Универзитет у Београду
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Одељење за тифлологију

ПРЕДЛОГ ПРОЈЕКТА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Повезаност самопоимања са квалитетом живота и животним навикама код особа са оштећењем вида

Предлог за ментора:
Проф. др Бранка Јаблан

Кандидат
Ксенија Станимиров

Београд,
Децембар 2014.

САДРЖАЈ

САДРЖАЈ **2**

УВОД **3**

САМОПОИМАЊЕ **5**

ПОВЕЗАНОСТ САМОПОИМАЊА СА КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЖИВОТНИМ НАВИКАМА **12**

ПРЕГЛЕД ИСТРАЖИВАЊА САМОПОИМАЊА, КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОПУЛАЦИЈИ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА **21**

ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА **26**

ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА **28**

ХИПОТЕЗЕ **29**

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА **30**

- **Узорак** **30**
- **Варијабле** **30**
  - *Независне варијабле* *30*
  - *Зависне варијабле* *30*
  - *Контролне варијабле* *31*
- **Инструменти** **31**
  - *Скала за процену самопоимања* *31*
  - *Скала за процену квалитета живота* *32*
  - *Скала за процену животних навика* *33*
- **Обрада података** **34**

ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА **35**

ЛИТЕРАТУРА **36**

УВОД

Самопоимање представља функцију интеракција биолошких, развојних и социјалних процеса током живота, то је начин на који појединац себе перципира. Та перцепција стиче се кроз интеракције са окружењем и са значајним особама из окружења, али и кроз интерпретацију околине, а мења се како деца и одрасли развијају нове когнитивне и интелектуалне способности и како се суочавају са новим социјалним захтевима и процесима (Demo, 1992). На самопоимање утичу поткрепљења, евалуација од стране значајних особа из окружења и процена сопственог понашања. Појединци са позитивним самопоимањем наводе да су срећнији, имају бољи субјективни осећај благостања, задовољнији су животом, тј. имају бољи субјективни квалитет живота (Bracken & Lamprecht, 2003). Дакле, на основу свега наведеног, може се претпоставити да је позитивна слика о себи циљ коме сви треба да теже.

Међутим, присуство инвалидитета, самим тим и оштећења вида, може да утиче на процес формирања личности неке особе. Оштећење вида представља један од водећих узрока инвалидитета код одраслих особа и може да доведе до ограничења у многим областима живота. Има широк утицај на свакодневни живот особе, укључујући социјални и радни аспект. Оштећење вида је повезано са различитим тешкоћама које наводе саме особе са оштећењем вида, међу којима су и: тешкоће у области физичког функционисања, емоционални проблеми, низак степен социјализације, осећај недостатка контроле над сопственим животом, проблеми у самосталном живљењу, тешкоће у области оријентације и кретања. Додатно, присутне су и тешкоће приликом формирања идентитета: социјалних интеракција је мање и краће су, наводе се тешкоће са стицањем искустава, слика о телу није довољно јасна, тешко навикавање на инвалидитет и прихватање истог ... Ови проблеми не морају бити велики, али код неких особа могу довести и до лошије слике о себи, до умањења квалитета живота и до ограничења у партиципацији (тј. у реализовању животних навика). Особе са оштећењем вида се не сусрећу само са психолошким, већ и са социјалним импликацијама оштећења: у друштву се цене физички изглед, привлачност, независност и постигнућа. С обзиром на то да особе са оштећењем вида могу имати тешкоће у реализацији тих захтева, дешава се да их друштво деградира. Најважнијом карактеристиком особе углавном се сматра оштећење вида и оно се користи у интерпретацији свих осталих карактеристика појединца. Додатно, немогућност коришћења визуелних наговештаја, који су неопходни за учење социјалног понашања, значи да су особе са оштећењем вида изложене већем ризику од социјалне изолације, имају мање пријатеља и неадекватне социјалне вештине (Huijgevoort, 2002).

Квалитет живота је концепт који треба да узме у обзир когнитивну и емоционалну перцепцију коју појединац има о себи и свету (Levasseur, Desrosiers & Noreau, 2004). Важан је за све и треба га посматрати на исти начин, без обзира да ли се ради о особама из опште популације или о особама са оштећењем вида. Браун и сарадници (Brown et al., 1988, према Reiter & Bendov, 1996) сугеришу да је тешко дати прецизну дефиницију квалитета живота појединца јер различити људи различито оцењују сличне услове живота. Ипак, Златановић (2000) истиче да, без обзира на то како је дефинисан, квалитет живота указује на функционални статус појединца и на позитиван осећај благостања. Концепт квалитета живота показује одређени степен слагања између жеља појединца, његових способности и услова живота.

У истраживањима се квалитет живота доводи у везу са партиципацијом и задовољством нивоом партиципације (Levasseur et al., 2004; Levasseur et al., 2008). Партиципација се не односи само на способности особе, већ на оно што особа заиста ради током живота и операционализована је кроз концепт животних навика. Животне навике су дефинисане као свакодневне активности (брига о себи, покретљивост) и као социјалне улоге (међуљудски односи, одмор).

САМОПОИМАЊЕ

Самопоимање, селф-концепт, самосвест, појам о себи, слика о себи су термини којима различити аутори означавају субјективни доживљај властите личности. Крејвен и Марш (Craven & Marsh, 2008) у свом раду наглашавају да је самопоимање један од најстаријих конструката у друштвеним наукама.

Рана истраживања била су усмерена на један аспект самопоимања – самопоштовање, јер је самопоимање било посматрано као стабилна, генерализована слика о себи. Савремена истраживања ослањају се на динамички конструкт и самопоимање схватају као хијерархијску и вишедимензионалну структуру која се састоји од различитих домена, међу којима су академско (вербално, математичко, природне науке) и неакадемско (физичко, емоционално, социјално) самопоимање (Bodkin-Andrews, O'Rourke & Craven, 2010; Salmivalli, 1998). Уместо испитивања општег самопоимања, Бодкин-Ендрјуз и сарадници (Bodkin-Andrews, O'Rourke & Craven, 2010) нагласили су важност специфичних домена самопоимања који се односе на идентитет, вођство, односе са другим особама, спорт, домене физичког здравља. Исти аутори истичу да није могуће схватити самопоимање на прави начин ако се игнорише његова вишедимензионалност.

Лифшиц, Хен и Вајсе (Lifshitz, Hen & Weisse, 2007) кажу да је самопоимање систем веровања, ставова и перцепција које појединци имају о себи и о својим (јединственим) особинама, а може се посматрати и као одговор на питања: „Ко сам ја? Које карактеристике имам?“ (Salmivalli, 1998). Бернс (Berns, 1979, према Јоксимовић, Јањетовић, 2008, стр. 289) дефинише појам или свест о „себи као укупност мисли, осећања, оцена и предвиђања о себи и о сопственом понашању“. Обиакор (Obiakor, 1986, према Gish, 2002, стр. 4) је дефинисао самопоимање као „репертоар самоописујућих понашања појединца. Ти описи могу бити тачни или нетачни, конзистентни или контрадикторни, свеобухватни или ограничени, затворени или отворени, и понекад се мењају са променом контекста“. У већини случајева самопоимање произлази из интеракција појединца са важним људима из окружења (Bodkin-Andrews, O'Rourke, & Craven, 2010). Још је Вилијем Џејмс у 19. веку истакао да су за самопоимање веома значајни односи са другим људима (Станимировић, Мијатовић, Савановић, 2010).

За самопоимање се може рећи да је засновано на опажањима које особа прикупља и акумулира током свог живота. На њега утичу однос између акција и реакција других, перцепција догађаја од стране појединца, као и однос његовог окружења и исхода. Да би се самопоимање разумело, Демо (Demo, 1992) сматра да га треба посматрати као променљиви

конструкт који осцилира у различитим ситуацијама и у различитим животним фазама: током живота појединци доживљавају промене улога, животне транзиције и преокрете који могу да утичу на развој, социјализацију и социјалну размену. Дакле, самопоимање треба посматрати као динамички конструкт који одговара на стимулусе из средине, укључује нове елементе, мења се, прилагођава и стабилизује пре суочавања са новим стимулусом. Да би се овај динамички квалитет разумео, исти аутор (Demo, 1992) сматра да је неопходно понављати мерења и укључити и опсервацију у природним условима. Управо тај динамични аспект самопоимања је важан јер указује на променљивост концепта (Halder & Datta, 2012). Самопоимање се развија тако да се понашање појединца и (последично) слика о себи мењају унутар домена и диференцирају кроз различите домене током година. Касније у животу се могу појавити додатне или модификоване верзије самопоимања (Bracken & Lamprecht, 2003). Међутим, подаци о овим променама самопоимања током одраслог доба су оскудни. И О'Мара и сар. (O'Mara, Marsh, Craven, & Debus, 2006) примећују недостатак студија праћења и сматрају да због тога није могуће са сигурношћу тврдити шта се са самопоимањем дешава током времена.

Према Ериксоновој теорији психосоцијалног развоја, развој особе се одвија током целог живота и у том процесу су посебно важни социо-културни фактори. Ова теорија претпоставља да у току живота постоји осам развојних фаза и да свака од њих пред појединца ставља одређени задатак или конфликт који он мора успешно да реши да би наставио да се развија. Ериксон је сматрао да развој слике о себи не престаје њеним формирањем, већ се наставља и у одраслом добу (Sokol, 2009). Почетак развоја самопоимања се везује за детињство и за породицу, која је први и најважнији извор информација за вредновање себе (López-Justicia, Pichardo-Martinez & Medina, 2005). Одобрење и прихватање од стране родитеља и вршњака, перципирана компетенција у доменима који су значајни за дете (нпр. спортске или академске компетенције) и физички изглед идентификовани су као важни извори дететове слике о себи (Pinquart, 2012). Због различитих физичких, когнитивних и социјалних фактора адолесценција је, према Ериксоновом мишљењу, оптимално време за развој самопоимања (свести о себи) (Sokol, 2009). Током адолесценције један од кључних задатака је изградња стабилног самопоимања. У овом процесу такође је веома важна интеракција са вршњацима. Они нуде повратну информацију којом потврђују или не потврђују веровања која адолесцент има о себи и помажу му у формирању или промени слике о себи (Salmivalli, 1998). Џексон и сарадници (Jackson, Zhao, Witt et al., 2009) сматрају да је социјално самопоимање засновано на популарности појединца међу значајним особама из окружења и на његовим пријатељским везама, док се физичко самопоимање заснива на самоперципираним спортским вештинама и учешћу у спорту. Исти аутори академско

(когнитивно), социјално и физичко самопоимање сматрају другачијим од самопоштовања. Самопоимање се односи на (укупна) когнитивна веровања која особа има о себи. Односи се на све што неко о себи зна: како се зове, шта воли или не воли, у шта верује, какве вредности поштује, како изгледа (висина, тежина). Са друге стране, самопоштовање је емоционални одговор који особе доживљавају када размишљају и процењују различите ствари о себи (Heatherton & Wyland, 2003). Иако је Ериксон веровао да се самопоимање мења до краја адолесценције, ипак је сугерисао да оно наставља да се развија и током одраслог доба. И баш као и током адолесценције, и током периода младалачког живота (узраст од 25 до 39 година) за развој идентитета су важни занимања, међуљудски односи и идеје. Прелазак из адолесценције у одрасло доба се поклапа са врхунцем интелектуалних способности и памћења и са побољшањем способности за решавање проблема. Ове нове вештине омогућавају шире, сложеније дефинисање себе и снажнији осећај самовредновања. Иако социјална поређења са значајним особама из окружења остају основни механизам самопроцене, она у овом периоду ипак нису тако значајна као током адолесценције. Основни задатак у овој фази је стварање идентитета одраслих. Улоге сина, ћерке, студента постају периферне јер се (социјализацијом) појављују нове улоге које појединац треба да преузме: супружник, партнер, запослени. Период младалачког живота представља време развоја и консолидације циљева, посебно у области каријере и породице. Млађе одрасле особе теже да развијају односе, каријеру, да заснују породицу, а све то су нови захтеви за њих. Нпр. студент који је дипломирао доживљава нови животни контекст када се запосли или се његов животни контекст модификује када заснује породицу, па поред улоге (нечијег) детета постаје и супружник, а касније и родитељ. Како особа постаје успешнија у новим улогама, и њено самопоимање наставља да се развија (Bracken, & Lamprecht, 2003).

