

Povezanost teškoća mentalnog zdravlja i obiteljskih kontakata kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja

Jozinović, Katica

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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:158:460050>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-31**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Povezanost teškoća mentalnog zdravlja i obiteljskih kontakata kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja

Katica Jozinović

Zagreb, lipanj, 2016.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Povezanost teškoća mentalnog zdravlja i obiteljskih kontakata kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja

Studentica: Katica Jozinović

Mentorica: Izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak-Galešev

Komentorica: Izv.prof.dr.sc. Daniela Bratković

Zagreb, lipanj, 2016.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad Povezanost teškoća mentalnog zdravlja i obiteljskih kontakata kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja 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: Katica Jozinović

Mjesto i datum: Zagreb, lipanj, 2016.

Naslov rada: Povezanost teškoća mentalnog zdravlja i obiteljskih kontakata kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja

Ime i prezime studentice: Katica Jozinović

Ime i prezime mentorice: Izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak-Galešev

Ime i prezime komentorice: Izv.prof.dr.sc. Daniela Bratković

Modul na kojem se polaže diplomski ispit: Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

SAŽETAK

Kod osoba s intelektualnim teškoćama problemi mentalnog zdravlja (koji podrazumijevaju psihičke poremećaje i probleme u ponašanju) nekoliko puta se češće javljaju u usporedbi s općom populacijom (Sekušak-Galešev, Kramarić, Sekušak-Galešev, 2014). To je razlog zbog kojeg je odabrano u ovom istraživanju posvetiti više pažnje populaciji osoba s intelektualnim teškoćama i njihovom mentalnom zdravlju u Republici Hrvatskoj te mogućim uzrocima veće učestalosti teškoća mentalnog zdravlja, da bi se u konačnici razvile odgovarajuće intervencije odnosno prevencija teškoća mentalnog zdravlja kod ove posebno ranjive skupine ljudi.

Kao osnovni elementi mentalnog zdravlja naglašene su osnovne ljudske potrebe poput prihvaćenosti, međuljudskih odnosa i privrženosti (Menolascino, 1970, prema Fletcher i Došen, 1993). Pod pojmom kvalitete obiteljskih interakcija podrazumijevamo dvije dimenzije opisane kao prihvaćanje (emocionalna toplina, intimnost, pružanje podrške...) i suprotna njoj, odbacivanje (kontrola, zanemarivanje, kažnjavanje...) (PART- Parental acceptance- rejection theory, Rohner, 1984, prema Proroković i sur., 2004). Ukoliko osoba nema dovoljno kontakata s bliskim članovima obitelji, neće biti zadovoljna ni sretna, a to su osnovne pretpostavke za psihičko zdravlje osobe. Osnovni cilj rada je utvrditi postoji li povezanost između određenih aspekata mentalnog zdravlja, bilo to ponašanje ili psihički problemi, s učestalošću obiteljskih kontakata. Sukladno tome istraživalo se mentalno zdravlje 14 odraslih osoba s intelektualnim teškoćama starijih od 18 godina pomoću SRPD Skale (Skala za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku), primjenom AAMD Skale II dio, koji se odnosi na neadaptirana ponašanja te su procijenjeni obiteljski kontakti tih osoba. Prikupljeni podaci obrađeni su deskriptivnom statistikom, te kako bi se izračunala povezanost između mjernih instrumenata korišten je Spearmanov koeficijent rang-korelacije.

Rezultati procjene psihičkih poremećaja pomoću SRPD Skale pokazali su da je 6 ispitanika (od ukupno 14) suspektno, odnosno ima ukupnu moguću psihopatologiju višu od 25%. Rezultati drugog dijela AAMD Skale pokazuju da ispitanici većinom postižu niže vrijednosti, što ukazuje na malenu sklonost nepoželjnim ponašanjima, osim pojedinih ispitanika koji u najviše područja ostvaruju više rezultate od ostalih. Upravo ti ispitanici sa najvećim brojem područja u kojima su ostvareni najviši rezultati na drugom dijelu AAMD Skale su i među 6 ispitanika koji su suspektni na SRPD Skali. Rezultati Procjene obiteljskih kontakata pokazali su da gotovo svi roditelji nikada ne zovu niti ne šalju sms i slične poruke našim ispitanicima. Razlog može biti i to što osobe ne posjeduju mobilni telefon, no bez obzira na to, kada zovu asistente/zastupnike oni većinom ne traže da razgovaraju sa svojom djecom niti da im asistent/zastupnik poruči nešto. Što se tiče informativnih poziva o našim ispitanicima, roditelji se ili nikada ne informiraju (35,7%), ili to čine najmanje jednom mjesečno (35,7%). Roditelji dolaze u posjet najmanje jednom mjesečno u pola slučajeva te u isto toliko slučajeva djeca odlaze u posjet u roditeljski dom. Velika većina ispitanika i roditelja zajednički ne posjećuju javne sadržaje u zajednici niti odlaze na zajedničke izlete i putovanja. Zanimljivo je da su najviši rezultati na području izražavanja interesa za roditelje tako što ih ispitanici vrlo često spominju, čak u 71,4% slučajeva. Odgovori su bili najmanje jednom tjedno, no to je vrlo često nekoliko puta na dnevnoj bazi.

Rezultati ispitivanja povezanosti mjernih instrumenata pokazuju da je ukupna moguća psihopatologija (SRPD) statistički visoko i značajno povezana s drugim dijelom AAMD Skale, no s Procjenom obiteljskih kontakata nije statistički značajno povezana. Između varijabli drugog dijela AAMD Skale i varijabli Procjene obiteljskih kontakata postoji na nekoliko područja

statistički značajna povezanost. Zaključujemo kako su standardizirani mjerni instrumenti SRPD i AAMD korisni u istraživanju i procjeni teškoća mentalnog zdravlja i problema u ponašanju, te su vrlo povezani. Također, Procjena obiteljskih kontakata je korisna da bi se utvrdilo realno stanje učestalosti kontakata odraslih osoba s intelektualnim teškoćama i njihovim obiteljima, te učestalost tih kontakata ima povezanost s neadaptiranim ponašanjima. Nedostaci istraživanja su u prvom redu malen broj ispitanika, neosjetljivost i nestandardiziranost mjernog instrumenta Procjena obiteljskih kontakata, manjak čestica unutar tog mjernog instrumenta. Preporuke za daljnja istraživanja su kvalitativna istraživanja u kojima će se fokusirati na pojedinačne slučajeve te proširivanje istraživanja na reprezentativniji broj ispitanika.

Ključne riječi: intelektualne teškoće, mentalno zdravlje, obiteljski kontakti

ABSTRACT

In persons with intellectual disabilities mental health problems (which include psychiatric disorders and behavioral problems) are several times more often common in comparison with general population (Sekušak-Galešev, Kramarić, Sekušak-Galešev, 2014). That is the main reason it is selected to pay more attention on people with intellectual disabilities and their mental health in Croatia in this study. It is important to investigate possible causes of higher frequency of mental health problems, to develop appropriate interventions and preventions mental health problems this especially vulnerable group of people.

Underlying elements of mental health problems are basic human needs as acceptance (emotional warmth, intimacy, support...) and its contrary, rejection (control, negligence, punishment...) (PART- Parental acceptance- rejection theory, Rohner, 1984, prema Proroković i sur., 2004). So far as person doesn't have enough contacts with close family members, it wouldn't be satisfied and happy, and that are the basic prerequisites for mental health. The main purpose of these study was explore the correlation between specified mental health elements (behaviour and psychiatric disorders) and frequency of family contacts. Study investigated mental health 14 adults with intellectual disabilities older than 18 years with SRPD Scale (Scale for developmental psychiatric diagnostics), second part AAMD Scale which measures maladaptive behaviours and family contacts were evaluated for these people by Family contacts assesment. The collected data of the study were analyzed by descriptive statistics, and Spearman's coefficient of rank correlation was used to calculate the correlation between measuring instruments.

Results of psychiatric disorders assesment using SRPD Scale show that 6 of total 14 respondents have a total possible psychopatology higher than 25%. Results of the second part of AAMD Scale show that respondents in most areas are located in lower values, indicating a lower incidence of challenging behaviours, except some respondents who achieved higher results in some areas. Actually these respondents with higher results on AAMD Scale are also among 6 suspected respondents on SRPD Scale. Results of Family contacts assesment show almost all parents have never been calling either sending messages to their children. The reason could be lack of mobile phones, regardless, when they were calling assisstants or case managers they never asked to talk to their children or send them greetings. At the area of informative calls, parents have never been informing about their children (35,7%) or they have been informing at least once a month (35,7%). Parents have been visiting their children at least once a mont in 50% cases and children also have been visiting their parent in 50% cases. Most children and parents haven't been visiting public contents in community and haven't been going on trips or vacation. It is interesting the highest results are at the area interest expression about parents by mentioning them, even 71,4% respondants. The most answers were at least once a week, but in fact, it is several times a day.

Results of the correlation examination between measuring instruments show that the total possible psychopatology (SRPD) is statistically highly associated with second part AAMD Scale, but with Family contacts assesment is not statistically highly associated. Between second part AAMD Scale and Family contacts assesment there are few areas statistically highly associated. According to these results, we can conclude that the measuring instruments SRPD and AAMD are useful in research. As well, Family contacts assesment is useful to see real frequency condition of family contacts adults with intellectual disabilities, and their contacts are associated

with challenging behaviours. Study disadvantages are insensitivity and unstandardized measuring instrument Family contacts assesment, lack of variables in this instrument and small number of respondents. Recommendation for future studies is qualitative research focused on individual case.

Keywords: intellectual disabilities, mental health, family contacts

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. MENTALNO ZDRAVLJE.....	1
1.2. MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA	2
1.2.1. Problemi/poremećaji u ponašanju	3
1.2.2. Psihičke smetnje	4
1.3. RAZVOJNI PRISTUP	6
1.4. OBITELJSKE INTERAKCIJE I KONTAKTI	7
1.4.1. Uloga obitelji u pojavi psihičkih teškoća i problema u ponašanju	10
2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA.....	12
3. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	12
4. METODE ISTRAŽIVANJA	12
4.1. Uzorak ispitanika.....	12
4.2. Mjerni instrumenti	13
4.3. Način provođenja istraživanja.....	14
4.4. Metode obrade podataka	14
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA	15
5.1. Rezultati procjene psihičkih poremećaja skalom SRPD	15
5.2. Rezultati procjene na drugom dijelu AAMD skale adaptivnog ponašanja koja se odnosi na neadaptirana ponašanja	19
5.3. Rezultati procjene obiteljskih kontakata	29
5.4. Povezanost mjernih instrumenata	37
5.4.1. Povezanost SRPD Skale za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku i Procjene obiteljskih kontakata.	38
5.4.2. Povezanost SRPD Skale za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku i drugog dijela AAMD Skale adaptivnog ponašanja.....	39
5.4.3. Povezanost Procjene obiteljskih kontakata i drugog dijela AAMD Skale adaptivnog ponašanja	40
6. ZAKLJUČAK	44
7. LITERATURA	46
PRILOZI	48

1.UVOD

1.1. MENTALNO ZDRAVLJE

Porastom urbanizacije, industrijalizacije i individualizacije pojedinca javlja se i više psihičkih oboljenja. Takva problematika zahtijeva adekvatnu organizaciju skrbi za mentalno zdravlje cjelokupne populacije (Došen, 2004).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i slabosti (WHO, 2007, prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013) dok je mentalno zdravlje definirala kao stanje dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti u kojem pojedinac ostvaruje osobne sposobnosti/potencijale, uspješno rješava uobičajene životne stresove, odnosno može se s njime nositi, radi produktivno i plodonosno te je sposoban dati svoj doprinos u zajednici (WHO, 2001 prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013).

Nema zdravlja i osjećaja prirodne životne radosti koja daje smisao postojanju, bez mentalnog zdravlja. Mentalna funkcionalnost osoba odražava se u svim aspektima ljudskog ponašanja. Mentalno biti funkcionalan znači imati takav konstrukt osobnosti kojim čovjek sve svoje „darove“ i resurse, od inteligencije do fizičkih dispozicija, optimalno i balansirano koristi zadovoljavajući osobne, ali i pridonoseći potrebama drugih i zajednice (Božičević, Brlas, Gulin, 2012). S gledišta psihodinamske i systemske teorije zapažena su tri faktora bitna za psihičko zdravlje:

- Stabilna ličnost
- Čvrsta pozicija i uloga u društvu
- Iskorištavanja vlastitih sposobnosti

Stabilnu osobu obilježava uravnoteženost različitih aspekata koji formiraju ličnost (kognitivni, socijalni i emocionalni).

Čvrsta pozicija i uloga u društvu znači da osoba ima čvrsto prostorno mjesto za sebe, a da u odnosu prema drugima posjeduje izvjesu funkciju.

Iskorištavanje vlastitih sposobnosti znači imati priliku i motivaciju tako usmjeriti svoje psihičke i fizičke aktivnosti u odnosu prema svojoj okolini da učinak predstavlja zadovoljavajuće djelovanje na okolinu (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Tijelo može biti u svakom detalju zdravo, genska dispozicija bez opterećenja, inteligencija izvrsna, a osoba može biti posve neučinkovita u svom funkcioniranju, čak vrlo štetna ponašanjem po sebe ili zajednicu, može biti nesretna do razine suicidalnosti, čak i unatoč vrlo povoljnih trenutnih životnih okolnosti (Božičević, Brlas, Gulin, 2012). Na kraju treba naglasiti da su intelektualne teškoće smetnja u razvoju, a ne psihičko oboljenje i da same po sebi ne spadaju u teškoće mentalnog zdravlja. Naravno da intelektualne teškoće mogu biti izazvane bolestima središnjeg živčanog sustava, te se razvoj nakon ozdravljenja može nastaviti, no ostaju trajne posljedice uzrokovane primarnim oboljenjem središnjeg živčanog sustava (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

1.2. MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

Da osobe s intelektualnim teškoćama također pate od bolesti mentalnog zdravlja je prvi put primijećeno sredinom 19.tog stoljeća (Reid, 1989, prema Berrios, 1994, prema Došen, Day, 2001) i krajem istog stoljeća u knjigama se pojavljuju klinički opisi osnovnih oblika mentalnih poremećaja koji se pojavljuju u osoba s intelektualnim teškoćama.

Životni vijek osoba s intelektualnim teškoćama dosta se produžio, vodeći ka generaciji odraslih i starijih osoba s intelektualnim teškoćama. Odrasli s intelektualnim teškoćama često imaju mnoga komorbidna medicinska stanja u koje spada i mentalno zdravlje. Intelektualne teškoće povezane su s većim stupnjem zdravstvenih teškoća, no doživljavaju istu razinu tih mentalnih i fizičkih stanja kao i opća populacija. Problem je u njihovu nivou funkcioniranja i kognitivnim teškoćama koji mogu biti predispozicija za razvoj većih zdravstvenih problema (Eady i sur., 2015). Također, osobe s intelektualnim teškoćama imaju teškoće u suočavanju sa stresom jer nisu naučili određene strategije nošenja sa stresom (Fletcher, Došen, 1993).

U okviru mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama javljaju se problemi u ponašanju i psihički poremećaji. Poremećaji ponašanja i psihička oboljenja u osoba s intelektualnim teškoćama javljaju se tri do pet puta češće nego kod opće populacije. Uzroci toga povezani su s biloškim i funkcionalnim poremećajima te sa nepovoljnim uvjetima okoline u kojima ove osobe odrastaju i žive (Došen, 2004). Što su intelektualne teškoće težeg stupnja, to su ozbiljniji i psihički poremećaji (Sekušak- Galešev, Kramarić, Sekušak- Galešev, 2014). Osim toga, u ove populacije su češće i fizičke a ne samo psihičke teškoće, te se u osoba s intelektualnim teškoćama javljaju u ranijoj dobi i perzistiraju i progrediraju u odrasloj dobi (Holland, Koth, 1998, prema Kaptein, Jansen, Reijneveld, 2008).

