УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ – ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Образложење предлога пројекта докторске дисертације

Повезаност стигме и црта личности са квалитетом живота родитеља деце са поремећајем из спектра аутизма и моторичким поремећајима

Предлог за ментора
Проф. др Ивона Милачић Видојевић

Кандидат
Марија Чолић

Београд, 2018.

1. Теоријски део

1.1 Увод

Наводи се да је родитељство детета које има хроничну развојну ометеност једна од најстреснијих ситуација за родитеље (Baker-Ericzon et al. 2005). Још давне 1966. године утврђено је да родитељи деце са менталним болестима доживљавају објективно и субјективно сагоревање (Hoenig & Hamilton, 1966). Истраживачи су тежили да испитају који фактори највише утичу на доживљен стрес као и на сагоревање. У литератури се наводи да степен родитељског стреса зависи од врсте, тежине и озбиљности дијагнозе као и од присуства проблематичног понашања (Hastings, 2002). Деца са поремећајем из спектра аутизма (у даљем тексту ПСА) често испољавају проблематична понашања (Matson & Rivet, 2008) између осталог и самоповређивање (Baghdadli, Pascal, Grisi, & Aussilloux, 2003). Узимајући у обзир да је око 68 одсто деце са ПСА испољило неки облик агресије према својим старатељима (Kanne & Mazurek, 2011) није изненађујућа позитивна корелација између дететовог проблематичног понашања и депресивних симптома код мајки (Barker et al., 2011). Осим присуства проблематичног понашања утврђено је и да већина деце са ПСА (70 одсто) поседује интелектуалну ометеност (La Malfa et al., 2004), менталну болест (Simonoff et al., 2008) и анксиозност (Gilliott, Furniss, & Walter, 2001). Дуална дијагноза додатно доприноси захтевима старатељства што делом може да објасни повишени родитељски стрес. Бенсонови налази укаазују да су родитељи деце са ПСА имали повишен ниво анксиозности, депресије, бриге и промене расположења (Benson, 2006). Родитељи деце са сензорно моторичким поремећајима имали су виши ниво стреса од родитеља деце са менталним тешкоћама (Feizi et al., 2014) као и виши ниво депресије (Seltzer et al., 2001). Наводи се да деца са церебралном парализом често имају ограничене способности приликом извршења дневних активности. Узимајући у обзир и придружене сметње као што су поремећај говора и интелектуална ометеност родитељи су додатно изложени стресу. Родитељски стрес и сагоревање индиректно могу да утичу на дечији квалитет живота. У прилог овој тези говори и истраживање Гринове у ком је указала да деца са ометеношћу чије мајке доживљавају висок степен објективног сагоревања имају мање интеракција са својим вршњацима него деца чије мајке доживљавају нижи степ сагоревања (Green, 2003).

Стресори који делују на родитеље утичу и на њихов квалитет живота. Такође, родитељи су веома често изложени стигми услед биолошке везе са дететом са ометеношћу. Грај истиче да су родитељи особа са високо функционалним аутизмом додатно изложени критици и стигми лошег родитељства јер њихова деца немају физичке карактеристике које их издвајају од деце типичног развоја, па се проблемско понашање објашњава неадекватним родитељством а не симптомима поремећаја (Gray, 2002).

Како би се утицало на побољшање родитељског квалитета живота и разумела њихова позиција у светлу стигме неопходно је истраживање које би било фокусирано на ову тему. Уколико разумемо како родитељи доживљавају и опажају стигму и који фактори утичу на њихов квалитет живота и интернализацију стигме могуће је да побољшамо њихов положај и оснажимо их. Ова студија се бави проблемом стигме и квалитета живота код родитеља деце са ПСА и моторичким поремећајима, као и факторима који утичу на ове конструкте.

1.2 Стигма

Стигма на латинском језику значи „обележје на кожи створено врелим гвожђем“ (Online etymology dictionary). Током 17-ог века стигма је у Енглеској фигуративно представљала „обележје срамоте“. Социјална стигма представља ознаку или карактеристику која особу излаже сраму и дискриминацији. Гофман је сматрао да ознака болести може да упрља лични и социјални идентитет особе (Gofman 1963). Он наводи три карактеристике које доприносе већем степену стигме: карактеристика је видљива, сматра се да ју је могуће контролисати и околина не схвата стање/карактеристику у потпуности (Goffman, 1963). Све три карактеристике које доприносе стигматизацији могу се уочити код особа са ПСА. Узимајући у обзир да особе са ПСА често испољавају опажајна проблематична понашања (Matson & Rivet, 2008) као што је самоповређивање, физичка агресија, тантрум понашање, јасно је да је ова популација под ризиком од стигматизације. Околина претежно сматра да је проблематично понашање могуће контролисати што ставља стигму на родитеље (Eaton et al., 2016). У Енглеској, САД и Канади већина испитаника била је упозната са етиологијом и третманом особа са ПСА (Furnham & Buck, 2003; Mitchell & Locke, 2015). У Кини родитељи деце са ПСА известили су да је јавност претежно веровала да је ПСА казна за лоша дела родитеља или предака или последица лошег родитељства (McCabe 2007). У студији спроведеној у Србији 35% испитаника известило је да има мало знања о ПСА (Милачић Видојевић, Глигоровић, & Драгојевић, 2014). Нејасноће везане за етиологију, понашање и карактеристике ПСА могу допринети стигматизацији.

Иако стигма постоји у свим друштвима, начин на који се доживљава и испољава значајно зависи од културе и средине у којој се јавља (Yang et al. 2007). Налази указују да стигма оставља више негативних дугорочних последица него сама болест (Schulze & Angermeyer, 2003). Тако, стигматизоване особе могу да буду несигурне како их друге особе виде и могу се бојати да ће бити одбачене (Goffman, 1963). Како би се ублажили негативни ефекти стигме важно је испитати искуство стигматизованих особа. Дубље сазнање о стигми би могло да се искористи за формирање програма који би позитивно утицали на квалитет живота.

Један од важних Гофманових доприноса јесте укључивање чланова породице стигматизоване особе у теоријски приступ стигми. Он наводи да стигму не доживљавају само особе које су директно изложене стигматизацији услед својих карактеристика (физичких, психичких, итд.) већ и особе које су у блиском контакту са примарним носиоцем стигме (пријатељи и чланови породице). Он је овај тип стигматизације, којој су изложене особе које су у директном контакту са примарним носиоцем стигме назвао стигмом из учтивости. Мехта и Фарина (Mehta & Farina, 1988) овај облик стигме називају асоцијативна стигма. Иако Милачић Видојевић и сар. (2014) нису утврдиле глобално висок степен стигматизације према члановима породица деце са ПСА, анализа појединачних ставки указује да су родитељи били окривљени за погоршање дететовог стања. Даље, испитаници су осећали сажаљење према члановима породице. Родитељи су били означени као мање компетентни у остварењу својих улога него што су били браћа/сестре. У истраживању које су спровели Кориган и сарадници уочено је да су чланови породице особа са схизофренијом и особа које злоупотребљавају психоактивне супстанце мање стигматизовани у поређењу са стигмом према самој особи (Corrigan, Watson, & Miller, 2006). Иако ова студија говори о нижем присуству стигме према члановима породице, она не говори о ефекту нити интензитету стигме на појединце. У

литератури се могу пронаћи истраживања која указују да стигма погађа све чланове породице. Драгојевић и Милачић Видојевић су утврдиле да су стид и жаљење били испољени према брату и сестри детета са ПСА (Драгојевић & Милачић, 2012).

Милачић Видојевић (2016) говори о четири нивоа утицаја стигме на појединца и породицу. Када је у питању лични ниво, стигма доприноси изолацији појединца и чланова породице. На породичном нивоу стигма додатно утиче на суочавање са тежином болести, а на нивоу заједнице стигма отежава пружање неопходне помоћи. Политички ниво подразумева да се не узимају у обзир потребе особа приликом формирања ресурса.

Грај истиче да родитељи деце са ометеношћу доживљавају стигму из учтивости не само када су у присуству свог детета већ и када нису са њим. Аутор овај феномен објашњава као продукт њихове биолошке повезаности са дететом јер их друге особе знају као родитеља детета са ометеношћу. На основу оваквог искуства, први тип стигме назива контекстуални или интеракциони аспект стигме, а други тип биолошки аспект стигме (Gray, 2002). Фернандез и Арсија се такође интересују за стигму коју родитељи доживљавају и они сугеришу да постоје два извора стигме код њих. Један је стварна изложеност стигми у оквиру које се подразумева да родитељи објективно доживљавају стигму, док је други извор родитељско веровање да су одговорни за дететове симптоме и понашање (Fernandez & Arcia, 2004).

У литератури је евидентан напор да се издвоје различити облици стигме којима су изложени појединци. У овом делу ћемо представити теоријске концепте стигме. Скамблер и Хопкинс (Scambler & Hopkins, 1986) говоре о извршеној/доживљеној (енг., enacted) стигми која подразумева доживљену дискриминацију стигматизованих особа и о осетној (енг., felt) стигми која се односи на осећања срама и страха од одбацивања која се развијају код стигматизоване особе. Они су издвојили ова два концепта приликом истраживања стигме код пацијента са епилепсијом.

Вогел и сарадници дефинишу два облика стигме којима су изложене особе које болују од менталних болести. Један облик стигме су назвали јавна стигма и односи се на дискриминишуће ставове које припадници опште популације имају према особама које користе сервисе за особе са психијатријским дијагнозама, означавајући их као социјално непожељне (Vogel, Wade, & Haake, 2006). Други облик стигме, самостигма, дефинишу као опадање самопоштовања код појединца услед прихваћеног става да припадници опште популације сматрају да тај појединац није социјално пожељан (Vogel, Wade, & Haake, 2007).

Кориган и Вотсон (Corrigan & Watson, 2002) такође издвајају два облика стигме у области менталног здравља: јавну стигму и самостигму. Јавну стигму дефинишу као реакције опште популације ка особама са менталним болестима. Самостигму дефинишу као предрасуду о менталним болестима коју особа са менталном болешћу окрене против себе. Даље, сматрају да се и јавна стигма и самостигма могу разумети кроз конструкт који садржи стереотипе, предрасуде и дискриминацију. У светлу стигме према особама са менталним болестима на следећи начин описују поменуте компоненте. Стереотипи у оквиру јавне стигме подразумевају негативна веровања о групи, док у оквиру самостигме подразумевају негативна уверења о себи. На пример, јавност сматра да особе са схизофренијом не могу да заснују породицу и онда особа која има дијагнозу схизофреније верује да не може да заснује породицу. Предрасуде дефинишу као сагласност са уверењима или као негативне реакције (код јавне стигме се јавља бес или страх а код самостигме се јавља ниско самопоштовање). Последњу компоненту, дискриминацију, дефинишу као понашајни одговор на предрасуде; у оквиру јавне

стигме се јавља избегавање, уздржавање давања помоћи или пословних понуда, док се у оквиру самостигме јавља неуспех особе у стремљењу ка пословним шансама (стр. 16).

Стјуард и сарадници (Steward et al., 2008) представили су концептуални оквир стигме, надограђујући се на Скамблеров модел скривеног стреса. Аутори говоре о три начина на које особе доживљавају стигму. Прва компонента подразумева интерперсоналну акцију и називају је доживљена/извршена стигма (енг., enacted). Доживљена/извршена стигма се односи на „отворен акт дискриминације и мржње усмерен ка особи услед њеног опаженог стигматизујућег статуса“. Друга и трећа компонента подразумевају интраперсонални доживљај стигме. Аутори другу компоненту називају „нормативна осетна стигма“ (енг., felt normative stigma) и она се односи на субјективну свесност стигме. Особа је свесна да стигма постоји према одређеним групама у заједници. Трећа компонента је названа интернализована стигма. Аутори сматрају да интернализована стигма може да се манифестује различито у зависности од тога ко ју је интернализује. Уколико стигму интернализује особа која не припада стигматизујућој групи онда ће стигма допринети развоју предрасуда према стигматизованој групи. Уколико стигму интернализује особа која је стигматизована онда она доприноси развоју самостигме. Већина аутора сматра да је појам интернализовне стигме еквивалентан појму самостигме, не узимајући у обзир интернализацију стигме од стране нестигматизоване особе. У овом раду појам „интернализована стигма“ ће бити поистовећен са термином „самостигма“.

Изложен теоријски део о стигми указује да се већина теоретичара и научника слаже да постоје два типа стигме које доживљавају припадници стигматизованих група: јавна стигма и самостигма. Даље, у литератури се употребљавају термини који описују ниво изложености стигми: доживљена и опажена стигма. У наредном делу ћемо представити сваки од наведених видова стигме и приказати резултате релевантних истраживања.

1.3 Доживљена стигма

Као што Фернандез и Арсија (Fernandez & Arcia, 2004) сугеришу, доживљена стигма се односи на стварно искуство стигме. Грај наводи да доживљена стигма може да се уочи кроз претерано одбијање или дискриминацију коју стигматизована особа проживљава (Gray, 2002). Скамблер и Хопкинс (Scambler & Hopkins, 1986) говоре да особа која болује од епилепсије доживљава стигму тако што јој је законски забрањено да вози. Стигма је свепрожимајућа и особе које су изложене стигми веома често осећају њен негативан утицај у скоро свим животним доменима. Те последице могу бити видљиве у социјалним везама, пословном статусу, здрављу, квалитету живота, итд.

Истраживања везана за родитељску доживљену стигму почињу да буду заступљенија у последњој деценији. Ауторима ове студије нису позната истраживања са овом темом спроведена у Републици Србији. У наредном делу представићемо студије које су испитивале родитељско искуство везано за доживљену стигму.

Саркар (Sarkar, 2010) је желела да испита доживљену стигму на узорку родитеља одраслих особа са интелектуалном ометеношћу. Студија је спроведена у Канади и обухватила је 97 родитеља одраслих индивидуа са интелектуалном ометеношћу (узраст потомака био је између 18 и 67 година). Код већине потомака је установљена дуална дијагноза; 17-оро потомака је имало ПСА, 16-оро Даунов синдром, 12-оро церебралну парализу и 32-је менталну

болест. Укупно 47 одсто потомака живело је са родитељима. Резултати нам откривају да је око четвртине родитеља изјавило да је њихово дете било стигматизовано услед свог стања, као и да је стигма по асоцијацији негативно утицала на њихове социјалне везе и квалитет живота. Мањи проценат (10 одсто) је изјаснило да су они сами били стигматизовани. За неке родитеље рођење детета са интелектуалном ометеношћу је било позитивно искуство. Родитељи који су имали позитивна искуства су известили да имају више самопоуздања, да боље брину о себи, да више саосећају са другима и да су научили шта је заиста важно и вредно у животу. Такође се наводи да је стигма негативније утицала на интеракцију са рођацима код испитаника чија су деца била млађа од 35 година.

