.

На основу процентуалног приказа резултата у Табели 8 можемо видети да без обзира на тип становања највећи број испитаника (у просеку 42,0%) у последња три месеца у периоду испитивања, нису посетили лекара ниједном или су имали 1-2 посете. Испитаници из подузорка који живе у институцији имају највећу заступљеност посета лекару, а 15,7% испитаника из институције посећују лекара више од осам пута у последња три месеца у периоду испитивања. Ниједан испитаник из остала два подузорка у периоду истраживања није посећивао лекара више од осам пута у последња три месеца.

Табела 8. Здравље

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Медицинске сметње $\chi^2(2)=2,380$, $p=0,304$	да	N %	29 56,0%	18 45,9%	21 64,5%	67 55,1%
	не	N %	22 44,0%	20 54,1%	12 35,5%	55 44,9%
Посете лекару у последња три месеца (Fisher exact test $p=0,252$)	ниједном	N %	20 39,2%	15 40,5%	16 48,4%	51 42,0%
	1-2 пута	N %	16 31,4%	16 43,2%	14 41,9%	46 37,8%
	3-4 пута	N %	6 11,8%	6 13,5%	2 6,5%	13 10,9%
	5-7 пута	N %	1 2,0%	1 2,7%	1 3,2%	3 2,5%
	8+ пута	N %	8 15,7%			9 6,7%

Табела 9 показује утицај старости и типа становања на показатељ здравље. На основу резултата видимо да старост испитаника не утиче статистички значајно на то колико испитаници придају значај сопственом здрављу и колико су задовољни сопственим здравственим стањем. Статистичка значајност добијена је код резултата који се односе на утицај који има тип становања на варијабле субјективног доживљаја важности здравља ($F=12,56$; $p=0,00$; парцијални ета квадрат показује велики утицај: 0,185) и процену запосленог особља о томе колико је испитаницима важно здравље ($F=7,73$; $p=0,00$; парцијални ета квадрат показује велики утицај: 0,122) и колико су задовољни сопственим здрављем ($F=3,55$; $p=0,03$; парцијални ета квадрат показује средњи утицај: 0,060).

Табела 9. Утицај старости и типа становања на показатељ: здравље (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико је важно да ли си здрав/а?	0,00	1	0,00	0,01	0,94	0,000
	Колико си задовољан својим здрављем?	0,09	1	0,09	0,10	0,76	0,001
	Колико је кориснику важно здравље?	0,28	1	0,28	0,34	0,56	0,003
	Колико је корисник задовољан својим здрављем?	0,00	1	0,00	0,00	1,00	0,000
Тип становања	Колико је важно да ли си здрав/а?	17,99	2	9,00	12,56	0,00	0,185
	Колико си задовољан својим здрављем?	5,24	2	2,62	2,84	0,06	0,049
	Колико је кориснику важно његово здравље?	12,66	2	6,33	7,73	0,00	0,122
	Колико је корисник задовољан својим здрављем?	4,25	2	2,13	3,55	0,03	0,060

У Табели 10 можемо видети да испитаници из програма становања уз подршку и испитаници који живе са својим породицама статистички значајно придају већу важност сопственом здрављу у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$).

Резултати субјективног доживљаја задовољства сопственим здравственим стањем указују на то да постоји значајна разлика између испитаника обухваћених програмом становања уз подршку и испитаника који живе у институцији, у овој варијабли није добијен статистички значајан резултат на нивоу целокупног узорка. Испитаници у програму становања уз подршку изражавају значајно веће задовољство својим здравственим стањем у односу на остала два подузорка.

На основу процене запослених који раде са испитаницима обухваћених истраживањем добијамо податак да испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку и који живе са својим породицама придају статистички

значајно више важности сопственом здрављу ($p=0,001$) и испољавају веће задовољство својим здравственим стањем у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,010$). Између подузорака испитаника који живе ван институције нема статистички значајне разлике у придавању важности сопственом здрављу и изражавања задовољства по том питању.

Табела 10. Здравље – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико је важно да ли си здрав/а? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,71	0,923	2, 114	0,000
	Породица	4,31	0,832		
	Становање уз подршку	4,65	0,839		
Колико си задовољан својим здрављем? <i>Значајне разлике: 1-3</i>	Институција	3,41	0,942	2, 113	0,082
	Породица	3,56	0,960		
	Становање уз подршку	3,90	0,978		
Колико је кориснику важно његово здравље? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,18	0,842	2, 116	0,001
	Породица	3,62	1,037		
	Становање уз подршку	3,97	0,875		
Колико је корисник задовољан својим здрављем? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,33	0,792	2, 116	0,010
	Породица	3,70	0,777		
	Становање уз подршку	3,84	0,735		

7.1.3. Продуктивност

У Табели 11 приказани резултати указују на то да у области плаћеног рада испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку статистички значајно имају бољи квалитет живота у односу на остале испитанике ($\chi^2(2)=17,933$; $p=0,000$). Процентуални приказ резултата показује да и у институцији и у породицама више од 2/3 (70,6%-86,5%) испитаника нису

укључени у рад за који добијају надокнаду док је у подзорку испитаника који су у програму становања уз подршку тај број двоструко мањи (38,7%). Из подзорка испитаника који су у програму становања уз подршку 61,3% испитаника су укључени у рад за који су плаћени, док је у остала два подзорка тај проценат више од двоструко мањи; испитаници из институције су заступљени 29,4%, а из породица 13,5%.

У просеку, 93,3% испитаника, без обзира на тип становања, у периоду док је реализовано истраживање нису били укључени у програме формалног образовања. На основу Табеле 11 можемо видети да су 9,7% испитаника који живе у програму становања уз подршку; 2,5% испитаника који живе са породицама и 7,8% испитаника из институције обухваћени програмом образовања одраслих и имају више од једног сата формалног образовања недељно. Статистичком обрадом резултата три подзорка испитаника, није добијена статистички значајна разлика у резултатима који се односе на број сати формалног образовања недељно.

Табела 11. Продуктивност – број сати потрошених на сваку од наведених активности током недеље

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Плаћени рад $\chi^2(2)=17,933$ $p=0,000$	0ч	N %	36 70,6%	32 86,5%	12 38,7%	80 67,2%
	1+ч	N %	15 29,4%	5 13,5%	19 61,3%	39 32,8%
Формално образовање (Fisher exact test $p=0,476$)	0ч	N %	47 92,2%	36 97,3%	28 90,3%	111 93,3%
	1+ч	N %	4 7,8%	1 2,7%	3 9,7%	8 6,7%
Неплаћена брига о деци (Fisher exact test $p=0,816$)	0ч	N %	50 98,0%	36 94,6%	32 96,8%	118 96,6%
	1+ч	N %	1 2,0%	2 5,4%		3 2,5%

На питање да ли се често догађа да у своје слободно време немају шта да раде, односно да им је слободно време неиспуњено, дати су одговори чијом статистичком обрадом долазимо до податка да постоји статистички значајна разлика по том питању у односу на тип становања ($p=0,018$), што је приказано у Табели 12. На основу процентуалног приказа резултата можемо да уочимо да су одговори испитаника у сва три подузорка подједнако распоређени. У највећем броју (71,4%) испитаници се изјашњавају да се само понекад дешава да у своје слободно време немају шта да раде, односно да немају садржаје којима би попунили своје слободно време, али чак 90,3% испитаника из програма становања уз подршку се изјашњава да само понекад или никад нису у ситуацији да немају шта да раде.

Статистички значајна разлика између подузорака није добијена у резултатима који се односе на број сати гледања телевизије, дневно.

Табела 12. Продуктивност – слободно време

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Колико често се догађа да у своје слободно време немаш шта да радиш? (Fisher exact test $p=0,018$)	скоро увек/ обично	N %	18 35,3%	13 35,1%	3 9,7%	34 28,6%
	понекад/ скоро никад	N %	33 64,7%	24 64,9%	28 90,3%	85 71,4%
Гледање ТВ-а, дневно $\chi^2(2)=2,707$ $p=0,266$	никад/ 1-2ч	N %	15 29,4%	16 43,2%	14 45,2%	45 37,8%
	3-5ч и више	N %	36 70,6%	21 56,8%	17 54,8%	74 62,2%

Табела 13 приказује резултате који се односе на утицај старости и типа становања на показатељ продуктивност. Из резултата приказаних у Табели 13 можемо видети да старост нема статистички значајан утицај на продуктивност

испитаника за разлику од типа становања. Статистички значајна разлика међу подузorcима, са високим резултатима ета парцијалног фактора који показују велики утицај ($P.Eta^2 > 0,14$), добијена је у одговорима који се односе на субјективни доживљај испитаника из различитих типова становања о важности ($F=13,87$; $p=0,00$) и задовољства стварима о којима уче ($F=9,62$; $p=0,00$) и процени запосленог особља о важности ($F=10,04$; $p=0,00$) и задовољства стварима о којима уче ($F=10,23$; $p=0,00$).

Табела 13. Утицај старости и типа становања на показатељ: продуктивност (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико су важне ствари о којима учиш?	0,50	1	0,50	0,63	0,43	0,006
	Колико си задовољан стварима о којима учиш?	1,83	1	1,83	2,34	0,13	0,020
	Колико су за корисника важне ствари о којима учи?	1,04	1	1,04	1,40	0,24	0,012
	Колико је корисник задовољан стварима о којима учи?	0,84	1	0,84	1,27	0,26	0,011
Тип становања	Колико су важне ствари о којима учиш?	21,91	2	10,96	13,87	0,00	0,199
	Колико си задовољан стварима о којима учиш?	15,03	2	7,51	9,62	0,00	0,147
	Колико су за корисника важне ствари о којима учи?	14,93	2	7,47	10,04	0,00	0,152
	Колико је корисник задовољан стварима о којима учи?	13,49	2	6,74	10,23	0,00	0,154

Табела 14 приказује разлике између три подузорка испитаника по питању субјективног осећаја важности и задовољства стварима које испитаници уче у процесу радног ангажовања или формалног образовања као и процене запосленог особља о истим категоријама. Уочавамо да испитаници који су у програму

становања уз подршку и у породицама изражавају статистички значајно већи доживљај важности ствари о којима уче у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$). Субјективни доживљај задовољства стварима о којима уче је код испитаника у програму становања уз подршку статистички значајно већи у односу на друга два подузорка ($p=0,000$). Статистичка обрада одговора на основу процене запосленог особља, показује да постоји статистички значајна разлика у варијабли придавања важности и задовољства стварима које уче између испитаника који живе у породицама и у програму становања уз подршку у односу на подузорок која живи у институцији у смислу да су испитаници из та два подузорка задовољнији и придају већу важност у односу на испитанике који станују у институцији ($p=0,000$). С обзиром на то да је мали број испитаника укључен у формалну обуку, под овим питањем се подразумева било какво учење или обука: формално образовање, неформалне обуке, обука у радионицама радног ангажовања, тако да су обухваћени сви испитаници. На основу одговора запослених нема статистички значајне разлике између процене доживљаја важности оног о чему уче и задовољства тиме између два подузорка испитаника који живе изван институције.

Табела 14. Продуктивност – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико су важне ствари о којима учиш? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	2,51	0,834	2, 114	0,000
	Породица	3,69	0,867		
	Становање уз подршку	3,61	1,022		
Колико си задовољан стварима о којима учиш? <i>Значајне разлике: 1-3, 2-3</i>	Институција	3,20	0,825	2, 114	0,000
	Породица	3,43	1,037		
	Становање уз подршку	4,06	0,814		

Колико су за корисника важне ствари о којима учи? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	2,41	0,779	2, 116	0,000
	Породица	3,43	1,068		
	Становање уз подршку	3,39	0,715		
Колико је корисник задовољан стварима о којима учи? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	2,90	1,005	2, 116	0,000
	Породица	3,70	0,702		
	Становање уз подршку	3,87	0,499		

7.1.4. Интимност

У области интимности постоји статистичка разлика међу подзорцима испитаника, што је дефинисано варијаблама: учесталост разговора са пријатељима ($\chi^2(2)=15,601$; $p=0,000$), добијање потребне пажње у стању туге ($\chi^2(2)=13,150$; $p=0,001$) и могућност да се заједнички са неким из окружења ураде жељене активности ($\chi^2(2)=6,455$; $p=0,041$). На основу процентуалног резултата можемо видети да већина испитаника (53,8%), без обзира на тип становања, по више пута дневно разговара са својим пријатељима, али да је највећи проценат заступљености у тој варијабли у подзорку испитаника који живе у институцији (74,5%). Када су тужни, знатно већи проценат испитаника који живи са породицама добија потребну пажњу (86,5%), него што је то заступљено у друга два подзорка. Без обзира на тип становања испитаници се у највећем проценту (у просеку 60,5%) изјашњавају да се понекад дешава да имају осећај да немају друштво ако желе да ураде нешто посебно, али у овој варијабли највећи проценат је заступљен у подзорку из институције (72,5%). Наведени резултати приказани су у Табели 15.

Табела 15. Интимност

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Колико често разговараш са својим пријатељем? $X^2(2)=15,601$; $p=0,000$	више пута дневно	N %	38 74,5%	15 40,5%	11 35,5%	64 53,8%
	неколико пута	N %	13 25,5%	22 59,5%	20 64,5%	55 46,2%
	недељно или ређе					
Ако се осећаш тужно да ли ти неко посвећује пажњу? $X^2(2)=13,150$; $p=0,001$	скоро увек/ углавном	N %	25 49%	32 86,5%	18 62,1%	75 64,1%
	понекад/ никад	N %	26 51,0%	5 13,5%	11 37,9%	42 35,9%
Уколико желиш да урадиш нешто посебно, да ли и неко жели да то уради са тобом? $X^2(2)=6,455$; $p=0,041$	скоро увек/ углавном	N %	14 27,5%	20 54,1%	13 41,9%	47 39,5%
	понекад/ никад	N %	37 72,5%	17 45,9%	18 58,1%	72 60,5%

У Табели 16 приказани су резултати утицаја старости и типа становања на показатељ интимност. Старост испитаника има статистички значајан утицај на субјективни доживљај важности имати блиског пријатеља или породицу, при чему са старашћу опада важност овог аспекта ($B=-0,01$; $F=4,99$; $p=0,03$; $P.Eta^2=0,043$). Резултати који се односе на процену запосленог особља, такође показују статистички значајан утицај старости на задовољство корисника што има блиског пријатеља или породицу, али да са старашћу задовољство тиме што имају блиског пријатеља или породицу опада ($B=-0,02$; $F=3,95$; $p=0,05$; $P.Eta^2=0,034$).

Тип становања остварује статистички значајан утицај на субјективни

доживљај важности ($p=0,00$) и задовољства испитаника тиме што имају блиског пријатеља или породицу ($p=0,04$) са резултатима парцијалног ета квадрата који показују средњу величину утицаја, али према резултатима процене запосленог особља тип становања нема статистички значајан ефекат на исте показатеље.

Табела 16. Утицај старости и типа становања на показатељ: интимност (ANCOVA)

Ефекат	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико је важно да имаш блиског пријатеља или породицу?	2,91	1	2,91	4,99	0,03	0,043
	Колико си задовољан што имаш блиског пријатеља или породицу?	0,72	1	0,72	1,56	0,21	0,014
	Колико је за корисника важно да има блиског пријатеља или породицу?	2,53	1	2,53	3,20	0,08	0,028
	Колико је корисник задовољан што има блиског пријатеља или породицу?	1,83	1	1,83	3,95	0,05	0,034
Тип становања	Колико је важно да имаш блиског пријатеља или породицу?	9,46	2	4,73	8,11	0,00	0,127
	Колико си задовољан што имаш блиског пријатеља или породицу?	3,03	2	1,52	3,30	0,04	0,056
	Колико је за корисника важно да има блиског пријатеља или породицу?	4,26	2	2,13	2,70	0,07	0,046
	Колико је корисник задовољан што има блиског пријатеља или породицу?	2,65	2	1,33	2,86	0,06	0,049

Резултати у Табели 17 показују да испитаници који живе са породицама и у програму становања уз подршку статистички значајно придају већу важност томе што имају блиског пријатеља или породицу ($p=0,000$) и задовољство тиме у

односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,003$). Између резултата испитаника који живе у програму становања уз подршку и у породицама нема статистички значајне разлике. Проценом од стране запослених који раде са испитаницима обухваћених истраживањем резултати се подударају са субјективним изјавама испитаника и добијена је статистички значајна разлика по питању важности ($p=0,004$) и задовољства ($p=0,002$) што имају блиског пријатеља или породицу.

Табела 17. Интимност – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико је важно да имаш блиског пријатеља или породицу? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,39	0,896	2, 114	0,000
	Породица	4,37	0,731		
	Становање уз подршку	4,29	0,588		
Колико си задовољан што имаш блиског пријатеља или породицу? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,84	0,644	2, 114	0,003
	Породица	4,26	0,817		
	Становање уз подршку	4,32	0,541		
Колико је за корисника важно да има блиског пријатеља или породицу? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,51	0,834	2, 116	0,004
	Породица	4,03	0,986		
	Становање уз подршку	4,13	0,885		
Колико је корисник задовољан што има блиског пријатеља или породицу? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,67	0,712	2, 116	0,002
	Породица	4,11	0,658		
	Становање уз подршку	4,16	0,688		

7.1.5. Безбедност

Применом Фишеровог егзактног теста није добијена статистички значајна разлика у резултатима испитаника из различитих типова становања у варијаблама

које се односе на сан, осећај безбедности на месту где живе и учесталост забринутости током дана. На основу добијених резултата можемо видети да највећи проценат испитаника скоро увек (91,6%) има добар сан и осећа се безбедно тамо где живе (94,1%). У варијабли која се односи на учесталост забринутости испитаника нема значајне разлике у односу на тип становања и одговори су уједначени. На основу резултата можемо видети да се највећи проценат испитаника (88,2%), без обзира на тип становања, изјашњава да само понекад осећа забринутост (Табела 18).

Табела 18. Безбедност

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Да ли добро спаваш? (Fisher exact test p=0,492)	скоро увек/ углавном	N %	46 90,2%	33 89,2%	30 96,8%	109 91,6%
	понекад/ никад	N %	5 9,8%	4 10,8%	1 3,2%	10 8,4%
Да ли се осећаш безбедним/ом тамо где живиш? (Fisher exact test p=0,253)	скоро увек/ углавном	N %	50 98,0%	33 89,2%	29 93,5%	112 94,1%
	понекад/ никад	N %	1 2,0%	4 10,8%	2 6,5%	7 5,9%
Да ли си некада забринут/а у току дана? Колико често? (Fisher exact test p=0,195)	скоро увек/ углавном	N %	7 13,7%	6 16,2%	1 3,2%	14 11,8%
	понекад/ никад	N %	44 86,3%	31 83,8%	30 96,8%	105 88,2%

У Табели 19 приказани су резултати који се односе на ефекат старости и

типа становања на показатељ безбедност. Из резултата приказаних у Табели 19 можемо видети да старост нема статистички значајан утицај на осећај безбедности испитаника у окружењу у ком живе, за разлику од типа становања који остварује статистички значајан утицај. Резултати који се односе на субјективни доживљај важности безбедности ($F=4,08$; $p=0,02$) и задовољства што се осећају безбедно ($F=8,98$; $p=0,000$) се статистички значајно са средњом величином утицаја разликују у односу на тип становања. Анализом одговора процене запослених по питању истих варијабли, такође су добијени статистички значајни резултати: важност ($F=6,23$; $p=0,00$), задовољство ($F=4,11$; $p=0,02$).

Табела 19. Утицај старости и типа становања на показатељ: безбедност (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико је важно да се осећаш безбедно?	0,29	1	0,29	0,43	0,51	0,004
	Колико си задовољан што да се осећаш безбедно?	0,85	1	0,85	1,48	0,23	0,013
	Колико је за корисника важно да се осећа безбедно?	0,19	1	0,19	0,34	0,56	0,003
	Колико је корисник задовољан што се осећа безбедно?	0,76	1	0,76	1,55	0,22	0,014
Тип становања	Колико је важно да се осећаш безбедно?	5,51	2	2,76	4,08	0,02	0,068
	Колико си задовољан што да се осећаш безбедно?	10,28	2	5,14	8,98	0,00	0,138
	Колико је за корисника важно да се осећа безбедно?	7,15	2	3,57	6,23	0,00	0,100
	Колико је корисник задовољан што се осећа безбедно?	4,02	2	2,01	4,11	0,02	0,068

Проценом субјективног осећаја испитаника по питању безбедности учава се да је испитаницима из институције мање важан осећај безбедности од

испитаника из осталих подузорка, разлике између подузорка који станују ван институције и у институцији су статистички значајне ($p=0,033$). Испитаници из подузорка становања уз подршку показују статистички значајно већи ниво задовољства тиме што се осећају безбедним у односу на подузорке испитаника које живе у институцији и у породици ($p=0,000$).

На основу одговора који су добијени од стране запослених који раде са испитаницима, резултати указују на то да по питању придавања важности ($p=0,000$) и осећаја задовољства што се осећају безбедно ($p=0,000$) код испитаника из институције су статистички значајно нижи у односу на друга два подузорка. Статистичка обрада одговора запослених који се односе на објективни утисак показује да између резултата који се односе на испитанике који живе у програму становања уз подршку и у породицама нема статистички значајне разлике.

Табела 20. Безбедност –разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико је важно да се осећаш безбедно? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,59	0,638	2, 114	0,033
	Породица	3,97	0,985		
	Становање уз подршку	4,03	0,948		
Колико си задовољан што се осећаш безбедно? <i>Значајне разлике: 1-3, 2-3</i>	Институција	3,82	0,434	2, 114	0,000
	Породица	3,63	1,190		
	Становање уз подршку	4,42	0,502		
Колико је за корисника важно да се осећа безбедно? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,49	0,731	2, 116	0,000
	Породица	4,08	0,759		
	Становање уз подршку	4,16	0,779		
Колико је корисник задовољан што се осећа безбедно? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,51	0,674	2, 116	0,001
	Породица	3,95	0,880		
	Становање уз подршку	4,06	0,442		

7.1.6. Положај у заједници

Положај у заједници описан је варијаблама: припадности испитаника некој групи (клубу, удружењу, организацији...) и односом окружења према испитанику у смислу тражења помоћи, савета или неке подршке од испитаника и начином на који испитаници проводе слободно време. У Табели 21 уочавамо да статистички значајна разлика између подузорака испитаника према типу становања, постоји једино у варијабли припадности одређеној групи ($\chi^2(2)=20,288$; $p=0,000$). Од укупног броја испитаника уочавамо да је 67,7% испитаника који су укључени у програм становања уз подршку, члан неке организације, удружења, клуба или групе. Тај проценат је више од двоструко мањи у групи испитаника који живе са породицама (29,7%), а најмањи у групи испитаника који живе у институцији (19,6%).

Табела 21. Положај у заједници

			Институција	Породица	Становање уз подршку	Укупно
Да ли припадаш неком клубу, групи или друштву? $\chi^2(2)=20,288$; $p=0,000$	да	N %	10 19,6%	11 29,7%	22 67,7%	43 35,3%
	не	N %	41 80,4%	27 70,3%	11 32,3%	79 64,7%
Да ли те људи изван твоје куће замоле за помоћ или савет? Колико често? $\chi^2(2)=0,544$; $p=0,572$	скоро увек/ углавном	N %	8 15,7%	9 24,3%	5 16,1%	22 18,5%
	понекад/ никад	N %	43 84,3%	28 75,7%	26 83,9%	97 81,5%

Упитником је понуђено десет различитих активности на основу којих

можемо да добијемо увид на који начин испитаници проводе своје слободно време и колика је учесталост реализовања тих активности односно, број сати који је проведен у обављању одређених активности током једног месеца. На основу резултата у Табели 22 уочавамо да испитаници који живе ван институције проводе више времена у обављању разних активности слободног времена у односу на испитанике који живе у институцији. У варијабли која се односи на посете ресторанима статистички значајна разлика постоји само између подузорка који је у програму становања уз подршку у односу на подузорак која живи у институцији ($p=0,049$). У наведеној варијабли нема статистички значајне разлике између испитаника који живе ван институције.

Подузорак испитаника који су у програму становања уз подршку и живе са својим породицама у односу на испитанике који живе у институцији, статистички значајно чешће ($p=0,000$) посећују кафиће или посластичарнице, разговарају са комшијама, одлазе у биоскоп и позориште, одлазе у одређене организације којима у које су укључени. Наводимо неколико организација у које су укључени испитаници који су у програму становања у Новом Саду: Друштво за помоћ ментално недовољно развијеним особама, Савез организација за помоћ особама ометеним у развоју, а поједини испитаници су чланови инклузивног хора ИСОН и Инклузивног удружења љубитеља природе Синергија. Неколицина испитаника из Београда је започела најпре рекреативно, а затим наставила да се активно такмичи у пливању и лакоатлетским дисциплинама. За постигнуте резултате, добили су низ званичних признања и похвала за учешће на спортским такмичењима које организује Спортски савез особа са инвалидитетом Београд. У Асоцијацији за промовисање инклузије Србије развијени су и примењују се програми самозаступања особа са ИО. Формирана је самозаступничка група особа са ИО Србије чија је председница једна од корисница програма становања уз подршку.

Статистички значајна разлика добијена је у варијабли посете утакмицама ($p=0,000$) између испитаника који живе са породицама у односу на преостала два подузорка.

Добијена је статистички значајна разлика у варијабли посета рођацима или пријатељима у резултатима испитаника који живе са породицама односу на преостала два подузорка они у односу на остала два подузорка чешће посећују

рођаке или пријатеље ($p=0,000$). Испитаници из програма становања уз подршку статистички значајно чешће посећују рођаке или пријатеље у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$).

У односу на испитанике који живе у институцији, подузорци испитаника који живе у породицама и који су у програму становања уз подршку, чешће имају спортске активности. Статистичка значајна разлика по питању спортских активности уочава се и у поређењу испитаника који су у програму становања уз подршку и у породицама у корист првог подузорка ($p=0,000$).

Табела 22. Положај у заједници – активности у слободно време (број сати који је проведених у обављању одређених активности током једног месеца)

		AS	SD	df	p
Одлазиш у клуб/групу/удружење <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	0,08	0,56	2,116	0,000
	Породица	2,97	4,35		
	Становање уз подршку	2,52	2,99		
Одлазиш у хотел, бар, кафић или посластичарницу <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	0,08	0,34	2,116	0,000
	Породица	1,57	2,86		
	Становање уз подршку	1,32	1,80		
Гледаш утакмице уживо <i>Значајне разлике: 1-2, 2-3</i>	Институција	0,22	0,50	2,116	0,000
	Породица	1,54	2,30		
	Становање уз подршку	0,23	0,76		
Одлазиш у цркву <i>Значајне разлике: 1-3, 2-3</i>	Институција	0,08	0,56	2,116	0,000
	Породица	0,38	0,68		
	Становање уз подршку	0,94	1,39		
Разговараш са комшијама <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	1,63	4,60	2,116	0,000
	Породица	13,03	8,13		
	Становање уз подршку	11,81	11,51		

Једеш у ресторану	Институција	0,10	0,41	2,116	0,049
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	0,24	0,76		
1-3	Становање уз подршку	0,61	1,50		
Одлазиш у	Институција	0,12	0,33	2,116	0,000
биоскоп/позориште	Породица	1,43	1,09		
<i>Значајне разлике:</i>	Становање уз подршку	1,58	1,96		
1-2, 1-3					
Посећујеш рођаке или	Институција	0,53	1,63	2,116	0,000
пријатеље	Породица	5,49	5,35		
<i>Значајне разлике:</i>	Становање уз подршку	2,19	2,01		
1-2, 1-3, 2-3					
Бавиш се неким спортом	Институција	0,02	0,14	2,115	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	3,38	6,18		
1-2, 1-3, 2-3	Становање уз подршку	6,90	10,13		

Из резултата приказаних у Табели 23 можемо видети да старост нема статистички значајан утицај на положај испитаника у заједници за разлику од типа становања који остварује статистички значајан утицај на овај показатељ. Разлике између субјективне самопроцене испитаника и процене запосленог особља о доживљају и испољавању важности и задовољства испитаника што имају могућност да раде нешто са људима изван своје куће, у подузorcима испитаника у зависности од типа становања, су са средњим до великим утицајем према резултатима ета парцијалног квадрата, статистички значајне ($p=0,000$).

