

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Ксенија М. Станимиров

**ПОВЕЗАНОСТ САМОПОИМАЊА СА
КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЖИВОТНИМ
НАВИКАМА КОД ОСОБА СА
ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА**

докторска дисертација

Београд, 2016. година

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND
REHABILITATION

Ksenija M. Stanimirov

**CORRELATIONS OF SELF-CONCEPT
WITH QUALITY OF LIFE AND LIFE
HABITS IN PERSONS WITH VISUAL
IMPAIRMENT**

PhD THESIS

Belgrade, 2016

Ментор:

Др Бранка Јаблан, редовни професор, Универзитет у Београду – Факултет
за специјалну едукацију и рехабилитацију

Чланови комисије:

Др Ненад Глумбић, редовни професор, Универзитет у Београду –
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, председник

Др Драгана Станимировић, ванредни професор, Универзитет у Београду
– Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, члан

Др Иван Стефановић, редовни професор, Универзитет у Београду –
Медицински факултет, члан

Датум одбране _____

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

РЕЗИМЕ

Самопоимање, квалитет живота и животне навике су дефинисани преко домена повезаних са одређеним областима функционисања у свакодневном животу и неким животним улогама, стога је могуће да интерферирају.

Ово истраживање има за циљ утврђивање самопоимања код одраслих са оштећењем вида (ОВ) и особа из опште популације и његове повезаности са квалитетом живота и животним навикама.

Узорак је чинило 175 испитаника: особе са ОВ (Н=92) оба пола, старе од 19 до 65 година (АС=35,10, СД=10,78) и особе из опште популације (Н=83) као контролна група уједначена са испитаницима са ОВ према узрасту и полу.

За прикупљање података о независним варијаблима коришћен је Демографски упитник конструисан за потребе овог истраживања. Поменути конструкти испитивани су следећим скалама: Тенеси скала за процену самопоимања (*The Tennessee Self-Concept Scale – TSCS:2, 2nd edition; Fitts & Warren, 2003*); Свеобухватна скала квалитета живота (*Comprehensive Quality of Life Scale – ComQOL-A5, 5th edition; Cummins, 1997*) и скраћена форма Скале животних навика (*The Assessment of Life Habits general short form – LIFE-H 3.1; Fougeyrollas & Noreau, 2003*).

Испитујући самопоимање, уочили смо да највише резултате имају слабовиди испитаници. Што се тиче квалитета живота, приметно је да следеће особе имају значајно лошији објективни квалитет живота у поређењу са особама из контролне групе. Поремећаје постигнућа особа са оштећењем вида показало је да слабовиде особе реализују више животних навика у односу на следеће. Када говоримо о односу самопоимања,

квалитета живота и животних навика, корелациона анализа је показала да између испитиваних конструката постоје ниске до умерене значајне корелације.

Без обзира на то што постоје докази да присуство ОВ може да изазове одређене тешкоће, није неопходно да оно узрокује и проблеме у квалитету живота, социјалној партиципацији или у области самопоимања.

Кључне речи: самопоимање, квалитет живота, животне навике, оштећење вида, слепоћа, слабовидост

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Тифлологија

Correlations of self-concept with quality of life and life habits in persons with visual impairment

ABSTRACT

Self-concept, quality of life and life habits are defined through domains connected with certain areas of everyday functioning and with some social roles, so it could be that they interfere.

This research has a goal to determine self-concept in visually impaired (VI) adults and adults from typical population and to check its correlations with quality of life and life habits.

The sample included total of 175 respondents: VI persons (N=92) of both gender, between age 19 to 65 and a control group of persons from typical population (N=83) equal with VI respondents by age and gender.

For collecting data on the control variables, in our study we used a demographic questionnaire designed for this study. The above mentioned constructs were examined by following instruments: *Tennessee Self-Concept Scale* (TSCS:2, 2nd edition; Fitts & Warren, 2003), *Comprehensive Quality of Life Scale* (ComQOL-A5, 5th edition; Cummins, 1997) and *The Assessment of Life Habits general short form* (LIFE-H 3.1; Fougeyrollas & Noreau, 2003).

Examining the self-concept, we noticed that respondents with low vision have the highest scores. As for the quality of life, it is evident that blind people from our study have significantly poorer objective quality of life comparing the control group. A comparison of the achievements of VI people showed that respondents with low vision accomplish more life habits than their blind counterparts. When we are talking about the relationship between self-concept, quality of life and life habits, correlation analysis showed the existence of low to moderate correlations between tested constructs.

Regardless of the evidence that existence of VI can cause certain difficulties, it is not necessary that it causes problems in the domains of quality of life, social participation or self-concept.

Key words: self-concept, quality of life, life habits, visual impairment, blindness, low vision

Scientific field: Special education and rehabilitation

Scientific subfield: Typhology

ЛИСТА КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА

AC - аритметичка средина

ComQOL-A5 - Свеобухватна скала квалитета живота (*Comprehensive Quality of Life Scale*)

df - степен слободe

F - Ф коефицијент

ICF/МКФ - Међународна класификација функционисања (*International Classification of Functioning*)

ICIDH - Међународна класификација оштећења, инвалидности и хендикeпа (*The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*)

K-S - Колмоговор-Смирнов коефицијент

LIFE-H - Скала за процену животних навика

N - број испитаника

НСХ - Модел настајања ситуације хендикeпа

p - значајност

ранг AC - ранг аритметичке средине Т-скора

ранг (K-B) - Крускал Волисов ранг медијане

r_s - Спирманов коефицијент корелације

СД - стандардна девијација

СТ - стандардна грешка мерења

СЗО - Светска здравствена организација

t - Т тест

TSCS:2 - Скала за процену самопоимања (*The Tennessee Self-Concept Scale*)

U - Ман Витнијев U тест

WHO - World Health Organization

Z - Z скор

α - Кронбахова алфа

χ^2 - Хи квадрат тест

η^2_p - прилагођени ета квадрат, показатељ величине утицаја

ЛИСТА ТАБЕЛА

Табела 1.	<i>Структура узорка у целини у односу на пол</i>	125
Табела 2.	<i>Показатељ поузданости подскала Тенеси скале за процену самопоимања</i>	138
Табела 3.	<i>Интеркорелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања</i>	138
Табела 4.	<i>Ајтем корелације субјективног дела Скале за процену квалитета живота</i>	140
Табела 5.	<i>Постигнућа на Скали животних навика.....</i>	142
Табела 6.	<i>Показатељ поузданости подскала Скале за процену животних навика</i>	143
Табела 7.	<i>Корелације између подскала Скале за процену животних навика (испитаници са оштећењем вида).....</i>	144
Табела 8.	<i>Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања и на скали у целини</i>	145
Табела 9.	<i>Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на Свеобухватној скали квалитета живота</i>	146
Табела 10.	<i>Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на подскалама Скале за процену животних навика</i>	147
Табела 11.	<i>Постигнућа испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини.....</i>	150
Табела 12.	<i>Постигнућа испитаника на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања ...</i>	151
Табела 13.	<i>Разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за процену самопоимања.....</i>	152
Табела 14.	<i>Разлике између три групе испитаника на појединим доменима самопоимања.....</i>	152
Табела 15.	<i>Постигнућа и разлике на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и додатним скоровима Задовољство и Понашање за цео узорак</i>	154
Табела 16.	<i>Разлике између испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на видни статус</i>	154
Табела 17.	<i>Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет.....</i>	155
Табела 18.	<i>Статистичка значајност разлика између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет.....</i>	155
Табела 19.	<i>Постигнућа испитаника различитог пола на Тенеси скали за процену самопоимања у целини</i>	156
Табела 20.	<i>Постигнућа испитаника различитог пола на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања.....</i>	157

Табела 21.	<i>Разлике у односу на пол између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања</i>	158
Табела 22.	<i>Разлике на подскали Социјални селф у односу на пол и видни статус.....</i>	159
Табела 23.	<i>Постигнућа и разлике испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на пол.....</i>	159
Табела 24.	<i>Разлике на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на пол и на видни статус ..</i> <i>.....</i>	160
Табела 25.	<i>Постигнућа на скоровима валидности Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на додатном скору Идентитет у односу на пол испитаника</i>	161
Табела 26.	<i>Разлике између испитаника у односу на пол на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет</i>	161
Табела 27.	<i>Постигнућа испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на старост.....</i>	162
Табела 28.	<i>Постигнућа испитаника на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања у односу на старост.....</i>	163
Табела 29.	<i>Старосне разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања</i>	163
Табела 30.	<i>Разлике на доменима Морални и Академски селф између старијих и млађих испитаника различитог видног статуса</i>	164
Табела 31.	<i>Постигнућа и разлике између старијих и млађих испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање.....</i>	165
Табела 32.	<i>Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на старост и на видни статус</i>	166
Табела 33.	<i>Постигнућа млађих и старијих испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет</i>	166
Табела 34.	<i>Старосне разлике између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет.....</i>	167
Табела 35.	<i>Постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини.....</i>	167
Табела 36.	<i>Постигнућа испитаника у односу на степен образовања на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања</i>	168

Табела 37.	<i>Разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања у односу на образовни статус.....</i>	<i>168</i>
Табела 38.	<i>Разлике између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса на домену Социјални селф.....</i>	<i>169</i>
Табела 39.	<i>Постигнућа и разлике између испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на степен образовања</i>	<i>170</i>
Табела 40.	<i>Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на степен образовања и на видни статус.....</i>	<i>171</i>
Табела 41.	<i>Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на степен образовања</i>	<i>171</i>
Табела 42.	<i>Разлике између испитаника у односу на степен образовања на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет.....</i>	<i>172</i>
Табела 43.	<i>Разлике на скору Неконзистентно одговарање између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса</i>	<i>172</i>
Табела 44.	<i>Постигнућа запослених и незапослених испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини</i>	<i>173</i>
Табела 45.	<i>Постигнућа испитаника у односу на радни статус на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања</i>	<i>173</i>
Табела 46.	<i>Разлике између испитаника у односу на радни статус на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања</i>	<i>174</i>
Табела 47.	<i>Разлике на домену Академски селф између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса</i>	<i>174</i>
Табела 48.	<i>Постигнућа и разлике између запослених и незапослених испитаника на скоровима валидности и на додатним скоровима</i>	<i>175</i>
Табела 49.	<i>Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на радни статус и у односу на стање вида.....</i>	<i>176</i>
Табела 50.	<i>Постигнућа на скоровима валидности Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на додатном скору Идентитет у односу на радни статус испитаника</i>	<i>177</i>
Табела 51.	<i>Разлике између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на радни статус.....</i>	<i>177</i>
Табела 52.	<i>Разлике на скору Неконзистентно одговарање између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса</i>	<i>178</i>
Табела 53.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на време настанка оштећења</i>	<i>178</i>

Табела 54.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања у односу на време настанка оштећења вида</i>	<i>179</i>
Табела 55.	<i>Разлике на појединим доменима самопоимања између испитаника са конгениталним и са стеченим оштећењем вида.....</i>	<i>179</i>
Табела 56.	<i>Постигнућа и разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на скоровима валидности и на додатним скоровима</i>	<i>180</i>
Табела 57.	<i>Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на време настанка оштећења вида и на степен оштећења вида</i>	<i>181</i>
Табела 58.	<i>Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет.....</i>	<i>182</i>
Табела 59.	<i>Разлике у односу на време настанка оштећења вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет</i>	<i>182</i>
Табела 60.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на способност самосталног кретања</i>	<i>183</i>
Табела 61.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања у односу на способност самосталног кретања</i>	<i>184</i>
Табела 62.	<i>Разлике на појединим доменима самопоимања у односу на способност самосталног кретања у подзорку особа са оштећењем вида</i>	<i>184</i>
Табела 63.	<i>Постигнућа и разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања на скоровима валидности и на додатним скоровима</i>	<i>185</i>
Табела 64.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на способност самосталног кретања</i>	<i>187</i>
Табела 65.	<i>Разлике у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет</i>	<i>187</i>
Табела 66.	<i>Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>188</i>
Табела 67.	<i>Разлике у укупним скоровима на објективном делу Свеобухватне скале квалитета живота између испитаника у узорку</i>	<i>189</i>
Табела 68.	<i>Постигнућа испитаника на подскалама Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>189</i>
Табела 69.	<i>Разлике између испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>190</i>
Табела 70.	<i>Разлике између испитаника на појединим доменима квалитета живота.....</i>	<i>191</i>

Табела 71.	<i>Постигнућа испитаника различитог пола на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>192</i>
Табела 72.	<i>Постигнућа испитаника различитог пола на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>193</i>
Табела 73.	<i>Разлике између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота у односу на пол</i>	<i>194</i>
Табела 74.	<i>Разлике на подскали Интимност у односу на пол и видни статус</i>	<i>194</i>
Табела 75.	<i>Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>195</i>
Табела 76.	<i>Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>196</i>
Табела 77.	<i>Разлике у односу на старост између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>196</i>
Табела 78.	<i>Разлике на подскалама Продуктивност, Сигурност, Осећај припадања заједници, Важност и Задовољство између млађих и старијих испитаника различитог видног статуса.....</i>	<i>197</i>
Табела 79.	<i>Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота у односу на образовни статус</i>	<i>199</i>
Табела 80.	<i>Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>199</i>
Табела 81.	<i>Разлике у односу на степен образовања између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота.....</i>	<i>200</i>
Табела 82.	<i>Разлике на подскали Продуктивност између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса</i>	<i>201</i>
Табела 83.	<i>Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота у односу на радни статус</i>	<i>201</i>
Табела 84.	<i>Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота у односу на радни статус</i>	<i>202</i>
Табела 85.	<i>Разлике у односу на радни статус између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>203</i>
Табела 86.	<i>Разлике на подскалама Материјално благостање, Здравље, Продуктивност и Важност између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса</i>	<i>203</i>
Табела 87.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Свеобухватној скали квалитета живота у односу на време настанка оштећења вида.....</i>	<i>205</i>

Табела 88.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота</i>	205
Табела 89.	<i>Разлике на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота између испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида.....</i>	206
Табела 90.	<i>Разлике на подскали Задовољство између слепих и слабовидих испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида</i>	207
Табела 91.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Свеобухватној скали квалитета живота у односу на способност самосталног кретања</i>	207
Табела 92.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота у односу на способност самосталног кретања</i>	208
Табела 93.	<i>Разлике на појединачним доменима квалитета живота у односу на способност самосталног кретања у подузорку особа са оштећењем вида.....</i>	209
Табела 94.	<i>Разлике на домену Важност између испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања.....</i>	209
Табела 95.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену реализације животних навика у целини.....</i>	210
Табела 96.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на подскалама Скале за процену реализације животних навика</i>	211
Табела 97.	<i>Разлике између слепих и слабовидих испитаника на појединачним подскалама Скале за процену реализације животних навика</i>	212
Табела 98.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на Скали за процену животних навика</i>	212
Табела 99.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на појединачним подскалама Скале за процену животних навика</i>	213
Табела 100.	<i>Разлике у подузорку испитаника са оштећењем вида у односу на пол на појединачним доменима Скале за процену животних навика</i>	214
Табела 101.	<i>Разлике на подскалама Општа кондиција, Покретљивост и Рекреација у односу на пол и степен оштећења вида</i>	214
Табела 102.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у целини у односу на узраст</i>	215
Табела 103.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на старост</i>	216
Табела 104.	<i>Старосне разлике између испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену животних навика</i>	217

Табела 105.	<i>Разлике на доменима Опиита кондиција, Комуникација, Одговорност, образовање и Запослење између млађих и старијих испитаника са оштећењем вида.....</i>	<i>217</i>
Табела 106.	<i>Постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика</i>	<i>219</i>
Табела 107.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на степен образовања</i>	<i>219</i>
Табела 108.	<i>Разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на степен образовања на појединачним подскалама Скале за процену животних навика</i>	<i>220</i>
Табела 109.	<i>Разлике на доменима Комуникација, Одговорност и образовање између више и ниже образованих испитаника са оштећењем вида</i>	<i>221</i>
Табела 110.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на радни статус</i>	<i>222</i>
Табела 111.	<i>Постигнућа запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика</i>	<i>222</i>
Табела 112.	<i>Разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на радни статус на појединачним подскалама Скале за процену животних навика</i>	<i>223</i>
Табела 113.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на време настанка оштећења вида</i>	<i>224</i>
Табела 114.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика.....</i>	<i>224</i>
Табела 115.	<i>Разлике на појединачним подскалама Скале за процену животних навика између испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида</i>	<i>225</i>
Табела 116.	<i>Разлике на доменима Становање и Међуљудски односи у односу на време настанка оштећења вида</i>	<i>226</i>
Табела 117.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања</i>	<i>227</i>
Табела 118.	<i>Разлике између испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања</i>	<i>227</i>
Табела 119.	<i>Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања на појединачним доменима Скале за процену животних навика.....</i>	<i>228</i>
Табела 120.	<i>Разлике на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања особа са оштећењем вида</i>	<i>229</i>
Табела 121.	<i>Корелације између подскала и скорова Генеси скале за процену самопоимања и Свеобухватне скале квалитета живота</i>	<i>230</i>