Najčešći problem ponašanja je agresivnost (u oko 10% slučajeva), a od psihičkih oboljenja prednjači depresivnost (u 15 do 20% slučajeva) (Došen, 2004). Kod osoba s intelektualnim teškoćama agresija može biti signal ili poruka ako postoje teškoće i prepreke u komunikaciji (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002). Ove osobe imaju i više razine psihoze, demencije te poremećaja raspoloženja uspoređujući s općom populacijom (Strydom, Hassiotis, Livingston, 2005, prema Cooper, Smiley, Morrison, 2007, prema Strydom, Livingston, King, 2007, prema Eady i sur., 2015).

1.2.1. Problemi/poremećaji u ponašanju

Pojam smetnje/problemi/poremećaji u ponašanju podrazumijeva smetanje okoline vlastitim ponašanjem (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002). Problemima ponašanja nazivamo agresivno, autoagresivno, nekontrolirano, rušilačko/destruktivno te neprilagođeno i antisocijalno (za društvo neprihvatljivo) ponašanje (Došen i sur., 2007, Brown i sur., 2011, prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013), te se konstantno izvještava o prevalenciji 20% do 40% kod osoba s intelektualnim teškoćama (Jacobson, 1982, prema Kiernan, Moss, 1990, prema Lund, 1986, prema Rojahn, 1993, prema Došen, Day, 2001).

Treba razlikovati probleme ponašanja koji su dio slike psihičkih poremećaja od onih koji nastaju zbog organskih uzroka, pedagoških uvjeta (Došen i Škrinjar, 2001, prema Došen i Igrić, 2002, Došen i sur., 2007, Babić i sur., 2008, Courtemanche i sur., 2011, prema Kramarić, Sekušak-

Galešev, Bratković, 2013), senzornih teškoća, nemogućnosti komuniciranja vlastitih osjećaja, usporenog jezičnog razvoja, niskog samopoštovanja te neprihvatanja različitosti ovih pojedinaca od strane okoline (Fletcher, Došen, 1993). Na primjer, ista vrsta maladaptivnog ponašanja može biti zbog deficita razvoja interpersonalnih vještina bez da je osnova tog ponašanja psihopatologija, a može biti i stvarni simptom psihičkih poremećaja u druge osobe (Došen, Day, 2001). Zbog toga valja biti jako oprezan s dijagnostikom takvih problema u ponašanju.

Smetnje u ponašanju valja promatrati i u odnosu prema stupnju razvoja. Dijagnoza ovisi također i o uzrocima smetnji te egzistencijalnoj problematici (uvjetima života) osobe. O smetnjama ponašanja treba govoriti kad se radi o ponašanju koje ugrožava zdravlje i društvene potrebe same osobe, a koje je prouzročeno poremećajem struktura ličnosti, određenim smetnjama funkcije mozga, krivo naučenim interakcijskim oblicima ili kombinacijom tih faktora (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

1.2.2. Psihičke smetnje

Psihičkim poremećajima smatramo poremećaj emocionalnog funkcioniranja kombiniran s neadekvatnim doživljajem sebe samog i svoje okoline, a često i s poremećajima mišljenja i kognitivnog funkcioniranja (Došen, 2004, prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013).

DSM definira ove smetnje kao klinički upadljivo ponašanje ili psihički sindrom ili oblik ponašanja za koji je tipično da se kod nekih osoba javlja uz doživljene tegobe ili s nekom smetnjom funkcioniranja. S aspekta razvojne psihopatologije psihičke smetnje su definirane kao smetnje emocija, ponašanja ili odnosa koji su tijekom razvoja neadekvatni ili čije je trajanje i težina toliko jaka da uzrokuje neprestane patnje i nelagode osobe/djeteta i/ili opterećenja odnosno smetnje u obitelji i životnoj zajednici (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Do prije dvadesetak godina u nekim je stručnim krugovima vladalo mišljenje da osobe s intelektualnim teškoćama ne mogu doživjeti emocionalne stresove i da ne mogu imati psihičke poremećaje. Nepoželjni oblici ponašanja smatrani su značajkom intelektualnih teškoća samih po

sebi. Mislilo se da osobe s lakim intelektualnim teškoćama ne mogu biti zabrinute, a da osobe s teškim intelektualnim teškoćama ne mogu doživjeti emocionalni stres. Tek u današnje vrijeme psihologija i medicinske znanosti otkrivaju emocije kao bazu adaptivnih i motivacijskih psihičkih funkcija koje su značajne za psihičko i fizičko zdravlje. To je pogotovo izraženo kod osoba s niskim kognitivnim razvojem (Došen, 2003). Psihopatološka stanja nastaju kao neadekvatna psihička reakcija na štetne unutrašnje i vanjske utjecaje, odnosno, nastaju kao stanja maladaptacije osobe na određene uvjete (Van Praag, 2000, prema Došen, 2003). Ukoliko nepovoljna stresna situacija dugo traje ili se pojača, nastaju i dublji psihički poremećaji sa depresivnim i drugim stanjima (Došen, 2003).

Veliki depresivni popremećaj i bipolarni poremećaj javlja se jednako učestalo kao u općoj populaciji. Psihотиčni simptomi osobito shizofrenija javljaju se češće kod osoba s intelektualnim teškoćama (Došen, Day, 2001). Kao što je već spomenuto, specifični faktori poput organskog oštećenja mozga i njegove disfunkcije, koji su češći kod ove populacije ljudi, mogu objasniti veću prevalenciju psihičkih poremećaja (Turner, 1989, prema Tyrer, Dunstan, 1997, prema Došen, Day, 2001).

Najčešće se do psihijatrijske dijagnoze osoba s intelektualnim teškoćama dolazilo tradicionalnim psihijatrijskim, fenomenološkim, opisnim pristupom, kakav nalazimo u Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih poremećaja (DSM) te u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i stanja (ICD) (Sekušak- Galešev, Kramarić, Sekušak- Galešev, 2014). Danas se zna da jedini pristup koji može objasniti poveznicu intelektualnih teškoća i mentalnog zdravlja jest razvojni pristup. Njime se poboljšava razumijevanje značenja ponašanja osobe na određenoj razvojnoj razini, a to pomaže shvatiti patogenezu, čime se unaprjeđuje dijagnostički postupak. Nadalje, pomaže u razumijevanju motivacije osobe, što je od koristi u planiranju liječenja. Na taj se način (primjenom razvojno dinamičkog pristupa) u središte zanimanja dovode interakcija s okolinom i pravi životni problemi osobe s intelektualnim teškoćama (Sekušak- Galešev, Kramarić, Sekušak- Galešev, 2014).

1.3. RAZVOJNI PRISTUP

Poteškoće u dijagnostici psihičkih poremećaja kod osoba s intelektualnim teškoćama proizlaze iz intelektualnog nedostatka zbog kojeg osoba ne može primjereno izraziti svoje misli i osjećaje, psihosocijalne nezrelosti zbog čega simptomi bivaju neadekvatno prezentirani ili neprepoznati te kognitivne dezintegracije u uvjetima stresa ili sklonosti regresivnom ponašanju odnosno psihičkom funkcioniranju na nižoj razini. Također, ove osobe često burno reagiraju u manje značajnim stresnim situacijama (Sauner i Surley, 1986, prema Došen, 1994, prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013).

Dosadašnja dijagnostika zasnovana je na fenomenima/simptomima koje povezujemo zajedno u zasebne dijagnostičke entitete ili psihijatrijske sindrome. Takav pristup ne zadovoljava praktičare jer ne mogu primjenom te metode izaći na kraj s mnogim praktičnim problemima, posebno kada se radi o djeci, starijim osobama, osobama s razvojnim teškoćama itd. (Došen, 2003). Nedovoljno upućeni stručnjaci svode tretman na primjenu lijekova te korekcije i kontrolu ponašanja, što obično dovodi do negativnih rezultata (Došen, 2003) te do paradoksnih efekata kada se sedativi i antidepresivi prestanu uzimati (Došen, Day, 2001).

Došen i suradnici su razvili razvojno dinamički pristup u psihijatriji kao dodatak tradicionalnom, opisnom, fenomenološkom pristupu u radu s osobama s intelektualnim teškoćama. Prema ovom pristupu pojava psihičkih poremećaja određena je sljedećim čimbenicima (Došen, 1994, Ruter, 2001, prema Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013):

- 1) Specifični biološki čimbenici
- 2) Specifične psihičke okolnosti
- 3) Specifični uvjeti okoline
- 4) Specifičan tijek razvoja

Ova 4 faktora međusobno su povezana i utječu jedan na drugoga. Promjena jednog faktora vodi do promjene cijele strukture (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Ličnost djeteta s intelektualnim teškoćama je karakteristično strukturirana, emocionalno i socijalno osjetljivija, pa u nepovoljnim okolnostima bude sklona razvoju problema ponašanja ili psihičkih poremećaja (npr. sklonost depresivnim reaktivnim stanjima kod promjene sredine ili pri rastanku od bliskih osoba). Specifičnim uvjetima okoline se smatraju naprimjer promjene u obitelji.

Specifičnost tijeka razvoja osoba s intelektualnim teškoćama je u nesrazmjeru s tjelesnim i psihičkim razvojem, a povrh toga se često događa da kognitivni razvoj bude u nesrazmjeru s emocionalnim i socijalnim razvojem te da se unutar emocionalnog i kognitivnog razvoja jave neujednačenosti (Kramarić, Sekušak-Galešev, Bratković, 2013). Promatranjem razvoja pojedinca dolazi se do uvida u kojoj je fazi razvoja nastao poremećaj i koji su faktori u tom trenutku imali značajan utjecaj te kako su se dalje razvijali nepovoljni (psihopatološki) procesi. S ovog aspekta moguć je uvid u uzročno posljedičnu vezu s mogućnostima pravilne intervencije (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Sagledavanje razvojne, funkcijske i adaptivne problematike osnovno je za razumijevanje patogeneze i aktualnog psihopatološkog stanja pacijenta. Tretman mora biti integrativan i posebno uzimati u obzir osnovne emocionalne potrebe, adaptacijske mogućnosti osobe i uvjete okoline. Te postavke trebale bi biti vodeće smjernice u psihijatrijskom pristupu osobama s intelektualnim teškoćama (Došen, 2000, prema Došen, 2003).

1.4. OBITELJSKE INTERAKCIJE I KONTAKTI

Važnost kontinuirane podrške od strane okoline osoba s intelektualnim teškoćama zasniva se na spoznaji o važnosti te podrške u životu svakog čovjeka. Ključan faktor ljudskog osjećaja dobrobiti u svakodnevnom životu je prisutnost brige i podrške od strane drugih. Osobama s intelektualnim teškoćama individualnu podršku mogu pružati obitelj, značajne druge osobe i službe podrške (Bratković, 2002). U ovom radu osvrnuti ćemo se na obitelj kao ključnu dimenziju u oblikovanju čovjekove psihičke dobrobiti.

Obitelj je kolijevka čovjeka i čovječanstva (Golubović, 1981., prema Janković 2004, prema Wagner-Jakab, 2008), najstarija ljudska institucija koja je pod neprestanim predmetom rasprava (Juul, 1995, prema Wagner-Jakab, 2008).

Općepoznata činjenica je da obitelj ima važnu ulogu u razvoju svakog čovjeka. Zdrava obitelj i razvoj djece postiže se održavanjem snažnih afektivnih veza između članova obitelji (Wagner-Jakab, 2008). Obitelj je važna jer se u njoj mogu ostvariti egzistencijalna sigurnost, potpora, ljubav, pripadanje, osjećaj vlastite vrijednosti te se mogu zadovoljiti seksualne potrebe i potreba za opstankom vrste (Pregrad, 2000, prema Wagner-Jakab, 2008).

Dijete već od najranije dobi razvija osnovnu (bazičnu) sigurnost i privrženost (attachment). Teorija privrženosti Johna Bowlbya (1992, prema Vulić-Prtorić, 2002) najčešće je citirana u tumačenju povezanosti poremećaja u ponašanju u ranoj komunikaciji djeteta-roditelj i različitih internaliziranih i eksternaliziranih oblika psihopatologije. Privrženost je snažna emocionalna vezanost za važnu osobu, a počinje se razvijati od prvih dana života djeteta. Privržena djeca sigurnija su u komunikaciji, stvaraju dublje kontakte, imaju jače samopouzdanje i sposobna su za suočavanje sa snažnim frustracijama. Osobe s intelektualnim teškoćama imaju iste potrebe za privrženošću, no to se često ne može ostvariti u situacijama skrbi za te osobe (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Prema Eriksonu (1976., Teorija psihosocijalnog razvoja), svaka osoba ima potrebu za sigurnošću, na osnovu koje izgrađuje samopovjerenje i samopoštovanje. Osnovno povjerenje odnosno nepovjerenje formiraju se na pozitivnim i negativnim životnim iskustvima. Osnovno povjerenje gradi se od pozitivnog iskustva sa sobom i drugima, u ljubaznoj, zadovoljnoj okolini, prihvaćanjem sebe u cjelini, odsutnošću bolesti, odsutnošću ozbiljnih napetosti kod nama važnih osoba, dobroj njezi, dobroj interakciji i komunikaciji sa okolinom. Osobe s intelektualnim teškoćama češće su izložene negativnim iskustvima. Zbog toga su često preplavljene strahom pred novim osobama i situacijama, razvijaju neadekvatne oblike ponašanja i ne napreduju u skladu sa svojim potencijalima (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002).

Obiteljsko ozračje je istovremeno i konstitutivni dio i produkt obiteljske zajednice, koje određuje: kvaliteta obiteljskih odnosa, komunikacija i interakcije među njenim članovima, psihološke karakteristike članova obitelji, odgojni stil roditelja te međudjelovanje odnosa obitelji i društva. Ovi elementi u svom zajedništvu i međuodnosu kreiraju obiteljsko ozračje te istodobno ono, povratnim svezama djeluje na svaki od tih konstitutivnih elemenata (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999.- 2002).

Ponašanja i odnosi članova obitelji su međusobno povezani na način da promjene jednog člana utječu na ponašanje cijele obitelji. Na svakog člana obitelji utječu drugi članovi obitelji i sustav obitelji u cjelini (Turnbull i dr., 1986, prema Brotherson i dr., 1995, prema Bratković, 2002). Skrbnici često reagiraju pozitivnije prema djeci koja jedu i spavaju dobro, manje plaču, nisu zlovoljna.. Prema djeci koja često plaču, ne dopuštaju da ih se nosi i grli, imaju problema sa hranjenjem i spavanjem, skrbnici često razvijaju drugačiji odnos, sa čestim frustracijama, što opet dovodi do uspostavljanja različitih interakcijskih obrazaca između roditelja i djeteta (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999.- 2002).

Samo roditeljstvo je već odavno prepoznato kao izuzetno važna komponenta zadovoljstva vlastitim životom, sposobnosti prilagođavanja, različitim aspektima života, ponašanja djeteta, akademskim postignućima, moralnim razvojem kao i osobinama ličnosti (Klarin, 2006, prema Wagner-Jakab, 2008). Pojedinci međusobno komuniciraju, gradeći i održavajući, ili pak ugrožavajući odnose s drugim ljudima u svom okruženju. Za zdrav i cjelovit razvoj pojedinca od osobitog je značaja postojanje kvalitetnih odnosa sa »značajnim drugim« s kojima je taj pojedinac u emocionalnom odnosu. Koristeći »skrbne« navike u komunikaciji kvaliteta međuljudskih odnosa raste, a odnosi se unapređuju, dok uporaba »ubojitih« navika razgrađuje i uništava ljudske odnose (Ljubetić, 2006).