Још једно истраживање на тему стигме је обухватало родитеље одраслих индивидуа али у овој студији потомци су имали дијагнозу менталне болести. Ова студија је спроведена у Републици Кореји. Укупно 81 одсто потомака је имало дијагнозу схизофреније а 16 одсто дијагнозу поремећаја расположења. Средњи узраст родитеља је био 61 година, док је средњи узраст њихове деце био 38 година. Аутори су желели да утврде да ли доживљена стигма утиче на повезаност између психијатријских симптома и оштећења у социјалном функционисању, као и објективног/субјективног сагоревања. Резултати нису показали повезаност између доживљене стигме и узраста родитеља/деце, пола као и степена сагоревања. Аутори овакав налаз објашњавају чињеницом да је стигма универзалан проблем независтан од пола и узраста родитеља/детета. Регресионом анализом је утврђено да озбиљнији понашајни симптоми и ниже социјално функционисање доприносе већем степену објективног и субјективног сагоревања, као и вишем степену родитељске доживљене стигме. Иако налази указују да је доживљена стигма допринела већем степену објективног и субјективног сагоревања, мултирегресиона анализа је показала да је доживљена стигма била делимични медијатор. Дечији симптоми и њихов степен функционисања су директно допринели објективном и субјективном сагоревању док је доживљена стигма имала индиректан утицај. Утврђено је и да су озбиљнији понашајни симптоми имали већи утицај на сагоревање него степен социјалног функционисања (Park & Seo, 2016).

У Сједињеним Америчким Државама испитивана су искуства родитеља деце са дијагнозом недостатка пажње са хиперактивношћу (у даљем тексту АДХД). Квалитативна студија је спроведена месец дана након што је дете дијагностиковано са АДХД. Аутори су издвојили шест стигматизујућих тема након интервјуа: забринутост око етикете, осећање социјалне изолације и одбацивања, презрено друштво, утицај негативног јавног мњења, изложеност негативним медијима и неповерење у медицински третман. Многи родитељи нису желели да њихово дете буде означено као „проблематично“, док су се неки бојали да ће други сматрати да су лоши родитељи који не знају да брину о свом детету. Такође, родитељи су били забринути да ће због дијагнозе дете бити третирано другачије него његови вршњаци. Даље, поједини родитељи су се осећали изоловано јер њихово дете није постизало успехе који би могли да се деле са родитељима успешне деце. Лоше искуство су имали са школским и медицинским особљем јер се нису обазирали на забринутост коју је испољило 20 одсто испитаника. Аутори сматрају да родитељски негативан став према лековима долази од њихове перцепције да су лекови представљени као штетни путем медија или јавног мњења (dosReis et al., 2010).

Још једна квалитативна студија спроведена је са циљем да се испита стигма коју су доживеле мајке деце са менталом болешћу и/или АДХД. Ова студија спроведена је у

Аустралији и налази су категорисани у три теме: 1)окривљивање и стигма лошег родитеља, 2)стигма услед понашајних карактеристика које дете испољава и 3)саосећање са дететом које доживљава стигму. Искуства која су груписана око стигме лошег родитеља се огледају у томе да су испитанице рекле како су их други оптуживали да нису добре мајке, да је дете такво јер је мајка анксиозна, да је детету потребна батина, итд. Искуства у оквиру друге теме се односе на то да је околина сматрала како мајке немају контролу над понашањем свог детета и да су веома често осетиле срамоту због тога. Услед доживљене стигме, мајке су известиле да избегавају социјалне контакте јер на тај начин не морају ником ништа да објашњавају и могу да избегну осећање стигме да су лош родитељ (Eaton et al., 2016).

Посматрајући однос доживљене и осетне стигме Грej је утврдио да је мање родитеља доживело стигму него што је известило о постојању осетне стигме. Главни начин доживљавања стигме у заједници је било избегавање од стране других манифестовано кроз непозивање на вечере, у госте, итд. Још један вид стигме у заједници је било непријатно зурење у родитеље и дете. Осим доживљене стигме заједици родитељи су имали непријатно искуство и са школским особљем. Налази указују да су родитељи искусили конфликт са другом децом и школским особљем покушавајући да одбране своје дете од осећања одбацивања или изолације. Грej је утврдио да је и степен понашајних карактеристика допринео интензитету доживљене стигме. Наиме, родитељи деце која су имала проблеме у понашању су били више изложени стигми од родитеља мирније деце (Gray, 2002).

Да је стигма универзалан феномен и да погађа и чланове породице особа са менталним болестима потврђује и студија Доре и Романс. Њихови испитаници су известили да су се изоловали од својих пријатеља услед стигме (Dore & Romans, 2001).

1.3.1 Доживљена стигма у односу на пол родитеља

Налази студија о доживљеној стигме код родитеља су претежно ограничени на искуство мајки које су чиниле већински узорак. Неколицина студија којима се испитивала доживљена стигма указују да су мајке известиле о већем степену стигме. У Саркаровој студији на узорку родитеља одраслих потомака са интелектуалном ометеношћу мајке су изјасниле да је стигма негативније утицала на њихову комуникацију са рођацима (Sarkar, 2010). Грej је утврдио да су мајке деце са високофункционалним аутизмом чешће доживљавале стигму од очева. Налази указују да су мајке искусиле избегавање, непријатне коментаре и да су други зурили у њих у заједници (Gray, 2002).

1.4 Опажена стигма

Опажена (енг., perceived) стигма подразумева веровања јединке о ставовима других људи према стигматизованој групи. Микелсон (Mickelson, 2001) опажену стигму дефинише као „реакције појединца на поседовање девијантног стања, као и уверења о себи, као што су стид, срамота, и пројекција тих уверења на друге“. Аутори даље наводе да опсег опажене стигме може да зависи од очекивања појединца као и понашања унутар социјалних интеракција. У литератури се уочава да поједини аутори не праве разлику између термина опажена стигма, осетна стигма и јавна стигма/самостигма (Chi et al., 2014; Williams & Polaha, 2014, ретроспективно). Тако, Вилиамс и Полаха дефинишу опажену стигму у раду који

испитује родитељско тражење третмана за децу са менталном болешћу као „компоненте јавне стигме (очекиваног негативног опхођења од других) и самостигме (срам, постиђеност)“ (стр.764).

Опажена стигма има директан и индиректан утицај. Опажена стигма може директно да делује на родитеље а индиректно путем родитеља на њихову децу. Тако је уочено да је опажена стигма код родитеља деце са ПСА била негативно повезана са дечијим интеракцијама са својим вршњацима (Green, 2003). Гринова наводи и да опажена стигма утиче на субјективно емотивно сагоревање код мајки деце са ометеношћу (Green, 2003). Негативан утицај опажене стиме је уочен и на узорку родитеља деце са ПСА. У литератури се наводи да су опажена јавна стигма и асоцијативна стигма биле позитивно повезане са депресијом, анксиозношћу и сагоревањем код родитеља деце са ПСА (Chan & Lam, 2017).

Уколико применимо наведени Кориганов и Вотсонов (Corrigan & Watson, 2002) модел стигме који садржи три димензије опажену стигму би могли да дефинишемо као свесност о постојању стереотипа. Свест да одређен негативан став постоји у јавности не значи да ће особа применити тај став на себе. На пример, родитељи деце са ометеношћу могу да буду свесни да околина сматра да је понашање њиховог детета могуће контролисати. Међутим, у исто време могу да верују да су они добри родитељи и да је понашање њиховог детета последица хроничног стања а не васпитања. У овом раду појам опажене стигме ће бити диференциран од појма самостигме и односи ће се на свест о постојању негативних ставова према стигматизованој групи.

Неколицина студија које су се бавиле испитивањем опажене стигме код родитеља чија су деца стигматизована претежно су користиле квалитативан интервју. Једна од ових студија спроведена је у САД са родитељима деце са ПСА (укупно 502 родитеља; 95 одсто биле су мајке). Испитивајући њихова уверења уочава се да је више од половине родитеља веровало да социјална средина сматра да су особе са ПСА ментално болесне, да не могу да буду добри пријатељи и да представљају опасност по друге, док је 90 одсто сматрало да јавност мисли да се особе са ПСА никада неће венчати, запослити или живети самостално. Када су упитани о њиховим везама са другим људима 60 одсто је изјаснило да су себе изоловали од пријатеља и рођака, док је 32 одсто рекло да их други нису позивали на социјална окупљања. На питање „колико је стигма била опасна у њиховим животима“ 9 одсто је рекло „екстремно“, 22,2 одсто „веома“, 47,5 одсто „донекле“, 16 одсто „мало“ и 4,4 одсто „нимало“. Аутори су утврдили да су стигма и понашања карактеристична за ПСА били снажани предиктори тешког и компликованог родитељског живота (Kinnear et al., 2016).

Родитељско уверење да су деца са ПСА посматрана као опасна није било карактеристично само за дијагнозу ПСА. На узорку родитеља деце са интелектуалном ометеношћу око четвртина испитаника изјавило је да верује да се већина људи плаши особа са интелектуалном ометеношћу (Sarkar, 2010). Налази Микелсонове студије (Mickelson, 2001) указују да су родитељи деце са менталним болестима известили о нижем степену опажене стигме него родитељи деце са ПСА или другим развојним ометеностима. Ауторка је такође утврдила да опажена стигма није зависила од дечијег узраста као ни од времена када је дијагноза постављена и да су мајке и очеви известили о сличном степену опажене стигме. Један од циљева ове студије био је и да се утврди да ли је опажена стигма повезана са депресивиним симптомима код родитеља што је потврђено добијеним резултатима.

Родитељска искуства деце са церебралном парализом такође сведоче о опаженој стигми. Када су испитивани о уверењима других о пореклу церебралне парализе око 39% родитеља веровало је да други мисле да је рођење детета са церебралном парализом била казна за родитељска лоша дела. Поражавајућ и стресан резултат ове студије јесте и да је око 10% родитеља известило да су их други саветовали да прекину дететов живот (Olawale, Deih, & Yaadar, 2013).

Изложени налази спроведених студија говоре о негативном утицају опажене стигме. Њен негативан утицај огледа се у појави депресивних симптома код родитеља, њиховој изолацији, отежаном породичном животу итд. Веома често опажена стигма се интернализује услед тога што је особа дугорочно изложена њеном утицају и јединка почиње да је примењује на себе. Ова студија ће се бавити питањем опажене стигме како би разумели перцепцију родитеља деце са ометеношћу у Републици Србији .

1.5 Самостигма

Постоји велики опсег литературе који описује и истражује стигматизацију особа са менталним болестима док се мањи број истраживача бавио питањем самостигме која се развија код ових особа услед негативног стигматизујућег искуства. Још мањи број студија се интересовао за концепт самостигме код родитеља деце са ометеношћу. У литератури се користе неколико термина који означавају самостигму, као што је поунутрена стигма (енг., internalized), осетна (енг., felt), и придружена стигма (енг., affiliated). Појам и концепт самостигме се највише изучавао у области менталног здравља. Истраживачи су желели да испитају да ли се самостигма развија код особа које имају дијагнозу менталне болести, и ако да, који фактори утичу на њен развој.

Налази у литератури се слажу да чињеницом да самостигма оставља негативне последице на појединца. Једна од негативних последица јесте и веровање особе да није способна да испуни очекиване друштвене улоге услед претпоставке о увреженим ставовима у друштву (Staring et al., 2009). Самостигма доприноси и губљењу самопоштовања и осећаја самоефикасности што је утврђено на узорку испитаника са менталном болешћу (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003). Истраживања су показала да особе које поунутравају јавне стигматизујуће ставове имају ниско самопошовање (Link et al, 2001), повишен стрес (Mak & Cheung, 2008) и повишену депресију (Manos et at., 2009).

Фактор који снажно утиче на развој самостигме јесте перцепција испитаника о јавној стигми. Овај налаз је добијен у студији Вогела и сарадника (Vogel, Bitman, Hammer, & Wade, 2013). У овој студији испитаници су питани да попуне упитник о јавној стигми којима се испитивала стигма према примању психолошке помоћи, три месеца пре него што су одговарали на питања која мере степен самостигме.

У литератури се наводи да самостигма код одраслих особа са менталном болешћу пролази кроз три фазе. Прво, особа је свесна да околина поседује стереотипе о јединкама са менталном болешћу (на пример, особа са менталном болешћу је сама крива за своје стање). Затим, та особа са менталном болешћу онда мора да се сложи са тим стереотипом (да, особе са менталом болешћу су заиста одговорне за своје стање). На крају особа мора да примени тај стереотип на себе (ја сам особа са менталном болешћу што значи да сам ја одговоран/на за своје стање) (Corrigan & Watson 2002). Кориган и Вотсон су овај модел, свесности, слагања и

апликације стигме назвали 3А модел самостигме (оргинално: awareness, agreement and application).

Представљен 3А модел самостигме може да се примени и на самостигму која може да се развије код родитеља деце са ометеношћу. Јединка је прво свесна да околина окривљује родитеље за поједине понашајне манифестације њиховог детета (на пример, дете које плаче у продавници играчака јер није добило играчку је размажено). Затим, јединка мора да се сложи са тим стереотипом (да, то дете је размажено, родитељи треба да буду строжи). Уколико јединка, у овом случају родитељ, примени усвојене стереотипе на себе, она себе може да криви за лоше родитељство и интернализује опажену стигму.

Мак и Ченг (Mak & Cheung, 2008) сугеришу да је стигма из учтивости потенцијално штетна јер може да утиче на развој самостигме код родитеља деце која су интелектуално ометена или болују од менталне болести. Они употребљавају термин „придружена стигма“ (енг., affiliated stigma) који се односи на „самостигму и одговарајуће психолошке одговоре особе која је повезана са примарним носиоцем стигме“ (стр. 532). Придружену стигму карактерише осећање стида и срама јер је родитељ постиђен због чињенице да има дете са интелектуалном ометеношћу или менталном болешћу. Осећај стида и срама често доводи до тога да се родитељи повуку из социјалних дешавања и околине. Аутори наводе да се придружена стигма састоји из три компоненте: когниције, афекта и понашајног одговора. Концепт придружене стигме не подразумева да стигма објективно постоји него подразумева да особа која је у блиском контакту са примарним носиоцем стигме субјективно процењује и интернализује стигму. Концепт придружене стигме је скован како би се раздвојио од појмова „стигма из учтивости“ и „асоцијативна стигма“, јер се односи на интернализацију стигме код особа које су у блиском контакту са примарним носиоцем стигме.

Један од појмова који се често описује заједно са самостигмом јесте и „зашто покушати“ ефекат. Кориган и сарадници (Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009) су описали развој „зашто покушати“ ефекта код особа са дијагнозом менталне болести. Они наводе да „зашто покушати“ ефекат укључује три компоненте:1)самостигму, која настаје услед интернализације стереотипа, 2) медијаторе, као што су самопоштовање и самоефикасност, 3) и постојање животних циљева (стр. 75). Аутори се залажу да је увођем медијатора као што је самоефиканост додатно развијена модификована теорија етикетирања (о овој теорији ће бити говора у наредном делу). Истиче се да је и самопоштовање медијатор између самостигме и „зашто покушати“ понашања. Постојање животних циљева је урушено услед интернализације стигме. Јединка сматра да није вредан члан друштва и да нема шта да понуди тако да се и не труди да промени нешто у свом статусу.