Табела 122.	<i>Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свеобухватне скале за процену квалитета живота у подзорку слепих испитаника</i>	234
Табела 123.	<i>Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свеобухватне скале за процену квалитета живота у подзорку слабовидих испитаника</i>	236
Табела 124.	<i>Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свеобухватне скале за процену квалитета живота у подзорку испитаника без оштећења вида</i>	237
Табела 125.	<i>Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и Скале за процену животних навика код слепих испитаника</i>	240
Табела 126.	<i>Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и Скале за процену животних навика код слабовидих испитаника</i>	241
Табела 127.	<i>Корелације између подскала Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота</i>	243
Табела 128.	<i>Корелације између подскала Свеобухватне скале квалитета живота и Скале за процену животних навика код слепих испитаника</i>	245
Табела 129.	<i>Корелације између подскала Свеобухватне скале квалитета живота и Скале за процену животних навика код слабовидих испитаника</i>	246

САДРЖАЈ

УВОД	20
I. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ	23
САМОПОИМАЊЕ	24
ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА И ДОМЕНИ САМОПОИМАЊА	39
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА	44
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ	58
ПРЕГЛЕД ИСТРАЖИВАЊА САМОПОИМАЊА, КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОПУЛАЦИЈИ ОСОБА СА ОПШТЕЊЕМ ВИДА	69
САМОПОИМАЊЕ	69
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА	91
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ	101
ПОВЕЗАНОСТ САМОПОИМАЊА СА КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЖИВОТНИМ НАВИКАМА	110
II. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	116
ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА	117
ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА	119
ХИПОТЕЗЕ	120
III. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	122
УЗОРАК И МЕСТО И ВРЕМЕ ИСТРАЖИВАЊА	123
ВАРИЈАБЛЕ	129
НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	129
ЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	130
ОПИС ИНСТРУМЕНАТА	131
ДЕМОГРАФСКИ УПИТНИК	132
СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ САМОПОИМАЊА	132
СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА	139
СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ ЖИВОТНИХ НАВИКА	141
СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА	144
IV. РЕЗУЛТАТИ	149
ПРОЦЕНА САМОПОИМАЊА	150
САМОПОИМАЊЕ И ПОЛ	156

САМОПОИМАЊЕ И УЗРАСТ.....	162
САМОПОИМАЊЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС.....	167
САМОПОИМАЊЕ И РАДНИ СТАТУС.....	173
САМОПОИМАЊЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА.....	178
САМОПОИМАЊЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА.....	183
ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА.....	188
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ПОЛ.....	192
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И УЗРАСТ.....	195
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ОБРАЗОВНИ СТАТУС.....	198
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И РАДНИ СТАТУС.....	201
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА.....	204
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА.....	207
ПРОЦЕНА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ЖИВОТНИХ НАВИКА- ПОСТИГЊУЋА	
ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА.....	210
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ПОЛ.....	212
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И УЗРАСТ.....	215
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС.....	218
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И РАДНИ СТАТУС.....	221
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА.....	223
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА.....	226
ОДНОС ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА.....	230
ОДНОС ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У	
ПОДУЗОРКУ ИСПИТАНИКА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА.....	240
ОДНОС ИЗМЕЂУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА	
У ПОДУЗОРКУ ИСПИТАНИКА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА.....	243
V. ДИСКУСИЈА.....	248
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ ТЕНЕСИ	
СКАЛЕ ЗА ПРОЦЕНУ САМОПОИМАЊА.....	249
САМОПОИМАЊЕ И ПОЛ.....	256
САМОПОИМАЊЕ И УЗРАСТ.....	258
САМОПОИМАЊЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС.....	260
САМОПОИМАЊЕ И РАДНИ СТАТУС.....	262
САМОПОИМАЊЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА.....	263
САМОПОИМАЊЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА.....	264

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ СВЕОБУХВАТНЕ СКАЛЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА	266
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ПОЛ.....	268
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И УЗРАСТ	270
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ОБРАЗОВНИ СТАТУС	273
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И РАДНИ СТАТУС.....	274
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА.....	276
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА.....	277
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ СКАЛЕ ЗА ПРОЦЕНУ ЖИВОТНИХ НАВИКА	278
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ПОЛ.....	282
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И УЗРАСТ	283
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС.....	284
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И РАДНИ СТАТУС	286
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА	286
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА	287
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА О ПОВЕЗАНОСТИ САМОПОИМАЊА, КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА	290
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У УЗОРКУ У ЦЕЛИНИ	290
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА	305
ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА	307
ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ И ИДЕЈЕ ЗА БУДУЋА ИСТРАЖИВАЊА	313
VI. ЗАКЉУЧАК	316
VII. ПРЕПОРУКЕ	339
VIII. ЛИТЕРАТУРА	343
IX. ПРИЛОЗИ	364

УВОД

Самопоимање представља функцију интеракција биолошких, развојних и социјалних процеса током живота, то је начин на који појединац себе перципира. Та перцепција стиче се кроз интеракције са окружењем и са значајним особама из окружења, али и кроз интерпретацију околине, а мења се како деца и одрасли развијају нове когнитивне и интелектуалне способности и како се суочавају са новим социјалним захтевима и процесима (Demo, 1992). На самопоимање утичу поткрепљења, евалуација од стране значајних особа из окружења и процена сопственог понашања. Појединци са позитивним самопоимањем наводе да су срећнији, имају бољи субјективни осећај благостања, задовољнији су животом, тј. имају бољи субјективни квалитет живота (Bracken & Lamprecht, 2003). Додатно, самопоимање даје значење животу, креира (животне) циљеве и помаже у њиховом остваривању (Datta, 2013).

Дакле, на основу свега наведеног, може се претпоставити да је позитивна слика о себи циљ коме сви треба да теже.

Међутим, присуство инвалидитета може да утиче на процес формирања личности неке особе. Оштећење вида представља један од водећих узрока инвалидитета код одраслих особа и може да доведе до ограничења у многим областима живота. Има широк утицај на свакодневни живот особе, укључујући социјални и радни аспект. Оштећење вида је повезано са различитим тешкоћама које наводе саме особе са оштећењем вида, међу којима су: тешкоће у области физичког функционисања, емоционални проблеми, низак степен социјализације, осећај недостатка контроле над сопственим животом, проблеми у самосталном живљењу, тешкоће у области оријентације и кретања. Присутне су и тешкоће приликом формирања идентитета: социјалних интеракција је мање и краће трају, наводе се тешкоће са стицањем искустава, слика о телу није довољно јасна, тешко навикавање на

инвалидитет и прихватање истог. Ови проблеми не морају бити велики, али код неких особа могу довести до лошије слике о себи, умањења квалитета живота и ограничења у партиципацији (тј. у реализовању животних навика). Особе са оштећењем вида се не сусрећу само са психолошким, већ и са социјалним импликацијама оштећења: у друштву се цене физички изглед, привлачност, независност и постигнућа. С обзиром на то да особе са оштећењем вида могу имати тешкоће у реализацији тих захтева, дешава се да их друштво деградира и да се оштећење вида користи у интерпретацији свих осталих карактеристика појединца. Додатно, немогућност коришћења визуелних наговештаја који су неопходни за учење социјалног понашања значи да су особе са оштећењем вида изложене већем ризику од социјалне изолације, имају мање пријатеља и неадекватне социјалне вештине (Huijgevoort, 2002).

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

У истраживањима се квалитет живота доводи у везу са партиципацијом и задовољством нивоом партиципације (Levasseur et al., 2004; Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2008). Партиципација се не односи само на способности особе, већ на оно што особа заиста ради током живота и операционализована је кроз концепт животних навика. Животне навике

су дефинисане као свакодневне активности (брига о себи, покретљивост) и као социјалне улоге (међуљудски односи, одмор).

I. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ

САМОПОИМАЊЕ

Самопоимање, селф-концепт, самосвест, појам о себи, слика о себи су термини којима различити аутори означавају субјективни доживљај властите личности. Фром (Fromm, 1956, према Purkey, 1988) је самопоимање описао као „живот свестан себе“. Крејвен и Марш (Craven & Marsh, 2008) у свом раду наглашавају да је самопоимање један од најстаријих конструката у друштвеним наукама.

Када се током разговора постави питање: „Ко си ти?“, очекује се да особа одговори како се зове, чиме се бави или да наведе релевантну социјалну улогу, да опише неке личне карактеристике и сл. Да би одговорио, појединац мора да размотри садржај и структуру свог самопоимања (McConnell & Strain, 2007).

Самопоимање се може дефинисати као „наглашавање идеје да људи много уче из свог социјалног окружења. Посматрајући друге, људи стичу знања, усвајају правила, вештине, стратегије, веровања, ставове. Појединац такође може учити из модела корисности и прикладности понашања и последица одређеног понашања, тј. понаша се у складу са веровањима о својим способностима и очекиваним исходима акција“ (Schunk, 2000, стр. 78, према Miller, 2002). Бити (Beatty, 1969, стр. 363, према Obiakor & Stile, 1990) је овај конструкт дефинисао као „срж ставова или веровања који се односе на појединца“.

Сам термин и теорију самопоимања је формулисао Џејмс 1890., који је у својој теорији изнео претпоставку да је природа самопоимања хијерархијска (Dixon, Craven & Martin, 2006). Његов предлог о мултидимензионалности самопоимања је био прихваћен. Међутим, током периода бихевиоризма (1950–1970.) напредак у теорији и истраживању и мерењу самопоимања је био прилично спор, Џејмсва формулација је игнорисана, а самопоимање је посматрано као глобални конструкт. У

истраживањима самопоимања преовладала је једнодимензионална перспектива у којој је оно посматрано као неконзистентно и недиференцирано кроз домене, односно, као стабилна, генерализована слика о себи (O'Mara, Marsh, Craven & Debus, 2006). Због тога што су рани истраживачи самопоимање посматрали као збир укупних перцепција појединца о себи, укупно самопоимање је обично било представљано једним скором (O'Mara et al., 2006). Самим тим, и рана истраживања била су усмерена на један аспект самопоимања. Тако је било све до 1976. – самопоимање је посматрано као једнодимензионална структура, а мерење глобалног и општег самопоимања је обезбеђивало неконзистентне, збуњујуће, нејасне резултате.

Валидност једнодимензионалног модела је доведена у питање када су се појавили истраживачи који су заступали тезу да је самопоимање вишедимензионални конструкт. Тврдили су да генерални, општи скор често маскира или искривљује важне одлике појединца, оно што они мисле о својим компетенцијама и способностима у различитим димензијама живота (Datta, 2013).

У покушају да поправе ситуацију, Шавелсон, Хубнер и Стентон (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976) су се вратили на Џејмсову теорију, затим су прегледали до тада доступна теоријска и емпиријска истраживања и у свом раду су дали следећу дефиницију самопоимања: „самопоимање је начин на који особа себе перципира, а та перцепција се формира кроз искуства појединца са околином, као и кроз интерпретације околине“ (стр. 411). На овај процес посебно утичу евалуације од стране особе које су појединцу значајне. Самопоимање „није ентитет унутар особе, већ је хипотетички конструкт који може бити користан у објашњавању и предвиђању како ће се особа понашати“ (Marsh & O'Mara, 2008, стр. 543).

Иако неки аутори „резервицу“ термин самопоштовање за евалуативну компоненту самопоимања, а термин самопоимање користе

као дескриптивну компоненту, Шавелсон и сарадници (Shavelson et al., 1976) тврде да је самопоимање и евалуативно и дескриптивно и да има вишеструку и слојевиту, односно хијерархијску организацију.

Они су предложили вишедимензионални модел самопоимања где је опште самопоимање на врху. У средини хијерархије су закључци о себи у ширем смислу, које је могуће поделити на академско и неакадемско самопоимање. Они се даље деле на још специфичније компоненте. Академско самопоимање је представљено кроз специфичне школске предмете (нпр. математика, матерњи језик...), док се неакадемско дели на социјално, емоционално и физичко самопоимање. Даље је могуће физичко самопоимање поделити нпр. на физичку способност и на физички изглед. Наведени аспекти су посматрани само као могућа репрезентација хијерархијског модела, а нагласак је стављен на вишедимензионалну структуру самопоимања, пре него на тачан број специфичних аспеката (Craven & Marsh, 2008). У основи хијерархије јесте перцепција личног понашања у специфичним ситуацијама. Те одлике специфичне за контекст са годинама постају све стабилније (Dixon et al., 2006). Иако у време када је рад написан Шавелсон и сарадници (Shavelson et al., 1976) нису могли да мере више аспеката самопоимања, јер инструменти за мерење вишедимензионалних конструката нису били доступни, њихов модел је значајан јер је наглашавао да је самопоимање вишедимензионални конструкт (Craven & Marsh, 2008). Такође, кроз свој модел су на следећи начин описали самопоимање (Marsh & Shavelson, 1985, стр. 107-108; Shavelson et al., 1976, стр. 411-415):

- различита искуства појединца садрже податке који су основа на којој он заснива перцепцију о себи. Особе у различитим животним фазама себе различито описују. На предшколском узрасту деца себе описују на конкретан начин: користе своје име, физички изглед, говоре шта имају или себе описују на основу свакодневног понашања. У фази

средњег детињства деца су у стању да себе опишу на основу психолошких карактеристика. Њихови концепти о себи мењају се тако што уместо конкретних и лако опажљивих понашања почињу да наглашавају опште диспозиције (Lucy, 1997, стр. 13-17). Да би редуковао сложеност ових искустава, појединац их категорише у информације које има о себи и те категорије повезује једне са другима (Miller, 2002, стр. 2). Категорије помажу у организовању искустава и представљају начин на који им се дају значења. Посебни системи категорија које је појединац усвојио су (у одређеном степену) рефлексија културе којој он припада (породица, пријатељи, школа). Стога се може рећи да је прва карактеристика самопоимања да је *организовано или структурирано* (Shavelson et al., 1976);

- друга карактеристика самопоимања је да је *вишедимензионално*. Посебни аспекти одсликавају систем категорија који је особа усвојила и који дели са групом (Miller, 2002, стр. 2);
- трећа карактеристика самопоимања је да је *хијерархијско*. Што је хијерархија виша, самопоимање је стабилније (Lucy, 1997). Индивидуална, лична искуства су основа самопоимања, а на врху је опште самопоимање. Опште самопоимање може бити подељено на две компоненте: академско и неакадемско самопоимање. Академско самопоимање може се поделити на тематске области, односно (школске) предмете, а они се могу даље делити на још специфичније области. Неакадемско самопоимање може се поделити на социјално и физичко самопоимање, а затим на још специфичније области на начин сличан подели академског самопоимања. На овом нивоу, перцепција самопоимања појединца од стране независног посматрача може кореспондирати са извештајима које особа даје о свом самопоимању. Међутим, како се напредује у хијерархији самопоимања, кореспонденција се смањује; такође, како се појединац

приближава одраслом добу, самопоимање постаје вишеслојно (Lucy, 1997);

- четврта карактеристика самопоимања је да је општи (генерални) селф *стабилан*. Како се хијерархијом самопоимања иде од врха ка основи, може се уочити да оно зависи од специфичне ситуације, а као последица тога, постаје и мање стабилно (Miller, 2002; Shavelson et al., 1976). Међутим, треба нагласити да успех или неуспех у одређеној области у животу може да има утицај на тај специфичан аспект селфа, али не мора да утиче на глобално самопоимање (Lucy, 1997);
- пета карактеристика самопоимања јесте његов *развојни* аспект. Бебе себе не разликују од окружења. Како сазревају и уче из све више искустава којима су изложене, започиње и разликовање селфа од окружења. На млађем узрасту, дететово вредновање себе је првенствено засновано на наградама и казнама које дају родитељи (Lucy, 1997). Самопоимање је глобално, недиференцирано и специфично за ситуацију. Како дете сазрева, на вредност селфа почињу да утичу академска постигнућа, интимни односи, развој каријере (Lucy, 1997). Тачније, са годинама и са стицањем искустава, самопоимање постаје диференцирано, а појединачни животни аспекти постају израженији (Miller, 2002, стр. 2);
- Шеста карактеристика самопоимања је његов *евалуативни* карактер. Не само да појединац описује себе у конкретној ситуацији („Срећан сам.“), већ формира и евалуације о себи у тој истој ситуацији („Добро ми иде математика.“). Евалуације могу бити насупрот апсолутних стандарда, као што је „идеал“ или насупрот релативних стандарда, као што су постигнућа вршњака или других значајних особа. Важност евалуативне димензије варира за различите људе и у различитим ситуацијама. Међутим, разлика између самоописа и самоевалуација није разјашњена (ни концептуално ни емпиријски), што се уочава у

чињеници да се у литератури наизменично користе термини самопоимање и самопоштовање.

