

Socijalne i emocionalne kompetencije i nepoželjna ponašanja djece s intelektualnim teškoćama

Galjar, Karla

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:385380>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Socijalne i emocionalne kompetencije i nepoželjna ponašanja djece s
intelektualnim teškoćama

Karla Galjar

Zagreb, rujan 2023.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Socijalne i emocionalne kompetencije i nepoželjna ponašanja djece s intelektualnim
teškoćama

Karla Galjar

prof. dr. sc. Anamarija Žic Ralić

Zagreb, rujan 2023.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Socijalne i emocionalne kompetencije i nepoželjna ponašanja djece s intelektualnim teškoćama“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Karla Galjar

Mjesto i datum: Zagreb, 1. 9. 2023

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Anamariji Žic Ralić na pruženoj podršci i vođenju pri izradi diplomskog rada. Također, želim zahvaliti svim profesorima, asistentima i mentorima na prenesenom znanju, trudu i ljubavi prema našoj struci.

Hvala i mojoj obitelji i prijateljima na podršci tijekom cijelog školovanja i što su uvijek tu.

Od srca hvala mojim kolegicama i prijateljicama Emi, Mariji, Martini, Luciji i Magdaleni na svojoj motivaciji, inspiraciji, podršci, smijehu i bezbroj prekrasnih trenutaka tijekom studija.

Posebno hvala Tiboru i Frki na ljubavi i podršci koju mi pružate svaki dan, sretna sam što vas imam.

Naslov rada: Socijalne i emocionalne kompetencije i nepoželjna ponašanja djece s intelektualnim teškoćama

Ime i prezime studentice: Karla Galjar

Ime i prezime mentorice: prof. dr. sc. Anamarija Žic Ralić

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Sažetak rada:

Socijalne i emocionalne kompetencije važan su dio djetetovog razvoja te sveukupnog funkcioniranja u okolini u kojoj se nalazi. Djeca s intelektualnim teškoćama često nailaze na prepreke i teškoće u stjecanju i manifestiranju socijalnih i emocionalnih kompetencija, što može imati značajan utjecaj na njihovo ponašanje.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost prisutnosti nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama sa socijalnim i emocionalnim kompetencijama djece, roditeljskim ponašanjem i obiteljskim aktivnostima. Za potrebe ovog istraživanja ispitan je uzorak od 66 roditelja djece s intelektualnim teškoćama u dobi od 7 do 14 godina. Istraživanje je provedeno putem online upitnika koji je sadržavao pitanja o demografskim, ekonomskim i socijalnim karakteristikama obitelji i djeteta te četiri mjerna instrumenta: Upitnik o učestalosti nepoželjnih ponašanja, The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA), Upitnik učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice i Upitnik roditeljskog ponašanja (URP 29).

Rezultati istraživanja potvrdili su povezanost viših socijalnih i emocionalnih kompetencija djece s intelektualnim teškoćama s rjeđom pojavom nepoželjnih ponašanja. Pokazalo se kako je veća uključenost djeteta u obiteljske aktivnosti povezana s manje učestalom autoagresijom i stereotipnim ponašanjima. Roditeljska popustljivost povezana je s učestalijom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem djeteta.

Ovim istraživanjem ukazuje se na važnost poticanja i razvijanja socijalnih i emocionalnih kompetencija djeteta s intelektualnim teškoćama kao i zdravog obiteljskog okruženja, radi prevencije nepoželjnih ponašanja, ali i poticanja djetetovog zdravog rasta i razvoja.

Ključne riječi: socijalne i emocionalne kompetencije, nepoželjna ponašanja, obiteljske aktivnosti, roditeljsko ponašanje

Title of the paper: Social and emotional competences and undesirable behaviours of children with intellectual disabilities

Student's first and last name: Karla Galjar

Mentor's first and last name: prof. Anamarija Žic Ralić, PhD

Programme/module on which the graduate exam is taken: Inclusive education and rehabilitation

Summary:

Social and emotional competences are an important part of the child's development and overall functioning in its environment. Children with intellectual disabilities often encounter obstacles and difficulties in acquiring and manifesting social and emotional competences, which can have a significant impact on their behaviour.

The aim of this research was to examine the connection between the presence of problem behaviours in children with intellectual disabilities and children's social and emotional competences, parental behaviours and family activities. For the purpose of this study, a sample of 66 parents of children with intellectual disabilities aged 7 to 14 years was examined. The survey was conducted through an online questionnaire containing questions on the demographic, economic and social characteristics of families and children and four measuring instruments: Questionnaire on the frequency of undesirable behaviours, The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA), Questionnaire on the frequency of family participation in community life and Questionnaire on parental behaviour (URP 29).

The results of the research confirmed the connection between higher social and emotional competencies of children with intellectual disabilities and less frequent occurrence of problem behaviours. Greater involvement of the child in family activities has been shown to be associated with less frequent auto-aggression and stereotypical behaviour. Parental permissiveness is associated with children's more frequent aggression, auto-aggression, and destructive behavior. This research highlights the importance of stimulating and developing the social and emotional competences of children with intellectual disabilities as well as a healthy family environment, in order to prevent undesirable behaviours, but also to stimulate the child's healthy growth and development.

Keywords: social and emotional competences, problem behaviours, family activities, parental practices

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Intelektualne teškoće.....	2
3. Socijalne i emocionalne kompetencije.....	4
4. Socijalne i emocionalne kompetencije djece s intelektualnim teškoćama.....	6
5. Nepoželjna ponašanja	8
6. Obitelj djeteta s intelektualnim teškoćama	11
7. Roditeljski stilovi	12
8. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja	15
9. Metodologija istraživanja.....	16
9.1. Uzorak	16
9.2. Opis mjernih instrumenata.....	22
9.2.1. Upitnik o učestalosti nepoželjnih ponašanja	22
9.2.2. DESSA	23
9.2.3. Upitnik učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice	25
9.2.4. Upitnik roditeljskog ponašanja (URP 29)	26
9.3. Način provođenja istraživanja	27
9.4. Metode obrade podataka.....	27
10. Rezultati	28
10.1. Povezanost socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama	28
10.2. Povezanost sudjelovanja obitelji u životu zajednice i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama	31
10.3. Povezanost roditeljskog ponašanja i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama	32
11. Rasprava	33
12. Ograničenja istraživanja	38
13. Smjernice.....	38
14. Zaključak	39
Literatura	41

1. Uvod

Kod opisivanja intelektualnih teškoća pretežito se ističe kognitivno područje, no važno je obratiti pozornost i na druga područja funkcioniranja poput socijalnog i emocionalnog. Socijalni i emocionalni faktori duboko su isprepleteni s kognitivnima i prisutni su u svim fiziološkim i patološkim mentalnim procesima osobe (Sappok i sur., 2022). Emocionalne funkcije podrazumijevaju sposobnost regulacije i upravljanja vlastitim emocijama, sposobnost prepoznavanja i razumijevanja emocionalnih izraza drugih osoba i sposobnost reagiranja na emocionalne izraze na prikladan način (Sappok i sur., 2022). Također, emocionalna inteligencija neophodna je za kvalitetan odnos s drugima, sposobnost prilagodbe, suočavanje sa stresom i prikladnu komunikaciju (Sappok i sur., 2022). Emocije se funkcionalno mogu prikazati kao mentalne aktivnosti koje reagiraju na okolišne podražaje, poput socijalnih ili fizičkih izazova, i zauzvrat određuju fizičke i bihevioralne reakcije (Sappok i sur., 2022).

Uz intelektualne teškoće često se povezuje i prisutnost nepoželjnih ponašanja (Lloyd i Kennedy, 2014) koja je uobičajena kod djece s teškoćama u razvoju (Emerson, 2003).

Problemi s ponašanjem predstavljaju velik teret za djecu, sprečavajući ih u razvijanju socijalnih, emocionalnih i akademskih sposobnosti, uzrokujući isključivanje iz okruženja zajednice, pa čak i prijetnju njihovom fizičkom zdravlju (Roberts i sur., 2003). Kako bi se mogle nositi s tim, obiteljima su često potrebne dodatne usluge podrške te intenzivnije i skuplje intervencije (Roberts i sur., 2003.). Osim toga, mnoga nepoželjna ponašanja djece s intelektualnim teškoćama se kontinuirano nastavlja u odraslu dob (Green i sur., 2005).

Nepoželjna ponašanja zahtijevaju učinkovit rad i tretman jer u suprotnome mogu vrlo negativno utjecati na kvalitetu života osobe s intelektualnim teškoćama i njene obitelji (Lloyd i Kennedy, 2014). Znanje i svijest o socijalnim i emocionalnim kompetencijama mogu pomoći u dobivanju boljeg uvida u mentalne procese i potrebe osoba s intelektualnim teškoćama (Sappok i sur., 2022).

2. Intelektualne teškoće

Sposobnost zaključivanja, planiranja, rješavanja problema, apstraktnog razmišljanja, shvaćanja kompliciranih ideja, brzog učenja i učenja iz iskustva, samo su neke od mnogih mentalnih vještina koje čine inteligenciju. To nadilazi učenje napamet, određenu akademsku kompetenciju ili sposobnost polaganja ispita. Umjesto toga, sposobnost da uočimo, razumijemo ili shvatimo što učiniti, otkriva veće i dublje razumijevanje svijeta oko nas (Gottfredson, 1997).

Iako proces dijagnosticiranja intelektualnih teškoća često na prvo mjesto stavlja inteligenciju, važno je uzeti u obzir sve aspekte funkcioniranja osobe i njene individualne potrebe (Euler i McKinney, 2019). Za razliku od kognitivnih teškoća koje sadrže određeni stupanj specifičnosti (npr. ADHD ili specifične teškoće učenja), intelektualne teškoće obuhvaćaju šire područje funkcioniranja. Funkcionalne kapacitete osobe s intelektualnim teškoćama ne određuje samo kognitivna izvedba, već i razvijenost vještina na adaptivnim područjima (Euler i McKinney, 2019). Zbog toga, u današnje vrijeme intelektualne teškoće se najčešće karakteriziraju kao značajna, trajna oštećenja kognitivnog i adaptivnog funkcioniranja (Cervantes i sur., 2019).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji i Američkoj udruzi za intelektualne i razvojne teškoće, intelektualne teškoće definiraju se kao: „Značajno ograničenje u ukupnom životu pojedinca, karakterizirano bitnim ispodprosječnim intelektualnim funkcioniranjem koje je istodobno popraćeno smanjenom razinom u dvije ili više adaptivnih vještina i javlja se prije osamnaeste godine. Područja adaptivnih vještina su: komunikacija, briga o sebi, stanovanje, socijalne vještine, samousmjerenje, zdravlje i sigurnost, funkcionalna akademska znanja, samostalno vrijeme i rad“ (Schalock i sur., 2007).

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5), intelektualne teškoće grupirane su s drugim neurorazvojnim poremećajima kako bi se istaknula njihova postojanost i povezanost s ranim poremećajima mozga. Primarni dijagnostički kriteriji za intelektualne teškoće su nedostaci u dva područja - intelektualnom funkcioniranju i adaptivnim vještinama u odnosu na dob, spol i sociokulturološka očekivanja (American Psychiatric Association [APA], 2013). Intelektualno funkcioniranje u DSM-5, odnosi se na sposobnost planiranja, apstraktnog mišljenja, prosuđivanja, praktičnog razumijevanja i učenja (APA, 2013). Deficiti u adaptivnom funkcioniranju definiraju se teškoćama u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. To može biti u različitim konceptualnim (akademskim), društvenim i praktičnim područjima te u mnogim kontekstima (dom, škola, strukovno

okruženje i okruženje zajednice) (APA, 2013). Također, prema DSM-5, oštećenja intelektualnog i adaptivnog funkcioniranja moraju se očitovati tijekom razvojne faze djeteta. To predstavlja odstupanje od ranijih izdanja DSM-a u kojima je za dijagnosticiranje intelektualnih teškoća bilo potrebno očitovanje teškoća do osamnaeste godine (APA, 2013).

Uz navedene opise intelektualnih teškoća, deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) prikazuje i potkategorije koje su određene kvocijentom inteligencije te pridruženom mentalnom dobi (Svjetska zdravstvena organizacija, 2009).

Tablica 1 Kategorizacija intelektualnih teškoća prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)

Potkategorija	IQ	Mentalna dob
Lake intelektualne teškoće	50-69	9 do 12 godina
Umjerene intelektualne teškoće	35-49	6 do 9 godina
Teže intelektualne teškoće	20-34	3 do 6 godina
Teške intelektualne teškoće	20>	do 3 godine

Međutim, iako su deficiti na intelektualnom i adaptivnom području ključni za dijagnozu intelektualnih teškoća, način na koji se stanje manifestira kod svake osobe može se uvelike razlikovati ovisno o njihovoj razini invaliditeta i njihovim jedinstvenim snagama i slabostima (Cervantes i sur., 2019). Također, u populaciji osoba s intelektualnim teškoćama, prisutnost raznih popratnih medicinskih i psihijatrijskih stanja vrlo je učestala. Kao rezultat toga, intelektualne teškoće su visoko heterogeno stanje koje zahtijeva promišljene, sveobuhvatne i individualizirane procjene tijekom života osobe (Cervantes i sur., 2019). Odgovarajuće dijagnostičke i evaluacijske usluge omogućuju učinkovito osobno usmjereno planiranje i pomažu osobama s intelektualnim teškoćama da ostvare svoj potencijal (Cervantes i sur., 2019).

3. Socijalne i emocionalne kompetencije

Razvoj djeteta obuhvaća kontinuirane kognitivne, socijalne, emocionalne i moralne promjene. Na razvoj utječu brojni genetski i okolinski čimbenici, isto kao i djetetovi kapaciteti za učenje (Ljubetić i sur., 2019). Socijalne i emocionalne kompetencije stječu se putem socijalnog i emocionalnog razvoja koji čine bitan dio cjelokupnog djetetovog odrastanja. Razvoj socijalnih i emocionalnih kompetencija započinje kada se dijete rodi i kontinuirano se nastavlja kroz različite faze i intenzitete sve do odrasle dobi (Weissberg i sur., 2015). Različite razvojne faze imaju i različite izazove i specifičnosti, a roditelji i ostali odrasli koji su u interakciji s djetetom imaju ulogu prvih učitelja koji usmjeravaju dijete u njegovom socijalnom i emocionalnom učenju (Ljubetić i sur., 2019).

Socijalno i emocionalno učenje proces je kojim i djeca i odrasli stječu znanja, stavove i sposobnosti potrebne za razumijevanje i reguliranje svojih emocija, formiranje i održavanje pozitivnih odnosa s drugima, postavljanje i postizanje konstruktivnih ciljeva te iskazivanje empatije (CASEL, 2015).