Оснаживање и самостигма су означене као крајеви једног континума (Watson et al., 2007). Оснаживање се дефинише као „усмерен, непрекидан процес...путем кога особе којима недостаје једнак удео у вредносним ресурсима стичу контролу над тим ресурсима“ (Cornell Empowerment Group, 1989, стр. 2). Зимерман дефинише оснаживање као „процесе путем којих људи креирају или имају могућност да контролишу своју судбину и утичу на одлуке које погађају њихове животе“ (Zimmerman, 1995, стр.583). Неке особе ојачају и почну да се боре док неке развију самостигму. У литератури се наводе два фактора као могућа узрочника зашто неке особе које доживљавају стигму реагују или сниженим самопоштовањем или повишеним бесом. Особе које се слажу са стереотипима које постоје у друштву веома често имају ниже самопоштовање и нижи осећај самоефикасности. Са друге стране, особе које се не слажу са

овим стереотипима ће вероватно бити незаинтересоване или љуте (Corrigan & Watson, 2002). Наводи се да су особе које су имале снажнији групни идентитет имале позитивније виђење себе. Истраживање које је рађено на узорку особа са схизофренијом указује на високу негативну корелацију између оснаживања и самостигме (Sibitz et al., 2011).

1.5.1 Самокривица код родитеља

У литератури се наводи да поједини родитељи доживљавају стигму која је шира од стигме из учтивости или придружене стигме. Францис (Francis 2012) сматра да родитељи доживљавају другачији тип стигме јер је фокус стигме на родитељу а не на детету. Овај тип стигме аутори називају лоше родитељство или кривљење родитеља (Francis 2012; Moses 2010). Такође, доживљај лошег родитељства утиче на то да родитељи развију осећање самокривице јер нису у могућности да елиминишу проблем који њихово дете има. Феритер и сарадници су утврдили да се осећај самокривице јавља и када родитељи нису изложени кривици од стране других (Ferriter et al., 2003). Са друге стране, студија Итона и сарадника указује да су веровање мајки о мишљењу других људи о њима и сопствена сумња о квалитету родитељства утицали на интернализацију стигме (Eaton, Ohan, Stritzke, & Corrigan, 2016). Никсон наводи да родитељи деце са ПСА радије окривљују себе за настанак аутизма како би дали неки смисао узорку аутизма уколико не могу да пронађу друго објашњење (Nixon, 1993). Самокривица се често огледа и у ставу да су могли да учине више за своје дете и да му више помогну. Поједини истраживачи су желели да испитају да ли самокривица опада са временом узимајући у обзир чињеницу да су родитељи развили боље вештине превладавања и имали прилику да више пруже свом детету. У прилог овој тези говори Левисонова студија којом је показана негативна веза између времена када је код детета дијагностикован ПСА и самокривице (Levison, 2014).

У студији коју је спровела Мосесова са старатељима адолесцената са менталном болешћу показала је да су биолошки родитељи себе више окривљивали него небиолошки родитељи. Ауторка је показала и да су родитељи који су имали слабију социјалну подршку више себе окривљивали. Утврђено је и да су родитељи који су били изложени стигми лошег родитељства доживљавали емоционални стрес зато што су сматрали да су неуспешни родитељи (Moses 2010).

Испитивање самостигме код родитеља деце са ПСА је важно како би утицали на родитељско самооснажење и побољшали њихов квалитет живота, специфичније, здравље, социјалне интеракције, социјално учешће, итд. У наредном делу ћемо представити истраживања у области самостигме код родитеља деце са ометеношћу.

1.5.2 Истраживања у области родитељске самостигме

Истраживања у области самостигме код родитеља деце са менталном болешћу и ометеношћу су вршена примењујући два приступа: квалитативан и/или квантитативан. Путем квалитативног интервјуа добијамо дубљи увид у родитељску перцепцију животне позиције, стигме итд., као и боље и опширније разумевање њиховог искуства. Квантитативан приступ омогућава лакше поређење резултата између различитих група. У постојећој литератури постоји само неколицина истраживања самостигме код родитеља деце са ПСА и моторичким поремећајима. Када је испитивана родитељска самостигма претежно су у фокусу истраживања били родитељи деце са менталним болестима.

Једном студијом која је користила квалитативан интервју испитивала се стигма и самостигма код родитеља деце са анксиозним поремећајем. Налази показују да је укупно 41 одсто родитеља започело дискусију о стигми током интервјуа. Издвојиле су се три теме током дискусије: 1)родитељска брига о негативним последицама (родитељи су били забринути да ли ће дијагноза анксиозног поремећаја утицати негативно на њихово дете. Специфичније, да ли би дете због дијагнозе било смештено у специјално одељење, доживело одбацивање од стране вршњака или било изложено вршњачком задиркивању), 2)родитељска интернализована стигма услед менталних проблема (већина родитеља је изразила жаљење и забринутост због менталних проблема које има њихово дете) и 3)негативне асоцијације са третманом менталних проблема (родитељи су били забринути да лекови могу негативно да утичу на здравље њиховог детета) (Chavira, et al., 2017).

У Израелу је спроведена студија која је имала за циљ да испита да ли самостигма и нада имају модераторску улогу између повезаности родитељског сагоревања и стила механизама превладавања код родитеља чија су деца била смештена у психијатријску болницу. Средњи узраст деце био је 10,3 година. Укупно 54,3 одсто деце имало је проблем у понашању, 34,3 одсто менталну болест и 11,4 одсто поремећај говора. Резултати указују да је самостигма била позитивно повезана са сагоревањем и типом механизма превладавања. Даље, комбинација самостигме и праћења (тип механизма превладавања) је имала негативан ефекат на родитељско сагоревање. Уочено је и да су старији родитељи имали нижи степен сагоревања (Hasson-Ohayon et al., 2017).

У Кини је спроведено истраживање са старатељима (просечна узраст је била 47,49 година) деце са интелектуалном ометеношћу. Укупно 78 одсто узорка сачињавали су родитељи деце. Резултати ове студије указују да је социо-економски статус био повезан са придруженом стигмом. Старатељи са вишим социо-економским статусом имали су нижи степен придружене стигме. Аутори сматрају да је могуће да су ове особе имале другачије начине да сачувају социјални идентитет (кроз посао) као и боље разумевање важности општег психичког здравља. Регресионом анализом утврдили су да афективна димензија скале која мери придружену стигму, анксиозност и брига о губљењу части објашњавају 55 одсто варијансе општег психичког здравља. Све три варијабле биле су повезане са општим психичким здрављем. Старији испитаници имали су виши скор на понашајном домену у оквиру скале која мери придружену стигму. Аутори овакав налаз објашњавају кроз дугогодишњу изложеност стигми и последично њеној интернализацији (Chiu et al., 2013).

Још једно истраживање у области самостигме спроведно је у Кини. Циљ студије био је да се испита утицај подршке (професионалне, од стране породице и пријатеља) на придружену (самостигму) стигму као и на који начин долази до поунутравања стигме код родитеља деце са ПСА. Резултати указују да су родитељи који су известили о високом степену доживљене стигме више кривили себе и осећали се одговорним. Даље, придружена стигма била је позитивно повезана са стигмом из учтивости, опаженом одговорношћу и самокривицом. Са друге стране, подршка од стране пријатеља и породице била је негативно повезана са придруженом стигмом. Такође, придружена стигма била је негативно повезана са личним благостањем (Mak & Kwok, 2010).

У истраживању Итона и сарадника негативно искуство са околином довело је до тога да се мајке детета са ПСА питају да ли су оне добар родитељ и да ли су оне на неки начин

допринеле тешкоћама које има њихово дете. Оне су осетиле самокривицу, самодевалвацију као родитељ, ниже самопоштовање као и стид (Eaton et al., 2016).

1.5.3 Осетна стигма

Скамблер и Хопкинс осетну стигму примарно дефинишу као страх од доживљавања стигме, али осетна стигма обухвата и осећање стида и срамоте због постојања епилепсије (Scambler & Hopkins, 1986). Особа може да развије страх од одбацивања иако није доживела стигму у свакодневном животу. Скамблер и Хопкинс наводе да осетна стигма није била провоцирана доживљеном стигмом код пацијената са епилепсијом, већ да је углавном претходила доживљеној стигми. Они даље наводе да је већина испитаника развила осетну стигму кроз учење у породици. Родитељи су учили децу како постојање епилепсије треба да буде тајна. Један од налаза јесте и то да су испитаници много више били несрећни, осећали анксиозност и сумњали у себе уколико је била изражена осетна стигма него доживљена стигма. Осетна стигма се често назива у литератури и самостигма. Поједини истраживачи праве разлику између ова два типа стигме јер је нејасно да ли је осетна стигма исто што и интернализована. Тако социолог Фаруђа дефинише осетну стигму као „искуство и артикулацију позиције субјекта дискурзивно конструисану кроз онтолошку инфериорност„ (Farrugia, 2009; стр. 1014).

Грej је испитивао да ли су родитељи деце са високофункционалним аутизмом били изложени извршеној/доживљеној или осетној стигми. Резултати указују да је већина родитеља известила о осетној стигми, тако што су веровали да други сматрају да су они другачији услед њиховог детета. Родитељи су веровали да околина критикује њихове родитељске способности што их је чинило постиђеним (Gray, 2002).

Изложен теоријски концепт самостигме као и истраживања која су испитивала постојање и развој самостигме указују на њен негативан утицај на појединца. Услед интернализације стигме особа развија негативан став према себи који доприноси развоју сагоревања, депресивних симптома, сниженом самопоштовању и сниженој самоефикасности. Ова студија ће испитивати присуство самостигме код родитеља деце са ПСА и моторичким поремећајима као и факторе који доприносе њеном настанку.

1.6 Модификована теорија етикетирања

Идеја теорије етикетирања снажан утицај достиже у социолошким радовима Бекера. Ова идеја је представљена кроз мноштво његових обједињених радова у књизи Аутсајдери (Becker, 1963). Теорија етикетирања предлаже да самоидентитет особе као и њено понашање зависе од тога како околина описује и означава то понашање. Девијантност није урођена карактеристика већ је последица етикетирања од стране околине услед одређеног понашања које одступа од социјалних норми (Becker, 1963).

Шеф (Scheff, 1966) је први применио теорију етикетирања на особе са менталном болешћу. Он излаже да ментална болест настаје као последица етикете које друштво приписује особи услед одређеног понашања које околина доживљава као чудно. Да би околина дала неки смисао том понашању додељује се етикета менталне болести и онда особа временом почиње да се понаша у складу са карактеристикама те дијагнозе.

Шефеова теорија је доживела многе критике тако да су Линк и сарадници (Link et al., 1989) модификовали ову теорију, сматрајући да стигма и етикетирање ипак имају негативне последице на особе са менталном болешћу. Линк и сарадници се посебно фокусирају на последице које етикетирање има на јединку и ова теорија је названа модификована теорија етикетирања. Модификована теорија етикетирања предлаже да док понашање и болест могу да делују штетно на социјалну партиципацију и интеграцију, перцепција стигме такође игра значајну улогу код оболелог. Они објашњавају како етикетирање има негативан утицај на особу кроз неколико корака. Први корак називају „веровања о девалвацији и дискриминацији“. Аутори сматрају да особа усваја стигматизујуће ставове о менталним болестима путем социјализације и свакодневних интеракција (као што су шале). На овај начин формира се концепт о менталној болести. Овај концепт обухвата две компоненте: 1)веровање до које границе ће особа са менталном болешћу бити девалвирана и 2)веровање до које границе ће бити дискриминисана. Други корак је назван „званично етикетирање кроз директан третман“. Када та иста јединка добије дијагнозу менталне болести она поунутрава постојеће стигматизујуће ставове које поседује од раније (стечене путем првог корака) и они постају део те јединке. Аутори назначавају да је важно да ли је особа претходно веровала у девалвацију или дискриминацију. Трећи корак је назван „пацијентов одговор на стигматизујућ статус“. Теорија сугерише да се јављају три реакције када особа добије дијагнозу: тајновитост, едукација и повлачење. То значи да особа крије своју дијагнозу од других, да почиње да едукује друге о дијагнози или се повлачи из социјалних кругова. Четврти корак је назван „последице стигме на пацијентов живот“. Модификована теорија етикетирања предвиђа да особа може да развије негативно психичко стање услед веровања да друге особе негативно оцењују и реагују на новонасталу дијагнозу. Такође, особа може да ограничи своје животне шансе као што је склапање пријатељства, конкурисање за посао, итд. Пети корак је назван „рањивост ка будућим поремећајима“. Уколико особа прође кроз претходне кораке вероватно је да ће имати ниже самопоштовање, слабије социјалне и пословне везе. То даље може довести до развоја дубље психопатологије.

Развој психопатологије је евидентиран и међу родитељима деце са развојном ометеношћу. У литератури се наводи да су родитељи деце са ПСА склонији развијању депресије (Olsson & Hwang, 2001). Такође, самопоштовање код родитеља деце са ометеношћу је снижено (Cantwell, Muldoon, & Gallagher, 2015). Постоје многобројни узроци за овакве налазе али је могуће применити теорију етикетирања на развој самостигме код родитеља деце са ометеношћу и истражити специфичније факторе.

Једна од студија са родитељима деце са ометеношћу чији су резултати образложени у светлу модификоване теорије етикетирања је Гринова студија. Налази њене студије указују да су мајке које су сматрале да су особе са ометеношћу дискриминисане од стране других више осећале постиђено, осрамоћено и криво него мајке које нису сматрале да околина има негативне ставове према особама са ометеношћу. Испитанице које су имале више скорове на опаженој стигми су и саме имале негативне ставове према особама са ометношћу пре порођаја. Ове испитанице су током квалитативног интервјуа потврдиле да су се осећале непријатно у присуству особе са ометеношћу пре него што су и саме постале мајке. Ауторка такође сугерише да мајке које су промениле валенцу става након рођења свог детета можда осећају кривицу и срамоту због пређашњих негативних ставова, док мајке које нису промениле валенцу става, ометеност које има њихово дете осећају као извор срамоте (Green, 2003).

Налази који проистекну из ове студије биће објашњени и са позиције модификоване теорије етикетирања. Налази ће моћи додатно да прошире постулате ове теорије јер ће бити примењени на родитељску перцепцију стигме и интернализацију стигме.

1.7 Квалитет живота

Квалитет живота је веома широк конструкт и обухвата физичко и психичко здравље, степен независности, социјалне везе и повезаност са окружењем (WHO, 1995). Постоје многобројне дефиниције концепта квалитета живота. Једна од најчешће навођених је дефиниција Светске здравствене организације из 1996-те године. Светска здравствена организација дефинише квалитет живота као „личну перцепцију животне позиције у контексту културе и вредности које се негују у њој, као и повезаност животне позиције са циљевима, очекивањима, стандардима и зебњама“ (WHO, 1996). Квалитет живота је опште благостање појединца и обухвата широк опсег домена, као што су здравствени, политички, пословни и социјални домен (Hill et al., 2010).

Куминс истиче да квалитет живота сачињава шест димензија: материјално благостање, продуктивност, интимност, сигурност, заједништво и емоционално благостање (Cummins, 2000). Он такође сматра да квалитет живота обухвата субјективни и објективни аспект нечијег живота.