- Седма карактеристика самопоимања је да га је могуће разликовати од других конструката са којима је теоријски повезан. Нпр. на самопоимање утичу специфична искуства. Стога, што је самопоимање ближе повезано са специфичном ситуацијом, ближи је однос између самопоимања и понашања у тој ситуацији (Marsh & Shavelson, 1985; Shavelson et al., 1976).

Уместо општих мера самопоимања, Бандура (Bandura, 1986, према О'Мара et al., 2006) је предложио домен-специфични приступ којим је објашњавао веровање појединца у себе. Самоефикасност је дефинисао као веровање појединца у сопствене способности, што се посебно односило на веровање особе да може успешно да реализује тешке задатке и да превазиђе препреке улагањем сопственог напора. По мишљењу овог аутора, самоефикасност се мерила у специфичном домену, што је било у складу са вишедимензионалном перспективом самопоимања.

Марш и Крејвен (Marsh & Craven, 2006) су такође наглашавали важност вишедимензионалне структуре самопоимања. Они су прегледом истраживања утврдили да су различити академски исходи у вези са академским самопоимањем, али да скоро уопште нису у корелацији са глобалним самопоштовањем и са другим неакадемским доменима самопоимања. Тврдили су следеће (Marsh & Craven, 1997, стр. 191, према Craven & Marsh, 2008): „Ако је улога истраживања о самопоимању да се боље разуме сложеност селфа у различитим контекстима, да се предвиде понашања, да се обезбеди мерење исхода за различите интервенције и да се самопоимање повеже са другим конструктима, онда су специфични домени самопоимања кориснији од општег домена“. Због тога су исти аутори (Craven & Marsh, 2008; Marsh & Craven, 2006) предложили да се истраживачи фокусирају на специфичне компоненте самопоимања које су

у вези са циљевима њиховог истраживања, уместо да се ослањају само на глобални скор, тј. на самопоштовање. Нпр., ако дете има ниско самопоимање у области читања, а високо самопоимање у области математике, онда глобално самопоштовање није адекватно као мера процене (Marsh & O'Mara, 2008).

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

Лифшиц, Хен и Вајсе (Lifshitz, Hen & Weisse, 2007) кажу да је самопоимање систем веровања, ставова и перцепција које појединци имају о себи и о својим особинама, а може се посматрати и као одговор на питања: „Ко сам ја? Које карактеристике имам?“ (Campbell et al., 1996; Salmivalli, 1998). Бернс (Berns, 1979, према Јоксимовић & Јањетовић, 2008, стр. 289) дефинише појам или свест о „себи као укупност мисли, осећања, оцена и предвиђања о себи и о сопственом понашању“. Обиакор (Obiakor, 1986, према Gish, 2002, стр. 4) је дефинисао самопоимање као „репертоар самоописујућих понашања појединца. Ти описи могу бити тачни или нетачни, конзистентни или контрадикторни, свеобухватни или ограничени, затворени или отворени, и понекад се мењају са променом контекста“. У већини случајева самопоимање произлази из интеракција појединца са важним људима из окружења (Bodkin-Andrews et al., 2010). Још је Вилијем Џејмс у 19. веку истакао да су за самопоимање веома

значајни односи са другим људима (Станимировић, Мијатовић & Савановић, 2010), посебно са онима које појединци сматрају важнима. Током детињства се самопоимање развија. Добијање имена и одазивање на њега је основни део развоја концепата о себи (Halder & Datta, 2012). Велики утицај на самоперцепцију у детињству имају родитељи, јер су у том периоду они најважније особе за децу која теже да процењују своје компетенције у одређеним ситуацијама на основу тога колико су добра у реализовању одређеног задатка. Током предшколског периода, многи извори играју важну улогу у формирању селфа: породица, наставници, другови из разреда итд. Адолесценти као „значајне друге“ посматрају своје вршњаке. У овом периоду самопоимање остаје (релативно) стабилно. У одраслом добу, појединац је запослен, у браку је, има децу и све те (нове) улоге утичу на његово самопоимање. Како године пролазе, улоге појединца постају све бројније, његова свест о околина постаје тачнија, а његова самоперцепција постаје сложенија (Beane, Lipka & Ludwig, 1980). Шавелсон и сарадници (Shavelson et al., 1976) сматрају да ће перцепција коју појединац има о себи утицати на начин на који се он понаша, а његово понашање ће, заузврат, утицати на начин на који он себе перципира. Дакле, самопоимање се заснива на перцепцијама акумулираним током живота и на њега значајно утиче међусобни утицај његових акција, реакција других и начина на који појединац перципира догађаје, понашања и исходе који га окружују. Динамички аспект самопоимања је важан јер указује на то да је овај конструкт могуће мењати/модификовати. Како појединац достиже осећај идентитета, он тежи да сваку ситуацију сагледава у светлу својих мотива, претпоставки, осећања. Стога ефекти окружења (околина) у највећој мери зависе од начина на који га појединац доживљава (Halder & Datta, 2012).

Бин и сарадници (Beane et al., 1980) су сматрали да перцепција коју појединац има о себи укључује три димензије: самопоимање, самопоштовање и вредности. Самопоимање се односи на опис који

појединац даје о себи и који је заснован на улогама које има и на личним атрибутима које он верује да поседује. Самопоштовање се односи на ниво задовољства које појединац приписује тим описима. Са друге стране, одлуке засноване на самопоштовању су настале на основу онога што је појединцу важно, односно, на основу његових вредности. Ово је у складу са скоровима валидности из Тенеси скале за процену самопоимања, односно са посматрањем самопоимања са аспекта личности, понашања и задовољства, о чему ће касније бити речи.

Предвиђање понашања само по себи може бити побољшано учењем о томе како људи себе перципирају, интерпретирају и како организују спољашњу стварност. Сниг и Комбс (Snygg & Combs, 1949, према Rosenberg, 1989) су нагласили да се људи не понашају само на основу онога што јесу, већ се понашају на основу тога како им ствари изгледају. Наглашавајући важност „узимања улоге другог“ у процесу социјалне интеракције, Мид (Mead, 1934, према Rosenberg, 1989) је тврдио да људи временом себе почињу да виде (у мањој или већој мери) на начин на који их и други виде и суде о себи у условима интернализованих ставова заједнице као целине (генерализованих других).

За самопоимање се може рећи да је засновано на опажањима које особа прикупује и акумулира током свог живота. На њега утичу однос између акција и реакција других, перцепција догађаја од стране појединца, као и однос његовог окружења и исхода. Да би се самопоимање разумело, Демо (Demo, 1992) сматра да га треба посматрати као променљиви конструкт који осцилира у различитим ситуацијама и у различитим животним фазама: током живота појединци доживљавају промене улога, животне транзиције и преокрете који могу да утичу на развој, социјализацију и социјалну размену. Дакле, самопоимање треба посматрати као динамички конструкт који одговара на стимулусе из средине, укључује нове елементе, мења се, прилагођава и стабилизује пре суочавања са новим стимулусом. Да би се овај динамички квалитет

разумео, исти аутор (Demo, 1992) сматра да је неопходно понављати мерења и укључити и опсервацију у природним условима. Управо тај динамични аспект самопоимања је важан јер указује на променљивост концепта (Halder & Datta, 2012). Самопоимање се развија, тако да се понашање појединца и (последично) слика о себи мењају унутар домена и диференцирају кроз различите домене током година. Касније у животу се могу појавити додатне или модификоване верзије самопоимања (Bracken & Lamprecht, 2003).

Прегледом истраживања је јасно да самопоимање није психолошка карактеристика која, када се једном формира, остаје непромењива, већ је оно осетљиво на различите факторе, као што су пол, промене у времену и простору које су део живота појединца, присуство неког здравственог проблема или инвалидитета и сл. (Gal, 2011). Међутим, подаци о променама самопоимања током одраслог доба су оскудни. Тема стабилности и промене самопоимања током живота била је занемарена, једним делом због тешкоћа у организацији и реализовању лонгитудиналних истраживања. Такође, животним циклусом су се доминантно бавили развојни психолози које је највише интересовао развој у периоду детињства. Поред њих, за развој самопоимања су се интересовали и неофројдовци, посебно Ериксон (Erikson, 1959, према Gecas, 1982) који су се фокусирали на личност, уместо на само самопоимање. Према Ериксновој теорији психосоцијалног развоја, развој особе се одвија током целог живота и у том процесу су посебно важни социо-културни фактори. Ова теорија претпоставља да у току живота постоји осам развојних фаза и да свака од њих пред појединца ставља одређени задатак или конфликт који он мора успешно да реши да би наставио да се развија. Ериксон је сматрао да развој слике о себи не престаје њеним формирањем, већ се наставља и у одраслом добу (Sokol, 2009). Почетак развоја самопоимања се везује за детињство и за породицу, која је први и најважнији извор информација за вредновање себе (López-

Justicia, Pichardo-Martinez & Medina, 2005). Тејлор (Taylor, 1975 према Obiakor & Stile, 1990) напомиње да је развој вида тај који олакшава процес диференцијације на основу којег дете себе почиње да доживљава као одвојено од околине. То значи да основе самопоимања леже у првим месецима живота, када беба почиње да разликује своје тело од околине кроз додиривање, истраживање и стицање различитих искустава (Broderick & Blewit, 2006, према Datta, 2014; Lucy, 1997). Слика о телу и осећања у вези са телом постају средиште самопоимања у првим годинама живота. До поласка у школу, дететово самопоимање је већ добро развијено. Интеракције са околином и повратна информација од околине детету помажу да постане свесније начина на који га (пр)оцењују особе које су му значајне. Другим речима, како дете види себе, како га други виде и како оно мисли да га други виде – то одређује самопоимање. У каснијем детињству, одобрење и прихватање од стране родитеља и вршњака, перципирана компетенција у доменима који су значајни за дете (нпр. спортске или академске компетенције) и физички изглед идентификовани су као важни извори дететове слике о себи (Pinquart, 2012).

Адолесценција је осетљив период у ком се јављају промене и развој самопоимања појединца (Halder & Datta, 2012). Када дете стигне до периода адолесценције, физички изглед се мења у складу са биолошким сазревањем (Lucy, 1997). Због различитих физичких, когнитивних и социјалних фактора адолесценција је, према Ериксеновом мишљењу, оптимално време за развој самопоимања (свести о себи) (Sokol, 2009). Током адолесценције један од кључних задатака је изградња стабилног самопоимања. У овом процесу такође је веома важна интеракција са вршњацима. Они нуде повратну информацију којом потврђују или не потврђују веровања која адолесцент има о себи и помажу му у формирању или промени слике о себи (Salmivalli, 1998). Период адолесценције и раног одраслог доба карактерише борба да се интегришу апстрактне репрезентације које млада особа има о себи јер у том периоду она ради на

дефинисању сопственог идентитета (Datta, 2013). Током адолесцентног периода самопоимање се мења на много начина. За промене у самопоимању које се током тих година јављају великим делом су заслужне когнитивне промене. Развој апстрактног и хипотетичког мишљења утиче на начин на који адолесцент себе види (Datta, 2013). Млада особа, са растућом способношћу критичког мишљења покушава да открије различите карактеристике свог самопоимања (Ittyerah & Kumar, 2007). Способности за поређење себе са другима јављају се у средњем детињству, а повећавају се у адолесценцији и у младом одраслом добу, како се појединац сусреће са различитим групама људи са којима се пореди. Апстрактно мишљење доприноси развоју способности да се ситуација разуме, сагледа из угла друге особе. Заузимање перспективе побољшава разумевање себе, јер адолесцент може да одступи од тренутне ситуације и да сагледа себе као што би га други видели (Selman, 1980, према Datta, 2014). То значи да напредак у социјално-когнитивним процесима, укључујући социјално поређење, заузимање перспективе и самосвест такође доприносе промени самопоимања.

Касније животне фазе нису биле у толиком фокусу као адолесценција. Било је интересовања за тзв. „средње године“, „кризу средњег доба“, за старији узраст и за различите транзиционе периоде који су повезане са старењем (одлазак у пензију, „празно гнездо“, губици, жалост, смрт). Међутим, фокус само на фазе одређеног животног циклуса није нужно и најбољи начин одговора на питање о континуитету и промени самопоимања током времена (Gecas, 1982). Такође, и О'Мара и сарадници (О'Мара et al., 2006) примећују недостатак студија праћења и сматрају да због тога није могуће са сигурношћу тврдити шта се са самопоимањем дешава током времена.

Џексон, Жао, Вит и сарадници (Jackson, Zhao, Witt et al., 2009) сматрају да је социјално самопоимање засновано на популарности појединца међу значајним особама из окружења и на његовим

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

родитељ (Bracken & Lamprecht, 2003). Како особа постаје успешнија у новим улогама, и њено самопоимање наставља да се развија.

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

Самопоимање наставља да се развија и у касном одраслом добу (након 65. године). У овом периоду природан животни след јесте појава тешкоћа у области физичких способности (Grant, 1969). Такође, долази до губитка вербалне или флуидне интелигенције, процес памћења се успорава, слаби вештина решавања проблема, али су ове промене постепене. Дрastiчнија промена је приметна у области социјалних интеракција, јер се социјалне мреже мењају услед пензионисања или смрти пријатеља. У овој животној фази социјална поређења су мање важна, јер се смањује број особа са којима се појединци могу поредити. Присећање прошлих искустава и улога доводи до реорганизације самопоимања. У касном одраслом добу самопоимање достиже врхунац, све до тренутка док физичко и когнитивно пропадање, који су у вези са лошијим здрављем, мањом флексибилношћу, ограниченим социјалним интеракцијама и улогама, не почну да изазивају негативне мисли и осећања о себи. Природан процес старења подразумева и промену улога у

којима се одрасле особе налазе. У овом периоду кључни су испитивање и евалуација. Једноставно, старије одрасле особе покушавају себе да дефинишу на основу онога што су постигле. Процеси важни за самопоимање у касном одраслом добу су поновно успостављање равнотеже у међуљудским односима и другим социјалним улогама, прилагођавање на (евентуалне) губитке и снижене физичке капацитете и проналажење смисла живота (Demo, 1992; Sokol, 2009). Такође, треба нагласити да и негативна искуства представљају важан елемент у развоју реалистичког самопоимања (Станимировић и сар., 2010). Разумно је очекивати да ће непријатни догађаји уздрмати нечије самопоуздање, изазвати промене у рутинама и већ успостављеним социјалним односима и да ће представљати изазов за каснија прилагођавања (Demo, 1992, стр. 321). Хорнај (Horney, 1950, према Rosenberg, 1989, стр. 42) је сматрала да, као последицу одређених негативних, штетних животних околности, појединац развија дубоку несигурност и страх које је ауторка једним именом назвала базична анксиозност. Пошто не може да толерише такво стање, особа тражи начин да се издигне изнад осталих. У својој машти, људи креирају идеал(изова)ну слику селфа која ће им пружити осећање важности, супериорности и идентитета.

Могуће је да одређене срединске промене утичу на стабилност самопоимања и на то указују резултати истраживања које су спровели Мортимер и сарадници (Mortimer et al., 1982, према Demo, 1992). Они су испитивали стабилност и промене у самопоимању код мушкараца и показали су да рано самопоимање обликује животне догађаје појединца у области посла и породице, као и да ти животни догађаји, заузврат, имају независан утицај на самопоимање. Дакле, показали су да је однос између животних искустава и самопоимања реципрочан. Рано одрасло доба је период када се стичу нове улоге и статуси (запослени, супружник, родитељ), налазе се одговори на многа питања, постављају се нови циљеви, што за резултат има развојно зрелију слику о себи. Мортимер и сарадници

(Mortimer et al., 1981, према Gecas, 1982) претпостављају да је самопоимање склоније променама у раном одраслом добу него касније у животу због тога што је окружење у каснијем животном добу стабилније, као и због ослањања на већ успостављене обрасце понашања. Међутим, емпиријски докази за ове тврдње нису бројни, па би се на основу тога могле сугерисати теме будућих истраживања.

ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА И ДОМЕНИ САМОПОИМАЊА

Једно од првих истраживања које се бавило променом, тј. диференцијацијом самопоимања током одраслог доба било је истраживање Дила и сарадника (Diehl, Hastings & Stanton, 2001). Резултати овог истраживања сугеришу да различити нивои диференцијације самопоимања могу на различите начине да се прилагоде одређеним догађајима у животу одраслих особа. То би значило да ће се самопоимање појединца развијати током сваке животне фазе и да ће бити у вези са емоционалним и социјалним развојем одрасле особе. Фактори који утичу на самопоимање одраслих су сложени и различити. Поред индивидуалних и психолошких фактора (нпр. нивоа когнитивног развоја), узраст и/или улога у животу могу утицати на диференцијацију самопоимања. Нпр. физичке способности ће се временом, тј. са старењем, појавом неког обољења или чак инвалидитета, мењати. Комбинација перцепција, мисли, односа и искустава могу утицати на слику коју особа има о себи. Нпр. фокусирање на личне снаге и на позитивне квалитете, пре него на мане, може појединцу помоћи да развије позитивнију слику о себи. Даље, посао, односи са другим људима и стање здравља такође могу да утичу на самопоимање: губитак посла, раскид емотивне везе, дуготрајна болест или тешка повреда утицаће на то како се појединац осећа, тј. утицаће на његову слику о себи. И пол је значајан за развој самопоимања, јер у друштву постоје различита очекивања од мушкараца и од жена. Ти полни стереотипи могу бити позитивни или негативни – нпр. могу изазвати

осећање кривице или некомпетентности уколико особа не може (или не жели) да им се прилагоди у одређеној ситуацији. Пол такође може утицати на послове које особа може да обавља. Промена самопоимања са годинама објашњава се чињеницом да одрасле особе имају више искуства, стекле су више знања о себи и углавном себе описују у односу на квалитет живота и у односу на своју личност.

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

Брејкен (Bracken, 1992, према Bracken & Lamprecht, 2003) је предложио модел развоја самопоимања заснован на понашању. Према том моделу, људи развијају позитивно самопоимање захваљујући успеху који су доживели у различитим животним ситуацијама и то тако што добијају позитивну повратну информацију из окружења из директних (лична перспектива) и индиректних (перспектива других) извора. Поред тога што објашњава како се самопоимање развија, овај модел омогућава и планирање различитих интервенција за побољшање слике о себи.

Генерално гледано, човек је социјално биће и осећај идентитета појединца умногоме зависи од начина на који га други посматрају. Појединци се прилагођавају и живе на основу повратних информација које константно добијају од породице, заједнице и пријатеља. Те повратне

информације омогућавају контролу и организацију поступака, обезбеђују проверу понашања, а важне су и због тога што утичу на самопоимање појединца и на његов осећај идентитета (Schinazi, 2007). Према приступу социјалног идентитета, осећај селфа је могуће имати и на основу припадности одређеним друштвеним групама. Када је чланство у некој групи посебно истакнуто, појединац себе дефинише на основу социјалног идентитета, а не на основу личног идентитета и мисли и понаша се у складу са сетом социјалних норми које су у вези са том одређеном групом (Crisp & Turner, 2010).

Важно је нагласити да потенцијал за позитивно самопоимање лежи у свакоме од нас. Као што је већ наглашено, самопоимање се може мењати. Итијерах и Кумар (Ittyerah & Kumar, 2007) наводе да се нико не рађа са самопоимањем, већ се осећај селфа постепено развија током живота кроз преплитање великог броја различитих фактора. На идеју појединца о његовом селфу утичу идеје других о њему. Од других људи учимо у чему смо добри, у чему нисмо, да ли смо паметни или не, жељени или не, а све то представља „сирови“ материјал за изградњу самопоимања појединца (Halder & Datta, 2012). Крејвен и Марш (Craven & Marsh, 2008) сматрају да је самопоимање кључно за психолошко благостање особе, јер ће особа која се добро осећа у вези са самом собом и која верује у своје способности вероватно бити ефикаснија него појединци са ниским самопоимањем. Такође, исти аутори наводе да особе које мисле позитивно о себи имају виша постигнућа у животу, здравије су, срећније.

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

1. Когнитивна компонента: представља перцепцију или менталну репрезентацију појединца, тј. идентитет или слику о себи; не мора обавезно да приказује реалност. На слику о себи утичу многи

фактори (родитељи, пријатељи, медији итд.). Она се може односити на социјалне улоге (спољни, тј. објективни аспекти живота појединца: син, наставник, пријатељ) и на личне карактеристике (унутрашњи, афективни аспекти живота појединца: духовит, нестрпљив, вредан итд.). Млађе особе себе чешће описују на основу личних карактеристика, док старији људи себе дефинишу на основу социјалних улога.

2. Афективна компонента: у вези је са вредностима које појединци приписују одређеном начину на који себе виде; другим речима, ово је самопоштовање. Самопоштовање се односи на степен у ком појединац прихвата себе или колико себе цени. Самопоимање увек подразумева и изванредан степен евалуације; можемо имати позитивно или негативно мишљење о себи.
3. Бихевиорална компонента, тј. компонента понашања: показује како самопоимање утиче на понашање појединца и како то понашање условљава.

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

- социјални домен – способност интеракције са другима;
- домен компетентности – способност задовољавања основних потреба;
- афективни домен – свест о емоционалним стањима;
- физички домен – осећања о здрављу, изгледу, физичком стању и свеукупној појави;

- академски домен – успех или неуспех током школовања;
- породични домен – колико добро појединац функционише у породици.

Развој позитивног самопоимања је пожељан сам по себи за остваривање психолошког благостања. Међутим, самопоимање је важно и због тога што има улогу медијатора других жељених исхода (конкретно, мисли се на образовне аспирације и аспирације у вези са каријером, усвајање понашања којима се тежи, побољшање постигнућа). Универзална важност самопоимања као једног од најважнијих конструката у социјалним наукама наглашена је тиме што је побољшање самопоимања идентификовано као важан циљ у различитим окружењима, укључујући образовање, развој детета, ментално и физичко здравље, друштвене сервисе, индустрију, спорт и вежбање. Развој позитивног самопоимања је један од кључних циљева образовања. Стога је вера у себе важна, омогућава да се догоде позитивне ствари и кључна је за реализацију пуних потенцијала појединца у различитим окружењима (Craven & Marsh, 2008).

Дил, Хастингс и Стентон (Diehl et al., 2001) су се у свом раду бавили диференцијацијом самопоимања током одраслог доба. Интересовало их је у ком степену се представе о себи разликују у различитим социјалним улогама и контекстима током живота. У објашњењу циља истраживања пошли су од резултата претходних студија у којима је показано да слике о себи одраслих особа одсликавају њихову окупираност различитим животним улогама, развојним задацима и другачијим контекстима и да се управо на основу тога репрезентације које појединци имају о себи и разликују. Да би објаснили однос између диференцијације самопоимања и година код одраслих користили су тзв. теорију улога. С једне стране, према теорији улога, диференцијација самопоимања се повећава са бројем социјалних улога које особа преузима, односно, са годинама и самопоимање постаје све диференцираније. Зато се очекује да од

адолесценције до средњег одраслог доба расте диференцијација самопоимања (јер се повећава број улога које појединац преузима), док у периоду каснијег животног доба диференцијација самопоимања опада, јер се са годинама губе одређене социјалне улоге. Самим тим, однос између диференцијације самопоимања и година има изглед обрнутог латиничног слова У („U“). Са друге стране, постоји претпоставка да тај однос изгледа баш као латинично слово У („U“): као објашњење, наводи се чињеница да се самопоимање формира кроз процес поређења са референтним друштвеним групама, али и са различитим особама које су за појединца значајне. Дил и сарадници (Diehl et al., 2001) су у своје истраживање укључили 158 одраслих испитаника узраста од 20 до 88 година. Сви испитаници су били подељени у три групе: млади (од 20 до 39 година старости), средње стари одрасли (од 40 до 59 година старости) и стари одрасли (узраста од 60 до 68 година). Резултати студије су показали да су узраст и диференцијација самопоимања у вези, али не на линеаран начин, већ је тај однос представљен у виду латиничног слова У. Од раног до средњег одраслог доба диференцијација самопоимања опада, а најнижи ниво достиже у касном одраслом добу. Затим од касног одраслог доба до старијег узраста диференцијација самопоимања поново расте. То значи да особе у средњем одраслом добу (у поређењу са млађим и старијим одраслим особама) теже већој кохеренцији, а самим тим код њих је присутна и нижа диференцијација самопоимања. Поред индивидуалних психолошких фактора (нпр. ниво когнитивног развоја), узраст и положај појединца у животу могу да буду фактори који ће утицати на његову диференцијацију самопоимања.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Квалитет живота је синтагма која се често користи и за коју постоји убеђење да је њено значење свима познато. Значење овог термина је

многоструко, различити људи га у различитим контекстима у којима живе (историјски, економски, социјални) различито користе. Такође, различите дисциплине које користе овај појам стављају га у свој контекст (Станимировић, 2005). Додатно, особе из различитих културних подручја на различите начине посматрају квалитет живота (Fallowfield, 1990). Шепард-Џонс (Sheppard-Jones, 2003) истиче да су га средином 20. века први употребили политичари, обећавајући својим бирачима да ће, уколико их изаберу, побољшати њихов социо-економски статус. У области инвалидитета, конструкт је испитиван 1970-их и 1980-их у оквиру покрета деинституционализације. Заговорници овог покрета су препознали да се квалитет живота не односи само на материјална добра, већ и на аспекте среће и осећања припадања заједници од стране појединца.

Вердуго и сарадници (Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe, 2005) у свом раду сумирају ставове аутора о квалитету живота и о начину мерења овог конструкта. Прво, квалитет живота је важан за све људе и требало би га на исти начин посматрати, без обзира на то о којој популацији се ради. Друго, приликом мерења квалитета живота треба разумети степен у ком људи доживљавају квалитет живота и лично благостање. Треће, мерење квалитета живота одсликава комбинацију два значења квалитета живота: онај који обично разумеју сви људи на свету и онај који цене појединци који свој живот живе у јединственом окружењу. Мерење квалитета живота, онако како га појединац из своје перспективе разуме и цени укључује процену перцепције личног задовољства или среће. Наведене премисе објашњавају колико је сложена процена квалитета живота. Приликом реализације нашег истраживања покушали смо да поштујемо све наведено.

Током протеклих неколико деценија концепт квалитета живота значајно се мењао. Стелмак (Stelmack, 2001) наводи и на који начин су се те промене одвијале. Квалитет живота је прво посматран и мерен у контексту задовољења основних потреба: поседовање хране, одеће, склоништа.

Затим се, са јачањем економије, значај квалитета живота проширио и укључио је и трагање за срећом и постизање општег благостања. Следећи корак је био узимање у обзир и здравственог статуса, односно, увођење појма квалитет живота у вези са здрављем. Међутим, овај конструкт је много шири од свега наведеног: од услова становања, здравља, материјалних ресурса (Станимиров, Јаблан, Станимировић, 2014). Квалитет живота је схватан на различите начине: од „субјективне добробити“ и „задовољства животом“ до приступа заснованих на различитим вредностима (Rimmerman & Morgenstern, 2003). Олесон (Oleson, 1990) је квалитет живота дефинисао као срећу или задовољство у области оних животних домена који су појединцу посебно важни. Термин се често односи на „укупни“ или „глобални“ квалитет живота, да би се разликовао од „квалитета живота у вези са здрављем“.

Квалитет живота је вишедимензионалан и настаје интеракцијом неколико компоненти, међу којима су физичка (симптоми болести и њихов третман), функционална (брига о себи, ниво активности, активности дневног живљења), социјална (социјални контакти и међуљудски односи) и психолошка (когнитивне функције, емоционални статус, благостање, задовољство животом, срећа) (Stelmack, 2001).

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

- промена става да до побољшања живота могу довести само научни, технолошки и медицински напредак; као важни фактори за побољшање живота издвојени су лично благостање, породица, заједница;
- један од корака који је проистекао из покрета нормализације – наглашавао је значај сервиса за мерење исхода у животу појединца унутар заједнице;

- фокусирање на права пацијената и на планирање у чијем центру су особе, лични исходи и самоодређење;
- појава социолошких промена које су увеле субјективне или перцептивне аспекте квалитета живота.

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

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

- Прва категорија дефиниција фокусирана је на способност особе да живи нормалан живот. Међутим, проблем у вези са коришћењем ове дефиниције је како донети одлуку који критеријум користити за одређивање шта је нормално?
- Следећа категорија дефиниција су оне које се фокусирају на осећање среће или задовољства животом појединца. Срећа и задовољство су повезани, али нису синоними. Срећа представља краткорочно позитивно осећање, одсликава како се особа осећа. С друге стране, задовољство се описује као дугорочно когнитивно искуство које је резултат процене услова живота, засновано је на чињеницама, околностима живота појединца и добија се поређењем аспирација и постигнућа. Жан (Zhan, 1992) сматра да се задовољство животом може посматрати и као процена напредовања ка жељеним циљевима. Односи се на живот у целини, пре него на специфичне домене живота. Задовољство животом је респонзивно на промене у спољним условима. На њега утичу лична искуства, карактеристике, окружење, здравствени статус (Zhan, 1992). Због свега наведеног се сматра да

задовољство животом ближе описује концепт квалитета живота него што то чини срећа.

- Трећа група дефиниција односи се на задовољење личних циљева. Ова категорија је у вези са претходном групом дефиниција (о срећи и задовољству животом појединца). Међутим, постоје разлике, првенствено јер су дефиниције у вези са задовољењем личних циљева усмерене специфично на успех или на неуспех, пре него на осећање среће или задовољства појединца због успеха.
- Дефиниције социјалне користи су оне које квалитет живота посматрају као способност живљења друштвено корисног живота и усмерене су на задовољење друштвено вредних улога. Основни проблем са овом групом дефиниција је: чије критеријуме за процену користити?
- Дефиниције природних капацитета примарно се фокусирају на стварне или потенцијалне, физичке и/или менталне способности појединца.

Турнбул и сарадници (Turnbull, Turnbull, Wehmeyer & Park, 2003) у свом раду сумирају закључке истраживача који су испитивали квалитет живота испитаника са интелектуалном ометеношћу и наводе да су кључне карактеристике свих дефиниција квалитета живота следеће: (а) односе се на опште осећање благостања, (б) описују осећање позитивне социјалне укључености, (в) виде могућност за остваривање личних потенцијала. Истраживачи су утврдили да је квалитет живота вишедимензионалан и да укључује и објективне и субјективне димензије.

Мунс и сарадници (Moons, Budts & De Geest, 2006) наводе да се квалитет живота не треба сматрати статичком карактеристиком, јер појединци могу процењивати свој квалитет живота на различите начине током времена, услед животних промена, прогресије болести или неких културолошких промена. Исти аутори истичу да је мало вероватно да је

овај конструкт високо динамичан; већа је вероватноћа да квалитет живота флукутира по мало, дан по дан.

Група Светске здравствене организације (СЗО; World Health Organization – WHO) задужена за процену квалитета живота (WHO, QoL group, 1995, стр. 1) дефинише овај концепт као „начин на који појединац перципира свој положај у животу у контексту културе и система вредности у ком живи, а све то у односу на своје циљеве, очекивања, стандарде и бриге“. Додатно, 1997. године је СЗО у концепт квалитета живота укључила и здравље, чиме је показано да је квалитет живота широк појам који укључује различите домене, међу којима су и: здравље појединца, емоционално стање, ниво независности, социјални односи, лична веровања, карактеристике окружења... (WHO, 1997). Квалитет живота је важан концепт јер наглашава услове који су појединцу потребни да би уживао у благостању и напретку на индивидуалном нивоу.

Ревикци и сарадници (Revicki et al., 2000) сматрају да концепт квалитета живота треба да укључи и аспекте физичког, социјалног, економског и политичког окружења. Вилсон и Клири (Wilson & Cleary, 1995) су укупни квалитет живота описали као субјективно благостање које је у вези са тим колико је особа срећна или задовољна животом у целини. Дедија и Конг (Dedhiya & Kong, 1995) наводе да је квалитет живота дефинисан као мера среће и задовољства животом, као мера остварености животних циљева или као социјална корист. Међутим, већина студија квалитет живота схвата као комбинацију неколико домена. Жан (Zhan, 1992) квалитет живота дефинише као степен у ком су животна искуства особе задовољавајућа. Овакво схватање је вишедимензионално и у вези је са контекстом с обзиром на то да су искуства људи динамична и сложена. Лична искуства, социјална ситуација, култура, окружење, године утичу на перцепције појединца о значењу и квалитету живота. Значење настаје на основу размена између особе и окружења. Према мишљењу Шалока (Shalock, 1990, према Rimmerman & Morgenstern, 2003, стр. 552), квалитет

живота се односи на „искуство које особа има о свом животу“. Стога, квалитет живота не може да се мери само на објективан или само на субјективан начин.