Jedan od osnovnih aspekata kvalitete življenja je podrška i odnosi s bliskim ljudima te duševno blagostanje za koje su nam često potrebne i druge osobe. Ukoliko toga nema, narušava se kvaliteta življenja te slijedom toga se u osobe pojavljuju posljedice, bilo fizičke ili psihičke. S obzirom da u osoba s intelektualnim teškoćama se ove teškoće javljaju u velikoj mjeri, te da su većinu života odvojeni od najbližih osoba ili ih njihovi najbliži ne prihvaćaju, odbacuju, ne posjećuju i ne brinu o njima, za pretpostaviti je da igraju vrlo veliku ulogu u narušavanju/

očuvanju njihovog mentalnog zdravlja. O tome govore i organizacije roditelja ove djece u mnogim zemljama koje su manje aktivne nego organizacije roditelja za djecu sa drugim teškoćama, čini se kao da pokazuju manje inicijative, manje se bore za svoja prava i čak bi se moglo govoriti o nekoj vrsti pasivnosti ili apatije (Došen, 2003).

1.4.1. Uloga obitelji u pojavi psihičkih teškoća i problema u ponašanju

Obitelj kao temeljna društvena zajednica ima nezamjenjivu ulogu: odgoj djece. U njoj se ostvaruju prvi socijalni kontakti, iskustva, formiraju vrijednosti, stavovi, usvajaju norme, itd. Stoga možemo reći da se unutar obitelji stječu osnove odgoja u svim područjima života. (Rosić, 1995, prema Zeman, 2013). Da bi obiteljski odgoj bio uspješan potrebne su određene okolnosti iz kojih proizlaze poželjne mogućnosti odgojnog djelovanja u obitelji. Povoljne mogućnosti moguće je iskoristiti odgovarajućim uvjetima, kao što su npr. skladni obiteljski odnosi i potpunost obitelji, primjeren položaj djeteta u obitelji i primjerena obiteljska atmosfera, psihička, socijalna i moralna zrelost roditelja, sređene materijalne prilike i sl., što ističe više autora (Vukasović, 1999; Rečić, 1996; Rosić, 1998, prema Zeman, 2013). S obzirom da se dijete promatra kroz socijalni kontekst, na njega najviše utječu oni slojevi ili sustavi koji su mu bliže, a to je obitelj, koja ima najneposredniji utjecaj (Vulić-Prtorić, 2002).

Isto tako, pokazalo se da su podržavajući obiteljski odnosi značajan prediktor pozitivne prilagodbe u djetinjstvu i mladosti, a neizravni dokazi sugeriraju da su podržavajući obiteljski odnosi zaštitni faktor pri suočavanju s problemima u ponašanju i s problemima prilagođavanja adolescenata (Sanders, 2003, prema Cauce i sur., 1990; Cohen i Wills, 1985; Collins, 2000; Wills, Vaccaro i McNamara, 1992, prema Zeman, 2013).

Rizični faktori su sva ona stanja i okolnosti koja povećavaju vjerojatnost razvoja nekog psihopatološkog procesa, dok zaštitni potiču i održavaju zdravi razvoj. Rizični faktori mogu stvoriti vulnerabilnost ili osjetljivost za razvoj poremećaja, mogu predstavljati «okidač» ili potaknuti razvoj poremećaja. To su svi oni čimbenici koji pojačavaju odgovor na neki stresni događaj. Faktori rizika u obitelji mogu biti npr. stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja- bolest roditelja, nisko samopoštovanje roditelja, roditelji imaju nezrele

mehanizme obrane i disfunkcionalne strategije suočavanja, bračna nesloga i nasilje, sukobi u obitelji, problemi emocionalne vezanosti i privrženosti, manjak intelektualne stimulacije, autoritativni, kažnjavajući odgoj, popustljiv odgoj, zanemarivanje, roditelji se previše i prenapadno upliću u djetetov život, roditelji su nezainteresirani ili zanemaruju dijete, nejasni komunikacijski obrasci, psihološki problemi (posebno depresija), alkoholizam i ovisnosti u obitelji, odvajanje djeteta od obitelji, zlostavljanje djeteta, gubici i tugovanje, socioekonomski problemi obitelji itd. (Vulić-Prtorić, 2002).

Općenito je utvrđeno da su obiteljske interakcije djece koja imaju neke psihološke probleme karakterizirane većim brojem konflikata i problema u komunikaciji, manjim izražavanjem emocija i međusobnom podrškom te češćim odbacivanjem, zanemarivanjem i zlostavljanjem (Vulić-Prtorić, 2002).

U istraživanjima provedenim u Republici Hrvatskoj utvrđeno je da je očevo odbacivanje aspekt roditeljskog ponašanja koji je najviše povezan s različitim oblicima agresivnog, delikventnog i ovisničkog ponašanja (Kuterovac-Jagodić, Keresteš, 1997; Sočković, 1998, prema Ajduković, 1990, prema Glavnić, 1998, prema Vulić-Prtorić, 2002), depresivnošću, anksioznosti i beznadnosti (Turčinov, 2000, prema Vulić-Prtorić, 2000, prema Vulić-Prtorić, 2002).

Unatoč važnosti dijadnih obiteljskih veza, stručnjaci sve više ističu važnost funkcioniranja cijele obitelji kao sustava (Keresteš, 2000, prema Wagner-Jakab, 2008). Ronald Rohner i Preston Britner (2001, prema Vulić-Prtorić, 2002) navode da je doprinos roditelja i djece u razvoju poremećaja u ponašanju podjednaka. Odbacivanje od strane roditelja potiče dijete na neprijateljsko i agresivno ponašanje, ali ako djeca nastave takvo ponašanje roditelji u odnosu pokazuju sve manje toline i podrške. Isto tako, roditelj može biti model za agresivno ponašanje djeteta, ali i doživljaj odbacivanja od strane djeteta može biti poticaj za frustraciju i izražavanje agresivnosti kod djece (Weiss, Catron, 1994, prema Vulić-Prtorić, 2002).

2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Razvoj sposobnosti neke osobe, pa tako i osobe s intelektualnim teškoćama, ovisi o onome što čovjek kod sebe kao mogućnost otkriva i razvija, onome što okolina i bližnji pružaju, što je posebno bitno za istraživanje ovog diplomskog rada, te o onome što drugi cijene i stimuliraju (Van der Valle, Sekušak-Galešev, 2002, MATRA projekt, 1999.2002). Upravo zbog toga naglasak je na prevenciji teškoća mentalnog zdravlja ove populacije koje se javljaju u vrlo ranoj dobi i starenjem postaju sve uočljivije. Danas znamo da to nisu simptomi samih intelektualnih teškoća već da se teškoće pojavljuju s razlogom te da je okolina osoba s intelektualnim teškoćama umnogome drugačija nego u opće populacije. Bitno je odrediti koje značajke okoline, podrške, a pogotovo podrške obitelji i međusobnih odnosa osoba i njihovih obitelji mogu biti ključan faktor koji doprinosi pojavi psihičkih problema i problema u ponašanju ili ih pak pogoršava.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je istražiti teškoće mentalnog zdravlja kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u programu organiziranog stanovanja Centra za rehabilitaciju Zagreb, ispitati njihovo neadaptirano ponašanje u odnosu na ličnost i poremećaje u ponašanju te ispitati učestalost obiteljskih kontakata tih osoba.

Krajnji cilj je utvrditi povezanost između manjka obiteljskih kontakata i pojave teškoća u ponašanju ili psihičkih teškoća u ovih osoba.

4. METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno na jednom uzorku ispitanika: uzorak odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (starijih od 18 godina) koji žive u programu organiziranog stanovanja Centra za

rehabilitaciju Zagreb (N=14). Uzorak je formiran na način da su odabrani ispitanici koji su smješteni u stambenim zajednicama te koji imaju najmanje jednog člana obitelji. Prosječna dob ispitanika je 24 godine. Najmlađi ispitanik imao je 18, a najstariji 34 godine. U odnosu na spol, u uzorak je uključeno 6 ispitanika ženskog spola (42,9%) i 8 ispitanika muškog spola (57,1%). S obzirom na stupanj intelektualnih teškoća, 1 ispitanik je s lakim stupnjem intelektualnih teškoća (7,1%), 7 ispitanika s umjerenim stupnjem intelektualnih teškoća (50%) te 6 ispitanika s težim stupnjem intelektualnih teškoća (42,9%).

4.2. Mjerni instrumenti

1. Skala za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku (SRPD) autora Antona Došena korištena je za procjenu teškoća mentalnog zdravlja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. Skala se sastoji od 64 varijable kojima ispitivač procjenjuje prisutnost određenog oblika ponašanja čiji intenzitet (frekvenciju) rangira na skali od 0 do 2. Pri tome 0 bodova znači da ponašanje i simptomi nisu uočljivi ili se nikada ne događaju, 1 bod znači ponekad i vrlo rijetko dok 2 boda znači često, redovito odnosno izrazito prisutno ponašanje/simptom. Sastoji se od 4 subskale koje se razlikuju s obzirom na razvojnu dob koju pokrivaju (a koju autor povezuje sa stupnjevima intelektualnih teškoća) i u skladu s tim referiraju o relevantnim psihijatrijskim dijagnozama za određenu razvojnu dob. Dakle svaki ispitanik se ne procjenjuje na sve 64 varijable, već to ovisi o njegovoj razvojnoj dobi. Ovim se instrumentom u velikoj mjeri olakšava preciznije postavljanje psihijatrijske dijagnoze kod osoba s intelektualnim teškoćama. Ova skala konstruirana je prema razvojnom pristupu u psihijatrijskoj dijagnostici osoba s intelektualnim teškoćama.

2. AAMD Skala adaptivnog ponašanja autora Nihire i sur. (1991, prema Igrić, Fulgosi Masnjak) sadrži dva dijela, od kojih je u istraživanju korišten drugi dio Skale kojim se mjeri neadaptirano ponašanje u odnosu na ličnost i poremećaje u ponašanju. U ovom istraživanju korištena je kako bi se procijenili problemi u ponašanju odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. Skala sadrži četrnaest područja sa 44 pojedinačne stavke, od kojih je specifično područje Upotreba lijekova, dajući neke dodatne podatke o adaptaciji osobe. Ostala područja koja sadrži Skala su: sklonost silovitom ponašanju i uništavanju, nesocijalno ponašanje, otpor prema autoritetu, neodgovorno ponašanje, povučeno ponašanje, stereotipno ponašanje i manirizmi, neprimjerene navike u kontaktu s drugima, neprihvatljive govorne navike, neprihvatljive i neobične navike, ponašanje

upravljeno protiv sebe, sklonost hiperaktivnom ponašanju, neprihvatljivo seksualno ponašanje te psihički poremećaji.

3. Za procjenu obiteljskih kontakata kreirana je Lista procjene obiteljskih kontakata (Bratković, Jozinović, Sekušak-Galešev, 2016) koja se sastoji od 10 pitanja s odgovorima o učestalosti različitih vrsta kontakata (Najmanje jednom tjedno, najmanje jednom mjesečno, najmanje jednom u šest mjeseci, najmanje jednom godišnje i nikada). Kontakti se odnose na frekvencije obiteljskih posjeta, poziva, odlazaka na izlete, primanje poklona i slično. Mjerni instrument se prvi put primjenjuje na ovom radu i nije standardiziran te nije provedeno pilot istraživanje pomoću ovog instrumenta.

Mjerni instrumenti su primijenjeni na uzorku od 14 ispitanika, odraslih osoba s intelektualnim teškoćama uključenih u program organiziranog stanovanja Centra za rehabilitaciju Zagreb.

4.3. Način provođenja istraživanja

Navedeni upitnici ispunjavani su u suradnji s asistentima te višim asistentima zaposlenima u stambenim zajednicama Centra za rehabilitaciju Zagreb, u obliku intervjua. Ovakav način ispitivanja odabran je zbog različitog shvaćanja istih pitanja unutar upitnika te da bi rezultati bili što pouzdaniji. Također, osoblje koje je odabrano za ispitivanje moralo je poznavati ispitanike najmanje jednu godinu, no obično su to bili asistenti i viši asistenti koji su poznavali ispitanike od početka njihova uključivanja u stanovanje (većina ih je uključena 2013. godine), provodili su s ispitanicima mnogo vremena i poznaju ispitanike još od razdoblja kada su živjeli u institucijama. Iz tih razloga ih najbolje poznaju te i jesu odabrani kao osnovni izvor informacija u ovom istraživanju.

4.4. Metode obrade podataka

Prikupljeni podaci obrađeni su programskim paketom SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Podaci provedenog istraživanja obrađeni su deskriptivnom statistikom te su izračunate korelacije među mjernim instrumentima unutar njihovih varijabli. Zbog distribucije koja nije normalno raspodijeljena te zbog malog broja ispitanika za izračun korelacija korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. No bitno je napomenuti da je malen broj ispitanika

nedostatak istraživanja te procjena obiteljskih kontakata koja je kreirana za svrhu istraživanja nije standardizirani mjerni instrument.

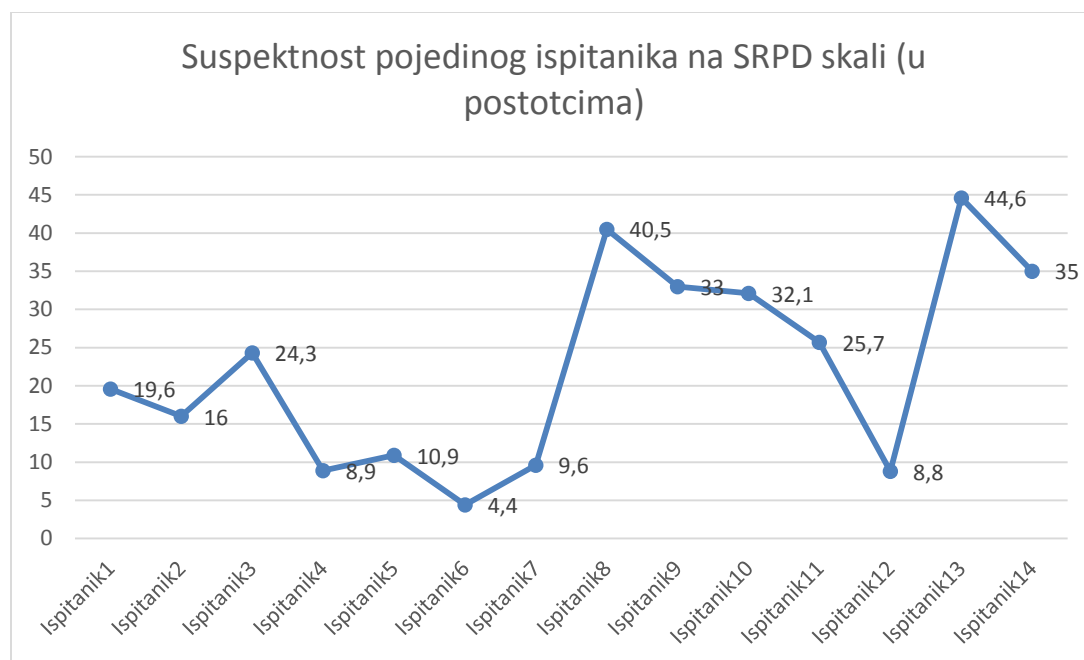
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

Rezultati istraživanja bit će prikazani po svakom pojedinom mjernom instrumentu korištenom u istraživanju.

5.1. Rezultati procjene psihičkih poremećaja skalom SRPD

Na slici 1. prikazani su ispitanici (o s x) te njihova moguća psihopatologija u postotcima. Iznad 25 % rezultat je značajan te predstavlja suspektan nalaz moguće psihopatologije.