Табела 23. Утицај старости и типа становања на показатељ: положај у заједници (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико је важно да радиш нешто са људима изван своје куће?	0,03	1	0,03	0,03	0,87	0,000

	Колико си задовољан што радиш нешто са људима изван своје куће?	2,88	1	2,88	3,44	0,07	0,030
	Колико је за корисника важно да ради нешто са људима изван своје куће?	0,25	1	0,25	0,24	0,63	0,002
	Колико је корисник задовољан што ради нешто са људима изван своје куће?	0,02	1	0,02	0,03	0,87	0,000
Тип становања	Колико је важно да радиш нешто са људима изван своје куће?	17,38	2	8,69	8,82	0,00	0,136
	Колико си задовољан што радиш нешто са људима изван своје куће?	19,09	2	9,55	11,42	0,00	0,169
	Колико је за корисника важно да ради нешто са људима изван своје куће?	15,28	2	7,64	7,23	0,00	0,114
	Колико је корисник задовољан што ради нешто са људима изван своје куће?	17,02	2	8,51	12,56	0,00	0,183

Субјективни доживљај важности да се реализују неке активности са људима изван средине у којој живе је статистички значајно израженији код испитаника који живе са породицама и у програму становања уз подршку у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$). Резултати подузорка испитаника који живе ван институције су приближних вредности и нема статистички значајне разлике између подузорка који станује са својим породицама и обухваћених програмом становања уз подршку. Осећај задовољства тиме што имају могућности да реализују неке активности са људима изван средине у којој живе статистички значајно је најизраженији код испитаника у програму становања уз подршку у односу на остала два подузорка ($p=0,000$). Резултати процене

запослених који раде са испитаницима, колико је испитаницима важно и колико су задовољни својим положајем у заједници показују да је тај осећај израженији код испитаника који живе ван институције у односу на оне који живе у институцији ($p=0,000$).

Табела 24. Положај у заједници – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико је важно да радиш нешто са људима изван своје куће? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	2,84	1,120	2,114	0,000
	Породица	3,63	0,877		
	Становање уз подршку	3,87	0,846		
Колико си задовољан што радиш нешто са људима изван своје куће? <i>Значајне разлике: 1-3, 2-3</i>	Институција	3,49	0,880	2,114	0,000
	Породица	3,60	1,168		
	Становање уз подршку	4,39	0,667		
Колико је за корисника важно да ради нешто са људима изван своје куће? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	2,94	1,121	2,116	0,000
	Породица	3,68	0,915		
	Становање уз подршку	3,94	0,964		
Колико је корисник задовољан што ради нешто са људима изван своје куће? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,27	0,874	2,116	0,000
	Породица	3,89	0,875		
	Становање уз подршку	4,26	0,631		

7.1.7. Емоционално благостање

На основу примене χ^2 теста добијамо резултате који показују да по питању емоционалног благостања постоји значајна разлика у варијаблама које се односе на могућност да ураде нешто што желе и учесталости неиспуњених жеља, у односу на тип становања испитаника ($\chi^2(8)=19,176$; $p=0,014$). Применом Фишеровог егзактног теста, статистички значајна разлика између подузорака из

различитих типова становања, добијена је и у одговорима на питање колико често се дешава да ујутру немају жељу да устану из кревета ($p=0,000$). Процентуални резултати показују да се 25,5% (око 1/4) испитаника који живе у институцији изјашњава да углавном или скоро увек имају могућност да ураде нешто што желе, 51,4% испитаника који живе у породицама, а 58,1% испитаника који живе у програму становања уз подршку на то питање даје исти одговор. Највећи проценат испитаника који живе са породицама 40,5%, дају одговоре да се дешава да им се углавном не устаје из кревета, док 93,5% испитаника који су у програму становања уз подршку и 90,2% испитаника из институције изјављује да им се то скоро никад не дешава. У просеку 80,7% испитаника, без обзира на тип становања, се изјашњава да само понекад имају жеље које не могу да се остваре или их немају никад, али у овој варијабли није добијена статистички значајна разлика.

Табела 25. Емоционално благостање

			Институциј а	Породиц а	Становање уз подршку	Укупн о
Да ли можеш да урадиш ствари које стварно желиш	скоро увек/ углавном	N %	13 25,5%	19 51,4%	18 58,1%	50 42,0%
да урадиш? Колико често? $\chi^2(8)=19,176$ $p=0,014$	понекад/ никад	N %	38 74,5%	18 48,6%	13 41,9%	69 58,0%
Колико често, пожелиш да останеш у кревету цео дан? (Fisher exact test $p=0,000$)	скоро увек/ углавном	N %	5 9,8%	15 40,5%	2 6,5%	22 18,5%
	понекад/ никад	N %	46 90,2%	22 59,5%	29 93,5%	97 81,5%

Да ли имаш жеље које се не могу остварити? Колико често? $\chi^2(8)=7,678$ $p=0,466$	скоро увек/ углавном	N %	8 15,7%	9 24,3%	6 19,4%	23 19,3%
	понекад/ никад	N %	43 84,3%	28 75,7%	25 80,6%	96 80,7%

Табелом 26 приказани су резултати који се односе на утицај старости и типа становања на емоционално благостање испитаника. Из резултата приказаних у Табели 26 можемо видети да старост нема статистички значајан утицај на емоционално благостање испитаника, док тип становања има, са средњим до великим утицајем, статистички значајан утицај на овај показатељ по питању субјективне процене о важности личне среће ($F=8,43$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,131$) и генералног задовољства испитаника ($F=8,41$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,131$) и по питању процене запосленог особља о важности личне среће ($F=9,63$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,147$) и генералног задовољства испитаника ($F=6,78$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,108$).

Табела 26. Утицај старости и типа становања на показатељ: емоционално благостање (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабли	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	Колико је важна твоја срећа?	1,08	1	1,08	1,47	0,23	0,013
	Колико си задовољан када је у питању твоја срећа?	0,02	1	0,02	0,04	0,85	0,000
	Колико је кориснику важна његова срећа?	0,68	1	0,68	0,90	0,34	0,008
	Колико је корисник генерално задовољан?	0,63	1	0,63	1,33	0,25	0,012

Тип становања	Колико је важна твоја срећа?	12,34	2	6,17	8,43	0,00	0,131
	Колико си задовољан када је у питању твоја срећа?	8,93	2	4,47	8,41	0,00	0,131
	Колико је кориснику важна његова срећа?	14,49	2	7,25	9,63	0,00	0,147
	Колико је корисник генерално задовољан?	6,40	2	3,20	6,78	0,00	0,108

На основу процене субјективног доживљаја важности и задовољства сопственим емоционалним стањем, одговори испитаника показују да између испитаника који живе у програму становања уз подршку и у сопственим породицама нема значајне разлике, али оба подузорка показују статистички значајну разлику у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$). Испитаници који живе у програму становања уз подршку су статистички значајно задовољнији кад је у питању њихова срећа и сматрају је важнијом у односу на подузорок испитаника који живе у институцији ($p=0,003$).

На основу анализе процене од стране запосленог особља које ради са испитаницима, по питању доживљаја важности и задовољства испитаника када је у питању њихова срећа, између група испитаника које живе ван институције у односу на испитанике који живе у институцији добијена је статистички значајна разлика ($p=0,000$), док између испитаника који живе ван институције нема статистички значајне разлике.

Табела 27. Емоционално благостање – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Колико је важна твоја срећа? <i>Значајне разлике:</i> 1-2, 1-3	Институција	3,43	0,806	2,114	0,000
	Породица	4,11	0,963		
	Становање уз подршку	4,29	0,902		

Колико си задовољан када је у питању твоја срећа? <i>Значајне разлике: 1-3</i>	Институција	3,55	0,673	2,114	0,003
	Породица	3,83	0,954		
	Становање уз подршку	4,16	0,735		
Колико је кориснику важна његова срећа? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,22	0,879	2,116	0,000
	Породица	4,11	0,809		
	Становање уз подршку	4,19	0,910		
Колико је корисник генерално задовољан? <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	Институција	3,43	0,806	2,116	0,000
	Породица	3,84	0,727		
	Становање уз подршку	4,10	0,301		

7.1.8. Свеукупни квалитет живота

На основу статистичке анализе обједињених резултата испитаника сва три подузорка добијамо податак да по питању свеукупног квалитета живота постоје статистички значајне разлике између подузорака. Испитаници који станују ван институције статистички значајно придају већу важност варијаблама које су обухваћене *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* ($p=0,000$). Испитаници који су у програму становања уз подршку субјективно изражавају веће задовољство квалитетом живота у односу на остала два подузорка ($p=0,000$).

Процена запослених који раде са испитаницима који живе у различитим типовима становања потврђује да су квалитет живота и тип становања у директној вези са субјективним придавањем важности разним сегментима квалитета живота и осећајем задовољства због њихове остварености, јер анализом њихових обједињених одговора добијамо резултат да испитаници који станују ван институције статистички значајно придају већу важност варијаблама које су обухваћене *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* и изражавају веће задовољство њиховом оствареношћу у односу на испитанике који живе у институцији ($p=0,000$).

Табела 28. Свеукупни квалитет живота – разлике између три подузорка

		AS	SD	df	p
Субјективна важност – укупно <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	институција	3,30	0,52	2,114	0,000
	породица	3,97	0,61		
	становање уз подршку	4,07	0,56		
Субјективно задовољство – укупно <i>Значајне разлике: 1-3, 2-3</i>	институција	3,54	0,46	2,113	0,000
	породица	3,66	0,69		
	становање уз подршку	4,18	0,51		
Објективна важност – укупно <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	институција	3,16	0,55	2,116	0,000
	породица	3,77	0,71		
	становање уз подршку	3,93	0,60		
Објективно задовољство – укупно <i>Значајне разлике: 1-2, 1-3</i>	институција	3,35	0,53	2,116	0,000
	породица	3,85	0,61		
	становање уз подршку	4,03	0,33		

7.2. Разлике у факторима који утичу на испољавање проблема у понашању између три подузорка испитаника

Резултати који се односе на ефекат старости и типа становања испитаника на разлике у факторима који утичу на испољавање проблема у понашању приказани су Табелом 29. Из резултата приказаних у Табели 29 можемо видети да старост нема статистички значајан ефекат на разлике у факторима који утичу на испољавање проблема у понашању између три подузорка испитаника, док тип становања има статистички значајан ефекат ($p=0,00$) на овај показатељ са средњим до високим утицајем што потврђују високи резултати парцијалног ета квадрата.

Табела 29. Утицај старости и типа становања на показатељ: Разлике у факторима који утичу на испољавање проблема у понашању (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	P	P.Eta ²
Старост	QABF_пажња	3,92	1	3,92	0,24	0,63	0,002
	QABF_бекство	6,96	1	6,96	0,46	0,50	0,004
	QABF_несоцијално	0,44	1	0,44	0,05	0,83	0,000
	QABF_физички	2,81	1	2,81	0,23	0,63	0,002
	QABF_материјално	0,02	1	0,02	0,00	0,97	0,000
	QABF_укупно	0,05	1	0,05	0,00	0,99	0,000
Тип становања	QABF_пажња	235,57	2	117,79	7,07	0,00	0,110
	QABF_бекство	412,71	2	206,36	13,56	0,00	0,192
	QABF_несоцијално	166,91	2	83,45	8,85	0,00	0,134
	QABF_физички	294,30	2	147,15	12,09	0,00	0,175
	QABF_материјално	422,05	2	211,02	16,81	0,00	0,228
	QABF_укупно	7090,62	2	3545,31	13,77	0,00	0,195

Резултати представљени у Табели 30 показују да између подузорака испитаника постоје статистички значајне разлике у детерминантама проблема у понашању у односу на тип становања. Статистички значајне разлике су уочљиве у свим варијаблама које показују различите детерминанте проблема у понашању: изазивање пажње, жељу да се побегне од одређене ситуације, несоцијални мотиви, материјални мотиви – жеља да се нешто узме или добије. Уочавамо да је код испитаника који су у програму уз подршку статистички мање заступљено присуство детерминанти проблема у понашању (пажња: $F=9,026$; $p=0,000$; бекство: $F=14,773$; $p=0,000$; несоцијални фактори: $F=11,026$; $p=0,000$; физички фактори: $F=14,763$; $p=0,000$), док су код испитаника који живе са породицама и у институцији резултати приближни. Статистички значајна разлика се уочава једино у варијабли која се односи на материјални узрок проблема у понашању, где осим статистички значајне разлике између испитаника из програма становања уз подршку и осталих подузорака испитаника, уочавамо и то да у подузорку испитаника који станују са породицама присуство материјалног фактора је статистички мање изражено у односу на подузорок испитаника који станују у

институцији ($F=23,784$; $p=0,000$). Код испитаника који живе у институцији статистички је значајно израженија присутност материјалног фактора који утиче на проблеме у понашању, односно жеље да се нешто добије или узме, у односу на остала два подузорка испитаника ($p=0,000$).

Табела 30. Разлике у детерминантама проблема у понашању између три подузорка испитаника

		AS	SD	F	df	P
QABF_пажња	Институција	5,00	4,76	9,026	2,119	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	4,74	3,94			
1-3, 2-3	Становање уз подршку	1,42	2,54			
QABF_бекство	Институција	5,41	4,36	14,773	2,118	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	5,87	4,26			
1-3, 2-3	Становање уз подршку	1,31	2,05			
QABF_несоцијално	Институција	3,55	3,75	11,026	2,119	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	2,29	3,09			
1-3, 2-3	Становање уз подршку	0,39	0,79			
QABF_физички	Институција	5,00	4,31	14,763	2,119	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	4,03	3,04			
1-3, 2-3	Становање уз подршку	0,91	1,94			
QABF_материјално	Институција	5,98	4,36	23,784	2,119	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	2,82	3,34			
1-2, 1-3, 2-3	Становање уз подршку	0,79	1,52			
QABF_укупно	Институција	24,94	19,88	16,128	2, 118	0,000
<i>Значајне разлике:</i>	Породица	19,74	15,08			
1-3, 2-3	Становање уз подршку	4,94	6,24			

7.3. Разлике у присуству стреса изазваног различитим факторима између три подузорка испитаника

У Табели 31 приказане су статистички значајне разлике које се односе на утицај старости и типа становања на присуство стреса између три подузорка испитаника. На основу резултата приказаних у Табели 31 можемо видети да старост нема статистички значајан ефекат на разлике у присуству стреса код три подузорка испитаника, док тип становања има статистички значајан ефекат на овај показатељ са високим утицајем, према резултатима субјективне процене ($F=10,21$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,165$) и средњим утицајем према резултатима процене стручњака ($F=7,21$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,123$).

Табела 31. Утицај старости и типа становања на показатељ: Присуство стреса (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	P.Eta ²
Старост	СТРЕС_субјективни	16,82	1	16,82	0,25	0,62	0,002
	СТРЕС_процена стручњака	5,39	1	5,39	0,10	0,76	0,001
Тип становања	СТРЕС_субјективни	1373,67	2	686,84	10,21	0,00	0,165
	СТРЕС_процена стручњака	809,02	2	404,51	7,21	0,00	0,123

Резултати самопроцене стреса ($F=10,432$; $p=0,000$) и процене стручњака ($F=10,511$; $p=0,000$) приказани у Табели 32 указују на то да постоји статистички значајна разлика између испитаника из програма становања уз подршку у односу на остала два подузорка. Испитаници из програма становања уз подршку показују најмање изражено присуство стреса, док остала два подузорка имају приближне резултате. Резултати о присуству стреса испитаника који живе са породицама се не разликују значајно од подузорка испитаника који живе у институцији. На основу Табеле 32 можемо уочити да је присуство стреса повезано са типом становања.

Табела 32. Разлике у присуству стреса између три подузорка испитаника

		AS	SD	F	df	p
СТРЕС_субјективни	Институција	23,37	9,03	10,432	2,107	0,000
<i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Породица	24,46	8,54			
	Становање уз подршку	15,33	4,88			
СТРЕС_процена стручњака	Институција	25,78	7,75	10,511	2,116	0,000
	Породица	27,00	8,01			
<i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Становање уз подршку	19,41	5,87			

Факторском анализом оцена на Упитнику за процену стресних животних догађаја добијене су индикације о врсти стресора којима је испитивана популација подложна, аутори упитника су добили три фактора стреса: генерална забринутост, негативни међуљудски односи и осећај недостатка компетентности (Fogarty, Bramston, & Cummins, 1997). На основу ове поделе фактора урадили смо процену присутности дефинисаних стресора у сваком испитиваном подузорку и поређење резултата самопроцене испитаника и резултата процене стручњака између три подузорка, користећи једнофакторску анализу варијансе (ANOVA).

У наредним табелама користимо следеће ознаке за различите факторе стреса:

- процена стручњака: c1пс – генерална забринутост; c2пс – негативни међуљудски односи; c3пс – осећај недостатка компетентности;
- самопроцена испитаника: c1с – генерална забринутост; c2с – негативни међуљудски односи; c3с – осећај недостатка компетентности.

У Табели 33 можемо видети да је анализом резултата процене стручњака и субјективних одговора самопроцене испитаника добијена статистички значајна разлика између три подузорака испитаника, када је у питању доминирајући фактор стреса генерална забринутост (процена стручњака: $F=18,834$; $p=0,000$; субјективна процена: $F=15,807$; $p=0,000$) и осећај недостатка компетентности (процена стручњака: $F=8,923$; $p=0,000$; субјективна процена: $F=6,851$; $p=0,002$).

Табела 33. Присутност различитих стресора у три подузорка испитаника и поређење резултата самопроцене и резултата процене стручњака

	SS-сума квадрата одступања од средње вредности	df	MS- varijansa	F	P
c1pc Између три подузорка	639,540	2	319,770	18,834	0,000
У оквиру подузорка	2020,436	119	16,978		
Укупно	2659,975	121			
c2pc Између три подузорка	3,569	2	1,784	0,225	0,799
У оквиру подузорка	943,816	119	7,931		
Укупно	947,385	121			
c3pc Између три подузорка	62,907	2	31,454	8,923	0,000
У оквиру подузорка	419,495	119	3,525		
Укупно	482,402	121			
c1c Између три подузорка	419,712	2	209,856	15,807	0,000
У оквиру подузорка	1566,536	118	13,276		
Укупно	1986,248	120			
c2c Између три подузорка	63,458	2	31,729	2,828	0,063
У оквиру подузорка	1335,009	119	11,219		
Укупно	1398,467	121			
c3c Између три подузорка	51,417	2	25,709	6,851	0,002
У оквиру подузорка	446,583	119	3,753		
Укупно	498,000	121			

Post hoc анализом, применом LSD теста добијени су резултати који показују разлике између присуства три различите врсте стресора у односу на тип становања, а на основу одговора који су добијени супскалом за процену стручњака и супскалом за самопроцену; резултати су приказани у Табели 34. На основу процене стручњака добијени су статистички значајни резултати који указују на то да је у подузорку који живи у институцији и у породици више заступљен стрес изазван генералном забринутости у односу на испитанике који су обухваћени програмом становања уз подршку ($p=0,000$). Овај податак је приказан у Табели 34

у првој колони обележеном са: c1пс, где су различити подузорци испитаника представљени бројевима 1, 2, и 3 (1 – живе у институцији, 2 – станују са породицама и 3 – обухваћени програмом становања уз подршку). На основу разлика између средњих вредности у резултатима процене стручњака о присутности стреса изазваног различитим факторима стреса можемо уочити да је стрес због осећаја недостатка компетенције статистички значајно израженији код испитаника који живе у институцији у односу на остала два подузорка ($p=0,000$) (колона: c3пс).

На основу анализе субјективних одговора испитаника, као и процене стручњака, стрес настао као последица генералне забринутости (колона: c1с) је статистички значајно израженији код испитаника који живе у институцији и у породици у односу на подузорак који је обухваћен програмом становања уз подршку ($p=0,000$). Стрес који настаје као последица негативних међуљудских односа (колона: c2с) статистички значајно је израженији код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у односу на подузорке испитаника који станују у институцији ($p=0,039$) и са породицом ($p=0,035$).

Осећај недостатка компетентности као узрок стреса, према одговорима самопроцене испитаника, је најмање изражен код испитаника који живе у породицама. Постоји статистички значајна разлика између субјективног доживљаја стреса насталог због осећаја наедостатка компетентности код испитаника који станују у породицама у односу на испитанике који станују у институцији ($p=0,000$) и у односу на испитанике у програму становања уз подршку ($p=0,011$).

Табела 34. Присутност фактора стреса у сва три подузорка испитаника (Post Hoc Tests LSD)

Зависне варијабле	(И) група	(Ј) група	Mean difference	Std. Error	p	95% Интервал поузданости	
			Разлике између средњих вредности (И- Ј)	Стандардна грешка		Доња граница	Горња граница
с1пс	1	2	1,13364	0,88301	0,202	-0,6148	2,8821
		3	-4,55615*	0,92055	0,000	-6,3789	-2,7334
	2	1	-1,13364	0,88301	0,202	-2,8821	0,6148
		3	-5,68979*	0,98046	0,000	-7,6312	-3,7484
	3	1	4,55615*	0,92055	0,000	2,7334	6,3789
		2	5,68979*	0,98046	0,000	3,7484	7,6312
с2пс	1	2	0,31992	0,60352	0,597	-0,8751	1,5149
		3	0,37255	0,62917	0,555	-0,8733	1,6184
	2	1	-0,31992	0,60352	0,597	-1,5149	0,8751
		3	0,05263	0,67012	0,938	-1,2743	1,3795
	3	1	-0,37255	0,62917	0,555	-1,6184	0,8733
		2	-0,05263	0,67012	0,938	-1,3795	1,2743
с3пс	1	2	-1,68989*	0,40235	0,000	-2,4866	-0,8932
		3	-0,89483*	0,41946	0,035	-1,7254	-0,0643
	2	1	1,68989*	0,40235	0,000	0,8932	2,4866
		3	0,79506	0,44676	0,078	-0,0896	1,6797
	3	1	0,89483*	0,41946	0,035	0,0643	1,7254
		2	-0,79506	0,44676	0,078	-1,6797	0,0896
с1с	1	2	0,02120	0,78684	0,979	-1,5370	1,5793
		3	-4,17291*	0,81400	0,000	-5,7849	-2,5610
	2	1	-0,02120	0,78684	0,979	-1,5793	1,5370
		3	-4,19410*	0,87241	0,000	-5,9217	-2,4665
	3	1	4,17291*	0,81400	0,000	2,5610	5,7849
		2	4,19410*	0,87241	0,000	2,4665	5,9217

с2с	1	2	-0,13725	0,71777	0,849	-1,5585	1,2840
		3	1,55971*	0,74828	0,039	0,0780	3,0414
	2	1	0,13725	0,71777	0,849	-1,2840	1,5585
		3	1,69697*	0,79698	0,035	0,1189	3,2751
	3	1	-1,55971*	0,74828	0,039	-3,0414	-0,0780
		2	-1,69697*	0,79698	0,035	-3,2751	-0,1189
с3с	1	2	-1,49639*	0,41514	0,000	-2,3184	-0,6744
		3	-0,30660	0,43279	0,480	-1,1636	0,5504
	2	1	1,49639*	0,41514	0,000	0,6744	2,3184
		3	1,18979*	0,46095	0,011	0,2771	2,1025
	3	1	0,30660	0,43279	0,480	-0,5504	1,1636
		2	-1,18979*	0,46095	0,011	-2,1025	-0,2771

* Средња вредност је значајна на нивоу 0,05

Применом т-теста поређене су аритметичке средине резултата присутности стреса изазваног различитим факторима на општем узорку особа са ИО без обзира на тип становања. У Табели 35 су приказани резултати процене стручњака и субјективне процене присуства стреса изазваног различитим факторима. Веће вредности аритметичких средина указују на израженије присуство стреса. На основу резултата приказаних у Табели 35 можемо да уочимо да је, према резултатима процене стручњака и субјективне процене на нивоу целокупног узорка, стрес који настаје као последица генералне забринутости најзаступљенији.

Табела 35. Приказ резултата аритметичких средина процене стручњака и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим факторима на нивоу целокупног узорка

	AS	N	SD	Стандардна грешка средње вредности
c1пс ар	1,3512	122	0,36066	0,03265
c2пс ар	0,9172	122	0,27981	0,02533
c3пс ар	1,2330	122	0,28524	0,02582
c1с ар	1,4234	121	0,31296	0,02845
c2с ар	0,9504	121	0,34062	0,03097
c3с ар	1,2822	121	0,28836	0,02621

Табела 36 приказује резултате Пирсонове корелације различитих стресора на укупном узорку на основу процене стручњака и субјективних одговора испитаника. На основу анализе процене стручњака добијен је резултат да стрес због генералне забринутости има статистички значајну, али ниску негативну корелацију са стресом изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,282$; $p=0,002$), док је у високој позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса због генералне забринутости ($r=0,677$; $p=0,000$) и у високој негативној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,445$; $p=0,000$). Наведени резултати имају високу статистичку значајност, корелација је значајна на нивоу 0,01.

Процена стручњака о присуству стреса изазваног негативним међуљудским односима статистички је високо значајно у позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса код испитаника изазваног истим стресором ($r=0,523$; $p=0,000$).

Субјективни доживљај стреса код испитаника у виду генералне забринутости статистички је значајно у високој позитивној корелацији са стресом код испитаника изазваним истим стресором према процени стручњака ($r=0,677$; $p=0,000$) и у високој негативној корелацији са стресом изазваним негативним међуљудским односима ($r=-0,365$; $p=0,000$).

Субјективни доживљај стреса који је настао као последица негативних међуљудских односа у високој је негативној корелацији са резултатима о

присутности стреса код испитаника изазваних стресом због генералне забринутости према процени стручњака ($r=-0,445$; $p=0,000$), а у позитивној корелацији са резултатима о стресу изазваном истим стресором такође на основу процене стручњака ($r=0,523$; $p=0,000$). Са субјективним доживљајем генералне забринутости, субјективни стрес настао као последица негативних међуљудских односа је у високој статистички значајној, негативној корелацији ($r=-0,365$; $p=0,000$). Стрес настао као последица субјективног доживљаја недовољне компетентности је у позитивној корелацији, са проценом стручњака о присуству стреса негативних међуљудских односа ($r=0,215$; $p=0,017$), статистичка значајност је на нивоу 0,05 и субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима, статистичка значајност је на нивоу 0,01 ($r=0,315$; $p=0,000$).

Табела 36. Корелације различитих стресора на укупном узорку на основу процене стручњака и субјективних одговора испитаника

		с2пс	с3пс	с1с	с2с	с3с
с1пс	r	-0,282**	0,115	0,677**	-0,445**	-0,050
	p (2-tailed)	0,002	0,207	0,000	0,000	0,581
	N	122	122	121	122	122
с2пс	r		0,023	-0,156	0,523**	0,215*
	p (2-tailed)		0,799	0,087	0,000	0,017
	N		122	121	122	122
с3пс	r			0,104	-0,079	0,353**
	p (2-tailed)			0,256	0,384	0,000
	N			121	122	122
с1с	r				-0,365**	-0,008
	p (2-tailed)				0,000	0,934
	N				121	121
с2с	r					0,315**
	p (2-tailed)					0,000
	N					122

* Корелација је значајна на нивоу 0,05 (2 двострука).

** Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука)

7.3.1. Анализа стреса код испитаника који станују у институцији

Рађена су поређења аритметичких средина процене стручњака о присуству стреса код испитаника и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим стресорима за подзорак испитаника који станују у институцији. У Табели 37 можемо видети да је као и на општем узорку, код особа са ИО које станују у институцији најзаступљенији стрес изазван генералном забринутости, нешто ниже вредности се односе на стрес изазван негативним међуљудским односима, а најниже вредности има стрес који настаје као последица осећаја недостатка личне компетенције.

Табела 37. Приказ резултата аритметичких средина процене стручњака и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим факторима за подзорак испитаника који станују у институцији

	AS	N	SD	Стандардна грешка средње вредности
c1пс ар	1,2836	51	0,33758	0,04727
c2пс ар	0,9373	51	0,26979	0,03778
c3пс ар	1,1232	51	0,23908	0,03348
c1с ар	1,3363	51	0,30342	0,04249
c2с ар	0,9863	51	0,31242	0,04375
c3с ар	1,2073	51	0,26544	0,03717

Пирсоновом анализом корелација утицаја различитих стресора за испитанике који станују у институцији (Табела 38) на основу процене стручњака и субјективних одговора испитаника, добијена је статистички високо значајна негативна корелација између процене стручњака о присуству стреса изазваног генералном забринутости и стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,419$; $p=0,002$), док је процена стручњака о присуству стреса изазваног генералном забринутости у високо значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса због генералне забринутости ($r=0,698$; $p=0,000$)

и у високо статистички значајној, негативној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,431$; $p=0,002$). Статистичка значајност резултата је висока, на нивоу 0,01.

Резултати процене стручњака о присуству стреса изазваног негативним међуљудским односима, осим што високо статистички значајно негативно корелирају са објективном проценом о утицају стреса као последице генералне забринутости код испитаника, налазе се и у високо статистички значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=0,595$; $p=0,000$) и са субјективним доживљајем стреса насталог због осећаја недостатка компетентности ($r=0,381$; $p=0,006$). Статистичка значајност резултата је на нивоу 0,01.

Статистички високо значајна, позитивна корелација добијена је и између објективног запажања присуства стреса изазваног осећајем недостатка компетентности код испитаника и субјективног доживљаја стреса због истог стресора ($r=0,541$; $p=0,000$).

Анализирајући међусобне корелације субјективног доживљаја различитих стресора издвојиле су се неке високо статистички значајне корелације, на нивоу 0,01. Субјективни доживљај стреса код испитаника изазван генералном забринутости је у високо статистички значајној негативној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,510$; $p=0,000$).