Преласком из младалачког живота у средње доба (40 до 65 година) и мушкарци и жене мењају своје вредности, циљеве, оно што им је важно у животу и оно чему теже. Јављају се минималне промене у области интелигенције и памћења. Когнитивни процес обликовања самопоимања током овог периода је сличан оном у младалачком периоду живота. Многи социјални и лични догађаји који се појављују током средњег животног доба подижу свест и служе као окидач за поновну самопроцену пословних и социјалних улога. Међу тим догађајима је схватање сопствене смртности, односи са децом (адолесцентима), родитељи који старе, смрт партнера и/или блиског пријатеља, склапање брака, развод и сл. Даље, промене различитих животних околности као што су промене на телу, у каријери, пресељење, развод, нови брак, смрт вољене особе и слично такође могу да изазову преиспитивање самопоимања.

Самопоимање наставља да се развија и у касном одраслом добу (након 65. године). У овом периоду природан животни след јесте појава тешкоћа у области физичких способности (Grant, 1969). Такође, долази до губитка вербалне или флуидне интелигенције, процес памћења се успорава, слаби вештина решавања проблема, али су ове промене постепене. Драстичнија промена је приметна у области социјалних интеракција, јер се социјалне мреже мењају услед пензионисања или смрти пријатеља. У овој животној фази социјална поређења су мање важна, јер се смањује број особа са којима се појединци могу поредити. Присећање прошлих искустава и улога доводи до реорганизације самопоимања. У касном одраслом добу самопоимање достиже врхунац, све до тренутка док физичко и когнитивно пропадање, који су у вези са лошијим здрављем, мањом флексибилношћу, ограниченим социјалним интеракцијама и улогама, не почну да изазивају негативне мисли и осећања о себи. Природан процес старења подразумева и промену улога у којима се одрасле особе налазе. У овом периоду кључни су испитивање и евалуација. Једноставно, старије одрасле особе покушавају себе да дефинишу на основу онога што су постигле. Процеси важни за самопоимање у касном одраслом добу су поновно успостављање равнотеже у међуљудским односима и другим социјалним улогама, прилагођавање на (евентуалне) губитке и снижене физичке капацитете и проналажење смисла живота (Demo, 1992; Sokol, 2009). Такође, треба нагласити да и негативна искуства представљају важан елемент у развоју реалистичког самопоимања (Станимировић, Мијатовић, Савановић, 2010). Разумно је очекивати да ће непријатни догађаји уздрмати нечије самопоуздање, изазвати промене у рутинама и већ успостављеним социјалним односима и да ће представљати изазов за каснија прилагођавања (Demo, стр. 321).

Раније су константност и промене личности били приписивани онтогенетском развоју: променама у периоду адолесценције, расту и развоју у одраслом добу, кризи средњих година, чиме је занемариван утицај социјалних фактора. Међутим, Мортимер и сар. (Mortimer et al., 1982, према Demo, 1992) наводе да је могуће да и одређене срединске промене утичу на стабилност, тј. на промену самопоимања. Рано одрасло доба је период када се стичу нове улоге и статуси (запослени, супружник, родитељ), налазе се одговори на многа питања, постављају се нови циљеви, што за резултат има развојно зрелију слику о себи. Ови аутори претпостављају да је самопоимање склоније променама у раном одраслом добу него касније у животу због тога што је окружење у каснијем животном добу стабилније, као и због ослањања на већ успостављене обрасце понашања. Међутим, емпиријски докази за ове тврдње су оскудни, па би се на основу тога могле сугерисати теме будућих истраживања.

Једно од првих истраживања које се бавило променом, тј. диференцијацијом самопоимања током одраслог доба било је истраживање Дила и сар. (Diehl, Hastings &

Stanton, 2001). Резултати овог истраживања сугеришу да различити нивои диференцијације самопоимања могу на различите начине да се прилагоде одређеним догађајима у животу одраслих особа. То би значило да ће се самопоимање појединца развијати током сваке животне фазе и да ће бити у вези са емоционалним и социјалним развојем одрасле особе. Фактори који утичу на самопоимање одраслих су сложени и различити. Поред индивидуалних и психолошких фактора (нпр. нивоа когнитивног развоја), узраст и/или улога у животу могу бити неки од фактора који утичу на диференцијацију самопоимања. Нпр. физичке способности ће се временом, тј. са старењем, појавом неког обољења или чак инвалидитета, мењати. Комбинација перцепција, мисли, односа и искустава могу утицати на слику коју особа има о себи. Нпр. фокусирање на личне снаге и на позитивне квалитете, пре него на мане, може појединцу помоћи да развије позитивнију слику о себи. Даље, посао, односи са другим људима и стање здравља такође могу да утичу на самопоимање: губитак посла, раскид емотивне везе, дуготрајна болест или тешка повреда утицаће на то како се појединац осећа, тј. утицаће на његову слику о себи. И пол је значајан за развој самопоимања, јер у друштву постоје различита очекивања од мушкараца и од жена. Ти полни стереотипи могу бити позитивни или негативни – нпр. могу изазвати осећање кривице или некомпетентности уколико особа не може (или не жели) да им се прилагоди у одређеној ситуацији. Пол такође може утицати на послове које особа може да обавља. Промена самопоимања са годинама објашњава се чињеницом да одрасле особе имају више искуства, стекле су више знања о себи и углавном себе описују у односу на квалитет живота и у односу на своју личност.

Грантова (Grant, 1969) очекује да самопоимање прати одређени образац животних фаза који карактерише експанзија током раног одраслог доба и повлачење након достизања средњих година. Ова ауторка је испитивала разлике у самопоимању код одраслих особа на различитим узрастима. Резултати њене студије су показали да је самопоимање вишедимезионални конструкт и да се осећања која људи имају о себи мењају као функција сазревања. Међутим, ауторка наглашава да те промене нису једнаке за све, већ представљају сложен образац који је делом функција социоекономског статуса, узраста и друштвених улога. Поред тога, уочене су и полне разлике: мушкарци више од жена теже порицању грешака и слабости и одржавању позитивне слике о себи, што Грантова повезује са улогом која им је у друштву додељена.

Брејкен (Bracken, 1992, према Bracken, & Lamprecht, 2003) је предложио модел развоја самопоимања заснован на понашању. Према том моделу, људи развијају позитивно самопоимање захваљујући успеху који су доживели у различитим животним ситуацијама и то тако што добијају позитивну повратну информацију из окружења из директних (лична

перспектива) и индиректних (перспектива других) извора. Поред тога што објашњава како се самопоимање (природно) развија, овај модел омогућава и планирање различитих интервенција за побољшање слике о себи.

Генерално гледано, човек је социјално биће и осећај идентитета појединца умногоме зависи од начина на који га други посматрају. Појединци се прилагођавају и живе на основу повратних информација које константно добијају од породице, заједнице и пријатеља. Повратне информације омогућавају контролу и организацију поступака, обезбеђују проверу понашања, а важне су и због тога што утичу на самопоимање појединца и на његов осећај идентитета (Schinazi, 2007). Према приступу социјалног идентитета, осећај селфа је могуће имати и на основу припадности одређеним друштвеним групама. Када је чланство у некој групи посебно истакнуто, појединац себе дефинише на основу социјалног идентитета, а не на основу личног идентитета и мисли и понаша се у складу са сетом социјалних норми које су у вези са том одређеном групом (Crisp & Turner, 2010).

Према мишљењу неких аутора (López-Justicia & Pichardo, 2001, стр. 7; Rodgers, 1959, према McLeod, 2008), самопоимање се састоји из три елемента:

1. Когнитивна компонента: представља перцепцију или менталну репрезентацију појединца, тј. идентитет или слику о себи; не мора обавезно да приказује реалност. На слику о себи утичу многи фактори (родитељи, пријатељи, медији итд.). Она се може односити на социјалне улоге (спољни, тј. објективни аспекти живота појединца: син, наставник, пријатељ) и на личне карактеристике (унутрашњи, афективни аспекти живота појединца: духовит, нестрпљив, вредан итд.). Млађе особе себе чешће описују на основу личних карактеристика, док старији људи себе дефинишу на основу социјалних улога.
2. Афективна компонента: у вези је са вредностима које појединци приписују одређеном начину на који себе виде; другим речима, ово је самопоштовање. Самопоштовање се односи на степен у ком појединац прихвата себе или колико себе цени. Самопоимање увек подразумева и известан степен евалуације; можемо имати позитивно или негативно мишљење о себи.
3. Бихејвиорална компонента/компонента понашања: показује како самопоимање утиче на понашање појединца и како то понашање условљава.

У овом схватању препознајемо аналогију са концептом и компонентама социјалних ставова. То је у нескладу са дистинкцијом концепата самопоимање и самопоштовање (когнитивни насупрот емоционалном аспекту) која је данас опште прихваћена. Сходно томе, већина аутора операционализује самопоимање преко низа домена који су у вези са животним улогама појединца. Брејкен (Bracken, 1992, према Bracken & Lamprecht, 2003, стр. 106) пише о постојању шест специфичних домена који су у вези са самопоимањем:

- социјални домен – способност интеракције са другима;
- домен компетентности – способност задовољавања основних потреба;
- афективни домен – свест о емоционалним стањима;
- физички домен – осећања о здрављу, изгледу, физичком стању и свеукупној појави;
- академски домен – успех или неуспех током школовања;
- породични домен – колико добро појединац функционише у породици.