Pet temeljnih skupina društvenih i emocionalnih kompetencija, prema CASEL (2015) su: svijest o sebi, upravljanje sobom, socijalna svijest, vještine odnosa s drugima i odgovorno donošenje odluka.

Svijest o sebi podrazumijeva sposobnost jasnog prepoznavanja osjećaja, misli i njihovog utjecaja na ponašanje, sposobnost učinkovitog ocjenjivanja vlastitih snaga i ograničenja te održavanje čvrstog osjećaja sigurnosti i optimizma.

Upravljanje sobom uključuje sposobnost učinkovitog upravljanja emocijama, mislima i ponašanjima u različitim kontekstima, postavljanje i ostvarivanje osobnih i akademskih ciljeva, kontroliranje impulsa, upravljanje stresom i motiviranje samog sebe.

Socijalna svijest obuhvaća sposobnost razumijevanja i suosjećanja s pojedincima iz različitih sredina i kultura, djelovanja u skladu s društvenim i etičkim normama te prepoznavanja dostupnih resursa i podrške u obitelji, školstvu i zajednici.

Vještine odnosa s drugima podrazumijevaju sposobnost stvaranja i održavanja zdravih i korisnih odnosa s različitim osobama i skupinama, suradnju, pažljivo slušanje, jasnu komunikaciju, izbjegavanje neopravdanog socijalnog pritiska, konstruktivno rješavanje konflikata te traženje i pružanje pomoći kada je to potrebno.

Odgovorno donošenje odluka uključuje sposobnost odabira ponašanja koja su konstruktivna i poštuju druge, uzimajući u obzir moralna načela, sigurnosna pitanja, društvene norme, realnu procjenu posljedica ponašanja te vlastitu i tuđu dobrobit.

Nadalje, prema Allemand i sur. (2014), glavne komponente socijalne i emocionalne kompetencije su empatija, znanje o emocijama i regulacija emocija.

Empatija obuhvaća tri funkcije: afektivnu (osjećanje onoga što drugi osjećaju), kognitivnu (razumijevanje onoga što drugi osjećaju) i motivacijsku (posjedovanje namjere za reakcijom suosjećanja) (Decety i sur., 2017). Sposobnost empatije zahtjeva mentalnu fleksibilnost koja omogućuje zauzimanje tuđeg kuta gledanja, što ukazuje na razvijenost sposobnosti razlikovanja vlastitih i tuđih unutarnjih stanja (Decety i sur., 2017).

Znanje o emocijama uključuje raspoznavanje prikladnog i neprikladnog izražavanja emocija u određenim situacijama. Isto kao i empatija, takva sposobnost od djeteta zahtjeva sagledavanje situacije iz tuđe perspektive i predstavlja višu razinu prepoznavanja emocija (Curby, i sur., 2015).

Regulacija emocija sastoji se od refleksije, planiranja, samoregulacije te modifikacije i inhibicije emocionalne reakcije (Curby i sur., 2015). Pomoću emocionalne regulacije djeca mogu pokazivati svoje emocije i/ili socijalno ponašanje i kontrolirati ih na temelju svojih ciljeva, situacije ili ponašanja druge osobe (Curby i sur., 2015). Kako bi se postigla biološka ili socijalna prilagodba povezana s afektom ili kako bi se postigli osobni ciljevi, Eisenberg i Spinrad (2004) emocionalnu regulaciju definiraju kao "proces pokretanja, izbjegavanja, inhibicije, održavanja ili moduliranja pojave, oblika, intenziteta ili trajanja unutarnjeg stanja emocija, fizioloških procesa povezanih s emocijama, procesa pažnje, motivacijskih stanja i/ili bihevioralnih popratnih pojava emocija".

Socijalne i emocionalne kompetencije, sa svim svojim komponentama, važan su faktor razumijevanja i poticanja pozitivnog razvoja djeteta (Domitrovich i sur., 2017).

4. Socijalne i emocionalne kompetencije djece s intelektualnim teškoćama

Tijekom ranog razvoja, jezik je važna komponenta iskazivanja, razumijevanja i regulacije emocija. U početku, jezik se koristi od strane odraslih kao ekstrinzična strategija, a kasnije postaje intrinzična strategija koju djeca koriste za regulaciju, iskazivanje i razumijevanje emocija (Cole i sur., 1994). Djeca s intelektualnim teškoćama jezik svladavaju kasnije od svojih vršnjaka tipičnog razvoja te im emocionalno učenje putem jezika može biti vrlo izazovno (Cole i sur., 1994).

U srednjem djetinjstvu, regulaciji emocija doprinose odnosi s vršnjacima. Djeca na različite načine uče održavati socijalne odnose uz pomoć regulacije emocija. Prikladno izražavanje emocija može pridobiti podršku vršnjaka, dok ih preintenzivno i neprikladno izražavanje može odbiti (Fabes i sur., 1994). Prema Sovner i Hurley (1986), na teškoće emocionalne regulacije kod djece s intelektualnim teškoćama utječe i ograničena sposobnost tumačenja unutarnjih stanja, teškoće s receptivnim i ekspresivnim jezikom, ograničena mentalna fleksibilnost, smanjena kontrola ponašanja i slabija sposobnost planiranja. Zbog toga, djeci s intelektualnim teškoćama može biti izazovno razumjeti, regulirati i iskazivati svoje emocije na socijalno prikladan način.

Teškoće u socijalno prikladnoj regulaciji, diferencijaciji i iskazivanju emocija mogu imati razne negativne posljedice za dijete (Cole i sur., 1994). Uz socijalne i komunikacijske posljedice, ponekad se mogu javiti i kliničke značajke psihopatologije kao neprimjereni pokušaji djetetove regulacije emocija (Campbell-Sills i Barlow, 2007).

Također, kod djeteta mogu biti prisutna i nepoželjna ponašanja, stereotipna ponašanja, oštećenja jezično-govorne glasovne komunikacije i/ili neadekvatna obuka u korištenju augmentativnih ili alternativnih komunikacijskih sustava (Emerson i sur., 2001; Lancioni i sur., 2001). Svaki od ovih navedenih čimbenika ima potencijal negativnog učinka na socijalne interakcije (Carter i Hughes, 2005).

4.1. Odnos s drugima

Kod djece s intelektualnim teškoćama često su prisutna značajna ograničenja u vještinama socijalne interakcije (Leffert i Siperstein, 2002). Mogu imati teškoće s izvođenjem različitih socijalnih vještina, kao što su uzajamna interakcija, socijalne razmjene, adaptacija na nepoznate

socijalne situacije te prepoznavanje i tumačenje relevantnih socijalnih znakova (Carter i Hughes, 2005). Djeca s intelektualnim teškoćama rjeđe su uključena u socijalnu interakciju i druženje s vršnjacima, a odnos djeteta s vršnjacima jedan je od najbitnijih pokazatelja njegove socijalne i emocionalne kompetencije (Mikas i Roudi, 2012). U odnosu s vršnjacima, druženje i sklapanje prijateljstava uvelike doprinose socijalnom i emocionalnom razvoju djece s intelektualnim teškoćama, ali i njihovi vršnjaci tipičnog razvoja na taj način razvijaju prihvaćanje i toleranciju (Žic Ralić, 2014).

4.2. Socijalna svijest

Osobe s intelektualnim teškoćama više su izložene socijalnim rizicima zbog teškoća socijalne svijesti. Teškoće socijalne svijesti mogu se očitovati u smanjenoj sposobnosti prepoznavanja, razumijevanja i izbjegavanja potencijalno rizičnih društvenih situacija, odnosno tuđih ciljeva i motiva (Greenspan i sur., 2011). Također, ograničenja u procesima socijalne svijesti mogu dovesti do slabijih vještina empatije i disfunkcionalnih socijalnih ponašanja poput agresije i socijalnog povlačenja (Sukhodolsky i Butter, 2007).

4.3. Svijest o sebi

Mañano i sur. (2019) su u svojoj meta-analizi usporedili samosvijest mladih s intelektualnim teškoćama i njihovih vršnjaka tipičnog razvoja. Pokazalo se da osobe s intelektualnim teškoćama imaju slabije razvijene vještine od tipičnih vršnjaka na područjima kognitivno-akademske, bihevioralne i opće samosvijesti. Također, uvidjeli su da intelektualno funkcioniranje, obrazovni program i dob osobe imaju značajnu povezanost sa sposobnosti samosvijesti, dok akademsko postignuće i spol nemaju povezanosti s istom.

4.4. Odgovorno donošenje odluka

Za donošenje i iskazivanje odgovornih odluka osoba mora imati relevantne informacije te mogućnost promišljanja o njihovim vrijednostima i ciljevima. Međutim, osobe s intelektualnim teškoćama često imaju teškoća u ovim procesima i potrebna im je dodatna podrška kako bi donošenje odgovornih odluka bilo funkcionalno (Greenspan i sur., 2011; Lotan i Ells, 2010).

4.5. Upravljanje sobom

Osobe s intelektualnim teškoćama često imaju poteškoća u upravljanju svakodnevnim aktivnostima i socijalnim interakcijama (Van Laarhoven i Van Laarhoven-Myers, 2006). Sukladno tome, često im je potrebna podrška u upravljanju sobom, što može predstavljati izazov za njih same, ali i njihove i obitelji i okolinu (Vilaseca i sur., 2017). Vještine upravljanja

sobom kod osoba s intelektualnim teškoćama vrlo je važno podučavati i poticati kako bi postali što neovisniji i samopouzdaniji (Vilaseca i sur., 2017). Isto tako, bolje razvijene vještine upravljanja sobom mogu dovesti i do smanjenja bihevioralnih problema (Garcia Villamisar i sur., 2013).

5. Nepoželjna ponašanja

Emerson (2001) nepoželjna ponašanja definira kao socijalno neprihvatljiva ponašanja koja imaju takav intenzitet, trajanje ili učestalost da mogu ugroziti fizičku sigurnost same osobe ili drugih koji je okružuju. Isto tako, navodi da su to ponašanja koja osobi mogu uskratiti ili ograničiti pristup svakodnevnim društvenim događajima. Kao najčešće oblike nepoželjnih ponašanja navodi agresiju, samoozljeđivanje i destruktivna ponašanja.

Nepoželjna ponašanja mogu se definirati i kao bilo koji ponavljajući uzorak ponašanja ili percepcije ponašanja, koji ometa efektivno učenje i uključivanje u prosocijalne interakcije s drugim osobama (Smith i Fox, 2003).

Lowe i sur. (2007) istraživali su prevalenciju nepoželjnih ponašanja (agresije, samoozljeđivanja, destruktivnog ponašanja i ostalih nepoželjnih ponašanja) u populaciji djece s teškoćama u razvoju te odraslih osoba s invaliditetom. Prevalencija nepoželjnih ponašanja bila je 10%, a sličnom postotku izvijestili su i Emerson i sur. (2001). Također, pokazalo se da su mnogi pojedinci uključeni u više vrsta nepoželjnog ponašanja.

Isto tako, Dekker i sur. (2002) istraživali su prevalenciju emocionalnih problema i nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama u dobi od 6 do 18 godina u usporedbi s njihovim vršnjacima tipičnog razvoja. Osim na području anksioznosti/depresije i somatskih tegoba, djeca s intelektualnim teškoćama imala su značajno višu razinu emocionalnih problema i problema u ponašanju. Gotovo polovica djece s intelektualnim teškoćama pokazala je prisutnost nepoželjnih ponašanja, u usporedbi s otprilike jednom osminom djece tipičnog razvoja. Najčešća problematična ponašanja kod djece s nižim stupnjem intelektualnih teškoća (IQ=60-80) bili su društveni problemi, problemi s pažnjom i agresivno ponašanje, dok je kod djece s višim stupnjem intelektualnih teškoća (IQ=30-60) vjerojatnije bilo da će imati socijalne probleme, probleme s pažnjom, povučenost i probleme s mišljenjem. Dekker i sur. (2002) razlike u problemima u ponašanju ne pripisuju isključivo kašnjenju u razvoju već ukazuju na

potrebu za sveobuhvatnim pristupom nepoželjnim ponašanjima kod osoba s intelektualnim teškoćama s naglaskom na mentalno zdravlje.

Prema autorima Holden i Gitlesen (2006), intenzitet nepoželjnih ponašanja povećava se s težinom intelektualnog funkcioniranja. Autori navode da je agresija učestalija kod osoba s blagim i umjerenim intelektualnim teškoćama, dok se autoagresija češće javlja kod osoba s težim i teškim intelektualnim teškoćama. Isto tako, Chadwich i sur. (2000) naglašavaju kako je težina invaliditeta povezana s učestalijim javljanjem nepoželjnih ponašanja, bez obzira na to je li definirana kroz djetetovu razinu funkcioniranja ili putem kvocijenta inteligencije.

Nadalje, Molteno i sur. (2002) proveli su istraživanje sa djecom s intelektualnim teškoćama koja pohađaju škole po posebnom programu u Cape Townu. Utvrdili su da je prevalencija nepoželjnih ponašanja 31%. Dječaci su pokazali više problema u ponašanju od djevojčica, osobito u smislu ometajućeg, samozaokupljenog i antisocijalnog ponašanja. Djeca s težim i teškim intelektualnim teškoćama imala su više poteškoća u ponašanju nego ona s lakim i umjerenim intelektualnim teškoćama. Samozaokupljeno ponašanje uočeno je kod djece s teškim intelektualnim teškoćama, komunikacijski problemi i anksioznost kod onih s težim intelektualnim teškoćama, a antisocijalno ponašanje kod djece s lakim intelektualnim teškoćama. Viši ukupni rezultati nepoželjnih ponašanja povezani su s epilepsijom, ali ne i s cerebralnom paralizom. Djeca koja su pokretna bila su više ometajuća i asocijalnija, dok su djeca koja nisu pokretna bila anksioznija. Neverbalna djeca pokazala su više nepoželjnih ponašanja naspram verbalne djece na svim procijenjenim područjima osim ometajućeg ponašanja.

5.1. Agresivno i destruktivno ponašanje

Prema istraživanju Crocker i sur. (2006), više od 50% osoba s intelektualnim teškoćama iskazuje agresivna ponašanja. Kod osoba s lakim i umjerenim intelektualnim teškoćama najčešća je verbalna agresija, dok je kod osoba s težim i teškim intelektualnim teškoćama najčešća fizička agresija. Međutim, manje od 6% osoba s intelektualnim teškoćama iskazuje agresivna ponašanja s velikom učestalosti ili intenzitetom.