У зависности од жељеног нивоа генерализовања, број домена квалитета живота међу ауторима варира. Најчешће навођени домени у литератури су: међуљудски односи, укључивање у друштво, лични развој, физичко благостање, самоодређење, материјално благостање, емоционално благостање, права, окружење, породица, одмор и рекреација и безбедност. На широком нивоу апстракције као домени се схватају здравље и функционисање, психолошки и спиритуални, породични, социјални и економски домен (Ferrans, 1990). Група СЗО задужена за процену квалитета живота (WHO, 1995) као кључне домене квалитета живота идентификује: физичко и психолошко здравље, ниво независности, лична веровања, друштвене односе и однос појединца према важним аспектима околине. Фелс и Пери (Felce & Perry, 1995, према Hensel, Rose, Stenfert Kroese, Banks-Smith, 2002) су предложили модел квалитета живота у ком су домени ранжирани по важности: физичко, материјално, социјално благостање, развој и активност и емоционално благостање. Вердуго и сарадници (Verdugo et al., 2005) сматрају да се домени квалитета живота односе на личну добробит и лично благостање и посматрају домене као опсег по ком се квалитет живота шири. Ови аутори сматрају да је број домена мање важан од чињенице да било који скуп домена заједно треба да представља комплетан конструкт квалитета живота. Са њима се слаже и Шалок (Schalock, 2004) који такође каже да се термин „домени“ квалитета живота односи на скуп фактора који чине укупно благостање. Каминс (Cummins, 1998) наводи да квалитет живота може бити објективан и субјективан и да се свака од те две димензије састоји од седам домена: материјално благостање, здравље, продуктивност, интимност, безбедност, заједница, емоционално благостање.

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

- домен емоционално благостање
 - индикатори: задовољство (расположење, уживање), самопоимање (идентитет, самовредновање, самопоштовање) и недостатак стреса (предвидивост, контрола);
- домен међуљудски односи
 - индикатори: интеракције (друштвене мреже, друштвени контакти), односи (породица, пријатељи, вршњаци), подршка (емоционална, физичка, финансијска, повратне информације);
- домен материјално благостање
 - индикатори: финансијски статус (приходи, бенефиције), запослење (радни статус, радно окружење), становање (тип становања, власништво);
- домен лични развој

- индикатори: образовање (постигнућа, статус), личне компетенције (когнитивне, социјалне, практичне), учинак (успех, постигнућа, продуктивност);
- домен физичко благостање
 - индикатори: здравље (функционисање, симптоми, исхрана, фитнес), активности свакодневног живота (вештине бриге о себи, кретање), одмор (рекреација, хобији);
- домен самоодређење
 - индикатори: аутономија/лична контрола (независност), циљеви и личне вредности (жеље, очекивања), избори (могућности, склоности);
- домен укључивање у друштво
 - индикатори: партиципација и интеграција у заједницу, улоге у заједници (сарадник, волонтер), подршка друштва (мреже подршке, сервиси);
- домен права
 - индикатори: људска права (поштовање, достојанство, једнакост), законска права (држављанство, фер третман).

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

Феранс (Ferrans, 1990) је поставио питање улоге објективних фактора у мерењу квалитета живота. То питање је значајно јер објективне и субјективне мере дају другачије резултате. И једне и друге су потребне у процени квалитета живота: субјективним мерама се процењује

субјективно искуство, а објективним мерама ресурси и општи статус. Објективни индикатори утичу на доживљавање квалитета живота и зато су значајни, али их треба посматрати као додатак субјективним индикаторима који директније мере квалитет живота. Процена квалитета живота укључује субјективну оцену појединца, као и специфичне физичке, психолошке и социјалне варијабле. Важно је нагласити да се процена онога што је важно за квалитет живота са годинама може мењати, јер се приоритети и циљеви мењају са стицањем искуства (Levasseur et al., 2004; Longsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002). Неко ће на основу објективних информација о условима живота и ресурсима закључити да је квалитет живота одређене групе у друштву висок, иако у исто време та група једногласно показује веома ниско задовољство својим животом. Такође, постоје докази да становници сиромашнијих градова, региона или земаља нису у мањој мери срећни у поређењу са својим богатијим вршњацима (Allison, Locker & Feine, 1997). Додатно, Брикман и сарадници (Brickman et al., 1978, према Allison et al., 1997) су у свом истраживању показали да група испитаника који су добили на лутрији није била значајно срећнија у поређењу са контролном групом. Исти аутори су у свом раду писали и о групи људи који су стекли телесни инвалидитет и који након те несреће нису били несрећни у мери у којој би се то очекивало на основу „објективног“ посматрања. Дакле, не постоји један исти квалитет живота за све људе са истим стањем (Ferrans, 1990). Због разлика у вредностима, оштећење које за једну особу значи да живот више није вредан живљења, за другу особу биће само мала сметња (Ferrans, Zerwick, Wilbur & Larson, 2005). Додатно, увек постоји могућност да ћемо наћи некога ко показује комбинацију добрих објективних услова живота и ниског нивоа субјективног задовољства и обрнуто. У вези са наведеним је и парадокс инвалидитета о ком су писали Албрехт и Девлигер (Albrecht & Devlieger, 1999). Овај парадокс је у ствари идеја да особе са инвалидитетом (можда за некога неочекивано) имају добар квалитет живота, чак и када

већина независних посматрача претпоставља да услови њиховог живота нису задовољавајући. Једноставно, у зависности од окружења, инвалидитет неће изазвати исте проблеме код сваког појединца. Због тога је важно да се испита шта значи имати неко оштећење (или, у случају нашег истраживања, шта значи бити слеп) у различитим заједницама.

Комбиновање објективних и субјективних варијабли имплицира да те мере имају једноставан и линеаран однос једна са другом. Међутим, Каминс (Cummins, 2000) истиче да ствари нису тако једноставне. На пример, ако неко зарађује два пута више новца од свог познаника, то не значи да ће бити и два пута задовољнији својом зарадом, као ни да ће имати (два пута) бољи квалитет живота (Cummins, 2005). Исти аутор (Cummins, 1998) наводи да објективни домени садрже културолошки релевантне мере објективног благостања, а субјективни садрже домен задовољства чији се значај разликује у односу на то колико је појединцу важан. Дакле, објективне мере представљају чињенице које не зависе од личних процена, односе се на релевантне показатеље објективне добробити, док субјективне мере процењују управо те индивидуалне перцепције и евалуације и мере се помоћу питања која се односе на задовољство (Noll, 2000). Да би се добила целовита, комплетна слика о квалитету живота неког појединца, неопходно је комбиновати објективне и субјективне елементе (Schalock, 2000). Објективна компонента мерења описана је као резултат интеракција између људи и окружења, лакше се мери, али је мање обојена личним ставом појединца. Субјективни аспект квалитета живота лежи у задовољству појединца сопственим животом. На субјективне перцепције појединца могу утицати његови односи, пол, узраст, место становања (у смислу географске локације), животна фаза у којој се особа налази. Није важно само знати где особа живи и шта ради током дана, већ морамо бити упознати и са тим како се особа осећа поводом животне ситуације и дневних активности (Sheppard-Jones, 2003). Све наведено представља потврду динамичке природе конструкта

квалитета живота и то је разлог због којег се квалитет живота не може посматрати као конструкт који у истом облику одговара свима.

Упркос наведеним разликама, многи аутори (Fahey et al., 2003; Mandzuk & McMillan, 2005; Shucksmith, Cameron, Merridew & Pichler, 2009; Wehmeier & Schalock, 2001) се данас слажу да концепт квалитета живота има следеће карактеристике:

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

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

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

Шалок и сарадници (Schalock, Keith, Verdugo & Gomez, 2010) су у свом раду дали дефиницију квалитета живота у којој кажу да је то вишедимензионални феномен који се састоји од кључних домена на које утичу личне карактеристике и средински фактори. Ови аутори тврде да су кључни домени исти за све, иако се могу појединачно разликовати у смислу вредности и важности. Током живота се појављују развојне и

срединске промене, па се и значај који појединац придаје одређеним аспектима живота такође мења. Узмимо за пример запослење – оно је важно млађим одраслим особама и остаје важно све док се не приближи време за пензију, када је потребно да се особа навикне на живот без посла. Самим тим, ову животну активност појединац више неће исто вредновати. Ово је још једна потврда да се квалитет живота мора посматрати као високо индивидуални појам који константно еволуира и који се може мерити кроз различите димензије.

Још један контекст у ком је квалитет живота важан јесте окружење. Архитектонски дизајн и физичко окружење имају ефекте на квалитет живота, посебно на квалитет живота старијих људи. Између срединских (спољашњих) и личних (унутрашњих) чинилаца постоји интерактиван однос који одређује резултате достигнућа у реализовању свакодневних активности. Лични чиниоци представљају својства која припадају особи (старост, пол, оштећење, способност, неспособност, лични идентитет и сл.). Са друге стране, средински чиниоци су дефинисани као социјалне и физичке димензије које одређују организовање друштва. Чиниоци окружења су екстринзични за особу (нпр. ставови друштва, архитектонске карактеристике, правосудни систем). Они могу бити олакшавајући (чиниоци који, када дође до интеракције са личним чиниоцима, помажу у остваривању животних навика) и отежавајући (представљају чиниоце који спречавају реализовање животних навика). Између личних и срединских фактора и здравственог стања појединца постоје сложени односи, због чега различита окружења могу да имају другачији утицај на истог појединца: окружење са баријерама (неприступачне зграде) или окружење у ком не постоје олакшице (нпр. нису доступна помоћна средства) ограничиће понашање појединца, док ће друга окружења (она са бољим условима) то понашање побољшати (*International Classification of Functioning* – ICF; WHO, 2001). Фактори окружења се процењују из перспективе појединца и због различитих животних искустава исти аспекти окружења

се могу доживети као препрека партиципацији или као олакшавајућа околност – нпр. спуштени ивичњаци без храпавих површина представљају препреку за слепе особе, али су истовремено олакшица за особе које користе колица. Такође, неки фактори окружења могу бити препрека због свог одсуства (недостатак потребних услуга) или присуства (нпр. негативни ставови према особама са инвалидитетом) (WHO, 2001). Важно је истаћи да две особе са истим типом инвалидитета могу да имају различите степене функционисања, а да особе са истим степеном функционисања могу да имају различита обољења/инвалидитет (WHO, 2001).

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ

Међународна класификација оштећења, инвалидности и хендикепа (*The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH*) објављена је 1980. године. Настала је из биомедицинске традиције и бавила се последицама здравствених стања и траума. Према овој класификацији, инвалидитет је настао као последица оштећења, схватан је као ограничење у активностима које особа реализује и није могао бити процењен у односу на тежину оштећења. Средински фактори су били препознати у наведеној класификацији, али није била уочена веза између инвалидитета и здравственог статуса. Услед поменутих ограничења, сматрало се да ова класификација није довољно добра и стручњаци, првенствено они из области специјалне едукације, као и организације које су представљале особе са инвалидитетом и које су заступале социјални модел ометености, нису је користили. Као одговор на те и друге критике и као резултат међународне сарадње, развијена је Међународна класификација функционисања (МКФ). Пре него што су је званично прихватиле све државе чланице СЗО 2001. године, била је валидирана у многим истраживањима у више од 70 земаља (Kostanjsek, 2011).

Пре настанка МКФ постојала су два велика концептуална модела инвалидитета – медицински и социјални. Медицински модел је посматрао инвалидитет као карактеристику особе директно изазвану обољењем, траумом или неким другим здравственим стањем које је захтевало медицинску бригу у виду индивидуалних третмана од стране стручњака. У оквиру овог модела, инвалидност тражи медицински третман да би се проблем који појединац има „поправио“. С друге стране, социјални модел ометености инвалидитет види као социјално креиран проблем, а не као део појединца. У социјалном моделу инвалидитет захтева одговор друштва, с обзиром на то да је проблем настао због неприлагођене физичке средине, ставова и других карактеристика окружења (WHO, 2002).

Међутим, иако су оба модела била делимично тачна, ни један сам за себе није био адекватан. Инвалидитет је сложен феномен који представља проблем на нивоу тела појединца; он је увек интеракција између особина појединца и контекста у ком људи живе, али неки његови аспекти су скоро увек у вези са унутрашњим карактеристикама особе, док су други аспекти скоро увек потпуно спољашњи. Због тога се најбољим моделом инвалидитета сматра онај који и из социјалног и из медицинског модела узима оно што је тачно, избегавајући њихове недостатке. Такав модел назван је биопсихосоцијални. На њему се заснива МКФ која, управо захваљујући поменутој синтези, обезбеђује кохерентан поглед на различите перспективе здравља: биолошке, индивидуалне и социјалне (WHO, 2002).

Током процеса ревизије ICIDH, стручњаци су се ослањали на искуства других модела инвалидитета, посебно на Нагијев модел и на Модел настајања ситуације хендикеп (НСХ) који је предложен и развијен у Канади почетком 1990-их (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St-Michel, 1998). Модел НСХ је експланаторни модел последица обољења, траума и других поремећаја. У оквиру поменутог модела, социјална

партиципација се посматра као резултат интеракције између карактеристика појединца (мисли се на личне факторе као што су узраст, пол, општећење, инвалидитет) и компоненти његовог животног окружења (средински фактори) (Desrosiers, Noreau & Rochette, 2004a). Дефинисана је кроз концепт животних навика које су описане као дневне активности и социјалне улоге које обезбеђују опстанак и развој појединца у друштву током његовог живота (Lemmens, van Engelen, Post, de Witte et al., 2007; Desrosiers et al., 2004a). Заједничко Нагијевом моделу и Моделу НСХ је то што посматрају инвалидитет као нешто што настаје из односа између особе и њене околине. И један и други модел указују на последице здравственог стања на нивоу тела, особе и друштва. Једном речју, социјални су модели (Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2007).

Током претходних деценија, теоријски рад је довео до бољег разумевања конструкта који је у вези са социјалном партиципацијом, а новије верзије концептуалних модела инвалидитета су достигле одређени ниво слагања по питању партиципације. У МКФ је социјална партиципација дефинисана као укљученост особе у животне ситуације и представљена је кроз листу од девет активности и домена партиципације (учење и примена знања, општи задаци и захтеви, покретљивост, брига о себи, живот у домаћинству, међуљудске интеракције и односи, главне животне области и заједница, друштвени и грађански живот) које имају сличности са 12 категорија животних навика које су представљене у оквиру Модела НСХ (Desrosiers, Noreau, Robichaud et al., 2004b). Још увек не постоји сагласност о томе да ли активност и партиципација треба да буду одвојене димензије (Dahl, 2002), али новије студије су склонеле томе да подржавају две димензије концепта (Jetté, Haley & Кооуоомјјан, 2003).

Термин „настајање ситуације хендикеп“ схвата се као синоним појаве или процеса који особу чини особом са инвалидитетом. Из перспективе Квебешке класификације, важно је разликовати општу појаву „неспособности“, као дела стварности који одређује различите употребе

ове класификације, од појма „ситуација хендикепа“ који је дефинисан као мерење остваривања животних навика. Чиниоци ризика покривају личне и срединске варијабле и неопходни су за разумевање и објашњење настајања ситуације хендикепа. Они представљају елемент који припада појединцу или потиче из средине, а који може да проузрокује болест, трауму или да на неки други начин наруши интегритет и развој особе (Fougeyrollas et al., 1998).

Упркос донекле различитим концептуалним основама, поменути моделима је заједничко то што описују утицај и последице здравственог стања на нивоу: тела појединца, особе, онога што особа ради, функционисања појединца у друштву и друштва у целини. Међутим, ни у једном моделу нису адекватно истражени екстерни фактори, њихов тип и улога у настанку инвалидитета (Alma, Van der Mei, Groothoff & Suurmeijer, 2012; Badley, 2008; Wang, Badley & Gignac, 2006).

Са једне стране, МКФ је важан концептуални оквир за разумевање инвалидитета, а са друге стране то је систематска класификација која омогућава кодирање свих компоненти здравља и функционисања (Jelsma, 2009). Биопсихосоцијални модел имплементиран у МКФ проширује перспективу инвалидитета и омогућава да се испитају медицински, индивидуални, социјални и средински утицаји на функционисање особе (Kostanjsek, 2011). У оквиру биопсихосоцијалног модела функционисање и инвалидитет се схватају као динамичне интеракције између здравствених стања (обољења, поремећаја, повреда) и контекстуалних фактора (WHO, 2001). Контекстуални фактори могу бити спољашњи или средински (нпр. ставови друштва, архитектонске карактеристике, правне и социјалне структуре, рељеф, клима итд.), као и унутрашњи, лични фактори, који укључују пол, узраст, социјално порекло, образовање, занимање, прошла и тренутна искуства, обрасце понашања, карактер и друге факторе који утичу на то како појединац доживљава инвалидитет (WHO, 2002). Један од главних циљева ове класификације био је да се обезбеди таксономија

помоћу које ће бити документоване манифестације здравствених стања настале из сложених интеракција особе са физичком, социјалном и психолошком средином (Jetté et al., 2003). МКФ обезбеђује опис ситуација у складу са функционисањем појединца и у складу са постојећим рестрикцијама и служи као оквир за организовање ових информација (Perenboom & Chorus, 2003). Као вишедимензионални модел, обезбеђује разумевање исхода који су повезани са здравственим стањем и успостављају заједничку терминологију за описивање функционалних стања (Wang et al., 2006). Постоје општи принципи који су у основи схватања МКФ као здравствене класификације функционисања и инвалидности и блиско су повезани са биопсихосоцијалним моделом инвалидности. Ови принципи су кључне компоненте МКФ и подразумевају следеће:

- Универзалност: МКФ треба да буде примењива на све људе, без обзира на њихово здравствено стање. Стога је МКФ о људима, односи се на функционисање свих и не треба да постане алат за означавање особа са инвалидитетом као одвојене групе.
- Једнакост: не треба да постоји (експлицитно или имплицитно) разлика између различитих здравствених стања (нпр. менталних и физичких); другим речима, инвалидитет се не сме разликовати на основу етиологије.
- Неутралност: кад год је могуће, називи домена треба да буду формулисани на неутралан начин, тако да класификација може да изрази и позитивне и негативне аспекте функционисања и инвалидности.
- Средински фактори: у складу са социјалним моделом инвалидности, МКФ укључује и контекстуалне факторе у оквиру којих су наведени средински фактори – они иду од физичких, као што су клима и терен, па све до социјалних ставова, институција и закона.