Важност самопоимања је већ наглашена, као и потреба да свако има позитивну слику о себи. Такође, било је речи и о утицају инвалидитета и оштећења вида на слику о себи. Приметно је да међу различитим ауторима нема сагласности о односу самопоимања особа са инвалидитетом и особа из опште популације. Неки од њих чак нису нашли разлике између ове две групе испитаника. Нпр. студенти са тешкоћама у учењу имали су ниже скорове у области когнитивних компетенција и академског самопоимања у поређењу са студентима из опште популације, али се ове две групе нису разликовале у области генералног селфа (Dixon, Craven & Martin, 2006). Могуће објашњење непостојања разлика између самопоимања особа са инвалидитетом и особа из опште популације јесте и процес инклузије и рад на едукацији о прихватању различитости. Оно што је важно је да се у адолесценцији развије позитивно самопоимање да би у одраслом добу те особе биле срећне и задовољне својим животом (Srivastava & Joshi, 2014), што не значи да није могуће мењати самопоимање одраслих. Самопоимање се мења како појединци развијају (нове) когнитивне и интелектуалне капацитете и како се суочавају са новим захтевима и процесима. Нове вештине и способности омогућавају сложеније самодефинисање и јаче осећање самовредновања. Побољшања у многим животним доменима (посао, заједница, становање), до којих долази са годинама, важни су у објашњењу повећања нивоа субјективног благостања (Demo, 1992).

ПОВЕЗАНОСТ САМОПОИМАЊА СА КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЖИВОТНИМ НАВИКАМА

Златановић (2000) је радио истраживање којим је желео да испита улогу самопоимања појединца у истраживањима квалитета живота. С обзиром на то да је свака особа јединствена и да селф појединца представља део личности који садржи лично искуство (са сопственим телом, са другима и са светом генерално), његов закључак је да процена квалитета живота треба да укључи и самопоимање. Сматрао је да није могуће искључити субјективне вредности појединца, његова искуства, осећања, ставове и веровања (о себи и о животу) који га разликују од осталих особа из окружења. Све ово је могуће повезати са субјективним квалитетом живота који у обзир узима когнитивне и емоционалне перцепције које нека особа има о себи о свету у ком живи. Додатно, у једном истраживању (Bracken & Lamprecht, 2003) особе са позитивним самопоимањем су навеле да су срећније и да имају бољи субјективни квалитет живота.

Квалитет живота је синтагма која се често користи и за коју постоји убеђење да је њено значење свима познато. Значење овог термина је многоструко, различити људи га у различитим контекстима у којима живе (историјски, економски, социјални) различито користе. Такође, свака од дисциплина која користи овај појам ставља га у свој контекст (Станимировић, 2005). Особе из различитих културних подручја на различите начине посматрају квалитет живота (Fallowfield, 1990). Током протеклих 40 година концепт квалитета живота значајно се мењао. Коришћен је да означи различите ствари: здравствени статус, физичко функционисање, психосоцијално прилагођавање, добробит, задовољство животом, срећу (Ferrans et al., 2005). Концепт квалитета живота је шири појам од услова становања; није фокусиран само на материјалне ресурсе (Eurofound, 2003). Такође, значење овог термина је шире и од самог здравља.

Шалок (Schalock, 2004, стр. 204-205) наводи да је до интересовања за квалитет живота дошло из четири извора:

- промена става да до побољшања живота могу довести само научни, технолошки и медицински напредак; као важни фактори за побољшање живота издвојени су лична добробит, породица, заједница;
- један од корака који је проистекао из покрета нормализације – наглашавао је значај сервиса за мерење исхода у животу појединца унутар заједнице;
- фокусирање на права пацијената и на планирање у чијем центру су особе, лични исходи и самоодређење;

- појава социолошких промена које су увеле субјективне или перцептивне аспекте квалитета живота.

Квалитет живота у друштву се може дефинисати као укупан ниво благостања људи који у том друштву живе (Fahey, Nolan & Whelan, 2003). Благостање одсликава, не само услове живота и контролу над ресурсима у спектру животних домена, већ и осећања која људи имају поводом свог живота у тим доменима.

Треба истаћи да не постоји једна опште прихваћена дефиниција овог термина (Keles, 2012). Феранс (Ferrans, 1990) наводи пет категорија дефиниција квалитета живота:

- Прва категорија дефиниција фокусирана је на способност особе да живи нормалан живот. Међутим, проблем у вези са коришћењем ове дефиниције је – како донети одлуку који критеријум користити за одређивање шта је нормално?
- Следећа категорија дефиниција су оне које се фокусирају на осећање среће или задовољства појединца. Срећа и задовољство су повезани, али нису синоними. Срећа представља краткорочно позитивно осећање, док се задовољство описује као дугорочно когнитивно искуство које је резултат процене услова живота. Из тог разлога се сматра да задовољство ближе описује концепт квалитета живота него што то чини срећа. Мерење квалитета живота коришћењем дефиниција у вези са задовољством или срећом зависи од перцепције испитаника. Уопштено, такве субјективне податке је теже валидно проценити од објективних података.
- Трећа група дефиниција односи се на задовољење личних циљева. Ова категорија је у вези са претходном групом дефиниција (о срећи и задовољству појединца). Међутим, постоје разлике, првенствено јер су дефиниције у вези задовољења личних циљева усмерене специфично на успех или на неуспех, пре него на осећање среће или задовољства појединца због успеха.
- Дефиниције социјалне користи су оне које квалитет живота посматрају као способност живљења друштвено „корисног“ живота; усмерене су на задовољење друштвено вредних улога. Основни проблем са овом групом дефиниција је – чије критеријуме за процену користити?
- Дефиниције природних капацитета примарно се фокусирају на стварне или потенцијалне, физичке и/или менталне способности појединца.

Не постоји један квалитет живота који доживљавају сви људи са истим стањем (Ferrans, 1990). Такође, не очекује се ни да особе са инвалидитетом користе исте критеријуме као особе из опште популације када процењују свој квалитет живота. Због разлика у вредностима, оштећење које за једну особу значи да живот више није вредан живљења, за

другу особу биће само мала сметња (Ferrans et al., 2005). Дакле, ради се о вишедимензионалном концепту који нема фиксне или јасне границе (Bond & Corner, 2004).

Група Светске здравствене организације (СЗО) задужена за процену квалитета живота (WHO, QoL group, 1997, стр. 1) дефинише овај концепт као „начин на који појединац перципира свој положај у животу и у контексту културе и система вредности у ком живи, а све то у односу на своје циљеве, очекивања, стандарде и бриге“. Додатно, 1997. је СЗО у концепт квалитета живота укључила и здравље, чиме је показано да је квалитет живота широк појам који укључује различите домене, међу којима су: здравље појединца, емоционално стање, ниво независности, социјални односи, лична веровања, карактеристике окружења, ... (WHO, 1997, према Станимиров, Јаблан, Станимировић, 2014). Квалитет живота је важан концепт јер наглашава услове који су појединцу потребни да би уживао у благостању и напретку на индивидуалном нивоу.

Ревицки и сарадници (Revicki et al., 2000) сматрају да концепт квалитета живота треба да укључи и аспекте физичког, социјалног, економског и политичког окружења. Вилсон и Клири (Wilson & Cleary, 1995) су укупан квалитет живота описали као субјективно благостање које је у вези са тим колико је особа срећна или задовољна животом у целини. Дедија и Конг (Dedhiya & Kong, 1995) наводе да је квалитет живота дефинисан као мера среће и задовољства животом, као мера остварености животних циљева или као социјална корист. Међутим, већина студија квалитет живота схвата као комбинацију неколико домена.

У зависности од жељеног нивоа генерализовања, број домена квалитета живота међу ауторима варира. Најчешће навођени домени у литератури су: међуљудски односи, укључивање у друштво, лични развој, физичко благостање, самоодређење, материјално благостање, емоционално благостање, права, окружење, породица, одмор и рекреација и безбедност. На широком нивоу апстракције као домени се схватају здравље и функционисање, психолошки и спиритуални, породични, социјални и економски домен (Ferrans, 1990). Група СЗО задужена за процену квалитета живота (1997) као кључне домене квалитета живота идентификује: физичко и психолошко здравље, ниво независности, лична веровања, друштвене односе и однос појединца према важним аспектима околине. Фелце и Пери (Felce & Perry, 1995, према Hensel et al., 2002) су предложили модел квалитета живота у ком су домени рангирани по важности: физичко, материјално, социјално благостање, развој и активност и емоционално благостање. Вердуго и сарадници (Verdugo et al., 2005) пишу да се домени квалитета живота односе на личну добробит и лично благостање и посматрају домене као опсег по ком се квалитет живота шири. Ови аутори сматрају да је број домена мање важан од чињенице да било који скуп домена заједно треба да представља комплетан конструкт квалитета живота. Са њима се слаже и Шалок (Schalock, 2004) који такође каже да

се термин „домени“ квалитета живота односи на скуп фактора који чине укупно благостање. Каминс (Cummins, 1998) наводи да квалитет живота може бити објективан и субјективан и да се свака од те две димензије састоји од седам домена: материјална добробит, здравље, продуктивност, интимност, безбедност, заједница, емоционална добробит.

Да би се разумело у ком степену су људи задовољни квалитетом живота, неопходно је спровести мерење. Овај концепт је чест предмет мерења у групама људи које су из неког разлога искључене из шире друштвене заједнице (Schalock et al., 2002). У мерењу квалитета живота користе се индикатори. Кључне индикаторе квалитета живота треба посматрати као специфичне перцепције, понашања или услове који указују на добробит неке особе. Они се односе на процењена лична искуства и околности. Критеријуми за избор и коришћење индикатора су следећи: морају бити функционално повезани са одговарајућим доменом квалитета живота, потребно је да мере оно што је планирано, да укажу на промену само у ситуацији која се посматра, да су приступачни, лако примењиви, да се односе на особу. Шалок (Schalock, 2004, стр. 206) је за сваки описани домен квалитета живота навео кључне индикаторе:

- домен емоционална добробит
    - индикатори: задовољство (задовољство, расположење, уживање), самопоимање (идентитет, самовредновање, самопоштовање) и недостатак стреса (предвидљивост, контрола);
- домен међуљудски односи
    - индикатори: интеракције (друштвене мреже, друштвени контакти), односи (породица, пријатељи, вршњаци), подршка (емоционална, физичка, финансијска, повратне информације);
- домен материјално благостање
    - индикатори: финансијски статус (приходи, бенефиције), запослење (радни статус, радно окружење), становање (тип становања, власништво);
- домен лични развој
    - индикатори: образовање (постигнућа, статус), личне компетенције (когнитивне, социјалне, практичне), учинак (успех, постигнућа, продуктивност);
- домен физичко благостање
    - индикатори: здравље (функционисање, симптоми, исхрана, фитнес), активности свакодневног живота (вештине бриге о себи, кретање), одмор (рекреација, хобији);
- домен самоодређење

- индикатори: аутономија/лична контрола (независност), циљеви и личне вредности (жеље, очекивања), избори (могућности, склоности);

- домен укључивање у друштво
  - индикатори: интеграција и партиципација у заједници, улоге у заједници (сарадник, волонтер), подршка друштва (мреже подршке, сервиси);
- домен права
  - индикатори: људска права (поштовање, достојанство, једнакост), законска права (држављанство, фер третман).