Slika 1. Postotci ukupne moguće psihopatologije ispitanika



Tablica 1. Postotci ukupne moguće psihopatologije ispitanika

Postotak	ukupne
----------	--------

	moguće psihopatologije
Ispitanik 1	19,6%
Ispitanik 2	16%
Ispitanik 3	24,3%
Ispitanik 4	8,9%
Ispitanik 5	10,9%
Ispitanik 6	4,4%
Ispitanik 7	9,6%
Ispitanik 8	40,5%
Ispitanik 9	33%
Ispitanik 10	32,1%
Ispitanik 11	25,7%
Ispitanik 12	8,8%
Ispitanik 13	44,6%
Ispitanik 14	35%

Iz dobivenih rezultata vidljivo je da ispitanici pod rednim brojevima 8, 9, 10, 11, 13 i 14 imaju suspektan nalaz jer im postotak ukupne moguće psihopatologije prelazi postotak od 25%. Kada ispitanici imaju suspektan nalaz, za svakog od njih računaju se postotci po pojedinim mogućim dijagnozama uz njima odgovarajuću razvojnu dob te razvojnu dob koja je niža od njihove.

Ispitanik 8.

Na SRPD Skali Ispitanik 8 procjenjuje se na 37 čestica zbog razvojne dobi između 2 i 4 godine koja odgovara težem stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 40,5% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 50% za poremećaj psihofiziološke homeostaze, 40,9% za rani dječji autizam te 50% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob iznad 2 godine također su dobiveni suspektne rezultati: 40% za poremećaj vezivanja/kontaktata, 45% za atipičnu

psihozu, 37,5% za separacijsku anksioznost, 39,3% za pervazivni razvojni poremećaj te 57,69% za organski psihosindrom.

Diferencijalna granica za psihopatologiju dosegnuta je s obzirom na poremećaj psihofiziološke homeostaze i za poremećaj socijalne interakcije za dob do 2 godine, te za organski psihosindrom za dob iznad 2 godine.

Ispitanik 9.

Na SRPD Skali Ispitanik 9 procjenjuje se na 56 čestica zbog razvojne dobi između 4 i 7 godina koja odgovara umjerenom stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 33% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 42,8% za poremećaj psihofiziološke homeostaze, 27,3% za rani dječji autizam te 50% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob iznad 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 40% za poremećaj vezivanja, 45% za atipičnu psihozu, 66,6% za separacijsku anksioznost, 28% za pervazivni razvojni poremećaj te 50% za organski psihosindrom. Za dob iznad 4 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 57,7% za opozicijsko-protestno/negativno/destruktivno ponašanje, 27,3% za depresivnost, 15% za psihozu, 11% za reaktivno stanje te 45% za poremećaj pažnje s hiperaktivnošću.

Diferencijalna granica dosegnuta je za dob do 2 godine za poremećaj socijalne interakcije, za dob iznad 2 godine za separacijsku anksioznost i organski psihosindrom. Za dob iznad 4 godine diferencijalna granica dosegnuta je s obzirom na opozicijsko-protestno/negativno/destruktivno ponašanje.

Ispitanik 10.

Na SRPD Skali Ispitanik 10 procjenjuje se na 56 čestica zbog razvojne dobi između 4 i 7 godina koja odgovara umjerenom stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 32,1% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 71,4% za poremećaj

psihofiziološke homeostaze, 31,8% za rani dječji autizam, 50% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob iznad 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 35% za poremećaj vezivanja, 40% za atipičnu psihozu, 50% za separacijsku anksioznost, 28,5% za pervazivni razvojni poremećaj te 50% za organski psihosindrom. Iznad 4 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 50% za opozicijsko-protestno/negativno/destruktivno ponašanje, 27% za depresivnost, 23% za psihozu, 19% za reaktivno stanje te 25% za poremećaj pažnje s hiperaktivnošću.

Diferencijalna dijagnoza dosegnuta je za dob do 2 godine za poremećaj psihofiziološke homeostaze te poremećaj socijalne interakcije, iznad 2 godine dosegnuta je za separacijsku anksioznost te organski psihosindrom. Za dob iznad 4 godine dosegnuta je diferencijalna dijagnoza za opozicijsko-protestno/negativno/destruktivno ponašanje.

Ispitanik 11.

Na SRPD Skali Ispitanik 11 procjenjuje se na 37 čestica zbog razvojne dobi između 2 i 4 godine koja odgovara težem stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 25,7% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni u sljedeći rezultati: 21% za poremećaj psihofiziološke homeostaze, 14,3% za rani dječji autizam te 25% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob iznad 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 10% za poremećaj vezivanja/kontaktata, 25% za atipičnu psihozu, 33% za separacijsku anksioznost te 30% za organski psihosindrom.

Iako je ispitanik suspektan na SRPD Skali, na pojedinačnim dijagnozama za pojedinu razvojnu dob nije dosegao diferencijalnu dijagnozu.

Ispitanik 13.

Na SRPD Skali Ispitanik 13 procjenjuje se na 37 čestica zbog razvojne dobi između 2 i 4 godine koja odgovara težem stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 44,6% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni u sljedeći rezultati: 42,9% za poremećaj psihofiziološke homeostaze, 63,6% za rani dječji autizam te 35% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob

iznad 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 55% za poremećaj vezivanja, 25% za atipičnu psihozu, 45,8% za separacijsku anksioznost, 53,6% za pervazivni razvojni poremećaj te 46,2% za organski psihosindrom.

Diferencijalna dijagnoza doseguta je za dob do 2 godine za rani dječji autizam, za dob iznad 2 godine za poremećaj vezivanje te pervazivni razvojni poremećaj.

Ispitanik 14.

Na SRPD Skali Ispitanik 14 procjenjuje se na 37 čestica zbog razvojne dobi između 2 i 4 godine koja odgovara težem stupnju intelektualnih teškoća. Postotak ukupne moguće psihopatologije iznosi 35% što je suspektan rezultat. Budući da je rezultat suspektan, izračunati su i postotci po pojedinim mogućim dijagnozama za razvojnu dob navedenog ispitanika i za nižu razvojnu dob. Za dob do 2 godine dobiveni u sljedeći rezultati: 35,7% za poremećaj psihofiziološke homeostaze, 22,7% za rani dječji autizam te 50% za poremećaj socijalne interakcije. Za dob iznad 2 godine dobiveni su sljedeći rezultati: 35% za poremećaj vezivanja, 40% za atipičnu psihozu, 45,8% za separacijsku anksioznost, 17,8% za pervazivni razvojni poremećaj te 46,2% za organski psihosindrom.

Diferencijalna dijagnoza doseguta je za dob do 2 godine za poremećaj socijalne interakcije.

5.2. Rezultati procjene na drugom dijelu AAMD skale adaptivnog ponašanja koja se odnosi na neadaptirana ponašanja

Na sljedećim grafovima prikazani su rezultati drugog dijela AAMD Skale po svakom od 14 područja koja ona sadrži i za svakod od 14 ispitanika da bismo vidjeli koji se ističu višim ili nižim rezultatima. Na osi x su ispitanica a na osi y su postignuti rezultati na određenom području. Viši rezultat predstavlja lošiji rezultat odnosno veće teškoće u adaptivnom ponašanju i veću sklonost nepoželjnim oblicima ponašanja.

Slika 2. Rezultati ispitanika na varijabli Sklonost silovitom ponašanju i uništavanju

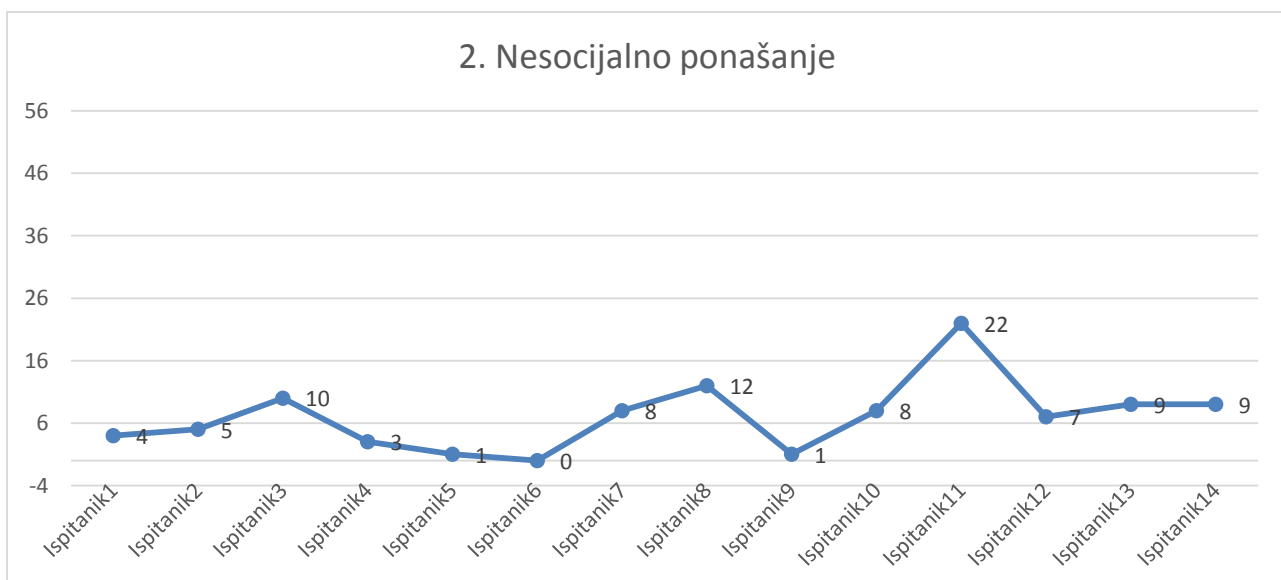


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
6,14	5,545	0	54	0	19

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Ispitanici su na području sklonosti silovitom ponašanju i uništavanju postigli većinom niže vrijednosti. Ispitanici koji postižu rezultate više od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanik 3, Ispitanik 8, Ispitanik 11, Ispitanik 12, Ispitanik 13 i Ispitanik 14. Od tih 6 ispitanika 4 ispitanika je suspektno i na SRPD Skali.

Slika 3. Rezultati ispitanika na varijabli Nesocijalno ponašanje

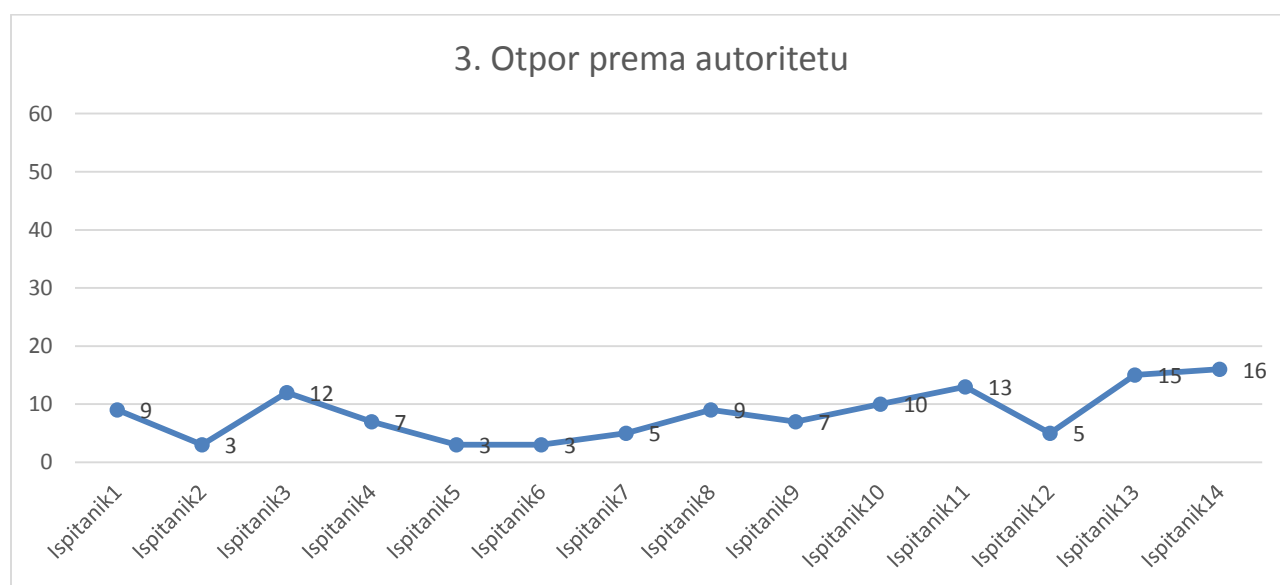


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
7,07	5,677	0	56	0	22

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Rezultati na području nesocijalnog ponašanja također su smješteni među nižim vrijednostima, osim rezultata ispitanika koji su iznad aritmetičke sredine uzorka, a to su Ispitanici 3, 7, 8, 10, 11, 13 i 14. Od tih 7 ispitanika koji postižu više rezultate 5 je suspektno na SRPD Skali.

Slika 4. Rezultati ispitanika na varijabli Otpor prema autoritetu

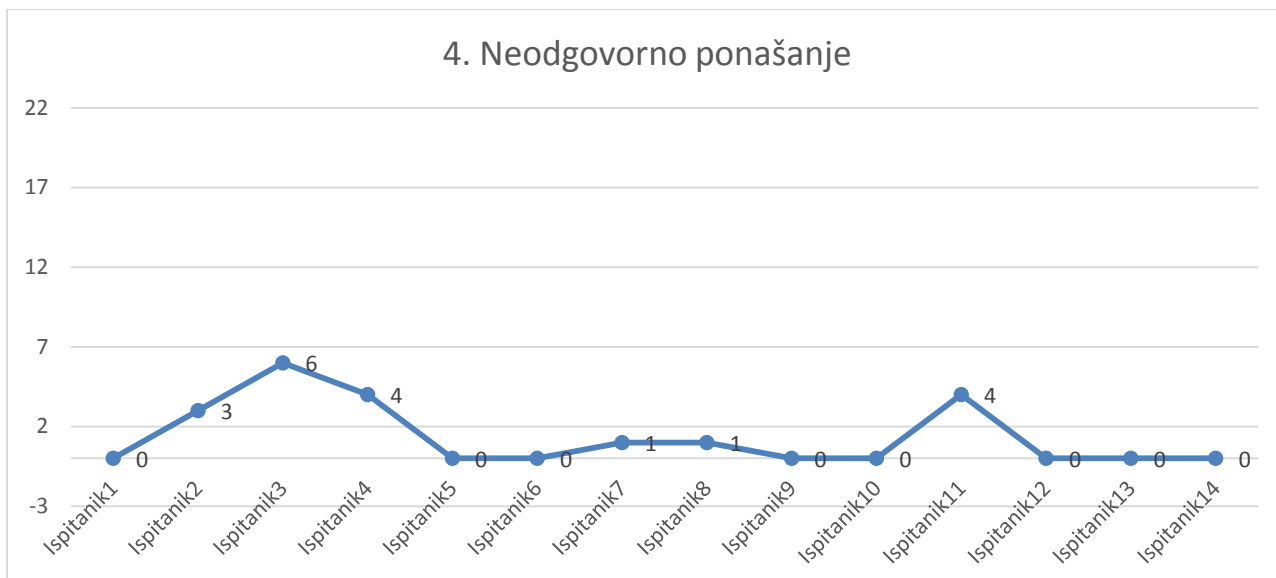


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
8,36	4,413	0	60	3	16

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Rezultati na području otpora prema autoritetu smješteni su ispod aritmetičke sredine i među nižim rezultatima su. Ispitanici koji postižu rezultate iznad aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 1, 12, 8, 10, 11, 13 i 14. Od tih 7 ispitanika suspektno je 4 ispitanika na SRPD Skali.