Интеракција са срединским факторима је кључни аспект разумевања феномена који су наведени као „функционисање и инвалидност“ (WHO, 2002, стр. 14).

Са развојем МКФ, партиципација је постала веома важна (Alma et al., 2012). Ова класификација нуди свеобухватан и универзално прихваћен оквир који повезује, описује и класификује две компоненте функционисања и инвалидитета: а) телесне функције и структуре и б) активности и партиципацију, као и контекстуалне факторе, конкретно, срединске (физичко и социјално окружење и ставове окружења у ком људи живе) и личне факторе (Badley, 2008; Salminen & Karhula, 2014).

Активност је дефинисана као способност појединца да реализује задатак, а партиципација је резултат интеракција између појединца и контекстуалних (личних и срединских) фактора. Дефинише се као укљученост у животну ситуацију, што подразумева и постигнућа у области свакодневних активности и социјалних улога (Fougeyrollas et al., 1998). На пример, капацитет да се препешачи одређена раздаљина се односи на активност, док се ходање појединца у окружењу уз обављање свакодневних активности односи на партиципацију. Задовољство партиципацијом је у блиској вези са личним циљевима и приоритетима и указује на то како појединац перципира свој оптимални ниво партиципације. Концепт активности је основни у МКФ и сматра се кључним исходом успешног живота у заједници (Levasseur et al., 2008). За опис активности и партиципације користе се два вида процене: капацитет и постигнуће/учинак. Капацитет описује способност појединца да реализује задатак или акцију у окружењу, док учинак описује шта особа ради у свом (тренутном) окружењу. Перенбум и Чоурс (Perenboom & Chorus, 2003) наглашавају да се учинак по себи не односи само на партиципацију, као и да необављање неког задатка не значи да особа не учествује. Особа која физички потпуно зависи од других људи, али која (у

складу са својим жељама) контролише када и како се ствари реализују, учествује тако што испуњава своје личне циљеве и своју социјалну улогу. Ако знамо да партиципација представља укљученост у животне ситуације, јасно је да то подразумева одређени степен аутономије, односно, способност особе да контролише свој живот, чак и када нешто не ради самостално. Ово значи да кључни индикатор постигнућа не треба да буде само тренутни учинак, већ и испуњење личних циљева и социјалних улога (Perenboom & Chorus, 2003).

Средински чиниоци су дефинисани као социјалне и физичке димензије које одређују организовање и контекст друштва. Мерење квалитета средине има смисла само ако постоји интерактивни однос између очекиваног резултата (нпр. животне навике „рада“, односно, друштвене активности неопходне за реализацију одређеног посла) и личних варијабли (оштећења, способности и неспособности, личног идентитета) (Fougeyrollas et al., 1998). Развој личних способности је резултат интеракције између контекста и животних навика које одговарају ономе што особа ради у свакодневном животу. Лични чиниоци одговарају унутрашњим обележјима која припадају особи, као што су старост, пол, друштвено-културни идентитет, системи органа, способности итд. Литература истиче значај узимања у обзир свих наведених варијабли при објашњавању настајања ситуације хендикепа (Fougeyrollas et al., 1998).

Утицај хроничних болести или било ког оштећења на социјалну партиципацију појединца је био важна тема протеклих деценија. Приоритет у третману се са обнове телесних структура и функција проширио на редуковање социјалних и функционалних последица инвалидитета и хроничних болести (Lemmens et al., 2007). Постојање оштећења и неспособности је чињеница која се не може порицати и не жели се умањивати њихова важност, будући да представљају идентификационе разлике особа о којима је реч (Fougeyrollas et al., 1998). МКФ потврђује да погоршање здравља и, последично, доживљавање

одређеног степена инвалидитета није нешто што се дешава само мањини људи, већ то може доживети сваки човек. На овај начин се освешћује постојање инвалидитета који се препознаје као универзално људско искуство (Kostanjsek, 2011).

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

Раније реализована истраживања о особама са оштећењем вида углавном су се фокусирала на клиничке (оштрина вида, видно поље) и функционалне (брзина читања, кретање, реализација дневних активности) исходе. Тема партиципације у друштву је била занемарена. Као последица тога, знање о социјалним исходима оштећења вида је ограничено. То је у супротности са политиком СЗО да треба нагласити важност партиципације као мере исхода обољења у МКФ (Alma, 2012).

Партиципација за особе са инвалидитетом је индивидуални концепт и не постоји једно оптимално решење за све (Hammel et al., 2008). Неопходно је да постоји концептуална димензија која ће се налазити унутар особе, на плану њених капацитета, а која се тумачи као способност и неспособност. Такође је неопходно те капацитете разликовати од резултата достигнућа, при чијем мерењу се у обзир узима резултат коришћења капацитета у односу на задатке специфичне за активност или друштвену улогу условљену контекстуалним варијаблама. Ове варијабле морају бити повезане, а димензија срединских чинилаца представља кључну варијаблу која омогућава разликовање личних капацитета од достигнућа на плану остваривања животних навика (Fougeyrollas et al., 1998).

Појашњавање концепта животних навика као резултата интеракције између онога што припада особи и онога што припада окружењу захтева да се у друштвене последице уврсти све оно што се у рехабилитацији назива „кућним“ и „свакодневним“ активностима и то у исту област у којој се налазе и друштвене улоге (Fougeyrollas et al., 1998). Способност реализовања активности дневног живљења је, према МКФ (WHO, 2001), компонента партиципације. Дневне активности не утичу само на квалитет живота појединца, већ и на потребу за подршком од стране других људи (Dijkhuizen, Hilgenkamp, Krijnen, van der Schans & Waninge, 2016). У случају особа са оштећењем вида, то би нпр. била подршка од људи из окружења током кретања.

Функционисање у друштву, тј. социјална партиципација представља веома широк концепт који покрива све животне домене или ситуације у које особа може бити укључена (Noreau et al., 2004). У МКФ је социјална партиципација дефинисана као „укљученост у животну ситуацију“ (WHO, 2001, стр. 213) и операционализована је преко концепта животних навика. Животне навике се схватају као „свакодневне активности и социјалне улоге које омогућавају појединцу да живи и развија се у друштву током свог живота“ (Noreau et al., 2004, стр. 347). То су активности и социјалне улоге које особа реализује и које њена околина препознаје и признаје у контексту пола, узраста, социо-културног идентитета. Груписане су у 12 категорија: исхрана, општа кондиција, лична хигијена, комуникација, становање, мобилност, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење, рекреација. Укључују активности које је неопходно реализовати свакодневно (исхрана, одржавање личне хигијене и сл.), као и друге које се не морају реализовати сваки дан (одлазак у продавницу, чишћење стана итд.). Неке навике је неопходно реализовати јер без њих нема живота (спавање, исхрана итд.), а друге се реализују онда када појединац то одабере (шетња, одлазак на посао и сл.) (Noreau, Fougeyrollas & Vincent, 2002). Животне навике се могу схватити и као

постигнуће које је особа имала у обављању одређене животне активности у својој животној средини. Оне представљају сусрет особе са њеним окружењем у складу са очекиваним, друштвено одређеним резултатом и омогућавају опстанак и развој појединца у друштву током његовог живота. Ситуација учествовања у друштву одговара потпуном остваривању активности свакодневног живота и друштвених улога. Супротно томе, немогућност реализовања животних навика често за резултат има ограничење социјалне партиципације у одређеном животном домену, што се назива и ситуација хендикепа. Код старијих одраслих особа са инвалидитетом постигнућа у области свакодневних активности чак и након рехабилитације могу бити снижена. Виши ниво сметњи може бити присутан у активностима ван породичног дома (социјалне интеракције, рекреација, активности слободног времена). Ни сметње у реализовању друштвених улога се не смеју занемарити, јер могу да утичу на квалитет живота, што је посебан случај код особа са умереним и тешким степеном инвалидитета (Levasseur et al., 2008). Конкретно, наведене су тешкоће које су у вези са оштећењем вида и оне подразумевају: тешкоће у области физичког функционисања, проблеме у самосталном живљењу, тешкоће у области оријентације и кретања, а све то особе са оштећењем вида онемогућава у реализовању различитих активности. Даглас, Пави и Коркоран (Douglas, Pavey & Corcoran, 2008) наглашавају да губитак вида услед глаукома значајно повећава ризик од падова, незгода и повреда код куће. Прилагођавање дома у ком особа живи, да би се он учинио безбедним местом, и омогућавање већег осећаја слободе и независности током живота, требало би да побољша прилагођавање код особа са оштећењем вида. Додатно, особе са оштећењем вида имају мање социјалних интеракција, низак степен социјализације, тешкоће са стицањем искустава и учењем социјалног понашања (услед немогућности коришћења визуелних наговештаја), а све то заједно може да има

негативан утицај на развој самопоимања, квалитет живота и на остваривање животних навика.

Новија схватања партиципације заснована су на укључивању особе у друштво, из чега је произашла потреба да се развију инструменти који ће овај концепт проценити на одговарајући начин. Скала за процену животних навика (LIFE-H) је један од нових инструмената који документује концепт партиципације кроз приступ усмерен ка особи. Заснована је на субјективној процени и перцепцији тешкоћа са којима се појединац среће, као и на процени потребне помоћи за реализацију уобичајених животних навика. За разлику од других инструмената, ова Скала не успоставља одређени контекст који је у вези са проблемима са здрављем или инвалидитетом приликом формулисања општег питања. У овом инструменту партиципација је независна од личних, унутрашњих фактора појединца. Скала за процену животних навика процењује концепт партиципације на начин на који је она дефинисана у два концептуална модела, Моделу НСХ и МКФ. Што се тиче партиципације, поменута Скала „покрива“ њених 12 категорија које предлаже Модел НСХ (Desrosiers et al., 2004b). Квалитет остваривања животних навика мери се на скали од пуног остваривања до ситуације потпуног хендикепа. Остваривање животних навика је подложно променама и на плану личних и на плану срединских чинилаца (Fougeyrollas et al., 1998; Levasseur et al., 2004; Levasseur et al., 2008; Noreau et al., 2004; Noreau et al., 2002).

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

САМОПОИМАЊЕ

Појединци са високим самопоимањем теже томе да имају поуздање у своје способности да доносе одлуке, очекују успешне резултате, као и односе које карактеришу поштовање и достојанство. Поред утицаја на квалитет живота и на реализацију животних навика, оштећење или губитак вида и њихови ефекти могу да изазову тешкоће у развоју позитивне слике о себи (Forteza Forteza & Ramis Martí, 2002; Kef, Hox & Nabekothé, 2000). Међутим, треба нагласити да слепе особе желе да буду третиране као и сви остали. Оне цене осетљивост других људи, али желе да их подсећају на сличности, а не на разлике у односу на друге људе (Mishra & Singh, 2012). Због тога је начин на који је инвалидитет у интеракцији са процесом и факторима који су укључени у развој самопоимања важна област истраживања (Al-Zyoudi, 2007). Конкретно, питање које је побудило интересовање је да ли постојање такве врсте инвалидитета аутоматски значи и негативније самопоимање за појединца (Martinez, 1995).

Пре одговора на ова питања, треба се осврнути на теорије које објашњавају како самопоимање функционише у искуству особа са инвалидитетом, чиме се у свом докторату бавила Дата (Datta, 2013, стр. 78-81).

Према теорији социјалног поређења (Festinger, 1954, према Datta, 2013, стр. 78-79), самопоимање је у великој мери одређено начином на који неко себе види у односу на околину. У недостатку објективних критеријума, људи се идентификују и упоређују са другима у окружењу, што им служи као основа за формирање процене нивоа сопствених

способности и вредности. Сличности између два појединца повећавају вероватноћу да ће они своје способности поредити један са другим. Када су суочени са избором људи који су им слични и који се од њих разликују, људи обично бирају особе сличне себи као основу за поређење. Ова теорија оставља простор за преиспитивање да ли ће особе са инвалидитетом које живе у заједници и које себе пореде са особама из опште популације имати и ниже самопоимање, услед негативног оквира за поређење. Међутим, истраживања базирана на овој теорији наглашавају да, у ситуацији када је самопоимање угрожено, постоје три могућности: људи минимализују или ограничавају поређење са другима (Brickman & Bulman, 1977, према Datta, 2013), избегавају директно поређење (Steil & Nau, 1977, према Datta, 2013) или покушавају себе да представе у бољем светлу, тако што ће се поредити са неким ко је, по њиховом мишљењу, испод њих (Crocker, Thompson, McGaw & Ingerman, 1987, према Datta, 2013). У ситуацији када је самопоимање угрожено, људи се пореде са инфериорнијима од себе. С обзиром на примену нижих критеријума приликом поређења, резултат може бити побољшање самопоимања и субјективног благостања.

Следећа теорија коју је Дата (Datta, 2013) описивала је тзв. теорија „велика риба, мала бара“ (стр. 79). Присталице ове теорије сматрају да појединац, када формира своје самопоимање, има тенденцију да се пореди са особама из свог окружења. Дакле, ова теорија у основи има теорију социјалног поређења. У пракси би то значило да ће ученици са блажим облицима инвалидитета имати боље академско самопоимање ако похађају специјалну школу или издвојено одељење редовне школе, јер се у том случају пореде са онима који су инфериорнији од њих. Остаје питање да ли је то заиста тако.

За разлику од претходно наведених теорија, теорија етикетирања предвиђа да ће ученици са блажим облицима инвалидитета који иду у специјална одељења са другим ученицима са блажим инвалидитетом

имати ниже самопоимање. Према овој теорији, идентификација, изолација и сегрегација ових ученика у одвојена одељења и школе доводи до отуђивања и стигматизације, због чега се јавља негативно самопоимање (Datta, 2013, стр. 80-81). Гролник и Рајан (Grolnick & Ryan, 1990, према Miller, 2002) су такође сматрали да чин обележавања, односно давања дијагнозе, именовања инвалидитета и категорисања на основу истог могу снизити самопоимање појединца.

Истраживања у области самопоимања усмерена на студенте са инвалидитетом показала су да високо самопоимање значајно повећава академска постигнућа, студентову свест о инвалидитету и начин на који се он прилагођава (Miller, 2002). Такође, овај аутор је сматрао да високо самопоимање може да олакша транзицију између образовних окружења. Ово бисмо могли да доведемо у везу са претпоставком Мартинеса и Севела (Martinez & Sewell, 1996) да само особе са оштећењем вида са високим степеном самопоимања уписују факултет.

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

Болат и сарадници (Bolat, Dogangün, Yavuz, Demir & Kayaalp, 2011) сматрају да је адолесценција тежак период за све тинејџере, првенствено због тога што се у том периоду они суочавају са значајним физичким,

психолошким и социјалним променама. Наведене промене имају значајан утицај на психолошко стање адолесцента. Може се рећи да су тешкоће које адолесценти доживљавају у овом периоду неопходне за формирање аутономије и за развој способности решавања проблема које ће бити корисне за суочавање са будућим изазовима касније у животу. Период адолесценције детета са оштећењем вида се разликује од адолесценције његових вршњака који виде. Постоје подаци да адолесценти са оштећењем вида имају мање пријатеља и да је мање вероватно да ће учествовати у социјалним активностима као што то раде њихови вршњаци који виде (Hurre & Aro, 1998). Социјална изолација и перцепција инвалидитета од стране вршњака могу да утичу на самопоимање адолесцената са оштећењем вида. На њихову добробит могу позитивно да утичу физичко благостање, јаке пријатељске и породичне везе и охрабривање од стране одраслих на већу независност. Позитивна перцепција инвалидитета и инклузија такође могу да имају позитиван утицај на самопоимање (Datta, 2014).