Субјективни доживљај стреса као последице негативних међуљудских односа је у високо статистички значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса због осећаја недостатка компетентности ($r=0,483$; $p=0,002$).

Стрес настао као последица осећаја недовољне компетентности је у високо статистички значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=0,483$; $p=0,000$).

Табела 38. Корелације резултата утицаја различитих стресора на основу процене стручњака и субјективних одговора добијених за подузорок испитаника који станују у институцији

		c2пс	c3пс	c1с	c2с	c3с
c1пс	r	-0,419**	0,127	0,698**	-0,431**	-0,122
	p (2-tailed)	0,002	0,373	0,000	0,002	0,393
	N	51	51	51	51	51
c2пс	r		0,012	-0,188	0,595**	0,381**
	p (2-tailed)		0,936	0,186	0,000	0,006
	N		51	51	51	51
c3пс	r			0,056	0,008	0,541**
	p (2-tailed)			0,694	0,957	0,000
	N			51	51	51
c1с	r				-0,510**	-0,198
	p (2-tailed)				0,000	0,164
	N				51	51
c2с	r					0,483**
	p (2-tailed)					0,000
	N					51

* Корелација је значајна на нивоу 0,05 (2 двострука).

** Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука).

7.3.2. Анализа стреса код испитаника који станују са породицама

Аритметичке средине резултата присутности стреса изазваног различитим факторима поређене су за подузорок испитаника који станују са породицама. На основу резултата у Табели 39 можемо да уочимо да је према резултатима процене стручњака и самопроцене у подузорку који станује са породицом најзаступљенији стрес који настаје као последица осећаја недостатка компетентности. Најниже вредности аритметичке средине у подузорку који станује са породицама има заступљеност стреса услед негативних међуљудских односа.

Табела 39. Приказ резултата аритметичких средина процене стручњака и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим факторима за групу испитаника који станују са породицама

	AS	N	SD	Стандардна грешка средње вредности
c1пс ар	1,1964	38	0,35440	0,05749
c2пс ар	0,9053	38	0,35939	0,05830
c3пс ар	1,3647	38	0,31104	0,05046
c1сар	1,3347	37	0,31519	0,05182
c2сар	1,0000	38	0,42363	0,06872
c3сар	1,4211	38	0,29883	0,04848

Процена стручњака о присуству стреса код испитаника, због генералне забринутости је у високо статистички значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваним истим стресором ($r=0,640$; $p=0,000$), а негативно корелира са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=-0,453$; $p=0,004$). Резултати корелација су високе статистичке значајности на нивоу 0,01.

Резултати процене стручњака о присуства стреса изазваног негативним међуљудским односима и субјективни доживљај стреса изазваним истим стресором су у високо статистички значајној, позитивној корелацији ($r=0,495$; $p=0,002$).

Табела 40. Корелације резултата утицаја различитих стресора на основу процене стручњака и субјективних одговора добијених за подузорак испитаника који станују са породицама

		c2пс	c3пс	c1с	c2с	c3с
c1пс	r	-0,209	0,295	0,640**	-0,453**	0,031
	p (2-tailed)	0,208	0,072	0,000	0,004	0,853
	N	38	38	37	38	38

c2nc	r		0,010	-0,154	0,495**	0,169
	p (2-tailed)		0,952	0,363	0,002	0,309
	N		38	37	38	38
c3nc	r			0,131	-0,070	0,202
	p (2-tailed)			0,439	0,675	0,223
	N			37	38	38
c1c	r				-0,188	0,128
	p (2-tailed)				0,266	0,451
	N				37	37
c2c	r					0,192
	p (2-tailed)					0,248
	N					38

7.3.3. Анализа стреса код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку

Поређењем аритметичких средина процене стручњака и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим стресорима у подзорку испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку, можемо видети да је као и на општем узорку, најзаступљенији стрес изазван генералном забринутошћу, нешто мање вредности се односе на стрес изазван осећајем смањене личне компетенције, а најмање вредности има стрес који настаје као последица негативних међуљудских односа.

Табела 41. Приказ резултата аритметичких средина процене стручњака и субјективног доживљаја стреса изазваног различитим факторима за групу испитаника обухваћених програмом становања уз подршку

	AS	N	SD	Стандардна грешка средње вредности
c1пс ар	1,6340	33	0,22429	0,03904
c2пс ар	0,9000	33	0,17854	0,03108
c3пс ар	1,2511	33	0,25761	0,04484
c1сар	1,6573	33	0,18455	0,03213
c2сар	0,8303	33	0,23912	0,04163
c3сар	1,2511	33	0,26733	0,04654

У подузорку испитаника обухваћених програмом становања уз подршку статистички високо значајне, позитивне корелације (Табела 42) добијене су између процене стручњака о присуству стреса код испитаника и њиховог субјективног доживљаја стреса изазваног негативним међуљудским односима ($r=0,468$; $p=0,006$). Субјективни доживљај генералне забринутости код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у позитивној је корелацији са субјективним доживљајем стреса узрокованим смањеним осећајем компетентности ($r=0,392$; $p=0,024$); статистичка значајност корелације је на нивоу 0,05.

Табела 42. Корелације резултата утицаја различитих стресора на основу процене стручњака и субјективних одговора добијених за подузорок испитаника обухваћених програмом становања уз подршку

		с2пс	с3пс	с1с	с2с	с3с
с1пс	r	-0,306	-0,030	0,016	-0,163	0,332
	p (2-tailed)	0,083	0,868	0,929	0,364	0,059
	N	33	33	33	33	33
с2пс	r		0,223	-0,058	0,468**	0,131
	p (2-tailed)		0,212	0,747	0,006	0,468
	N		33	33	33	33
с3пс	r			0,190	-0,301	0,010
	p (2-tailed)			0,288	0,088	0,957
	N			33	33	33
с1с	r				-0,046	0,392*
	p (2-tailed)				0,799	0,024
	N				33	33
с2с	r					0,296
	p (2-tailed)					0,094
	N					33

* Корелација је значајна на нивоу 0,05 (2 двострука).

** Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука).

7.4. Разлике у агресивности између три подузорка испитаника

У Табели 43 приказани су резултати ANCOVA којом је проверен утицај старости и типа становања на агресивност. На основу резултата можемо видети да старост нема статистички значајан утицај на испољавање агресивног понашања осим на испољавање физичке агресивности иако парцијални ета квадрат показује мали утицај ($F=4,30$ $p=0,04$; $P.Eta^2=0,036$). Резултати показују да са старашћу опада физичка агресивност ($B=-0,01$; $p=0,00$). Тип становања има статистички значајан ефекат на испољавање интензитета свих облика агресивности (вербална: ($F=6,87$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,107$; булинг: $F=7,13$; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,110$; отворена:

F=6,09; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,096$; непријатељство: F=5,88; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,093$; физичка: F=7,19; $p=0,00$; $P.Eta^2=0,111$).

Табела 43. Утицај старости и типа становања на показатељ: агресивност (ANCOVA)

Утицај	Зависна варијабла	SS	df	MS	F	p	$P.Eta^2$
Старост	АГР_ПРОБЛЕМ	869,07	1	869,07	1,07	0,30	0,009
	АГР_ПРОВОКАЦИЈА	94,39	1	94,39	1,59	0,21	0,014
	АГР_вербална	0,02	1	0,02	0,06	0,81	0,000
	АГР_булинг	0,46	1	0,46	2,51	0,12	0,021
	АГР_отворена	1,25	1	1,25	3,77	0,06	0,032
	АГР_непријатељство	0,09	1	0,09	0,19	0,66	0,002
	АГР_физичка	0,61	1	0,61	4,30	0,04	0,036
Тип становања	АГР_ПРОБЛЕМ	13659,78	2	6829,89	8,38	0,00	0,127
	АГР_ПРОВОКАЦИЈА	160,15	2	80,07	1,35	0,26	0,023
	АГР_вербална	5,88	2	2,94	6,87	0,00	0,107
	АГР_булинг	2,63	2	1,31	7,13	0,00	0,110
	АГР_отворена	4,04	2	2,02	6,09	0,00	0,096
	АГР_непријатељство	5,60	2	2,80	5,88	0,00	0,093
	АГР_физичка	2,02	2	1,01	7,19	0,00	0,111

Резултати приказани у Табели 44 показују израженост агесије и различитих облика агресивног понашања код три подузорка у зависности од типа становања. На основу резултата уочавамо да је на скали проблема која се односи на интензитет агесије статистички значајна разлика добијена између подузорка испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку и испитаника који живе у институцији и у породицама ($F=8,456$; $p=0,000$). Код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку, агесија је изражена у значајно мањем интензитету у односу на остала два подузорка.

Сви резултати који се односе на интензитет различитих типова агресивног понашања показују да су код испитаника који су обухваћени програмом становања

уз подршку вербална агресија ($F=7,119$; $p=0,001$), булинг ($F=6,687$; $p=0,002$), прикривена агресија ($F=6,084$; $p=0,003$), изражавање непријатељства ($F=6,747$; $p=0,002$) и физичка агресија ($F=7,221$; $p=0,001$) изражени у мањем интензитету у односу на остала два подузорка. Између испитаника који живе у породицама и у институцији нема статистички значајних разлика у интензитету било ког облика агресивног понашања и агресивности уопште.

Табела 44. Разлике у агресивности између три подузорка испитаника

		AS	SD	F	df	p
АГР_ПРОБЛЕМ <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	34,02	32,58	8,456	2,119	0,000
	Породица	28,76	31,06			
	Становање уз подршку	8,64	13,88			
АГР_ ПРОВОКАЦИЈА <i>Значајне разлике: -</i>	Институција	-3,94	8,94	1,052	2,119	0,353
	Породица	-2,84	8,38			
	Становање уз подршку	-1,45	3,68			
АГР_вербална <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	0,70	0,75	7,119	2,119	0,001
	Породица	0,52	0,71			
	Становање уз подршку	0,16	0,32			
АГР_булинг <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	0,40	0,51	6,687	2,119	0,002
	Породица	0,34	0,47			
	Становање уз подршку	0,06	0,09			
АГР_прикривена <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	0,61	0,64	6,084	2,119	0,003
	Породица	0,63	0,63			
	Становање уз подршку	0,21	0,37			
АГР_непријатељство <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	0,90	0,76	6,747	2,119	0,002
	Породица	0,81	0,67			
	Становање уз подршку	0,36	0,54			
АГР_физичка <i>Значајне разлике:</i> 1-3, 2-3	Институција	0,30	0,40	7,221	2,119	0,001
	Породица	0,33	0,48			
	Становање уз подршку	0,02	0,05			

У Табели 45 приказане су средње вредности негативних и позитивних оцена на супскали провокације *A-SHARP* скале за сва три подузорка испитаника и укупно, на целокупном узорку. На скали провокације на основу оцена може се добити одговор да ли су неки облици агресивног понашања изазвани спољашњим фактором и нису планирани (негативне оцене), без утицаја спољашњег фактора, без видљивог повода, наизглед ничим изазвани, са одређеним циљем (позитивне оцене) или се подједнако испољавају и под утицајем спољашњих фактора и без њиховог присуства (оцена 0). Особе које су попуњавале *A-SHARP* скалу нису попуниле поља у супскали провокације за све испитанике. У табели 45 у колони N приказан је број испитаника за које је рађена статистичка обрада података. Резултати приказани у Табели 45 показују да су негативне оцене више заступљене у односу на остале оцене у све три групе, што би се могло протумачити да је реактивно агресивно понашање особа са ИО изазвано спољашњим фактором заступљеније у односу на агресивно понашање узроковано другим факторима.

Табела 45. Приказ резултата добијених на супскали провокације *A-SHARP* скале за сва три подузорка испитаника

	Тип становања	N	Mean Rank
Негативне оцене	Институција	37	38,65
	Породица	21	32,40
	Становање уз подршку	15	39,37
	Укупно	73	
Позитивне оцене	Институција	18	15,97
	Породица	9	19,44
	Становање уз подршку	4	8,38
	Укупно	31	
Укупно	Институција	41	41,46
	Породица	21	36,45
	Становање уз подршку	16	38,47
	Укупно	78	

Број нула	Институција	22	25,14
	Породица	10	14,35
	Становање уз подршку	10	20,65
	Укупно	42	

Применом Kruskal Wallis теста утврдили смо да између подузорака испитаника нема статистички значајне разлике у резултатима проактивне агресивности, реактивне агресивности, укупном збиру оцена и резултата агресивног понашања које се подједнако манифестује без обзира на узроке (број нула) (Табела 46).

Табела 46. Разлике између сва три подузорка у заступљености агресивног понашања у односу на узроке агресивности.

	Негативне оцене	Позитивне оцене	Укупно	Број нула
χ^2	1,415	4,234	0,724	5,511
df	2	2	2	2
p	0,493	0,120	0,696	0,064

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: V2

На нивоу целокупног узорка, без обзира на тип становања особа са ИО, добијене су негативне и значајне статистичке корелације између реактивног агресивног понашања које се испољава без неког видљивог повода или као реакција на спољашње појаве и препознавања стреса изазваног генералном забринутости испитаника од стране стручњака и субјективног доживљаја генералне забринутости код испитаника. Реактивно агресивно понашање у позитивној је корелацији са стресом насталим због негативних међуљудских односа препознатог од стране стручњака и субјективним доживљајем стреса изазваним истим стресором.

Табела 47. Корелације између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака и субјективног доживљаја стреса испитаника на нивоу целокупног узорка

		c1пс	c2пс	c3пс	c1с	c2с	c3с
Негативне оцене	r	0,113	-0,115	-0,031	0,060	0,090	0,072
	p (2-tailed)	0,341	0,331	0,792	0,615	0,450	0,543
	N	73	73	73	72	73	73
Позитивне оцене	r	-0,550**	0,447*	0,185	-0,448*	0,459**	0,247
	p (2-tailed)	0,001	0,012	0,319	0,011	0,009	0,180
	N	31	31	31	31	31	31
Укупно	r	-0,252*	0,097	0,122	-0,193	0,267*	0,131
	p (2-tailed)	0,026	0,399	0,286	0,093	0,018	0,252
	N	78	78	78	77	78	78
Број нула	r	-0,266	0,284	-0,122	-0,268	0,333*	0,241
	p (2-tailed)	0,088	0,068	0,440	0,090	0,031	0,125
	N	42	42	42	41	42	42

* Корелација је значајна на нивоу 0,5 (2 двострука).

**Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука).

На основу резултата анализираних за испитанике који станују у институцији, приказаних у Табели 48, можемо видети да се агресивно понашање које се испољава без обзира на узрок повезано са проценом стручњака о присуству стреса и субјективним доживљајем стреса изазваног различитим стресорима. Агресивно понашање изазвано спољашњим факторима и непланирано у позитивној је корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног због негативних међуљудских односа на нивоу статистичке значајности 0,05 ($r=0,334$; $p=0,043$).

Добијена је статистички значајна негативна корелација између агресивног понашања које се манифестује без видљивог повода или као реакција на одређене поступке и субјективног доживљаја стреса због генералне забринутости испитаника ($r=-0,510$; $p=0,031$).

Укупан скор поена добијених на *A-SHARP скали* у позитивној је корелацији

са субјективним доживљајем стреса изазваног због негативних међуљудских односа ($r=0,399$; $p=0,010$) на нивоу високе статистичке значајности. Можемо да закључимо да је стрес изазван негативним међуљудским односима у односу на стрес изазван другим узроцима има највећу повезаност са испољавањем агресивности код особа са ИО које станују у институцији. Агресивно понашање које се манифестује подједнако без обзира на узрок статистички је значајно у позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваним негативним међуљудским односима ($r=0,434$; $p=0,044$), а на нивоу високе статистичке значајности 0,01 позитивно корелира са стресом насталим због осећаја недовољне компетентности ($r=0,543$; $p=0,009$). Особе са ИО које станују у институцији и доживљавају стрес због осећаја недовољне компетентности и негативних међуљудских односа интензивније испољавају агресивност са порастом стреса.

Табела 48. Корелације између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака и субјективног доживљаја стреса испитаника за подзорак испитаника који станују у институцији

		c1пс	c2пс	c3пс	c1с	c2с	c3с
Негативне оцене	r	0,010	-0,071	-0,268	-0,080	0,334*	0,044
	p (2-tailed)	0,955	0,674	0,109	0,639	0,043	0,795
	N	37	37	37	37	37	37
Позитивне оцене	r	-0,454	0,230	0,354	-0,510*	0,455	0,390
	p (2-tailed)	0,058	0,359	0,150	0,031	0,058	0,110
	N	18	18	18	18	18	18
Укупно	r	-0,243	0,060	0,060	-0,247	0,399**	0,225
	p (2-tailed)	0,126	0,710	0,708	0,120	0,010	0,158
	N	41	41	41	41	41	41
Број нула	r	-0,185	0,407	0,053	-0,340	0,434*	0,543**
	p (2-tailed)	0,409	0,060	0,816	0,122	0,044	0,009
	N	22	22	22	22	22	22

* Корелација је значајна на нивоу 0,05 (2 двострука).

** Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука).

Код испитаника који станују са својим породицама једина статистички

значајна корелација између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака о присуству стреса и субјективног доживљаја стреса добијена је између реактивне агресивности и процене стручњака о присуству стреса због негативних међуљудских односа ($r=0,670$; $p=0,048$). Резултат је статистички значајан на нивоу 0,05 и приказан у Табели 49.

Табела 49. Корелације између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака и субјективног доживљаја стреса испитаника за подзорак испитаника који станују са својим породицама

		c1пс	c2пс	c3пс	c1с	c2с	c3с
Негативне оцене	r	0,311	-0,141	0,123	0,043	-0,127	0,206
	p (2-tailed)	0,169	0,541	0,595	0,856	0,584	0,370
	N	21	21	21	20	21	21
Позитивне оцене	r	-0,620	0,670*	-0,494	-0,308	0,327	-0,126
	p (2-tailed)	0,075	0,048	0,177	0,420	0,390	0,746
	N	9	9	9	9	9	9
Укупно	r	-0,319	0,236	0,152	-0,296	0,240	0,109
	p (2-tailed)	0,159	0,304	0,510	0,205	0,295	0,638
	N	21	21	21	20	21	21
Број нула	r	-0,528	0,119	0,360	-0,349	0,440	0,219
	p (2-tailed)	0,117	0,743	0,306	0,357	0,203	0,544
	N	10	10	10	9	10	10

* Корелација је значајна на нивоу 0,05 (2 двострука).

** Корелација је значајна на нивоу 0,01 (2 двострука).

На основу резултата приказаних у Табели 50 можемо видети да у подзорку испитаника који су у програму становања уз подршку нема статистички значајне повезаности између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака о присуству стреса и субјективно доживљеног стреса.

Табела 50. Корелације између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и процене стручњака и субјективног доживљаја стреса испитаника за подзорак који су обухваћени програмом становања уз подршку

		c1o	c2o	c3o	c1c	c2c	c3c
Негативне оцене	r	-0,154	-0,318	0,500	0,409	-0,120	0,062
	p (2-tailed)	0,584	0,247	0,057	0,130	0,670	0,827
	N	15	15	15	15	15	15
Позитивне оцене	r	0,522	0,333	0,778	0,697	0,115	0,492
	p (2-tailed)	0,478	0,667	0,222	0,303	0,885	0,508
	N	4	4	4	4	4	4
Укупно	r	-0,207	-0,379	0,446	0,435	-0,241	-0,134
	p (2-tailed)	0,442	0,147	0,083	0,092	0,369	0,622
	N	16	16	16	16	16	16
Број нула	r	-0,404	0,208	-0,610	0,630	-0,008	-0,259
	p (2-tailed)	0,247	0,564	0,061	0,051	0,983	0,471
	N	10	10	10	10	10	10

7.5. Корелације квалитета живота особа са ИО са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу

У Табели 51 приказани су резултати корелација између субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота, што је представљено у виду различитих области које чине квалитет живота обухваћених *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* (материјално и здравствено стање, продуктивност, интима, осећај безбедности, положај у друштву и емоционално благостање) са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу. Корелације су рађене на нивоу одговора целокупног узорка.

На основу приказаних резултата у Табели 51 можемо видети да корелације између субјективног задовољства материјалним благостањем и детертминанти проблема у понашању, стреса и агресивности код особа са ИО нису статистички значајне.

Постоји статистички значајна негативна корелација између здравственог

стања испитаника и детерминанти проблема у понашању. Нарушено здравствено стање је значајна детерминанта проблема у понашању који се испољавају са намером да се привуче пажња, резултат је статистички значајан на нивоу $p < 0,05$ ($r = -0,201$). Остале корелације у варијабли здравља су високо статистички значајне на нивоу 0,01, а то су проблеми у понашању који настају због физичких разлога ($r = -0,300$), због несоцијалних разлога као што је на пример, самостимулација ($r = 0,248$) и са циљем да се добије материјална сатисфакција ($r = -0,283$). Добијена је високо статистички негативна корелација између здравственог стања испитаника и обједињених резултата добијених на *Упитнику о функцијама понашања* ($r = -0,264$).

Статистички значајне негативне корелације добијене су између продуктивности и проблема у понашању који настају услед потребе да се избегне одређена ситуација ($r = -0,188$); проблема у понашању који настају услед физичких узрока ($r = -0,205$) и проблема у понашању који настају због материјалних узрока ($r = -0,196$). Између укупног збира резултата добијених на *Упитнику о функцијама понашања* и продуктивности добијена је статистички значајна негативна корелација ($r = -0,206$). Статистичка значајност резултата је на нивоу $p < 0,05$.

Између варијабле интимност, што се односи на успостављање контакта са другима у ситуацијама када је испитаник тужан, када жели да уради нешто заједнички са неким или да се дружи; добијена је статистички значајна негативна корелација са проблемима у понашању који настају услед материјалног узрока ($r = -0,229$). Статистичка значајност наведене корелације је на нивоу $p < 0,05$, док између укупног збира резултата добијених на *Упитнику о функцијама понашања* и варијабле интима нема статистички значајних резултата.

Резултати показују да постоје статистички значајане негативне корелације између субјективног осећаја безбедности испитаника у условима у којима живе и различитих детерминанти проблема у понашању. Статистички значајна негативна корелација добијена је између осећаја безбедности и привлачењем пажње окружења као детерминанте проблема у понашању ($r = -0,221$) или несоцијалним факторима ($r = -0,187$). Висока статистички значајна негативна корелација добијена је између осећаја безбедности и потребе да се побегне из одређене ситуације као детерминанте проблема у понашању ($r = -0,264$), са статистичком значајношћу

$p < 0,01$. Између oseћаја безбедности и детерминанти проблема у понашању генерално, постоји статистички значајна негативна корелација ($r = -0,212$), на нивоу статистичке значајности $p < 0,05$.

Добијене су статистички значајне негативне корелације између друштвеног положаја испитаника, односно укључености испитаника у друштвене токове и избегавања одређене ситуације као детерминанте проблема у понашању ($r = -0,221$) и физичких узорка ($r = -0,220$) статистичке значајности $p < 0,05$. Високо статистички значајне негативне корелације добијене су између друштвеног положаја испитаника и присуства материјалних фактора проблема у понашању ($r = -0,267$). Укљученост испитаника у друштвене токове и детерминанте проблема у понашању особа са ИО су у међусобној повезаности што потврђује високо статистички значајна негативна корелација између друштвеног положаја испитаника и укупног резултата на *Упитнику о функцијама понашања* ($r = -0,241$; $p < 0,01$).

Између емоционалног благостања испитаника и присуства различитих детерминанти проблема у понашању, добијена је високо статистички значајна негативна корелација ($r = -0,255$; $p < 0,01$) као у поређењу резултата који се односе на све анализиране факторе проблема у понашању. Резултати показују да је емоционално благостање испитаника у негативној корелацији са детерминантама проблема у понашању са намером привлачења пажња других људи ($r = -0,243$; $p < 0,01$) избегавања одређене, за њих непожељне ситуације ($r = -0,222$; $p < 0,05$); самостимулације ($r = -0,243$; $p < 0,01$) и материјалне сатисфакције ($r = -0,226$; $p < 0,05$) и уколико су присутне физичке сметње ($r = -0,210$; $p < 0,05$).

У Табели 51 приказане су корелације субјективног задовољства животом и субјективног доживљаја стреса од стране испитаника и процене стручњака о стресу код испитаника. Резултати показују да постоји високо статистички значајна негативна корелација између субјективног задовољства животом и субјективног доживљаја стреса код особа са ИО. Све корелације субјективног доживљаја стреса и субјективног задовољства квалитетом живота су високо статистички значајне ($p < 0,01$), осим у категорији материјалног благостања где нису добијени статистички значајни резултати. На основу одговора особља добијене су статистички значајне негативне корелације између процене стручњака о стресу

изазваног различitim факторима код испитаника и субјективног задовољства квалитетом појединих области квалитета живота: продуктивности ($r=-0,268$; $p<0,01$), интимности ($r=-0,204$; $p<0,05$) и друштвеног положаја ($r=-0,191$; $p<0,05$). Табела 51 показује високо статистички значајне негативне корелација између субјективног задовољства животом и агресивности на целокупном узорак. Добијене су високо статистички значајне негативне корелације између свих области квалитета живота са интензитетом агресије, осим у области материјалног благостања. Статистички значајни резултати приказани у Табели 51 показују да је вербална агресија услед смањеног субјективног осећаја задовољства животом израженија услед нижег задовољства свим областима квалитета живота, осим у области материјалног благостања. Добијена је високо статистички значајна негативна корелација између задовољства у областима безбедности и емоционалног благостања и интензитета свих анализираних облика агресије на нивоу статистичке значајности $p<0,01$. Високо статистички значајне негативне корелације су добијене између задовољства здравственим стањем и вербалне агресије ($r=-0,342$; $p<0,01$) и агресивних облика понашања као што је булинг ($r=-0,226$; $p<0,05$), прикривена ($r=-0,259$; $p<0,01$) и физичка агресија ($r=-0,342$; $p<0,01$). Између субјективног задовољства по питању квалитета успостављања социјалних контаката и друштвене укључености и вербалне агресије добијене су високо статистички значајне негативне корелације ($r=-0,320$; $p<0,01$) и између прикривене агресије ($r=-0,188$; $p<0,05$); непријатељства ($r=-0,208$; $p<0,05$) и физичке агресије ($r=-0,217$; $p<0,05$).

Табела 51. Корелације субјективног задовољства животом са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу (целокупан узорак)

	мат.	здр.	прод.	инт.	безб.	полож.	емоц.
QABF пажња.	-0,014	-0,201*	-0,150	-0,112	-0,221*	-0,177	-0,243**
QABF бекство.	-0,097	-0,175	-0,188*	-0,156	-0,264**	-0,221*	-0,222*
QABF несоц.	-0,069	-0,300**	-0,162	-0,095	-0,187*	-0,155	-0,243**

QABF физички	0,008	-0,248**	-0,205*	-0,061	-0,138	-0,220*	-0,210*
QABF материј.	-0,052	-0,283**	-0,196*	-0,229*	-0,128	-0,267**	-0,226*
QABF укупно	-0,062	-0,264**	-0,206*	-0,151	-0,212*	-0,241**	-0,255**
СТРЕС субјект.	-0,171	-0,289**	-0,368**	-0,292**	-0,265**	-0,308**	-0,291**
СТРЕС_ проц.стр.	-0,042	-0,157	-0,268**	-0,204*	-0,172	-0,191*	-0,111
АГР проблем	-0,134	-0,292**	-0,210*	-0,271**	-0,314**	-0,249**	-0,369**
АГР провокац.	0,130	0,141	-0,002	-0,043	0,024	0,128	0,094
АГР вербална	-0,179	-0,342**	-0,266**	-0,380**	-0,351**	-0,320**	-0,410**
АГР булинг	-0,038	-0,226*	-0,172	-0,119	-0,219*	-0,164	-0,247**
АГР_прикриве на	-0,154	-0,259**	-0,086	-0,213*	-0,246**	-0,188*	-0,336**
АГР_непријате љска	-0,138	-0,165	-0,180	-0,221*	-0,282**	-0,208*	-0,323**
АГР_ физичка	-0,088	-0,342**	-0,158	-0,162	-0,300**	-0,217*	-0,261**

Напомена: ** p<0,01

* p<0,05

Табела 52 показује корелацију између процене стручњака о задовољству животом особа са ИО и различитих детерминанти проблема у понашању, стреса и агресивности на нивоу целокупног узорка. Нису забележене статистички значајне корелације између резултата процене стручњака о задовољству испитаника квалитетом живота у области материјалног благостања и детерминанти проблема

у понашању. На основу одговора запосленог особља можемо уочити и повезаност између детерминанти проблема у понашању и здравственог стања, продуктивности, осећаја безбедности, друштвене укључености и емоционалног благостања особа са ИО.