Наведене домене и индикаторе квалитета живота могуће је довести у везу са факторима који утичу на самопоимање појединца: социјалне интеракције, запослење, здравље, ... Самим тим, претпоставља се да између квалитета живота и самопоимања може постојати одређена повезаност и/или међузависност.

Феранс (Ferrans, 1990) је поставио питање улоге објективних фактора у мерењу квалитета живота. То питање је значајно јер објективне и субјективне мере дају другачије резултате. И једне и друге су потребне у процени квалитета живота: субјективним мерама се процењује субјективно искуство, а објективним мерама ресурси и општи статус. Објективни индикатори утичу на доживљавање квалитета живота и зато су значајни, али их треба посматрати као додатак субјективним индикаторима који директније мере квалитет живота. Процена квалитета живота укључује субјективну оцену појединца, као и специфичне физичке, психолошке и социјалне варијабле. Важно је знати да се процена шта је важно за квалитет живота може мењати са годинама (Longsdon et al., 2002). Неко ће на основу објективних информација о условима живота и ресурсима закључити да је квалитет живота одређене групе у друштву висок, иако у исто време та група једногласно показује веома ниско задовољство својим животом. Увек је могуће очекивати да ћемо наћи некога ко показује комбинацију добрих објективних услова живота и ниског нивоа субјективног задовољства и обрнуто.

Каминс (Cummins, 1998) наводи да објективни домени садрже културално релевантне мере објективног благостања, а субјективни садрже домен задовољства чији се значај разликује у односу на то колико је појединцу важан. Дакле, објективне мере представљају чињенице које не зависе од личних процена, односе се на релевантне показатеље објективне добробити, док субјективне мере процењују управо те индивидуалне перцепције и евалуације и мере се помоћу питања која се односе на задовољство (Noll, 2000).

Упркос наведеним разликама, многи аутори се данас слажу да концепт квалитета живота има следеће карактеристике (Fahey, Nolan & Whelan, 2003; Mandzuk & McMillan, 2005; Shucksmith et al., 2009):

- Односи се на животну ситуацију појединца и на више животних домена, као што су услови становања, образовање, запослење, равнотежа између приватног и професионалног живота, приступ институцијама и јавним сервисима. Кључну улогу има перцепција појединца, док су карактеристике које се односе на економску и социјалну ситуацију друштва важне због могућности стављања резултата у одговарајући контекст, али немају централну улогу.
- Вишедимезионалан је. Као што је споменуто, концепт квалитета и узимање у обзир различитих домена живота проширују фокус који преовладава у другим приступима и који је усмерен на приходе и материјалне услове. Не само да вишедимезионалност захтева опис неколико животних домена, већ и наглашава узајамно дејство тих домена који доприносе квалитету живота. Све више аутора је сагласно да је квалитет живота концепт који се не може свести на једну ствар која је посебно значајна за појединца. Број и састав кључних домена квалитета живота варира међу истраживачима.
- Може се мерити субјективним и објективним индикаторима. Субјективна перцепција и ставови су посебно значајни, али највећу вредност имају када се повежу са објективним условима живота. Примена оба начина мерења квалитета живота даје комплетнију слику (Fahey, Nolan, & Whelan, 2003).

Додатно, Шалок и сарадници (Schalock et al., 2002, стр. 460) издвајају следеће чињенице о квалитету живота као значајне:

- фактори и односи који су важни особама из опште популације важни су и особама са инвалидитетом, што показује да је могуће и потребно радити упоредне студије квалитета живота у општој популацији и у популацији особа са оштећењем вида;
- квалитет живота значи да су потребе и жеље појединца задовољене и да он има могућност да настави даље да обогаћује свој живот; ако је ово случај, онда снижење нивоа аспирација и очекивања у погледу задовољења потреба и сам ниво потреба (као и циљева и брига) утичу на референтни оквир за самопроцену квалитета живота;
- квалитет живота има и објективну и субјективну компоненту, али се примарно односи на (само)перцепцију појединца која рефлектује квалитет живота који он доживљава и како га процењује, а управо тај утицај субјективног доживљаја на квалитет живота је посебно значајан;
- квалитет живота заснован је на потребама, изборима и контроли појединца; знајући то, намеће се питање да ли оштећење вида смањује могућност избора и контроле; ово питање указује на оправданост истраживања квалитета живота у наведеној популацији;

- вишедимезионални је конструкт који нема јасне или фиксне границе; на њега утичу лични и сродински фактори, као што су интимни односи, породични живот, пријатељства, запослење, суседство, место становања, образовање, здравље, стандард живота и стање нације; слични фактори утичу и на самопоимање.

Још један контекст у ком је квалитет живота важан јесте окружење. Архитектонски дизајн и физичко окружење имају ефекте на квалитет живота, посебно на квалитет живота старијих људи. Између сродинских (спољашњих) и личних (унутрашњих) чинилаца постоји интерактиван однос који одређује резултате достигнућа у реализовању свакодневних активности. Лични чиниоци представљају својства која припадају особи (старост, пол, оштећење, способност, неспособност, лични идентитет и сл.). Са друге стране, сродински чиниоци су дефинисани као социјалне и физичке димензије које одређују организовање друштва. Сродински чиниоци су кључни за разликовање остваривања животних навика и личних капацитета. Чиниоци окружења су есктринзични за особу (нпр. ставови друштва, архитектонске карактеристике, правосудни систем). Они могу бити олакшавајући (чиниоци који, када дође до интеракције са личним чиниоцима, помажу у остваривању животних навика) и отежавајући (представљају чиниоце који спречавају реализовање животних навика). Између личних и сродинских фактора и здравственог стања појединца постоје сложени односи, због чега различита окружења могу да имају другачији утицај на истог појединца: окружење са баријерама (неприступачне зграде) или окружење у ком не постоје олакшице (нпр. нису доступна помоћна средства) ограничиће понашање појединца, док ће друга окружења (окружења са бољим условима) то понашање побољшати (*International Classification of Functioning* – ICF, 2001). Фактори окружења се процењују из перспективе појединца и због различитих животних искустава исти аспекти окружења се могу доживети као препрека партиципацији или као олакшавајућа околност – нпр. спуштени ивичњаци без храпавих површина представљају препреку за слепе особе, али су истовремено олакшица за особе које користе колица. Такође, неки фактори окружења могу бити препрека због свог одсуства (недостатак потребних услуга) или присуства (нпр. негативни ставови према особама са инвалидитетом) (ICF, 2001). Важно је истаћи да две особе са истим типом инвалидитета могу да имају различите степене функционисања, а да особе са истим степеном функционисања могу да имају различита обољења/инвалидитет (ICF, 2001). Три компоненте класификоване у Међународној класификацији функционисања (МКФ) су: телесне функције и структуре, активности и учествовање, фактори окружења.

Према МКФ, сродински фактори укључују физичко и социјално окружење, као и ставове окружења у ком људи живе. Партиципација је резултат интеракција између појединца и контекстуалних фактора који укључују и личне и сродинске факторе. И док је

активност дефинисана као способност појединца да обави задатак, партиципација се дефинише као укљученост у животну ситуацију, што подразумева и постигнућа у области свакодневних активности и социјалних улога. На пример, капацитет за ходање 100 метара се односи на активност, док се ходање појединца у његовом окружењу уз обављање свакодневних активности односи на партиципацију. Задовољство партиципацијом је у блиској вези са личним циљевима и приоритетима и можда боље указује на то како појединац перципира свој оптимални ниво партиципације. Концепт активности је основни у МКФ и сматра се кључним исходом успешног живота у заједници (Levasseur, Desroiers & Tribble, 2008).

Претходне студије су углавном испитивале ниво активности. Међутим, показало се да је партиципација концепт који је шири од активности. Нормално је да се са старењем ниво партиципације смањује, нижи је код (старијих) особа са инвалидитетом и не може се у потпуности објаснити (нижим) нивоом активности. Добро прилагођене особе могу бити задовољне својим нивоом партиципације чак и ако је он ограничен.

Функционисање у друштву, тј. социјална партиципација представља веома широк концепт који покрива све животне домене или ситуације у које особа може бити укључена (Noreau et al., 2004). У МКФ је социјална партиципација дефинисана као „укљученост у животну ситуацију“ (ICF, 2001, стр. 213) и операционализована је преко концепта животних навика. Животне навике се схватају као „свакодневне активности и социјалне улоге које омогућавају појединцу да живи и развија се у друштву током свог живота“ (Noreau et al., 2004, стр. 347). То су активности и социјалне улоге које особа реализује и које њена околина препознаје и признаје у контексту пола, узраста, социо-културног идентитета. Груписане су у 12 категорија и укључују активности које је неопходно реализовати свакодневно (исхрана, одржавање личне хигијене и сл.), као и друге које се не морају реализовати сваки дан (одлазак у продавницу, чишћење стана итд.). Неке навике је неопходно реализовати јер без њих нема опстанка (спавање, исхрана итд.), а друге се реализују онда када појединац то одабере (шетња, одлазак на посао и сл.) (Noreau et al., 2002). Животне навике се могу схватити и као постигнуће које је особа имала у обављању одређене животне активности у својој животној средини. Оне представљају сусрет особе са њеним окружењем у складу са очекиваним, друштвено одређеним резултатом и омогућавају преживљавање и развој појединца у друштву током његовог живота. Ситуација учествовања у друштву одговара потпуном остваривању активности свакодневног живота и друштвених улога. Супротно томе, немогућност реализовања животних навика за резултат често има ограничење социјалне партиципације у одређеном животном домену, што се назива и ситуација хендикепа. Код старијих одраслих особа са инвалидитетом постигнућа у области

свакодневних активности чак и након рехабилитације могу бити снижена. Виши ниво сметњи може бити присутан у активностима ван породичног дома (социјалне интеракције, рекреација, активности слободног времена). Ни сметње у реализовању друштвених улога се не смеју занемарити (у поређењу са активностима свакодневног живота) јер могу да утичу на квалитет живота, што је посебан случај код особа са умереним и тешким степеном инвалидитета (Levasseur et al., 2008). Конкретно, наведене су тешкоће које су у вези са оштећењем вида и оне подразумевају: тешкоће у области физичког функционисања, проблеме у самосталном живљењу, тешкоће у области оријентације и кретања, а све то особе са оштећењем вида онемогућава у реализовању различитих активности. Додатно, особе из ове популације имају мање социјалних интеракција, низак степен социјализације, тешкоће са стицањем искустава и учењем социјалног понашања (услед немогућности коришћења визуелних наговештаја), а све то заједно може да има негативан утицај на развој самопоимања, квалитет живота и на остваривање животних навика.