Самопоимање условљава очекивања и мотивише понашање појединца, често се наводи као кључни фактор у његовом личном, професионалном и социјалном животу, утиче на образовна, социјална и радна постигнућа, мотивише и усмерава понашање, условљава очекивања и доприноси здрављу и менталној равнотежи. Дакле, слика о себи или самопоимање представља варијаблу која је значајна за постигнућа и позитиван развој у друштву у свакој области, без обзира на то да ли особа има инвалидитет или га нема (Hadler & Datta, 2012). Позитивно самопоимање се обично повезује са способношћу особе да превазиђе последице инвалидитета, омогућава појединцу позитиван поглед на живот, задовољство и посвећеност. Појединци се разликују у односу на начин прихватања инвалидитета. У неким случајевима, неспособност да се са тим изборе може их одвојити од друштва. У другим ситуацијама се појединци сами повлаче јер осећају да не могу да се уклопе и зато што

осећају да их други сажаљевају (Schinazi, 2007). Негативно самопоимање је у вези са изолацијом, депресијом и менталним и здравственим проблемима (López-Justicia & Cordoba, 2006). Иако су сви осетљиви на исте претње када се ради о развоју самопоимања, особе са оштећењем вида су изложене још већем ризику због различитих тешкоћа које су у вези са оштећењем вида (тешкоће у оријентацији и кретању, самосталном живљењу, низак степен социјализације итд.). Додатно, с обзиром на то да их други људи из окружења перципирају као другачије, оне могу бити склоније развијању негативног осећаја селфа.

Високо самопоимање је у вези са способношћу особе да се бори са последицама инвалидитета, да има позитиван поглед на живот и већи степен посвећености и учествовања у активностима, док ниско самопоимање може да има негативне последице на физичко и ментално здравље и може бити у вези са ниским самопоштовањем, депресијом и изолацијом (López-Justicia & Cordoba, 2006).

У студији коју је реализовала Бити (Beaty, 1991, 1992, према Lucy, 1997) испитиван је потенцијални ефекат губитка вида на самоперцепцију адолесцената. Ауторка је нашла да се адолесценти са оштећењем вида значајно разликују у погледу самопоимања од својих вршњака без оштећења вида. Резултати испитаника са оштећењем вида били су нижи него скорови испитаника из опште популације на појединачним подскалама коришћеног инструмента, као и на укупном скору на скали. Даље, самопоимање адолесцената са оштећењем вида је било значајно ниже него самопоимање испитаника без оштећења вида на доменима морални селф и породични селф и на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања (Fitts, 1965). Стога је изведен закључак да оштећење вида има утицај на самопоимање адолесцената.

Халдер и Дата (Halder & Datta, 2012) су радиле студију у којој су поредиле домене самопоимања код адолесцената из опште популације и адолесцената са оштећењем вида. Интересовало их је да ли се

самопоимање адолесцената без оштећења вида статистички значајно разликује од самопоимања адолесцената са оштећењем вида. Хипотеза коју су поставиле ауторке гласила је да су статистички значајне разлике присутне. Узорак су чинили испитаници стари од 15 до 18 година. Сто испитаника је било из опште популације, а 60 испитаника је било слепо (у узорку није било слабовидних испитаника). Резултати су показали да су адолесценти из опште популације имали више резултате на укупном самопоимању у поређењу са адолесцентима са оштећењем вида. Ауторке су потврдиле постављену хипотезу.

Постоје студије које сугеришу да деца са оштећењем вида нису под већим ризиком за развој ниског самопоимања у поређењу са вршњацима који виде (Alexander, 1996; Pierce & Wardle, 1996, према Were, Indoshi & Yalo, 2010). Фок и Фунг (Fok & Fung, 2004, према Were et al., 2010) су реализовали студију којом су утврдили да слепи испитаници и испитаници из опште популације показују сличне нивое самопоимања и самопоштовања. Такође, ни Грифин-Ширли и Нес (Griffin-Shirley & Nes, 2005) нису нашли значајне разлике између испитаника са оштећењем вида и испитаника из опште популације у односу на нивое њиховог самопоимања. Ауторке из Шпаније (López-Justicia & del Carmen Pichardo, 2001) добиле су резултате да млади људи са оштећењем вида показују ниже нивое физичког самопоимања и да су мање самокритични у поређењу са испитаницима који виде, али на другим димензијама (социјално, морално, породично и лично самопоимање) нису нашле статистички значајне разлике. У студијама које су уследиле, аутори (López-Justicia et al., 2005) нису уочили разлике у глобалном, општем, укупном самопоимању између конгенитално слепих испитаника и испитаника из опште популације. Резултати истраживања Вер и сарадника (Were et al., 2010) показали су да постоји однос између самопоимања и постигнућа: ученици са оштећењем вида који имају више самопоимање вероватније ће имати и виша постигнућа.

Дата (Datta, 2013) је реализовала истраживање у две фазе. Узорак у првој фази чинило је 25 испитаника са оштећењем вида и 20 испитаника са лако интелектуалном ометеношћу. Испитаници су били стари од 15 до 18 година, односно, од 19 до 25 година. У овом истраживању нису нађене статистички значајне разлике у укупном самопоимању између испитаника мушког и женског пола са оштећењем вида. Ово је у складу са истраживањем које су реализовале Халдер и Дата (Halder & Datta, 2012), а које такође нису нашле значајне разлике у укупном самопоимању између слепих адолесцената мушког и женског пола у Индији. Укупни резултати ове студије (Datta, 2013) показују да већина ученика са оштећењем вида има ниско самопоимање, јер се ретко пореде са ученицима типичног развоја. Они себе перципирају као другачије од вршњака који виде и, према теорији социјалног поређења, вероватно је њихово самопоимање снижено, баш због поређења са вршњацима који су успешнији. Мали проценат испитаника са оштећењем вида (само 7,5%) показао је просечно укупно самопоимање. Ауторка претпоставља да се они, у областима у којима су слаби, пореде са испитаницима који су на нижем нивоу функционисања, да би добили просечно, односно позитивно самопоимање.

Халдер и Дата (Halder & Datta, 2011) наводе да особе са оштећењем вида могу да имају позитивно самопоимање, иако су резултати добијени из истраживања широм света разнолики. На пример, оне наводе резултате истраживања у којима нису нађени дефицити у области самопоимања између деце/адолесцената са оштећењем вида и њихових вршњака из опште популације (Fok & Fung, 2004; Jervis, 1959; Obiakor & Stile, 1989, све према Halder & Datta, 2011; Garaigordobil & Bernaras, 2009; Griffin-Shirley & Nes, 2005). Хуре и Аро (Hurre & Aro, 1998) сматрају да су односи са пријатељима значајно допринели побољшању самопоштовања младих људи са оштећењем вида.

Нека истраживања су покушала да утврде да ли постоје разлике у самопоимању између мушкараца и жена са оштећењем вида. У истраживању реализованом у Португалу (Paulinelli & Tamayo, 1986, према Halder & Datta, 2011) мушкарци који виде имају више резултате у области самопоуздања, али међу слепим испитаницима нису нађене полне разлике ни у једном домену самопоимања. Међутим, у другој студији, коју су реализовали Лопес-Хустисиа и дел Кармен Пикардо (López-Justicia & del Carmen Pichardo, 2001) жене су имале ниже резултате од мушкараца у области социјалног самопоимања, а више резултате на домену Физичко самопоимање (мушкарци су на овом домену имали ниже резултате). Кумар и Мена (Kumar & Meena, 1997, према Halder & Datta, 2011) су показали да нема статистички значајних разлика у самопоимању између слепих ученика и ученика који виде у Индији.

Мартинес и Севел (Martinez & Sewell, 1996) су реализовали истраживање у ком су поставили хипотезу да ће особе са оштећењем вида имати значајно ниже самопоимање од испитаника без оштећења вида. Код особа са визуелним оштећењем нису уочили значајно ниже самопоимање у поређењу са испитаницима из опште популације, што значи да аутори нису потврдили своју хипотезу. Што се тиче академског самопоимања, испитаници са оштећењем вида су постизали исте резултате као и особе без оштећења.

Једна од студија (López-Justicia & Cordoba, 2006) је мерила самопоимање у групи млађих одраслих особа са дијагнозом ретинитис пигментозе. С обзиром на прогресивну природу овог обољења, аутори су сматрали да је важно испитати ефекте које оно има на самопоимање. Узорак је чинило 45 испитаника старих од 19 до 35 година који су били подељени у две групе: у једној групи су се налазиле 22 особе са ретинитис пигментозом и остацима вида (без придружених оштећења), а у другој групи је било 23 испитаника из опште популације (без оштећења вида). Резултат је указао на то да су испитаници са ретинитис пигментозом себе

оценили лошије у породичном контексту: нису били задовољни члановима породице, сматрали су да нису добро прихваћени или да нису довољно вољени од стране особа из ближег породичног окружења; неки су чак имали утисак да нису довољно корисни и да су на терету својим најближима. Интересантно је да у овој студији нису примећене разлике између две групе испитаника на другим подскалама, већ су документовани само проблеми које одрасли са ретинитис пигментозом могу имати у области породичног самопоимања.

За разлику од тога, студија са Универзитета у Хонг Конгу (Fok & Fung, 2004, према Were et al., 2010) показала је да и особе са оштећењем вида и особе из опште популације показују сличне нивое самопоштовања и самопоимања. Такође, Рој и Макеј (Roy & MacKay, 2002) су испитивали самоперцепцију и локус контроле код испитаника са различитим узроцима оштећења вида. Резултати истраживања су показали да су њихови испитаници углавном имали позитивну слику о себи. Ипак, уочено је и негативно самопоимање и то у случају постојања прогресивног обољења или уколико је до оштећења вида дошло у скорије време. Аутори закључују да слабовидост и слепоћа не утичу на самопоимање уколико је обољење стабилно. Дакле, поред степена губитка вида, који је важан фактор за формирање слике о себи, важно питање је и да ли је оштећење вида стабилно, као и да ли је конгенитално или је стечено касније у животу.

Мартинес (Martinez, 1995) је у оквиру своје докторске дисертације радио истраживање чија је сврха била испитивање самопоимања одраслих слепих и слабовидих испитаника. За испитивање самопоимања је коришћена Тенеси скала. Једна од Мартинесових хипотеза била је да ће испитаници са вишим IQ-ом имати више самопоимање. Добијени резултати су показали да се испитаници са оштећењем вида и испитаници из опште популације нису статистички значајно разликовали у погледу

самопоимања. Дакле, ово истраживање је пример да присуство оштећења вида не мора обавезно да доведе до негативног самопоимања.

У једном од истраживања (Obiakor, Stile & Muller, 1987) поређено је самопоимање испитаника са оштећењем вида и оних из опште популације. Експерименталну групу су чинили испитаници са оштећењем вида који су испитивани само усменим путем. Контролну групу чиниле су особе из опште популације: трећина њих је на питања из упитника одговарала усмено – истраживач им је читао тест и бележио је њихове одговоре, а остали испитаници су сами попуњавали упитнике. Коришћени су инструменти Инвентар самопроцене – општа форма (*Self-Assessment Inventory: General Form*; Muller, Larned, Leonetti & Muller, 1984) и Инвентар самопроцене – форма за испитанике са оштећењем вида (*Self-Assessment Inventory: Visually Impaired Form*; Muller, Larned, Leonetti & Muller, 1986). Детектоване разлике у самопоимању између испитаника из опште популације и испитаника са оштећењем вида биле су мале и на њих нису значајно утицале варијабле као што су: старост (односно, разред који ученик похађа), формат теста, процедура испитивања. То значи да аутори овог рада не могу да потврде дотадашње резултате да особе са оштећењем вида имају ниже самопоимање од особа који виде.

Обиакор и Стајл (Obiakor & Stile, 1989, према Martinez, 1995) су испитивали самопоимање код младих слепих испитаника и код њихових вршњака без оштећења вида. Показало се да испитаници са оштећењем вида у овом истраживању нису имали ниже резултате од испитаника без оштећења. Аутори нису потврдили хипотезу да млади са оштећењем вида имају ниже самопоимање од вршњака из опште популације. Исти аутори (Obiakor & Stile, 1990) су у свом следећем истраживању испитивали децу стару од 6 до 8 година. Поредили су развој самопоимања ученика са оштећењем вида и ученика из опште популације. Ауторе је првенствено интересовало да ли постоји разлика у самопоимању између ове две групе испитаника, а онда и да ли постоји разлика у самопоимању код ученика

различитог узраста. За испитивање самопоимања су користили Инвентар самопроцене за ученике (*Student Self-Assessment Inventory*, Muller, Larned, Leonetti & Muller, 1984, према Obiakor & Stile, 1990). Резултати су показали да деца са оштећењем вида постижу више скорове у поређењу са децом типичног развоја. Уочене разлике нису биле статистички значајне, али су аутори ипак само њихово постојање сматрали основаном сумњом, односно, закључили су да се не може потврдити хипотеза да деца са оштећењем вида имају ниже самопоимање од деце из опште популације.

Лифшиц и сарадници (Lifshitz et al., 2007) су истраживали самопоимање и квалитет пријатељстава адолесцената са оштећењем вида у Израелу. Контролну групу чинили су адолесценти типичног развоја. Користили су упитник креиран у Израелу „Ја сам/Он је“ („*I Am/He Is*“, Glanz, 1981, према Lifshitz et al., 2007). Резултати које су ови аутори добили показали су да су испитаници са оштећењем вида имали боље резултате, односно више самопоимање од испитаника без оштећења вида. Међутим, детектоване групне разлике су биле мале, нису биле статистички значајне, што значи да су адолесценти из две испитиване групе имали сличне профиле самопоимања.

У Турској су реализоване две студије о карактеристикама самопоимања адолесцената са оштећењем вида. Бакакоглу (Bacakoglu, 1996, према Bolat et al., 2011) није нашао статистички значајне разлике у карактеристикама самопоимања између адолесцената са оштећењем вида и адолесцената из опште популације. Још један аутор из Турске (Biyikli, 1989, према Bolat et al., 2011) је процењивао адолесценте са оштећењем вида, слуха, адолесценте са моторичким оштећењима и групу адолесцената из опште популације. За процену самопоимања је користио Пирс-Харисову скалу самопоимања за децу. Дошао је до закључка да адолесценти са оштећењем вида имају сличне карактеристике самопоимања као и преостале групе испитаника, осим испитаника са оштећењем слуха, чији су скорови били значајно нижи. Резултати

приказане две студије су у складу са резултатима које су добили Болат и сарадници (Volat et al., 2011), а то је да се испитаници са конгениталним оштећењем вида могу адаптирати на свој инвалидитет без значајног утицаја на самопоимање. Поменути аутори такође нису нашли статистички значајне разлике између адолесцената са оштећењем вида и адолесцената из опште популације у погледу самопоимања. С обзиром на то да адолесценти са конгениталним оштећењем вида похађају школе за слепу децу, аутори су претпоставили да су наставници и сарадници у тим школама стручни за рад са децом са оштећењем вида, да могу да уоче потенцијалне проблеме и могу на време да интервенишу, што можда доприноси побољшању карактеристика самопоимања адолесцената са оштећењем вида.

У једном истраживању у Шпанији (López-Justicia et al., 2001) ауторке су радиле истраживање у популацији адолесцената са оштећењем вида да би процениле њихове димензије самопоимања. Конкретно, испитивале су физичко, лично, морално, социјално, породично и академско самопоимање. За процену самопоимања ауторке су користиле Тенеси скалу. Резултати су показали да младе слабовиде особе са оштећењем вида показују ниже нивое физичког самопоимања и да су мање самокритичне у поређењу са испитаницима који виде, али на другим димензијама (социјално, морално, породично и лично самопоимање) није уочено присуство статистички значајних разлика. Поред тога, ауторке је интересовало да ли су међу слабовидим адолесцентима код којих је оштећење вида присутно од рођења присутне полне разлике; установиле су да у њиховом узорку извесне полне разлике постоје. Испитанице су имале ниже резултате на социјалном, породичном и моралном домену самопоимања, али су виша постигнућа од мушкараца имале на домену физички селф. Међутим, узорак у овој студији је укључивао само слабовиде испитанике код којих је оштећење вида било присутно од рођења, због чега се добијени резултати не могу генерализовати на

популацију особа са оштећењем вида. У студији која је уследила, Лопес-Хустисиа и сарадници (López-Justicia et al., 2005) нису уочили разлике у укупном самопоимању између конгенитално слепих и испитаника из опште популације. Супротно резултатима које је Дата (Datta, 2013) добила, у једном од истраживања (Al-Zyoudi, 2007) је нађено да испитанице имају значајно ниже резултате у области социјалног самопоимања у поређењу са испитаницима мушког пола.

Мишра и Синг (Mishra & Singh, 2012) су у свом узорку имали децу из опште популације и децу са оштећењем вида. Инструмент који је био коришћен био је Инвентар самопоимања (*Self-concept Inventory*, Mohsin, 1979). Резултати овог истраживања су показали да, у поређењу са вршњацима из опште популације, већина испитаника са оштећењем вида има статистички значајно ниже самопоимање.