Резултати добијени на основу процене стручњака о задовољству испитаника квалитетом живота у корелацијама са различитим детерминантама проблема у понашању показују да постоје статистички значајне негативне корелације између задовољства квалитетом живота по питању здравља и присуства свих процењиваних детерминанти проблема у понашању. Између привлачења пажње као детерминанте проблема у понашању и процене стручњака о задовољству квалитетом сопственог здравља испитаника постоји негативна корелација на нижем нивоу статистичке значајности ($r=-0,222$; $p<0,05$), а остале процењиване детерминанте проблема у понашању су у високо статистички значајним негативним корелацијама са објективним запажањем задовољства квалитетом сопственог здравља, статистичке значајности $p<0,01$ (Табела 52).

Између процене стручњака о задовољству квалитетом емоционалног благостања, продуктивности и друштвеног положаја особа са ИО и различитих детерминанти проблема у понашању, добијени су високо статистички значајни резултати, статистичке значајности $p<0,01$; осим у корелацији између задовољства друштвеним положајем и привлачења пажње као детерминанте проблема у понашању; резултат је статистички значајан на нивоу $p<0,05$.

Нису добијене статистички значајне корелације између процене стручњака о задовољству интимношћу и процењиваних детерминанти проблема у понашању, осим са проблемима у понашању изазваним материјалним факторима где је добијена статистички значајна негативна корелација ($r=-0,195$; $p<0,05$). Задовољство квалитетом живота по питању безбедности на основу процене стручњака је у статистички значајној негативној корелацији са свим детерминантама проблема у понашању осим уколико су узроковани намером да се привуче пажња.

Резултати повезаности субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота по питању материјалног благостања и детерминантама проблема у понашању особа са ИО и процене стручњака се подударају. Ни у резултатима

субјективне, ни у резултатима процене стручњака у категорији материјалног благостања није забележена статистичка значајност корелација што указује на то да материјално благостање и детерминанте проблема у понашању особа са ИО нису повезани.

Процена стручњака и субјективна процена задовољства квалитетом живота по питању емоционалног благостања и њихове корелације са детерминантама проблема у понашању се такође подударају. Резултати показују да постоји статистички значајна негативна корелација између наведених варијабли.

Проценом стручњака задовољство квалитетом живота особа са ИО је у негативној корелацији са присуством стреса изазваног различитим факторима. Високо статистички значајне негативне корелације ($p < 0,01$) су добијене између свих области квалитета живота особа са ИО и стреса, осим у области материјалног благостања, што се подудара са резултатима добијеним на субјективној скали.

Корелације између процене стручњака о задовољству животом особа са ИО и агресивности указују на то да су у свим областима квалитета живота присутне високо статистички значајне негативне корелације ($p < 0,01$), осим у областима материјалног благостања и интимности, односно осећаја присности и пријатељства. Једино је добијена статистички значајна негативна корелација између материјалног благостања и непријатељске агресије ($r = -0,203$; $p < 0,05$). Ови резултати се разликују од резултата претходне табеле у којој су приказани резултати на основу субјективних одговора испитаника који показују да се код особа са ИО услед субјективног осећаја недостатка пријатељства испољавају одређени облици агресије.

Табела 52. Корелације резултата процене стручњака о *задовољству животом* са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу на нивоу целокупног узорка

	мат.	здр.	прод.	инт.	безб.	полож.	емоц.
QABF пажња.	-0,088	-0,222*	-0,343**	-0,091	-0,164	-0,229*	-0,252**
QABF бекство.	-0,136	-0,247**	-0,384**	-0,099	-0,224*	-0,298**	-0,318**
QABF несоц.	-0,143	-0,304**	-0,328**	-0,026	-0,193*	-0,242**	-0,362**
QABF физички	-0,135	-0,292**	-0,416**	-0,121	-0,209*	-0,332**	-0,368**
QABF материј.	-0,116	-0,357**	-0,484**	-0,195*	-0,182*	-0,409**	-0,316**
QABF укупно	-0,134	-0,313**	-0,442**	-0,121	-0,215*	-0,332**	-0,355**
СТРЕС субјект.	-0,180	-0,289**	-0,248**	-0,301**	-0,302**	-0,293**	-0,378**
СТРЕС проц.стр.	-0,081	-0,219*	-0,329**	-0,241**	-0,273**	-0,331**	-0,323**
АГР Проблем	-0,155	-0,275**	-0,344**	-0,117	-0,286**	-0,273**	-0,276**
АГР провокац.	0,046	0,077	-0,061	0,084	-0,066	0,039	0,018
АГР вербална	-0,141	-0,251**	-0,344**	-0,145	-0,292**	-0,282**	-0,277**
АГР булинг	-0,064	-0,210*	-0,333**	-0,033	-0,232*	-0,203*	-0,151
АГР прикривена	-0,088	-0,222*	-0,343**	-0,091	-0,164	-0,229*	-0,252**

АГР_непријатељска	-0,136	-0,247**	-0,384**	-0,099	-0,224*	-0,298**	-0,318**
АГР физичка	-0,143	-0,304**	-0,328**	-0,026	-0,193*	-0,242**	-0,362**

Напомена: ** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Субјективни доживљај важности појединих области квалитета живота особа са ИО, такође је у статистички значајној негативној корелацији са проблемима у понашању, стресом и агресивношћу. Резултати приказани у Табели 53 показују да субјективни доживљај важности материјалног благостања и безбедности нису у статистички значајној корелацији са детерминантама проблема у понашању. Статистички значајне негативне корелације добијене су између придавања важности здрављу и избегавања одређене ситуације као детерминанте проблема у понашању ($r = -0,192$, $p < 0,05$) и на нивоу статистичке значајности $p < 0,01$ проблема у понашању услед несоцијалног ($r = -0,239$) и материјалног фактора ($r = -0,292$).

У анализи резултата корелације између придавања важности личној продуктивности и различитих детерминанти проблема у понашању статистички значајне негативне корелације добијене су између поменуте варијабле и проблема у понашању услед потребе за бекством из појединих ситуација ($r = -0,202$, $p < 0,05$), а на нивоу статистичке значајности $p < 0,01$ између поменуте варијабле и проблема у понашању услед несоцијалних фактора ($r = -0,239$); материјалних фактора ($r = -0,380$) и укупних резултата на *Упитнику о функцијама понашања* ($r = -0,250$).

Доживљај важности квалитета живота у области интимности, је у високо статистички значајној негативној корелацији са материјалним фактором проблема у понашању ($r = -0,315$, $p < 0,01$), као и придавање важности друштвеном положају ($r = -0,310$, $p < 0,01$) и емоционалном благостању ($r = 0,254$, $p < 0,01$). Придавање важности емоционалном благостању је такође, у статистички значајној негативној корелацији са избегавањем одређене ситуације као детерминанте проблема у понашању ($r = -0,220$, $p < 0,05$) и несоцијалним факторима ($r = 0,225$, $p < 0,05$). Резултати добијени проценом субјективног доживљаја важности испитиваних области квалитета живота не показују статистички значајну повезаност са

субјективним доживљајем стреса испитаника.

Статистички значајна негативна корелација добијена је између интензитета агресивности особа са ИО и субјективног доживљаја важности квалитета продуктивности ($r=-0,210$, $p<0,05$) и емоционалног благостања ($r=-0,228$, $p<0,05$). Између вербалне агресије и субјективног доживљаја важности квалитета продуктивности ($r=-0,277$), и емоционалног благостања ($r=-0,261$), постоје негативне корелације статистичке значајности $p<0,01$; док су негативне корелације статистичке значајности $p<0,05$ добијене са варијаблом здравља ($r=-0,205$), интимности ($r=-0,182$) и друштвеног положаја ($r=-0,189$). Негативне статистички значајне корелације добијене су између отвореног испољавања непријатељства и субјективног доживљаја важности квалитета живота у области продуктивности ($r=-0,183$, $p<0,05$) и емоционалног благостања ($r=-0,250$, $p<0,01$).

Табела 53. Корелације резултата *субјективног доживљаја важности* квалитета живота са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу на нивоу целокупног узорака

	мат.	здр.	прод.	инт.	безб.	полож.	емоц.
QABF пажња.	-0,132	-0,081	-0,128	-0,116	-0,003	-0,067	-0,101
QABF бекство.	-0,167	-0,192*	-0,202*	-0,128	-0,086	-0,143	-0,220*
QABF несоц.	-0,179	-0,239**	-0,239**	-0,090	-0,097	-0,175	-0,225*
QABF физички	-0,164	-0,112	-0,165	-0,117	-0,052	-0,160	-0,167
QABF материј.	-0,155	-0,292**	-0,380**	-0,315**	-0,151	-0,310**	-0,254**
QABF укупно	-0,175	-0,198*	-0,250**	-0,182	-0,093	-0,193*	-0,231*
СТРЕС субјект.	-0,174	-0,162	-0,110	-0,083	-0,064	-0,078	-0,181

СТРЕС проц.ст.	-0,028	-0,018	-0,210*	-0,109	0,075	0,047	0,004
АГР проблем	-0,058	-0,150	-0,210*	-0,146	-0,118	-0,142	-0,228*
АГР провокац.	0,004	0,168	0,239**	0,217*	0,117	0,171	0,165
АГР вербална	-0,033	-0,205*	-0,277**	-0,182*	-0,144	-0,189*	-0,261**
АГР булинг	-0,057	-0,054	-0,157	-0,062	-0,082	-0,090	-0,150
АГР прикривена	-0,038	-0,105	-0,120	-0,105	-0,098	-0,117	-0,173
АГР непријатељска	-0,062	-0,155	-0,183*	-0,174	-0,128	-0,145	-0,250**
АГР_ физичка	-0,146	-0,174	-0,166	-0,062	-0,075	-0,080	-0,165

Напомена: ** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

На основу процене стручњака о доживљају важности квалитета појединих области живота особа са ИО добијене су негативне корелације високе статистичке значајности ($p < 0,01$) између различитих детерминанти проблема у понашању и доживљаја важности квалитета здравља ($r = -0,288$), продуктивности ($r = -0,304$), безбедности ($r = -0,265$), емоционалног благостања ($r = -0,315$) и друштвеног положаја ($r = -0,204$, $p < 0,05$).

Корелације између процене стручњака о доживљају важности испитиваних категорија квалитета живота и објективне процене присуства стреса код испитаника нису статистички значајне, осим добијене статистички значајне негативне корелације између процене стручњака о доживљају важности продуктивности и присуства стреса ($r = -0,197$, $p < 0,05$).

На основу објективних процена запослених и придавању важности појединим областима квалитета живота и анализе повезаности различитих облика агресивности приказаних у Табели 54 уочавамо да се статистички значајне

негативне корелације најфреквентније испољавају између доживљаја важности квалитета безбедности и емоционалног благостања и свих облика агресивности. Резултати указују на статистички значајну негативну корелацију између физичке агресије и објективне процене доживљаја важности квалитета здравственог стања ($r=-0,197$), као и вербалне агресије ($r=-0,237$, $p<0,01$), булинга ($r=-0,215$, $p<0,05$) и непријатељства ($r=-0,202$, $p<0,05$) са резултатима објективне процене доживљаја важности квалитета живота у области продуктивности. Вербална агресија ($r=-0,198$, $p<0,05$) и непријатељство ($r=-0,210$, $p<0,05$) су у статистички значајној негативној корелацији са резултатима у области квалитета живота који се односи на интимност. Сви облици агресивности су у статистички значајној негативној корелацији са резултатима објективне процене доживљаја важности квалитета живота испитаника у области емоционалног благостања.

Табела 54. Корелације резултата процене стручњака о *важности* квалитета живота са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу на нивоу целокупног узорка

	мат.	здр.	прод..	инт.	безб.	полож.	емоц.
QABF пажња	-0,150	-0,168	-0,219*	-0,084	-0,151	-0,073	-0,193*
QABF бекство	-0,145	-0,236*	-0,213*	-0,121	-0,236*	-0,144	-0,265**
QABF несоц.	-0,032	-0,288**	-0,231*	-0,123	-0,266**	-0,122	-0,261**
QABF физички	-0,238**	-0,253**	-0,274**	-0,162	-0,221*	-0,248**	-0,332**
QABF материј.	-0,067	-0,340**	-0,421**	-0,265**	-0,287**	-0,339**	-0,338**
QABF укупно	-0,153	-0,288**	-0,304**	-0,175	-0,265**	-0,204*	-0,315**
СТРЕС субјект.	-0,242*	-0,213*	-0,202*	-0,221*	-0,197*	-0,142	-0,252**

СТРЕС_ проц.ст.	-0,176	-0,129	-0,197*	-0,181	-0,178	-0,114	-0,142
АГР проблем	-0,023	-0,169	-0,236**	-0,164	-0,259**	-0,099	-0,284**
АГР провока.	0,072	0,094	0,087	0,154	0,132	0,188*	0,163
АГР верб.	0,039	-0,154	-0,237**	-0,198*	-0,244**	-0,139	-0,282**
АГР булинг	-0,019	-0,149	-0,215*	-0,032	-0,231*	-0,005	-0,213*
АГР прикриена	0,000	-0,161	-0,151	-0,143	-0,228*	-0,068	-0,205*
АГР непријатељска	-0,134	-0,139	-0,202*	-0,210*	-0,221*	-0,130	-0,329**
АГР_ физичка	0,007	-0,197*	-0,173	-0,061	-0,237**	-0,058	-0,197*

Напомена: ** p<0,01

* p<0,05

У Табели 55 приказани су резултати корелација између осећаја задовољства и доживљаја важности квалитета живота са различитим детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу на нивоу целокупног узорка. Резултати приказани у Табели 55 показују да постоји статистички значајна негативна корелација између субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота особа са ИО и свих категорија обухваћених коришћеним скалама. Са овим резултатима подударају се и резултати објективног запажања запослених када је реч о повезаности задовољства животом особа са ИО и свих набројаних категорија у области детерминанти проблема у понашању, стреса и агресије. Све корелације су негативне и високо статистички значајне ($p<0,01$).

Из табеле 55 уочавамо да је добијена статистички значајна негативна корелација између субјективног доживљаја важности са детерминантама проблема у понашању, осим са намером да се привуче нечија пажња. Између објективног

доживљаја запослених о придавању важности процењиваним областима квалитета живота од стране испитаника и детерминантама проблема у понашању добијене су статистички значајне негативне корелације. Корелације субјективног доживљаја важности квалитета живота и стреса код испитаника нису статистички значајне, док је корелација између објективног запажања запослених о придавању важности процењиваним областима квалитета живота од стране испитаника са присуством стреса код испитаника негативна и статистички значајна.

На нивоу резултата целокупног узорка, између субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота, објективног запажања његовог присуства и свих облика агресивности добијене су статистички високо значајне негативне корелације. Анализирајући резултате целокупног узорка субјективно придавање важности испитиваним областима квалитета живота и објективно запажање о придавању важности квалитету живота су у статистички значајним негативним корелацијама са вербалном агресивношћу и непријатељством, док је објективно запажање о придавању важности још и у статистички значајној негативној корелацији са прикривеном агресијом.

Табела 55. Корелације субјективног доживљаја испитаника и процене стручњака о задовољству квалитетом живота и придавањем важности процењиваним областима квалитета са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу на нивоу целокупног узорка (целокупни скорови четири процене квалитета живота)

	задовољство		важност	
	субјективни доживљај	процена стручњака	субјективни доживљај	процена стручњака
QABF_пажња	-0,226*	-0,277**	-0,131	-0,208*
QABF_бекство	-0,271**	-0,340**	-0,237*	-0,271**
QABF_несоцијално	-0,255**	-0,317**	-0,262**	-0,258**
QABF_физички	-0,236*	-0,373**	-0,197*	-0,350**
QABF_материјално	-0,285**	-0,413**	-0,391**	-0,409**
QABF_укупно	-0,289**	-0,381**	-0,277**	-0,340**

СТРЕС_субјективни	-0,422**	-0,389**	-0,177	-0,299**
СТРЕС_објективни	-0,244**	-0,353**	-0,052	-0,224*
АГР_ПРОБЛЕМ	-0,370**	-0,341**	-0,221*	-0,240**
АГР_ПРОВОКАЦИЈА	0,104	0,025	0,228*	0,179
АГР_вербална	-0,454**	-0,342**	-0,272**	-0,234*
АГР_булинг	-0,238*	-0,246**	-0,137	-0,165
АГР_прикривена	-0,296**	-0,256**	-0,158	-0,183*
АГР_непријателство	-0,307**	-0,312**	-0,229*	-0,271**
АГР_физичка	-0,311**	-0,290**	-0,181	-0,175

Напомена: ** p<0,01

* p<0,05

ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧЦИ

8. ДИСКУСИЈА

8.1. Квалитет живота

Један од циљева истраживања је био утврђивање природе односа квалитета живота и типа становања особа са ИО. На основу овог циља дефинисана је прва хипотеза која гласи:

Особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у породичном окружењу и у стационарним установама.

На основу статистичке анализе утврђено је да тип становања остварује статистички значајан утицај на субјективни доживљај задовољства и придавање важности у свим испитиваним областима квалитета живота испитаника, док старост испитаника нема значајан утицај. Резултати процене субјективног доживљаја испитаника у категорији задовољства и важности испитиваних области квалитета живота подударају се са резултатима процене запосленог особља које пружа подршку испитаницима о њиховом задовољству и истицању важности појединих области квалитета живота.

Резултати нашег истраживања које смо добили применивши *Свеобухватну скалу за процену квалитета живота особа са интелектуалном ометеношћу* показују да у областима материјалног благостања, продуктивности, интимности, положаја у заједници и емоционалног благостања постоје значајне разлике у квалитету живота особа са ИО које живе у различитим типовима становања.

У области материјалног благостања резултати показују повезаност са типом становања, особе које станују ван институције имају бољи материјални статус у односу на оне који станују у институцији. Резултати показују да су материјални приходи испитаника који станују у институцији на најнижем нивоу, а испитаници који живе са својим породицама имају најбоље резултате у односу на остале две групе.

Испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку остварују статистички значајно бољи квалитет живота у области продуктивности, у варијаблама радног ангажовања и организације слободног времена у односу на испитанике из остале две групе.

Разлике у квалитету живота испољиле су се и у области интимности; испитаници који станују ван институције чешће имају подршку од стране људи из окружења када су тужни и прилику да заједнички са неким из окружења реализују активности које су замислили. Према процентуалним резултатима, испитаници који станују у институцији чешће разговарају са својим пријатељима у односу на остала два подузорка.

На основу процентуалних резултата и статистичке анализе добијамо податак да испитаници који станују ван институције имају статистички значајно боље резултате по питању положаја у заједници у односу на испитанике који станују у институцији. Посете рођацима или пријатељима и одласци на спортске утакмице испитаници који станују у породицама значајно чешће остварују у односу на остала два подузорка. Испитаници из програма становања уз подршку се статистички значајно чешће баве неким спортом и одлазе цркву у односу на остала два подузорка. У осталим процењеним ситуацијама као што су: припадност неком клубу, групи или удружењу, одласци у хотел, кафић или посластичарницу, разговори са комшијама, одласци у биоскоп или позориште између испитаника који живе ван институције нема статистички значајне разлике, али у односу на испитанике који станују у институцији добијена је статистички значајна разлика. Овакав резултат наводи нас на закључак да особе са ИО које станују ван институције имају значајно већу могућност избора и интензивније су укључене у друштвене догађаје у односу на оне који живе у институцији.

По питању емотивног благостања добијене су статистички значајне разлике између испитаника који станују ван институције у односу на оне који станују у институцији. У варијабли немотивисаности да устану из кревета и започну нови дан, процентуални приказ резултата показује да је ова појава мање заступљена код испитаника који су у програму становања уз подршку, а статистичком обрадом резултата добијене су статистички значајне разлике између наведеног подузорка у односу на подузорке испитаника из институције и породица. Могућност

остваривања личних жеља је значајно већа код испитаника који станују ван институције.

Статистички значајне разлике у квалитету живота особа са ИО које станују у различитим типовима становања нису добијене у области здравља и у области доживљаја безбедности на месту где станују.

Према резултатима нашег истраживања испитаници који су у програму становања уз подршку су задовољнији животом у односу на испитанике из остала два подузорка. Испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку испољавају статистички значајно веће задовољство у односу на испитанике у институцији у свим областима квалитета живота и у субјективним проценама и у проценама стручњака (запосленог особља). Области квалитета живота у којима испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку испољавају веће задовољство у односу на оба подузорка су: продуктивност, безбедност и положај у заједници. У областима материјалног благостања, здравља и емоционалног благостања статистички значајна разлика је остварена само између резултата испитаника из програма становања уз подршку и испитаника из институције, док између резултата испитаника који станују ван институције нема статистички значајних разлика у задовољству квалитетом живота у овим областима.

Нема статистички значајних разлика у томе колико испитаници придају важност материјалним стварима без обзира на услове живота и тип становања. У осталим областима квалитета живота, у субјективним проценама и у проценама стручњака, статистички значајна разлика се испољила у резултатима испитаника који живе ван институције у односу на испитанике у институцији. Испитаници који станују ван институције значајно више придају важност областима квалитета живота обухваћених истраживањем. Између резултата испитаника који су у програму становања уз подршку и са својим породицама нема статистички значајне разлике између придавања важности различитим областима квалитета живота.

Свеобухватном проценом субјективног задовољства квалитетом живота испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку, на основу резултата нашег истраживања, показују статистички значајно веће задовољство у односу на остале подузорке. На основу укупних резултата процене испољавања

задовољства квалитетом живота између испитаника који станују са породицама и у институцији нема значајне разлике, док су резултати субјективног доживљаја и процене стручњака о придавању важности процењиваним областима квалитета живота статистички значајно већи код испитаника који живе ван институције у односу на оне који живе у институцији.

Брамстон, Чипуер и Прити су 2005. године радили истраживање које је поредило резултате процене задовољства квалитетом живота добијене у групи особа са ИО и групи особа из опште популације (Bramston, Chipuer, Pretty, 2005). Особе са ИО показују значајно веће задовољство својим здрављем, док значајно мање задовољство показују у области приватности и социјалне укључености и односу на контролну групу. По питању важности особе са ИО придају мањи значај свим категоријама квалитета живота обухваћених упитником, осим у категорији материјалног благостања где показују исте резултате као и контролна група. Социјална подршка и квалитет интерперсоналних односа могу бити предуслови за осећај задовољства у категоријама здравља и материјалног благостања и у групи испитаника са ИО и у групи опште популације. Слично истраживање радили су Дувдеван и Арап 2004. године и долазе до закључка да су пријатељски односи и активности са пријатељима уско повезани са субјективним осећајем квалитета живота особа са ИО (Duvdevany & Arap, 2004). Пријатељство је суштина квалитета живота за већину људи (Cummins & Lau, 2004). Поредећи ове резултате са резултатима нашег истраживања ова тврдња се потврђује, јер испитаници који живе ван институције имају већи број контакта са пријатељима и породицом, учествују у разним друштвеним активностима и чланови су појединих друштвених група и удружења, показују и боље резултате и веће задовољство по питању квалитета живота.

Сличне резултате добили су и аутори у Шпанији где је уз помоћ *Скале за процену задовољства животом (Satisfaction with Life Scale, SWLS)* рађено истраживање у оквиру којег је процењено задовољство квалитетом живота особа са ИО у различитим типовима становања. Резултати су показали да су особе са ИО које живе у институцији имале нижи ниво задовољства животом у поређењу са испитаницима који живе у отвореној заједници. У областима које се односе на контакте са друштвеном средином и радним ангажовањем, испитаници који

станују изван институције су показивали значајно виши ниво задовољстава животом у односу на испитанике који станују у институцији (Lucas-Carrasco, Salvador-Carulla, 2012).

У Хрватској је рађено истраживање чији је основни циљ био утврђивање фактора који одређују објективна обележја квалитета живота одраслих особа са ИО у зависности од услова живота у институцији или породици. За процену квалитета живота испитане су следеће области: учешће појединаца у свакодневним активностима, активности самопослуживања, слободно време и радне активности у заједници, социјални контакти са родбином, пријатељима и комшијама и могућности остваривања приватности у свом животном окружењу. Резултати показују да особе које живе са својим породицама у целини имају бољи квалитет живота. Међутим, студија такође показује да особе које живе са породицама имају ограничен степен социјалних интеракција и учешћа у заједници (Братковић, 2002).

У истраживању које је рађено у нашој земљи, а којим се испитао квалитет живота на узорку деце са ИО и деце са аутизмом, такође су добијени резултати да су веома ретке социјалне ситуације у којима ова деца остварују контакте са другим особама из локалне заједнице. Ово истраживање такође показује да испитаници веома ретко учествују на спортским и културним манифестацијама и да је присутан дефицит у њиховој мобилности (Глумбић, Бројчин, 2006).

Хрњица истиче да су дефицит социјалних интеракција и упућеност на мали број, најчешће одраслих људи, чести проблеми са којима се суочавају деца са посебним потребама. Пошто немају поверења у средину, она не могу да задовоље своју основну потребу за сигурношћу, припадањем и љубављу. Када су одбачена, ова деца се повлаче или су склона да реагују импулсивно и агресивно. Када су прихваћена и вољена снажно се емоционално везују (Хрњица, 1997).

У многобројним истраживањима, у којима су процењивани резултати деинституционализације, упућује се на позитивне промене у погледу квалитета живота особа са ИО (Ager et al., 2001; Felce, Emerson, 2001; Mansell et al., 2001; O'Brien, et al., 2001). У студији која је спроведена на Новом Зеланду праћени су ефекти деинституционализације код 54 одрасле особе са ИО (O'Brien et al., 2001). Подручја у којима су уочене најпозитивније промене након преласка из

институције у заједницу су вештине самопомоћи и социјалне вештине. Резултати неких истраживања показују да се код особа са ИО, након деинституционализације, мења начин коришћења слободног времена, па тако Фелче и Емарсон у своме раду упозоравају на то да је проценат времена у којем су особе са ИО заокупљене активностима генерално већи (Felce, Emerson, 2001). Резултати нашег истраживања се подударају са резултатима наведеног истраживања по питању припадности испитаника некој групи (клубу, удружењу, организацији...), подручје које је у оквиру коришћеног мерног инструмента обухваћено облашћу: *Положај у заједници*. Према резултатима нашег истраживања испитаници који су у програму становања уз подршку имају највећи ниво припадности и укључености у друштвену заједницу. На основу резултата нашег истраживања можемо да закључимо да је са порастом самосталности већи ниво могућности укључивања у друштвену заједницу. Наши резултати показују да од понуђених активности, као различитих могућности избора за реализацију слободног времена, особе са ИО које су у програму становања уз подршку имају највећу могућност избора и најзаступљеније су у обављању тих активности у односу на остала два подузорка испитаника. Као и у истраживању из Хрватске резултати показују да, што је већи ниво самосталности, то је већа могућност избора и остваривања избора (Братковић, 2002).

У нашој земљи је рађено истраживање које је имало за циљ да утврди да ли постоји повезаност између нивоа социјалне партиципације, нивоа социјалне компетентности и мера квалитета живота особа са ИО. Резултати који су добијени овим истраживањем показују да степен задовољства условима живота, односно субјективна перцепција квалитета живота испитаника, статистички значајно зависи од степена партиципације испитаника у животу заједнице и могућности за остварење односа са различитим социјалним ресурсима (Петровић, Стојисављевић, Новак, Лукић, 2007). Резултати овог истраживања се такође подударају са резултатима нашег истраживања које смо добили користећи *Свеобухватну скалу за процену квалитета живота* и показују да испитаници који су у програму становања уз подршку имају бољи квалитет живота у области друштвеног положаја и показују веће задовољство квалитетом живота у тој области у односу на остала два подузорка испитаника.

На основу налаза, које су Макдевит, Смит, Шмид и Роузен добили из интервјуа 18 особа, које су прешле из институције у програм становања уз подршку добијамо увид у проблеме са којима се те особе сусрећу током прилагођавања и функционисања у широј друштвеној заједници. Подаци указују на то да особе са ИО имају тешкоће са управљањем сопственим финансијама и планирањем буџета, да не користе телефон за остваривање и одржавање друштвених интеракција, да имају ограничења у прилагођавању на међуљудске односе, да имају тешкоће у интеракцији са ауторитативним личностима, итд. Макдевит и сарадници су такође истакли да ће већина особа са ИО сопствени недостатак социјализације пре приписати проблемима средине него њиховим личним неспособностима (McDevitt, Smith, Schmidt, Rosen, 1978). Наведени проблеми на које наилазе испитаници овог истраживања су управо вештине које су неопходне да би се остварио успешан ниво постигнућа у областима: живот у заједници, друштвена активност и одговорност, а наведене области су се истакле значајним за субјективни доживљај задовољства квалитетом живота и за наш узорак истраживања.

Истаживање Фелчеа и сарадника (Felce et al., 2003) показало је да су разлике у односу особља према корисницима биле у вези с израженим ступњем проблема у понашању корисника, условима становања и врстама подршке. Активност корисника била је у вези са адаптивним понашањем и са добијеном пажњом од стране особља, али не и са ресурсима. У студији коју су радили Пери и сарадници (Perry et al., 2005) пронађено је да су способност корисника и пажња особља повезани са субјективном доживљајем квалитета живота. Аутори су такође пронашли значајну варијабилност квалитета стамбених услуга и тенденције да квалитет живота испитаника зависи од њиховог нивоа способности.