Slika 5. Rezultati ispitanika na varijabli Neodgovorno ponašanje

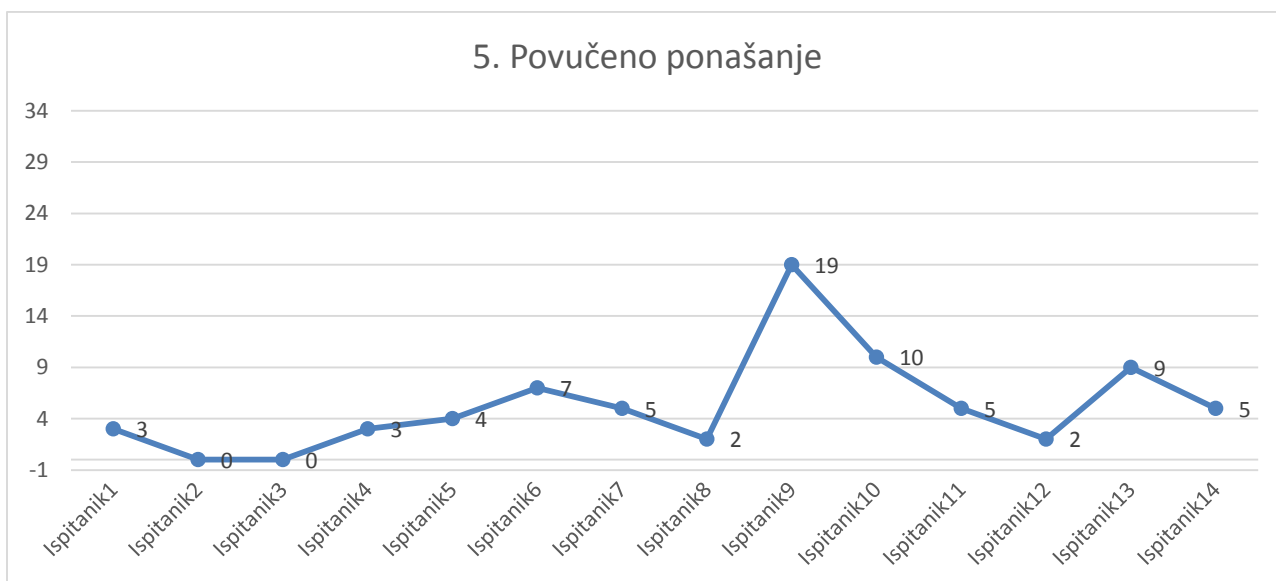


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
1,36	2,023	0	22	0	6

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području neodgovornog ponašanja ispitanici postižu vrlo niske rezultate s obzirom na aritmetičku sredinu, no ispitanici koji postižu rezultate više od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 2, 3, 4, i 11. Od tih 4 ispitanika suspektan je samo 1 ispitanik i na SRPD Skali.

Slika 6. Rezultati ispitanika na varijabli Povučeno ponašanje



M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
5,29	4,937	0	34	0	19

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području povučenog ponašanja kod ispitanika također prevladavaju niži rezultati. Rezultati koji su iznad aritmetičke sredine uzorka su rezultati Ispitanika 6, 9, 10, i 13. Od ta 4 ispitanika troje ih je suspektno na SRPD Skali.

Slika 7. Rezultati ispitanika na varijabli Stereotipno ponašanje i manirizmi

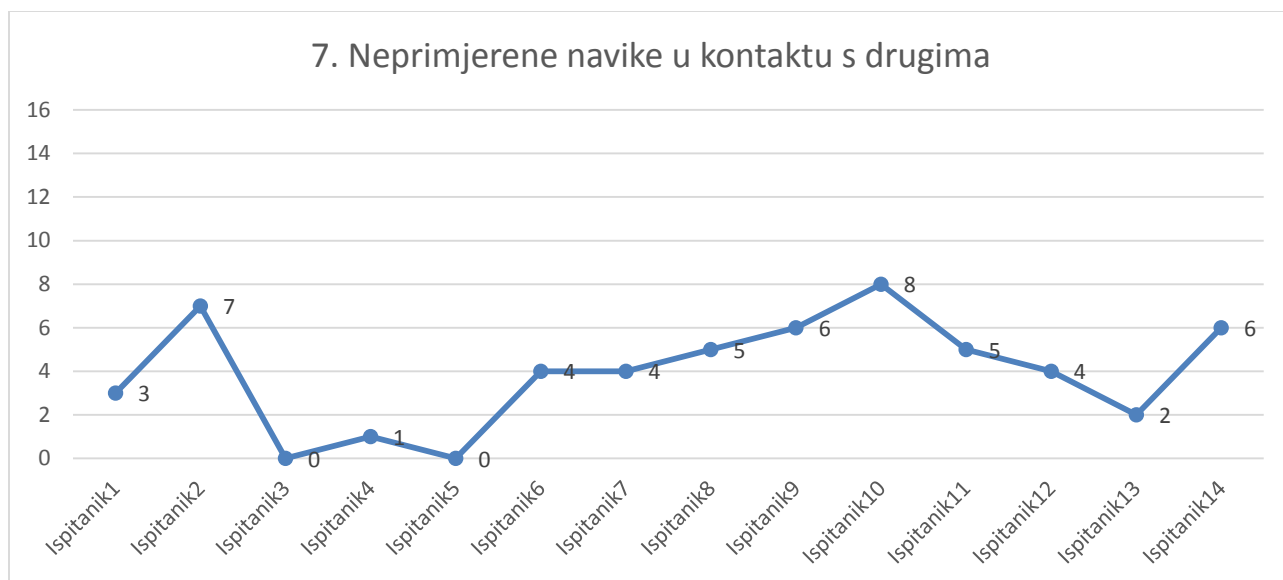


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
2,5	3,459	0	30	0	11

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području stereotipnog ponašanja i manirizama prevladavaju kod ispitanika niži rezultati, manji su od aritmetičke sredine, no oni rezultati koji su viši od aritmetičke sredine uzorka su oni Ispitanika 2, 9, 10, 13 i 14. Od tih 5 ispitanika, njih 4 je ujedno i suspektno na SRPD Skali.

Slika 8. Rezultati ispitanika na varijabli Neprimjerene navike u kontaktu s drugima

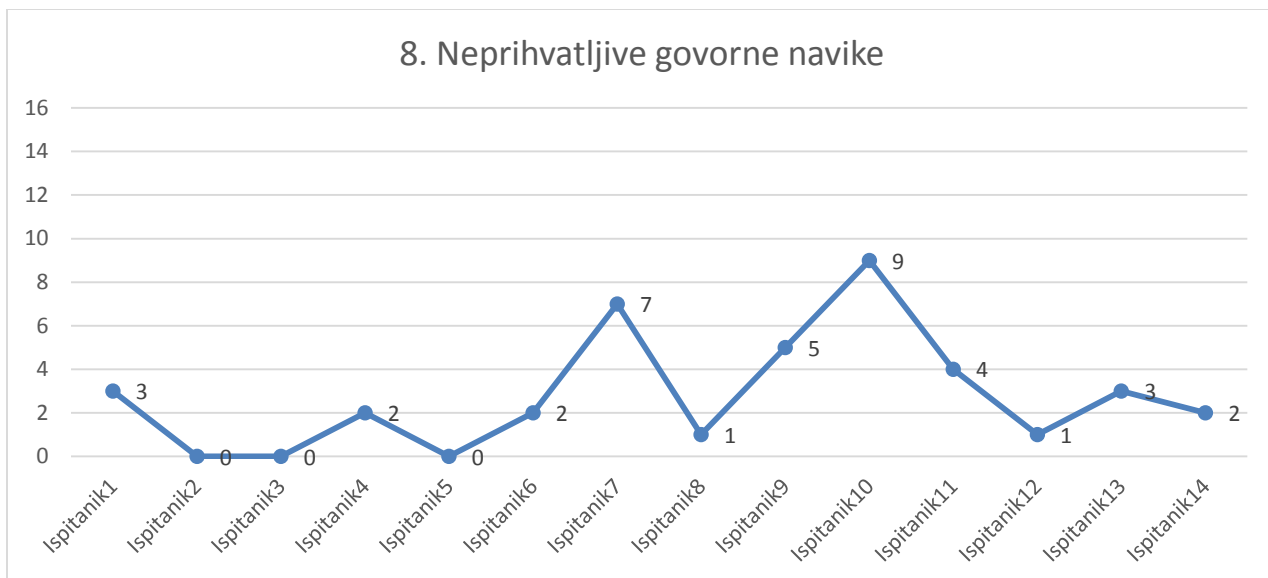


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
3,93	2,495	0	16	0	8

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području neprimjerenih navika u kontaktu s drugima ispitanici su postigli rezultate niže od teoretskog prosjeka. Rezultati koji su viši od prosjeka/aritmetičke sredine našeg uzorka su oni Ispitanika 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 14. Od tih 9 ispitanika njih 5 je i na SRPD Skali pokazalo suspektne rezultate.

Slika 9. Rezultati ispitanika na varijabli Neprihvatljive govorne navike

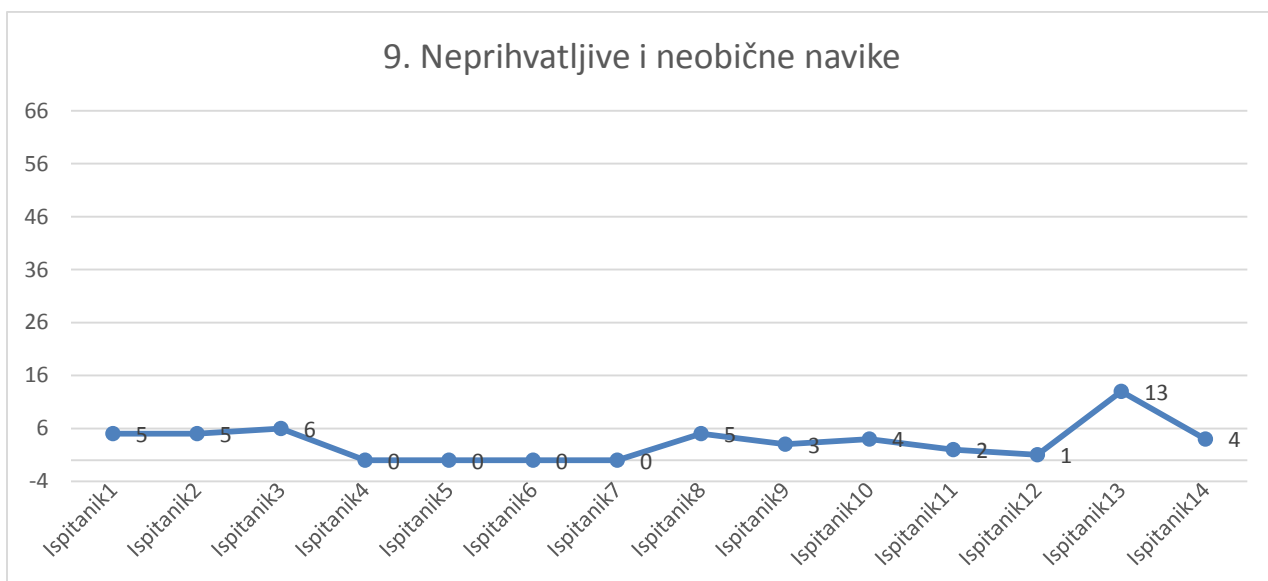


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
2,79	2,694	0	16	0	9

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Rezultati ispitanika na području neprihvatljivih govornih navika su također niži od teoretske aritmetičke sredine. Jedino su pojedini rezultati viši od aritmetičke sredine uzorka, a to su rezultati Ispitanika 1, 7, 9, 10, 11, 13 i 14. Od tih 7 ispitanika njih 5 je suspektno na SRPD Skali.

Slika 10. Rezultati ispitanika na varijabli Neprihvatljive i neobične navike

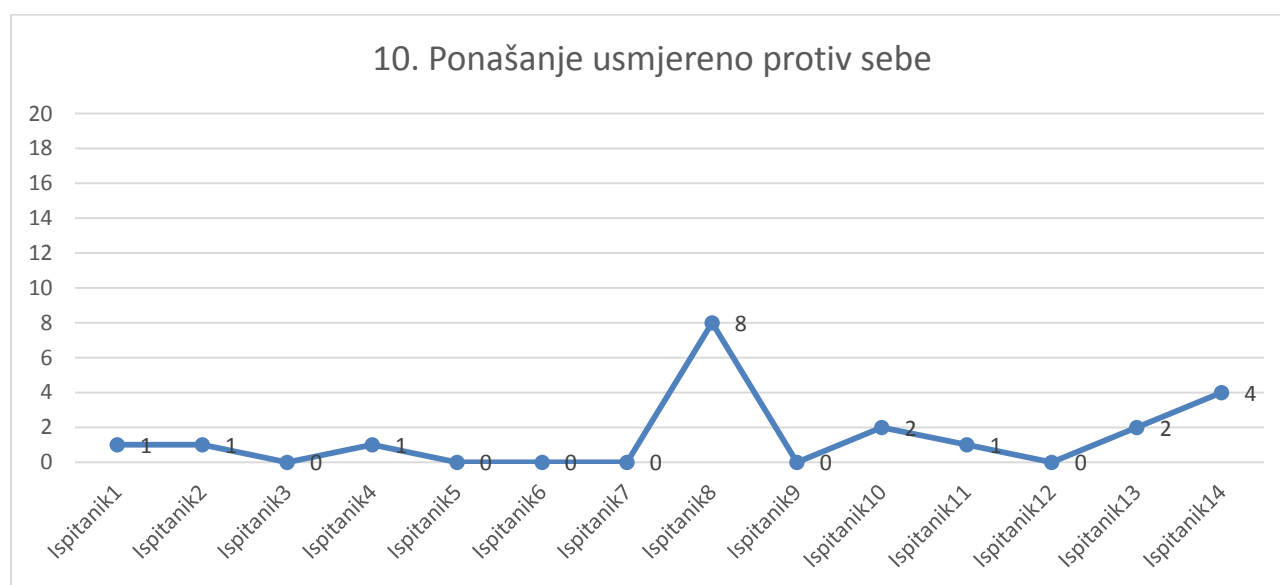


M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
3,43	3,524	0	66	0	13

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Rezultati ispitanika na području neprihvatljivih i neobičnih navika smješteni su vrlo nisko u odnosu na aritmetičku sredinu. U odnosu na aritmetičku sredinu uzorka veći su rezultati Ispitanika 1, 2, 3, 8, 10, 13 i 14. Od tih 7 ispitanika njih 4 je suspektno na SRPD Skali.

Slika 11. Rezultati ispitanika na varijabli Ponašanje usmjereno protiv sebe



M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
1,43	2,209	0	20	0	8

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području ponašanja usmjerenog protiv sebe ispitanici također postižu vrlo niske bodove u odnosu na aritmetičku sredinu. Ispitanici koji postižu bodove više od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 8, 10, 13 i 14. I upravo svih 4 ispitanika ima i suspektne rezultate na SRPD Skali.

Slika 12. Rezultati ispitanika na varijabli Sklonost hiperaktivnom ponašanju



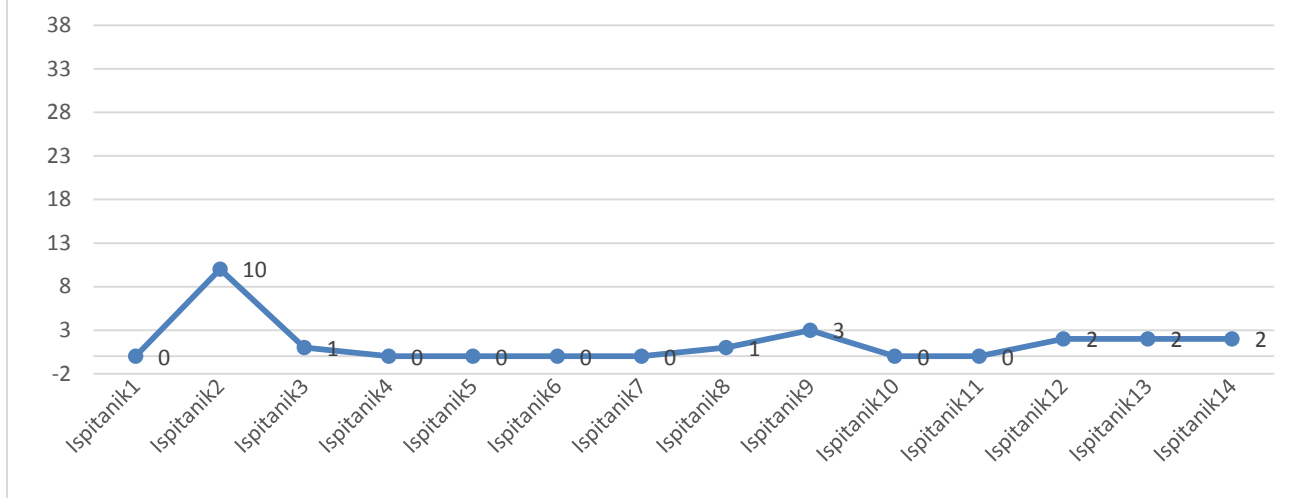
M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
1,5	1,912	0	10	0	6

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području sklonosti hiperaktivnom ponašanju ispitanici su većinom postigli niže rezultate. Aritmetička sredina uzorka niža je od teoretske aritmetičke sredine. Ispitanici koji su postigli bodove više od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 2, 7, 8, 10, 11 i 13. Od tih 6 ispitanika, njih 4 je suspektno na SRPD Skali.