Agresivno i destruktivno ponašanje predstavlja značajan izazov kod osoba s intelektualnim teškoćama, bez obzira na dob i stupanj intelektualnih teškoća (Benderix i Sivberg, 2007). Osim samoj osobi s intelektualnim teškoćama, agresivna i destruktivna ponašanja povećavaju razinu stresa svim članovima obitelji (Benderix i Sivberg, 2007). Zbog snažnog negativnog utjecaja agresivnog i destruktivnog ponašanja na obitelj, djeca s intelektualnim teškoćama koja iskazuju

takva ponašanja često se upućuju na kliničku procjenu (Fox i sur., 2007). Nedostatak podrške i usluga potrebnih djetetu i obitelji mogu rezultirati i institucionalizacijom djeteta (Allen i sur., 2007).

Za prevenciju agresivnog i destruktivnog ponašanja potrebna je biopsihosocijalna procjena i integrirani tretmani. Medikamenti ne bi trebali biti prvi izbor tretmana, već je potrebno osigurati pristup uslugama i podršci unutar zajednice (Benson i Brook, 2008).

5.2. Autoagresivno ponašanje

Autoagresivno ponašanje može se definirati kao odgovor djeteta koji proizvodi fizičku ozljedu vlastitog tijela (Berkson i sur., 2001). Često počinje vrlo naglo i nasilno te je usmjereno na bilo koji dio tijela, ali najčešće na glavu, vrat ili ruke. Sukladno tome, može predstavljati značajne zdravstvene rizike za dijete (Kahng i sur., 2002).

U dječjoj dobi, autoagresivno ponašanje najčešće se povezuje s intelektualnim teškoćama (7-22%), poremećajima spektra autizma ili genetskim sindromima poput Lesch Nyhan, Cornelia de Lange, Fragile X, Prader-Willi ili Tourette sindroma (Berkson i sur., 2001).

Otpriblike 10% djece u dobi od dvije godine koristi autoagresivna ponašanja kao dio tipičnog razvoja (npr. lupanje glavom kao dio ispada bijesa). Međutim, takva ponašanja smanjuju se s odrastanjem djeteta i razvojem jezične komunikacije (Berkson i sur., 2001). Kod djece s intelektualnim teškoćama takvo smanjenje autoagresivnih ponašanja odvija se sporijim tempom (Berkson i sur., 2001) te se njihova učestalost povećava tijekom puberteta (Hall i sur., 2001). Autoagresivno ponašanje je pod utjecajem neurobioloških faktora i faktora okoline (Richman, 2008) te je često sredstvo komunikacije kod osoba sa slabijim socijalnim vještinama te osobama koje nemaju dovoljno socijalne interakcije u svakodnevnom životu (Stein i sur., 2005). Čvrsto uspostavljena autoagresivna ponašanja teže je mijenjati s dobi te je zbog toga važna što ranija intervencija s ciljem suzbijanja istih (Hall i sur., 2001).

5.3. Stereotipno ponašanje

Stereotipna ponašanja obuhvaćaju ponašanja i manipulacije objektima koje nemaju jasnu adaptivnu svrhu (DiGennaro Reed i Lovett, 2007; Zarafshan i sur., 2017) i mogu se podijeliti na motorne i vokalne stereotipije.

Motorne stereotipije mogu uključivati: cijelo tijelo (npr. ljuljanje), glavu (npr. kimanje), prste/dlanove/ruke (npr. pljeskanje, mahanje), kretanje (npr. skakanje, vrtnje), manipuliranje

objektom (npr. okretanje predmeta), senzorne organe (npr. pokrivanje ušiju ili očiju), usta (npr. žvakanje, cucljanje nejestivog) (Akers i sur., 2020; Lam i Aman, 2007).

Vokalne stereotipije mogu uključivati: pjevušenje, vikanje, mumljanje, citiranje dijaloga iz filmova/crtića/reklama i druge repetitivne vokalizacije bez konteksta (McNamara i Cividini-Motta, 2019).

Funkcije stereotipnog ponašanja koje doprinose njenom održavanju mogu biti socijalna pažnja, izbjegavanje zadataka/socijalne pažnje, pristup predmetima/događajima, otklanjanje fizičke nelagode/boli i senzorno potkrepljenje (Carr, 1994).

Kod osoba s intelektualnim teškoćama, prisutnost stereotipnih ponašanja može biti prediktor drugih nepoželjnih ponašanja (Oliver i sur., 2011; Petty i sur., 2014). Oliver i sur. (2011), proveli su istraživanje s 943 djece s težim intelektualnim teškoćama (u dobi od 4-18 godina) kako bi ispitali rane prediktore nepoželjnih ponašanja. Otkrili su da je visokofrekventno stereotipno ponašanje povezano sa 16 puta većim rizikom od teškog samoozljeđivanja i 12 puta većim rizikom od pokazivanja dva ili više nepoželjnih ponašanja. Zaključili su da stereotipna ponašanja visoke učestalosti kod osoba s težim intelektualnim teškoćama predviđaju nepoželjna ponašanja i mogu biti rani prediktori rizika za agresiju i autoagresiju.

Isto tako, Petty i sur. (2014) su u svom istraživanju otkrili kako su stereotipno ponašanje i dodatni zdravstveni problemi značajni prediktori autoagresivnog ponašanja kod djece s teškoćama u razvoju u dobi do 5 godina.

6. Obitelj djeteta s intelektualnim teškoćama

Obitelj je djetetu prvi izvor socijalizacije i emocionalne podrške. Dijete u mlađoj dobi zahtjeva više pažnje i brige od strane roditelja, a s djetetovim odrastanjem ta potreba za podrškom se smanjuje i dijete postaje samostalnije (Brajša-Žganec i Hanzec, 2015).

Rođenje djeteta s teškoćama u razvoju predstavlja veliki stresor za obitelj i može nepovoljno djelovati na odnose u obitelji, a samim time i na socijalni i emocionalni razvoj djeteta (Leutar i Oršulić, 2015). Prema Bulić i sur., (2012), dijete s intelektualnim teškoćama može povećati fizičko, psihičko i vremensko opterećenje obitelji.

U obitelji, majke najčešće preuzimaju veći dio brige za dijete i veoma su osjetljive na njegove potrebe. Često svoje ponašanje prilagođavaju djetetovim potrebama, a odrastanjem djeteta s intelektualnim teškoćama i svakodnevni zadaci majčinstva postaju zahtjevniji (Bulić i sur., 2012). Zbog toga, majke su najčešće pod najvećim utjecajem stresa u obitelji te imaju teškoća s pronalaženjem vremena za sebe (Bulić i sur., 2012).

S druge strane, očevi često imaju poteškoća u prihvaćanju djeteta s teškoćama u razvoju i sumnjaju u svoje kompetencije potrebne za podršku djetetu. Sukladno tome, povećavaju svoju profesionalnu aktivnost i traže izlaz od kognitivnog i emocionalnog opterećenja koje im predstavlja briga o djetetu s teškoćama (Leutar i Oršulić, 2015).

Roditeljsko ponašanje u različitim oblicima može utjecati na ranjivost djeteta, ali i na njegovu socijalnu i emocionalnu osnaženost. Roditelji svojim reakcijama na djetetove pozitivne i negativne emocije utječu na razvoj djetetove emocionalne regulacije (Macuka i sur., 2012). Također, roditeljsko pružanje emocionalne podrške, potiče sveukupnu prilagodljivost, samopouzdanje i regulaciju ponašanja djeteta. Prihvaćenost od strane roditelja potiče zdrav i pozitivan razvoj, dok manjak prihvaćanja i podrške često dovodi do psihosocijalnih problema kod djeteta (Hastings i Taunt, 2002).

7. Roditeljski stilovi

Roditelji imaju utjecaj na razvoj djeteta, ali i dijete ima utjecaj na roditeljeve osjećaje, mišljenje, ponašanje i sliku o sebi. Isto tako, na roditeljstvo i njegovu kvalitetu utječu osobine roditelja, osobine djeteta te okolina u kojoj se nalaze (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Kombinacija roditeljskih ponašanja koja se pojavljuje u više situacija i stvara određenu odgojnu klimu čini stil roditeljstva (Berk, 2015).

Dvije temeljne dimenzije roditeljstva su kontrola i toplina. Dimenzija kontrole obuhvaća roditeljski nadzor, očekivanja i zahtjeve, a opseg kontrole može se protezati od potpune kontrole pa sve do zanemarivanja djeteta (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Dimenzija topline uključuje emocionalnu toplinu, razumijevanje, podršku i ohrabrivanje i može se protezati od visoke topline sve do potpunog odbijanja djeteta (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Temeljem dimenzija roditeljstva određena su četiri odgojna stila: autoritativni, autoritarni, permisivni i indiferentan.

Autoritativni odgojni stil čini kombinacija visoke razine topline i visoke razine kontrole. Autoritativni roditelji djetetu postavljaju zahtjeve sukladno njegovoj dobi, određuju granice i postavljaju nadzor, a istovremeno mu pružaju puno podrške i topline (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Takav stil njeguju roditelji koji su pažljivi i osjetljivi na potrebe svog djeteta te s njime održavaju ugodne i bliske odnose (Berk, 2015).

U autoritarnom odgojnom stilu, roditelji pružaju visoku razinu kontrole, a nisku razinu topline. Postavljaju prevelike zahtjeve prema djetetu, bez dovoljno podrške i topline (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). U takvom stilu prisutno je nisko prihvaćanje, uključenost i autonomija, a visoka prisilna kontrola (Berk, 2015).

Permisivan odgojni stil uključuje visoku razinu topline i nisku razinu kontrole. Permisivni roditelji pružaju djetetu visoku razinu topline, ljubavi i podrške, a u isto vrijeme provode nisku razinu kontrole i ne postavljaju visoke zahtjeve (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Također, pokazuju veliku emocionalnu osjetljivost prema djetetu, ali ne postavljaju granice i pravila te pružaju djetetu preveliku slobodu za koju ono još nije spremno (Berk, 2015).

Indiferentni odgojni stil čini niska razina topline i niska razina kontrole. Roditelji koji su indiferentni ne pružaju podršku niti toplinu te postavljaju premale zahtjeve djetetu (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Takvi roditelji često su emocionalno distancirani, pod stresom, depresivni i nemaju energije za odgoj djeteta (Berk, 2015).

Woolfson i Grant (2006) otkrili su da roditelji mlađe djece s teškoćama u razvoju (u dobi od 3 do 5 godina) koriste autoritativno roditeljstvo češće od roditelja mlađe djece tipičnog razvoja, ali ga koriste rjeđe kod starije djece s teškoćama u razvoju (u dobi od 9 do 11 godina) naspram roditelja djece tipičnog razvoja. Prema njihovim nalazima, stil roditeljstva može biti povezan s razinom roditeljskog stresa, pri čemu roditelji djece s teškoćama u razvoju pokazuju više stresa nego roditelji djece tipičnog razvoja. Povećani zahtjevi djeteta s teškoćama u razvoju, obveza ponavljanja očekivanja i objašnjenja djetetu te ograničeni uspjeh takvih tehnika, prema njihovom mišljenju, osobito otežavaju roditeljima korištenje autoritativnih tehnika roditeljstva.

Prema istraživanju Green i sur. (2013), majke djece s teškoćama u razvoju pokušale su regulirati svoje dijete na način koji je bio nametljiv i ometajući više nego dvostruko češće od majki djece tipičnog razvoja. Isto tako, kod djece s teškoćama u razvoju (ali ne i djece tipičnog razvoja)

ometajuća kontrola snažno je predviđala slabije adaptivne i socijalne vještine. Takve rezultate autori objašnjavaju s korištenjem autoritarnog ili permisivnog roditeljskog stila zbog povećanih zahtjeva djeteta i više razine roditeljskog stresa.

Prema Philips i sur. (2017), majke djece s Down sindromom u dobi od 9 do 13 godina manje koriste autoritativno roditeljstvo, a više permisivno roditeljstvo u odnosu na majke djece tipičnog razvoja iste dobi. Također, u svom istraživanju su potvrdili da su stilovi roditeljstva posredovani razinom roditeljskog stresa koja je viša kod majki djece s Down sindromom nego kod majki djece tipičnog razvoja. Za razliku od majki djece tipičnog razvoja, majke djece s Down sindromom rjeđe su koristile induktivno rezoniranje i verbalno neprijateljstvo, pri čemu su češće ignorirale nepoželjno ponašanje. Pokazalo se da je ignoriranje nepoželjnog ponašanja posredovano roditeljskim stresom. Međutim, roditeljski stres ili dječje izvršne funkcije nisu bili uzrok razlika u induktivnom rezoniranju. Autori navode da majke djece s Down sindromom mogu rjeđe koristiti induktivno rezoniranje zbog smanjenog kognitivnog funkcioniranja djeteta, odnosno budući da majke možda misle da njihova djeca nemaju kognitivne sposobnosti da shvate opravdanja za disciplinski postupak, mogu odlučiti da to ne učine.

Gilmore i Cuskelly (2012) proveli su dva kruga istraživanja s 25 majki djece s Down sindromom: jednom kad je dijete bilo u dobi između 4 i 6 godina i ponovno u dobi između 11 i 15 godina. Procjenjivali su aspekte odvajanja, dosljednosti, usredotočenosti na dijete, kontrole i poštovanja autonomije. Uz iznimku poštovanja autonomije, koja je pokazala znatno povećanje, svi aspekti roditeljstva tijekom vremena ostali su dosljedni. Također, uvidjeli su da majke koriste više autonomije i manje odvojenosti kada njihovo dijete pokazuje brojna pozitivna, društveno prihvatljiva ponašanja, ali manje autonomije i više odvojenosti kada je dijete pokazivalo brojna neželjena, društveno neprihvatljiva ponašanja.

Prema Gau i sur. (2008), u usporedbi sa svojom braćom i sestrama te kontrolnom skupinom, djeca s Down sindromom pokazivala su znatno izraženije simptome različitih problema u ponašanju, kao što su problemi s pažnjom, delinkvencija, socijalni problemi, somatske tegobe, problemi s mišljenjem i povlačenje. Isto tako, u usporedbi sa svojom braćom i sestrama, djeca s Down sindromom iskusila su više majčine brige i kontrole te više pretjeranog zaštićivanja od svojih majki i očeva. Autori ističu važnost procjene psiholoških potreba roditelja, braće i sestara i drugih skrbnika uz zahtjeve djece s Downovim sindromom. Osim toga, ističu kako braća i sestre djece s Down sindromom trebaju biti uključeni u proces savjetovanja.

Dyches i sur. (2012) proveli su meta-analizu koja je obuhvaćala 14 istraživanja kako bi ispitali povezanost pozitivnih osobina roditeljstva s funkcioniranjem djece s teškoćama u razvoju. Rezultati su pokazali da autoritativno roditeljstvo ima sveobuhvatan pozitivan utjecaj na funkcionalne ishode djece s teškoćama u razvoju.

8. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

Cilj istraživanja je ispitati povezanost učestalosti nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama s njihovim socijalnim i emocionalnim kompetencijama, obiteljskim aktivnostima i roditeljskim ponašanjem.