Квалитет остваривања животних навика мери се на скали од пуног остваривања до ситуације потпуног хендикепа. Остваривање животних навика је подложно променама и на плану личних и на плану срединских чинилаца (Fougeyrollas et al., 1998; Levasseur et al., 2004; Levasseur et al., 2008; Noreau et al., 2004; Noreau et al., 2002).

Ако посматрамо ствари са холистичког аспекта, логично је претпоставити да ће хронични здравствени проблеми, психолошки поремећаји, неефикасно савладавање проблема и тешкоћа утицати на квалитет живота. Самим тим, могуће је и претпоставити да ће различити степени инвалидитета вероватно бити повезани са сниженим квалитетом живота. С обзиром на то да се адекватан ниво квалитета живота постиже када постоји равнотежа између постигнућа појединца и очекивања која он има, можемо претпоставити да је социјална партиципација у вези са квалитетом живота.

Позитивно самопоимање је у вези са многим позитивним постигнућима и понашањима у друштву, укључујући лидерске способности, задовољство, снижену анксиозност и побољшана академска и физичка постигнућа (Essays, 2013). С обзиром на то да се субјективни квалитет живота повезује са бољим физичким и менталним здрављем, међу истраживачима је постојала идеја да се ова два концепта (самопоимање и субјективни квалитет живота) покушају довести у везу.

ПРЕГЛЕД ИСТРАЖИВАЊА САМОПОИМАЊА, КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОПУЛАЦИЈИ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

Неки практичари и истраживачи налазе да је оштећење вида у вези са нижим функционалним статусом, нижим (самопроцењеним) квалитетом живота и емоционалним проблемима. Према мишљењу Лин и Ју (Lin & Yu, 2012) квалитет живота особа са оштећењем вида може да буде снижен услед редуковане способности реализовања активности свакодневног живота или услед немогућности успостављања социјалних интеракција. Такође, они наводе да оштећење вида може да буде повезано са депресијом, фрустрацијом, анксиозношћу, и то не само због постојања оштећења, већ и због тешкоћа у прилагођавању на реализацију активности или због сталне бриге уколико је обољење прогресивно, па се очекује погоршање. У студији коју су реализовали Кнутсон и сар. (Knudtson et al., 2005) и која је испитивала повезаност квалитета живота и функционалних активности код особа са очним обољењима стеченим касније у животу и особа из опште популације, нађено је да су снижене визуелне функције (без обзира на узрок проблема) биле повезане са лошијим квалитетом живота и нижим функционалним активностима. Прилагођавање на живот у визуелном свету је сложен процес, повезан са питањима независности и контроле и разликује се од особе до особе. На прилагођавање могу утицати карактер особе, њена претходна искуства и мрежа подршке.

Вендел и сар. (Wändell et al., 1997) су урадили истраживање како би испитали утицај глаукома на квалитет живота. Примећено је да је код пацијената са глаукомом квалитет живота добар, не разликује се много од квалитета живота особа из опште популације. Овакав резултат је у супротности са претпоставком да постојање неког обољења само по себи негативно утиче на квалитет живота. Значајни фактори за које се овим истраживањем потврдило да утичу на квалитет живота били су у вези са компликацијама код глаукома: сниженом оштрином вида, сужењем видног поља и присуством неког придруженог обољења.

Што се тиче утицаја социодемографских варијабли (пол, узраст, коморбидитет, врста обољења) на квалитет живота, Франке и сарадници (Franke et al., 2002) наводе да оне немају велику улогу у предвиђању квалитета живота. Међутим, са друге стране, реализоване су студије у којима је потврђен утицај пола: Холбрук и сарадници (Holbrook et al., 2009) и Лангелан и сарадници (Langelaan et al., 2007) су својим истраживањима потврдили да

испитаници женског пола имају нижи квалитет живота у поређењу са испитаницима мушког пола.

Још један фактор који се може схватити као предиктор квалитета живота јесте ниво образовања. Испитаници вишег образовног нивоа у студији Лангелана и сарадника (Langelaan et al., 2007) навели су више проблема у реализацији свакодневних активности у поређењу са испитаницима нижег нивоа образовања. Разлог за то може бити то што дневне активности високо образованих испитаника укључују више читања, више рада на компјутеру и сл., а све су то активности које захтевају добре визуелне функције.

Наравно, не сме се заборавити да оштећење вида има више димензија. Седон и Фонг (Seddon & Fong, 2005) наглашавају да оштрина вида сама по себи није адекватна основа за процену квалитета живота. Постоје и други симптоми као што су: снижена осетљивост на контраст, оштећен колорни вид, присуство централног скотома различите величине и карактеристика и појачана осетљивост на бљештање. Губици у овим и у другим аспектима вида такође могу да смање, тј. да негативно утичу на квалитет живота.

Већ је наведено да се оштрина вида доводи у везу са способношћу извођења свакодневних активности. Са опадањем оштрине вида, проценат испитаника који показују одређени степен несамосталности током реализације свакодневних вештина се повећава. Самим тим, расте и ризик за појаву веће зависности од других (Ivanoff et al., 2000). Сврха студије Иванофа и сар. (Ivanoff и сар., 2000) била је да опише преваленцију проблема током реализације свакодневних активности међу особама са оштећењем вида и да објасни у каквој су они вези са оштећењем вида, прецизније, са стеченом дегенерацијом макуле у групи 85-огодишњака који су живели код куће. Истраживање је показало да је однос између активности свакодневног живота и оштрине вида слаб, што говори о томе да се пацијенти адаптирају на последице обољења, иако у различитом степену.

Истраживања су показала да оштећење вида може да доведе до ограничења у партиципацији у свакодневним активностима и социјалним улогама. Нпр. у истраживању Деросир и сарадника (Desrosiers et al., 2009) уочено је да старије особе са оштећењем вида имају ниже скорове од особа из опште популације на шест животних домена: исхрана, комуникација, покретљивост, одговорност, живот у заједници, одмор и слободно време, што је потврдило претпоставку аутора да је код особа са оштећењем вида присутан висок ниво инвалидитета. Додатно, у овој студији истичу да оштрина вида као објективна мера оштећења вида није била у корелацији са партиципацијом. Алма и сарадници (Alma et al., 2012) испитивали су факторе који утичу на ниво партиципације одраслих особа са оштећењем вида. Резултати су показали да тежина, дужина и узрок оштећења вида нису имали утицаја на партиципацију, што је у складу са претходно наведеном студијом

(Desrosiers et al., 2009). Показало се да је општа кондиција важан предуслов партиципације у свакодневном животу, што не изненађује ако знамо да су многи кућни послови физички тешки (захтевају мишићну масу, флексибилност, координацију итд.). У односу на варијабле друштвеног статуса, само је величина социјалне мреже била у вези са партиципацијом у многим животним подручјима. Додатно, нађене су значајне везе између једне од варијабли психолошког статуса и партиципације: виши ниво беспомоћности био је у вези са тешкоћама у чишћењу куће, куповини, слободним активностима и у социјализацији.

Поред утицаја на квалитет живота и на реализацију животних навика, оштећење или губитак вида и њихови ефекти могу да изазову тешкоће у развоју позитивне слике о себи (Kef, Hox & Habekothé, 2000). Самопоимање условљава очекивања и мотивише понашање појединца, често се наводи као кључни фактор у његовом личном, професионалном и социјалном животу, утиче на образовна, социјална и радна постигнућа, мотивише и усмерава понашање, условљава очекивања и доприноси здрављу и менталној равнотежи. Дакле, слика о себи или самопоимање представља варијаблу која је значајна за постигнућа и позитиван развој у друштву у свакој области, без обзира на то да ли особа има инвалидитет или га нема (Datta & Hadler, 2012). Позитивно самопоимање се обично повезује са способношћу особе да превазиђе последице инвалидитета, омогућава појединцу позитиван поглед на живот, задовољство и посвећеност. Појединци се разликују у односу на начин прихватања инвалидитета. У неким случајевима, неспособност да се са тим изборе може их одвојити од друштва. У другим ситуацијама се појединци сами повлаче јер осећају да не могу да се уклопе и зато што осећају да их други сажаљевају (Schinazi, 2007). Негативно самопоимање је у вези са изолацијом, депресијом и менталним и здравственим проблемима (López-Justicia, 2006). Иако су сви осетљиви на исте претње када се ради о развоју самопоимања, особе са оштећењем вида су изложене још већем ризику због различитих тешкоћа које су присутне и у вези су са оштећењем вида (тешкоће у оријентацији и кретању, самосталном живљењу, низак степен социјализације итд.). Додатно, с обзиром на то да их други људи из окружења перципирају као другачије, оне могу бити склоније развијању негативног осећаја селфа.

Могући однос између оштећења вида и тешкоћа у формирању самопоимања био је предмет многих питања током година. Џарвис (Jervis, 1959, према Garaigordobil & Bernarás, 2009), пионир у овом пољу, уочио је два екстрема у процени самопоимања код младих са оштећењем вида: или имају веома лошу слику о себи или прецењују себе (своје особине) у поређењу са особама из опште популације. Због тога су различити аутори испитивали утицај оштећења вида на самопоимање. Истраживања су најчешће реализована у популацији деце и адолесцената, јер се сматрало да је утицај оштећења вида на овај феномен већи у периоду адолесценције, када слика о себи постаје реална и објективна, али не и непроменљива, што

важи и за одрасле – различитим интервентним програмима могуће је утицати на промену њихове слике о себи.

Многе особе са оштећењем вида имају тешкоће да се изборе са инвалидитетом, па решење налазе у социјалној изолацији, повлачењу и сл. Код тих особа се могу појавити симптоми депресије, као и измењено самопоимање. Високо самопоимање је у вези са способношћу особе да се бори са последицама инвалидитета, да има позитиван поглед на живот и већи степен посвећености и учествовања у активностима, док ниско самопоимање може да има негативне последице на физичко и ментално здравље и може бити у вези са ниским самопоштовањем, депресијом и изолацијом (López-Justica & Cordoba, 2006).