Бројне студије у којима је поређен живот у институцији са животом у заједници у Великој Британији показују да услуге засноване у заједници имале боље резултате по питању квалитета живота од оних у институционалним службама. Емерсон и Хатон (Emerson & Hatton, 1994) су прегледали 71 рад објављен између 1980. и 1993. године у којима су испитани ефекти деинституционализације у Великој Британији и Ирској. У пет од шест области (компетентност и лични раст, проблеми у понашању, друштвена укљученост,

радно ангажовање и контакт са особљем), већина студија је показала позитивне ефекте; осим у једној области, а то су проблеми у понашању. У области понашања највећи број студија не показују никакву промену након деинституционализације у односу на период живота у институцији.

Јанг и сарадници (Young et al., 1998), су разматрали 13 аустралијских студија о ефектима деинституционализације особа са ИО, објављених између 1985. и 1995. године, резултати су показали сличан образац као и у анализи Емерсона и Хатона. У шест од девет области (адаптивно понашање, задовољство испитаника, друштвена укљученост, контакт са породицом/пријатељима, интеракције са особљем и задовољство родитеља), већина студија показује позитивне ефекте. У три процењиване области: проблеми у понашању, прихватање од стране заједнице и здравље/морталитет, већина студија не показује разлику у односу на испитанике који живе у институцији.

Козма, Менсел и Бидл-Браун (Kozma, Mansell, and Beadle-Brown, 2009) прегледали су 67 радова објављених између 1997. и 2007. године који проценују ефекат деинституционализације особа са ИО. У седам од десет подручја (друштвена укљученост, социјалне мреже и пријатељства, контакт са породицом, самоопређење, квалитет живота, адаптивно понашање, задовољство корисника и породице) код испитаника који су деинституционализовани дошло је до побољшања након преласка из институције у отворену заједницу.

Група аутора је радила преглед истраживања објављених у међународним научним часописима на енглеском језику у периоду између 1995. и 2005. године, која се односе на квалитет живота особа са ИО које су деинституционализоване (Walsh et al., 2010). Резултати анализираних истраживања показују да особе са ИО након деинституционализације остварују побољшање по питању вршења избора, самоопредељења, учешћа у друштвеним мрежама и активностима у заједници и личног задовољства друштвеном укљученошћу.

Политика деинституционализације је заснована на тврдњи да ће након пресељења из институција у отворену локалну заједницу доћи до побољшања квалитета живота особа ИО. Истраживања која указују на предности становања уз подршку су од велике важности, међутим, поређење нових искуства са искуствима из прошлости, испитивање утицаја актуелних друштвених трендова на животе

особа са ИО и истраживање варијација у резултатима поређењем ефеката различитих видова подршке и типова становања, такође је од великог значаја јер нам даје увид у карактеристике структурних и организационих фактора квалитетне услуге (Kozma et al., 2009).

Иако велики број студија дају више доказа о предностима деинституционализације и животу у заједници, ипак треба узети у обзир да резултати појединих истраживања указују на варијабилност у резултатима подршке засноване у заједници. Многа истраживања о квалитету живота особа са ИО након деинституционализације показују побољшања. Она која, иако их је у мањем броју, показују негативне резултате не смемо занемарити јер такви резултати могу помоћи да се идентификују фактори који су критични за унапређење квалитета живота особа са ИО. Чаудури и Бенсон (Chowdhury, & Benson, 2011) су радили анализу 15 студија које су показале опште побољшање квалитета живота особа са ИО након деинституционализације. Међутим, многе од студија су утврдиле да су побољшања у квалитету живота најистакнутија убрзо након пресељења и да су се зауставила после годину дана. Такође, код испитаника је и након деинституционализације присутан низак ниво интеграције у заједницу. Добијени су и подаци да здравствене потребе испитаника нису могле бити адекватно испуњене. Аутори наглашавају да би будућа истраживања исхода након деинституционализације особа са ИО и квалитета живота требало да узму у обзир ниво интелектуалне ометености и старости испитаника.

Група аутора је спровела истраживање у оквиру којег су радили процену адаптивног и маладаптивног понашања, животних вештина, социјалних вештина и квалитета живота, поредећи групу особа са ИО које су деинституционализоване са контролном групом испитаника који су остали да живе у институцији (Cullen, et al., 1995). Према резултатима њиховог истраживања током 30 месеци, у контролној групи није било промена у процењиваним областима, а у експерименталној групи није било промена или су биле скромне по обиму са тенденцијом да се јављају у року од шест месеци од деинституционализације. Након тог периода и минималних помака у процењиваним областима, није било даљих промена у виду побољшања. Већина аутора је утврдила значајне промене у понашању особа са ИО након пресељења из институције у отворену друштвену

заједницу (Heller, Factor et al., 1998; Hundert et al., 2003; Spreat et al., 1998; Stancliffe et al., 2002; Young & Ashman, 2004); међутим, поједини аутори су забележили погоршање у одређеним облицима понашања и пасивност (Nottestad, & Linaker, 1999, 2002).

Осим проблема у понашању, резултати појединих истраживања такође показују да постоје још два домена у којима се услугама заснованим у заједници не постижу бољи ефекти од услуга и подршке у институцијама, а то су употреба психотропних лекова и морталитет особа са ИО (Emerson & Hatton, 1994; Kim, 2001). Употреба психотропних лекова је уско повезана са проблемима у понашању (Matson et al., 2000). Ахмед и сарадници тврде да у систему подршке заснованој на друштвеној заједници не постоје потребни ресурси за адекватно реаговање у ситуацијама испољавања проблема у понашању особа са ИО, што често доводи до претеране употребе психотропних лекова. Истраживање је такође показало да употреба психотропних лекова може бити знатно смањена уколико се у систему подршке обезбеде адекватни клинички и средински услови (Ahmed et al., 2000). Институције су имале веома високу стопу морталитета особа са ИО (Rothman & Rothman, 2005). Сатерленд и сарадници истичу да повећана смртност може бити последица карактеристика стања особа са ИО и није нужно повезано са типом становања (Sutherland, Couch, & Iacono, 2002). Слична искуства и резултати добијени су у истраживањима која су реализована у разним земљама са различитим моделима и системима заштите и социјално-економским карактеристикама. Иако студије долазе из само неколицине земаља, резултати указују на то да програм становања уз подршку морамо посматрати као комплексан вид подршке особама са ИО у складу са географским подручјем, друштвено-културним, политичким и економским контекстом државе (Freyhoff et al., 2004; Mansell et al., 2007). Процес деинституционализације је далеко од потпуног; институције и даље постоје у многим земљама, а имплементација облика подршке особама са ИО, који се темеље на приступу заснованом на друштвеној заједници, представља озбиљан изазов у контексту друштвених и економских промена (Bigby, 2004; Emerson, 2004; Fujiura & Parish, 2007; Mansell, 2006).

На основу резултата нашег истраживања можемо да закључимо следеће:

- тип становања особа са ИО остварује значајан утицај на доживљај задовољства квалитетом живота и придавање важности његове остварености у појединим областима,

- особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у институцији,

- осећај задовољства квалитетом живота је повезан са типом становања особа са ИО,

- особе са ИО које су у програму становања уз подршку су задовољније појединим областима квалитета живота у односу на испитанике из остала два подузорка,

- придавање важности различитим областима квалитета живота је такође повезано са типом становања особа са ИО,

- особе са ИО које станују ван институције више придају важност квалитету живота у односу на особе које станују у институцији.

- без обзира на услове живота и тип становања нема разлике у томе колико испитаници придају важност материјалним стварима,

- квалитет живота и тип становања повезани су са субјективним придавањем важности разним сегментима квалитета живота и осећајем задовољства због њихове остварености,

- доживљај важности и задовољства због постојања могућности реализације одређених активности са људима изван средине у којој испитаници живе повезано је са типом становања,

- друштвена припадност особа са ИО повезана је са типом становања; особе које су обухваћене програмом становања уз подршку су у већој мери укључене у друштвени живот и одређене друштвене групе у односу на остале две групе испитаника.

8.2. Проблеми у понашању и агресија

Друга хипотеза нашег истраживања је:

Интензитет и појавни облици проблема у понашању особа са ИО зависе од типа становања.

Већина студија је показала да деинституционализација доводи до општег побољшања у квалитету живота особа са ИО, поготово у могућности избора и адаптивног понашања. Међутим, уобичајени аргумент против деинституционализације су варијације у резултатима у области проблема у понашању (Lemaу, 2009).

У неким студијама је регистровано значајно смањење проблема у понашању особа са ИО које су се преселиле из институције у заједницу, већи број ипак није открио промену, а неке су чак откриле повећање проблема у понашању након деинституционализације. Поједини аутори су истакли да су, иако је ниво проблематичног понашања остао исти, открили промене у природи проблематичног понашања након пресељења (Golding, Emerson, & Thornton, 2005; Young, 2006; Young, & Ashman, 2004). Ким и сарадници (Kim et al., 2001) су у свом прегледу америчких истраживачких студија између 1980. и 1998. године, добили резултате да је у само три од 12 студија регистровано побољшање у области проблема у понашању код деинституционализованих особа са ИО у односу на испитанике који су остали у институцији. У две студије је установљено погоршање проблема у понашању, која нису била статистички значајна, док се у преосталим студијама није показала значајна промена. Од 25 лонгитудиналних студија које су прегледали поменути аутори у 10 студија су регистрована побољшања по питању проблема у понашању (у шест студија промене су статистички значајне), док је у шест студија пронађено повећање нивоа проблема у понашању након деинституционализације (у две студије промене су биле статистички значајне). Евидентирани су разни појавни облици проблема у понашању код особа са ИО изазвани различитим факторима. Однос између проблема у понашању који настају као последица потребе да се привуче пажња

окружења подједнако су изражени у институцијама и у заједници (Hundert et al., 2003).

Супротно овим тврдњама Симонс истиче да постоји битна разлика између фактора који утичу на испољавање проблема у понашању и оних који су потребни да се такво понашање одржи (Symons, 2005). Симонс тврди да фактори средине могу утицати на учесталост проблема у понашању као што је, на пример, самоповређивање. Неки аутори који подржавају значај утицаја фактора животног окружења на испољавање проблема у понашању тврде да особље запослено у пружању услуга становања уз подршку мора имати обуку за адекватно поступање у ситуацијама испољавања проблема у понашању корисника (Felce, et al., 2000.; Young, Ashman, 2004). Многи други аутори имају сличан став по питању утицаја фактора животног окружења на понашање особа са ИО, где се као кључни фактори у смањењу проблема у понашању истичу оптимализација стамбених услова, ставова запосленог особља, адекватна обука особља, индивидуализација у приступу корисницима и задовољство корисника својом животном ситуацијом (Burchard, 1999; Nord, Wieseler, Hanson, 1998; Wolfensberger, 1998; Widrick et al., 1997).

Резултати нашег истраживања показују да између подузорака испитаника у зависности од типа становања постоје статистички значајне разлике у детерминантама проблема у понашању: привлачење пажње, жеље да се побегне од одређене ситуације, несоцијални мотиви, материјални мотиви – жеља да се нешто узме или добије. У подузорку испитаника који су у програму становања уз подршку утицај детерминанти проблема у понашању је статистички значајно мање испољен у односу на остала два подузорка, док испитаници који живе у породицама и у институцији имају сличне резултате. Разлика се уочава једино у варијабли која се односи на материјални узрок проблема у понашању, испитаници који живе ван институције значајно мање испољавају проблематично понашање услед материјалног узрока од испитаника у институцији.

Према резултатима нашег истраживања старост испитаника нема статистички значајан утицај на детерминанте проблема у понашању, док тип становања има статистички значајан утицај на овај показатељ.

Матсон и Боисјоли су 2007. године радили студију која је имала за циљ да истражи могуће обрасце више варијабли које утичу на проблеме у понашању и поузданост *QABF* у идентификовању, не само основне, већ и секундарне функције понашања (Matson, Boisjoli, 2007). На основу добијених резултата уочава се висока корелација скорова скале за бекство и агресивног понашања које подстичу више фактора и умерена корелација материјалних фактора са агресивним понашањем и самоповређивањем. Ови резултати се делимично подударају са резултатима нашег истраживања у смислу значаја материјалног фактора за испољавање проблематичног понашања код испитаника који станују у институцији. У својој студији, Матсон и Боисјоли истичу да су проблеми у понашању подстицани дејством више фактора и да се у различитим истраживањима израженост дејства тих фактора разликује у зависности од многих утицаја као што су средински фактори, едукација, социјалне интеракције и др. У наведеном истраживању обухваћено је 88 одраслих особа са ИО из великих државних центара који пружају смештај и услуге подршке особама са различитим степеном ИО у југоисточном региону САД. Уз помоћ *Упитника за процену функција понашања* (*QABF*), регистровано је 122 различитих облика понашања од којих су 53 била класификована као агресија, а 69 као самоповређивање. За агресију учесталост идентификованих фактора проблема у понашању је била следећа: бекство као најизраженији фактор (43,5%), материјални фактори (26,1%), привлачење пажње (17,4%), физички фактори (8,7%) и несоцијални (4,3%). За самоповређивање променљива са највишом фреквенцијом је била несоцијални фактор (41,2%), бекство (20,6%), привлачење пажње и физички фактор (14,7%) и материјални фактори (8,8%). Од 122 различитих идентификованих проблема у понашању, 65 су идентификовани као проблеми у понашању на које утичу више фактора. Од тога, највећи проценат (27%) су подстицани утицајем два фактора, 22% су подстицани утицајем по три фактора, 8% је подстицано утицајем четири фактора, а такође 8% под утицајем свих пет фактора (бекство, материјални фактори, привлачење пажње, физички фактори, материјални фактори).

Матсон и сарадници (2011) су радили анализу резултата студија које се односе на процену узрока проблема у понашања особа са ИО. На основу анализе студија може да се препозна образац утицаја одређених фактора на проблеме у

понашању особа са ИО. Самоповређивање је најчешће идентификовано због привлачења пажње (42 студије), затим бекства услед превише захтевне околине (40 студија), материјалног узрока (24 студије), жеље за самоћом, физичког и несоцијалног фактора (10 студија) и непознатих поткрепљења (четири студије). Агресивно понашање се најчешће манифестује због потребе за бекством из превише захтевног окружења (31 студија), затим материјалног фактора (16 студија), жеље да се буде сам, физичког и несоцијалног фактора (шест студија) и непознатих поткрепљења (једна студија). Најчешћи узроци беса су бекство услед превише захтевног окружења (девет студија), привлачење пажње (седам студија) и материјални фактор (три студије). У анализи студија фактори проблема у понашању који су били најчешће идентификовани су: пажња и бекство. Фактор проблема у понашању који је био трећи по учесталости је био материјални, иза којег следи жеља да се буде сам, физички, несоцијални фактор и непозната поткрепљења (Matson et al., 2011).

У нашем истраживању рађене су корелације између резултата субјективног осећаја задовољства квалитетом живота у свим категоријама које су обухваћене *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* и детерминанти проблема у понашању. Поредећи са резултатима истраживања Матсона и сарадника у нашем истраживању можемо да запазимо да су детерминанте проблема у понашању као што су намера да се избегне одређена ситуација, физички бол или непријатност и потреба за поседовањем одређеног материјалног објекта значајно повезане са смањеним задовољством квалитета живота у области продуктивности.

Према резултатима нашег истраживања можемо видети да, за разлику од типа становања који остварује значајан утицај на испољавање свих облика агресивности, старост не остварује статистички значајан утицај на испољавање агресивног понашања, осим на испољавање физичке агресивности. Резултати показују да са порастом старосне доби опада интензитет испољавања физичке агресивности.

Код испитаника који су у програму становања уз подршку резултати који показују интензитет испољавања различитих облика агресије и укупан скор резултата на скали за процену агресије, су статистички значајно мањи у односу на остала два подузорка. Између испитаника који живе у породицама и у институцији

нема статистички значајних разлика по питању интензитета било ког облика агресије и укупног скорa интензитета агресије.

На основу ових резултата можемо да закључимо да је интензитет изражености агресивног понашања повезан са типом становања и да је код испитаника који су у програму становања уз подршку агресивно понашање најмање изражено у односу на подзорке испитаника који станују са породицама или у институцији.

Испитивањем узрока агресивног понашања, добили смо резултате који указују на то да између особа са ИО без обзира на тип становања, нема статистички значајне разлике у заступљености изражавања проактивне и реактивне агресивности. Агресивно понашање испитаника се подједнако манифестује без обзира на узроке у различитим типовима становања.

На нивоу целокупног узорка у нашем истраживању реактивно агресивно понашање је статистички значајно повезано са стресом. Стрес изазван генералном забринутости испитаника и негативним међуљудским односима је у статистички значајној позитивној корелацији са испољавањем агресивног понашања.

Анализом резултата који указују на повезаност различитих фактора стреса и агресивног понашања код особа са ИО у зависности од типа становања уочили смо да постоје одређене разлике у присуству корелација између наведених варијабли. Код испитаника који станују у институцији високо статистички значајне позитивне корелације добијене су између агресивности и стреса изазваног негативним међуљудским односима и осећајем недовољне личне компетенције, како у субјективним проценама испитаника, тако и у проценама стручњака. Статистички значајне позитивне корелације између агресивног понашања и стреса код испитаника који станују са својим породицама су се испољиле између реактивне агресивности и процене стручњака о присуству стреса због негативних међуљудских односа. У резултатима испитаника који су у програму становања уз подршку нема статистички значајне повезаности између агресивног понашања изазваног различитим узроцима и резултата процене стручњака и субјективне процене испитаника о присуству стреса. Повезаност стреса са агресивним понашањем се највише испољава у подзорку испитаника који станују у институцији, у мањем интензитету код испитаника који станују са

породицама, а код испитаника који су обухваћени становањем уз подршку се не испољава статистички значајно.

Баумик и група сарадника (Bhaumik et al., 2009) су радили истраживање које је имало за циљ процену промене агресивног понашања код одраслих особа са ИО у кратком временском периоду након пресељења из институције у отворену заједницу (након шест месеци и годину дана). Укупан број испитаника обухваћених истраживањем је био 49. Резултати истраживања показују да су сви облици агресивног понашања смањени значајно између нултог и шестог месеца након пресељења из институције у отворену заједницу. Смањење интензитета изражавања агресивности је остало и након годину дана од пресељења, али се није смањивало даље. Резултати који указују на смањење агресивности након изласка из институције говоре да постоји повезаност између типа становања и испољавања агресивности као што су показали и резултати нашег истраживања.

Запажено је да су се код појединих особа са ИО, које раније нису испољавале агресивност, након деинституционализације испољили поједини облици агресивног понашања. Нотестед и Линакер су радили студију о испољавању агресије пре и после деинституционализације (Nottestad, Linaker, 2002). Испитивани узорак је обухватао два подузорка: особе са ИО код којих је агресивно понашање почело да се манифестује након деинституционализације и особе са ИО које су становале у институцији и нису испољавале агресивност. Резултати су показали значајно већу израженост самоповређивања и деструктивност у подзоруку деинституционализованих испитаника. У резултатима истраживања нису утврђене статистички значајне разлике у индивидуалним карактеристикама између два подузорка испитаника по питању етиологије интелектуалне ометености, проблема у понашању и општег здравственог стања. Једина разлика између подузорака испитаника се испољила у изражености психијатријских проблема. У подзоруку деинституционализованих испитаника ниво психијатријских обољења је био нижи у односу на испитанике који су становали у институцији. Самим тим ова група испитаника је користила веће дозе психотропних лекова од оних у групи деинституционализованих испитаника. Иако, према појединим ауторима, коришћење психотропних лекова може објаснити нижи ниво проблема у понашању, резултати истраживања који се

односе на процену ефикасности психотропних лекова на поремећаје понашања варирају (Tuinier, Verhoeven, 1994; Clarke, 1999). Након прегледа литературе о примени психотропних лекова у третману проблема у понашању, Брилевски и Даген долазе до закључка да не постоје адекватни докази о ефикасности медикаментозне терапије (Brylewski, Duggan, 1999). И поред резултата ових истраживања један од главних разлога за примену антипсихотика код особа са ИО и пре и после деинституционализације је поремећај понашања (Nottestad, Linaker, 2002). У истраживању Нотестеда и Линакера, према процени особља, испитаницима који су деинституционализовани је била потребна значајно већа подршка због поремећаја понашања у односу на подузорок који је становао у институцији. Резултати истраживања су показали да су деинституционализовани испитаници на *Скали за процену психијатријских поремећаја за одрасле особе са ИО (Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults)*, имали већи скор у области која процењује поремећаје прилагођавања, у односу на подузорок из институције. По мишљењу аутора, резултати добијени примењеном скалом којом се идентификују одређени поремећаји прилагођавања могу ближе да одражавају проблеме у понашању особа са ИО које су деинституционализоване (Nottestad, Linaker, 2002).

Ради детаљнијег објашњења хипотезе у нашем истраживању, урађене су статистичке анализе којима смо утврдили повезаност између фактора који утичу на појаву проблема у понашању особа са ИО и утицаја агресивног понашања и стреса на квалитет живота испитаника у оквиру истраживања.

У циљу добијања увида у повезаност између субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота, са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивношћу, рађене су корелације на нивоу одговора целокупног узорка.

Између субјективног доживљаја задовољства материјалним благостањем и различитих детерминанти проблема у понашању, стреса и агресивности код особа са ИО нема статистички значајне повезаности. Код особа са ИО материјално стање није повод за агресивност, проблеме у понашању, нити изазива стрес. Задовољство квалитетом живота особа са ИО статистички је значајно повезано са

детерминантама проблема у понашању. Што је задовољство квалитетом живота мање то су проблеми у понашању због присуства различитих фактора израженији.

Између субјективног задовољства квалитетом живота и субјективног доживљаја стреса код особа са ИО, постоји статистички значајна негативна корелација. Особе са ИО су мање задовољне квалитетом живота уколико је субјективни доживљај стреса израженији, осим када је у питању материјално благостање где нису добијене статистички значајне корелације, тј. низак ниво материјалног благостања није повезан са субјективним доживљајем стреса.

Резултати показују да постоји негативна корелација између субјективног осећаја задовољства квалитетом живота и интензитета агресивности код особа са ИО. Што је задовољство квалитетом живота у свим областима, осим оног који се тиче материјалног благостања, на nižем нивоу то је интензитет агресивности израженији.

Задовољство различитим областима квалитета живота је у корелацији са појединим облицима агресивности. Вербална агресија је утолико израженија уколико је задовољство свим областима квалитета живота ниже, осим у области материјалног благостања. Задовољство по питању безбедности и емоционалног благостања у негативној је корелацији са интензитетом испољавања свих анализираних облика агресије. Ниже задовољство здравственим стањем је у негативној корелацији са вербалном агресијом, булингм, прикривеном и физичком агресијом. Квалитет успостављања социјалних интеракција и друштвене укључености је у негативној корелацији са прикривеном и физичком агресијом и испољавањем непријатељства. Задовољство по питању квалитета живота у области безбедности и емотивног благостања негативно корелира са свим облицима агресивности. Што је мање задовољство по питању тих категорија квалитета живота, то су израженији сви облици агресивности. Рос и Оливер (2002) су радили истраживање о афективним поремећајима код одраслих са ИО (Ross, Oliver, 2002). Уз помоћ *Упитника за процену расположења, интересовања и задовољства* (Mood, Interest and Pleasure Questionnaire – MIPQ) испитане су 53 одрасле особе са ИО. Резултати истраживања су показали да су учесници који су испољили проблеме у понашању постигли знатно ниже резултате на *Упитнику расположења, интересовања и задовољства* од оних који нису манифестовали

проблеме у понашању. Резултати овог истраживања, као и резултати нашег истраживања, показују да су проблеми у понашању, укључујући и агресивност, међусобно повезани са разноврсношћу и оствареношћу интересовања и личним осећајем задовољства квалитетом живота особа са ИО.

На основу ових резултата можемо да закључимо да је друга хипотеза потврђена и изводимо следеће закључке:

- **детерминанте проблема у понашању повезане су са типом становања,**
- **детерминанте проблема у понашању су најзаступљеније код испитаника који станују у институцији, а најмање заступљене код испитаника који су у програму становања уз подршку,**
- **интензитет испољавања агресивног понашања повезан је са типом становања особа са ИО,**
- **ниво интензитета агресивног понашања најмање је изражен код испитаника са ИО који су обухваћени програмом становања уз подршку,**
- **између испитаника који живе у породицама и у институцији нема статистички значајних разлика по питању интензитета било ког облика агресије и агресије уопште,**
- **између особа са ИО нема статистички значајне разлике у проактивној и реактивној агресивности у односу на тип станивања,**
- **повезаност агресивног понашања са стресом узрокованим различитим стресорима зависи од типа становања,**
- **повезаност стреса са агресивним понашањем се највише испољава у подзорку испитаника који станују у институцији, у мањем интензитету код испитаника који станују са породицама, а код испитаника који су обухваћени становањем уз подршку се не испољава статистички значајно,**
- **између субјективног задовољства квалитетом живота код особа са ИО постоји повезаност са агресивним понашањем, детерминантама проблема у понашању и стресом,**
- **између задовољства различитим категоријама квалитета живота особа са ИО и агресивности постоји статистички значајна повезаност, осим у**

категорији задовољства материјалним стањем где није забележена ни статистички значајна повезаност са детерминантама проблема у понашању, ни са стресом,

- остале категорије задовољства квалитетом живота повезане су са детерминантама проблема у понашању,

- задовољство емоционалним благостањем испитаника корелира са свим детерминантама проблема у понашању,

- између субјективног задовољства квалитетом живота и субјективног доживљаја стреса код особа са ИО, постоји статистички значајна негативна корелација, осим када је у питању материјално благостање.

8.3. Стрес

Трећа хипотеза нашег истраживања гласи:

Код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку присуство стреса је на нижем нивоу у односу на испитанике који живе у институцији или са примарном породицом.

Резултати анализе субјективног доживљаја испитаника по питању присуства стреса у њиховим животима и процене од стране стручњака, показују да је код испитаника из подузорка становања уз подршку статистички значајно мање изражено присуство стреса, у односу на остале две групе испитаника. Подузорак који живи са породицама се не разликује значајно по присуству стреса од подузорка који живи у институцији. Добијени резултати потврђују да је присуство стреса повезано са типом становања. Статистичком анализом резултата добијен је податак да старост испитаника нема статистички значајан утицај на разлике у заступљености стреса код три подузорка, а да тип становања има статистички значајан утицај на овај показатељ.

Примењујући *Упитник за процену стресних животних догађаја*, Фогерти, Бремстон и Каминс су издвојили три фактора као значајних узрока стреса код

особа са ИО: 1. генерална забринутост, 2. негативни међуљудски односи и 3. осећај недостатка личне компетенције (Fogarty, Bramston, Cummins, 1997).

Анализом резултата одговора на основу процене стручњака и субјективног доживљаја стреса, добијена је статистички значајна разлика између подузорака када су у питању доминирајући фактори стреса, а то су генерална забринутост и осећај недостатка личне компетенције. Код испитаника који живе у институцији и у породици у односу на подузорок који је обухваћен програмом становања уз подршку статистички је значајно веће присуство стреса узрикованог генералном забринутости. Осим генералне забринутости доминирајући фактор стреса код испитаника из институције је и осећај недостатка личне компетенције, а резултати показују статистички значајну разлику у односу на остала два подзорка.

Код испитаника који су у програму становања уз подршку, стрес који настаје као последица негативних међуљудских односа је статистички значајно заступљенији у односу на остала два подзорка. Могуће објашњење ове појаве је да испитаници који су обухваћени програмом становања уз подршку имају могућност учесталијег успостављања социјалних интеракција због тога што не живе у заштићеној средини као особе у институцији и у породици, па самим тим имају чешћа искуства негативних међуљудских односа што ствара већи стрес.

Осећај недостатка личне компетентности као узрока стреса према субјективним одговорима, најмање је изражен код испитаника који живе у породицама. Могуће образложење за израженији субјективни доживљај стреса због осећаја недостатка личне компетентности код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у односу на оне који станују у породицама је то да испитаници који живе у програму становања уз подршку чешће долазе у ситуације које су за њих нове и морају сами да се сналазе у решавању тих проблема, па су самим тим субјективно и под већим стресом изазваним осећајем недостатка компетентности.

Резултати субјективног доживљаја испитаника и процене стручњака о присуству стреса који настаје као последица генералне забринутости, међусобно високо статистички значајно, позитивно корелирају, а са резултатима субјективног доживљаја стреса који је узрокован негативним међуљудским односима и проценама стручњака о присуству тог стреса је у статистички значајној негативној

корелацији, без обзира на тип становања. Субјективни доживљај стреса настао као последица негативних међуљудских односа и процена стручњака о присутности стреса код испитаника изазваног истим стресором у позитивној су корелацији. Што је субјективни осећај стреса због негативних међуљудских односа присутнији то су знаци стреса израженији и запослени их више запажају. Стрес настао као последица негативних међуљудских односа позитивно корелира са осећајем недовољне личне компетентности, показују резултати и субјективног доживљаја и процене стручњака.