У литератури се наводи да уколико су негативни догађаји изразито снажни да могу утицати на трајно промењену перцепцију квалитета живота (Lucas, 2007). Родитељство детета које има хроничну развојну ометеност једна је од најстреснијих ситуација за родитеље (Baker-Ericzon et al. 2005). Родитељи деце са ПСА су имали виши степен стреса него родитељи деце са Дауновим синдромом и деце типичног развоја (Dabrowska & Pisula, 2010). Многи родитељи имају финансијске тешкоће услед додатних трошкова за третмане и лечење, што доприноси и томе да мало новца остаје за њихове потребе (Sharpe & Baker, 2007). Родитељи такође губе посао, имају тешкоће да се запосле и веома често сами плаћају високе трошкове лекара и терапеута (Bromley et al., 2004). Мајерс и сарадници су утврдили да су финансијски проблеми утицали на родитељски квалитет живота деце са ПСА (Myers et al., 2009). Квалитет живота је широко испитиван конструкт у многобројним областима и на различитој популацији.

1.7.1 Фактори који су повезани са квалитетом живота

Велики број истраживача се бавио испитивањем фактора који утичу на квалитет живота родитеља деце са развојном ометеношћу. Утврђено је да су финансијски проблеми утицали на родитељски квалитет живота деце са ПСА (Myers et al., 2009). У литератури се наводи да квалитет живота зависи и од доживљене стигме и самостигме. Сибиц и сарадници су утврдили да су доживљена стигма и самостигма директно утицали на развој депресије, а преко депресије индиректно на квалитет живота. Испитаници који су имали виши степен доживљене стигме имали су виши степен депресије, а последично лошији квалитет живота. Ниско самооснажење је директно довело до лошијег квалитета живота (Sibitz et al., 2011).

Самоефикасност се наводи као један од личних фактора који могу допринети квалитету живота родитеља деце са церебралном парализом (Barlow, Cullen-Powell, & Cheshire, 2006). Бандура је дефинисао самоефикасност као уверење особе о својим способностима да организује и изврши акцију како би управљала датом ситуацијом. Дата уверења могу

различито да утичу на психосоцијално функционисање. Могу да допринесу да се активирају механизми превладавања, одређују колико ће се напора утрошити и колико дуго ће се отпор одржати у односу на дату тешкоћу. Такође, ова уверења могу да особу начине вулнерабилном за емоционални дистрес (Bandura, 1997).

Родитељски стрес се показао као снажан предиктор квалитета живота, док су тежина дететових симптома, укупан број деце и примања допринели објашњењу квалитета живота код мајки (Dardas & Ahmad, 2014a). Даље, налази из литературе указују да су социјална подршка и црте личности биле повезане са квалитетом живота (Joshanloo & Afshari, 2009; Kim et al., 2012; Pocnet et al., 2016; Ridgewell et al., 2017). Присуство дуалне дијагнозе код детета је још један фактор који се показао значајаним за квалитет живота. У студији коју је спровела Саркарова уочено је да су родитељи детета са интелектуалном ометеношћу које је имало дуалну дијагнозу проценили да је стигма негативније утицала на породични квалитет живота него родитељи чија деца нису имала дуалну дијагнозу (Sarkar, 2010).

1.7.1.1 Повезаност оснаживања и квалитета живота

У литератури се наводи да оснаживање помаже људима да стекну контролу над својим животом и да преузму акције које могу да им обезбеде оно што им је потребно у животу (Akey, Marquis, & Ross, 2000). Гутиерез дефинише родитељско оснаживање као психички процес путем ког особа активно покушава да промени или елиминише потенцијалне стресне догађаје применом знања и вештина (Gutiérrez, 1994).

Налази Симонове студије и сарадника указују да су породице које су имале висок ниво оснаживања биле више отпорне на стресоре и мање су се осећале депресивно него породице које су имале низак ниво оснаживања (Simon, Murphy, & Smith 2005). Да је оснаживање важно за ментално здравље указују и резултати Вајсове студије. Извештено је да су родитељи деце са ПСА који су имали виши степен оснаживања имали мање менталних проблема (Weiss et al., 2012).

Једна од ретких студија која је испитивала повезаност оснаживања и родитељског квалитета живота спроведена је у Јапану. Укупно је учествовало 78 родитеља деце са развојном ометеношћу. Аутори су истакли да је већина претходних студија испитивала квалитет живота код родитеља занемарујући утицај оснаживања. Налази њихове студије указују на позитивну везу између квалитета живота и оснаживања. Утврђено је и да су родитељи имали низак ниво оснаживања као и тешкоће при подизању деце (Wakimizu, Yamaguchi, & Fujioka, 2017).

1.7.1.2 Повезаност проблематичног понашања детета и квалитета живота

Многобројне студије су показале да проблематично понашање код детета утиче негативно на родитеље и веома често изазива стрес што касније доприноси лошијем квалитету живота и општем благостању. Као што је раније наведено, утврђена је позитивна корелација између дететовог проблематичног понашања и депресивних симптома код мајки (Barker et al., 2011). Да је проблематично понашање значајно за ментално здравље родитеља указују и студије Сузумуре и Вејса и сарадника. Тако, Сузумура је указала да су понашајни проблеми деце са развојном ометеношћу утицали на ментално здравље мајки, што је потом негативно

утицало на њихово благостање (Suzumura, 2015). Такође, проблематично понашање испољено код детета било је значајан предиктор родитељских менталних проблем (Weiss et al., 2012). У прилог овим студијама иду и резултати студије Јонсонове и сарадника која је показала да је проблематично понашање код детета узроковало виши стрес код родитеља деце са ПСА (Jones, 2016).

1.7.1.3 Повезаност самокривице и квалитета живота

У литератури не постоји пуно истраживања која су испитивала повезаност самокривице и квалитета живота јединке. Једна од студија која је између осталог испитала повезаност самокривице и благостања код родитеља јесте већ поменута студија Мосесове (Moses, 2010). Ауторка је утврдила да су родитељи деце са менталном болешћу који су имали висок степен самокривице имали ниске скорове на доменима који мере благостање. Приликом претраге база научних радова пронађена је само једна студија која је испитивала повезаност квалитета живота и самокривице код родитеља детета са ПСА. Нису пронађене студије које би испитивале повезаност квалитета живота код родитеља деце са ометеношћу и самокривице. Даља истраживања су потребна како би се испитала природа ове повезаности.

Студија која је пронађена са овом тематиком јесте Левисонова студија у Америци. Левисон је у својој докторској дисертацији испитивао повезаност самокривице, религиозности и квалитета живота код родитеља деце са ПСА. Укупно 114 биолошких родитеља деце са ПСА учествовало је у онлајн истраживању. У складу са ауторовом почетном хипотезом родитељи који су имали виши скор на скали која мери самокривицу известили су о лошијем квалитету живота. Даље, укупно 37% варијансе квалитета живота било је објашњено самокривицом код родитеља (Levison, 2014).

Изложени налази показују да квалитет живота зависи од многобројних фактора као што су материјална ситуација, изложеност стигми и самостигма, родитељски стрес, социјална подршка, оснаживање, понашајне карактеристике детета и црте личности. Нашом студијом испитаће се повезаност квалитета живота са цртама личности, стигмом, оснаживањем, понашајним карактеристикама детета и самопштовањем.

1.7.2 Истраживања у области родитељског квалитета живота

Као што се наводи у литератури родитељство представља стрес за јединку а нарочито за родитеље чија деца имају развојну ометеност. Продужен стрес утиче на квалитет живота појединца. Студије су испитале квалитет живота родитеља деце са развојном ометеношћу као и факторе који утичу на њега. Истраживања су се кретала у неколико праваца; на који начин су повезани квалитет живота, самопоштовање и самоефикасност, поредио се родитељски квалитет живота у односу на дијагнозу детета, испитивао се утицај социјалне подршке на квалитет живота, итд. У наредном делу биће сумирана методологија и налази студија којима се испитивао квалитет живота код родитеља деце са развојном ометеношћу.

У Шпанији је спроведено истраживање са циљем да се испита повезаност квалитета живота и самоефикасности код родитеља деце са церебралном парализом. Резултати указују да пол и узраст родитеља и детета нису били предиктори супскале физичко здравље на скали квалитета живота. Са друге стране, самоефикасност и стратегије превладавања објасниле су 19,6 одсто варијансе унутар супскале физичког здравља. Детаљнија анализа показала је да је

једино самоефикасност допринела оваквом резултату. Социјална супскала и супскала околине нису биле објашњене испитиваним факторима узетим заједно у модел. Појединачна анализа је показала да је пол детета значајно утицао на социјалну супскалу (родитељи девојчица су имали ниже скорове) а самоефикасност на супскалу околине. Такође је уочено да су родитељи имали лошији квалитет живота него општа популација (Guillamon et., 2013). Налази ове студије указују да се самоефикасност показала као добар предиктор супскале физичко здравље и супскале околине и да позитивно уверење о својим родитељским способностима доприноси бољем квалитету живота.

У Индији је спроведено истраживање у ком су учестовали родитељи деце са ПСА и родитељи деце са опсесивно компулзивним поремећајем. Циљ студије био је да се утврди квалитет живота код обе групе испитаника, као и повезаност квалитета живота са стресом, финансијским и субјективним сагоревањем и са социјалном подршком. Општи налази указују да су родитељи деце са ПСА имали лошије психичко здравље у оквиру процене квалитета живота него родитељи деце са опсесивно компулзивним поремећајем. Посматрајући повезаност између квалитета живота и испитиваних фактора уочава се негативна корелација са опаженим стресом и финансијским сагоревањем (Verma, 2015).

Бењак је спровео студију у Хрватској у којој је учествовало 178 родитеља (59 одсто мајки) деце са ПСА и 169 родитеља дете типичног развоја (58 одсто мајки). За процену квалитета живота коришћен је Индекс личног благостања. Налази показују да су родитељи деце са ПСА имали лошији квалитет живота на свих седам домена (животни стандард, здравље, постигнућа у животу, блиске везе, лична сигурност, повезаност са заједницом и сигурност будућности) као и на општем скору. Даље, родитељи деце са ПСА проценили су своје здравље као лошије него контролна група и имали су више психичких тешкоћа и хроничних медицинских стања. Као фактор који би позитивно могао да утиче на квалитет живота јесте другачија политичка ситуација у земљи. Родитељи су сматрали да уколико могу да добију новчану помоћ, сложенији систем дијагностике и да њихово дете прима терапију покривену из буџета државе да би то утицало позитивно на њихов квалитет живота (Benjak, 2011).

Иако је већина студија показала да је квалитет живота родитеља деце са ометеношћу лошији од квалитета живота родитеља деце типичног развоја студија у Катару није потврдила ове налазе. Наиме, није уочена разлика у квалитету живота код старатеља деце са ПСА и старатеља деце типичног развоја (Kheir et al., 2012). Будуће истраживање потребно је како би се разумео квалитет живота код родитеља деце са ометеношћу у Србији и фактори који утичу на њега.

1.7.3 Разлика у квалитету живота у односу на пол родитеља

Налази о квалитету живота у односу на пол родитеља нису једнозначни. Претежно се наводи да мајке имају лошији квалитет живота од очева услед тога што мајке често остају код куће да брину о детету док очеви обезбеђују финансијска примања радом изван куће. У Индији је утврђено да су физичко здравље и социјални домен код очева били негативно повезани са субјективним сагоревањем. Са друге стране, физичко здравље очева било је позитивно повезано са употребом емоционалне социјалне подршке. Резултати указују да су мајке које су имале дете са дужом дијагнозом ПСА имале боље психичко здравље (Verma, 2015).

У Италији је споведено истраживање које је имало за циљ да се утврди квалитет живота родитеља деце са первазивним поремећајем развоја, церебралном парализом, интелектуалном ометеношћу и типичним развојем. Резултати указују да су очеви детета са первазивним развојним поремећајем имали лошије социјалне везе у поређењу са очевима типичног детета, као и лошије психичко здравље у поређењу са очевима детета са церебралном парализом. Даље, мајке деце са ометеношћу имале су лошије социјалне везе и физичко здравље од мајки детета типичног развоја. Поређујући квалитет живота мајки у односу на дијагнозу детета уочава се да су мајке деце са первазивним поремећајем развоја имале лошије психичко здравље него мајке деце са интелектуалном ометеношћу (Mugno et al., 2007).

1.8 Црте личности

Најзаступљенији модел личности у литератури је петофакторски модел личности који се назива и моделом Великих пет (Digman, 1990). Овај модел заговара да се личност може описати преко пет димензија, или пет базичних карактеристика: неуротицизам, екстраверзија, отвореност, сарадљивост и савесност. Неуротицизам представља општу тенденцију да се доживи негативан ефекат и вулнерабилност особе пред стресорима. Особе високе на неуротицизму карактерише емоционална нестабилност. Екстраверзија се односи на социјабилност у понашању. Особе које имају висок скор на екстраверзији су дружељубиве, активне, сигурне у себе. Особе које имају низак скор на екстраверзији су повучене и затворније у себе. Отвореност подразумева спремност за нова искуства и карактерише је интелектуална радозналост, естетска сензитивност, потреба за променом. Сарадљивост се односи на интерперсоналне везе и особе високе на овој црти су емпатичне, спремне да помогну. Особе ниске на овој црти карактерише цинизам, усмереност на себе и такмичење са другима. Савесност представља способност самоконтроле и самоусмеравања. Особе које имају висок скор карактерише усмереност ка циљу, организованост. Низак скор углавном карактерише хедонистичка оријентисаност (Кнежевић, Џамоња Игњатовић, & Ђурић Јочић, 2004).

У литератури се наводи да су великих пет релативно стабилни током живота (Roberts & DelVecchio, 2000) и да могу да се примене на особе из различитих култура (McCrae & Costa, 1997). Одређене црте личности као што је екстраверзија, отвореност за искуства и сарадљивост одређују начин на који се особа бори против околинских стресора (Zeng & Chi, 2007). Даље, екстраверзија, отвореност за искуства и савесност су повезане са успешним техникама савладавања (Storm & Rothmann, 2003). Нижи неуротицизам и виша екстраверзија били су повезани са бољим стратегијама превладавања код испитаника које су бринуле о старијим особама (Marziali & Garcia, 2011).

Као што је претходно наведено, брига о детету са ометеношћу представља продужен стрес за родитеље. Иако се испитивала повезаност црта личности са оптимизмом, резилијентношћу и квалитетом живота у области медицине, нису нам позната истраживања која су тежила да испитају повезаност квалитета живота и црта личности код родитеља деце са ометеношћу. У области медицине истраживачи су испитивали да ли црте личности доприносе бољем реаговању на стрес код оболелих од различитих болести или да ли црте личности доприносе бољем реаговању на стрес услед трауматског искуства. Како су оптимизам и резилијентност повезане са начином на који особа реагује на стрес биће

представљени налази са овом тематиком, не би ли потенцијално разумели да ли црте личности доприносе бољем квалитету живота.