Slika 13. Rezultati ispitanika na varijabli Neprihvatljivo seksualno ponašanje

12. Neprihvatljivo seksualno ponašanje



M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
1,5	2,653	0	38	0	10

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području neprihvatljivog seksualnog ponašanja svi ispitanici su postigli značajno niske rezultate. Ispitanici koji su postigli veći broj bodova od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 2, 9, 12, 13 i 14. Od tih 5 ispitanika njih 3 je suspektno na SRPD Skali.

Slika 14. Rezultati ispitanika na varijabli Psihički poremećaji



M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
10,93	6,318	0	80	0	24

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području psihičkih poremećaja ispitanici su postigli većinom niske rezultate. Ispitanici koji su postigli rezultate više od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 2, 4, 8, 9, 11, 13 i 14. Od tih 7 ispitanika njih 4 je suspektno i na SRPD Skali.

Slika 15. Rezultati ispitanika na varijabli Upotreba lijekova



M	SD	Tmin	Tmax	Dmin	Dmax
5	3,397	0	10	0	8

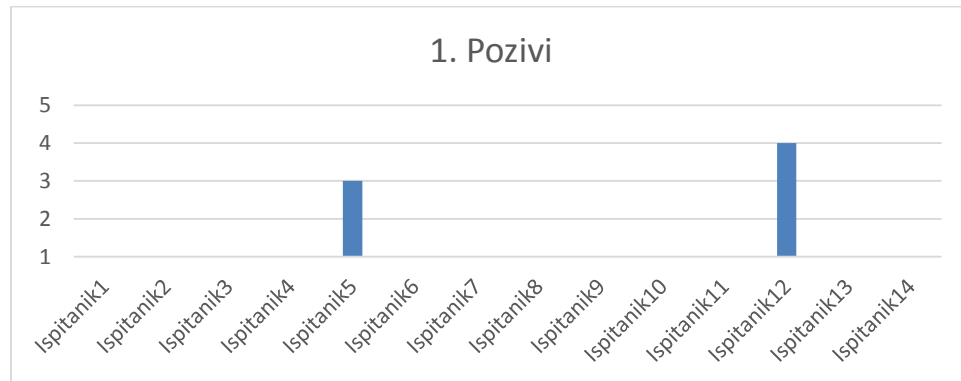
Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; Tmin- teoretski minimum; Tmax- teoretski maksimum; Dmin- postignuti minimum; Dmax- postignuti maksimum

Na području upotrebe lijekova ispitanici u prosjeku nisu postigli tako niske rezultate kao u ostalim područjima, iako je aritmetička sredina uzorka i dalje manja nego teoretska aritmetička sredina. Ispitanici koji postižu više bodova od aritmetičke sredine uzorka su Ispitanici 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 13 i 14. Možemo vidjeti da 10 od 14 ispitanika uzima lijekove, što je velik broj. Također, od 10 ispitanika koji uzimaju lijekove njih 5 je suspektno i na SRPD Skali.

5.3. Rezultati procjene obiteljskih kontakata

Procjena obiteljskih kontakata je procjena učestalosti kontakata: poziva, SMS poruka, dolazaka vikendom, informiranja, zajedničkih odlazaka na izlete, na javne sadržaje i primanje poklona od roditelja. Procjena je primijenjena prvi puta na ovom radu te nije standardizirana niti je provedeno pilot istraživanje. Zbog toga treba biti oprezan prilikom zaključaka proizašlih iz ovog istraživanja. Procjena se sastoji od pitanja Likertova tipa gdje je 1- NIKADA; 2- NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE; 3- NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI; 4- NAJMANJE JEDNOM U MJESEC DANA; 5- NAJMANJE JEDNOM TJEDNO. Rezultati će biti prikazani u obliku grafova s bročanim vrijednostima navedenih odgovora, a interpretirati će se u frekvencijama.

Slika 16.

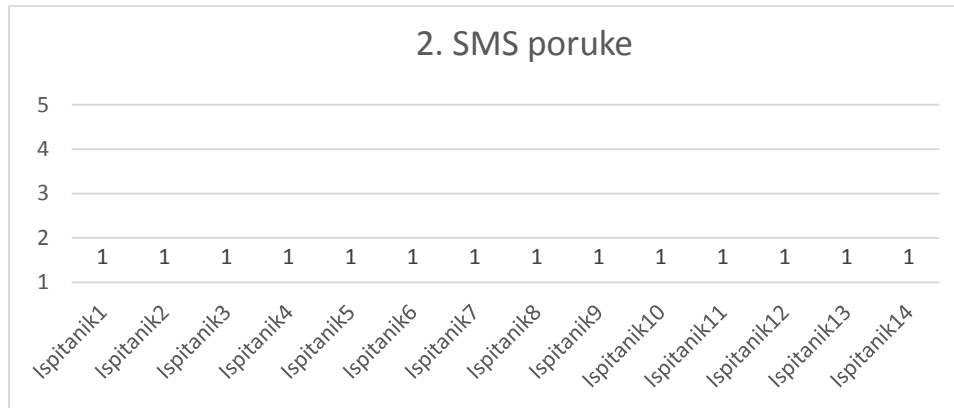


Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	0%
Najmanje jednom mjesečno (4)	0%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	7,1%
Nikada (1)	85,7%

Kao što je vidljivo iz grafa, gotovo svi ispitanici (85,7%) postižu niže rezultate, što znači da nikada ne primaju pozive od svojih roditelja. Jedan od razloga je što ne posjeduju mobilni telefon. No, također roditelji kada zovu asistente ne traže da razgovaraju sa svojom djecom. Roditelj samo jednog ispitanika najmanje jednom u šest mjeseci traži da razgovara sa svojim djetetom, te roditelj još jednog ispitanika traži da razgovara sa svojim djetetom najmanje jednom

u godinu dana. Svi ispitanici postižu podjednake rezultate osim Ispitanika 5 i 12 koje roditelji ponekada nazovu.

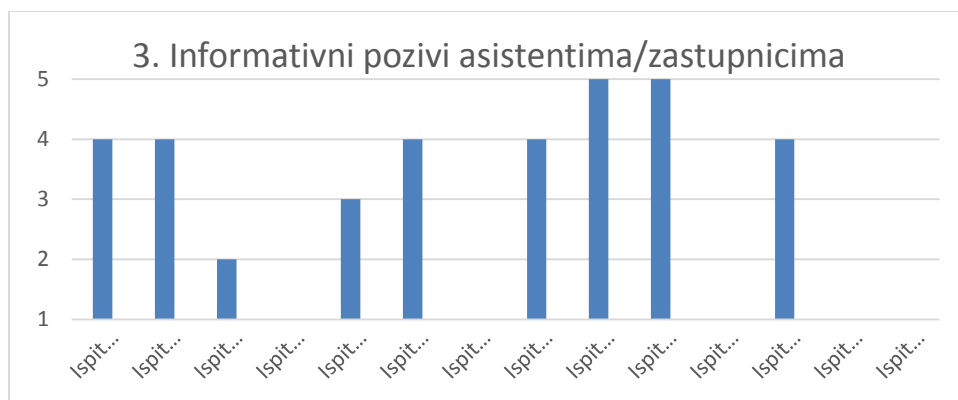
Slika 17.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	0%
Najmanje jednom mjesečno (4)	0%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	0%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	0%
Nikada (1)	100%

Svi ispitanici postižu najniži mogući rezultat, što znači da nikada ne primaju SMS ili druge poruke upućene njima. Jedan od razloga je što ne posjeduju mobilni telefon, no roditelji i ne šalju asistentima ili zastupnicima poruke namijenjene svojoj djeci.

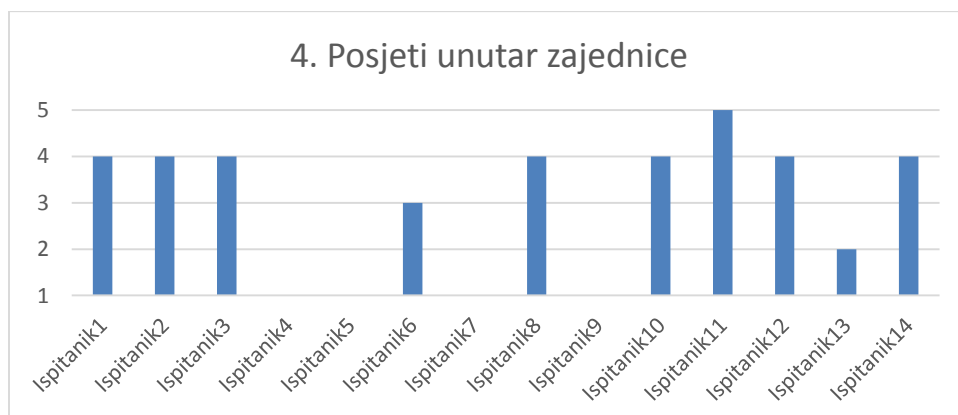
Slika 18.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	14,3%
Najmanje jednom mjesečno (4)	35,7%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	7,1%
Nikada (1)	35,7%

U području informativnih poziva asistentima ili zastupnicima, kojima se procjenjuje da li se roditelji informiraju o vlastitoj djeci, pokazalo se da samo dvoje roditelja to čini redovno, odnosno najmanje jednom tjedno (14,3%). Najviše roditelja informira se o svojoj djeci ili najmanje jednom mjesečno (35,7%- 5 roditelja) ili se nikada ne informira o svojoj djeci (također 35,7%). Postoje razlike među ispitanicima gdje najniži rezultat imaju Ispitanici 4, 7, 11, 13 i 14. Istaknula bih ispitanike 11, 13 i 14 koji su suspekti na SRPD Skali.

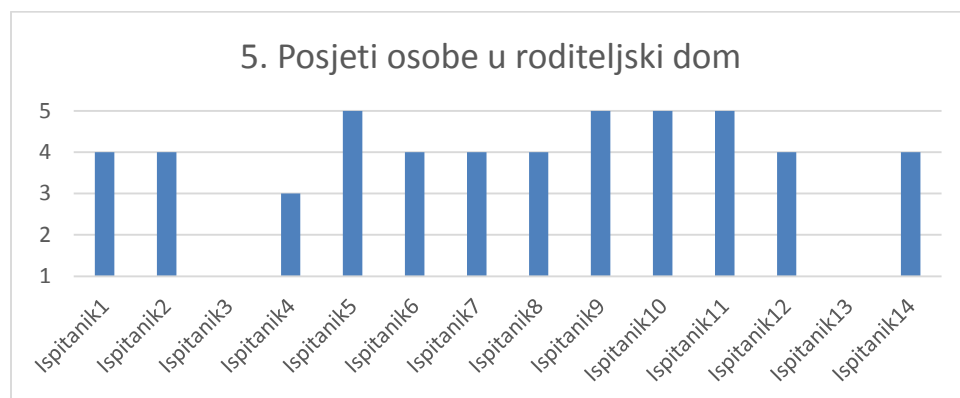
Slika 19.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	7,1%
Najmanje jednom mjesečno (4)	50%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	7,1%
Nikada (1)	28,6%

Roditelji ispitanika posjećuju ispitanike unutar zajednice u kojoj osobe žive najmanje jednom mjesečno u 50% slučajeva (7 roditelja), nakon toga slijede roditelji koji nikada ne posjećuju svoju djecu u stambenim zajednicama i njih je 28,6% (4 roditelja). Ispitanici koje roditelji najmanje posjećuju su Ispitanici 4, 5, 7, 9 i 13. Od tih ispitanika su Ispitanici 9 i 13 suspekti na SRPD Skali.

Slika 20.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	28,6%
Najmanje jednom mjesečno (4)	50%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	0%
Nikada (1)	14,3%

Prema dobivenim rezultatima naši ispitanici odlaze u posjete svojoj obitelji u 50% slučajeva najmanje jednom mjesečno (7 ispitanika), 4 ispitanika odlaze kući najmanje jednom tjedno, dok 2 ispitanika nikada ne odlaze kući. Najniže rezultate imaju Ispitanici 3 i 13. Samo ispitanik 13 je suspektan i na SRPD Skali.

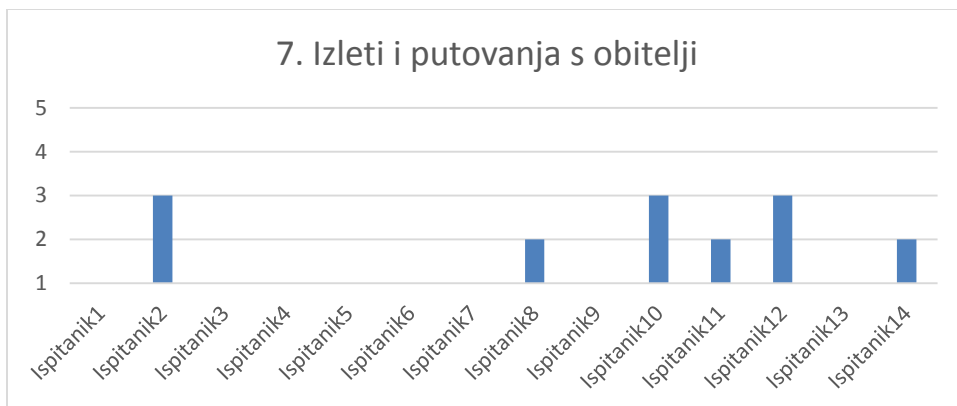
Slika 21.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	7,1%
Najmanje jednom mjesečno (4)	28,6%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	0%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	7,1%
Nikada (1)	57,1%

Kod pitanja posjećuju li osobe skupa s roditeljima neke javne sadržaje, prevladavaju odgovori nikada (57,1%), te slijede odgovori najmanje jednom mjesečno (kod 28,6% ispitanika). Više od pola ispitanika ima vrlo niske rezultate, a najniže imaju Ispitanici 1, 3, 4, 6, 7, 9,13 i 14.

Slika 22.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	0%
Najmanje jednom mjesečno (4)	0%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	21,4%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	21,4%
Nikada (1)	57,1%

Kod područja izleti i putovanja s obitelji prevladavaju niski rezultati, što znači da osobe u najviše slučajeva (57,1%) nikada ne odlaze na izlete i putovanja s obitelji, a ako odlaze to je najmanje jednom u šest mjeseci ili godinu dana. Ispitanici 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 13 imaju najniže rezultate.