U skladu s postavljenim ciljem formirani su sljedeći problemi (P) i hipoteze (H):

P1: Utvrditi postoji li povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

H1: Očekuje se statistički značajna negativna povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

P2: Utvrditi postoji li povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

H2: Očekuje se statistički značajna povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja djece s intelektualnim teškoćama.

H2.1: Djeca čiji roditelji postižu više rezultate na subskali roditeljske podrške, pokazivat će manju učestalost nepoželjnih ponašanja.

H2.2: Djeca čiji roditelji postižu više rezultate na subskali restriktivne kontrole, pokazivat će veću učestalost nepoželjnih ponašanja.

H2.3: Djeca čiji roditelji postižu više rezultate na subskali popustljivosti, pokazivat će veću učestalost nepoželjnih ponašanja.

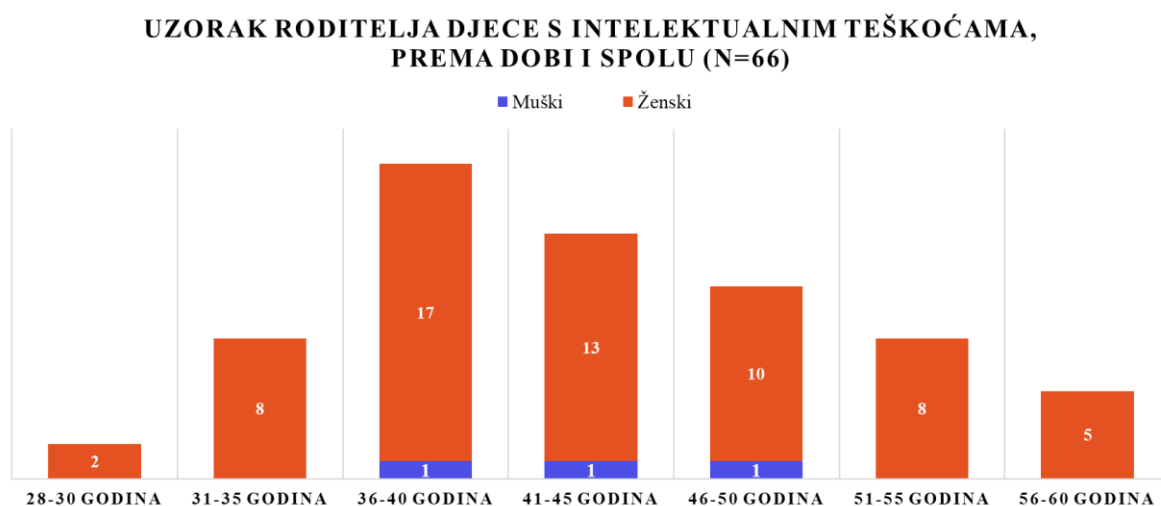
P3: Utvrditi postoji li povezanost između učestalosti zajedničkih obiteljskih aktivnosti i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

H3: Očekuje se statistički značajna negativna povezanost između učestalosti zajedničkih obiteljskih aktivnosti i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

9. Metodologija istraživanja

9.1. Uzorak

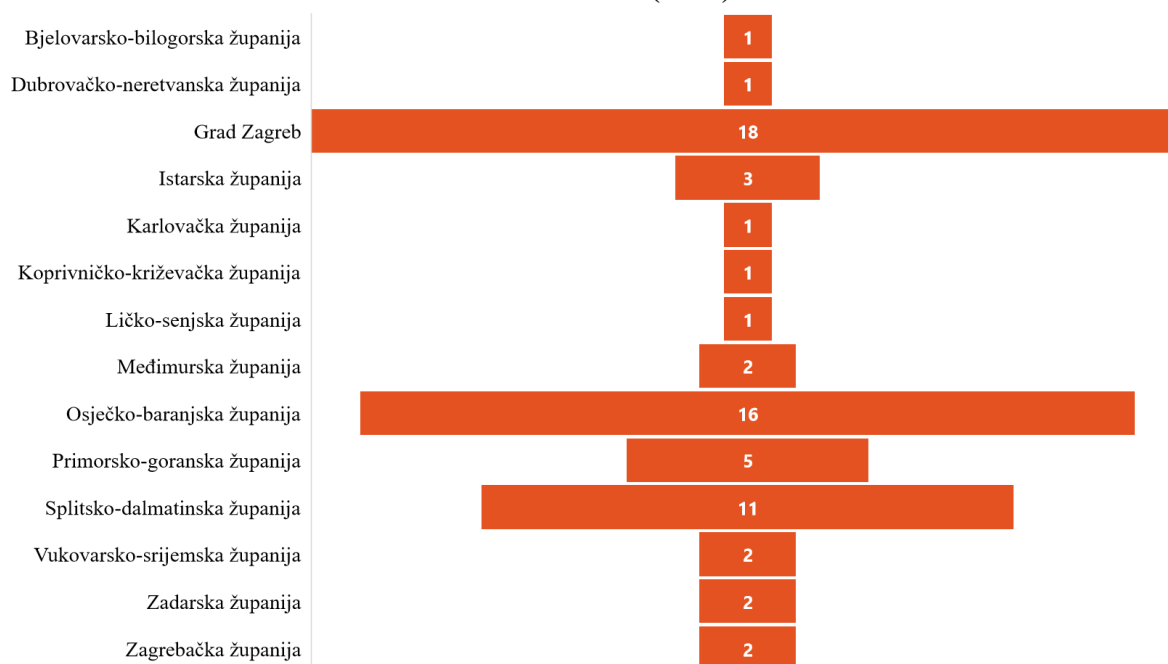
U istraživanju je sudjelovalo 66 roditelja djece s intelektualnim teškoćama, od čega 63 žene i 3 muškarca. Dob roditelja bila je od 28 do 60 godina.



Slika 1 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema dobi i spolu (N=66)

Sudionici istraživanja najvećim dijelom su iz Grada Zagreba (27,3%), Osječko-baranjske županije (24,2%) i Splitsko-dalmatinske županije (16,7%). Iz Primorsko-goranske županije dolazi 7,6% sudionika, a iz Istarske županije 4,5% sudionika. Od ostalih županija, Međimurska županija, Vukovarsko-srijemska županija, Zadarska županija i Zagrebačka županija imale su dva sudionika po županiji. Bjelovarsko-bilogorska županija, Dubrovačko-neretvanska županija, Karlovačka županija, Koprivničko-križevačka županija i Ličko-senjska županija imale su jednog sudionika po županiji.

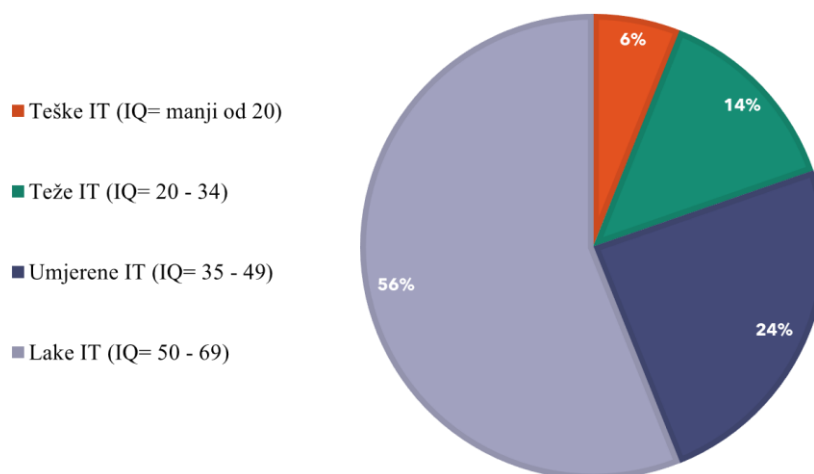
UZORAK RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA, PREMA ŽUPANIJAMA (N=66)



Slika 1 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema županijama (N=66)

U istraživanju je sudjelovalo 37 (56,06%) roditelja djece s lakim intelektualnim teškoćama (IQ=50-69), 16 (24,24%) roditelja djece s umjerenim intelektualnim teškoćama (IQ=35-49), 9 (13,64%) roditelja djece s težim intelektualnim teškoćama (IQ=20-34) i 4 (6,06%) roditelja djece s teškim intelektualnim teškoćama (IQ=<20).

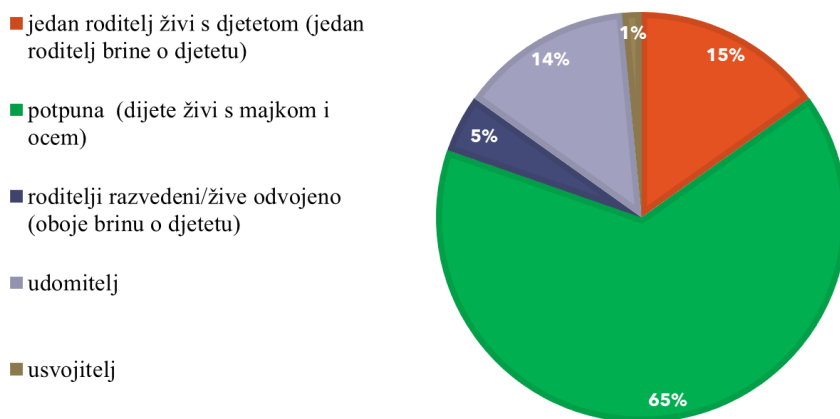
UZORAK RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA, PREMA STUPNJU INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA NJIHOVE DJECE (N=66)



Slika 2 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema stupnju intelektualnih teškoća njihove djece (N=66)

Prema sastavu obitelji, 65,2% roditelja imaju potpunu obitelj (dijete živi s majkom i ocem), 15,2% roditelja su samohrani roditelji koji žive s djetetom i brinu se o njemu, 4,5% roditelja su razvedeni/žive odvojeno (oba roditelja brinu o djetetu), 13,6% roditelja su udomitelji i 1,5% roditelja su usvojitelji.

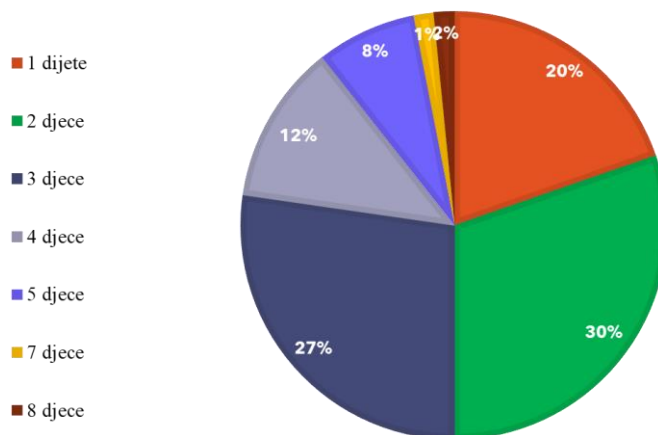
**UZORAK RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA,
PREMA SASTAVU OBITELJI (N=66)**



Slika 4 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema sastavu obitelji (N=66)

Prema broju djece u obitelji, 30,3% roditelja ima 2 djece, 27,3% roditelja ima 3 djece, 19,7% roditelja ima 1 dijete, 12,1% roditelja ima 4 djece, 7,6% roditelja ima 5 djece, 1,5% roditelja ima 7 djece i 1,5% roditelja ima 8 djece.

**UZORAK RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA,
PREMA BROJU DJECE (N=66)**

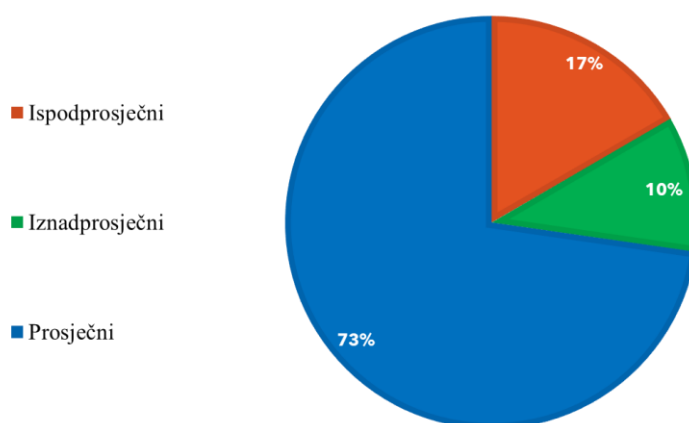


Slika 5 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema broju djece (N=66)

Kao najvišu završenu razinu škole, 31,8% roditelja ima završeno gimnazijsko srednjoškolsko obrazovanje/četverogodišnje i petogodišnje strukovno srednjoškolsko obrazovanje, 24,2% trogodišnje strukovno obrazovanje, 19,7% roditelja sveučilišni diplomski studij/specijalistički diplomski stručni studij/poslijediplomski specijalistički studij, 7,6% roditelja strukovno osposobljavanje, 4,5% roditelja osnovno obrazovanje, 4,5% roditelja stručni studij/strukovno specijalističko usavršavanje i osposobljavanje/program za majstore uz najmanje dvije godine vrednovanog radnog iskustva, 3% roditelja poslijediplomski znanstveni magistarski studij, 3% roditelja sveučilišni preddiplomski studij/stručni preddiplomski studij i 1,5% roditelja jednogodišnje i dvogodišnje srednjoškolsko strukovno obrazovanje.

Prihodi obitelji, prema procjeni roditelja, su kod 72,7% sudionika prosječni, 16,7% sudionika ispodprosječni i 10,6% sudionika iznadprosječni.