У литератури је представљено да је оптимизам, дефинисан као очекивање позитивних исхода био позитивно повезан са екстраверзијом, сарадљивошћу и савесношћу, а негативно са неуротицизмом. Путем регресионе анализе утврђено је да су екстраверзија и неуротицизам највише допринели објашњењу седам димензија позитивизма (коригован R квадрат се кретао између 0.44 и 0.77) (Sharpe, Martin, & Roth, 2011).

Резилијентност представља капацитет или изглед за успешну адаптацију упркос претећим околностима (Masten, Best, & Garmezy, 1990). Уочено је да је резилијентност била негативно повезана са неуротицизмом а позитивно са екстраверзијом и савесношћу (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006). Фајомбо је утврдио да је савесност била најбољи предиктор резилијентности код тинејџера. Даље, све црте личности су биле позитивно повезане са резилијентношћу, осим неуротицизма (Fayombo, 2010). У још једном истраживању са студентима уочено је да је резилијентност била позитивно повезана са сарадљивошћу, савесношћу и отвореношћу за искуства а негативно повезана са неуротицизмом (Shi et al., 2015). Код војника којима је био ампутиран део тела, егоотпорност је имао негативну везу са неуротицизмом, а позитивну везу са екстраверзијом, отвореношћу, сарадљивошћу и савесношћу. Регресиона анализа показала је да су црте личности објашњавале 34 одсто варијансе егоотпора. Неуротицизам и екстраверзија су највише допринеле објашњењу резлијентности (Zeb, Naqvi, & Zonash, 2013).

У истраживању које је обухватало старатеље особа са деменцијом утврђено је да су испитаници који су имали већи скор на скали сагоревања имали и више скорове на неуротицизму и ниже на екстраверзији (González-Abraldes et al., 2013). Добијени налази говоре у прилог да црте личности доприносе начину на који особа реагује на стрес и то највише неуротицизам и екстраверзија. Црте личности су биле снажан предиктор код испољеног оптимизма, резилијентности и сагоревања.

1.8.1 Повезаност између квалитета живота и црта личности

Иако се наводи да су црте личности важан фактор који може да утиче како особа реагује на стресоре и болест (Groves & Muskin, 2005) у постојећој литератури нема пуно истраживања којима је циљ био испитивање повезаности црта личности и квалитета живота. Студије са овом тематиком почињу да се развијају последње две деценије и то претежно у области здравства. Као што је наведено, квалитет живота зависи од многих фактора, између осталог и од реаговања на болест и стресор. У наредном делу биће описана истраживања која су испитивала повезаност црта личности и квалитета живота.

Ким и сарадници (Kim et al., 2012) испитивали су повезаност квалитета живота и црта личности код особа које су преживеле мождани удар. Резултати указују да су испитаници са ниским скоровима на екстраверзији и савесности имали лошије психичко здравље у оквиру скале квалитета живота у односу на испитанике који су имали високе скорове. Даље, појединци који су имали слабије изражену сарадљивост имали су лошије физичко и психичко здравље, као и социјалне везе. Уочено је и да су испитаници са високим неуротицизмом имали ниже скорове на сва четири домена. Иако отвореност иницијално није утицала на квалитет живота аутори су утврдили да су особе које су имале висок скор на отворености побољшале

своје скорове на психичком домену и домену окружења три месеца након иницијалног интервјуа. Са друге стране, они који су имали ниске скорове на отворености су имали лошије скорове. Аутори истичу да налаз везан за отвореност изискује додатна истраживања како би се разјаснио њен потенцијални специфичан утицај.

У студији спроведеној у Француској утврђено је да су негативан утицај скорашњих непријатних догађаја (као што су смрт блиске особе и/или болест) и неуротицизам допринели смањењу квалитета живота. Налази указују да су социјална подршка, екстраверзија и савесност позитивно утицали на квалитет живота. Корелационом анализом показано је да је квалитет живота био у негативној вези са неуротицизмом а у позитивној са екстраверзијом, отвореношћу, сарадљивошћу и савесношћу. Неуротицизам и екстраверзија имале су најјаче корелације, док је отвореност била најслабије повезана. Налаз да екстраверзија није допринела објашњењу квалитета живота код испитаника којима је умрла блиска особа аутори објашњавају чињеницом да њен утицај зависи од врсте догађаја (Pocnet et al., 2016).

У истраживању које је спроведено у области менталног здравља утврђено је да су особе са дијагнозом схизофреније које су имале више скорове на неуротицизму и ниже скорове на екстраверзији имале лошији квалитет живота (Ridgewell et al., 2017).

Резултати нам указују да су црте личности биле повезане са квалитетом живота код особа које су преживеле мождани удар, имале трауматски догађај у прошлости и имале дијагнозу менталне болести. Најјача повезаност уочена је са неуротицизмом и екстраверзијом. Сарадљивост и савесност биле су умерено позитивно повезане са проценом квалитета живота. Отвореност се показала као најмање значајан предиктор у реаговању на стрес и последично на квалитет живота. Наша студија ће испитати које црте личности су предиктори квалитета живота код родитеља деце са развојном ометеношћу.

1.8.2 Веза између самопоштовања, црта личности и квалитета живота

Розенберг је дефинисао самоопоштовање као позитиван или негативан став према себи (Rosenberg, 1965). Самопоштовање говори колико особа цени себе и сматра да је вредан члан друштва. У циљу разумевања повезаности самопоштовања, црта личности и квалитета живота биће представљени налази студија које су испитивале повезаност ових конструкта.

Налази добијени на великом узорку од чак 326 641 испитаника указују на позитивну корелацију између самопоштовања са једне стране и екстраверзије, сарадљивости, савесности, емоционалне стабилности и отворености са друге стране. Регресиона анализа показала је да великих пет објашљавају 34 одсто варијансе самопоштовања. Емоционална стабилност и екстраверзија имале су највећи ефекат. Када је у питању повезаност самопоштовања и великих пет утврђена је мала разлика између мушкараца и жена. Мушкарци су имали мало јачу повезаност са екстраверзијом која укључује асертивност и доминацију. Жене су имале мало јачу повезаност са сарадљивошћу што подразумева негу и афилијативне црте. Аутори предлажу да родни стереотипи о цртама личности утичу на формирање самопоштовања (Robins et al., 2001).

На узорку студената из Румуније самопоштовање и резилијентност били су позитивно повезани са екстраверзијом и отвореношћу, а негативно са неуротицизмом. Самопоштовање и неуротицизам објаснили су 23 одсто варијансе отпорности (Balgui, 2017).

Још једна студија која је испитивала повезаност самопоштовања и резилијентности код адолесцената који су имали несрећна дешавања у животу показује да су успели да одрже високо самопоштовање. Аутори објашњавају овај налаз као последицу снажне повезаности самопоштовања и резилијентности. Уочено је и да су тинејџери који су имали ниже скорове на неуротицизму имали већи степен резилијентности (Nakaya, Oshio, & Kaneko, 2006).

Мањи број истраживача желео је да испита да ли је самопоштовање повезано са квалитетом живота и на који начин утиче на њега. У литератури се наводи да је самопоштовање било позитивно повезано са задовољством у животу (Diener & Diener, 1995). Даље, самопоштовање је било медијатор између задовољства животом и ектраверзије, неуротицизма, савесности и отворености (Kwan, Bond, & Singelis, 1997). Такође, самопоштовање било је медијатор између утицаја екстраверзије и неуротицизма на срећу (Furnham & Cheng, 2000). Утврђено је да су задовољство са послом, здрављем и финансијама били повезани са самопоштовањем и самостигмом код особа са менталном болешћу (Rosenfield & Neese-Todd, 1993).

У Ирану је испитивана повезаност између самопоштовања, задовољства животом и црта личности на узорку који су сачињавали студенати. Налази указују да је самопоштовање било позитивно повезано са животним задовољством, екстраверзијом, савесношћу, сарадљивошћу и отвореношћу а негативно са неуротицизмом (Joshanloo & Afshari, 2009). Утврђено је и да је задовољство животом било позитивно повезано са екстраверзијом, савесношћу, сарадљивошћу а негативно са неуротицизмом. Хијерархијска регресиона анализа показала је да су црте личности објасниле 25,4 одсто варијансе задовољства животом, са екстраверзијом (,198) и неуротицизмом (-,375) као значајним предикторима, а самопоштовање је допринело 8 одсто. Утицај савесности и сарадљивости на животно задовољство био је посредован самопоштовањем (Joshanloo & Afshari, 2009).

Старинг и сарадници спровели су интересантну студију у којој су испитивали повезаност доживљене стигме, квалитета живота и самопоштовања код особа са схизофренијом. Одрасли пацијенти са дијагнозом схизофреније који су имали више скорове на скали доживљене стигме изјавили су да је њихов квалитет живота лошији, као и да имају ниже скорове на супскали позитивно самопоштовање. Са друге стране, ови испитаници имали су више скорове на супскали негативно самопоштовање. Даље, испитаници који су имали бољи квалитет живота су у исто време имали више скорове на супскали позитивно самопоштовање и ниже на супскали негативно самопоштовање (Staring et al., 2009).

Сумирајући представљене налазе уочава се да су црте личности биле добар предиктор самопоштовања код тинејџера и адолесцената. Узимајући у обзир чињеницу да су црте личности релативно стабилне током живота (Roberts & DelVecchio, 2000) могуће је претпоставити да ће црте личности допринети објашњењу самопоштовања и код родитеља деце са развојном ометеношћу. Нејасно је у ком степену црте личности доприносе објашњењу самопоштовања код ових родитеља којима је често снижено самопоштовање услед дискриминације и сумње у личну вредност као родитељ. Да би се испитала ова веза потребно је будуће истраживање. Резултати указују и да је самопоштовање било позитивно повезано са квалитетом живота. Даље, уочено је и да су доживљена стигма и самостигма биле негативно повезане са квалитетом живота код особа са менталним болестима. Ови налази предлажу да се сличан образац може уочити и код родитеља деце са ометеношћу али је неопходно студија којом би се потврдила ова претпоставка.

1.9 Самопоштовање код родитеља деце са ометеношћу

Као што је наведено у претходном одељку у литератури се назначава да је самопштовање било повезано са квалитетом живота код тинејџера, студената и особа са менталним болестима. Слични налази добијени су и на узорку родитеља деце са ометеношћу и у овом одељку биће представљени релевантни налази. Налази указују да је виши степен самопоштовања родитеља деце са ометеношћу допринео бољој отпорности (Raina et al. 2005) и бољем психичком здрављу (Bekhet, Johnson, & Zauszniewski, 2012).

Кантвел и сарадници су спровели студију која је имала за циљ да испита повезаност самопоштовања и стигме код родитеља деце са ометеношћу и родитеља деце типичног развоја. Укупно је 56 одсто родитеља рекло да имају дете са ПСА, 6 одсто Дауновим синдромом и 43 одсто са вишеструком ометеношћу. Аутори су показали да су родитељи деце са ометеношћу имали нижи скор на скали самопоштовања него родитељи деце типичног развоја. Даље, добијена је негативна корелација између опажене стигме и самопоштовања. Аутори су утврдили да је самопоштовање било медијатор између доживљене стигме и депресивних симптома. Они родитељи који су известили о већем степену стигме и нижем самопоштвању су известили и већи степен депресивних симптома. Интересантан налаз јесте да је емоционална подршка код испитаника који доживљавају стигму била значајна само код оних родитеља који су имали средњи и нижи скор на скали самопоштовања (Cantwell, Muldoon, & Gallagher, 2015).

1.10 Проблем истраживања

Проблем овог истраживања је да се испитивањем искуства родитеља деце са ПСА и моторичким поремећајима уочи како су они доживели стигму, како је опажају и да ли је стигма интернализована. Такође, планирамо да испитамо квалитет живота родитеља и факторе који утичу на њега као и факторе који утичу на развој самостигме (као што су социодемографске карактеристике, црте личности, оснаживање, самопоштовање и дететове понашајне карактеристике).

1.11 Циљ

Циљ ове студије јесте да се утврди 1)да ли су родитељи деце са ПСА и моторичким поремећајима доживели стигму, 2) како родитељи опажају стигму, 3) да ли су родитељи интернализовали стигму, 4) квалитет живота родитеља, 5) повезаност квалитета живота са самостигмом, цртама личности и самопоштовањем, 6) повезаност самостигме са цртама личности, 7) који фактори утичу на квалитет живота и развој самостигме.

1.12 Хипотезе истраживања

На основу представљеног проблема и циљева истраживања, постављене су следеће хипотезе:

1. Неће постојати разлика у квалитету живота, доживљене стигме, опажене стигме и самостигме између родитеља у зависности од тип развојне ометености детета, дететовог узраста и дететовог пола

2. Родитељи који су известили о већем степену доживљене стигме, опажене стигме и самостигме ће имати ниже самопоштовање
3. Родитељи који су известили о већем степену доживљене стигме ће имати више скорове на скали самостигме
4. Нижи степен самопоштовања код родитеља ће бити негативно повезан са квалитетом живота
5. Самопоштовање ће бити медијатор између стигме и квалитета живота
6. Висок скор на неуротицизму ће бити негативно повезан са квалитетом живота
7. Висок скор на екстраверзији, сарадљивошћу и савесношћу ће бити позитивно повезани са квалитетом живота
8. Неуротицизам и екстраверзија ће допринети највише објашњењу квалитета живота
9. Мајке ће известити о већем степену самостигме и већем степену доживљене и опажене стигме него очеви
10. Родитељи који ће имати виши скор на скали оснажења ће имати више самопоштовање и бољи квалитет живота
11. Неће постојати разлика у испољеном оснажењу и самокривици између родитеља деце са ПСА и моторичким поремећајима
12. Родитељи који су запослени ће имати више самопоштовање и бољи квалитет живота
13. Радни статус радитеља и ниво образовања неће утицати на доживљену стигму и опажену стигму
14. Родитељи деце која имају више понашајних симптома ће известити о већем степену доживљене стигме и самостигме
15. Родитељи који имају виши степен самокривице ће имати виши скор на опаженој стигми и самостигми
16. Родитељи који имају висок скор на самокривици ће имати више скорове на неуротицизму

1.13 Варијабле истраживања

Независне варијабле

1.Тип развојне ометености детета – нивои:

- ПСА
- Моторичко оштећење

2.Узраст детета – нивои:

- 5-10 година
- 11-16 година
- 17-21 године

3.Пол родитеља
4.Пол детета
5.Радни статус родитеља – нивои:

- Запослен – пуно радно време
- Запослен – непуно радно време

- Незапослен
- У пензији

6.Ниво образовања родитеља:

- Завршена основна школа
- Завршена средња школа
- Завршене дипломске студије
- Завршене постдипломске студије

7.Тип школе које дете похађа:

- Инклузивно одељење
- Специјална школа

8.Брачни статус родитеља – нивои:

- Самац/самица
- У браку
- Раздвојен од брачног партнера
- Разведен
- Удовац/удовица

9.Црте личности
10.Понашајне карактеристике детета
11. Степен оснажења
12.Степен самокривице

Зависне варијабле

1.Квалитет живота
2.Самопоштовање
3.Присуство самостигме
4.Доживљена стигма
5.Опажена стигма
6. Степен самокривице

Модераторска варијабла
1.Узраст родитеља
2.Самопоштовање

2. Методолошки део

2.1 Општа метода

У питању је емпиријско трансверзално истраживање које ће бити спроведено на територији Републике Србије.