Неке студије (Beaty, 1991, 1992; Meighan, 1971, према Garaigordobil & Bernarás, 2009) су дошле до резултата да оштећење вида може бити узрок да се особе осећају инфериорно и недовољно способно, а потенцијалне последице тих осећања су: недостатак прихватања од стране других, ниски академски резултати, физичка неспособност и лоше социјално прилагођавање. У наведеним студијама је примећено да присуство оштећења вида може негативно да утиче на формирање и развој самопоимања.

За разлику од тога, студија са Универзитета у Хонг Конгу (Fok & Fung, 2004) у којој је учествовало 115 испитаника (52 слепе особе и 63 особе из опште популације) показала је да и особе са оштећењем вида и особе из опште популације показују сличне нивое самопоштовања и самопоимања. Такође, Рој и Макеј (Roy & MacKay, 2002) су испитивали самоперцепцију и локус контроле код испитаника са различитим узроцима оштећења вида. Резултати истраживања су показали да су њихови испитаници углавном имали позитивну слику о себи. Ипак, уочено је и негативно самопоимање и то у случају постојања прогресивног обољења или уколико је до оштећења вида дошло у скорије време. Аутори закључују да слабовидост и слепоћа не утичу на самопоимање уколико је обољење стабилно. Дакле, поред степена губитка вида, који је важан фактор за формирање слике о себи, важно питање је и да ли је оштећење вида стабилно, као и да ли је конгенитално или је стечено касније у животу.

Иако у литератури постоје докази да особе са оштећењем вида могу да имају позитивну слику о себи, Мартинес и Севел (Martinez & Sewell, 1996) су реализовали истраживање у ком су поставили хипотезу да ће особе са оштећењем вида имати значајно ниже самопоимање од испитаника без оштећења вида. Њихов узорак је чинило 19 особа са оштећењем вида и 19 особа из опште популације узраста 19 – 36 година. Код особа са визуелним оштећењем није уочено значајно ниже самопоимање у поређењу са испитаницима из опште популације, што значи да аутори нису потврдили своју хипотезу. Што се тиче академског самопоимања, испитаници са оштећењем вида су постизали исте резултате као и особе без оштећења.

Аутори су овакве резултате покушали да објасне претпоставком да само оне особе са оштећењем вида које имају позитивно самопоимање уписују факултет.

Једна од студија (López-Justicia & Cordoba, 2006) је мерила самопоимање у групи млађих одраслих особа са дијагнозом ретинитис пигментозе. С обзиром на прогресивну природу овог обољења, аутори су сматрали да је важно испитати ефекте које оно има на самопоимање. Узорак је чинило 45 испитаника старих 19-35 година који су били подељени у две групе: у једној групи су се налазиле 22 особе са ретинитис пигментозом и остацима вида (без придружених оштећења), а у другој групи је било 23 испитаника из опште популације (без оштећења вида). Резултат који су аутори добили указао је на то да су испитаници са ретинитис пигментозом себе оценили лошије у породичном контексту: нису били задовољни члановима породице, сматрали су да нису добро прихваћени или да нису довољно вољени од стране особа из ближег породичног окружења; неки су чак имали утисак да нису довољно корисни и да су на терету својим најближима. Интересантно је да у овој студији нису примећене разлике између две групе испитаника на другим подскалама, већ су документовани само проблеми које одрасли са ретинитис пигментозом могу имати у области породичног самопоимања.

Из резултата наведених истраживања јасно је да не постоји сагласност међу ауторима по питању тога да ли се самопоимање особа са оштећењем вида разликује од самопоимања особа из опште популације. Резултати истраживања варирају: Сакс (Sacks, 1996, према Roy & MacKay, 2002) наводи да одрасле слабовиде особе имају негативнију слику о себи у поређењу са слепим особама или са особама из опште популације и неправедно се стављају у неповољнији положај када се пореде са особама које виде. Са друге стране, Фриман и сарадници (Freeman et al., 1991, према Schinazi, 2007) су имали искуства са слабовидим особама које су одбијале различите сервисе од којих би имале користи, да их остали из окружења не би означили као слепе особе. Такође, у великом броју реализованих студија нису нађене разлике у самопоимању између особа са оштећењем вида и особа из опште популације, а једно од објашњења таквих резултата лежи у чињеници да је кроз различите едукације, радионице, трибине, медије рађено на томе да се постигне већа прихваћеност различитости. Оно што је кључно је да присуство оштећења вида не мора да значи и постојање негативног самопоимања. Такође, особа са позитивном сликом о себи не мора обавезно да има и више вештина од особе са лошијом (негативном) сликом о себи (Halder & Datta, 2012).

ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је предметно усмерено на проучавање самопоимања код одраслих особа са оштећењем вида и особа из опште популације и његове повезаности са квалитетом живота и животним навикама.

Овако дефинисан предмет истраживања проистекао је из неколико разлога. Златановић (2000) сматра да је самопоимање немогуће искључити из истраживања квалитета живота управо због његове субјективне природе и због тога што је засновано на личном искуству појединца. Додатно, позитивно самопоимање се доводи у везу са позитивним постигнућима и понашањем, на основу чега можемо закључити да је позитивно самопоимање циљ који треба да буде заједнички за све, циљ чијем остваривању сви треба да теже. То је разлог због ког смо се одлучили за испитивање самопоимања.

Побољшање самопоимања многи сматрају пожељним циљем за особе из опште популације, али је овај циљ такође од посебне важности за особе које су под већим ризиком од неуспеха, које немају контролу над својим животима и које други сматрају другачијим и рањивијим, као што су особе са инвалидитетом. Међу ауторима не постоји сагласност о самопоимању особа са различитим облицима инвалидитета. Неки су нашли ниже нивое самопоимања код особа из ове популације, док су други дошли до закључка да особе са инвалидитетом имају ниже скорове на доменима селфа који су у директној вези са инвалидитетом. Даље, ови феномени нису посматрани заједно код особа са оштећењем вида, не постоји истраживање које детаљно и појединачно испитује сваки од ових феномена, а онда их доводи у међузависни однос, испитује, посматра утицај и однос једног феномена према другом, као и структуру и смер односа. Ова три феномена су дефинисана преко домена који су повезани са одређеним областима функционисања у свакодневном животу и неким животним улогама, те је могуће да интерферирају. Истраживања која су имала за циљ процену самопоимања, квалитета живота или животних навика код особа са оштећењем вида била су парцијалног карактера, па увид у то какви су заиста ти феномени у овој популацији није био могућ. Додатно, до сада нису рађене упоредне студије у популацији особа са оштећењем вида и особа из опште популације, а које су испитивале наведене феномене.

Прегледом доступне литературе нађени су радови који испитују однос самопоимања и квалитета живота код особа са другим облицима ометености. Истраживања (Bracken & Lamprecht, 2003; Curch et al., 2012; Reiter, & Bendov, 1996) су показала да позитивно самопоимање значи и да су особе срећније и да имају задовољавајући субјективни квалитет живота, док је неконзистентно самопоимање доведено у везу са различитим (неповољним)

исходима, међу којима је и лошији субјективни квалитет живота. С обзиром на наведене резултате, сматрамо да би било корисно испитати везе између самопоимања, квалитета живота и животних навика особа са оштећењем вида.

Под утицајем социјалног модела ометености главни циљ специјалне едукације и рехабилитације постала је пуна социјална партиципација особа са инвалидитетом. Очекујемо да ће резултати овог истраживања имати практични значај, јер би могли да помогну да одрасле особе са оштећењем вида унапреде квалитет живота и његове поједине аспекте као што су нпр. социјална интеграција и партиципација, затим да се побољша самопоимање и да се укаже на физичке и социјалне баријере чијим уклањањем би се повећао број реализованих животних навика. Испитивањем самопоимања ћемо уочити снаге и слабости особе, па ће бити могуће интервенисати уз помоћ инструмента који ће нам показати на чему треба радити. Ако самопоимање доведемо у везу са животним навикама, видећемо како нека особа живи, док у погледу квалитета живота можемо да сагледамо чему треба да тежи, како би сам квалитет живота те особе био бољи. На основу тих података се за сваког појединца може осмислити програм оснаживања. Такође, могу се формулисати препоруке које треба применити на нивоу друштва као пакет мера који би могао директно утицати на побољшање самопоимања, квалитета живота особа и реализације животних навика особа са оштећењем вида.

ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Да би се сагледала повезаност између аспеката самопоимања и појединих домена квалитета живота и степена реализовања животних навика код одраслих особа са оштећењем вида и одраслих из опште популације, издвојени су следећи основни циљеви истраживања:

1. Утврђивање разлика у самопоимању између особа са оштећењем вида и особа из опште популације.
2. Утврђивање разлика у самопоимању унутар групе особа са оштећењем вида.
3. Утврђивање повезаности самопоимања, квалитета живота и животних навика код особа са оштећењем вида.

Истраживачки задаци су:

1. конструисање и примена упитника за прикупљање података о полу, узрасту, степену образовања, статусу запослености, степену оштећења вида, времену настанка оштећења вида, способности самосталног кретања;
2. формирање експерименталне и контролне групе испитаника уједначених према утврђеним параметрима;
3. процена самопоимања, субјективног и објективног квалитета живота и реализације животних навика;
4. испитивање међугрупних разлика у степену појединих области самопоимања;
5. анализа разлика у погледу степена појединих области самопоимања особа са оштећењем вида с обзиром на пол, узраст, степен образовања, статус запослености, степен оштећења вида, време настанка оштећења вида, способност самосталног кретања;
6. испитивање односа између степена појединих области самопоимања и степена појединих домена објективног и субјективног квалитета живота код особа са оштећењем вида;
7. испитивање односа између степена појединих области самопоимања и степена реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида;
8. испитивање односа између степена појединих домена објективног и субјективног квалитета живота и степена реализације појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.

ХИПОТЕЗЕ

1. Особе са оштећењем вида имају нижи степен појединих области самопоимања него особе без оштећења вида.
2. Особе са оштећењем вида се међусобно разликују у погледу степена појединих области самопоимања:

   а. Мушкарци са оштећењем вида имају виши степен појединих области самопоимања него жене са оштећењем вида.

   б. Старије особе са оштећењем вида имају виши степен појединих области самопоимања него млађе особе са оштећењем вида.

   в. Високо образоване особе са оштећењем вида имају виши степен појединих области самопоимања него ниже образоване особе са оштећењем вида.

   г. Запослене особе са оштећењем вида имају виши степен појединих области самопоимања него незапослене особе са оштећењем вида.

   д. Слепе особе имају виши степен појединих области самопоимања него особе са нижим степеном оштећења вида.

   ђ. Конгенитално слепе особе имају виши степен појединих области самопоимања него особе које су ослепеле касније у животу.