**UZORAK RODITELJA DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA,
PREMA PRIHODIMA OBITELJI (N=66)**

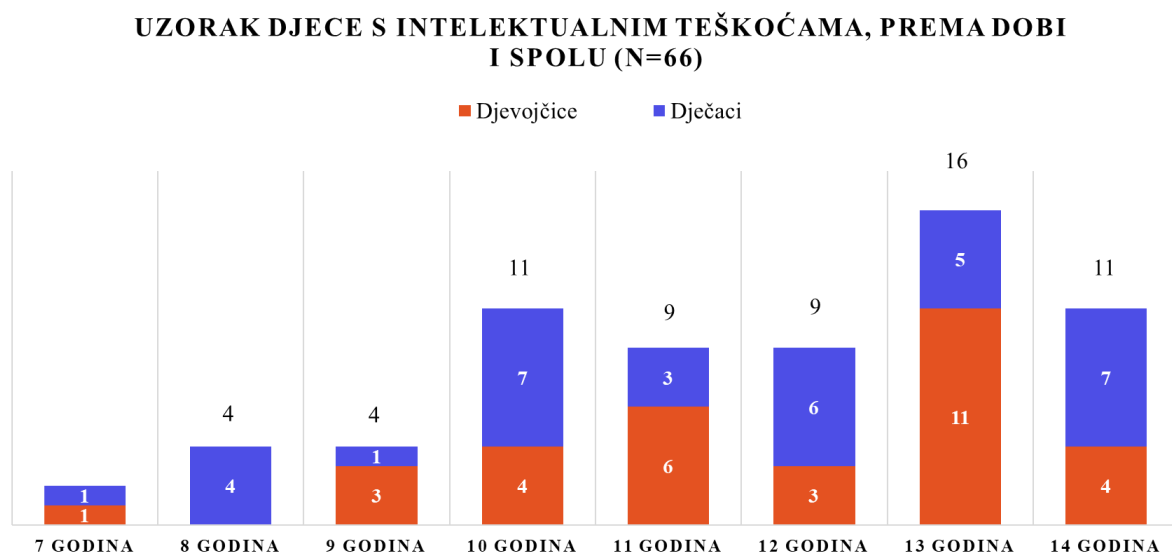


Slika 6 Uzorak roditelja djece s intelektualnim teškoćama, prema prihodima obitelji (N=66)

Od programa podrške, 22,7% roditelja nije sudjelovalo u programima podrške, dok je 77,3% roditelja sudjelovalo u nekom obliku programa podrške. Programi podrške u kojima su sudjelovali bili su: grupe podrške za roditelje (1,5%), individualni razgovori sa stručnjacima (19,7%), individualni razgovori sa stručnjacima, grupe podrške za roditelje (1,5%), individualni razgovori sa stručnjacima, radionice za roditelje (6,1%), individualni razgovori sa stručnjacima, radionice za roditelje, grupe podrške za roditelje (3%), individualni razgovori sa stručnjacima, radionice za roditelje, grupe podrške za roditelje, susreti u udrugama (7,6%), individualni razgovori sa stručnjacima, radionice za roditelje, susreti u udrugama (7,6%), individualni razgovori sa stručnjacima, susreti u udrugama (1,5%), individualni razgovori sa stručnjacima

(1,5%), radionice za roditelje (12,1%), radionice za roditelje, susreti u udrugama (1,5%), susreti u udrugama (12,1%), udruge preko Facebooka roditelja s poteškoćama djece u razvoju (1,5%).

Uzorak djece s intelektualnim teškoćama činilo je 66 djece, od čega 34 dječaka i 32 djevojčice. Dob djece bila je od 7 do 14 godina.

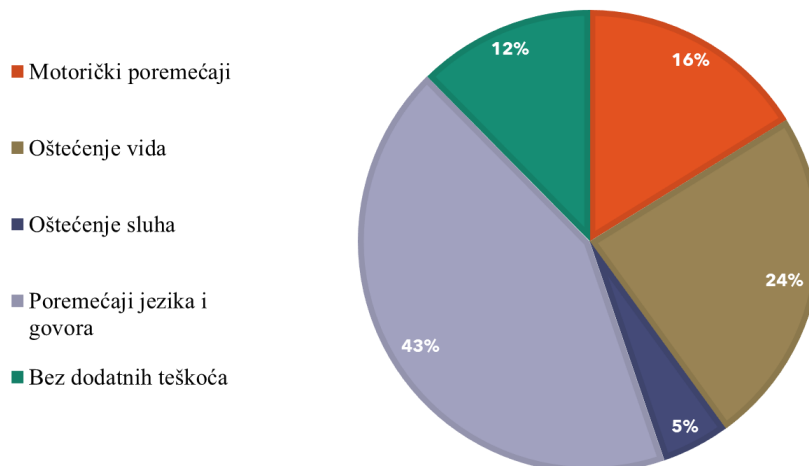


Slika 7 Uzorak djece s intelektualnim teškoćama, prema dobi i spolu (N=66)

Za potrebe ovog istraživanja iz ukupnog uzorka djece s teškoćama, izoliran je uzorak od 66 djece s intelektualnim teškoćama. U odabranom uzorku djece s intelektualnim teškoćama uključena su djeca bez prisutnih dodatnih teškoća i djeca koja imaju jednu ili više od sljedećih dodatnih teškoća: poremećaji jezika i govora, oštećenje vida, motorički poremećaji, oštećenje sluha. Također, u odabranom uzorku djece s intelektualnim teškoćama nisu uključena djeca koja imaju prisutan ADHD i/ili poremećaj spektra autizma kao dodatnu teškoću.

Poremećaji jezika i govora prisutni su kod 43% djece, oštećenje vida kod 24% djece, motorički poremećaji kod 16% djece, oštećenje sluha kod 5% djece i 5% djece nema navedene dodatne teškoće.

UZORAK DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA, PREMA PRISUTNOSTI DODATNIH TEŠKOĆA (N=66)



Slika 8 Uzorak djece s intelektualnim teškoćama, prema prisutnosti dodatnih teškoća (N=66)

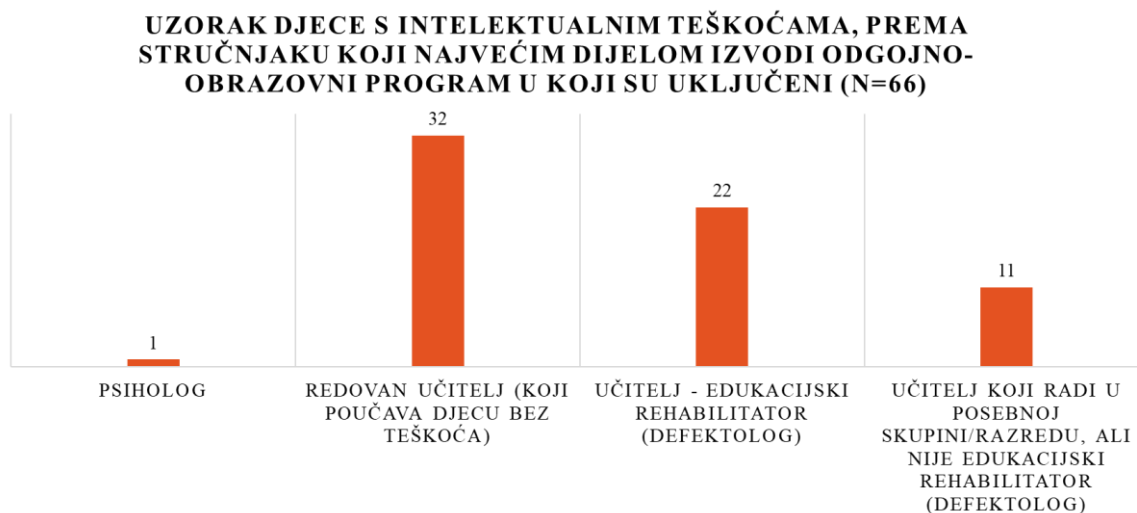
Od odgojno obrazovnih programa, najviše djece (40,9%) uključeno je u redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke. U posebni program za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnog života i rada uz individualizirane postupke uključeno je 25,8% djece, u posebni program uz individualizirane postupke 19,7% djece te u redoviti program uz individualizirane postupke 13,6% djece.

UZORAK DJECE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA, PREMA ODGOJNO OBRAZOVNOM PROGRAMU U KOJI SU UKLJUČENI (N=66)



Slika 9 Uzorak djece s intelektualnim teškoćama, prema odgojno obrazovnom programu u koji su uključeni (N=66)

Kao stručnjaka koji najviše radi s njihovim djetetom, 48,5% roditelja navodi redovnog učitelja (koji poučava djecu bez teškoća), 33,3% roditelja navodi učitelja – edukacijskog rehabilitatora (defektologa), 16,7% roditelja navodi učitelja koji radi u posebnoj skupini/razredu, ali nije edukacijski rehabilitator (defektolog) i 1,5% roditelja navodi psihologa.



Slika 10 Uzorak djece s intelektualnim teškoćama, prema stručnjaku koji najvećim dijelom izvodi odgojno-obrazovni program u koji su uključeni (N=66)

Kao instituciju i mjesto realizacije odgojno-obrazovnog programa koje pohađa njihovo dijete, 54,5% roditelja navodi redovnu školu (razred u koji idu djeca bez teškoća), 28,8% roditelja navodi posebnu ustanovu za djecu s teškoćama u razvoju (npr. Centar za odgoj i obrazovanje, škola za djecu s teškoćama), 9,1% roditelja navodi redovnu školu (poseban razred u koji idu samo djeca s teškoćama) te 7,6% roditelja navodi redovnu školu uz djelomičnu integraciju (dio nastave djeca s teškoćama pohađaju zajedno s djecom bez teškoća, a dio nastave u posebnom razredu gdje su samo djeca s teškoćama).

9.2. Opis mjernih instrumenata

9.2.1. Upitnik o učestalosti nepoželjnih ponašanja

Upitnikom o učestalosti nepoželjnih ponašanja ispitivala se učestalost: agresije, autoagresije, stereotipnih i destruktivnih ponašanja. Roditelji su za svako od 4 nepoželjna ponašanja, na skali od 1 do 5 označili ono što se odnosi na njihovo dijete. Skala je sastavljena tako da 1 označava

najmanju učestalost („nikad“), a 5 najveću učestalost („vrlo često“). Upitnik je pokazao zadovoljavajuću pouzdanost primjenom Cronbach alpha koeficijenta ($\alpha=0,791$).

Označite koliko se često javljaju sljedeća ponašanja kod Vašeg djeteta: [Agresija (ponašanje kojim ozljeđuje druge - npr. štipanje, čupanje, udaranje drugih)]	AGRESIJA	1=Nikad	2=Rijetko	3=Ponekad	4=Često	5=Vrlo često
Označite koliko se često javljaju sljedeća ponašanja kod Vašeg djeteta: [Autoagresija (ponašanje kojim ozljeđuje samog sebe - npr. grebanje sebe, udaranje)]	AUTOAGRESIJA	1=Nikad	2=Rijetko	3=Ponekad	4=Često	5=Vrlo često
Označite koliko se često javljaju sljedeća ponašanja kod Vašeg djeteta: [Stereotipna ponašanja (učestalo ponavljanje iste radnje - npr. vrtanja kotačića, vrtanja u krug)]	STEREOTIPNO	1=Nikad	2=Rijetko	3=Ponekad	4=Često	5=Vrlo često
Označite koliko se često javljaju sljedeća ponašanja kod Vašeg djeteta: [Destruktivna ponašanja (ponašanje kojim uništava fizičku okolinu - npr. bacanje predmeta, trganje materijala)]	DESTRUKTIVNO	1=Nikad	2=Rijetko	3=Ponekad	4=Često	5=Vrlo često

Slika 11 Upitnik o učestalosti nepoželjnih ponašanja

9.2.2. DESSA

DESSA (The Devereux Student Strengths Assessment, LeBuffe, Shapiro i Naglieri, 2009/2014) je sustav za procjenu socijalno-emocionalnih kompetencija u školskom i izvanškolskom okruženju. Sastoji se od integriranih i sveobuhvatnih komponentni koje su osmišljene da podržavaju socijalno i emocionalno učenje (Smith i sur., 2014). Ispunjavanjem DESSA-e, formativno se ocjenjuju učenikove snage i potrebe za podučavanjem unutar osam socijalno-emocionalnih domena. Zbog toga, DESSA može biti koristan alat za integraciju socijalno-emocionalnih kompetencija u buduće planiranje intervencija i kurikuluma za dijete (Smith i sur., 2014).

DESSA-u u ovom istraživanju ispunjavaju roditelji, ali u drugim slučajevima mogu i učitelji ili drugi stručnjaci koji rade s djecom. Procjena se sastoji od 72 pitanja. Kao odgovor na pitanje, roditelj označava jedan broj od 0 do 4, što označuje učestalost ponašanja navedenih u pitanju (0 = nikada, 1 = rijetko, 2 = povremeno, 3 = često, 4 = vrlo često). Ispunjavanjem DESSA-e dobiva se ukupni rezultat socijalnih i emocionalnih kompetencija (Social Emotional Composite) kao i rezultati u osam domena socijalno-emocionalnih kompetencija. Osam domena uključuje: svijest djeteta o sebi, djetetovu svijest o drugima oko njega, upravljanje djeteta sobom, ponašanje usmjereno prema cilju, vještine djeteta u odnosu s drugima, osobnu odgovornost djeteta, donošenje odluka i optimistično razmišljanje djeteta (Smith i sur., 2014).

Tijekom protekla 4 tjedna, koliko je često dijete... [govorilo dobre stvari o sebi?]	DESSA5	0=Nikada	1=Rijetko	2=Povremeno	3=Često	4=Jako često
Tijekom protekla 4 tjedna, koliko je često dijete... [odigralo važnu ulogu kod kuće ili u školi?]	DESSA6	0=Nikada	1=Rijetko	2=Povremeno	3=Često	4=Jako često

Slika 12 Primjer čestica u DESSA procjeni

DESSA je pokazala zadovoljavajuću ukupnu pouzdanost i pouzdanost na svim subskalama primjenom Cronbach alpha koeficijenta (Tablica 2).

Tablica 2 Prikaz Cronbach alpha koeficijenta mjernog instrumenta DESSA

	Cronbach alpha
DESSA ukupno	0,990
Subskala	
Svijest djeteta o sebi	0,946
Djetetova svijest o drugima oko njega	0,910
Upravljanje djeteta sobom	0,954
Ponašanje usmjereno prema cilju	0,936
Vještina djeteta u odnosu s drugima	0,949
Osobna odgovornost djeteta	0,931
Donošenje odluka	0,948

9.2.3. Upitnik učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice

Upitnik učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice (obiteljske aktivnosti) (Žic Ralić kreirala za potrebe ovog istraživanja) sastoji se od niza tvrdnji koje čine tri faktora obiteljskih aktivnosti: zajedničke aktivnosti kod kuće, zajedničke odlaske van i pozivanje drugih da dođu k obitelji. Upitnik ispunjava roditelj i za svaku tvrdnju označava koliko je ona učestala za njihovu obitelj. Odgovori su ponuđeni u obliku skale od 1 do 4, a brojevi označavaju sljedeće: 1= nikad (nije uobičajeno za našu obitelj), 2= nikad (nije moguće zajedno s djetetom s teškoćama), 3=ponekad, 4=često.

Odlazimo u posjete rodbini i prijateljima.	1= nikad (nije uobičajeno za našu obitelj)	2= nikad (nije moguće zajedno s djetetom s teškoćama)	3= ponekad	4= često
Odlazimo u kupovinu (npr. shopping centri).	1= nikad (nije uobičajeno za našu obitelj)	2= nikad (nije moguće zajedno s djetetom s teškoćama)	3= ponekad	4= često

Slika 13 Primjer čestica Upitnika učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice (Obiteljske aktivnosti)

Za subskele zajednički odlasci van i pozivanje drugih da dođu u obitelj nisu prikazani rezultati analize jer nisu pokazale zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha < 0,70$) (Tablica 3), ali su zadržani u analizi kao dio ukupnog rezultata obiteljskih aktivnosti.