2.2 Операционализација променљивих

Варијабле су операционализоване помоћу скала које ће бити коришћене у овом истраживању, а које су описане у делу о инструментима.

2.3 Узорак

Узорак ће бити састављен од 225 родитеља, оба пола, чија деца имају између 5 и 20 година. Родитељи ће бити подељени у 2 групе: 75 родитеља детета са дијагнозом ПСА и 75 родитеља детета са моторичким премећајима. Такође, биће укључено 75 родитеља деце типичног развоја који ће служити као контролна група.

2.4 Инструменти

За процену *квалитета живота* користиће се скраћена Скала квалитета живота (у даљем тексту WHOQOL-BREF) Светске здравствене организације. WHOQOL-BREF је скала који се састоји од 26 ставки. У питању је скраћена верзија WHOQOL-100 скале. WHOQOL-BREF садржи по једну ставку из 24 области квалитета живота који су укључени у WHOQOL-100, плус 2 ставке које су настале из општег слоја квалитета живота и здравља. Ова скала је настала као резултат сарадње групе чији су припадници били из 15 различитих држава. Наводи се да је преведена на око 40 језика са добрим психометријским карактеристикама. Поузданост скале је висока; 0,93 у Кувајту код припадника опште популације (Ohaeria & Awadallab, 2009), 0,701 у Ирану код пацијената са коронарним срчаним обољењем (Najafi, Sheikhvatan, Montazeri, & Sheikhfathollahi, 2009), и 0,79 код родитеља деце са ПСА у Јордану (Dardas & Ahmad, 2014б). На узорку одраслих особа са моторичким и сензорним оштећењем у Србији утврђена је следећа поузданост: 0,87 физичко здравље, 0,83 психичко здравље, 0,57 социјалне везе и 0,73 окружење (Милачић Видојевић, Чолић, & Драгојевић, 2016). Укупно садржи четири домена: физичко здравље психичко здравље, социјалне везе и окружење. Додатна два питања се односе на процену свеукупног квалитета живота и задовољство личним здрављем. У питању је скала Ликертовог типа, где испитаник процењује степен слагања са одређеном ставком. На овај начин се мери перцепција личног квалитета живота. Опсег скале је од 1 (веома незадовољавајуће/веома лоше) до 5 (веома задовољавајуће/веома добро) (WHOQOL Group 1998). Виши скор подразумева бољи квалитет живота. На крају се резултати транформишу у скор од 0 до 100.

Скала придружене стигме (енг., Affiliate stigma scale) (Mak & Cheung, 2008) користиће се за процену *самостигме* код родитеља. Скала укупно има 22 ајтема и мери когнитивну, афективну и понашајну компоненту придружене стигме. Ауторке су конструисале скалу тако што су прегледале литературу везану за асоцијативну стигму и имале фокус групе са родитељима током којих су их интервјуисале. Испитаници оцењују сваку ставку на четворостепеној лествици; број 1 представља „у потпуности се не слажем“, а број 4 „у потпуности се слажем“. Виши скор означава већи степен присуства стигме. Ова скала је скована у Кини и показала је добре психометријске карактеристике; Кронбахова алфа била је 0,94 у Мак и Квоковој студији (Mak & Kwok, 2010), а 0,95 у студији Чуја и сарадника (Chiu at el., 2013).

За мерење *самопоштовања* код родитеља користиће се Розенбергова скала самопоштовања (Rosenberg, 1965). Скала има 10 ставки и испитаници оцењују ставке користећи четворостепену скалу, крећући се од „у потпуности се не слажем“ (1) до „у потпуности се слажем“ (4). Скала има високу поузданости (Кронбахова алфа 0,92).

За мерење *оснаживања* користиће се Скала породичног оснаживања (Koren *et al*. 1992). У питању је петостепена скала Ликертовог типа, где 1 означава „у потпуности неистинито“ а 5 „у потпуности истинито“. Скала садржи 34 ставке груписане у две димензије: 1)нивои оснаживања (заједница, породица и јавни сервис), 2)начин на који је оснаживање испољено (кроз ставове, знање и понашање). Поузданост скале изражена Кронбаховом алфом износи 0,88.

Скала доживљене стигме ће бити конструисана за потребе овог истраживања користећи постојећу литературу о родитељској доживљеној стигми. Скала ће испитивати *доживљену стигму* у социјалним везама, јавном сервису (у школи, на послу, у здравственим установама) и заједници (јавним местима као што су паркови, тржни центри, аутобус). За процену доживљене стигме користиће се и упитник са отвореним питањима како би се добио дубљи увид у родитељску доживљену стигму.

За испитивање *црта личности* користиће се НЕО Петофакторски инвентар (енг., NEO Five-Factor Inventory, у даљем тексту НЕО-ФФИ) (Costa & McCrae, 1992). У питању је скраћена верзија оргиналног НЕО-ПИ-Р упитника. НЕО-ФФИ садржи 60 ставке, укупно по 12 ставки из сваке од пет димензија Великих пет: неуротицизма, екстраверзије, отворености, сарадљивости и савесности. Испитаници треба да одговоре на ставке користећи петостепену скалу: крећући се од „у потпуности се не слажем“ до „у потпуности се слажем“. Поузданост инструмента се креће између 0,71 (отвореност) до 0,81 (савесност) (Magalhaes et al., 2014), а у Србији на узорку осуђеника поузданост се кретала од 0,55 (сарадљивост) до 0,81 (савесност) (Међедовић, Кујачић, & Кнежевић, 2012).

За процену *дететових понашајних карактеристика* користиће се Скала дететовог аутизам-повезаног понашања (Kinnear et al., 2016). Скала има 7 ставки и испитаници на четворостепеној скали треба да означе колико често се понашање дешава. Пример ставке је: „Ударање главом о предмете“, „Тешкоћа успостављања контакта очима“. Испитаници могу да изаберу често, понекад, ретко и никад за сваку ставку. Поузданост скале износила је 0,69. Додатно ће се користити Ајбергов инвентар дететовог понашања. Скала има 36 ставке и у питању је седмостепена скала Ликертовог типа. Виши скор означава учесталије понашање. Скала има добру поузданост изражену преко Кронбахове алфе (0,94) (Eyberg, 1999). Обе скале ће бити задате родитељима деце са ПСА и моторичким поремећајима.

За испитивање *опажене стигме* биће конструисана скала Родитељске перцепције јавних ставова о детету са ПСА/моторичким поремећајима. За конструисање ове скале користиће се постојећа литература, Упитник о уверењима о аутизму (Чолић, 2013) као и две супскале Кинеара и сарадника (Kinnear et al., 2016): компетенција у социјалним улогама и узроци и карактеристике аутизма. Скала ће мерити родитељска уверења о стереотипима који постоје у јавности и родитељи ће бити питани да изаберу у којој мери се јавност слаже са одређеним тврдњама. Испитиваће се перцепција ставова јавности о 1) родитељској компетенцији, 2) способностима деце и 3) узроцима и карактеристикама ПСА/моторичког поремећаја.

За испитивање *самокривице* код родитеља биће коришћена Скала одговорности и самокривице (Mak & Kwok, 2010). Скала укупно садржи 18 ставки, 9 ставки се односе на перцепцију одговорности а 9 ставки се односе на самокривицу (три на узроке, три на понашање и три на стигму). У питању је шестостепена скала Ликертовог типа, где виши скор означава већи степен самоокривљења. Скала се показала као високо поуздана (Кронбахова алфа=0,90).

Биће конструисана социо-демографска скала којом ће бити прикупљени *социо-демографски подаци* о родитељу и детету.

Квалитативни подаци ће се користити за опис начина превладавања стигме код родитеља. Даље, квалитативаним интервјуом ће се испитати позитивна искуства код родитеља, које особе их највише стигматизују и који типподршке добијају од других.

2.5 Процедура истраживања

Истраживање ће се обавити на територији Републике Србије са родитељима деце са ПСА, моторичким поремећајима и типичним развојем. Позивно писмо за учешће у истраживању са описом циља, инструмента и оквирном дужином трајања ће бити прослеђено удружењима, школама и терапеутским центрима. Потом, институције које се сложе да учествују у истраживању ће контактирати родитеље и родитељи који дају сагласност за учествовање у истраживању ће моћи да бирају да ли желе да сами попуне инструменте или да се састану са истраживачем ове студије и заједно попуне инструменте.

2.6 План истраживања

Истраживање ће бити обављено у четири фазе. У првој фази биће контактирана удружења и школе које ће даље проследити позивно писмо родитељима. У другој фази родитељима ће бити послат пакет са инструментима или ће се истраживач састати са родитељима (у зависности који тип интервјуа родитељ изабере). У трећој фази ће бити прикупљани подаци. У четвртој фази ће бити обавељена анализа података и писање рада.

2.7 Обрада података

Обрада података биће обављена статистичким пакетом SPSS for Windows, version 19.0. Користиће се дескриптивна и инференцијална статистика. Подаци ће бити приказани табеларно и графички. Специфичније, користиће се једносмерна анализа варијансе, анализа модерације и хијерархијска регресиона анализа.

Литература:

1. Akey, T. M., Marquis, J. G., & Ross, M. E. (2000). Validation of scores on the Psychological Empowerment Scale: A measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational and Psychological measurement, 60*(3), 419–438.

2. Baghdadli, A., Pascal, C., Grisi, S., & Aussilloux, C. (2003). Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(8), 622–627.

3. Baker-Ericzon, M. J., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, 30*(4), 194–204.

4. Balgui, B. A. (2017). Self-esteem, personality and resilience. Study of a students emerging adults group. *Journal of Educational Sciences and Psychology, 7*(1), 93–99.

5. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman and Company.

6. Barker, E. T., Hartley, S. L., Seltzer, M. M., Floyd, F. J., Greenberg, J. S., & Orsmond, G. I. (2011). Trajectories of emotional well-being in mothers of adolescents and adults with autism. *Developmental Psychology, 47*(2), 551–561.

7. Barlow, J. H., Cullen-Powell, L. A., & Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care, 176*, 421–428.

8. Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press of Glencoe.

9. Bekhet A., Johnson N., & Zauszniewski J. (2012) Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing, 33* (10), 650–656.

10. Benjak, T. (2011). Subjective quality of life for parents of children with autism spectrum disorders in Croatia. *Applied Research Quality Life, 6*, 91–102.

11. Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(5), 685–695.

12. Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders-Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism, 5*(4), 409–423.

13. Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults, *Behaviour Research and Therapy, 44*(4), 585–599.

14. Cantwell, J., Muldoon, O., & Gallagher, S. (2015). The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in parents caring for children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(10), 948–957.

15. Chan, K. K. S., & Lam, C. B. (2017). Trait mindfulness attenuates the adverse psychological impact of stigma on parents of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness, 8*(4), 984–994.

16. Chavira, D. A., Bantados, B., Rapp, A., Firpo-Perretti, Y. M., Escovar, E., Dixon, L., Drahota, A., & Palinkas, L. A. (2017). Parent-reported stigma and child anxiety: A mixed methods research study. *Children and Youth Services Review, 76*, 237–242.

17. Chi, P., Li, X., Zhaob, J., & Zhaob, G. (2014). Vicious circle of perceived stigma, enacted stigma and depressive symptoms among children affected by HIV/AIDS in China. *AIDS and Behavior, 18*(6), 1054–1062.

18. Chiu, M. Y. L., Yang, X., Wong, F. H. T., Li, J. H., & Li, J. (2013). Caregiving of children with intellectual disabilities in China – an examination of affiliate stigma and the cultural thesis. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(12), 1117–1129.

19. Чолић, М. (2013). *Утицај уверења и знања деце о аутизму на прихватање вршњака са аутизмом*. Необјављена мастер теза. Србија, Београд: Универзитет у Београду, Филозофски факултет.

20. Cornell Empowerment Group. (1989). Empowerment and family support. *Networking Bulletin, 1*, 1-23.

21. Corrigan, P., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry, 8*, 75–81.

22. Corrigan, P., Watson, A., & Miller, F. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma of family members. *Journal of Family Psychology, 20*, 239–246.

23. Corrigan P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16–20.

24. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 35–53.

25. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

26. Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research, 52* (1), 55–72.

27. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 266–280.

28. Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014a). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities, 35*(6), 1326-1333.

29. Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014б). Validation of the World Health Organization's Quality of Life uestionnaire with parents of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 2257–2263.

30. Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science, 7*, 181–185.

31. Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-factor model. *Annual Review Of Psychology, 41*(1), 417–440.

32. Dore, G., & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders, 67*, 147–158.

33. dosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services, 61*(8), 811–816.

34. Драгојевић, Н., & Милачић Видојевић, И. (2012). Тенденција ка стигматизацији браће и сестара особа с аутистичним спектром поремећаја. У С. Видановић, Б. Хендрих, & К. Ранђеловић, (Ур), *Дани примењене психологије у Нишу* (стр. 45). Ниш, Србија: Универзитет у Нишу, Филозофски факултет.

35. Eaton, K., Ohan, J. L., Stritzke, W. G. K., & Corrigan, P. W. (2016). Failing to meet the good parent ideal: Self-Stigma in parents of children with mental health disorders. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 3109–3123.

36. Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised*: *Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

37. Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness, 31*(7), 1011–1027.

38. Fayombo, G., (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents, *International Journal of Psychological Studies, 2*(2), 105–116.

39. Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., & Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19*(2), 145–152.

40. Fernandez, M. C., & Arcia, E. (2004). Disruptive behaviors and maternal responsibility: a complex portrait of stigma, self-blame, and other reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 26*, 356–372.

41. Ferriter, M., Huband, N., & Ferriter, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(5), 552–560.

42. Francis, A. (2012). Stigma in an era of medicalization and anxious parenting: how proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace. *Sociology of Health & Illness, 34*(6), 927–942.

43. Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Perceived parental behavior, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(10), 463–470.

44. Furnham, A., & Buck, C. (2003). A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 49*(4), 287–307.

45. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin.

46. González-Abraldes, I., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 56*(1), 91–95.

47. Gray, D. E. (2002). 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness, 24* (6), 734–749.

48. Green, S. E. (2003). ''What do you mean 'what' s wrong with her?''': stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science & Medicine 57*, 1361–1374.

49. Groves, M. S., & Muskin, P. R. (2005). Psychological responses to illness. In J. E. Levenson (Ed), *American psychiatric textbook of psychosomatic medicine* (pp. 67–87). Washington, DC: American psychiatric Publishing.

50. Guillamón, N., Nieto, R., Pousada, M., Redolar, D., Muñoz, E., Hernández, E., Boixadós, M., & Gómez-Zúñiga, B. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 1579–1590.

51. Gutierrez, L. M. (1994). Beyond coping: An empowerment perspective on stressful life events. *Journal of Sociology & Social Welfare, 21*, 201–219.

52. Hasson-Ohayon, I., Pijnenborg, G. H. M., Ben-Pazi, A., Taitel, S., & Goldzweig, G. (2017). Coping with information style and family burden: Possible roles of self-stigma and hope among parents of children in a psychiatric inpatient unit. *European Psychiatry, 42*, 8–13.

53. Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 149–160.

54. Hill, M. R., Noonan, V. K., Sakakibara, B. M., Miller, W. C., & the SCIRE Research Team (2010). Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord, 48*, 438–450.

55. Hoenig J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry, 12*(3), 165–176.

56. Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 119* (2), 171–185.

57. Joshanloo, M. & Afshari, S. (2009). Big five personality traits and self-esteem as predictors of life satisfaction in Iranian Muslim university students. *Journal of Happiness Studies, 12*, 105–113.

58. Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(7), 926–937.

59. Kheir, N., Ghoneim, O., Sandridge, A. L., Al-Ismail, M., Hayder, S., & Al-Rawi, F. (2012). Quality of life of caregivers of children with autism in Qatar. *Autism, 16*(3), 293–298.

60. Kim, S. Y., Kim, J. M., Stewart, R., Kang, H. J., Kim, S. W., Shin, I. S., Park, M. S., Cho, K. H., & Yoon, J. S. (2012). Influences of personality traits on quality of life after stroke. *European Neurology, 69*, 185–192.

61. Kinnear, S. H., Link, B. G., Ballan, M. S., & Fischbach, R. L. (2016). Understanding the experience of stigma for parents of children with autism spectrum disorder and the role stigma plays in families' lives. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*, 942–953.

62. Кнежевић, Г., Џамоња Игњатовић, Т., & Ђурић Јочић, Д. (2004). *Петофакторски модел личности*. Београд: Центар за примењену психологију.

63. Koren, P. E., DeChillo, N., & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology, 37*, 305–321.

64. Kwan, V. S. Y., Bond, M. H., & Singelis, T. M. (1997). Pancultural explanations for life-satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1038–1051.

65. La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Salvini, R., & Placidi, G. F. (2004). Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*(3), 262–267.

66. Levison, M. E. (2014). *The Relationship among family quality of life, parental self-blame, and religiosity in families with a child with autism spectrum disorder*. Необјављена докторска дисертација. Massachusetts School of Professional Psychology, Boston, Massachusetts, USA.

67. Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P., & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders. *American Sociological Review, 54*, 400–423.

68. Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services, 52*, 1621–1626.

69. Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Current Directions in Psychological Science, 16*, 75–79.

70. Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(4), 642-657.

71. Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(6), 532–545.

72. Mak, W. W. S., & Kwok, Y. T. Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine 70*, 2045–2051.

73. Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 1128–1143.

74. Marziali, E., & García, L. J. (2011). Dementia caregivers' responses to 2 Internet-based intervention programs. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *26*(1), 36–43.

75. Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

76. Matson, J. L., & Rivet, T. T. (2008). Characteristics of challenging behaviours in adults with autistic disorder, PDD-NOS, and intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 33*(4), 323–329.

77. McCabe, H. (2007). Parent advocacy in the face of adversity: Autism and families in the people's Republic of China. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22*(1), 39–50.

78. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist, 52*, 509–516.

79. Međedović, J., Kujačić, D., & Knežević, G. (2012). Personality-related determinants of criminal recidivism. *Psihologija,* 45(3), 277–294.

80. Mehta, S. I. , & Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*, 192–202.

81. Mickelson, K. D. (2001). Perceived stigma, social support, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(8), 1046–1056.

82. Милачић Видојевић, И. (2016). Стигматизација и дискриминација особа са интелектуалном ометеношћу. У И. Милачић Видојевић, Н. Драгојевић, & М. Чолић (Уред), *Ометеност и ментална болест: Ставови, стигма, дискриминација* (стр.9–90). Београд, Србија: Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

83. Milačić Vidojević, I., Gligorović, M., & Dragojević, N. (2014). Tendency towards stigmatization of families of a person with autistic spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(1) 63–70.

84. Milačić Vidojević, I., Čolić, M., & Dragojević, N. (2016). Quality of life of persons with physical and sensory impairments in Serbia. In S. Nikolić, R. Nikić, & V. Ilankvović (Eds), *Early Intervention in Special Education and Rehabilitation* (pp.533–544). Belgrade, Serbia: University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation.

85. Mitchell, G. E., & Locke, K. D. (2015). Lay beliefs about autism spectrum disorder among the general public and childcare providers. *Autism, 19*(5), 553–561.

86. Moses, T. (2010). Exploring parents' self-blame in relation to adolescent's mental disorders. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 59*(2), 103–120.

87. Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Mazzonel, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes,* 5:22.

88. Myers, B. J., Mackintosh, V. H., & Goin-Kochel, R. P. (2009). "My greatest joy and my greatest heart ache:" Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(3), 670–684.

89. Nakaya, M., Oshio, A. & Kaneko, H., (2006). Correlations for adolescent resilience scale with big five personality traits, *Psychological Reports, 98*(3), 927–930.

90. Najafi, M., Sheikhvatan, S. M., Montazeri, A., & Sheikhfathollahi, M. (2009). Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF versus Short Form 36 Health Survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Medicine, 10*(4), 316-321.

91. Nixon, C. D. (1993). Reducing self-blame and guilt in parents of children with severe disabilities. In G. S. Singer, L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions* (pp.175-201). Baltimore, MD US: Paul H Brookes Publishing.

92. Ohaeria, J. U., & Awadallab, A. W. (2009). The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Annals of Saudi Medicine, 29*(2), 98–104.

93. Olawale, O. A., Deih, A. N., & Yaadar, R. K. K. (2013). Psychological impact of cerebral palsy on families: The African perspective. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 4*(2), 159–163.

94. Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 535–543.

95. Park, K., & Seo, M. (2016). Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma. *Comprehensive Psychiatry, 70*, 159–164.

96. Pocnet, C., Antonietti, J. P., Strippoli, M. P. F.,Glaus, J., Preisig, M., &Rossier, J. (2016). Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Quality of Life Research, 25*, 2897–2908.

97. Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., et al. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics, 115*, E626–E636.

98. Ridgewell, C., Urbano Blackford, J., McHugo, M., & Heckers, S. (2017). Personality traits predicting quality of life and overall functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 182*, 19–23.

99. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*, 31–49.

100. Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3–25.

101. Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J., & Gosling, S. D. (2001). Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality, 35*, 463–482.

102. Rosenfield, S., & Neese-Todd, S. (1993). Elements of a psychosocial clubhouse program associated with a satisfying quality of life. *Hospital & Community Psychiatry, 44*, 76–78.

103. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

104. Sarkar, A. (2010). Stigma experienced by parents of adults with intellectual disabilities. Необјављена мастер теза. Department of Community Health & Epidemiology, Queen's University, Canada. Преузето 26.6.2017. са https://search-proquest-com.portal.lib.fit.edu/docview/854002853?pq-origsite=summon

105. Scambler, G. and Hopkins, A. (1986) Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness, 8* (1), 26–43.

106. Scheff, T. J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. New York: Aldine.

107. Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine, 56*, 299–312.

108. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal of Mental Retardation, 106*, 265–286.

109. Sharpe, D. L., & Baker, D. L. (2007). Financial issues associated with having a child with autism. *Journal of Family and Economic Issues, 28*(2), 247–264.

110. Sharpe, J. P., Martin, N. R., & Roth, K. A. (2011). Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond Neuroticism and Extraversion. *Personality and Individual Differences, 51*, 946–951.

111. Shi, M., Liu, L., Yue Wang, Z., & Wang, L., (2015) The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study, Plos one. Преузето 20.5.2017 са, http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0119916

112. Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T. Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 26*, 28–33.

113. Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *The Family Journal, 13*(4), 427–436.

114. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 921–929.

115. Staring, A B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low

quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 115*, 363–369.

116. Steward, W. T., Herek, G. M., Ramakrishna, J., Bharat, S., Chandy, S., Wrubel, J., & Ekstrand, M. L. (2008). HIV-related stigma: Adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine, 67*(8),1225–1235.

117. Stigma(n). Преузето са http://www.etymonline.com/word/stigma 3.9.2017.

118. Storm, K., & Rothmann, S. (2003). The relationship between burnout, personality traits and coping strategies in a corporate pharmaceutical group. *South African Journal of Industrial Psychology, 29*(4), 35–42.

119. Suzumura S. (2015). Quality of life in mothers of preschoolers with high-functioning pervasive developmental disorders. *Pediatrics International, 57*(1),149–154.

120. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). *Social Science & Medicine, 41*, 1403–1409.

121. Verma, N. (2015). Factor's associated with quality of life of the parent's with autism disorder children: A comparative study. Необјављена мастер теза. Centra Institute of Psychiatry, Ranchi University, India. Преузето 5/9/17 са https://search-proquest-com.portal.lib.fit.edu/docview/1826004662?pq-origsite=summon

122. Vogel, D. L., Wade, N., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 325–337.

123. Vogel, D. L., Wade, N., & Hackler, A. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes towards counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 40–50.

124. Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology, 60*(2), 311–316.

125. Wakimizu, R., Yamaguchi, K., & Fujioka, H. (2017). Family empowerment and quality of life of parents raising children with Developmental Disabilities in 78 Japanese families. *International Journal of Nursing Sciences, 4*, 38–45.

126. Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1312–1318.

127. Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunsky, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: the mediating role of acceptance and empowerment. *Autism 16* (3), 261–274.

128. Williams, S. L., & Polaha, J. (2014). Rural parents' perceived stigma of seeking mental health services for their children: Development and evaluation of a new instrument. *Psychological Assessment, 26*(3), 763–773.

129. Williams, S. L., & Mickelson, K. D. (2008). A paradox of support seeking and rejection among the stigmatized. *Personal Relationships, 15*, 493–509.

130. World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Преузето 5/9/2017 са http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

131. WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551–558.

132. Yang L. H., Kleinman A., Link B. G., Phelan J. C., Lee S., & Good B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine, 64*, 1524–1535.

133. Zeb, N., Naqvi, I., & Zonash, R. (2013). Big-Five personality traits and ego-resilience in amputee soldiers. *Journal of Behavioural Sciences, 23*(2), 102–116.

134. Zeng, C. K., & Chi, K. (2007). Relationship of Big Five personality with employee job burnout. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 15*(6), 614–616.

135. Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23(*5), 581-599.

Curriculum Vitae

Marija Čolić

Datum rođenja: 04.02.1985.

E – mail: colicmarija@outlook.com

OBRAZOVANJE:

2011 - Doktorske studije, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju (Fasper), Univerzitet u Beogradu.

2012-2013 **Filozofski fakultet**, odeljenje za psihologiju, Univerzitet u Beogradu

- Master psiholog
- Prosečna ocena ostvarena u toku studija: 9.5

2008 - 2012 **Filozofski fakultet**, Univerzitet u Beogradu

- Diplomirani psiholog
- Prosečna ocena ostvarena u toku studija: 8.44

2004 - 2010. **Fasper**, Univerzitet u Beogradu

- Diplomirani defektolog - oligofrenolog
- Prosečna ocena ostvarena u toku studija: 9.23

2000 - 2004. **Prva Kragujevačka gimnazija**, prirodno – matematički smer, Kragujevac.

PROFESIONALNO ISKUSTVO:

Februar, 2016 – April, 2018

Positive Behavior Supports Corporation, HI, USA

Radna pozicija: Bihejvioralni analitičar

- Pisanje plana i programa za redukciju problem ponašanja
- Pisanje plana i programa za sticanje veština
- Treniranje osoblja po principima bihejvioralne terapije

Jul, 2014 – Januar, 2016

Anderson Center for Autism, NY, USA

Radna pozicija: Bihejvioralni specijalista

- Pisanje plana i programa za redukciju problem ponašanja
- Pisanje plana i programa za sticanje veština
- Treniranje osoblja i nastavnika po principima bihejvioralne terapije

April, 2013 – Jul, 2014.

Predškolska ustanova „Dečji dani“, Beograd

Radna pozicija: Nastavnik-defektolog

- Individualni rad sa decom prema ciljevima iz IOP-a
- Pisanje IOP-a
- Rad na socijalizaciji, komunikaciji, i redukciji problem ponašanja
- Organizovanje dnevnih izleta za decu

Septembar, 2012- April, 2013

ŠOSO "Vukašin Marković", Kragujevac

Radna pozicija: Nastavnik-defektolog

- Izvođenje nastave iz stručnih predmeta
- Pisanje IOP-a

Mart, 2012- Jul, 2014 **Autonomni ženski centar**, Beograd

Radna pozicija: Analitičar podataka

- Obrada podataka u SPSS-u
- Pisanje izveštaja o dobijenim rezultatima

VOLONTERSKO ISKUSTVO:

Novembar, 2011. **Filozofski fakultet**, projekat 'Promocija Filozofskog fakulteta', Beograd

Radna pozicija: Vođa radionice

- Osmišljavanje radionice 'Ja psiholog'
- Sprovođenje radionice sa đacima srednje škole u Gornjem Milanovcu

Jun, 2011. **Centar za prava deteta**, Beograd

Radna pozicija: Anketar

- Ispitivanje mladih sportista u Beogradu i Kragujevcu

Maj- jun 2012. **O.Š. Vojvoda Radomir Putnik**, Beograd

Radna pozicija: Volonter

- Individualni rad sa detetom koje ima smetnje u razvoju
- Savlađivanje nastavnog gradiva iz matematike i srpskog jezika

Februar, 2011. – Jul, 2014 **Fasper**, Beograd

Radna pozicija: Demonstrator

- Održavanje vežbi na predmetima ''Osnove psihološkog savetovanja'', ''Psihologija osoba sa motoričkim poremećajima'' i ''Psihologija osoba sa teškoćama u mentalnom razvoju''
- Ocenjivanje seminarskih radova studenata

2009. **Ambasadori životne sredine**, Beograd

Radna pozicija: Volonter

- Osmišljavanje i držanje radionica iz oblasti ekologije u Chartwell international school

Jul – Avgust, 2008. **Alternative language programs satellite (ALPS)**, Talin, Estonija

Radna pozicija: Volonter

- Priprema i osmišljavanje radionica iz oblasti kulture i kulturalnih razlika, interkulturalnog učenja, grupne dinamike, osnovnih metoda za rad sa mladima u multikulturalnoj pozadini
- Sprovođenje radionica sa tinejdžerima sa područja Evrope

2005 – 2008. **Centar za dobrovoljni rad i pomoć deci**, Zemun, Beograd

Radna pozicija: Volonter

- Rad sa decom sa specifičnim smetnjama u učenju (disleksija, disgrafija...)
- Rad sa decom sa poremećajem u ponašanju i graničnim stanjima
- Pohađanje seminara sprovedenih od strane organizacije
- Organizovanje izleta u cilju edukacije

SEMINARI:

11. – 14. Januar, 2012. ''Dani defektologa'', Zlatibor

- Predavač u podsekciji ''Reedukacija psihomotorike i autizam''.

2011. Autorski seminar iz forenzičke psihologije, vođen od strane forenzičkog psihologa Milana Kostića, Beograd.

- Učesnik

2007. ‘’Inkluzija i inkluzivno obrazovanje dece sa posebnim potrebama u redovne škole’’, Međunarodni kongres oligofrenologa, Zagreb.