   е. Особе са оштећењем вида које се самостално крећу имају виши степен појединих области самопоимања него особе са оштећењем вида које се не крећу самосталnо.
3. Постоји значајна позитивна повезаност степена појединих области самопоимања и степена појединих домена објективног и субјективног квалитета живота код особа са оштећењем вида.
4. Постоји значајна позитивна повезаност степена појединих области самопоимања и степена реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.
5. Постоји значајна позитивна повезаност степена појединих домена објективног и субјективног квалитета живота и степена реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Узорак

Узорак ће чинити 100 испитаника са оштећењем вида, оба пола, узраста од 18 до 65 година. Половина испитаника ће бити слепе, а половина слабовиде особе. С обзиром на време настанка оштећења вида, биће формиране две групе: у једној ће бити испитаници који имају конгенитално оштећење вида, а у другој испитаници који су оштећење вида стекли касније у животу. Искључујући критеријум за формирање узорка је присуство вишеструке ометености. Контролну групу ће чинити 100 испитаника из опште популације који ће бити уједначени са експерименталном групом према узрасту и полу.

Варијабле

Независне варијабле

- оштећење вида
- пол
- узраст
- статус запослености (радни статус)
- способност самосталног кретања
- степен образовања
- време настанка оштећења вида
- степен оштећења вида.

Зависне варијабле

- самопоимање:
    - физички селф
    - морални селф
    - лични селф
    - породични селф
    - социјални селф
    - академски/професионални селф
    - тотални селф
    - конфликт.
- квалитет живота
    - материјална добробит

    - здравље
    - продуктивност
    - односи са породицом и пријатељима
    - сигурност
    - осећај припадања заједници
    - емоционална добробит
    - укупан субјективни квалитет живота
    - укупан објективни квалитет живота.
- животне навике
    - активности свакодневног живота
        - исхрана
        - општа кондиција
        - лична хигијена/нега
        - комуникација
        - становање
        - кретање (покретљивост)
    - социјалне улоге
        - одговорност
        - међуљудски односи
        - живот у заједници
        - образовање
        - запослење
        - рекреација.

Контролне варијабле

- пол
- узраст.

Инструменти

У раду ће за мерење самопоимања, квалитета живота, и животних навика бити коришћене следеће скале: Тенеси скала за процену самопоимања за одрасле; Свеобухватна скала квалитета живота за одрасле; Скала животних навика – скраћена форма, за одрасле. Социодемографске податке прикупићемо упитником који ће бити конструисан за потребе овог истраживања.

Скала за процену самопоимања

За процену самопоимања биће коришћена Тенеси скала за процену самопоимања (*The Tennessee Self-Concept Scale – TSCS:2, second edition*; Fitts, 1996), форма за одрасле. Ова скала је једна од најчешће коришћених у досадашњим истраживањима. Састоји се од 82 изјаве којима особа себе описује и које одсликавају начин на који појединац себе посматра. Испитаници треба да оцене сваку изјаву на петостепеној скали Ликертовог типа тако што ће рећи да ли је та изјава потпуно нетачна или потпуно тачна.

TSCS:2 се састоји од шест подскала које представљају различите области самопоимања: физички селф (физички изглед, вештине); морални селф (осећај за моралне вредности, осећај за добро/лоше); лични селф (самовредновање, психолошке црте/карактеристике); породични селф (селф у односу на примарну социјалну групу појединца); социјални селф (селф у односу на секундарне социјалне групе); академски/професионални селф. Ови домени се процењују у контексту:

- идентитета (веровања о стварном селфу);
- самозадовољства (степен самоприхватања);
- понашања (акције и одговори).

Кључан у одређивању нивоа самопоимања јесте укупан (позитивни) скор. Гиш (Gish, 2002) наводи да су између скорова на подскалама и између укупног позитивног скора нађене интеркорелације од 0,75 до 0,90, а провером поузданости добијене су вредности од 0,85 до 0,92, што указује на одличан ниво поузданости. И Мартинес и Севел (Martinez, & Sewell, 1996) наводе високу поузданост овог теста: поузданост укупног позитивног скора је 0,92, а поузданост подскала се креће између 0,80 и 0,91.

Скала за процену квалитета живота

За процену квалитета живота биће коришћена Свеобухватна скала квалитета живота за одрасле (*Comprehensive Quality of Life Scale – ComQOL-A5, fifth edition*, Cummins, 1997). Ова скала дефинише квалитет живота помоћу седам домена који заједно чине компоненте квалитета живота. Тих седам домена су: материјална добробит, здравље, продуктивност, односи са породицом и пријатељима, сигурност, осећај припадања заједници, емоционална добробит. Скала има два дела и користи објективне и субјективне мере. Објективне мере процењују тренутно стање, док се у оквиру субјективног дела сваки домен посебно процењује у зависности од тога колико је важан испитанику и у зависности од тога колико је испитаник њиме задовољан. Одговори у овом делу скале представљени су на петостепеној скали (од „Не може бити важније“ до „Није важно уопште“ за важност) и на седмостепеној скали Ликертовог типа (од „Одушевљен сам“ до „Грозно/Ужасно“ за задовољство). Могући распон поена је од 0 до 100. Према обрасцима које је дао аутор добијене вредности се

кодирају у скорове за објективни и субјективни квалитет живота и дају проценат максималне вредности скале. Збир вредности из првог дела означава скор за објективни квалитет живота, док збир скорова из другог дела, који мери важност и задовољство сваким од домена, представља субјективни квалитет живота.

Мерење сваког домена објективног квалитета живота постиже се добијањем укупног скора који је заснован на мерењу три објективна индекса/показатеља који су релевантни за дати домен. Нпр. „материјална добробит“ се мери као укупан скор прихода, типа становања и личне имовине.

Мерење сваког субјективног домена квалитета живота постиже се добијањем скора задовољства за тај домен на који утиче и перципирана важност конкретног домена за појединца.

Како наводи Каминс (Cummins, 1997), скала има добру интерну конзистентност са вредностима Кронбахове алфе од 0,84. Скала за процену квалитета живота коришћена је и у Србији, али не у целини, већ је примењен само део који мери субјективни квалитет живота и аутори Аранђеловић, Илић и Јовић (2010) су за тај део скале добили вредност Кронбахове алфе од 0,83, што говори о високој поузданости ове скале.

Скала за процену животних навика

Инструмент који бележи начин на који људи реализују свакодневне активности и социјалне улоге, које се једним именом називају животне навике, зове се Скала за процену животних навика (*The Assessment of Life Habits – LIFE-H*, Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, Dion & St-Michel, 1998). Развијен је из концептуалног модела Ситуације настајања хендикепа (*Disability Creation Process*) у ком се социјална партиципација појединца посматра као резултат интеракције између:

1. његових/њених индивидуалних карактеристика које су повезане са способностима и органским системима (интринзички фактори) и
2. различитих срединских чинилаца које се јављају током живота (екстринзички фактори).

Постоје две верзије ове скале у виду упитника, али ће у овом раду бити коришћена кратка форма за општи скрининг појаве ситуације хендикепа која се састоји од 69 ајтема.

Обе верзије LIFE-H обухватају 12 категорија животних навика које су подељене на активности свакодневног живота и на социјалне улоге. У активности свакодневног живота спадају: исхрана, општа кондиција, лична хигијена/нега, комуникација, становање, кретање (покретљивост), а социјалне улоге су: одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење, рекреација.

Процена је заснована на два концепта: ниво тешкоће када се реализује животна навика и тип помоћи која је особи потребна (асистивна технологија, адаптација и/или помоћ друге особе). Практично, особа (или процењивач са стране) одговара на сваки ајтем из упиника тако што обележава степен тежине и тип потребне асистенције. Ако специфичну животну навику особа не реализује јер је донела такву одлуку или уколико се у датој средини таква активност не реализује, онда је потребно одговорити „није примењиво“, јер се ситуација хендикепа не може процењивати ако се животна навика не реализује добровољно.

Овај упитник је често коришћен у радовима који се баве проценом квалитета социјалне партиципације особа са ометеношћу.

За проверу поузданости кратке форме теста Нореу и сар. (Noreau, Fougeyrollas, & Vincent, 2002) су рачунали Кронбахов алфа коефицијент који је износио $\alpha \geq 0{,}82$, што указује на висок ниво поузданости.

Обрада података

Добијени подаци биће анализирани и обрађени помоћу пакета за статистичку обраду података за друштвене науке (SPSS for Windows), применом параметријских и непараметријских метода: дескриптивне методе (фреквенцијска анализа, израчунавање аритметичке средине и стандардне девијације); корелационе статистичке технике (Пирсонов и Спирманов коефицијент корелације); мултиваријантне статистичке технике (дискриминациона анализа и др.). Подаци ће бити приказани графички и табеларно.

ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

С обзиром на проблем истраживања и на постављене циљеве, очекујемо следеће резултате:

1. Самопоимање особа са оштећењем вида ће бити ниже у поређењу са самопоимањем особа из опште популације.
2. Квалитет живота особа са оштећењем вида ће бити нижи у поређењу са квалитетом живота особа из опште популације.
3. Степен реализовања животних навика особа са оштећењем вида ће бити лошији од степена реализовања животних навика особа из опште популације.
4. Социјалне улоге (одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење, рекреација) ће бити у корелацији са квалитетом живота (пре него активности свакодневног живота).
5. Између појединих аспеката самопоимања и појединих домена квалитета живота код особа са оштећењем вида постоји повезаност.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alma, A. M., Van der Mei, S. F., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Quality of Life Research, 21*(1), 87-97.
2. Аранђеловић, М., Илић, И. Јовић, С. (2010). Burnout and the quality of life of workers in food industry – a pilot study in Serbia. *Војносанитетски преглед, 67*(9), 705-711.
3. Bodkin-Andrews, G., O'Rourke, V., & Craven, R. G. (2010). The utility of general self-esteem and domain-specific self-concepts: Their influence on indigenous and non-indigenous students' educational outcomes. *Australian Journal of Education, 54*(3), 277-306.
4. Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people.* McGraw-Hill International.
5. Bracken, B. A., & Lamprecht, S. M. (2003). Positive self-concept: an equal opportunity construct. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 103-121.
6. Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. E., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(1), 141-156.
7. Casten, R., & Roven, B. (2008). Depression in age-related macular degeneration. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 102*(10), 591-599.
8. Church, T. A., Alvarez, J. M., Katigbak, M. S., Mastor, K. A., Cabrera, H. F., Tanaka-Matsumi, J., ... & Buchanan, A. L. (2012). Relationship between self concept and satisfaction with life. *Journal of Research in Personality, 46*(5), 556-570.
9. Craven, R., & Marsh, H. W. (2008). The centrality of self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: implications for child and educational psychologists. *Educational & Child Psychology, 25*(2), 104-118.
10. Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2010). *Essential social psychology,* chapter 1: The self, 1-41. SAGE Publications, Ltd.
11. Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale – adult*. School of Psychology, Deakin University.
12. Cummins, R. (1998). *Quality of life: definition and terminology*. The International Society for Quality of Life Studies.
13. Dedhiya, S., & Kong, S. X. (1995). Quality of life: an overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science. 17*(5), 141-148.
14. Demo, D. H. (1992). The self-concept over time: research issues and directions. *Annual Review of Sociology,* 18, 303-326.
15. Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M. C., Témisjian, K., Gresset, J., Dubois, M. F., Renaud, J., ... & Overbury, O. (2009). Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation, 31*(15): 1227–1234.
16. Diehl, M., Hastings, C. T., & Stanton, J. M. (2001). Self-concept differentiation across the adult life span. *Psychology and Aging, 16*(4), 643-654.
17. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
18. Dixon, R. M., Craven, R. G., & Martin, A. J. (2006). The measurement of multidimensional self-concept in adults with mild intellectual disability. In R. Craven, J. Eccles, & T. Ha (Eds.), Self-concept, motivation, social and personal identity for the 21st Century: Proceedings of the 4th International Biennial SELF Research Conference, Ann Arbor, University of Michigan. Retrieved from http://works.bepress.com/rdixon/10 (accessed December 3rd 2014).
19. Essays, UK. (November 2013). Relationship between self concept and satisfaction with life psychology essay. Retrieved from http://www.ukessays.com/essays/psychology/relationship-between-self-concept-and-satisfaction-with-life-psychology-essay.php?cref=1 (accessed on September 12th 2014).