Tablica 3 Prikaz Cronbach alpha koeficijentata Upitnika učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice (Obiteljske aktivnosti)

Subskala	Cronbach alpha
Zajedničke aktivnosti kod kuće	0,75
Zajednički odlasci van	0,63
Pozivanje drugih da dođu k obitelji	0,67
Obiteljske aktivnosti ukupno	0,826

9.2.4. Upitnik roditeljskog ponašanja (URP 29)

Upitnik roditeljskog ponašanja (URP 29) (Keresteš, Brković, Kuterovac Jagodić i Greblo, 2012) sastoji se od 29 čestica. Na svaku česticu roditelj odgovara putem skale od 1 = uopće nije točno do 4 = u potpunosti je točno. Čestice se mogu svrstati u 3 globalne dimenzije. Prva globalna dimenzija je Roditeljska podrška koja se sastoji od subskala „toplina“, „autonomija“, „roditeljsko znanje“ i „induktivno rezoniranje“. Druga globalna dimenzija je Restriktivna kontrola koja se sastoji od subskala „intruzivnost“ i „kažnjavanje“, a treća globalna dimenzija je Popustljivost (Keresteš i sur., 2012).

Objašnjavam djetetu kako se osjećam kada ono učini nešto dobro ili loše.	0=uopće nije točno za mene	1=nije baš točno za mene	2=dosta je točno za mene	3=u potpunosti je točno za mene
Dijete me lako nagovori na ono što želi.	0=uopće nije točno za mene	1=nije baš točno za mene	2=dosta je točno za mene	3=u potpunosti je točno za mene

Slika 14 Primjer čestica Upitnika roditeljskog ponašanja (URP 29)

Za subskale roditeljsko znanje, intruzivnost i kažnjavanje nisu prikazani rezultati analize jer nisu pokazale zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha < 0,70$) (Tablica 4), ali su zadržani u analizi kao dio globalnih dimenzija.

Tablica 4 Prikaz Cronbach alpha koeficijenta Upitnika roditeljskog ponašanja (URP 29)

Subskala	c. alpha
Roditeljska podrška	0,858
Toplina	0,715
Autonomija	0,755
Roditeljsko znanje	0,573
Induktivno rezoniranje	0,702
Restriktivna kontrola	0,744
Intruzivnost	0,67
Kažnjavanje	0,62
Popustljivost	0,752
URP ukupno	0,782

9.3. Način provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u sklopu projekta Platforma 50+ u kojemu je Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu sudjelovao kao jedan od 13 partnera. Istraživanje je započelo prikupljanjem sudionika (roditelja koji imaju djecu s teškoćama u dobi od 7 do 14 godina) putem stručnih službi škola, centara za odgoj i obrazovanje i društvenih mreža. Roditelji koji su pristali na sudjelovanje u istraživanju ispunjavali su online upitnik u koji su bila uključena pitanja o demografskim, ekonomskim i socijalnim karakteristikama obitelji i djeteta te sva četiri prethodno opisana instrumenta (Upitnik o učestalosti nepoželjnih ponašanja, DESSA, Upitnik učestalosti sudjelovanja obitelji u životu zajednice, URP 29). Provođenje istraživanja poštivalo je načela Etičkog kodeksa Odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju (2006). Iz navedenog kodeksa sudionicima se jamčila njihova zaštita, povjerljivost i anonimnost iznesenih podataka, korištenje prikupljenih podataka isključivo za potrebe ovog istraživanja te dragovoljno sudjelovanje.

Podaci iz ispunjenih upitnika uneseni se u bazu podataka te obrađeni u SPSS programu. Na temelju prikupljenih podataka napravljene su potrebne varijable, provjerena je valjanost mjernih instrumenata i odgovora i izračunate su potrebne korelacije.

9.4. Metode obrade podataka

Za obradu prikupljenih podataka, provedbu deskriptivne analize i ispitivanje značajnosti varijabli u modelu, korišten je SPSS program. Pouzdanost mjernih instrumenata mjerila se računanjem Cronbach alpha za svaki skup varijabli, koje je pokazalo da su svi mjerni instrumenti pouzdani. Kolmogorov-Smirnovljevim testom se računalo odstupa li distribucija rezultata od Gaussove krivulje (normalnost distribucije). Rezultati su pokazali da distribucija rezultata odstupa od normalne distribucije, pa je Spearmanov koeficijent korelacije korišten za testiranje povezanosti varijabli.

10. Rezultati

10.1. Povezanost socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama

Prvi istraživački problem bio je utvrditi postoji li povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Tablica 5 Spearmanov koeficijent korelacije između procjene roditelja o socijalnim i emocionalnim kompetencijama djece s intelektualnim teškoćama (DESSA) i procjene roditelja o učestalosti nepoželjnih ponašanja njihove djece s intelektualnim teškoćama

Domene Upitnika o učestalosti nepoželjnih ponašanja	Agresija	Autoagresija	Stereotipno	Destruktivno
Subskale DESSA				
Svijest djeteta o sebi	-0,323**	-0,387**	-0,289*	-0,180
Djetetova svijest o drugima oko njega	-0,399**	-0,395**	-0,276*	-0,255**
Upravljanje djeteta sobom	-0,412**	-0,375**	-0,186	-0,322*
Ponašanje usmjereno prema cilju	-0,421*	-0,285**	-0,228	-0,255**
Vještina djeteta u odnosu s drugima	-0,276*	-0,384**	-0,230	-0,157
Osobna odgovornost djeteta	-0,385**	-0,368**	-0,230	-0,234
Donošenje odluka	-0,329**	-0,420**	-0,290*	-0,261**

Optimistično razmišljanje djeteta	-0,389**	-0,414**	-0,246*	-0,224
DESSA ukupno	-0,400**	-0,398**	-0,246*	-0,249**

Legenda tablice:

*- Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.05

** - Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.01

Domena „Svijest djeteta o sebi“ ima statistički značajnu negativnu nisku povezanost s agresijom ($r=-0,323$, $p<0,01$), autoagresijom ($r=-0,387$, $p<0,01$) i stereotipnim ponašanjima ($r=-0,289$, $p<0,05$), dok sa destruktivnim ponašanjem nema statistički značajnu povezanost.

Viša svijest djeteta o sebi povezana je s manje učestalom agresijom, autoagresijom i stereotipnim ponašanjima.

Domena „Djetetova svijest o drugima oko njega“ ima statistički značajnu nisku negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,399$, $p<0,01$), autoagresijom ($r=-0,395$, $p<0,01$), stereotipnim ponašanjima ($r=-0,276$, $p<0,05$) i destruktivnim ponašanjem ($r=-0,255$, $p<0,01$).

Viša svijest djeteta o drugima oko njega povezana je s manje učestalom agresijom, autoagresijom, stereotipnim i destruktivnim ponašanjima.

Domena „Upravljanje djeteta sobom“ ima statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,412$, $p<0,01$) te nisku negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,375$, $p<0,01$) i destruktivnim ponašanjem ($r=-0,322$, $p<0,05$), dok sa stereotipnim ponašanjima nema statistički značajne povezanosti.

Viša djetetova sposobnost upravljanja sobom povezana je s manje učestalom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem.

Domena „Ponašanje usmjereno prema cilju“ ima statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,421$, $p<0,05$) te nisku negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,285$, $p<0,01$) i destruktivnim ponašanjem ($r=-0,255$, $p<0,01$), dok sa stereotipnim ponašanjima nema statistički značajne povezanosti.

Viša djetetova sposobnost ponašanja usmjerenom prema cilju povezana je s manje učestalom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem.

Domena „Vještina djeteta u odnosu s drugima“ ima statistički značajnu nisku negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,276$, $p<0,05$) i autoagresijom ($r=-0,384$, $p<0,01$), dok sa stereotipnim i destruktivnim ponašanjima nema statistički značajne povezanosti.

Viša djetetova sposobnost u odnosu s drugima povezana je s manje učestalom agresijom i autoagresijom.

Domena „Osobna odgovornost djeteta“ ima statistički značajnu nisku negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,385$, $p<0,01$) i autoagresijom ($r=-0,368$, $p<0,01$), dok sa stereotipnim i destruktivnim ponašanjima nema statistički značajne povezanosti.

Viša osobna odgovornost djeteta povezana je s manje učestalom agresijom i autoagresijom.

Domena „Donošenje odluka“ ima statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,420$, $p<0,01$) te nisku negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,329$, $p<0,01$), stereotipnim ponašanjima ($r=-0,290$, $p<0,05$) i destruktivnim ponašanjem ($r=-0,261$, $p<0,01$).

Viša sposobnost djetetovog donošenja odluka povezana je s manje učestalom autoagresijom, agresijom, stereotipnim ponašanjima i destruktivnim ponašanjima.

Domena „Optimistično razmišljanje djeteta“ ima statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,414$, $p<0,01$) te nisku negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,389$, $p<0,01$) i stereotipnim ponašanjima ($r=-0,246$, $p<0,05$), dok s destruktivnim ponašanjem nema statistički značajne povezanosti.

Više optimistično razmišljanje djeteta povezano je s manje učestalom agresijom, autoagresijom i stereotipnim ponašanjima.

Ukupni rezultat koji uključuje sve domene na DESSA instrumentu pokazao je statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s agresijom ($r=-0,400$, $p<0,01$) te nisku negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,398$, $p<0,01$), stereotipnim ponašanjima ($r=-0,246$, $p<0,05$) i destruktivnim ponašanjem ($r=-0,249$, $p<0,01$).

Više socijalne i emocionalne kompetencije djeteta povezane su s manje učestalom agresijom, autoagresijom, stereotipnim i destruktivnim ponašanjima.

10.2. Povezanost sudjelovanja obitelji u životu zajednice i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama

Drugi istraživački problem bio je utvrditi postoji li povezanost između učestalosti zajedničkih obiteljskih aktivnosti i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Tablica 6 Spearmanov koeficijent korelacije između procjene roditelja o sudjelovanju obitelji u životu zajednice i procjene roditelja o učestalosti nepoželjnih ponašanja njihove djece s intelektualnim teškoćama

Upitnik obiteljskih aktivnosti	Subskala zajedničke aktivnosti kod kuće	Obiteljske aktivnosti ukupno
Domene Upitnika o učestalosti nepoželjnih ponašanja		
Agresija	-0,224	-0,211
Autoagresija	-0,420**	-0,380**
Stereotipno	-0,518**	-0,340**
Destruktivno	-0,294*	-0,237

Legenda tablice:

*- Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.05

** - Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.01

Faktor „Zajedničke aktivnosti kod kuće“ ima statistički značajnu umjerenu negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,420$, $p<0,01$) i stereotipnim ponašanjima ($r=-0,518$, $p<0,01$)

te nisku negativnu povezanost s destruktivnim ponašanjem ($r=-0,294$, $p<0,05$), dok sa agresijom nema statistički značajne povezanosti.

Učestalije zajedničke aktivnosti kod kuće povezane su s manje učestalom autoagresijom, stereotipnim i destruktivnim ponašanjima.

Ukupni rezultat na Upitniku obiteljskih aktivnosti ima statistički značajnu nisku negativnu povezanost s autoagresijom ($r=-0,380$, $p<0,01$) i stereotipnim ponašanjima ($r=0,340$, $p<0,01$), a nema statistički značajne povezanosti s agresijom i destruktivnim ponašanjem.

Veća uključenost djeteta u obiteljske aktivnosti povezana je s manje učestalom autoagresijom i stereotipnim ponašanjima.

10.3. Povezanost roditeljskog ponašanja i učestalosti nepoželjnih ponašanja djeteta s intelektualnim teškoćama

Treći istraživački problem bio je utvrditi postoji li povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Tablica 7 Spearmanov koeficijent korelacije između procjene roditelja o vlastitom roditeljskom ponašanju (URP 29) i procjene roditelja o učestalosti nepoželjnih ponašanja njihove djece s intelektualnim teškoćama

Dimenzije URP 29						
Domene Upitnika o učestalosti nepoželjnih ponašanja	Induktivno rezoniranje	Autonomija	Toplina	Roditeljska podrška	Restriktivna kontrola	Popustljivost
Agresija	0,037	-0,100	-0,190	-0,228	0,026	0,379**
Autoagresija	-0,047	0,141	0,162	0,233	-0,057	0,263*
Stereotipno	-0,071	-0,083	0,086	-0,210	0,012	0,013

Destruktivno	0,098	-0,115	-0,204	-0,137	0,151	0,339*
--------------	-------	--------	--------	--------	-------	--------

Legenda tablice: *- Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.05

** - Spearmanov koeficijent korelacije je značajan na razini 0.01

Dimenzija „Popustljivost“ ima statistički značajnu nisku pozitivnu povezanost s agresijom ($r=0,397$, $p<0,01$), autoagresijom ($r=0,263$, $p<0,05$) i destruktivnim ponašanjem ($r=0,339$, $p<0,05$), dok sa stereotipnim ponašanjima nema statistički značajne povezanosti.

Veća roditeljska popustljivost povezana je s učestalijom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem.

Na ostalim dimenzijama Upitnika roditeljskog ponašanja nema statistički značajne povezanosti s agresijom, autoagresijom, stereotipnim ponašanjima i/ili destruktivnim ponašanjem.

11. Rasprava

Prvi problem istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama. Kao odgovor na prvi problem, postavljena je hipoteza da se očekuje statistički značajna negativna povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Istraživanjem se potvrdila hipoteza tako što je utvrđena statistički značajna negativna povezanost između socijalnih i emocionalnih kompetencija i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja (agresije, autoagresije, stereotipnih i destruktivnih ponašanja) kod djece s intelektualnim teškoćama. Odnosno, pokazalo se da je viša razina socijalnih i emocionalnih kompetencija povezana s manjom učestalosti nepoželjnih ponašanja. Ovaj rezultat je u skladu s dosadašnjim istraživanjima (npr. Bohnert i sur., 2003; Durlak i Weissberg, 2005; Elias i Zins, 2006; Taylor i Dymnicki, 2007) koja su utvrdila istu povezanost u populaciji djece s

intelektualnim teškoćama, ali i kod djece s drugim vrstama teškoća u razvoju te kod djece tipičnog razvoja.

Bolja razvijenost svih domena socijalnih i emocionalnih kompetencija pokazala je povezanost s manjom učestalosti agresije i autoagresije. Domene socijalne i emocionalne kompetencije uključuju svijest djeteta o sebi, djetetovu svijest o drugima oko njega, upravljanje djeteta sobom, ponašanje usmjereno prema cilju, vještinu djeteta u odnosu s drugima, osobnu odgovornost djeteta, donošenje odluka i optimistično razmišljanje djeteta. To ukazuje na važnost sveobuhvatnog socijalnog i emocionalnog učenja kao načina prevencije agresivnih i autoagresivnih ponašanja.