- Predavač

DODATNA EDUKACIJA:

Oktobar, 2014 – Decembar, 2015. Florida Institute of Technology

- Dodatna edukacija i dobijen sertifikat vezan za Primenjenu analizu ponašanja

Oktobar – Decembar, 2011. ‘’Škola aktivizma’’, učesnik, pod tutorstvom Relje Derete, Beograd.

- Obuka o pisanju projekata
- Učenje veština prezentovanja projekata
- Sprovođenje manjih grupnih projekata

2011. ‘’Put do uspešnog preduzetništva’’, učesnik, Centar za preduzetništvo, Kragujevac.

Mart – Jun, 2009. ‘’Pozorište za socijalne promene’’, učesnik, In stage organization koja se bavi širokim sprektrom aktivnosti iz oblasti interaktivne umetnosti, i koja se bavi obradom socijalnih tema i rešavanjem socijalnih problema kroz pokret i glumu, Beograd.

2007. X naučni skup ‘’Pedagoška istraživanja i školska praksa’’, sa temom ‘’Uloga obrazovanja u smanjenju posledica siromaštva na decu u zemljama tranzicije’’, učesnik, Beograd.

POZNAVANJE JEZIKA:

Engleski:

Čitanje: Srednji nivo

Pisanje: Srednji nivo

Konverzacija: Napredni nivo

Italijanski – B1.2

RAD SA RAČUNAROM:

SPSS: Napredni nivo

Word: Napredni nivo

Excel: Srednji nivo

Internet: Napredni nivo

Photoshop: Početni nivo

OSTALO:

Aktivan vozač B kategorije

Библиографија

Марија Чолић

1. **Монографија националног значаја (М 42)**

   1.1 Милачић-Видојевић, И., Драгојевић**,** Н., Чолић, М. (2016). *Ометеност и ментална болест: ставови, стигма, дискриминација***.** Београд: Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију. Страна 328. ISBN 978-86-6203-087-0.

2. **Рад у тематском зборнику радова међународног значаја (М14)**

   2.1 Dragojević, N., Milačić Vidojević, I., Čolić, M. (2014). Parents of children with disability and stigmatization of families of persons with autism. In M. Kulić D. Ilić-Stošljević, (Eds.), *International thematic collection of papers „Education and Rehabilitation of Adult Persons with Disabilities"(*pp. 289-301). Belgrade: Faculty of Special Education and Rehabilitation, Foca: University of East Sarajevo, Faculty of Medicine. ISBN 978-86-6203-052-8.

   2.2 Milačić Vidojević, I., Čolić, M., Dragojević, N. (2016). Quality of life of persons with physical and sensory impairments in Serbia. *Thematic collection of international importance "Early intervention in Special Education and Rehabilitation"* (pp. 533-544). University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation. ISBN 978-86-6203-086-3.

3. **Радови у научном часопису међународног значаја (М23)**

   3.1 Milačić Vidojević, I.,Tošković, O., Dragojević, N., Čolić, M. (2017). Experienced and anticipated discrimination in persons with physical disabilities in Serbia. *European Journal of Economics and Business Studies, 7*(2), 64-73.

4. **Радови објављени у часописима водећег националног значаја штампани у целини (М51)**

   4.1 Чолић, М. (2015).Утицај формираних уверења о карактеристикама аутизма деце неуротипичног развоја на прихватање вршњака са аутизмом. *Специјална едукација и рехабилитација*, *14* (2), 169-191.

4.2 Драгојевић, Н., Милачић-Видојевић, И., Чолић, М. (2016). Да ли је чаша полупразна или полупуна: Социодемографске варијабле и врста ометености као детерминанте оптимизма код особа с ометеношћу. *Специјална едукација и рехабилитација, 15*(3), 239-264. дои:10.5937/спецедрех15-10283

5. **Радови објављени у тематском зборнику радова националног значаја (М45)**

5.1 Милачић-Видојевић, И., Чолић.М. (2016). Социјални ставови према особама с Дауновим синдромом, У: Милачић-Видојевић (Ур.), *„Особе под ризиком од друштвене искључености: ставови, дискриминација, адаптивно понашање"* (стр.27-43). Београд: Универзитет у Београду– Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.ISBN 978-86-6203-083-2.

6. **Радови саопштени на скуповима националног значаја штампани у целини (М63)**

6.1 Чолић, М., Милачић Видојевић, И. (2014*).* Стигматизација чланова породице с особом с проблемом наркоманије. *Зборник радова с XX научног скупа „Емпиријска истраживања у психологији – ЕИП"* (стр.101-107). Београд: Институт за психологију и лабораторија за експерименталну психологију, Универзитет у Београду – Филозофски факултет. ISBN 978-86-88803-50-2

6.2 Čolić, M., Milačić Vidojević, I. (2017*). Attitudes towards obsesity in Serbia measured by Fat Phobia Scale*. Empirical Studies in Psychology, 2017. Belgrade: Institute for Psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, pg. 110–114.

7. **Рад саопштен на скупu међународног значаја штампан у целини (М33)**

7.1 Čolić, M., Milačić-Vidojević, I**.** (2016). Spoljašnji i unutrašnji faktori kao mogući uzorčnici gojaznosti. *U:„Unapređenje kvalitete života djece i mladih*" (str.339-345).Tuzla: Udruženje za podršku i kreativni razvoj dece i mladih i Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet. ISSN 1986-9886.

7.2 Milačić-Vidojević, I., Čolić, M. (2016). General public stigmatizing attitudes towards persons with chronic physical and mental illness. In: "Individual and Environment" (pp.139-145). Niš: University of Niš, Faculty of Philospohy. ISBN 978-86-7379-418-1.

7.3 Matejić-Đuričić, Z., Milačić-Vidojević, I., Čolić, M., Dragojević, N. (2015). Subjektivne komponente kvaliteta života: prediktivna vrednost varijabli nade i samo-cenjenja.U:

„*Unapređenje kvalitete života djece i mladih*“(str.341-347). Tuzla: Udruženje za podršku i kreativni razvoj dece i mladih i Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. ISSN 19806-9886.

7.4 Milačić-Vidojević, I., Čolić, M. (2015). Uticaj demografskih karakteristika na ispoljene stavove prema osobama s oštećenjem vida. *Zbornik radova sa Devete međunarodne naučne konferencije: “Specijalna edukacija i rehabilitacija danas”,* (str. 233-239). Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. ISBN 978-86-6203-069-6.

7.5 Milačić- Vidojević, I., Čolić, M. (2014). “Pismenost” u oblasti mentalnog zdravlja kod osoba opšte populacije u Republici Srbiji. *Zbornik radova sa Pete međunarodne naučno-stručne konferencije*:” *Unapređivanje kvalitete života djece i mladih”,* (str.708-716). Udruženje za podršku i kreativni razvoj dece i mladih i Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli.ISSN 1986-9886.

7.6 Čolić, M., Milačić-Vidojević,I. **(**2013). Mišljenje ispitanika opšte populacije o mogućnostima komunikacije sa osobama sa mentalnim bolestima. *Zbornik radova sa Sedmog međunarodnog naučnog skupa “Specijalna edukacija i rehabilitacija danas”,* (str.97-110). Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.

8. **Радови објављени у часописима националног значаја (М52)**

8.1 Чолић, М. (2012). Ефекти терапијског јахања код особа са ометеношћу: приказ истраживачке грађе. *Београдска дефектолошка школа*, *18*, 639-652.

8.2 Милачић-Видојевић, И., Чолић, М., Драгојевић, Н. (2013). Природа и степен изражености стигматизације према особама са менталним болестима. *Београдска дефектолошка школа*, 19 (3), 541-553. ISSN 0354-8759.

8.3 Милачић-Видојевић, И., Чолић, М., Драгојевић,Н. (2013). Стигматизација особа са депресијом. *Београдска дефектолошка школа*, *19* (2), 285-298. ISSN 0354-8759.

8.4 Милачић-Видојевић, И., Чолић, М., Драгојевић, Н.(2013). Стигматизација особа с поремећајем исхране. *Београдска дефектолошка школа*, 19 (2), 299-312. ISSN 0354-8759.

8.5 Милачић-Видојевић, И., Чолић, М. (2014). Стигматизација особа са деменцијом. *Београдска дефектолошка школа,* 20 (2), 389-401. ISSN 0354-8759.

8.6 Чолић, М, Каљача, С. (2014). Ефекти процеса деинституционализације на животне компетенције особа са интелектуалном ометеношћу. *Београдска дефектолошка школа*, *20* (2), 339-354.

9. **Радови саопштени на скуповима националног значаја штампани у изводу (M64)**

9.1 Milačić-Vidojević, I., Čolić, M. (2016). Razlike u stavovima osoba s senzornim i motoričkim oštećenjima prema osobama s motoričkim oštećenjima. Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem, Dani defektologa Srbije. *Zbornik rezimea*, str.166. Beograd.

9.2 Milačić-Vidojević, M., Čolić, M. (2016). Stigmatizacija osoba sa autističkim spektrom poremećaja: uticaj dijagnoze na ispoljenu socijalnu distancu. *Forth International Scientific Conference „Special Education and Rehabilitation – Early Intervention". Beogradska defektološka škola*, Vol *22*(Suppl.1), 88-89. ISSN 0354-8759.

9.3 Čolić, M., Milačić-Vidojević, I. (2016). The impact of empathy, self-esteem and knowledge about mental illnesses on social distance toward people with a diagnosis of mental illness. *Eight International Scientific Conference „Special Education and Rehabilitation Today". Zbornik rezimea,* str.141. Beograd. ISBN 978-86-6203-054-2

9.4 Čolić, M., Milačić-Vidojević, I. (2016). Socio-demografske karakteristike kao karakteristike koje doprinose izboru potencijalnih faktora za nastanak gojaznosti, Četvrti Kongres DEAPS-a sa međunarodnim učešćem „Deca, mladi i njihovo okruženje". *Zbornik rezimea*, str.104. Zlatibor. ISBN 978-86-916687-2-3.

9.5 Čolić, M., & Milačić Vidojević, I. (2016). The structure of attitudes of people with sensory and motor impairments toward people with physical disabilities. Empirical Studies in Psychology - EIP 2016. Belgrade: Institute for Psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, pg. 124 – 125.

9.6 Milačić Vidojević, I., Čolić, M. (2015). Structure of attitudes towards people who are blind in Serbia. 11th International Conference "Days of Applied Psychology". *Abstract book,* pp.20. Niš. University of Niš, Faculty of Phylosophy. ISBN 978-86-7379-384-9.

9.7 Čolić, M., Milačić Vidojević, I. (2014). *Tendency towards stigmatization of family members of persons suffering of alcoholism*. International Conference on Theory and Practice in Psychology. Institute of Psychology at the Faculty of Philosophy, Ss. Cyril and Methodius University in Skopje, Republic of Macedonia, pg.19.

9.8 Čolić, M., Milačić- Vidojević, I. (2014). Ispoljena razlika u stavovima između muškaraca i žena prema osobama sa mentalnim bolestima. Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem, Dani defektologa Srbije. *Zbornik rezimea,* str. 146. Zlatibor. ISBN 978-86-84765-46-0.

9.9 Milačić- Vidojević, I., Čolić, M. (2014). Razlika između muškaraca i žena u stepenu ispoljene socijalne distance prema osobama sa mentalnim bolestima. Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem, Dani defektologa Srbije. *Zbornik rezimea,* str.148. Zlatibor. ISBN 978-86-84765-46-0.

9.10 Milačić Vidojević, I., Čolić, M. (2014). General public stigmatizing attitudes towards persons with a chronic physical and mental illness. 10th International Conference "Days of Applied Psychology". *Abstract book, pp*.37. Niš: University of Niš, Faculty of Philosophy. ISBN 978-86-7379-338-2.

9.11 Milačić-Vidojević,I., Čolić,M., Dragojević,N. (2013). Stavovi opšte populacije prema mogućnostima poboljšanja stanja osoba s mentalnim bolestima. Treći Kongres DEAPS-a sa međunarodnim učešćem, "Mentalno zdravlje dece i mladih- savremeni tokovi". *Zbornik rezimea,* str.53. Zlatibor. ISBN 978-86-916687-1-6.

9.12 Milačić-Vidojević,I., Čolić,M., Dragojević,N. (2013). Demografska obeležja, stepen znanja i kontakta sa osobama sa mentalnim bolestima kao faktori stigmatizacije osoba sa fobijom. Treći Kongres DEAPS-a sa međunarodnim učešćem, "Mentalno zdravlje dece i mladih- savremeni tokovi". Zbornik rezimea, str.103. Zlatibor. ISBN 978-86-916687-1-6.

9.13 Milačić-Vidojević,I., Čolić,M., Dragojević,N. (2013). Prihvatanje stigmatizujućih stereotipa roditelja dece s ometenošću prema članovima porodice osoba s autizmom. Treći Kongres DEAPS-a sa međunarodnim učešćem, "Mentalno zdravlje dece i mladih-savremeni tokovi". *Zbornik rezimea,* str.103. Zlatibor. ISBN 978-86-916687-1-6.

9.14 Dragojević, N., Milačić-Vidojević, I., Čolić, M. (2013). Parametri stresa kod roditelja dece s dijagnozom autizma, visokofunkcionalnog autizma i Aspergerovog sindroma. IX konferencija sa međunarodnim učešćem: Dani primenjene psihologije u Nišu, Niš.

9.15 Milačić-Vidojević, I., Dragojević, N., Čolić, M. (2013). Uticaj kontakta na pozitivnost stava prema osobama sa demencijom. IX konferencija sa međunarodnim učešćem: Dani primenjene psihologije u Nišu, Niš.

9.16 Čolić, M., Milačić-Vidojević, I. (2013). Značaj kontakta za stavove prema osobama s depresivnim poremećajem. Drugi stručno-naučni skup „Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju. *Zbornik rezimea,* str.65. Šabac: Resursni centar za specijalnu edukaciju, Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju. ISBN 978-86-89713-00-8.

9.17 Milačić-Vidojević, I., Čolić, M. (2013). Značaj kontakta za stavove prema osobama s poremećajem ishrane. Drugi stručno-naučni skup „Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju. *Zbornik rezimea,* str.66. Šabac: Resursni centar za specijalnu edukaciju, Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju. ISBN 978-86-89713-00-8.

9.18 Milačić-Vidojević, I., Čolić, M., Dragojević,N. (2013). Da li se osobe sa mentalnim bolestima osećaju drugačije? Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem "Dani defektologa Srbije". *Zbornik radova,* str. 28. Subotica. ISBN 978-86-84765-42-2.

9.19 Čolić, M., Milačić-Vidojević,I., Dragojević,N. (2013): Koliko su opasne osobe s mentalnim bolestima? Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem "Dani defektologa Srbije". *Zbornik radova,* str. 27. Subotica. ISBN 978-86-84765-42-2.

9.20 Dragojević, N., Čolić,M., Milačić-Vidojević, I.(2013). Da li osobe sa mentalnim bolestima mogu da se oporave? Stručno-naučni seminar sa međunarodnim učešćem "Dani defektologa Srbije". *Zbornik radova,* str. 26. Subotica. ISBN 978-86-84765-42-2.