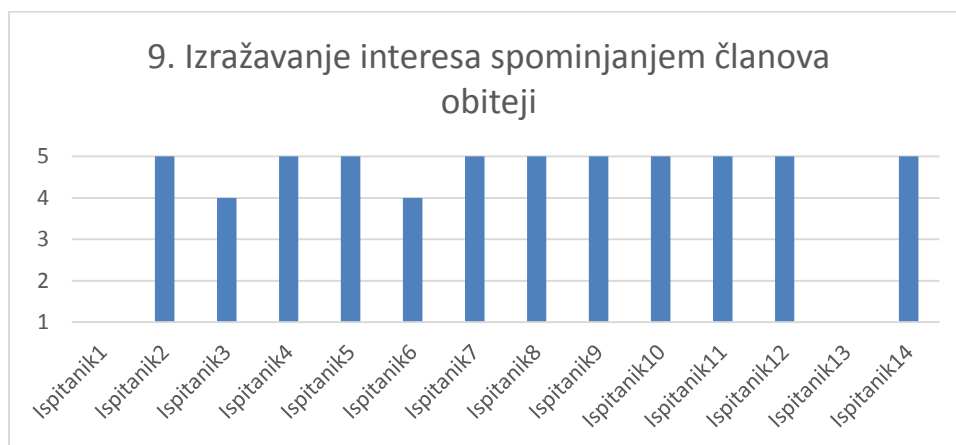
Slika 23.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	0%
Najmanje jednom mjesečno (4)	50%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	0%
Nikada (1)	42,9%

Na području zajedničkih posjeta ostalim članovima obitelji, susjedima i prijateljima, rezultati su otprilike podijeljeni. Oni ili nikada (42,9%) ne odlaze u zajedničke posjete, ili to čine najmanje jednom mjesečno (50%). Ispitanici koji su ostvarili najniže rezultate i koji nikada ne odlaze u zajedničke posjete su Ispitanici 1, 3, 4, 11, 13, 14. Od tih ispitanika Ispitanici 11, 13 i 14 su suspekti na SRPD Skali.

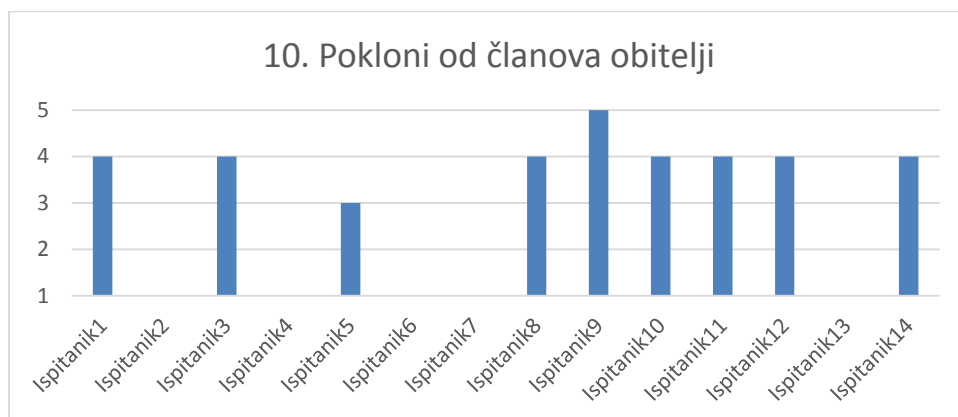
Slika 24.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	71,4%
Najmanje jednom mjesečno (4)	14,3%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	0%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	0%
Nikada (1)	14,3%

Na području interesa za članove obitelji, dobiveni su zanimljivi rezultati. Ispitanici ili jako često (71,4%) spominju članove obitelji, gotovo svaki dan, ili ih ne spominju nikada. Oni ispitanici koji nikada ne spominju članove obitelji su Ispitanici 1 i 13. Ispitanik 13 suspektan je na SRPD Skali i gotovo na svim područjima ima najniže rezultate.

Slika 25.



Odgovori	Postotak
Najmanje jednom tjedno (5)	7,1%
Najmanje jednom mjesečno (4)	50%
Najmanje jednom u šest mjeseci (3)	7,1%
Najmanje jednom u godinu dana (2)	0%
Nikada (1)	35,7%

Samo jedan ispitanik dobiva poklone najmanje jednom tjedno, a najviše ispitanika dobiva poklone najmanje jednom mjesečno (50%). 35,7% ispitanika nikada ne dobiva poklone od članova obitelji a to su ispitanici 2, 4, 6, 7 i 13.

5.4. Povezanost mjernih instrumenata

Kako bi se izračunala povezanost između mjernih instrumenata korišten je Spearmanov koeficijent rang- korelacije. Razlog korištenja tog ranga korelacije a ne Pearsonovog koeficijenta korelacije je malen broj ispitanika u uzorku te asimetrična raspodjela rezultata.

5.4.1. Povezanost SRPD Skale za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku i Procjene obiteljskih kontakata.

U Tablici 2. prikazana je povezanost područja procjene obiteljskih kontakata s postotkom ukupne moguće psihopatologije.

Procjena obiteljskih kontakata	Suspektnost psihičkih poremećaja- r
1. Pozivi za osobu	-0,415
2. SMS za osobu	0
3. Informativni pozivi asistentima/koordinatorima	-0,023
4. Posjeti unutar zajednice	0,247
5. Posjeti osobe u roditeljski dom	0,033
6. Posjeti javnim sadržajima s obitelji	-0,062
7. Izleti i putovanja s obitelji	0,123
8. Posjete ostaloj rodbini, susjedima i prijateljima s obitelji	-0,344
9. Spominje li osoba izražavajući interes članove obitelji?	-0,66
10. Pokloni od članova obitelji	0,436

Legenda: **- razina značajnosti $p < 0.01$, *-razina značajnosti $p < 0.05$

Kao što je vidljivo iz tablice, niti jedno područje Procjene obiteljskih kontakata nije značajno povezano sa suspektnošću psihičkih poremećaja. Zaključili bismo da Procjena obiteljskih kontakata i SRPD Skala za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku nisu povezane. Treba paziti prilikom zaključivanja zbog toga što Procjena obiteljskih kontakata nije provedena u nijednom

drugom istraživanju, nije standardizirana, a također joj ni metrijske karakteristike nisu provjerene.

5.4.2. Povezanost SRPD Skale za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku i drugog dijela AAMD Skale adaptivnog ponašanja

U Tablici 3. Prikazana je povezanost drugog dijela AAMD Skale i postotka ukupne moguće psihopatologije.

AAMD Skala (drugi dio)	Suspektnost psihičkih poremećaja- r
1. Sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	0,512
2. Nesocijalno ponašanje	0,589*
3. Otpor prema autoritetu	0,755*
4. Neodgovorno ponašanje	-0,093
5. Povučeno ponašanje	0,284
6. Stereotipno ponašanje i manirizmi	0,649**
7. Neprimjerene navike u kontaktu s drugima	0,321
8. Neprihvatljive govorne navike	0,233
9. Neprihvatljive i neobične navike	0,711**
10. Ponašanje usmjereno protiv sebe	0,684**
11. Sklonost hiperaktivnom ponašanju	0,405
12. Neprihvatljivo seksualno ponašanje	0,387
13. Psihički poremećaji	0,739**
14. Upotreba lijekova	0,429

Legenda: **- razina značajnosti $p < 0.01$, *-razina značajnosti $p < 0.05$

Kao što se vidi iz Tablice 3., rezultati pokazuju da je ukupna moguća psihopatologija statistički značajno visoko povezana s nekim oblicima neprihvatljivog ponašanja.

Statistički je značajna povezanost s nesocijalnim ponašanjem ($r=0,589$, $p<0,05$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da što ispitanik iskazuje više nesocijalnih ponašanja, to je veća njegova ukupna moguća psihopatologija. Prema tome, ako osoba zadirkuje ili ogovara druge, manipulira, prekida tuđe aktivnosti, nepažljiva je prema drugima ili upotrebljava nepristojne riječi, možemo reći da će pokazivati i više simptoma psihopatologije.

Ukupna moguća psihopatologija je statistički značajno visoko povezana s otporom prema autoritetu ($r=0,755$, $p<0,05$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da osobe koje imaju veći otpor prema autoritetu, u većini slučajeva imaju i veću moguću psihopatologiju. Dakle takve osobe se ne pridržavaju pravila i ne poštuju obaveze, odbijaju slijediti upute, drske su i ne poštuju autoritet, bježe ili pokušavaju pobjeći, loše se ponašaju na grupnim sastancima, te imaju i veću mogućnost psihičkih teškoća.

Ukupna moguća psihopatologija je statistički visoko značajno povezana sa stereotipnim ponašanjem i manirizmima ($r=0,649$, $p<0,01$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da što osoba iskazuje više stereotipnih ponašanja i manirizama, ima veću moguću psihopatologiju. Dakle ukoliko primijetimo da osoba ponavlja iste radnje, kruži ili klima glavom ili dijelom tijela, stalno se udara, grebe ili trlja, hoda na prstima, drži glavu u kosom položaju i slično, možemo pretpostaviti da ta osoba ima i veću moguću psihopatologiju.

Ukupna moguća psihopatologija je statistički visoko značajno povezana s neprihvatljivim i neobičnim navikama ($r=0,711$, $p<0,01$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da ukoliko osoba ima više neprihvatljivih i neobičnih navika (sve njuši, igra se pljuvačkom, slini, škripi zubima, pljuje na pod, skida ili dere vlastitu odjeću, viče ako ga se dodirne..) imat će i više simptoma psihopatologije.

Ukupna moguća psihopatologija je statistički visoko značajno povezana s ponašanjem usmjerenim protiv sebe ($r=0,684$, $p<0,01$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da povećanjem ponašanja usmjerenim protiv sebe (fizičko nasilje), povećava se i mogućnost psihopatologije te osobe.

Ukupna moguća psihopatologija je statistički visoko značajno povezana s psihičkim poremećajima ($r=0,739$, $p<0,01$). Smjer povezanost je pozitivan što znači da povećanjem rezultata na varijabli psihičkih poremećaja povećava se i mogućnost psihopatologije osobe, što je očekivani rezultat.

S obzirom da se drugim dijelom AAMD Skale adaptivnog ponašanja mjeri neadaptirano ponašanje u odnosu na ličnost i psihičke poremećaje, a SRPD Skalom problemi ponašanja i psihički poremećaji, očekivana je povezanost između ta dva mjerna instrumenta.

5.4.3. Povezanost Procjene obiteljskih kontakata i drugog dijela AAMD Skale adaptivnog ponašanja

Tablica 4.

	Sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	Nesocijalno ponašanje	Opor prema autoritetu	Neodgovorno ponašanje	Povučeno ponašanje	Stereotipno ponašanje i manirizmi	Neprijemljive navike u kontaktu s drugima	Neprihvatljive govorne navike	Neprihvatljive i neobične navike	Ponašanje usmjereno protiv sebe	Sklonost hiperaktivnom ponašanju	Neprihvatljivo seksualno ponašanje	Psihički poremećaji	Upotreba lijekova
Pozivi za osobu	- 0,00 7	- 0,2 62	- 0,4 23	- 0,3 36	- 0,2 42	- 0,37 8	- 0,31 1	- 0,42 5	- 0,37 6	- 0,42 6	- 0,37 8	0,02 7	- 0,5 12	- 0,2 77
SMS za osobu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informativni pozivi asistentima/	- 0,14 3	- 0,4 02	- 0,3 70	- 0,4 09	0,0 86	0,25 9	0,44 7	0,03 3	0,10 7	- 0,11 9	0,04 2	0,18 8	- 0,3 17	0,0 32

Posjeti unutar zajednice	0,42 9	0,624*	0,4 37	0,2 09	- 0,3 44	- 0,07 0	0,38 3	- 0,11 5	0,47 3	0,41 4	0,30 9	0,10 2	0,2 40	0,1 13
Posjeti u roditeljski	- 0,40 8	- 0,1 96	- 0,2 05	- 0,3 24	0,4 21	0,21 1	0,50 8	0,34 1	- 0,38 2	- 0,10 3	0,01 5	- 0,19 6	- 0,1 01	- 0,2 68
Posjeti javnim sadržajima	- 0,00 9	0,1 34	- 0,3 08	0,0 58	- 0,3 36	- 0,15 0	0,17 5	- 0,39 4	- 0,11 0	0,06 0	0,28 8	0,01 9	- 0,0 71	- 0,3 81
Izleti putovanja	0,27 8	0,3 64	0,0 74	0,0 04	- 0,2 17	0,30 4	0,703**	- 0,08 5	0,16 8	0,41 5	0,41 4	0,32 1	0,1 13	0,1 26
Posjete ostaloj rodbini, susjedima,	- 0,32 9	- 0,4 27	- 0,792**	- 0,2 41	- 0,0 16	0,10 0	0,26 1	- 0,16 6	- 0,39 5	- 0,41 3	0,12 1	0,17 3	- 0,4 23	- 0,582**
Spominjanje članova obitelji	- 0,06 7	0,0 44	- 0,2 23	0,1 66	- 0,0 28	0,24 8	0,48 4	0,02 2	- 0,46 0	0,04 7	0,17 7	0,08 9	0,1 84	- 0,2 88
Pokloni od članova obitelji	0,41 4	0,2 54	0,4 10	- 0,1 68	0,0 85	0,18 5	0,31 3	0, 161	0,26 0	0,07 1	- 0,10 8	0,20 4	0,2 72	0,1 45

Iz Tablice 4. možemo vidjeti da su posjeti roditelja djeci unutar zajednice u kojima žive statistički značajno povezani s nesocijalnim ponašanjem ($r=0,624$, $p<0,05$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da ako roditelji češće dolaze po svoju djecu unutar stambene zajednice, to će njihova djeca imati više nesocijalnih ponašanja. Ili, što roditelji djece manje dolaze po njih, to će djeca imati manje nesocijalnih ponašanja poput zadirivanja drugih, ismijavanja drugih, manipuliranja drugima, miješanjem u tuđe aktivnosti, nepažljivosti prema drugima, ne poštivanja tuđeg vlasništva., upotrebljavanja nepristojnih riječi. Takav rezultat treba vrlo oprezno tumačiti

jer razlozi mogu biti brojni. Takva povezanost bi se mogla tumačiti i protestom što se osoba vraća u stambenu zajednicu a ne ostaje kod kuće, što bi željela. Pri interpretaciji dobivenih rezultata treba imati na umu razvojni pristup, koji naglašava kako je emocionalni razvoj osobe ovisan o spoznajnom razvoju. To znači da osobe s intelektualnim teškoćama iako imaju razvijene socijalne vještine koje su usvojile socijalnim učenjem i dalje imaju emocionalne potrebe u kojima je izuzetno važan kontakt sa njima važnim primarnim skrbnicima (roditeljima).

Područje neprimjerenih navika u kontaktu s drugima je statistički značajno povezano s izletima i putovanjima ($r=0,703$, $p<0,01$). Smjer povezanosti je pozitivan što znači da povećanjem izleta i putovanja s obitelji, povećava se i iskazivanje neprimjerenih navika u kontaktu s drugima, ili smanjenjem izleta i putovanja smanjuje se i područje iskazivanja neprimjerenih navika u kontaktu s drugima. Takvi rezultati također govore u prilog prethodnom tumačenju (govori drugome unoseći mu se u lice, puše drugima u lice, ljubi ili liže druge, grli ili stiska u naručje druge, vješa se na druge i ne da se skinuti). Osim toga, još je moguće da takva ponašanja osobe iskazuju zato što se češće s roditeljima grle, ljube, vješaju na njih i slično, što naravno nije prihvatljivo ukoliko to rade s osobama koje im nisu toliko bliske, odnosno žive s njima u samostalnom stanovanju.

Posjete ostaloj rodbini, prijateljima i susjedima statistički su značajno povezane s područjem otpora prema autoritetu ($r=-0,792$, $p<0,01$) i s područjem upotrebe lijekova ($r=-0,582$, $p<0,01$). Smjerovi povezanosti su negativni, što znači da što osoba ima više zajedničkih posjeta ostaloj rodbini, prijateljima i susjedima, to ona uzima manje lijekova, ili obrnuto, što osoba uzima više lijekova, bit će manje odlazaka ostaloj rodbini, susjedima i prijateljima. Razlog može biti što te osobe koje uzimaju lijekove često imaju više neadaptiranih ponašanja pa ih roditelji ne vode u posjete drugoj rodbini i prijateljima, što je povezano i sa područjem otpora prema autoritetu.. Ne smijemo zaboraviti da se radi o odraslim osoba pa njihova ponašanja koja predstavljaju otpor prema autoritetu mogu biti zastrašujuća i neugodna drugim osobama (rodbini, prijateljima, susjedima).