Durlak i Weissberg (2005) te Taylor i Dymnicki (2007a) utvrdili su da se pravilnim i sustavnim poticanjem socijalnih i emocionalnih kompetencija može se unaprijediti prosocijalno ponašanje te smanjiti agresivno ponašanje djeteta. Također, Elias i Zins (2006) su utvrdili manje problematičnih ponašanja kod djece koja su uključena u aktivnosti usmjerene na socijalne i emocionalne potrebe. Isto tako, Bohnert i sur. (2003) proveli su istraživanje u kojem se ispitala povezanost emocionalnih kompetencija i agresivnog ponašanja kod djece školske dobi. Pokazalo se kako slabija sposobnost identificiranja i iskazivanja emocija karakterizira djecu s višim razinama agresivnosti.

Stereotipna ponašanja pokazala su manju učestalost sa bolje razvijenom svijesti djeteta o sebi, djetetovoj svijesti o drugima oko njega, donošenju odluka i optimističnom razmišljanju djeteta. Međutim, razvijenost navedenih domena socijalnih i emocionalnih kompetencija ukazuju i na više intelektualne sposobnosti djeteta. McClintock i sur. (2003) u svojoj meta analizi nepoželjnih ponašanja kod osoba s intelektualnim teškoćama navode kako je kod osoba s teškim i težim stupnjem intelektualnih teškoća veća vjerojatnost autoagresije i stereotipije nego kod osoba s umjerenim i lakim intelektualnim teškoćama. Stoga, ovakva povezanost može ukazivati na povezanost sa stupnjem intelektualnih teškoća te ne mora biti isključivo vezana uz određene domene socijalnih i emocionalnih kompetencija.

Nadalje, pokazalo se da je destruktivno ponašanje manje prisutno ukoliko dijete ima bolje razvijenu sposobnost donošenja odluka, svijest o drugima oko njega, upravljanje sobom i ponašanje usmjereno k cilju.

Drugi problem istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između učestalosti zajedničkih obiteljskih aktivnosti i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama. Sukladno drugom problemu, postavljena je hipoteza da se očekuje statistički značajna negativna povezanost između učestalosti zajedničkih obiteljskih aktivnosti i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Hipoteza je samo djelomično potvrđena, odnosno dobivena je statistički značajna negativna povezanost ukupnog rezultata na Upitniku obiteljskih aktivnosti s autoagresijom i stereotipnim ponašanjima, ali nema statistički značajne povezanosti s agresijom i destruktivnim ponašanjem.

Rezultati su time pokazali da je veća uključenost djeteta u obiteljske aktivnosti povezana s manje učestalom autoagresijom i stereotipnim ponašanjima, dok s agresijom i destruktivnim ponašanjem nemaju povezanosti.

Isto tako, izdvojeni faktor „Zajedničke aktivnosti kod kuće“ pokazao je da su učestalije zajedničke aktivnosti kod kuće povezane s manje učestalim destruktivnim ponašanjima, autoagresijom i stereotipnim ponašanjima djece, dok s agresijom nemaju povezanosti.

Dijete putem uključenosti u interakciju s okolinom uči kontrolirati svoje emocije, iskazivati frustraciju na primjeren način, uživati s drugim osobama, prepoznati opasnost te prevladati strah i tjeskobu kako bi postiglo uspješno socijalno i emocionalno funkcioniranje (Jenkins i Oatley, 2000; LaFreniere, 2000).

Putem zajedničkih aktivnosti, dijete unaprjeđuje osobne kompetencije te uči o interpersonalnim odnosima i kako ih održavati (McAuley i sur., 2012). Ljubešić (2005) ističe kako poticajno okruženje djeteta treba biti dinamično, u skladu s njegovim interesima, sposobnostima i ograničenjima, a to se ostvaruje omogućavanjem interakcije djeteta s različitim materijalima i osobama (djecom i odraslima). Takvo dinamično okruženje potiče razvoj socijalnih i emocionalnih kompetencija te općeniti razvoj djeteta.

Shodno tome, važno je da stručnjaci koji su uključeni u rad s djetetom u isti uključe i djetetovu obitelj. Pristup usmjeren na obitelj polazi od pretpostavke da se djeca ne mogu promatrati izvan obiteljskog okvira, a usluge im se ne mogu pružati ne uzimajući u obzir obiteljski kontekst (Bailey i sur., 2012). Djetetov razvoj duboko je povezan s obitelji i domom, gdje provodi veći dio vremena i obavlja svakodnevne aktivnosti, zbog čega se posebna pažnja posvećuje obitelji djece s teškoćama i mogućnostima za podršku unutar obitelji kako bi se potaknuo njihov cjelokupni razvoj i sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima (Bailey i sur., 2012).

Treći problem istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama. Postavljena je hipoteza da se očekuje statistički značajna povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja djece s intelektualnim teškoćama.

Također, očekivalo se kako će roditeljska podrška biti povezana s manjom učestalosti nepoželjnih ponašanja, dok će restriktivna kontrola biti povezana s većom učestalošću nepoželjnih ponašanja.

Podhipoteze nisu potvrđene jer rezultati korelacije nisu pokazali statistički značajnu povezanost između razine roditeljske podrške i restriktivne kontrole s učestalosti nepoželjnih ponašanja.

Rose i sur. (2017) proveli su meta analizu koja je obuhvaćala 19 istraživanja o povezanosti roditeljstva i internaliziranih ponašanja kod djece tipičnog razvoja. Na temelju toga navode kako roditeljska podrška, kroz toplinu, uključenost i odgovornost, utječe na smanjenje nepoželjnih ponašanja kod djece. Isto tako, navode posljedice loše roditeljske prakse. Kada su roditelji nedostupni, nereagirajući, odbijajući, neprijateljski ili kažnjavajući, djeca pokazuju više problema u ponašanju. Vasta i sur. (1998), također, navode kako djeca roditelja s većom razinom restriktivne kontrole pokazuju puno više problema u ponašanju i teško se prilagođavaju socijalnim situacijama, nepovjerljiva su, čudljiva, agresivna, povučena, uplašena, nesretna te im nedostaje spontanosti u ponašanju.

Istraživanja u koja su bili uključeni roditelji djece s intelektualnim teškoćama (npr. Dyches i sur., 2012; Lokoyi, 2015; Orim, 2022), također, upućuju na mogući utjecaj stilova roditeljstva na učestalost pojave nepoželjnih ponašanja. Autoritativno roditeljstvo i veću razinu roditeljske podrške povezuju s manjom pojavom nepoželjnih ponašanja, dok autoritarno roditeljstvo i veću razinu restriktivne kontrole povezuju s učestalijim iskazivanjem nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama.

Prema Orim i sur. (2022), agresivno ponašanje kod osoba s intelektualnim teškoćama može proizaći iz nekoliko osnovnih razloga, uključujući neprepoznate tjelesne ili mentalne zdravstvene probleme, poteškoće u komunikaciji, razvojne teškoće te izazove povezane s fizičkim ili društvenim okruženjem pojedinca. Isto tako, Didden i sur. (2017) navode kako je agresivno ponašanje kod osoba s intelektualnim i razvojnim teškoćama učestalije nego kod tipične populacije i mogu mu značajno doprinijeti razni psihološki, kontekstualni i biološki

čimbenici (npr. spol, razina intelektualnog funkcioniranja, dodatne teškoće, komunikacijski nedostaci, regulacija emocija, impulzivnost, mentalno zdravlje, genetski sindromi).

Još jedna podhipoteza bila je da će djeca čiji roditelji postižu više rezultate na subskali popustljivosti pokazivati veću učestalost nepoželjnih ponašanja. Podhipoteza je djelomično potvrđena i utvrđena je povezanost roditeljske popustljivosti s učestalijom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem, dok nema povezanosti sa stereotipnim ponašanjima.

Ovakav rezultat je u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja pokazuju kako je permisivno roditeljstvo povezano s višim razinama problema u ponašanju kod djece te dovodi do češćih agresivnih i impulzivnih ponašanja djeteta (Rose i sur., 2017; Vasta i sur. 1998).

Prema Wolfradt i sur. (2003), permisivno roditeljstvo ima najveći negativan utjecaj na razvoj djece. Odlikuju ga niski zahtjevi, niska kontrola ponašanja te visoka osjetljivost i toplina. Djeca permisivnih roditelja općenito su manje samoregulirana, pasivnija, pokazuju povučeno ponašanje i slabiju društvenu odgovornost te su predisponirana za probleme u ponašanju.

Primjer prisutnosti permisivnog roditeljstva kod roditelja djece s intelektualnim teškoćama može se vidjeti u istraživanju Phillips i sur. (2017) koji su utvrdili manju prisutnost autoritativnog i veću prisutnost permisivnog roditeljskog stila kod majki djece s Down sindromom naspram majki djece tipičnog razvoja. Pokazalo se da majke djece s Down sindromom koriste manje objašnjavanja i verbalne agresivnosti te više ignoriranja nepoželjnih ponašanja od majki djece tipičnog razvoja. Sve navedene razlike u roditeljskim ponašanjima (osim roditeljskog objašnjavanja) bile su povezane sa višom razinom roditeljskog stresa kod majki djece s Down sindromom.

Lokoyi (2015) analizirao je stilove roditeljstva kao faktore koji su povezani s agresivnim ponašanjem kod djece s lakšim intelektualnim teškoćama. Rezultati ovog istraživanja naglašavaju da stilovi roditeljstva pokazuju različite vrste povezanosti s agresivnim ponašanjem, pri čemu je permisivni stil roditeljstva istaknut kao najviše povezan s većom učestalošću agresivnog ponašanja djece.

12. Ograničenja istraživanja

Jedno od ograničenja istraživanja je ispunjavanje upitnika samo od strane roditelja. S obzirom na to da su roditelji odgovarali na niz specifičnih pitanja vezanih uz zdravstveno stanje i funkcioniranje njihovog djeteta, zbog raznih faktora (npr. nedovoljno stručno znanje o određenoj temi, teškoće procjene, subjektivnost, ...) dobiveni rezultati odražavaju roditeljsku percepciju, a ne nužno stvarno stanje stvari. Za potpuniji uvid bilo bi dobro koristiti procjenu više procjenjivača, odnosno uključiti i stručnjake koji dobro poznaju dijete. Isto tako, u istraživanju su sudjelovale 63 majke i samo troje očeva, što može utjecati na aspekt roditeljskog ponašanja i percepcije djeteta koja nije uvijek ista kod majki i očeva. Također, na rezultate istraživanja potencijalno mogu utjecati različite dodatne teškoće, stupanj intelektualnih teškoća i dob djece s intelektualnim teškoćama koji su u ovom istraživanju opisani u uzorku, ali nisu uključeni u analizu podataka.

13. Smjernice

Za unaprjeđivanje socijalnih i emocionalnih kompetencija kod djece s intelektualnim teškoćama, a samim time i smanjenje nepoželjnih ponašanja mogu se izdvojiti preventivni programi. Preventivni programi imaju za cilj smanjenje nepoželjnih ponašanja kod djece, usmjereni su na razvijanje socijalnih i emocionalnih kompetencija te potiču vještine kontrole vlastitih reakcija, prepoznavanja emocija, upravljanja emocijama, empatije i prosocijalnog ponašanja (Kuterovac Jagodić, 2003).

Također, za razvoj socijalno i emocionalno kompetentnog djeteta važna je emocionalno stabilna okolina u kojoj roditelji trebaju njegovati pozitivan emocionalni odnos (Rezić, 2006). Za razvijanje takvog pozitivnog odnosa i poticanje socijalnih i emocionalnih kompetencija mogu se koristiti prilagođene tematske priče za djecu i tehnike koje omogućuju poistovjećivanje sa zamišljenim likovima. Nadalje, može se koristiti likovnost, glazba i dramske ekspresivne tehnike koje potiču otpuštanje i proradu potisnutih osjećaja te relaksirajuće i fizičke aktivnosti koje omogućuju opuštanje napetosti (Rezić, 2006).

Važna je i stručna podrška koja može uvelike pomoći roditeljima, djetetu i obitelji. Istraživanje McConnell i Savage (2015) o obiteljskoj prilagodbi brizi o djetetu s intelektualnim teškoćama

upućuje na to da roditelji mogu imati koristi od intervencija kao što su bihevioralni trening za roditelje i kognitivno bihevioralna terapija, koje im mogu pružiti učinkovite strategije suočavanja, uključujući vještine u pozitivnoj ponovnoj procjeni i pronalaženju rješenja.

Uza sve navedeno, za prevenciju nepoželjnih ponašanja poželjna je sveobuhvatna biopsihosocijalna procjena, integrirani tretmani i omogućavanje pristupa uslugama i podršci unutar zajednice (Benson i Brook, 2008).

14. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost socijalnih i emocionalnih kompetencija djece s intelektualnim teškoćama s učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja. Rezultati su potvrdili povezanost viših socijalnih i emocionalnih kompetencija djece s intelektualnim teškoćama s rjeđom pojavom nepoželjnih ponašanja. Bolja razvijenost svih domena socijalnih i emocionalnih kompetencija pokazala je povezanost s manjom učestalosti agresije i autoagresije. Nadalje, stereotipna ponašanja pokazala su manju učestalost sa bolje razvijenom svijesti djeteta o sebi, djetetovoj svijesti o drugima oko njega, donošenju odluka i optimističnom razmišljanju djeteta. Isto tako, destruktivno ponašanje pokazalo se manje prisutnim ukoliko dijete ima bolje razvijenu sposobnost donošenja odluka, svijest o drugima oko njega, upravljanje sobom i ponašanje usmjereno k cilju.

Također, u istraživanju učestalosti nepoželjnih ponašanja gledala se i povezanost s uključenosti djeteta u obiteljske aktivnosti. Povezanost je utvrđena između veće uključenosti djeteta u obiteljske aktivnosti i manje učestale autoagresije i stereotipnih ponašanja. Isto tako, primijećeno je da su češće zajedničke aktivnosti kod kuće povezane sa smanjenom autoagresijom, stereotipnim i destruktivnim ponašanjima.

I kao posljednji problem istraživanja, gledala se povezanost između roditeljskog ponašanja i učestalosti pojave nepoželjnih ponašanja kod djece s intelektualnim teškoćama. Rezultati korelacije nisu pokazali povezanost između razine roditeljske podrške i restriktivne kontrole s učestalosti nepoželjnih ponašanja. Međutim, utvrđeno je da je roditeljska popustljivost povezana s učestalijom agresijom, autoagresijom i destruktivnim ponašanjem djeteta.