Можемо да закључимо да су негативни међуљудски односи за особе са ИО доминантан извор стреса.

На основу ових резултата можемо да закључимо да на општем узорку особа са ИО, без обзира на тип становања, сва три фактора стреса имају снажан утицај и да су међусобно повезани. Негативни међуљудски односи као фактор стреса, највише статистички значајно корелирају са осталим факторима стреса.

У циљу добијања детаљнијег увида у утицај фактора стреса код особа које станују у различитим типовима становања анализирани су резултати субјективног доживљаја стреса и процене стручњака о присуству стреса код испитаника за сваки подузорак.

Код особа са ИО које станују у институцији најзаступљенији је стрес изазван генералном забринутошћу, нешто ниже вредности се односе на стрес изазван негативним међуљудским односима, а најниже вредности има стрес који настаје као последица осећаја недостатка личне компетентности.

Као и на општем узорку, код испитаника који станују у институцији, добијене су значајне корелације између генералне забринутости и стреса услед негативних међуљудских односа.

Процена стручњака и субјективни доживљај стреса изазваног негативним међуљудским односима позитивно корелирају. Субјективни доживљај стреса и процена стручњака о његовом присуству због осећаја недостатка личне компетентности су у статистички значајној позитивној корелацији.

Стрес настао као последица осећаја недовољне компетентности је у

статистички значајној, позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима.

Као и код општег узорка код испитаника у институцији сви фактори стреса остварују јак утицај и добијене су статистички значајне корелације. Исто као и на општем узорку, стрес због негативних међуљудских односа је у негативној корелацији са генералном забринутошћу. Негативни међуљудски односи као фактор стреса код особа са ИО које живе у институцији, као и код општег узорка, највише статистички значајно корелирају са осталим факторима стреса.

Статистички значајне корелације субјективног доживљаја стреса и процене стручњака о присуству стреса код испитаника од стране запослених за подузорок испитаника који станују са својим породицама су у мањој мери заступљене него за подузорок који живи у институцији.

Стрес изазван негативним међуљудским односима, као и код испитаника који станују у институцији, остварује највише статистички значајних корелација у односу на остале факторе стреса. Процена стручњака о присуству стреса изазваног негативним међуљудским односима и субјективни доживљај стреса изазваног истим фактором су у позитивној корелацији. Стрес услед генералне забринутости, процењен од стране стручњака, у позитивној је корелацији са субјективним доживљајем стреса изазваним истим стресором, а негативно корелира са субјективним доживљајем стреса изазваног негативним међуљудским односима. Овај резултат се подудара са резултатима добијеним у групи која станује у институцији и на општем узорку.

Можемо да закључимо да код испитаника који станују са својим породицама негативни међуљудски односи као фактор стреса највише статистички значајно корелирају са осталим факторима стреса, као и код особа са ИО које живе у институцији и код општег узорка.

У трећем подузорку испитаника који су у програму становања уз подршку субјективни доживљај генералне забринутости је у позитивној корелацији са субјективним доживљајем стреса узрокованим смањеним осећајем компетентности. Што је генерална забринутост израженија повећава се и стрес

због смањеног осећаја компетентности. Стрес због негативних међуљудских односа се статистички значајно испољава код испитаника који су у програму становања уз подршку. Добијене су статистички значајне позитивне корелације између резултата процене стручњака о присуству стреса код испитаника и њиховог субјективног доживљаја стреса изазваног негативним међуљудским односима.

На основу изнетих података, добијених истраживањем, можемо да закључимо следеће:

- присуство стреса је повезано са типом становања,
- код особа које су обухваћене програмом становања уз подршку присуство фактора стреса је статистички значајно мање заступљено у односу на испитанике који станују са породицама и у институцији,
- на општем узорку особа са ИО, без обзира на тип становања, сва три фактора стреса имају снажан утицај и међусобно су повезани,
- на општем узорку особа са ИО, без обзира на тип становања, негативни међуљудски односи као фактор стреса највише статистички значајно корелирају са осталим факторима стреса,
- код испитаника који станују у институцији и са породицама сви фактори стреса остварују јак утицај и добијене су статистички значајне међусобне корелације,
- код испитаника који су у програму становања уз подршку фактори стреса који корелирају су генерална забринутост и осећај личне компетентности,
- код испитаника који су у програму становања уз подршку статистички значајне корелације добијене су између процене стручњака о присуству стреса због негативних међуљудских односа и субјективног доживљаја стреса изазваног истим фактором,
- код свих подузорака испитаника негативни међуљудски односи као фактор стреса највише статистички значајно корелира са осталим факторима стреса.

Хартли и Мек Лејн су 2008. године радили студију која је испитивала начине суочавања са стресом и његовог превладавања код особа са ИО које су становале у различитим типовима становања (Hartley, MacLean, 2008). Од укупно 113 испитаника 69 је живело у групама, 10 је живело са породицама, а 34 је живело само, са цимером или партнером. У оквиру истраживања користили су *Скалу за процену стреса* (Lifestress Inventory, Bramston & Bostock, 1994) и *Упитник за негативне социјалне интеракције* (Inventory of Negative Social Interactions INSI; Lakey, Tardiff, & Drew, 1994).

Активно превладавање стреса, у смислу преузимања контроле над стресном ситуацијом је у негативној корелацији са психолошким стресом и резултати указују на то да особе са ИО чешће теже да избегну или се искључе из стресне ситуације. Хартли и Маклин истичу да су особе са ИО више склоне бекству из стресне ситуације, него емоционалном начину превазилажења стреса који захтева сложене метакогнитивне способности промене негативне емоције изазване стресом. Већа заступљеност тежњи да се побегне из стресне ситуације присутна је код испитаника са ИО без обзира на тип становања. Резултати истраживања Хартлија и Маклина указују на то да се заступљеност психолошког стреса разликује у зависности од типа становања. Код особа са ИО које живе са цимером или партнером стрес је мање присутан у односу на испитанике који живе са породицом или у групама. На основу резултата нашег истраживања такође можемо уочити да је присуство стреса повезано са типом становања, јер испитаници из подузорка становања уз подршку показују најмање изражено присуство стреса у односу на остала два подузорка који имају приближне резултате. Подузорак испитаника који живе у породицама се не разликује значајно по присуству стресних фактора од групе која живи у институцији, што потврђује подударност резултата субјективног доживљаја стреса и процене стручњака о присуству стреса код испитаника. Социјалне интеракције су од великог значаја, како у изазивању стреса код особа са ИО, тако и у начину његовог превазилажења. Брамстон и Босток су испитивали основну структуру субјективног доживљаја стреса анализирајући одговоре 221-е особе са ИО (Bramston, Bostok, 1994). Резултати њихове студије указују на то да су, иако актуелни стресори варирају, особе са ИО погођене углавном истим димензијама стреса као и општа

популација. Млади са ИО показали су значајно веће задовољство здрављем и значајно мање задовољство квалитетом живота у области интимности и укључивања у заједницу у односу на општу популацију. Социјална подршка показала се као најјачи предиктор задовољства животом у обе групе испитаника.

Према резултатима истраживања које су спровели Хартли и Маклин, особе са ИО које живе у институцији се често ослањају на особље у ситуацијама приликом превазилажења стреса док оне које живе са породицама имају заштиту и подршку чланова својих породица (Hartley, MacLean, 2008). Код тих група испитаника уочено је повећано коришћење подршке у процесима превладавања стреса у поређењу са њиховим вршњацима из опште популације. Резултати нашег истраживања показују да постоји негативна корелација између субјективног задовољства животом и субјективног доживљаја стреса код особа са ИО у свим областима које су дате *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота*, осим у области материјалног благостања; односно што је задовољство животом мање, то је стрес израженији. У категорији процене стручњака о присуству стресних фактора, статистички значајни резултати се показују када је испитаницима неквалитетно испуњено слободно време или нису адекватно радно ангажовани, када немају друштво и слабије су укључени у друштвене токове.

На основу тога што испитаници који су у програму становања уз подршку, према нашим резултатима, имају најмање заступљено присуство стреса, можемо да констатујемо да овакав тип становања који пружа већи спектар могућности избора омогућава смањено присуство фактора који изазивају стрес и лакше превазилажење стресних фактора у животу испитаника. Резултати процене квалитета живота особа са ИО у различитим типовима становања показују да испитаници који су у програму становања уз подршку чешће ступају у социјалне интеракције и постају чланови разних удружења и организација. Такви услови често доводе до већег присуства негативних међуљудских односа као фактора стреса. Стрес који настаје као последица негативних међуљудских односа у нашем истраживању је статистички значајно присутнији код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у односу на подузорке испитаника који станују у институцији и са породицом.

То потврђују и резултати истраживања које су радили Брамстон, Босток и Техен, са циљем мерења стреса код особа са ИО (Bramston, Bostock, & Tehan, 1993). Истраживање је обухватало 28 испитаника који су свакодневно, одговарајући на питања дата упитником који су осмислили аутори, давали изјаве о томе шта је код њих током дана изазвало стање стреса. Утврђено да су највише стреса изазивале потешкоће у међуљудским односима.

9. ЗАКЉУЧАК

Циљ истраживања да се испита природа односа квалитета живота и типа становања особа са ИО је остварен на тај начин што смо испитали квалитет живота особа са ИО које живе у различитим окружењима: у примарним породицама, у институцијама и обухваћених програмом становања уз подршку. Такође смо остварили намеру да утврдимо интензитет агресије код особа са ИО и успели да утврдимо везу између агресивног понашања и његових појавних облика са квалитетом њиховог живота.

Применом *Упитника за процену стресних животних догађаја* добили смо увид у одређене, потенцијално стресне догађаје, који имају утицај на живот испитаника и утврдили повезаност стреса изазваног различитим факторима са квалитетом живота.

9.1. Потврђеност хипотеза

На основу резултата истраживања можемо да закључимо да су поједине хипотезе потврђене делимично, а неке у потпуности.

1. Хипотеза да *особе са ИО које су обухваћене програмом становања уз подршку имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у институцији и у породичном окружењу* је делимично потврђена. Применивши *Свеобухватну скалу за процену квалитета живота* добили смо резултате који указују на то да испитаници који су у програму становања уз подршку и сопственим породицама остварују статистички значајно бољи квалитет живота у

односу на институционализоване испитанике у већини испитиваних области. Области квалитета живота у којима су испитаници који живе у програму становања уз подршку и сопственим породицама постигли боље резултате у односу на испитанике у институцијама су: материјални статус, продуктивност у смислу радног ангажовања ($p=0,0000$) и организације слободног времена ($p=0,018$), положај у заједници у варијабли припадности одређеној групи ($p=0,000$) и емоционално благостање у варијаблама које се односе на могућност да ураде нешто што желе и учесталости неиспуњених жеља, у односу на тип становања испитаника ($p=0,014$) и мотивисаности да ујутру устану из кревета ($p=0,000$). У две области није дошло до статистички значајне разлике између резултата подузорака из различитих типова становања, што показује да тип становања нема великог утицаја на квалитет живота у тим областима, а то су здравље и безбедност. Резултати нашег истраживања показују да особе са ИО, које су обухваћене програмом становања уз подршку, имају бољи квалитет живота у односу на испитанике који живе у институцији, а у односу на особе које станују са својим породицама имају приближне резултате. Према резултатима нашег истраживања тип становања особа са ИО остварује значајан ефекат на доживљај задовољства квалитетом живота и придавање важности његовој остварености у процењиваним областима квалитета живота. Квалитет живота и тип становања повезани су са субјективним придавањем важности разним сегментима квалитета живота и осећајем задовољства због њихове остварености. Особе са ИО које су у програму становања уз подршку испољавају статистички значајно веће задовољство појединим областима квалитета живота у односу на испитанике из остала два подузорка, а то су продуктивност, у варијабли задовољстава стварима о којима уче ($p=0,000$); положај у заједници и могућности да реализују неке активности са људима изван средине у којој живе ($p=0,000$) и безбедност ($p=0,000$). У осталим процењиваним областима квалитета живота испитаници који су у програму становања уз подршку имају статистички значајно боље резултате субјективног доживљаја задовољства у односу на испитанике из подузорка који станују у институцији, а сличне са резултатима испитаника који станују са породицама који у односу на испитанике из институције такође у већини процењених области имају статистички значајно боље резултате. Свеукупни

резултати добијени *Свеобухватном скалом за процену квалитета живота* показују да испитаници који су у програму становања уз подршку имају статистички значајно боље резултате субјективног доживљаја задовољства квалитетом живота у односу на остала два подузорка ($p=0,000$). Ови подаци нас наводе на закључак да су особе са ИО које станују ван институције задовољније квалитетом живота у односу на испитанике у институцији, а да у поређењу испитаника ван институције веће задовољство испољавају испитаници који су у програму становања уз подршку.

Придавање важности различитим областима квалитета живота је такође повезано са типом становања. Особе са ИО које станују ван институције статистички значајно више придају важност квалитету живота у односу на особе које станују у институцији. Нема разлике у томе колико испитаници придају важност материјалним стварима, без обзира на услове живота и тип становања.

2. Друга хипотеза која је гласила: *интензитет и појавни облици проблема у понашању особа са ИО зависе од типа становања*, у потпуности је потврђена.

На основу резултата истраживања проблеми у понашању особа са ИО повезани су са типом становања. Без обзира на узрок, детерминанте проблема у понашању су најизраженије код испитаника који станују у институцији, а најмање изражене код испитаника који су у програму становања уз подршку; разлика у заступљености детерминанти проблема у понашању између подузорака испитаника је статистички значајна ($p=0,000$). Резултати показују да, без обзира на тип становања, материјално благостање није у корелацији са заступљеношћу детерминанти проблема у понашању код особа са ИО, а да задовољство квалитетом живота у области здравственог стања и емоционалног благостања остварују највише негативних статистички значајних корелација са детерминантама проблема у понашању. На основу овог податка можемо да закључимо да се код особа са ИО присуство детерминанти проблема у понашању и задовољство квалитетом живота у овим областима повезано. Интензитет и облици испољавања агресивног понашања повезани су са типом становања особа са ИО. Агресивно понашање је у најмањем интензитету изражено код испитаника

са ИО који су обухваћени програмом становања уз подршку. Утврђена је статистички значајна разлика између подузорка испитаника који су становању уз подршку и испитаника из друга два подузорка у интензитету изражавања агресивног понашања (вербална агресија ($p=0,001$), булинг ($p=0,002$), прикривена агресија ($p=0,003$), изражавање непријатељства ($p=0,002$) и физичка агресија ($p=0,001$)). Између испитаника који живе у породицама и у институцији нема статистички значајних разлика по питању интензитета било ког облика агресије и укупног скорa добијеног на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

Такође, између особа са ИО нема статистички значајне разлике у испољености проактивне и реактивне агресивности у односу на тип становања. У зависности од типа становања агресивно понашање је повезано са стресом узрокованим различитим стресорима што се највише испољава у подузорку испитаника који станују у институцији што показују статистички значајне позитивне корелације са субјективним доживљајем стреса изазваним негативним међуљудским односима ($r=0,434$; $p=0,044$) и због осећаја недовољне компетентности ($r=0,543$; $p=0,009$). Код испитаника који станују са породицама између реактивне агресивности и процене стручњака о присуству стреса због негативних међуљудских односа испољила се позитивна статистички значајна корелација ($r=0,670$; $p=0,048$), а код испитаника који су обухваћени становањем уз подршку се не испољава статистички значајна корелација између агресивног понашања и стреса изазаваног различитим факторима. Између субјективног задовољства квалитетом живота код особа са ИО постоји повезаност са детерминантама проблема у понашању, стресом и агресивним понашањем, осим у категорији задовољства материјалним стањем где није забележена ни статистички значајна повезаност са детерминантама проблема у понашању, ни са стресом. На основу резултата које смо добили користећи остале скале уочавамо да испитаници који живе у институцији имају најнижи ниво квалитета живота, показују нижи степен задовољства сопственим животом, чешће испољавају проблеме у понашању и чешће су под стресом у односу на остале две групе испитаника.

3. Трећа хипотеза нашег истраживања која гласи: *код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку присуство стреса је на нижем*

нивоу у односу на испитанике који живе у институцији или са примарном породицом, у потпуности је потврђена.

На основу резултата истраживања можемо да закључимо да је присуство стреса изазваног различитим факторима у животу особа са ИО повезано са типом становања. Резултати укупног скорa добијеног на *Упитнику за процену стресних животних догађаја* показују да је код особа које су обухваћене програмом становања уз подршку у односу на испитанике који станују са породицама и у институцији најмање заступљен стрес изазван различитим факторима. ($p=0,000$).

Факторском анализом коју су применили аутори *Упитника за процену стресних животних догађаја*, дефинисана су три фактора стреса, а то су негативни међуљудски односи, генерална забринутости и осећај недовољне компетентности. У нашем истраживању, на општем узорку, без обзира на тип становања, сва три фактора имају снажан утицај на присуство стреса. Према резултатима истраживања, можемо да закључимо да се доминирајући фактор стреса код особа са ИО разликује у зависности од типа становања, јер је између три подузорка испитаника установљена статистички значајна разлика у изражености присуства стреса изазваном генералном забринутошћу ($p=0,000$) и осећајем недостатка компетентности (за процену стручњака $p=0,000$; за субјективну процену $p=0,002$). Када упоредимо резултате изражености присуства стреса изазваног поменутим факторима код особа са ИО који станују у различитим типовима становања, можемо да закључимо да је код особа које живе у програму становања испољена најнижа присутност стреса у односу на остале испитанике. Особе које живе у институцији и у породици су под већим стресом изазваним генералном забринутошћу, у односу на испитанике који су обухваћени програмом становања уз подршку ($p=0,000$), а стрес због осећаја недостатка компетенције статистички значајно је више испољава код испитаника који живе у институцији у односу на остала два подузорка ($p=0,000$). Код испитаника који су у програму становања уз подршку стрес који настаје као последица негативних међуљудских односа је статистички значајно већи у односу на подузорке испитаника који станују у институцији ($p=0,039$) и са породицом ($p=0,035$).

9.2. Генерални закључци

На основу остварених циљева и задатака истраживања и потврђености хипотеза можемо да закључимо следеће:

1. Квалитет живота особа са ИО је у директној вези са типом становања. На основу резултата нашег истраживања по питању квалитета живота најбоље резултате имају особе које су обухваћене програмом становања уз подршку, а најниже резултате особе које станују у институцији.

2. На основу резултата процене детерминанти проблема у понашању можемо да закључимо да су детерминанте проблема у понашању најзаступљеније код испитаника који живе у институцији.

3. Без обзира на тип становања постоји негативна корелација између квалитета живота и детерминанти проблема у понашању, поготово у областима здравственог стања и емоционалног благостања.

4. Упитником за процену стресних животних догађаја добили смо резултате на основу којих можемо да закључимо да између типа становања и присуства стреса изазваног различитим факторима код особа са ИО постоји директна повезаност. Особе које живе са својим породицама и у институцијама показују подједнако присуство стреса које је статистички значајно израженије у односу на особе које су обухваћене програмом становања уз подршку. Резултати добијени применом *Свеобухватне скале за процену квалитета живота* нас наводе на закључак да већи степен самосталности, могућности избора и социјалних интеракција које остварују особе обухваћене програмом становања уз подршку утичу на присуство стреса стреса у тој групи испитаника.

5. Без обзира на тип становања постоји негативна корелација између квалитета живота и присуства стреса што можемо да закључимо на основу резултата примене *Упитника за процену стресних животних догађаја* и високе подударности одговора које смо добили поредећи субјективни део упитника, који се састоји од одговора испитаника, и део који се састоји од процене стручњака који раде са испитаницима. Испитаници који живе у институцији имају најнижи ниво квалитета живота и показују нижи степен задовољства сопственим животом,

детерминанте проблема у понашању и фактори стреса су заступљенији у односу на остале две групе испитаника.

6. Интензитет испољавања агресивности и њених појавних облика је значајно нижи код испитаника који су обухваћени програмом становања уз подршку у односу на испитанике који станују у институцијама и са својим породицама што нас наводи на закључак да је интензитет испољавања агресивности повезан са типом становања.

9.3. Предлог мера

Резултати овог истраживања могу допринети бољем разумевању понашања одраслих особа са ИО. На основу резултата добијених истраживањем добили смо податке који нам указују на то да је тип становања од великог значаја за свеукупан квалитет живота и опште психосоцијално стање особа са ИО. Ово истраживање може да да свој допринос у поткрепљењу унапређења квалитета имплементације, развијању програма становања уз подршку за особе са ИО и укључивању све већег броја корисника у тај програм. Уједно, резултати који се односе на посебне сегменте квалитета живота особа са ИО могу дати смернице за развијање програма за побољшање квалитета њиховог живота.

Немогуће је спречити појаву стресних социјалних интеракција и ситуација за особе са ИО, али на основу овог истраживања могуће је закључити да је присуство стреса изазваног различитим факторима у значајној вези са квалитетом живота, као и стећи увид у начине превазилажења, односно избегавања стресних ситуација. Информације које пружа ово истраживање могу бити корисне за боље разумевање адаптивних стратегија особа са ИО у стресним ситуацијама и развијање интервенција за побољшање превазилажења стреса.

Резултати који се односе на испољавање проблема у понашању пружају нам увид у њихову повезаност са квалитетом живота и присуством стреса код особа са ИО. На основу истраживања дошли смо до закључка да се проблеми у понашању, па и агресивност, често испољавају као последица фрустрација изазваних спољашњим или унутрашњим факторима, осећајем физичког бола, емоционалне неиспуњености која настаје као последица смањених социјалних

интеракција и подршке или субјективног осећаја незадовољства сопственим животом у било ком његовом сегменту. Ове информације нам могу помоћи да боље разумемо понашање особа са ИО, па чак и његове негативне манифестације као што су агресивност и други облици проблема у понашању и да нас наведу да се првенствено фокусирамо и делујемо на њихов узрок у циљу превенције таквог понашања, а не на само понашање као последицу дејства неповољних фактора.

На основу нашег истраживања оно што можемо да дефинишемо као могуће правце деловања у циљу побољшања квалитета живота особа са ИО, смањења стреса и агресивног понашања и других облика проблема у понашању су:

- обезбеђивање оптималних услова за живот који су у складу са узрастом, потребама и способностима појединца,
- редовно праћење здравственог стања, превентивно деловање на појаву здравствених тегоба или њихово благовремено уклањање,
- обезбеђивање што веће могућности избора активности у складу са интересовањима, узрастом, потребама и способностима појединца,
- подстицање и развијање пријатељских односа и активности са пријатељима јер су уско повезани са субјективним осећајем квалитета живота и присуством стреса,
- обезбеђивање услова живота у којима се појединац осећа безбедно,
- пружање што веће могућности социјалне партиципације особа са ИО уз могућност избора активности,
- подстицање услова који код појединца стварају осећај емоционалне испуњености и субјективног задовољства животом,
- осмишљавање програма превенције стресних догађаја у складу са доминирајућим факторима стреса у различитим типовима становања.
- осмишљавање брзих и ефикасних начина препознавања доминирајућих детерминати проблема у понашању и адекватних приступа у ситуацијама испољавања проблема у понашању у складу са доминирајућим детерминантама.

Резултати нашег истраживања и сличних истраживања других аутора показали су да се већина наведених предуслова за побољшање квалитета живота особа са ИО најуспешније остварују у условима програма становања уз подршку.

10. ЛИТЕРАТУРА

1. Акциони план Савета Европе за промовисање права и пуног учешћа особа са инвалидитетом у друштву: Побољшање квалитета живота особа са инвалидитетом у Европи 2006-2015; <http://www.coe.int/t/dg3/disability/> 09.10.2014.
2. Анализа међународног настанка и тока самосталног живота. Међународна Конференција о самосталном животу Вашингтон, Д.Ц. 21-25 септембар, 1999. http://www.ic-lotos.org/medju_konf_samostalni_zivot. 15.02.2011.
3. Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., Murphy, M. M., (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(3), 237–254.
4. Advokat, C. D., Mayville, E. A., & Matson, J. L. (2000). Side effect profiles of atypical antipsychotics or no psychotropic medications in persons with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 75–84.
5. Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development*. New York: Guilford Press.
6. Allen, D. (2000). Recent research on physical aggression in persons with intellectual disability: an overview. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(1), 41–57.
7. American Association for Mental Retardation. (2002). Mental retardation: Definition, classification and systems of supports. 10th edition
8. American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Washington, DC, 4th ed
9. Applegate, H., Matson, J. L., & Cherry, K. E. (1999). An evaluation of functional variables affecting severe problem behaviors in adults with mental retardation by using the Questions About Behavioral Function Scale (QABF). *Research in Developmental Disabilities*, 20, 229–237.
10. Axellson, C., Granier, P., Adams, L. (2004). Изван деинституционализације: нестабилна транзиција ка систему који пружа могућности у југоисточној Европи, Handicap International, Београд.

11. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
12. Beck, A., Hastings, R. P., Daley, D., Stevenson, J. (2004). Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 339–349.
13. Bellack, A. S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skills. *Behavior Research and Therapy*, 21, 29–41.
14. Bellamy, G. T., Newton, J. S., LeBaron, N. M., & Harper, R. H. (1990). Quality of life and lifestyle outcomes: A challenge for residential programs. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of Life: Perspectives & Issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 127–137.
15. Beck, A., Hastings, R. P., Daley, D., Stevenson, J. (2004). Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 339–349.
16. Bender, W. N., Rosenkrans, C. B., & Crane, M. K. (1999). Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: assessing the risk. *Learning Disability Quarterly*, 22, 143–56.
17. Benson, B. A., & Brooks, W. T. (2008). Aggressive challenging behaviour and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 454–458.
18. Benson, B. A., Fuchs C., (1999). Anger-arousing situations and coping responses of aggressive adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 24, 207–215.
19. Bhaumik, S., Watson, J. M., Devapriam, J., Raju, L. B., Tin, N. N., Kiani, R., Talbott, L., Parker, R., Moore, L., Majumdar, S. K., Ganghadaran, S. K., Dixon, K., das Gupta, A., Barrett, M., Tyrer, F. (2009). Brief report: Aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability following community resettlement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3): 298-302.
20. Bigby, C. (2004). But why are these questions being asked? A commentary on Emerson (2004). *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 202–205.

21. Bigelow, D. A., Gareau, M. J., & Young, D. J. (1990). A quality of life interview for chronically mentally disabled people. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 94–98.
22. Bilić, V. (1999). Agresivnost u suvremenoj školskoj svakidašnjici. U Vrgoč, H., ur. Agresivnost (nasilje) u školi. Zagreb, *Hrvatski pedagoško-književni zbor*, 43–53.
23. Blair, R. J. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition* 55, 198–208.
24. Bradshaw, J., McGill, P., Stretton, R., Kelly-Pike, A., Moore, J., Macdonald, S., Eastop, Z., and Marks, B. (2004). Implementation and evaluation of active support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 139–148.
25. Bramston, P., Bostock, J. (1994). Measuring perceived stress in people with intellectual disabilities: The development of a new scale. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 19(2) , 149–157.
26. Bramston, P., Chipuier, H., Pretty, G. (2005). Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10) 728–733.
27. Bramston, P., & Cummins, R. A. (1998). Stress and the move into community accommodation. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 23, 295–308.
28. Bramston, P., & Fogarty, G. (1995). Measuring stress in the mildly intellectually handicapped: The factorial structure of the Subjective Stress Scale. *Research in Developmental Disabilities*, 16(2), 117–131.
29. Bramston, P., & Cummins, R. A. (1998). Stress and the move into community accommodation. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 295–308.
30. Bramston, P., Fogarty, G., & Cummins, R. A. (1999). The nature of stressors reported by people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12(1), 1–10.
31. Brantley, P. J., & Jones, G. N. (1989). Daily Stress Inventory. Psychological Assessment Resources Inc. Florida, USA.