6. ZAKLJUČAK

Frank Melonascino je davne 1988. rekao: “Osobe s intelektualnim teškoćama mogu nas naučiti da je cilj tretmana ne eliminacija ometajućih i destruktivnih ponašanja, nego učenje novih obrazaca koji će biti fokusirani na solidarnost s drugima dajući nam uvid u elementarne ljudske potrebe za ljubavlju.” Osnovne ljudske potrebe poput prihvaćanja, socijalnih odnosa i pozitivne privrženosti Menolascino naglašava kao elemente mentalnog zdravlja (prema Fletcher, Došen, 1993). Zbog toga sam se u ovom radu odlučila baviti obiteljima, kakvi su njihovi kontakti s njihovom odraslom djecom koja više ne žive s njima, kakvo je njihovo mentalno zdravlje te kako obitelji mogu biti faktor poboljšanja ili ugrožavanja mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama, kao najneposredniji faktor koji utječe na dijete.

U obitelji se uče vrijednosti, vježbaju odnosi i komunikacija koja je potrebna za kontakt s vanjskim svijetom (Wagner-Jakab, 2008), zbog toga je važno da osobe s intelektualnim teškoćama imaju dobru bazu koju su dobili u obitelji, da bi naposljetku njihovo zadovoljstvo, uključivanje u zajednicu i ukupna kvaliteta života bila zadovoljavajuća.

Osobe s intelektualnim teškoćama u prvom redu su usamljene osobe, često odbacivane od društva i od svojih bližnjih, često spominju svoje bližnje koji pak njih jedva da i posjećuju unutar zajednica u kojima žive. Jean Vanier, osnivač Arke koji je živio u kućama s osobama s intelektualnim teškoćama, piše kako je živeti u Arci saznao mnogo o usamljenosti, pripadanju i duševnoj boli koja proizlazi iz osjećaja odbačenosti:

“Usamljenost se može javiti kao nemir, unutarnje nezadovoljstvo, nemir u srcu... Osjećaj usamljenosti obuzima nas u bilo koje doba. Javlja se u doba bolesti ili kada su nam prijatelji odsutni, muči nas u međuljudskim odnosima, javlja se kad izgubimo vjeru u sebe i druge...”
2008., 11. str.

No, iako obitelj igra važnu ulogu u razvoju djece i održavanju jakih afektivnih veza kako bi održali obitelj zdravom, ne smijemo se prevariti i zaboraviti da je obitelj ipak sustav dijadnih osnosa i funkcionira kao sustav (Keresteš, 2000, prema Wagner-Jakab, 2008). Pokretima

integracije i inkluzije obiteljima djece s teškoćama vraća se odgovornost za edukaciju i rehabilitaciju vlastitog djeteta. Od njih se očekuje preuzimanje aktivne uloge u stvaranju i primjeni programa za vlastitu djecu. Naravno da su to suviše teški zadaci za roditelje koji se nepripremljeni susretnu s činjenicom da je njihovo dijete drugačije. U Hrvatskoj je prisutna pasivnost roditelja, sklonost podcjenjivanju djeteta, zabrinutost za njegovu budućnost i okrivljavanje drugih za stanje djeteta (Van der Valle, Sekušak-Galešev, MATRA projekt, 1999-2002). Također, prema Bratković (2002), u tradicionalnom pružanju podrške obiteljima prevladava nadređen odnos stručnjaka i službi usmjeren na mijenjanje obiteljskog identiteta, stavova i stila života. U tom kontekstu potencira se uloga obitelji kao “klijenta”, učenje pravila ponašanja, mijenjanje stavova, obasipanje informacijama i savjetima. Nametanje obitelji uloge “klijenta” (Gliedman i Roth, 1980, Sonnenschein, 1984, Bush, 1988, O`Connor, 1995, prema Bratković, 2002) znači da se pred nju, da bi primila potrebnu podršku, postavljaju određena pravila koja treba poštivati i uloge koje treba ostvariti. Izvlači ju se iz privatnog okruženja relativne autonomije i anonimnosti i izlaže procjenama i prosudbama. Nameće im se pasivna i ovisna uloga u odnosu na službu i osoblje koje pruža podršku. Tako sustav podrške pojednostavljuje ljudske živote i svrstava životne situacije u određene kategorije u skladu s potrebama, intervencijama i očekivanjima. Kako bi se prilagodile principima rada službi, obitelji su često prisiljene na potpuno razotkrivanje svoje intimnosti/privatnosti i izložene su otvorenim prosudbama jesu li dobre ili loše (Bratković, 2002).

Činjenica je pak da svaku obitelj obilježavaju specifične životne okolnosti koje oblikuju identitete njenih članova i način života. Stoga se sve više ističe važnost otvorenog odnosa stručnjaka prema njima i poštivanja njihovih različitosti, uz izbjegavanje uloge eksperata koji donose odluke za obitelji i koji određuju što je za njih najbolje (Taylor, 1988, prema Bratković, 2002).

Iz navedenih razloga u ovom radu procijenjeno je mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, sa zaključkom da 42,9% ispitanika (6 od 14) ima teškoće mentalnog zdravlja odnosno prelaze granicu suspektности na psihičke poremećaje na SRPD Skali, da većinu njih roditelji ne zovu, ne traže da razgovaraju s njima, ne informiraju se o njima pozivajući asistente ili koordinate podrške/zastupnike. Jako rijetko idu na zajedničke izlete ili u posjete drugoj rodbini, prijateljima i susjedima. Također, većina ispitanika suspektnih na SRPD ljestvici

također postiže i više bodove od ostalih ispitanika na AAMD Skali, na dijelu koji se odnosi na neadaptirana ponašanja, što bi značilo da što imaju veću moguću psihopatologiju, izražavat će više neadaptiranih ponašanja. Pokazala se visoka povezanost među instrumentima SRPD i AAMD (drugi dio), te povezanost na nekoliko područja instrumenta AAMD (drugi dio) te Procjene obiteljskih kontakata. Povezanost između SRPD Skale i Procjene obiteljskih kontakata nije značajna. Povezanost psihopatologije i učestalosti obiteljskih kontakata ne možemo potvrditi jer Procjena obiteljskih kontakata nije dovoljno osjetljiv instrument, no s obzirom da je Procjena obiteljskih kontakata povezana s AAMD Skalom, a ta Skala sa SRPD Skalom, to upućuje na moguća buduća istraživanja sa reprezentativnim brojem ispitanika ali i istraživanja kvalitativnog tipa koja će biti fokusirana na pojedinca i moguće doprinose obiteljskih interakcija mentalnom zdravlju pojedinca.

7. LITERATURA

1. Božičević, V., Brlas, S., Gulin, M. (2012). Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja- Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Grafiti Becker.
2. Bratković, D., Jozinović, K., Sekušak-Galešev, S. (2016). Lista procjene obiteljskih kontakata.
3. Bratković, D. (2002). Kvaliteta življenja osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom u obiteljskim i institucionalnim uvjetima života. Doktorska disertacija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
4. Došen, A., Day, K. (2001). Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
5. Došen, A., Igrić, L.J., Van der Valle, J. i Sekušak-Galešev S. (2002). Unapređivanje skrbi za osobe s mentalnom retardacijom. MATRA projekt. Sinopsis predavanja i vježbi. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
6. Došen, A. (2002). SRPD Skala za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku kod osoba s mentalnom retardacijom.

7. Došen, A. (2004). Dijagnostika i tretman poremećaja ponašanja i psihičkih oboljenja kod osoba s mentalnom retardacijom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40 (2), str.165-174.
8. Eady, N., Courtenay, K., Strydom, A. (2015). Pharmacological Management of Behavioral and Psychiatric Symptoms in Older Adults with Intellectual Disabilities. *Drugs Aging*, 32, str. 95-102.
9. Fletcher, R., Došen, A. (1993). *Mental Health Aspects of Mental Retardation. Progress in assessment and treatment.* New York: Lexington Books.
10. Igrić, Lj., Fulgosi-Masnjak, R. (1991). *AAMD Skala adaptivnog ponašanja. Priručnik.* Zagreb: Fakultet za defektologiju.
11. Jean Venier (2008). *Postati čovjekom.* Zagreb: Kršćanska sadašnjost.
12. Kaptein, S., Jansen, D., Vogels, A., Reijneveld, S. (2008). Mental health problems in children with intellectual disability: Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (2), str. 125-131.
13. Kramarić, M., Sekušak-Galešev, S., Bratković, D. (2013). Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, Supplement, str. 50-63.
14. Ljubetić, M. (2006). *Obitelj u povijesnom i suvremenom kontekstu. WEB predavanje.* Split: Filozofski fakultet u Splitu.
15. Proroković, A. i sur. (2004). Zbirka psihologijskih skala i upitnika II. *Skala kvalitete obiteljskih interakcija- KOBİ.* Zadar: Sveučilište u Zadru, str. 24-33.
16. Sekušak-Galešev, S., Kramarić, M., Galešev, V. (2014). Mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Socijalna Psihijatrija*, 42 (1), str. 3-20.
17. Wagner Jakab, A. (2008). *Obitelj- sustav dinamičnih odnosa u interakciji.* *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44 (2), str. 119-128.
18. Vulić-Prtorić, A. (2002). *Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata.* *Suvremena psihologija* 5, 1, str.31-51.
19. Zeman, S. (2013). *Pedagoško obrazovanje roditelja kao odgovor na izazove društva.* *Diplomski rad.* Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

PRILOZI

Prilog 1. SRPD Skala za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku kod osoba s mentalnom retardacijom

	0 - 2 g.	2 - 4 g.	4 - 7 g.	iznad 7 g.
1. Odbija tjelesni kontakt				
2. Traži tjelesni kontakt				
3. Protestira pri rastanku od važne osobe				

4. Stereotipno se bavi svojim tijelom				
5. Stereotipno se bavi materijalima ili često ponavlja iste postupke				
6. Bijes ili panika pri jakim nadražajima				
7. Bijes ili panika pri promjenama u okolini				
8. Bijes ili panika zbog nekih drugih ili neodređenih razloga				
9. Uplaši se ili se boji određenih predmeta				
10. Uplaši se ili se boji određenih situacija				
11. Uplaši se ili se boji nepoznatih osoba				
12. Boji se neuspjeha, napet je kad dobije određeni zadatak				
13. Plašljiv je zbog nekih drugih ili nepoznatih razloga				
14. Često zatvara uši				
15. Često zatvara oči				
16. Ne pravi očni kontakt				
17. Nema interesa za materijalnu okolinu				
18. Povlači se iz grupe				
19. Sakriva se ispod stola, u krevet i slično				
20. Uništava materijal				

21. Uudara samog sebe				
22. Agresivan prema drugim osobama				
SIMPTOMI	RAZVOJNA DOB			
	0 - 2 g.	2 - 4 g.	4 - 7 g.	7 - 12 g.
23. Uočljivo nemiran, preaktivan				
24. Uočljivo neaktivan				
25. Traži puno pažnje				
26. Izaziva na negativan način				
27. Tvrdoglav, tjera vlastitu volju				
28. Kaotičan s materijalima				
29. Stalno priča o istom predmetu				
30. Stalno priča o samom sebi				
31. Precjenjuje se i/ili fantazira o samom sebi				
32. Misli ili priča negativno o samom sebi				
33. Kaže da mu drugi prijete				
34. Nije u stanju igrati se ili raditi s drugim osobama				
35. Brzo gubi pažnju (vrlo kratka)				
36. Nije u stanju izraziti svoje osjećaje				
37. Okolici smeta njegovo seksualno ponašanje				
38. Pretjerano veseo-manijakalan				

39. Napet bez ikakvog razloga				
40. Neraspoložen ili depresivan				
41. Dezorijentiran u prostoru i/ili vremenu				
42. dezorijentiran u osobama				
43. Kognitivno ne napreduje				
44. Izrazito živi u vlastitim fantazijama				
45. Živi izoliran u vlastitom svijetu (autistični izoliranje)				
46. Pokazuje bizarno ponašanje ili ima bizarne ideje				
47. Pokazuje regresivno ponašanje				
48. Problemi s hranom				
SIMPTOMI	RAZVOJNA DOB			
	0 - 2 g.	2 - 4 g.	4 - 7 g.	7 - 12 g.
49. problemi sa spavanjem				
50. problemi sa savladavanjem male i velike nužde				
51. Odlazi od kuće (skita se ili luta)				
52. Govori o sebi kao o drugoj osobi ili sebe doživljava kao drugu osobu				
53. Halucinacije				
54. Obmane				
55. Periodično mijenja raspoloženje i aktivnosti				

56. U toku dana brzo mijenja ponašanje				
57. Priča o smrti ili se često bavi temom smrti				
58. Suicidne ideje ili pokušaji				
59. Nazaduje u kognitivnim funkcijama				
60. Često se žali na tjelesne bolove				
61. Napadi plača				
62. Prisilne misli i/ili prisilna ponašanja				
63. Nasilje prema drugima, izazivanje požara, krađa ili drugo kriminalno ponašanje				
64. Da li su sadašnje poteškoće nastale nakon određenog događaja				

Prilog 2. Opći upitnik za potrebe istraživanja

<p>Inicijali osobe:</p> <p>Dob (u godinama):</p> <p>Spol: M Ž</p> <p>Stupanj intelektualnih teškoća:</p> <p>Je li osoba prije samostalnog stanovanja živjela u instituciji? DA NE</p> <p>Ako je osoba prije stanovanja živjela u instituciji, koliko dugo je živjela tamo?</p>
--

Ako osoba prije stanovanja nije živjela u instituciji, gdje je živjela?

- Ima li osoba:
- Oca
- Majku
- Sestru
- Brata?

Žive li roditelji osobe zajedno? DA NE

Prilog 3. Procjena obiteljskih kontakata

Napomena: Članovi obitelji mogu biti otac, majka, brat, sestra te rodbina

1. Prima li osoba telefonske pozive članova obitelji?

- NAJMANJE JEDNOM TJEDNO
- NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
- NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
- NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
- NIKADA

2. Prima li osoba sms i slične poruke članova obitelji? (ako posjeduje mobilni uređaj)

- NAJMANJE JEDNOM TJEDNO
- NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
- NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
- NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
- NIKADA

3. Kontaktiraju li članovi obitelji zastupnike/ koordinate podružke i/ili asistente kako bi se informirali o novostima vezano uz osobu?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO

NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO

NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI

NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE

NIKADA

4. Posjećuju li članovi obitelji osobu u stambenoj zajednici u kojoj ona živi?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO

NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO

NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI

NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE

NIKADA

5. Odlazi li osoba u posjet članovima obitelji?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO

NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO

NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI

NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE

NIKADA

6. Posjećuje li osoba, prilikom susreta s članovima obitelji, dostupne javne sadržaje u zajednici (odlasci na koncerte, u kino, u kafiće, restorane, na izložbe, sportsko-rekreativne i sl. sadržaje)?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO

NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
NIKADA

7. Odlazi li osoba, zajedno s članovima obitelji, na izlete i putovanja?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO
NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
NIKADA

8. Posjećuje li osoba, zajedno s članovima obitelji, ostalu rodbinu, prijatelje i/ili susjede?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO
NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
NIKADA

9. Spominje li osoba članove svoje obitelji izražavajući interes za njih i kontakt s njima, u razgovoru s osobljem koje joj pruža podršku?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO
NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO
NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI
NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE
NIKADA

10. Prima li osoba poklone, pakete i sl. od članova svoje obitelji?

NAJMANJE JEDNOM TJEDNO

NAJMANJE JEDNOM MJESEČNO

NAJMANJE JEDNOM U ŠEST MJESECI

NAJMANJE JEDNOM GODIŠNJE

NIKADA

Prilog 4. AAMD Skala za procjenu adaptivnog ponašanja (drugi dio Skale)