Ovim istraživanjem i dobivenim rezultatima potiče se na pružanje podrške u socijalnom i emocionalnom razvoju djece s intelektualnim teškoćama u svrhu smanjivanja nepoželjnih ponašanja te poticanja pozitivnog razvoja i funkcioniranja djeteta. Potiče se i na uključivanje djece s intelektualnim teškoćama u svakodnevne obiteljske aktivnosti i život zajednice. I zaključno, potiče se roditelje na traženje osobne i stručne podrške kako bi se lakše nosili s izazovima koje predstavljaju nepoželjna ponašanja.

Literatura

1. Allemand, M., Steiger, A. E. i Fend, H. A. (2015). Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood. *Journal of Personality*, 83(2), 229-241.
2. Allen, D. G., Lowe, K., Moore, K., Brophy, S. (2007). Predictors, costs and characteristics of out of area placement for people with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of intellectual disability research*, 51(6), 409–416.
3. American Psychiatric Association [APA] (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Bailey, D. B., Raspa, M., i Fox, L. C. (2012). What is the future of family outcomes and family-centered services?. *Topics in early childhood special education*, 31(4), 216-223.
5. Benderix, Y. i Sivberg, B. (2007). Siblings' experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: A case study of 14 siblings from five families. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(5), 410–418.
6. Benson, B. A. i Brooks, W. T. (2008). Aggressive challenging behaviour and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 454-8.
7. Berk, L. E. (2015). Dječja razvojna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Berkson, G., Tupa, M., Sherman, L. (2001). Early development of stereotyped and self-injurious behaviors: I. Incidence. *American Journal on Mental Retardation*, 106(6), 539-47.
9. Bohnert, A. M., Crnic, K. A. i Lim K. G. (2003). Emotional Competence and Aggressive Behavior in School-Age Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 79–91.
10. Brajša-Žganec, A. i Hanzec, I. (2015). Obiteljski odnosi i psihosocijalna prilagodba djece u cjelovitim i jednoroditeljskim obiteljima. *Klinička psihologija*, 8 (2), 139-150.
11. Bulić, D., Joković Oreb, I. i Nikolić, B. (2012). Angažman majki djece s teškoćama u razvoju u aktivnostima svakodnevnog života. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(2), 1-12.
12. Campbell-Sills, L. i Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542–559). New York: Guilford Press.
13. Carter, E. W. i Hughes, C. (2005). Increasing social interaction among adolescents with intellectual disabilities and their general education peers: Effective interventions.

Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, 30(4), 179–193.
doi:10.2511/rpsd.30.4.1

14. CASEL (2015). CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Middle and high school edition. Chicago, IL: CASEL.
15. Cervantes, P., Shalev, R. i Donnelly, L. (2019). *Handbook of Intellectual Disabilities - Integrating Theory, Research, and Practice: Definition and Diagnosis*. Springer Nature Switzerland.
16. Cole, P. M., Michel, M. K. i Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 73–102.
17. Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Brunet, Y. A., Morin, D. i Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(9), 652–661.
18. Curby, T. W., Brown, C. A., Bassett, H. H. i Denham, S. A. (2015). Associations between preschoolers' social–emotional competence and preliteracy skills. *Infant and Child Development*, 24(5), 549-570.
19. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing - Tehnička knjiga.
20. Decety, J., Meidenbauer, K. L. i Cowell, J. M. (2017). The development of cognitive empathy and concern in preschool children: a behavioral neuroscience investigation. *Developmental Science*, 21(3), 12570.
21. Dekker, M. C., Koot, H. M., van der Ende, J., Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-98.
22. Didden, R., Lindsay, W. R., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., Wiersma, J., Peters-Scheffer, N., Marschik, P. B., O'Reilly, M. F. i Lancioni, G. E. (2016). Aggressive Behavior. In: Singh, N. (eds) *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities*. Evidence-Based Practices in Behavioral Health. Springer, Cham.
23. Domitrovich, C. E., Durlak, J.A., Staley, K. C., Weissberg, R. P. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Development*, 88(2), 408-416.

24. Durlak, J.A., Weissberg, R.P. (2005). A major meta-analysis of positive youth development programs. Annual Meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
25. Dyches, T. T., Smith, T. B., Korth, B. B., Roper, S. O. i Mandleco, B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2213–2220.
26. Eisenberg, N., i Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334–339.
27. Elias, J. M., Zins, M. J. (2006). Social and emotional learning: Promoting the development of all students. *Journal of Eduactional and Psychological Consultation*, 17(2-3), 233-255
28. Emerson, E. (2001) *Challenging behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
29. Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51–58.
30. Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., i Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77-93.
31. Euler, M. J. i McKinney, T. L. (2019). *Handbook of Intellectual Disabilities - Integrating Theory, Research, and Practice: Theories of Intelligence*. Springer Nature Switzerland.
32. Fabes, R. A., Eisenberg, N., Karbon, M., Troyer, D. i Switzer, G. (1994). The relations of children’s emotion regulation to their vicarious emotional responses and comforting behaviors. *Child Development*, 65 (6), 1687–1693.
33. Fox, R. A., Keller, K. M., Grede P. L. i Bartosz A. M. (2007). A mental health clinic for toddlers with developmental delays and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 28(2), 119–129.
34. Gau, S. S., Chiu, Y., Soong, W. i Ming-Been, L. (2008). Parental characteristics, parenting style, and behavioural problems among Chinese children with Down syndrome, their siblings, and controls in Taiwan. *Journal of Formosan Medical Association*, 107(9), 693-703.
35. Gilmore, L. i Cuskelly, M. (2012). Parenting satisfaction and self-efficacy: A longitudinal study of mothers of children with Down syndrome. *Journal of Family Studies*, 18(1), 28-35.

36. Gottfredson, L. S. (1997). Why g matters: The complexity of everyday life. *Intelligence*, 24(1), 79–132.
37. Green, S., Caplan, B. i Baker, B. (2013). Maternal supportive and interfering control as predictors of adaptive and social development in children with and without developmental delays. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(8), 691-703.
38. Green, V. A., O'Reilly, M. O., Itchon, J. i Sigafos, J. (2005). Persistence of early emerging aberrant behavior in children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26(1), 47–55.
39. Greenspan, S., Switzky, H. N. i Woods, G. W. (2011). Intelligence involves risk-awareness and intellectual disability involves risk-unawareness: Implications of a theory of common sense. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(4), 246-257.
40. Hall, S., Oliver, C. i Murphy, G. (2001). Early development of self-injurious behavior: An empirical study. *American Journal on Mental Retardation*, 106(2), 189-99.
41. Hastings, R. P. i Taunt, H. M. (2002). Positive Perceptions in Families of Children With Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107(2), 116-127.
42. Holden, B. i Gitlesen, J. P. (2006) A total population study of challenging behavior in the county of Hedmark, Norway: prevalence and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27 (4), 456–465.
43. Jenkins, J. M. i Oatley, K. (2000). Psychopathology and short-term emotion: The balance of affects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (1), 463–472.
44. Kahng, S., Iwata, B. A. i Lewin, A. B. (2002). Behavioral treatment of self-injury, 1964 to 2000. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 212-21.
45. Keresteš, G., Brković, I., Kuterovac Jagodić, G., i Greblo, Z. (2012). Razvoj i validacija upitnika roditeljskog ponašanja. *Suvremena psihologija*, 15(1), 23-42.
46. Kuterovac Jagodić, G. (2003). Emocionalno opismenjivanje: novi izazov za predškolske ustanove. *Zbornik radova XV simpozija socijalne pedijatrije*, 51-53.
47. LaFreniere, P. J. (2000). *Emotional Development: A Biosocial Perspective*. Wadsworth.
48. Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F. i Basili, G. (2001). Use of microswitches and speech output systems with people with severe/profound intellectual or multiple disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 21-40.
49. LeBuffe, P. A., Shapiro, V. B., i Naglieri, J.A. (2009). *The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA)*. Kaplan Press.

50. LeBuffe, P., Shapiro, V. i Naglieri, J. (2009/2014). The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA). Assessment, technical manual, and user's guide. Apperson, Inc.
51. Leffert, J. S. i Siperstein, G. N. (2002). Social cognition: A key to understanding adaptive behavior in individuals with mild mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation*, 25 (1), 135-181.
52. Leutar, Z. i Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153-176.
53. Lloyd, B. P. i Kennedy, C. H. (2014). Assessment and Treatment of Challenging Behaviour for Individuals with Intellectual Disability: A Research Review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(3), 187-199.
54. Lokoyi O. L. O. (2015). Parenting Styles as Correlates of Aggressive Behaviour Among In-School Adolescent with Mild Intellectual Disability. *Psychology and Behavioral Sciences*, 4 (3), 94-100.
55. Lotan, G. i Ells, C. (2010). Adults with intellectual and developmental disabilities and participation in decision making: ethical considerations for professional client practice. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 48(2), 112-25.
56. Lowe, K., Allen, D., Jones, E. i sur. (2007). Challenging behaviours: prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 625–636.
57. Ljubešić, M. (2005). Stimulacija emocionalnog razvoja djece. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 1(2), Zagreb.
58. Ljubetić, M., Reić Ercegovac, I., Draganja, A. (2019). Razlike između odgojitelja i roditelja djece predškolske dobi u procjeni dječjih socio-emocionalnih kompetencija. *Odgajno-obrazovne teme*, 2(3-4), 185-204.
59. Macuka, I., Smojver-Ažić, S. i Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskog ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja*, 21(2), 383-403.
60. Mañano, C., Coutu, S., Morin, A. J. S., Tracey, D., Lepage, G. i Moullec, G. (2019). Self-concept research with school-aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 238– 255.
61. McAuley, C., Mckeown, C. i Merriman, B. (2012). Spending Time with Family and Friends: Children's Views on Relationships and Shared Activities. *Child Indicators Research* 5(3), 449-467.

62. McClintock, K., Hall, S. i Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability*, 47(6), 406-416.
63. McConnell, D. i Savage, A. (2015). Stress and Resilience Among Families Caring for Children with Intellectual Disability: Expanding the Research Agenda. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 100–109.
64. Mikas, D. i Roudi, B. (2012). Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Paediatrica Croatica*, 56(1), 207-214.
65. Molteno, G., Molteno, C. , Finchilescu, G. i Dawes, A. (2002). Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *Journal of intellectual disability research*, 45(6), 515-520.
66. Oliver, C., Petty, J., Ruddick, L. i Bacarese-Hamilton, M. (2012). The association between repetitive, self-injurious and aggressive behavior in children with severe intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 910-9.
67. Orim, M. A., Orim ,S. O., Adeleke, P. O., Essien, E. E., Olayi, J. E., Essien, C. K., Dada, O. A., Ewa, J. A., Eke, V. U., Igba, I. U., Ogar, R. O. i Owan, V. J. (2022). Cognitive behavioral therapy as treatment intervention for aggressive behaviors in clients with intellectual disabilities and concomitant mental health conditions. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 395.
68. Petty, J. L., Bacarese-Hamilton, M., Davies, L. E. i Oliver, C. (2014). Correlates of self-injurious, aggressive and destructive behaviour in children under five who are at risk of developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 35(1), 36-45.
69. Phillips, A., Conners, F. i Curtner-Smith, M. E. (2017). Parenting children with down syndrome: An analysis of parenting styles, parenting dimensions, and parental stress. *Research in Developmental Disabilities*, 68(5), 9–19.
70. Rezić, L. (2006). Emocionalni razvoj djeteta - Kako pomoći djetetu da se snađe s onim što se događa u njemu i oko njega?. "Dijete, vrtić, obitelj": Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima, 12(45), 7-9.
71. Richman, D.M. (2008). Early intervention and prevention of self-injurious behaviour exhibited by young children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 52(1), 3-17.
72. Roberts, C. M., Mazzucchelli, T., Taylor, K. i Reid, R. (2003). Early intervention for children with challenging behavior and developmental disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50 (3), 275–292.

73. Rose, J., Roman, N., Mwaba, K. i Ismail, K. (2017). The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: a systematic review. *Early Child Development and Care*, 188(10), 1-43.
74. Sappok, T., Hassiotis, A., Bertelli, M., Dziobek, I. i Sterkenburg, P. (2022). Developmental Delays in Socio-Emotional Brain Functions in Persons with an Intellectual Disability: Impact on Treatment and Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 1-14.
75. Schalock, R. L., Luckasson, R. A., i Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116–124.
76. Smith, B. J. i Fox, L. (2003). *Systems of service delivery: A synthesis of evidence relevant to young children at risk of or who have challenging behavior*. Center for Evidence-Based Practice: Young Children with Challenging Behavior.
77. Sovner, R., i Hurley, A. D. (1986). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5(9), 45–49.
78. Stein, M.T., Blum, N.J., Lukasik, M. K. i sur. (2005). Self-injury and mental retardation in a 7-year-old boy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(3), 241-5.
79. Sukhodolsky, D. G., Butter, E. M. (2007). Social Skills Training for Children with Intellectual Disabilities. U: Jacobson, J.W., Mulick, J.A., Rojahn, J. (eds) Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Issues on Clinical Child Psychology. Springer, Boston, MA.
80. Svjetska zdravstvena organizacija (2009). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Medicinska naklada Zagreb.
81. Taylor, R. D. i Dymnicki, A. (2007). Influence on school success: A commentary on “Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?” *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17 (2-3), 225-231.
82. Taylor, R. D. i Dymnicki, A. B. (2007a). Empirical evidence of social and emotional learning’s influence on school success. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17(2-3), 225-23.
83. Van Laarhoven, T. i Van Laarhoven-Myers, T. (2006). Comparison of three video-based instructional procedures for teaching daily living skills to persons with developmental disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 41(4), 365–381.

84. Vasta R., Haith M. H., Miller S. A. (1998). *Dječja psihologija*. Naklada Slap, Jastrebarsko.
85. Vilaseca, R., Gràcia, M., Beltran, F. S., Dalmau, M., Alomar, E., Adam-Alcocer, A. L. i Simó-Pinatella, D. (2017). Needs and supports of people with intellectual disability and their families in Catalonia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 33–46.
86. Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E. i Gullotta, T. P. (2015). *Social and emotional learning: Past, present, and future*. Handbook of social and emotional learning: Research and practice. New York, NY: Guilford.
87. Wolfradt, U., Hempel, S. i Miles, J. N. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521–532.
88. Woolfson, L. i Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health, and Development*, 32(2), 177-184.
89. Žic Ralić, A. (2014) Vršnjaci i djeca s teškoćama. U Igrić, Lj., Fulgosi-Masnjak, R., Wagner Jakab, A. (ur.) Učenik s teškoćama između škole i obitelji. Centar inkluzivne potpore IDEM, Zagreb, 41-56.