32. Bratković, D. (2002). Kvaliteta življenja odraslih osoba s mentalnom retrdacijom, Zbornik radova međunarodnog seminara: Kvaliteta života osoba s posebnim potrebama, 16.-18.05.2002., Varaždin, Savez defektologa Hrvatske.
33. Bratković, D. (2005). Kvaliteta življenja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. U: Bratkovic, D. (Ur.): Zapošljavanje uz podršku (23–27). Udruga za promicanje inkluzije, Zagreb.
34. Bratković, D., Bilić, M. (2006). Kvaliteta podrške u programu stanovanja u zajednici. Zbornik radova 6. međunarodnog seminara: Živjeti zajedno (277–287), 20-22.04.2006. Varaždin: Savez defektologa Hrvatske.
35. Bratković, D. (2002) Kvaliteta življenja osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom u obiteljskim i institucionalnim uvjetima života. Doktorska disertacija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
36. Bratković, D., Rozman, B. (2006). Čimbenici i kvalitet življenja osoba sa intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revizija za rehabilitacijska istraživanja*, 42(2), 101–112.
37. Bratković, D. (2005). Kvaliteta življenja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, *Zapošljavanje uz podršku*, Zagreb, Udruga za promicanje inkluzije, 23–27.
38. Brylewski, J., & Duggan, L., (1999). Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 360-371.
39. Brown, I., Keith, K. D., & Schalock, R. L. (2005). Quality of life conceptualization, measurement, and application: Validation of SIRG-QOL consensus principles. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48, 451.
40. Brown, R. I., MacAdam–Crisp, J. Wang, M., Iarocci, G., (2006). Family Quality of Life When There Is a Child With a Developmental Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 3(4), 238–245.
41. Brown, H., Toogood, A., Brown, V. (1987). *Participation in Everyday Activities*. Brighton: Pavilion.
42. Burchard, S. N. (1999). Normalization and residential services: The Vermont studies. In R. J. Flynn & R. A. Lemay (Eds.), *A quarter-century of*

- normalization and social role valorization: Evolution and impact.* 181-194. Ottawa, ON: University of Ottawa Press.
43. Clarke, D. (1999). Treatment and therapeutic interventions: the use of medication. *Tizard Intellectual Disability Review*, 4, 28–33.
 44. Cheng, H. C., Chen, H. Y., Tsai, C. L., Chen, Y. J., & Cherng, R. J. (2009). Comorbidity of motor and language impairments in preschool children of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1054–1061.
 45. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
 46. Chowdhury, M., and Benson, B. A. (2011). Deinstitutionalization and quality of life of individuals with intellectual disability: A review of the international literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8, 256–265.
 47. Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., et al. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 217–232.
 48. Crick, N. R., Dodge, K. A. (1996). Social information processing mechanisms on reactive and proactive aggression. *Child Development* 67, 993–1002.
 49. Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9) 652–661.
 50. Cullen, C., Whoriskey, M., Mackenzie, K., Mitchell, W., Ralston, K., Shreeve, S., Stanley, A. (1995). The effects of deinstitutionalization on adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(6), 484–494.
 51. Cummins, R. A. (1992). Comprehensive quality of life scale – intellectual disability (3rd ed.). Melbourne, Victoria: Psychology Research Centre, Deakin University.
 52. Cummins, A., Lau, A. (2003). Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 145-157.

53. Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2004). Cluster housing and freedom of choice: a response to Emerson (2004). *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(3), 198-201.
54. Day, K. A. (1990). Depression in mildly and moderately retarded adults. In Dosen, A., Menolascino, F. J. (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden, Logon Publications, 30-51.
55. Dodge, K. A., (1986). Social Information-Processing Bases of Aggressive Behavior in Children. Minnesota Symposium of Child psychology. 17-125.
56. Dodge, K. A., & Coie, J. D., (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
57. Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
58. Dosen, A. (1990). Depression in mentally retarded children and adults. In A. Dosen, F. J. Menolascino (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications, 119-144.
59. Duncan, D., Matson, J. L., Bamburg, J. W., Cherry, K. E., Buckley, T. (1999). The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 20, 441-448.
60. Duvdevany, I., & Arar, E. (2004). Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: Foster homes vs. community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(4), 289-296.
61. Dyson, L. L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal of Mental Retardation*, 98(2) 207-218.
62. Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102(3), 267-279.

63. Eaton, L. F. & Menolascino, F. J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry* 139, 1297–1303.
64. Европска стратегија за особе са инвалидитетом 2010-2020: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServLexUriSer>
65. Embregts, P. J. C. M., du Bois, M. G., & Graef, N. (2010). Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: an initial step towards prevention. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1398–1403.
66. Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., et al. (2000). Treatment and management of challenging behaviours in residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 197–215.
67. Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4–5) 385–399.
68. Emerson, E. (2004). Cluster housing and freedom of choice: A response to Cummins and Lau's and Bigby's commentaries. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 206–210.
69. Emerson, E. (1995). Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Intellectual Disabilities. Cambridge: Cambridge University Press.
70. Emerson, E. and Hatton, C. (1994). Moving Out: The Impact of Relocation from Hospital to Community on the Quality of Life of People with Learning Disabilities. London: HMSO.
71. Essau, C. A., Conradt, J. (2006). Agresivnost u djece i mladeži, Naklada Slap, Zagreb.
72. Esbensen, A. J., Benson, B. A. (2007). An evaluation of Beck's cognitive theory of depression in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 51, 14-24.
73. Farmer, C. A., & Aman, M. G., (2009). Development of the children's scale of hostility and aggression: Reactive/proactive (C-SHARP). *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1155–1167.

74. Farmer, C. A., & Aman, M. G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 317– 323.
75. Felce, D., Perry, J. (1996). Assessment of Quality of Life. U: Schalock, R.L. (Ed.): *Quality of Life. Conceptualization and Measurement* (63-72). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
76. Felce, D., de Kock, U. and Repp, A. C. (1986) An eco-behavioural comparison of small community-based houses and traditional large hospitals for severely and profoundly mentally handicapped adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 393–408.
77. Felce, D. (1996). Quality of support for ordinary living. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 117-133). London: Chapman and Hall.
78. Felce, D. (1998). The determinants of staff and resident activity in residential services for people with severe intellectual disability: Moving beyond size, building design, location and number of staff. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 103-119.
79. Felce, D., Jones, E. and Lowe, K. (2000). Active Support: Planning Daily Activities and Support for People with Severe Mental Retardation. In S. Holburn & P. Vietze (Eds.), *Person-centered planning: research, practice, and future directions*. Baltimore: Paul H Brookes.
80. Felce, D., Lowe, K., Beecham, J., & Hallam, A. (2000). Exploring the relationships between costs and quality of services for adults with severe intellectual disabilities and the most severe challenging behaviors in Wales: A multivariate regression analysis. *Journal of Intellectual & Development Disability*, 26(1), 109.
81. Felce, D., and Emerson, E. (2001) Living With Support in a Home in the Community: Predictors of Behavioral Development and Household and Community Activity. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7(2), 75–83.

82. Felce, D., Jones, E., Lowe, K., Perry, J. (2003). Rational resourcing and productivity: relationships among staff input, resident characteristics, and group home. *American Journal on Mental Retardation*, 108(3), 161–172.
83. Felce, D., and Perry, J. (2007). Living with support in the community: Factors associated with quality-of-life outcome. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of Developmental Disabilities*. New York: Guilford Press.
84. Feldman, M., McDonald, L., Serbin, L., Stack, D., Secco, M., Yu, C. (2007). Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*. 51(8), 606–619.
85. Feinstein, C., Reiss A. L. (1996). Psychiatric disorders in mentally retarded children and adolescents; the challenges of meaningful diagnosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 5, 827–582.
86. Fogarty, G., & Bramston, P. (1997). Validation of the Lifestress Inventory for People with Mild Intellectual Handicap. *Research in Developmental Disabilities*, 18 (6), 435-456.
87. Fogarty, G., Bramston, P., & Cummins, R. (1997). Validation of the Lifestress Inventory for People with Mild Intellectual Handicap. *Research in Developmental Disabilities*, 18 (6), 435–456.
88. Forbes, C. E., Grafman, J. (2010). The role of the human prefrontal cortex in social cognition and moral judgment. *Annual Review of Neuroscience*, 33, 299–324.
89. Freud, S. (1969). *Psihopatologija svakodnevnog života*. Beograd: Matica srpska.
90. Fromm, E. (1973). *Anatomija ljudske destruktivnosti*. Zagreb: Naprijed.
91. Fujiura, G., & Parish, S. (2007). Emerging policy challenges in intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 188–194.
92. Gardner, W. I., & Sovner, R. (1994). *Self-injurious Behaviors Diagnosis and Treatment: A Multimodal Functional Approach*. VIDA Publishing, Mountville, PA.

93. Gal, E., Dyck, M., & Passmore, A. (2009). The relationship between stereotyped movements and self-injurious behavior in children with developmental or sensory disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 342–352.
94. Garcia, M. J., & Matson, J. L. (2008). Akathisia in adults with severe and profound intellectual disability: A psychometric study of MEDS and ARMS. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33, 171–176.
95. Gardner, W. I., Graeber-Whalen, J. L., & Ford, D. R. (2001). Self-injurious behaviors: Multimodal contextual approach to treatment. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp.323-357). Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
96. Gardner, W. I., & Moffatt, C. W. (1990). Aggressive behaviour: Definition, assessment, treatment. *International Review of Psychiatry*, 2, 91–100.
97. Glumbić, N., (2006). Odrasle osobe sa autizmom, Izdavačka agencija Grad. Kragujevac.
98. Glumbić, N., Brojčin, B. (2006). Život u zajednici djece s mentalnom retardacijom i autizmom, Zbornik radova sa međunarodnog skupa “Rehabilitacija – stanje i perspektive djece s teškoćama u razvoju i osoba sa invaliditetom, Rijeka, Hrvatska, 276–283.
99. Gunlicks, M. L., Weissman, M. M. (2008). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 47(4), 379–389.
100. Golding, L., Emerson, E., & Thornton, A. (2005). An evaluation of specialized community based residential supports for people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 145–154.
101. Hartley, S, L., MacLean, W. E. Jr. (2005). Perceptions of stress and coping strategies among adults with mild mental retardation: Insight into psychological adjustment. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 285–290.
102. Hartley, S. L., MacLean, W. E. (2008). Coping Strategies of Adults with Mild Intellectual Disability for Stressful Social Interactions, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 1(2), 109–127.

103. Hassall, R., Rose, J., McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 405–418.
104. Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor, J. L., Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 42–47.
105. Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Henderson, D., and Cooper, J. (1996). Factors associated with staff support and resident lifestyle in services for people with multiple disabilities: a path analytic approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(5), 466–477.
106. Havelka, M., i Krizmanović, M. (1995). *Psihološka i duhovna pomoć pomagačima*, Dobrotvorno udruženje Dobrobit, Zagreb.
107. Heller, T., Factor, A. R., Hsieh, K., & Hahn, J. E. (1998). Impact of age and transitions out of nursing homes for adults with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 103, 236–248.
108. Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, (2009). Izveštaj o stanju u socijalnim ustanovama za smeštaj dece i omladine ometene u mentalnom razvoju, odnosno za odrasle ometene u mentalnom razvoju i duševno obolela lica. Beograd.
109. Hemmings, C.P., Gravestock, S., Pickard, M., Bouras, N. (2006) Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 269–276.
110. Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 456–465.
111. Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2009). The overlap between psychiatric symptoms and challenging behaviour: A preliminary study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 210–218.
112. Hrnjica, S. (1997). Dete sa razvojnim smetnjama u osnovnoj školi, Beograd, Učiteljski fakultet.
113. Hundert, J., Walton-Allen, N., Vasdev, S., Cope, K., & Summers, J. (2003). A comparison of staff–resident interactions with adults with developmental

- disabilities moving from institutional to community living. *Journal on Developmental Disabilities*, 10, 93–112.
114. Huesman, R. L. (1988). An Information Processing Model for the Development of Aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-24.
 115. Intagliata, J., Willer, B. (1982). Reinstitutionalization of mentally retarded persons successfully placed into family-care and group homes. *Am J Ment Defic. Jul*, 87(1) 34-39.
 116. Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of selfinjury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197–209.
 117. Jelić, M., Jerotijević, M., Jović, V., Kuzminović I., Palibrk Lj. Ljudi na margini, Izveštaj o stanju u socijalnim ustanovama za smeštaj dece i omladine ometene u mentalnom razvoju, odnosno za odrasle ometene u mentalnom razvoju i duševno obolela lica, Beograd, septembar 2009.
 118. Jones, E., Felce, D., Lowe, K., Bowley, C., Pagler, J., Gallagher, B., and Roper, A. (2001). Evaluation of the Dissemination of Active Support Training in Staffed Community Residences. *American Journal on Mental Retardation*, 106(4), 344–358.
 119. Jones, S., Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L., Williamson, A., & Morrison, J. (2008). Prevalence of and factors associated with problem behaviors in adults with intellectual disabilities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 678–868.
 120. Jones, E., Perry, J., Lowe, K., Felce, D., Toogood, S., Dunstan, F., Allen, D. and Pagler, J. (1999). Opportunity and the promotion of activity among adults with severe intellectual disability living in community residences: the impact of training staff in active support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 164-178.
 121. Kaljača, S. (2008). Umerena intelektualna ometenost, Univerzitet u Beogradu. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. CIDD.
 122. Kaljača, S., Dučić, B. (2010). Deinstitutionalizacija i kvalitet života u zajednici osoba sa intelektualnom ometenošću. *Beogradska defektološka škola*, 16(2), 47, 407–417.

123. Kim J. J., Haller J. (2007). Glucocorticoid hyper and hypofunction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113, 291–292.
124. Kim, S., Larson, S. A., and Lakin, K. C., (2001). Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(1), 35–50.
125. Конвенција УН о правима особа са инвалидитетом (UNCRPD), http://EC.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/convention/index_en.htm
126. Konsuelo-Talijan, B., Đorđević, M. (2012). Deinstitutionalizacija i kvalitet života osoba sa intelektualnim teškoćama kao izazov uslugama socijalne zaštite. Zbornik radova 9. Kongresa s međunarodnim sudjelovanjem „Kvaliteta i standardi usluga edukacijskih rehabilitatora“. Savez defektologa Hrvatske. Varaždin 2012. 7–18.
127. Kozma, A., Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2009). Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114, 193–222.
128. Krauss, M. W., & Erickson, M. E. (1988). Informal support networks among aging mentally retarded persons: Results from a pilot study. *Mental Retardation*, 26, 197–201.
129. Krauss, M. W., Seltzer, M. M., & Goodman, S. J. (1992). Social support networks of adult white mental retardation who live at home. *American Journal on mental Retardation*, 96, 432–441.
130. Larkin, A., Jahoda, A., MacMahon, P. (2013). The social information processing model as a framework for explaining frequent aggression in adults with mild to moderate intellectual disabilities: a systematic review of the evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 26, 447–65.
131. Lars-Olov, L. (2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in Örebro County, Sweden. *Research in Developmental Disabilities*. 34 (4), 1346–1356.
132. Lazarus, R. S., Folkman, S., Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

133. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
134. Lemay, R. A. (2009). Deinstitutionalization of people with developmental disabilities. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28 (1), 181–194.
135. Lepore, S. J., Evans, G. W., Schneider, N. L. (1992). Role of control and social support in explaining the stress of hassles and crowding. *Environment and Behavior*, 24, 795–811.
136. Lorenc, K. (1970). O agresivnosti, Vuk Karadžić, Beograd
137. Lovallo, W. R. (1997). *Stress and Health Biological and Psychological Interactions*. Sage Publications, London.
138. Lucas-Carrasco, R., Salvador-Carulla, L. (2012). Life satisfaction in persons with Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1103–1109.
139. Luiselli, J. K., & Slocumb, P. R. (1983). Management of multiple aggressive behaviors by differential reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 343–347.
140. Lunskey, Y., Benson B. A. (2001). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcomes for adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 45,106–114.
141. Lunski, Y., & Bramston, P. (2006). A preliminary study of perceived stress in adults with intellectual disabilities according to self-report and informant ratings *Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 31(1), 20 – 27.
142. Maes, B., Broekman, T., Dosen, A., Nauts, J. (2003). Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 447–455.
143. Mansell, J., Felce, D., Jenkins, J., de Kock, U., and Toogood, A. (1987). Enabling individual participation, *Developing staffed housing for people with mental handicaps* (pp. 197-231). Tunbridge Wells: Costello.
144. Mansell, J. (1994). Specialized group homes for persons with severe or profound mental retardation and serious problem behaviour in England. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 371-388.

145. Mansell, J. (1995). Staffing and staff performance in services for people with severe or profound learning disability and serious challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 3-14.
146. Mansell, J., Elliott, T., Beadle-Brown, J., Ashman, B. and Macdonald, S. (2002). Engagement in meaningful activity and 'active support' of people with intellectual disabilities in residential care. *Research in Developmental Disabilities*, 23(5), 342–352.
147. Mansell, J., Beadle-Brown, J., Macdonald, S., and Ashman, B. (2003). Resident involvement in activity in small community homes for people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(1), 63–74.
148. Mansell, J., Beadle-Brown, J., Ashman, B., and Ockendon, J. (2005). *Person-centred active support: a multi-media training resource for staff to enable participation, inclusion and choice for people with learning disabilities*. Brighton: Pavilion.
149. Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: Progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31, 65–76.
150. Mansell, J., Beadle-Brown, J. (2009). Cost-effectiveness of community living for people with intellectual disabilities: an international perspective. National Disability Authority Annual Conference. Dublin, 6. October, 2009.
151. Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: Progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 31(2), 65–76.
152. Marcus, B. A., Vollmer, T. R., Swanson, V., Roane, H. R., Ringhdahl, J. E. (2001). An experimental analysis of aggression. *Behavior Modification*, 25, 189–213.
153. Matlock, S. T. (2008). Development of an interpersonal aggression scale for people with intellectual and developmental disabilities. Dissertation. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University.

154. Matlock, S. T., Aman, M. D., (2009). Assessing aggression and hostility in people with mental disabilities. Development of the Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive (A-SHARP). *New research in Mental Health*. 2006 – 2007 Biennium. Volume 18. Ohio Department of Mental Health. 162 – 177.
155. Matlock, S. T., & Aman, M. (2011). Development of the Adult Scale of Hostility and Aggression: Reactive–Proactive (A-SHARP). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116, 130-141.
156. Matson, J. L., Bamburg, J. W., Cherry, K. E., & Paclawskyj, T. R. (1999). A validity study on the Questions About Behavioral Function (QABF) scale: Predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypes. *Research in Developmental Disabilities*, 20, 163–176.
157. Matson J. L., Boisjoli, J. A. (2007). Multiple versus single maintaining factors of challenging behaviours as assessed by the QABF for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(1), 39–44.
158. Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2009). An overview of developments in research on persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 587–591.
159. Matson, J. L., Boisjoli, J. A., Gonzalez, M. L., Smith, K. R., & Wilkins, J. (2007). Norms and cut off scores for the Autism Spectrum Disorders Diagnosis for Adults (ASDDA) with intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 330–338.
160. Matson, J. L., Dempsey, T., LoVullo, S. V., & Wilkins, J., (2008). The effects of intellectual functioning on the range of core symptoms of autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 341–350.
161. Matson, J. L., Dempsey, T., & Fodstad, J. C. (2009). The effect of autism spectrum disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1203–1211.
162. Matson, J. L., Dempsey, T., & Rivet, T. T. (2009). The interrelationships of psychopathology symptoms on social skills in adults with autism or PDD-NOS and intellectual disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21, 39–55.

163. Matson, J. L., Hammer, D. (1996). Assessment of social functioning, In Jacobson, J.W. and Mulick, J.A. (eds.), *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation*, American Psychological Association, Washington, DC.
164. Matson, J. L., & LoVullo, S. V. (2009). Trends and topics in autism spectrum disorders research. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 252–257.
165. Matson, J. L., & Mahan, S. (2010). Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1570–1576.
166. Matson, J. L., Mayville, E. A., Bielecki, J., Barnes, W. H., Bamburg, J. W., & Baglio, C. S. (1998). Reliability of the Matson Evaluation of Drug Side Effects Scale (MEDS). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 501–506.
167. Matson, J. L., & Mayville, E. A. (2001). The relationship of functional variables and psychopathology to aggressive behavior in persons with severe and profound mental retardation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 3–9.
168. Matson, J. L., & Neal, D. (2009). Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 572–586.
169. Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 567–579.
170. Matson, J. L., Rivet, T. T., & Fodstad, J. C. (2010). Atypical antipsychotic adjustments and side-effects over time in adults with intellectual disability, tardive dyskinesia, and akathisia. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 447–461.
171. Matson, J. L., Dempsey, T., Rivet, T. T. (2009). The Interrelationships of Psychopathology Symptoms on Social Skills in Adults with Autism or PDD-NOS and Intellectual Disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*; 21(1), 39–55.
172. Matson, J. L., Wilkins, J. (2009). Factors Associated With the Questions About Behavior Function for Functional Assessment of Low and High Rate

- Challenging Behaviors in Adults With Intellectual Disability. *Behavior Modification*, 33(2), 207–219.
173. Matson, J. L., Sipes, M., Horovitz, M., Worley, J.A., Shoemaker, M.E., Kozlowski, A.M. (2011). Behaviors and corresponding functions addressed via functional assessment *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 625–629.
 174. Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., Sipes, M., Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 693–698.
 175. Matson, J. L., & Vollmer, T. R. (1995). *User's guide: Questions about behavioral function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.
 176. McDevitt, S. C., Smith, P. M., Schmidt, D. W., Rosen, M. (1978). The deinstitutionalized citizen: Adjustment and quality of life, *Mental Retardation*, 16(1), 22–24.
 177. McGee, J. J., Menolascino, F. J. (1990). Depression in persons with retardation: Toward and existential analysis. In Dosen, A. Menolascino, F.J. (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; p.95-112.
 178. McGillivray, J.A., McCabe, M.. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Res Dev Disabil*, 28 (1), 59–70.
 179. McGillivray, J. A., McCabe, M.P. (2009). Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: the views of key stakeholders. *Br J Learn Disabil*, 1–9.
 180. McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 405–416.
 181. McIntyre, L., Blacher, J., Baker, B. (2002). Behaviour/mental health problems in young adults with intellectual disability: The impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research*. 46(3), 239–249.

182. Meins, W. (1993). Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 18(3), 147–156.
183. Myrbakk, E., von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 29, 316–332.
184. Melonascino, F. J., Weiler, M. A. (1990). The challenge of depression and suicide in severely mentally retarded adults. In A.Dosen, F. J., Menolascino (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; p.130–136.
185. Ministarstvo za rada i socijalnu politiku, (2005.) *Strategija reforme sistema socijalne zaštite*.
186. Miniscalco, C., & Gillberg, C. (2009). Non-word repetition in young school-age children in language impairment and/or neuropsychiatric disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1145–1154.
187. Minshaw, F. N. (2007). Relationship between problem behaviors, function, and adaptive skills in individuals with intellectual disabilities. Dissertation. Louisiana State University.
188. Morrison, S. E., Salzman, C. D. (2010). Revaluing the amygdala. *Current Opinion in Neurobiology* 20, 221–230.
189. Murphy, O., Healy, O., & Leader, G. (2009). Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorders in Ireland. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 474–482.
190. Nachshen, J. S., Garcin, N., Minnes, P. (2005). Problem behavior in children with intellectual disabilities: Parenting stress, empowerment and school services. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8(4), 105–114.
191. Nelson, R. J., Trainor, B. C. (2007). Neural mechanisms of aggression. *Nature Reviews in Neuroscience* 8, 536–46.
192. Neumann, J. K., Chi, D. S. & Fleming, R. (2000). Hematological and immunological acute mental stress responses of people who are severely and profoundly mentally retarded. *Research in Developmental Disabilities* 21, 347–353.

193. Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. In R. B. Kugel & W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (pp. 179–195). Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.
194. Nirje, B. (1970). The normalization principle: Implications and comments. *British Journal of Mental Subnormality*, 16, 62–70.
195. Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincipen*. [Normalization principle]. Stockholm: Studentlitteratur.
196. Nord, G. B., Wieseler, N. A., & Hanson, R. H. (1998). The assessed crisis service needs of clients in community based programs serving persons with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 13, 169–179.
197. Nottestad, J. A., Linaker, O. M. (2001). Self-injurious behaviour before and after deinstitutionalization. *JIDR. Journal of intellectual disability research*, 45(2) 121–129.
198. Nottestad, J. A., Stromgren, B., Linaker, O. M. (2000.): Psychiatric and behavioral disturbances in elderly mentally retarded before and after deinstitutionalization. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, (4), 281–286.
199. Nottestad, J., & Linaker, O. (2002). Predictors for attacks on people after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 493–502.
200. O'Brien, P., Thesing, A., Tuck, B., Capie, A., (2001). Perceptions of change, advantage and quality of life for people with intellectual disability who left a long stay institution to live in the community. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(19), 67–82.
201. Оквир квалитета за услуге од општег интереса (UOI) у ЕУ, COM (2011) 900: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014. 23.11.2014.
202. Olsson, M. B., Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535–543.
203. Olson, G., Schober, B. (1993). The satisfied poor. Development of an intervention-oriented framework to explain satisfaction with a life in poverty. *Social Indicators Research* 28, 173–93.

204. Orr, R. R., Cameron, S. J., Dobson, L. A., Day, D. M. (1993). Age-related changes in stress experienced by families with a child who has developmental delays. *Mental Retardation*, 31, 171–176.
205. Paclawskyj, T. R., Kurtz, P. F., & O’Conner, J. T. (2004). Functional assessment of problem behaviors in adults with mental retardation. *Behavior Modification*, 28, 649–667.
206. Paclawskyj, T. R., Matson, J. L., Rush, K. S., Smalls, Y., & Vollmer, T. R. (2000). Questions about behavioral function (QABF): A behavioral checklist for functional assessment of aberrant behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 223–229.
207. Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241–256.
208. Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and ‘use-dependent’ development of the brain: how ‘states’ become ‘traits’. *Infant Mental Health Journal* 16, 271–291.
209. Perry, J., Felce, D., William, E., MacLean J. (2005). Factors associated with outcome in community group homes. *American Journal on Mental Retardation*, 110(2), 121–135.
210. Petrović, B., Stojisavljević, D., Novak, J., & Lukić, D. (2007). Stepen socijalne participacije i socijalna kompetentnost osoba sa intelektualnim teškoćama. *Socijalna misao*, 14(4), 105–117.
211. Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L. & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception I: the neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry* 54, 504–514.
212. Polman, H., Orobio de Castro, B., Koops, W., van Boxtel, H. W., & Merk, W. W. (2007). A meta-analysis of the distinction between reactive and proactive aggression in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4) 522–535.
213. Poulin, F., & Boivin, M. (2000). Reactive and proactive aggression: Evidence of a two factor model. *Psychological Assessment*, 12, 115–122.

214. Price, J. M., & Dodge, K. A. (1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and social context dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 455–471.
215. Reeves, W. C., Strine, T. W., Pratt, L. A., Thompson, W., Ahluwalia, I., Dhingra, S. S., et al. (2011). Public Health Surveillance Program Office. Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR*; 60(3) 1–32.
216. Renwick, R., Brown, I., Raphael, D. (2000). Person – Centered Quality of Life: Contributions From Canada to an International Understanding. U: Keith, K.D., Schalock, R.L. (Ed.): Cross – Cultural Perspectives on Quality of Life (5-21). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
217. Republika Srbija (2011). Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 24/2011, Beograd.
218. Republika Srbija (2009). Zakon o zabrani diskriminacije, *Službeni glasnik RS*, br. 22/2009, Beograd.
219. Republika Srbija (2006). Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS*, br. 33/2006, Beograd.
220. Republika Srbija (2009). Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS*, br.36/2009, Beograd.
221. Republika Srbija (2009) Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, *Službeni glasnik RS*, br. 72/2009, 52/2011 i 55/2013, Beograd.
222. Republika Srbija (2013). Pravilnik o bližim uslovima usluga socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 42/2013, Beograd.
223. Republika Srbija (2003). Strategija za smanjenje siromaštva, Vlada Republike Srbije, Beograd. <http://www.mos.gov.rs>.23.11.2014.
224. Republika Srbija (2005). Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji. *Službeni glasnik RS*, br. 55/2005 i 71/2005, Beograd.
225. Republika Srbija (2005). Strategija razvoja socijalne zaštite. *Službeni glasnik RS*, br. 108/2005, Beograd.
226. Republika Srbija (2007). Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja. *Službeni glasnik RS*, br. 8/2007, Beograd.

227. Republika Srbija (2004). Savet za prava deteta Vlade Republike Srbije. Nacionalni plan akcije za decu. Beograd.
228. Rojahn, J., Matson, J. L., Mahan, S., Fodstad, J. C., Knight, C., Sevin, J. A., et al. (2009). Cutoffs, norms, and patterns of problem behaviors in children with an ASD on the baby and infant screen for children with autism traits (BISCUIT-Part 3). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 989–998.
229. Ross, E., Oliver, C. (2002). The relationship between levels of mood, interest and pleasure and 'challenging behaviour' in adults with severe and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(3), 191–197.
230. Sattler, J. M. (1992). *Assessment of Children*. 3rd Edition, San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.
231. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Krauss, M. W. (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. *Psychology & Aging*, 10(1), 64–75.
232. Sigafos, J., Kerr, M., Roberts, D. and Couzens, D. (1994). A review of individual service plan goals for learners with challenging behaviours. *British Journal of Learning Disabilities*, 22, 6–10.
233. Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
234. Schalock, R. L., (2005). Introduction and overview to the special issue on quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 695–698.
235. Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181–190.
236. Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Bonham, G. S., Fantovas, F., Van Loon, J. (2008). Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 276–285.

237. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Mattika, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). The conceptualisation, measurement, and Conceptualising Quality of Life 12 application of quality of life for persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470.
238. Schalock, Gardner, & Bradley, Quality of Life, ISBN-10: 0940898969, Amer Assn on Intellectual&Devel, 2007.
239. Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, systems, and communities. Washington,DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
240. Schloss, P.J., Epstein, M.H., Cullinan, D. (1988). Depression characteristic among midly handicapped students. *J Multihandicapped Person* 1, 293–302.
241. Siever, L. J., (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry* 165, 429–442.
242. Schore, A. N. (2000). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22, 7–66.
243. Singh, A. N., & Matson, J. L. (2009). An examination of psychotropic medication prescription practices for individuals with intellectual disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21, 115–119.
244. Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
245. Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Mantry, D., et al. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 313–319.
246. Spreat, S., & Conroy, J., (1998). Use of psychotropic medications for persons with mental retardation who live in Oklahoma nursing homes. *Psychiatric Services*, 49, 510–512.
247. Spreat, S., Conroy, J., & Rice, D. (1998). Improve quality in nursing homes or institute community placement? Implementation of OBRA for individuals with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 507–518.

248. Stack, L. S., Haldipur, C. V., & Thompson, M. (1987). Stressful life events and psychiatric hospitalization of mentally retarded patients. *American Journal of Psychiatry* 144, 661–663.
249. Stancliffe, R., Hayden, M., Larson, S., & Lakin, K., (2002). Longitudinal study on the adaptive and challenging behaviors of deinstitutionalized adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 302–320.
250. Strachan, R., Shaw, R., Burrow, C., Horsler, K., Allen, D., & Oliver, C. (2009). Experimental functional analysis of aggression in children with Angelman syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1095–1106.
251. Svetska zdravstvena organizacija (1992). ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
252. Swender, S. L., Matson, J. L., Mayville, S. B., Gonzalez, M. L., & McDowell, D. (2006). A functional assessment of handmouthing among persons with severe and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31, 95–100.
253. Symons, F. J. (2005). Readers' reaction: Self-injurious behavior and sequential analysis: Context matters. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 323–326.
254. Teodorović, B; Bratković, D. (2001). Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi. *Revija za socijalnu politiku*. 8, (3-4), 279–290.
255. Tiger, J. H., Fisher, W. W., Toussaint, K. A., & Kodak, T. (2009). Progressing from initially ambiguous functional analyses: Three case examples. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 910–926.
256. Tuinier, S., Verhoeven, W. M. A. (1994). Pharmacological advances in mental retardation: a need for reconceptualisation. *Current Opinion in Psychiatry* 7, 380– 386.
257. Van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (1996). Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body Society. Guilford Press, New York, NY.

258. Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J., (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 707–717.
259. Verhoeven, W. M. A., & Tuinier, S. (1996). The effect of buspirone on challenging behavior in mentally retarded patients: an open prospective multiple-case study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 502–508.
260. Walsh, P. N., Emerson, E., Lobb, C., Hatton, C., Bradley, V., Schalock, R. L., and Moseley, C. (2010). Supported accommodation for people with intellectual disabilities and quality of life: an overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 137–142.
261. Walters, A. S., Barrett, R. P., Knapp, L. G. (1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 16, 85-96. p.58-62.
262. Wayment, H. A., Zetlin, A. G. (1989). Coping responses of adolescents with and without mild learning handicaps. *Mental Retardation*, 27, 311–316.
263. Wehmeyer, M., Schwartz, M. (1998). The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(1), 3–12 Division on Mental Retardation and Developmental Disabilities.
264. White, D. A., Dodder, R. A. (2000). The Relationship of Adaptive and Maladaptive Behaviour to Social Outcomes for Individuals with Developmental Disabilities, *Disability & Society*, 6, 879– 908.
265. White, N., Hastings, R. P. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 181–190
266. Widmer, E. D., Kempf-Constantin, Robert-Tissot, N. C., Lanzi, F., Galli Carminati, G. (2008). How central and connected am I in my family? Family-based social capital of individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 176–187.
267. Widrick, G. C., Bramley, J. A., & Frawley, P. J. (1997). Psychopathology in adults with mental retardation before and after deinstitutionalization. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3), 223–242.

268. Wilkins, J., & Matson, J. L. (2009). A comparison of social skills profiles in intellectually disabled adults with and without ASD. *Behavior Modification*, 33, 143–155.
269. Wing, L., & Medical Research Council (Great Britain). (1989). *Hospital closure and the resettlement of residents: The case of Darenth Park Mental Handicap Hospital*. Aldershot, Hants, England: Avebury.
270. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al., The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9), 655–679.
271. Wolfensberger, W. (1998). *A brief introduction to social role valorization: A high-order concept for addressing the plight of societally devalued people, and for structuring human services* (3rd ed., rev.) Syracuse, NY: Syracuse University, Training Institute for Human Service Planning, Leadership and Change Agency.
272. World Health Organization (WHO) (1993a). Report of The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) Focus Group Work. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.4).
273. Quinsey, L. V., Book, A., Skilling, A. T. (2004). A Follow-up of Deinstitutionalized Men with Intellectual Disabilities and Histories of Antisocial Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(4), 243–253.
274. Xu, Y., & Zhang, Z. (2007). Distinguishing proactive and reactive aggression in chinese children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (4), 539–552.
275. Yen, C. F., Lin, J. D., Loh, C. H., Shi, L., & Hsu, S. W. (2010). Determinants of prescription drug use by adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1354–1366.
276. Young, L., Sigafos, J., Suttie J., Ashman A., Grevell P. (1998). Deinstitutionalisation of persons with intellectual disabilities: A review of Australian studies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(2), 155-170.

277. Young, L., & Ashman, A. F. (2004). Deinstitutionalization for older adults with severe mental retardation: Results from Australia. *American Association on Mental Retardation*, 109(5), 397–412.
278. Young, L.,(2006). Community and cluster centre residential services for adults with intellectual disability: Long-term results from an Australian-matched sample. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 419–431.
279. Zwanikken, G. J. (1990), The phenomenon of depression: general state of the art. In A. Dosen, F.J. Menolascino (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; p.113-128.
280. Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. New York: Wiley.

Прилог 1.

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Пол: ☐ мушко ☐ женско

1 (А) Где живиш? Да ли имате место где ћете живети или изнајмљујете?

- (Б) Колико личне имовине имаш у поређењу са другим људима твојих година?**

- (Ц) Колики су месечни приходи домаћинства?**

- Мање од 20.000 дин
- 20.000 - 40.000 дин
- 40.000,00 - 60.000 дин
- 60.000 – 80.000 дин
- Преко 80.000 дин

2. (А) Колико пута си био/ла код доктора у протеклих 3 месеца?

- Ниједном
- 1 - 2 (око једном месечно)
- 3-4 (сваке две недеље)
- 5-7 (око једном недељно или више)
- 8 или више

(Б) Да ли имаш неких медицинских сметњи? (на пример: визуелне, слух, телесне, здравље, итд.)

- Да
- Не

Ако је одговор ДА
наведи које:

Потребе у складу са
медицинским стањем или обољењем:

Пример:

Проблеми са видом
Епилепсија
Дијабетес

потребне су ми наочаре за читање
потребни су ми лекови
потребне су ми инсулинске инекције

(Ц) Које лекове узимаш сваки дан?

Ако не узимаш лекове обележи поље

или наведи називе лекова које користиш:

3 (а) Колико сати потрошиш на сваку од наведених активности током недеље?

(Просек током последња 3 месеца)

Сати плаћеног рада

0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40+ ☐

Сати формалног образовања

0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40+ ☐

Сати неплаћене бриге о деци

0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40+ ☐

(б) Колико често се догађа да у своје слободно време немаш шта да радиш?

Скоро увек	Обично	Понекад	Обично не	Скоро никад
☐	☐	☐	☐	☐

(ц) Да ли гледаш ТВ? Колико сати дневно?

Никад	1 – 2	3 – 5	6 – 9	10 или више
☐	☐	☐	☐	☐

4 (а) Да ли имаш блиског пријатеља? Колико често разговараш са својим пријатељем?

Више пута дневно	☐
Неколико пута недељно	☐
Једном недељно	☐
Једном месечно	☐
Мање од једном месечно	☐

(б) Ако се осећаш тужно да ли ти неко посвећује пажњу? Колико често?

Скоро увек	Углавном да	Понекад	Углавном не	Скоро никад
☐	☐	☐	☐	☐

(ц) Уколико желиш да урадиш нешто посебно, да ли и неко други жели да то уради са тобом? Колико често?

Скоро увек	Углавном да	Понекад	Углавном не	Скоро никад
☐	☐	☐	☐	☐

5 (а) Да ли добро спаваш?

Скоро увек	Углавном да	Понекад	Углавном не	Скоро никад
------------	-------------	---------	-------------	-------------

(б) Да ли се осећаш безбедним/ом код куће (тамо где живиш)?

Скоро увек	Углавном да	Понекад	Углавном не	Скоро никад
------------	-------------	---------	-------------	-------------

(ц) Да ли сте некада забринут/а у току дана? Колико често?

Скоро увек	Углавном да	Понекад	Углавном не	Скоро никад
☐	☐	☐	☐	☐

6 (а) Испод је списак активности које се најчешће обављају у слободно време. Навести колико пута у просеку током месеца учествујеш или присуствујеш свакој од ових активности током свог слободног времена.

Активност	Колико пута месечно
(1) Одлазиш у клуб / групу / удружење	_____
(2) Одлазиш у хотел / Бар / Кафић/Посластичарницу	_____
(3) Гледаш утакмице уживо	_____
(4) Одлазиш у цркву	_____
(5) Разговараш са комшијама	_____
(6) Једеш у ресторану	_____
(7) Одлазиш у биоскоп/позориште	_____
(8) Посећујеш рођаке или пријатеље	_____
(9) Бавиш се неким спортом	_____
(10) Остало (молимо опишите)	_____

(б) Да ли припадаш неком клубу, групи или друштву? Да ли имаш неки положај?

- Да - Члан одбора
- Не - Председник/ца одбора

ако је одговор “Не” идите на питање под **(ц)**

- Секретар

- Благајник

(ц) Да ли те људи изван твоје куће замоле за помоћ или савет? Колико често?

Скоро увек Углавном да Понекад Углавном не Скоро никад

☐ ☐ ☐ ☐

7(а) Да ли можеш да урадиш ствари које стварно желиш да урадиш? Колико често?

Скоро увек Углавном да Понекад Углавном не Скоро никад

(б) Када се пробудиш ујутру, да ли си икада пожео/ла да би могао/ла да останеш у кревету цео дан? Колико често?

Скоро увек Углавном да Понекад Углавном не Скоро никад

☐ ☐ ☐ ☐

(ц) Да ли имаш жеље које се не могу остварити? Колико често?

Скоро увек Углавном да Понекад Углавном не Скоро никад

☐ ☐ ☐ ☐

Прилог 2.

Упитник за процену стресних животних догађаја Life Stress Inventory (Fogarty, Bramston, & Cummins, 1997)

Субјективна скала стреса

Име и презиме: _____

Узраст: _____

Датум попуњавања: _____

р. б	Питања	Оцена
1.	Да ли имаш могућност да одабереш ствари које су важне за тебе?	
2.	Да ли имаш довољно приватности / времена за себе?	
3.	Да ли се људи које знаш свађају?	
4.	Да ли те људи третирају као да си другачији?	
5.	Да ли људи поштују твоја права?	
6.	Да ли је неко кога познајеш био озбиљно болестан или умро?	
7.	Да ли се добро слажеш са својим партнером / девојком / дечком?	
8.	Да ли се добро слажеш са својом породицом?	
9.	Да ли те људи слушају када имаш нешто да кажеш?	
10.	Да ли мислиш да не можеш да радиш ствари добро или довољно брзо?	
11.	Да ли можеш да разумеш инструкције или упутства других људи?	
12.	Да ли мислиш да људи могу да те разумеју?	
13.	Да ли те неко злоставља или врши притисак на тебе?	
14.	Да ли те неки људи прекину када си заузет/а?	

15.	Да ли ти се неко руга или назива разним погрдним именима?	
16.	Да ли се добро слажеш са наставницима?	
17.	Да ли те неко приморава да радиш неке ствари које не желиш да урадиш?	
18.	Имаш ли расправе или се тучеш са неким?	
19.	Можеш ли да урадиш ствари које људи желе да урадиш?	
20.	Да ли си икада желео/ла да урадиш нешто и никада и ти није дата прилика да пробаш?	
21.	Да ли си недавно био на месту које је препуно, где је велика гужва?	
22.	Да ли си икада био/ла у тешкој ситуацији у којој ниси знао шта да радиш?	
23.	Да ли ти људи око тебе дозвољавају да знаш шта се дешава?	
24.	Да ли ћеш увек моћи да пронађеш посао?	
25.	Да ли си сигуран/а приликом руковања новцем?	
26.	Да ли волиш да живиш тамо где живиш тренутно?	
27.	Да ли си било/ла у невољи у последње време?	
28.	Да ли имаш довољно пријатеља?	
29.	Да ли људи мисле да не можеш да урадиш ствари које ти мислиш да можеш?	
30.	Да ли људи воле да разговарају са тобом?	

Бодовање: Да = 2
 Понекад =1
 Не= 0

Објективна скала стреса

Упитник попунио/ла: _____

Датум попуњавања: _____

р.б	Питања	Оцена
1.	Да ли је он / она има могућност одаберете ствари које су важне за њега / њу?	
2.	Да ли је он / она има довољно приватности / време за себе?	
3.	Да ли је он / она чуо људе које зна како се свађају?	
4.	Да ли га/је људи третирају као да је он / она је различит/а?	
5.	Да ли људи поштују његова/њена права?	
6.	Да ли је неко кога познаје био озбиљно болестан или умро?	
7.	Да ли се добро слаже са својим партнером / девојком / дечком?	
8.	Да ли се добро слаже са својом породицом??	
9.	Да ли га/је људи слушају када има нешто да каже?	
10.	Да ли је он /она осећа да не може да уради ствари исправно или довољно брзо?	
11.	Да ли он / она разуме упутства других људи?	
12.	Да ли људи могу да га/је разумеју?	
13.	Да ли неко га/је злоставља или врши притисак на њега/њу?	
14.	Да ли га/је неки људи прекину када је он/она је заузета?	
15.	Да ли га/је људи га задиркују и називају разним погрдним именима?	
16.	Да ли се он / она добро слаже са својим наставницима?	
17.	Да ли га / је неко приморава да ради ствари које не жели да ради?	
18.	Да ли се свађа или туче са неким?	
19.	Да ли може да уради ствари које се очекују од њега/ње?	
20.	Да ли добија довољно помоћи када жели нешто да уради и када му/јој је потребна?	
21.	Да ли је недавно био/ла на месту које је препуно, где је велика гужва?	

22.	Да ли је икада био/ла у тешкој ситуацији у којој није знао/ла шта да радиш?	
23.	Људи око њега/ње дозвољавају му/њој да зна шта се дешава?	
24.	Да ли ће увек моћи да пронађе посао?	
25.	Да ли је сигуран/а приликом руковања новцем?	
26.	Да ли воли да живи тамо где живи тренутно?	
27.	Да ли је био/ла у невољи у последње време?	
28.	Да ли он / она има довољно пријатеља?	
29.	Да ли људи мисле да не може да уради ствари које он/она мисли да може?	
30.	Да ли људи воле да разговарају са њим / њом?	

Бодовање: Да = 2
 Понекад =1
 Не= 0

Прилог 3.

Упитник о функцијама понашања
Questions About Behavioral Function, QABF
(Valmer, Maison, 1995)

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Установа: _____

X	0	1	2	3
Не примењује	Никада	Ретко	Понекад	Често

_____ 1. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би добио/ла пажњу?

_____ 2. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би избегао/ла радне обавезе или учење?

_____ 3. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање у циљу самостимулације?

_____ 4. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када је присутан неки бол?

_____ 5. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би добио/ла жељену храну, предмет и сл.?

_____ 6. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање зато што има потребу да буде опоменут?

_____ 7. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када тражи да уради нешто?

_____ 8. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање само када мисли да је сам/а у соби?

_____ 9. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање много чешће када је болестан/а?

- _____ 10. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када му нешто узмете?
- _____ 11. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би привука/ла пажњу?
- _____ 12. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када нешто не жели да уради?
- _____ 13. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање зато што нема шта друго да ради?
- _____ 14. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када му/јој нешто смета, физички?
- _____ 15. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када имате нешто што он/она жели?
- _____ 16. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би изазвао/ла реакцију код вас?
- _____ 17. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање да би натерао људе да га оставе на миру?
- _____ 18. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање непрестано га понављајући и игноришући околину?
- _____ 19. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање јер му/јој је физички неудобно?
- _____ 20. Да ли испољава одређено неприхватљиво понашање када неко од другара има што он/она жели?
- _____ 21. Да ли имате утисак као да говори: „Погледај ме“ када испољава одређено неприхватљиво понашање?
- _____ 22. Да ли имате утисак као да говори: „Остави ме на миру“ када испољава одређено неприхватљиво понашање?
- _____ 23. Да ли имате утисак као да ужива када испољава одређено неприхватљиво понашање чак и кад нема никог у близини?
- _____ 24. Да ли Вам испољавање одређеног неприхватљивог понашања показује да се он или она не осећа добро?
- _____ 25. Да ли имате утисак као да говори: „дај ми то или то..“ када испољава одређено неприхватљиво понашање?

15	15	15	15	15
14	14	14	14	14
13	13	13	13	13
12	12	12	12	12
11	11	11	11	11
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1

Пажња	Бекство	Не-социјално	Физички	Материјално
1. пажња	2. бекство	3. самостим.	4. бол	5. приступ
6. укор	7. да уради нешто	8. мисли да је сам	9. болест	10. одузимање
11. привлачење	12. да не уради	13. не ради ништа	14. физичке сметње	15. нешто имате
16. реакција	17. сам	18. понављање	19. Неудобност	20. други има
21. „дођи види“	22. „остави ме“	23. уживање	24. није му добро	25. „дај ми то“

Пажња

1. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би добио/ла пажњу.
6. Испољава одређено неприхватљиво понашање зато што има потребу да буде опоменут.
11. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би привука/ла пажњу.
16. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би изазвао/ла реакцију код вас.
21. Имате утисак као да говори: „Погледај ме“ када испољава одређено неприхватљиво понашање.

Бекство

2. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би избегао/ла радне обавезе или учење.
12. Испољава одређено неприхватљиво понашање када нешто не жели да уради.
7. Испољава одређено неприхватљиво понашање када тражи да уради нешто.
17. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би натерао људе да га оставе на мир.
22. Испољава одређено неприхватљиво понашање као да говори: „остави ме на миру“.

Несоцијално

3. Испољава одређено неприхватљиво понашање у циљу самостимулације.
8. Испољава одређено неприхватљиво понашање само када мисли да је сам/а у соби.
13. Испољава одређено неприхватљиво понашање зато што нема шта друго да ради.
18. Испољава одређено неприхватљиво понашање непрестано га понављајући и игноришући околину.
23. Имате утисак као да ужива када испољава одређено неприхватљиво понашање чак и кад нема никог у близини.

Физички

- 4. Испољава одређено неприхватљиво понашање када је присутан неки бол.
- 9. Испољава одређено неприхватљиво понашање много чешће када је болестан/а.
- 14. Испољава одређено неприхватљиво понашање када му/јој нешто смета, физички.
- 19. Испољава одређено неприхватљиво понашање јер му/јој је физички неудобно.
- 24. Испољавање одређеног неприхватљивог понашања показује да се он или она не осећа добро.

Материјално

- 5. Испољава одређено неприхватљиво понашање да би добио/ла жељену храну, предмет и сл.
- 10. Испољава одређено неприхватљиво понашање када му нешто узмете.
- 15. Испољава одређено неприхватљиво понашање када имате нешто што он/она жели.
- 20. Испољава одређено неприхватљиво понашање када неко од другара има што он/она жели.
- 25. Имате утисак као да говори: „дај ми то или то..“ када испољава одређено неприхватљиво понашање.

Прилог 4.

**Скала непријатељства и агресије за одрасле,
Реактивна / Проактивна
The Adult Scale of Hostility and Aggression, Reactive/Proactive A-SHARP
Matlock, S.T., Aman M. D.**

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Пол: _____

Дијагноза: _____

Упитник попуњава: _____

Колико дуго познајете корисника: _____

Инструкције: Молимо Вас да на основу Вашег искуства везано за понашање корисника заокружите један од одговора на „скали проблема „

Скала проблема – Молимо Вас заокружите број који највише осликава понашање корисника:

0 – не догађа се

1 - благ или редак проблем

2 – умерено озбиљан или чест проблем

3 веома чест проблем

Ако је на скали проблема заокружен одговор: 1, 2 или 3, заокружите једну од оцена на скали „Ко је изазвао?“ ако је применљиво.

Скала „Ко је изазвао?“ – Молимо Вас заокружите број који највише осликава понашање корисника:

-2: искључиво када је изазвано или непланирано

-1: најчешће када је изазвано или непланирано

0: подједнако се догађа када је изазвано или не

1: најчешће се догађа без повода

2: увек се догађа без повода

	Скала проблема				Ко је изазвао?				
	Не догађа се		Често се догађа		Изазвано			Без повода	
1. Прави подругљиве фаце	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
2. Скривено и лукаво ради ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
3. Покушава да додирне друге на сексуално неприхватљив начин	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
4.Штипа друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
5. Увредљиво реагује на мале ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
6. Ломи туђе ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
7. Брзо плане	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
8. Отима туђе ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
9. Замишљен је, надурен и мрзовољан	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
10. Назива друге увредљивим именом када су те особе одсутне	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
11. Гура друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
12. Сабија друге (заузима њихов лични простор)	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
13. Плаши друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
14. Говори "Мрзим те" или друге изјаве у жељи да повреди друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
15. Гризе друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
16. Вређа друге у лице	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
17. Баца предмете на друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
18. Реагује изненадно или импулсивно на мале ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
19. Виче на друге у бесу	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
20. Користи борилачке захвате против других	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
21. Разљути се када га затекнемо да се лоше понашао	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
22. Превише аргументује	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2

23. Користи ружне речи да шокира и увреди друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
24. Боде, сече друге неким оштрим предметом	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
25. Изазива друге, физички када је замољен/а да престане	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
26. Краде од других када га они не гледају	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
27. Реагује на увреде или изазивања тако што се рита	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
28. Назива друге увредљивим именом у лице	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
29. Подмеће ногу другима	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
30. Главом удара друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
31. Говори увредљиве коментаре о другима иза њихових леђа	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
32. Ломи своје ствари	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
33. Прави претеће гестове	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
34. Сваљује кривицу на друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
35. Вербално изазива друге чак и када му је речено да престане	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
36. Ако је ухваћен, пориче да се понашао лоше	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
37. Чупа друге за косу	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
38. Када је љут тешко се смири	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
39. Пљује на друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
40. Каже да мрзи меког ко није присутан или говори увредљиве речи	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
41. Дави друге (хвата га за врат)	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
42. Рита се, удара људе који су му у близини	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
43. Неоправдано реагује на нешто што други ураде или кажу	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2

44. Започиње неприлику уједајући друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
45. Ако га ухвате налази разна оправдања за своје понашање	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
46. Непријатељски је расположен	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
47. Гребе друге ноктима	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
48. Сева очима на друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
49. Подстиче друге да се удруже против некога	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
50. Гађа друге са предметима	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
51. Често је мрзовољан	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
52. Не брине о туђим осећањима	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
53. Вербално прети другима физичким нападом	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
54. Удара или прети другима насилнички	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
55. Говори непожељне сексуалне коментаре према другима	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
56. Не изгледа да му је жао када повреди неког	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
57. Хоће да се освети некоме, после неког времена када то друга особа више не очекује	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2
58. Покушава да га не ухвате док повређује друге	0	1	2	3	-2	-1	0	1	2

Прилог 5.

Скраћенице у табелама

АГР_ПРОБЛЕМ: резултати добијени на делу *Скале непријатељства и агресије за одрасле* који показују у ком интензитету се манифестује агресивно понашање.

АГР_ПРОВОКАЦИЈА или **АГР провок.:** резултати добијени на делу *Скале непријатељства и агресије за одрасле* који показују да ли је агресивно понашање нечим изазвано.

АГР_вербална: резултати вербалног агресивног понашања добијени на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

АГР_булинг: резултати силецијског агресивног понашања добијени на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

АГР_прикривена: резултати прикривеног агресивног понашања добијени на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

АГР_непријатељство: резултати непријатељског агресивног понашања добијени на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

АГР_физичка: резултати физичког агресивног понашања добијени на *Скали непријатељства и агресије за одрасле*.

Процена стручњака - важност: резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја – објективна скала* који се односе на процену колико су испитаницима важне испитиване варијабле.

Процена стручњака – задовољство: резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја – објективна скала* који се односе на процену колико су испитаници задовољни испитиваним варијаблама.

Стрес_процена стручњака или **СТРЕС_проц.ст.:** резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја – објективна скала*.

Стрес_субјективни или **СТРЕС субјект.:** резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја – самопроцена*

Ознаке за различите факторе стреса: **процена стручњака:**
c1nc – генерална забринутост; **c2nc** – негативни међуљудски односи; **c3nc** – осећај

недостатка компетентности;

Ознаке за различите факторе стреса: **самопроцена испитаника:**

c1c – генерална забринутост; **c2c** – негативни међуљудски односи; **c3c** – осећај

Субјективна важност: резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја* – *самопроцена* који се односе на процену важности испитиваних варијабли.

Субјективно задовољство: резултати добијени на *Упитнику за процену стресних животних догађаја* - *самопроцена* који се односе на процену задовољства испитиваним варијаблама.

QABF_укупно: укупни резултати на *Упитнику о функцијама понашања*

QABF_пажња: резултати на *Упитнику о функцијама понашања* који се односе на проблеме у понашању узроковане потребом за привлачењем пажње окружења.

QABF_бекство: резултати на *Упитнику о функцијама понашања* који се односе на проблеме у понашању узроковане потребом да се избегне одређена ситуација.

QABF_несоцијално или **QABF несоц.:** резултати на *Упитнику о функцијама понашања* који се односе на проблеме у понашању узроковане несоцијалним факторима.

QABF_физички: резултати на *Упитнику о функцијама понашања* који се односе на проблеме у понашању узроковане физичким факторима.

QABF_материјално или **QABF материј.:** резултати на *Упитнику о функцијама понашања* који се односе на проблеме у понашању узроковане материјалним факторима.

Скраћенице у табелама које показују резултате процене квалитета живота:

мат. бл.: материјално благостање

продукт.: продуктивност

положај: положај у друштву

емоције: емоционално благостање

БИОГРАФИЈА АУТОРА

ДАНИЕЛА М. ТАМАШ, рођена је 18.09.1973. у Новом Саду. Средњу медицинску школу "7. април.", смер: лабораторијски техничар; завршила је 1992. године у Новом Саду. Дипломирала је 1997. године, на Дефектолошком факултету, Универзитета у Београду, на смеру логопедија. Магистарску тезу: „Развој комуникативних способности и функционалност деце са аутизмом“ одбранила је на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, на одсеку за логопедију, у Београду, 2009. године. Има 17 година радног искуства; професионалну каријеру започела је као логопед у предшколској установи, а тренутно ради у Школи за основно и средње образовање „Милан Петровић“ са домом ученика у Новом Саду као координатор Дневног боравка за особе са аутизмом. На Катедри за специјалну рехабилитацију и едукацију, Медицинског факултета, Универзитета у Новом Саду од 2011. године је ангажована на пословима сарадника у настави, а 2012. године је изабрана у звање асистента. Један је од аутора и организатора бројних програма везаних за рад са особа са аутизмом и подстицање и промовисање бриге шире друштвене заједнице за ову популацију. Реализатор је и аутор 7 акредитованих програма од стране Завода за унапређивање образовања и Републичког завода за социјалну заштиту и као предавач учествује у реализацији других програма. Аутор је и коаутор већег броја практичних и научно истраживачких радова саопштених на научно стручним конференцијама и скуповима на којима је учествовала у нашој земљи и иностранству. Објављивала је своје ауторске и коауторске радове у научним часописима. Члан је бројних струковних и невладиних организација чије поље деловања је усмерено ка области за коју је проофесионално везана.

Прилог 1

Изјава о ауторству

Потписани-а: Даниела Тамаш

број уписа:

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом:

„Тип становања и квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу“

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да пре дложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 22.01.2015.



Прилог 2

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

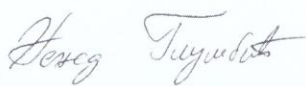
Име и презиме аутора: Даниела Тамаш

Број уписа _____

Студијски програм: Олигофренологија

Наслов рада: „Тип становања и квалитет живота особа са интелектуалном
ометеношћу”

Ментор: проф.др Ненад Глумбић

Потписани 

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској
верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног
репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског
звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум
одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне
библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 22.01.2015



Прилог 3

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Тип становања и квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу“
која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство – некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда



У Београду, 22.01.2015.