20. Fahey, T., Nolan, B., & Whelan, C. T. (2003). *Monitoring quality of life in Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
21. Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. Souvenir press. 1st chapter. Retrieved from: http://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/033520872X.pdf (accessed August 25th 2014).
22. Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing, 6*(4), 248-254.
23. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.
24. Fitts, W. H., Warren, W. L. (1996). *Tennessee self-concept scale – TSCS:2*, second edition. Western Psychological Services, California.
25. Forteza Forteza, D. (2002). Self-concept and visual impairment. Retrieved from: http://icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/01-topic/01-forteza.htm (accessed Novemeber 2nd 2014).
26. Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *The Quebec classification: disability creation process*. Lac St-Charles, QC, Canada: International Network on the Disability Creation Process; Canadian Society for the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.
27. Fougeyrollas, P., Noreau, L. (2003). *Assessment of life habits (LIFE-H 3.1), general short form*. INDCP/RIPPH, Canada.
28. Franke, G. H., Esser, J., Reiner, J., & Maehner, N. (2002). Vision-targeted quality of life under different degrees of visual impairment. *Revista Portugesa de Psicossomática, 4*(1), 39-49.
29. Fréz, A. R., Abdallah, A. A., Riedi, C., Galindo, J., Ruaro, J. A., & Ribeiro, S. C. (2014). Proposed use of the international classification of functioning, disability and health to evaluate quality of life after an amputation. *Fisioterapia em Movimento, 27*(1), 49-56.
30. Garaigordobil, M., & Bernarás, E. (2009). Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment. *The Spanish Journal of Psychology, 12*(1), 149-160.
31. Grant, C. H. (1969). Age differences in self-concept from early adulthood through old age. *Proceedings*, 77th Annual Convention, APA.
32. Gyawali, R., Paudel, N., & Adhikari, P. (2012). Quality of life in Nepalese patients with low vision and the impact of low vision services. *Journal of Optometry, 5*(4), 188-195.
33. Halder, S., & Datta, P. (2012). Insights into self-concept of the adolescents who are visually impaired in India. *International Journal of Special Education, 27*(2), 86-93. Retrieved from: http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ982863.pdf (accessed October 30th 2014).
34. Heatherton, T. F. & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. Retrieved from: www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/03_Heatherton_Wyland_APP_ch.pdf (accessed October 27th 2014).
35. Hensel, E., Rose, J., Stenfert Kroese, B., & Banks-Smith, J. (2002). Subjective judgements of quality of life: a comparison study between people with intellectual disability and those without disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(2), 95-107.
36. Holbrook, E. A., Caputo, J. L., Perry, T. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2009). Physical activity, body composition, and perceived quality of life of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 103*(1), 17-29.
37. Huijgevoort, T. (2002). Coping with a visual impairment through self-investigation. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 96*(11), 783-795.
38. Ivanoff, S. D., Sonn, U., Lundgren-Lindqvist, B., Sjoèstrand, J. & Steen, B. (2000). Disability in daily life activities and visual impairment: a population study of 85-year-old people living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7*(4), 148-155.

39. Jackson, L. A., Zhao, Y., Witt, E. A., Fitzgerald, H. E., von Eye, A., & Harold, R. (2009). Self-concept, self-esteem, gender, race, and information technology use. *Cyber Psychology & Behavior, 12*(4), 437-440.
40. Јоксимовић, С., & Јањетовић, Д. (2008). Појам о себи и вредносне оријентације адолесцената. *Зборник Института за педагошка истраживања, 40*(2), 288-305.
41. Kef, S., Hox, J. J., & Habekothé, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. *Social Networks, 22*(1), 73-91.
42. Keles, R. (2012). The quality of life and the environment. Procedia - *Social and Behavioral Sciences, 35*, 23 – 32.
43. Knudtson, M. D., Klein, B. E., Klein, R., Cruickshanks, K. J., & Lee, K. E. (2005). Age related eye disease, quality of life, and functional activity. *Archives of Ophthalmology, 123*(6), 807-814.
44. Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology, 14*(3), 119-126.
45. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation, 26*(20), 1206-1213.
46. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes, 6*(30), 30-41.
47. Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 101*(2), 96-107.
48. Lin, J. C. & Yu, J. H. (2012). Assessment of quality of life among Taiwanese patients with visual impairment. *Journal of the Formosan Medical Association, 111*(10), 572-579.
49. Longsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine, 64*(3), 510-519.
50. López-Justicia, M. D., & Cordoba, I. N. (2006). The self-concept of Spanish young adults with retinitis pigmentosa. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 100*(6), 366-370.
51. López-Justicia, D., & Pichardo, M. C. (2001). Self-concept and gender in Spanish low-vision adolescents. *Visual Impairment Research, 3*(1), 7-16.
52. Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing, 9*(1), 12-18.
53. Martinez, R., & Sewell, K. W. (1996). Self-concept of adults with visual impairments. The *Journal of Rehabilitation, 62*(2), 55-58.
54. McLeod, S. A. (2008). Self concept. Retrieved from http://www.simplypsychology.org/self-concept.html accessed on December 2nd 2014.
55. Misajon, R., Hawthorne, G., Richardson, J., Barton, J., Peacock, S., Iezzi, A., & Keeffe, J. (2005). Vision and quality of life: the development of a utility measure. *Investigative Ophthalmology & Visual Science, 46*(11), 4007-4015.
56. Noll, H. H. (2000). Social indicators and quality of life research: background, achievements and current trends. Published in: N. Genov (Ed.) *Advances in Sociological Knowledge over Half a Century*. Paris: International Social Science Council.
57. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation, 26*(6), 346–352.
58. Noreau, L., Fougeyrollas, P., & Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability, 14*(3), 113-118.

59. O'Mara, A. J., Marsh, H. W., Craven, R. G., & Debus, R. L. (2006). Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. *Educational Psychologist, 41*(3), 181-206.
60. Pinquart, M. (2012). Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis. *Child: Care, Health and Development, 39*(2), 153-161.
61. Reiter, S., & Bendov, D. (1996). The self-concept and quality of life of two groups of learning disabled adults living at home and in group homes. *The British Journal of Developmental Disabilities, 2*(83), 97-111.
62. Revicki, D. A., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. K., & Rothman, M. (2000). Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research, 9*(8), 887-900.
63. Roy, A. W. N., & MacKay, G. F. (2002). Self-perception and locus of control in visually impaired college students with different types of vision loss. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 96*(4), 254-266.
64. Salmivalli, K. (1998). Intelligent, attractive, well-behaving, unhappy: the structure of adolescents' self-concept and its relations to their social behavior. *Journal of Research on Adolescence, 8*(3), 333-354.
65. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation, 40*(6), 457-470.
66. Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*(3), 203-216.
67. Schinazi, V. R. (2007). Psychosocial implications of blindness and low-vision. CASA working papers, University College London (UCL), Centre for Advanced Spatial Analysis: London, UK.
68. Seddon, J., & Fong, D. (2005). Quality of life in patients with age-related macular degeneration: impact of the condition and benefits of treatment. *Survey of Ophthalmology, 50*(3), 263-273.
69. Shucksmith, M., Cameron, C., Merridew, T., & Pichler, F. (2009). Urban-rural differences in quality of life across the European Union. In: *Regional Studies, 43*(10), 1275-1289.
70. Slakter, J. S., & Stur, M. (2005). Quality of life in patients with age-related macular degeneration: impact of the condition and benefits of treatment. *Survey of Ophthalmology, 50*(3), 263-273.
71. Sokol, J. T. (2009). Identity development throughout the lifetime: an examination of Eriksonian theory. *Graduate Journal of Counseling Psychology, 1*(2), 139-147.
72. Srivastava, R., & Joshi, S. (2014). Relationship between self-concept and self-esteem in adolescents. *International Journal of Advanced Research, 2*(2), 36-43.
73. Станимиров, К., Јаблан, Б., & Станимировић, Д. (2014). Квалитет живота особа са оштећењем вида. *Београдска дефектолошка школа, 20*(58), 127-137.
74. Станимировић, Д. (2005). Стрес у породицама са слепим адолесцентом: специфичности индивидуалног и породичног превладавања. Докторска дисертација. Универзитет у Београду, Филозофски факултет.
75. Станимировић, Д., Мијатовић, Л., & Савановић, Љ. (2010). Проучавање ефеката оштећења вида на самопоимање као полазна основа за креирање интервентних програма. У: Ј. Ковачевић, В. Вучинић, (ур.), *Сметње и поремећаји: феноменологија, превенција и третман, део II (стр. 213-225).* Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
76. Wändell, P. E., Lundström, M., Brorsson, B., & Aberg, H. (1997). Quality of life among patients with glaucoma in Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica, 75*(5), 584-588.
77. Wehmeyer, M. L., & Schalock, R. L. (2001). Self-determination and quality of life: Implications for special education services and supports. *Focus on Exceptional Children, 33*(8), 1-16.

78. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association, 273*(1), 59-65.
79. Woodcock, A., Bradley, C., Plowright, R., Ffytche, T., Kennedy-Martin, T. & Hirsch, A. (2004). The influence of diabetic retinopathy on quality of life interviews to guide the design of a condition-specific, individualised questionnaire: the RetDQoL. *Patient Education and Counseling 53*(3), 365-383.
80. World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*: *ICF*. Geneva.
81. World Health Organization (1997). *Measuring quality of life*.
82. Zlatanović, Lj. (2000). The role of the person's self-concept in quality of life research. *Philosophy and Sociology, 2*(7), 391-397.