Вер и сарадници (Were et al., 2010) су испитивали самопоимање и полне разлике код ученика у Кенији. Њихов узорак је обухватио 262 испитаника са оштећењем вида – 152 из специјалних школа, 82 из интегрисаних програма и 28 из инклузивних програма. Сви они су на основу присутног оштећења вида сврстани у категорију слепих или слабовидих. За процену самопоимања користили су Шавелсонов инструмент назван Евалуациони модел (*Shavelson Evaluation Model Instrument*, Shavelson, 1990). Аутори су добили податак да слепи ученици имају ниже самопоимање од слабовидих ученика. Такође, резултати су показали да су биле присутне полне разлике између испитаника са оштећењем вида: девојке су имале више скорове и на самопоимању и на тесту постигнућа. Било је и података (Muthoni, 1998, према Were et al., 2010) који су указивали на то да су у Кенији родни стереотипи прилично изражени, због чега образовање девојчица значајно касни у односу на образовање дечака. Највише разлика између полова се може уочити у домену Физички селф. Физички изглед је област у којој девојчице имају виша постигнућа у области самопоимања. Њима је физичка привлачност

важнија него дечацима, али су незадовољније својим изгледом током адолесценције у поређењу са испитаницима (Hattie, 1992, према Were et al., 2010). Међутим, треба нагласити да су разлике између дечака и девојчица у оквиру овог домена самопоимања мале и стога имају ограничен значај. Ови аутори (Were et al., 2010) су прегледом литературе установили да су дечаци и девојчице сличнији на различитим доменима самопоимања, а да су разлике које постоје у складу са родним стереотипима мале. У закључку наводе да ће ученици са оштећењем вида са вишим самопоимањем вероватније имати и виша постигнућа. Међу ученицима са оштећењем вида девојчице обично имају више самопоимање него дечаци.

У још једном истраживању које је реализовано у Шпанији (Garaigordobi & Bernarás, 2009) ауторке су испитивале самопоимање, самопоштовање и друге карактеристике личности и психопатолошке симптоме код адолесцената са оштећењем вида и оних из опште популације. Коришћени су следећи инструменти: Чеклиста придева за процену самопоимања код одраслих и адолесцената (*The Adult and Adolescent Self-Concept Adjective Checklist*, LAEA; Garaigordobil, 2008) и Розенбергова скала самопоштовања (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSE; Rosenberg, 1965). Ауторке нису нашле статистички значајне разлике у самопоимању између испитаника са оштећењем вида и без њега, а нису уочиле ни полне разлике код испитаника са оштећењем вида на испитиваним варијаблама.

Луси (Lucy, 1997) је испитивала однос између самопоимања и оштећења вида код ученика у Хонг Конгу. Интересовало ју је како ученици са оштећењем вида себе виде, односно, да ли оштећење вида има негативне ефекте на њихову слику о себи, због чега би евентуално показивали ниже самопоимање од својих вршњака из опште популације. За процену самопоимања је коришћен инструмент који је, на основу Шавелсоновог модела, посебно дизајниран за истраживања у Кини (*The Chinese Adolescent Self-Esteem Scale*, CASES; Cheng, 1993; Cheng, 1996).

Упитник процењује пет основних димензија самопоимања: академски, физички, социјални, породични и морални селф. Добијени резултати показали су да су ученици са оштећењем вида имали ниже резултате у поређењу са нормативним узорком на свих пет димензија самопоимања. Најниже резултате су постигли на домену Социјални селф. Ауторка сматра да то значи да се на тај домен самопоимања посебно мора обратити пажња када се ученици са оштећењем вида укључују у редовне школе и у друштво.

Халдер и Дата (Halder & Datta, 2011, 2012) су реализовале истраживања која су за циљ имала да утврде природу самопоимања слепих адолесцената и адолесцената из опште популације у Индији. Посебно их је интересовало да ли се самопоимање адолесцената са оштећењем вида статистички значајно разликује од самопоимања адолесцената без оштећења вида. Ауторке су изнеле претпоставку да ће статистички значајне разлике бити присутне. За испитивање самопоимања коришћена је Пирс-Харисова скала (*Piers-Harris Children's Self-concept Scale*, Piers, 1963). Ова Скала се састоји од 80 ајтема на које испитаници треба да одговоре са да или не. Тих 80 ајтема распоређено је у шест подскала: Понашање, Интелектуални и школски статус, Физички изглед, Анксиозност, Популарност, Срећа и задовољство. Показало се да испитаници из опште популације имају значајно виши скор на укупном самопоимању од испитаника са оштећењем вида, што значи да су ауторке потврдиле хипотезу коју су поставиле. На крају свог рада, Халдер и Дата (Halder & Datta, 2012) наглашавају могућност промене самопоимања, што сматрају веома значајним, нарочито за особе са инвалидитетом. Такође, ове ауторке (Halder & Datta, 2011) су се интересовале за полне разлике у области самопоимања особа са оштећењем вида. За почетак, наводе резултате истраживања која су покушала да утврде да ли постоје полне разлике у самопоимању мушкараца и жена са оштећењем вида. У студији реализованој у Шпанији (López-Justicia & Pichardo, 2003, према Halder &

Datta, 2011) жене са оштећењем вида су имале ниже резултате од мушкараца у области Социјалног самопоимања, а више резултате на домену Физичко самопоимање. Халдер и Дата (Halder & Datta, 2011) су у свом истраживању испитивале и присуство полних разлика између две групе адолесцената. Резултати су показали да полне разлике постоје у различитом степену и у различитом смеру за различите аспекте самопоимања код адолесцената без оштећења вида. Међутим, претпоставка да између мушкараца и жена са оштећењем вида постоје статистички значајне разлике није била потврђена. Исте ауторке (Halder & Datta, 2012) су 2012. године реализовале још једну студију која је процењивала самопоимање код адолесцената са оштећењем вида и њихових вршњака који виде у Индији. Добиле су резултате који су показали да статистички значајне разлике између адолесцената мушког и женског пола нису биле присутне. Међутим, адолесценти из опште популације су имали виша постигнућа на три димензије самопоимања (физички изглед, популарност, срећа и задовољство), а имали су и више скорове на укупном самопоимању. Међутим, ови налази се не могу генерализовати, с обзиром на то да су у узорак били укључени само слепи, не и слабовиди адолесценти.

Дата (Datta, 2013) је у прву фазу истраживања реализованог у оквиру своје докторске дисертације укључила 25 испитаника са оштећењем вида и 20 испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу. За процену самопоимања је користила Тенеси скалу за процену самопоимања (*Tennessee Self-concept Scale* – TSCS:2, Fitts & Warren, 2003). Резултат који је добила је да је 85% испитаница са оштећењем вида и 100% испитаника са оштећењем вида из њеног узорка имало нижи укупан скор самопоимања од норми које су дали аутори Тенеси скале. Ауторка је изнела претпоставку да су резултати такви јер ученици са оштећењем вида ретко имају прилику да се пореде са својим вршњацима типичног развоја. Они себе перципирају као другачије од вршњака који виде и, према теорији социјалног

поређења, вероватно је баш због тих поређења „на горе“, када се појединац пореди са онима који су успешнији од њега, њихово укупно самопоимање снижено.

Још једно од истраживања које се бавило испитивањем разлика између адолесцената из опште популације и адолесцената са оштећењем вида реализовано је у Турској (Volat et al., 2011). Узорак је чинило 40 адолесцената са конгениталним потпуним оштећењем вида који су похађали специјалне школе и 40 адолесцената из опште популације. Групе испитаника су биле уједначене по узрасту, полу и социо-економском статусу. За испитивање самопоимања коришћена је Пирс-Харисова скала за децу (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*, Piers & Herzberg, 2002). Резултати које су ови аутори добили указују на то да су карактеристике самопоимања адолесцената са оштећењем вида сличне онима код ученика из опште популације, односно, на коначном скору нису уочене статистички значајне разлике. Даље, аутори сматрају да је позитивна ствар то што адолесценти са конгениталним оштећењем вида похађају школе за слепу децу, јер су наставници и сарадници у тим школама специјализовани за рад са децом са оштећењем вида и могу на време да уоче потенцијалне проблеме и да интервенишу. По мишљењу аутора ове студије, ово би могло да допринесе побољшању карактеристика самопоимања код адолесцената са оштећењем вида.

Мартинес (Martinez, 1995) је у својој докторској дисертацији испитивао самопоимање одраслих слепих и слабовидих испитаника и њихових вршњака који виде. За испитивање самопоимања је користио Тенеси скалу. Резултати које је добио су показали да се испитаници са оштећењем вида и испитаници из опште популације нису статистички значајно разликовали у погледу самопоимања. Треба нагласити да је овај аутор испитивао особе са оштећењем вида на факултету, што представља окружење у ком су они могли ступити у интеракцију са особама из опште популације и директно се поредити са њима. С обзиром на то да није

установљено да постоје статистички значајне разлике, Мартинес је претпоставио да би то могло да значи да су у одређивању самопоимања компетенције важније од сличности са особама са којима се појединац пореди. Још једна могућа интерпретација односи се на везу самопоимања и аспирација, односно на претпоставку да ће само они испитаници са оштећењем вида који имају позитивно самопоимање уписати факултет.

Ал-Зоуди (Al-Zyoudi, 2007) се у свом раду бавио испитивањем полних разлика у области самопоимања код слабовидих адолесцената. На самом почетку аутор се позива на раније реализоване студије које су се фокусирале на разлике у самопоимању код адолесцената без оштећења вида и наводи неколико тврдњи у прилог постојања разлика: младе жене су имале ниже резултате него млади мушкарци; девојкама је било тешко да успоставе стабилну слику о себи, због чега су се суочавале са различитим тешкоћама. Овај аутор је приметио недостатак студија које су испитивале полне разлике код слабовидих адолесцената; нашао је податке о разликама у самопоимању заснованим на полу код слепих особа. Циљ студије Ал-Зоудија (Al-Zyoudi, 2007) је био испитати да ли постоје разлике у самопоимању између слабовидих адолесцената мушког и женског пола. За процену самопоимања аутор је користио Тенеси скалу. Добио је резултате који указују на то да, у поређењу са младим мушкарцима, младе слабовиде жене више пажње придају физичком изгледу, телу и здрављу; дакле, њихово физичко самопоимање је било више, самим тим, потврђено је постојање полних разлика у популацији слабовидих адолесцената.

Веи и Мардер (Wei & Marder, 2012) су у свом истраживању испитивали развој самопоимања код ученика са инвалидитетом. У истраживање су укључили ученике са 11 различитих облика инвалидитета (тешкоће у учењу, поремећај говора, интелектуална ометеност, емоционалне тешкоће, други здравствени проблеми, ортопедска оштећења, оштећења слуха, вишеструка оштећења, аутизам, оштећење вида, трауматске повреде мозга) који су у тренутку испитивања били

стари осам или више година. Ова студија је користила верзију од 15 ајтема Скале учениковог самопоимања (*Student Self-Concept Scale, SSCS*; Gresham, Elliott & Evans-Fernandez, 1992). Стабилна побољшања у области социјалног и укупног самопоимања у подзорку ученика са оштећењем вида могу значити да ови ученици имају тешкоће у прилагођавању школском окружењу у основној школи, али да се њихово самопоимање побољшава како сазревају и уче нове адаптивне стратегије. Испитаници у овој студији имају веома различита постигнућа када се посматрају средње вредности самопоимања, али сама путања развоја код свих је са годинама веома слична. Такође, у овом истраживању аутори су испитивали и да ли су код ученика са инвалидитетом присутне полне разлике. Нашли су да су испитанице имале значајно боље резултате на пет од шест мера (изузетак је био домен Академски селф).

Итијерах и Кумар (Ittyerah & Kumar, 2007) су жене са инвалидитетом сматрале једном од најрањивијих и најмаргинализованијих група у друштву и истицале су да је потребно боље разумети њих и њихове животе у циљу охрабривања да даље напредују и развијају се. Ове ауторке су у Индији радиле истраживање у ком су се фокусирале на природу самопоимања код особа са инвалидитетом да би разумеле како се код њих развија осећај селфа. Студија је разматрала четири основне компоненте самопоимања одраслих, адолесцената и деце са инвалидитетом, а ауторке су за циљ имале подизање свести о особама са инвалидитетом у Индији. Компоненте самопоимања које су их интересовале биле су слика о телу, животна искуства, вештине, способности и обрасци социјалних интеракција. Студија је испитивала самопоимање особа са инвалидитетом тако што су поређени њихов стварни (актуелни, тренутни) селф и идеални селф, уз помоћ упитника и разговора са испитаницима. Према теорији дискрепанције, велика разлика између актуелног и идеалног селфа може да укаже на негативно самопоимање. Узорак у овом истраживању се састојао од испитаника са физичким или сензорним

инвалидитетом присутним од рођења или стеченим у првој години живота. Испитаници су били подељени у три групе од по 10 испитаника. У једној групи су била деца (стара од 7 до 13 година), у другој адолесценти (од 14 до 20 година старости), а у трећој одрасле особе (од 21 до 45 година старости). У свакој групи је било пет испитаника мушког и пет испитаника женског пола. Сам тест се састојао од 60 изјава које су истраживачи припремили и које су служиле управо мерењу разлика између актуелног и идеалног селфа. На сваку од четири области самопоимања се односило по 15 изјава, а одговори су били груписани на петостепеној скали Ликертовог типа. У свакој од четири категорије било је и позитивно и негативно формулисаних изјава. Након теста следио је разговор са испитаницима. У овом истраживању ауторке су показале да, у поређењу са женама, мушкарци имају позитивније самопоимање. Сматрале су да је позитивна слика о себи која је код њих била присутна формирана као последица интерних фактора, првенствено сазревања и промене начина мишљења. С друге стране, истакле су да је негативна слика о себи углавном последица екстерних фактора над којима особа нема контролу (то могу бити лош материјални статус, негативни ставови других особа и сл.). У подузорку одраслих мушкараца нису уочене статистички значајне разлике између степена самопоимања и степена образовања, социоекономског и брачног статуса – ниједна од наведених варијабли није утицала на самопоимање. Када се погледа подузорак испитаница, те варијабле су имале различите утицаје. Ауторке наводе пример високообразоване, економски независне, неудате жене код које зарађивање, доношење одлука у домаћинству и поседовање различитих вештина позитивно утиче на самопоимање. Са друге стране, удате, ниже образоване испитанице као факторе који доприносе њиховом позитивном самопоимању наводе успешно вођење домаћинства, здраву децу, религиозност. Основни разлози због којих испитанице имају негативније самопоимање јесу негативна слика о телу и негативан фидбек који постоји од детињства. Резултати овог истраживања

су показали да пол утиче на самопоимање особа са инвалидитетом. Генерално гледано, у овом истраживању жене су имале ниже скорове на самопоимању у поређењу са мушкарцима, али, без обзира на то, постојао је позитиван однос између њиховог актуелног и идеалног селфа.

Кон (Cohn, 1978) је у узорку који је испитивао дошао до закључка да промена радног статуса доводи до већег незадовољства собом. Губитак посла се генерално доживљава као негативно искуство. Међутим, овај аутор је очекивао да ће се појединци разликовати у процени перципираног узрока своје незапослености: ако постоји информација да за губитак посла није одговоран интерни узрок (сама особа), већ је тај догађај екстерно условљен, већа је вероватноћа да ће слика о себи коју особа има остати интактна. Такође, исти аутор је сматрао да постоји могућност да и неке друге компоненте самопоимања умањују негативни утицај губитка посла на слику коју појединац има о себи (нпр. позитивно породично или социјално самопоимање). На крају овај аутор (Cohn, 1978) истиче да ће степен важности радног статуса за самопоимање појединца одредити да ли ће незапосленост довести до нижег задовољства собом и до погоршања слике о себи.

Из резултата наведених истраживања јасно је да не постоји сагласност међу ауторима по питању тога да ли се самопоимање особа са оштећењем вида разликује од самопоимања особа из опште популације: Сакс (Sacks, 1996, према Roy & MacKay, 2002) наводи да одрасле слабовиде особе имају негативнију слику о себи у поређењу са слепим особама или са особама из опште популације и неправедно се стављају у неповољнији положај када се пореде са особама које виде. Са друге стране, Фриман и сарадници (Freeman et al., 1991, према Schinazi, 2007) су имали искуства са слабовидим особама које су одбијале различите сервисе који би им користили, а све због тога да их остали из окружења не би означили као слепе особе. Такође, у великом броју реализованих студија нису нађене разлике у самопоимању између особа са оштећењем вида и особа из опште

популације, а једно од објашњења таквих резултата лежи у чињеници да је кроз различите едукације, радионице, трибине, медије рађено на томе да се постигне већа прихваћеност различитости. Кључно је да присуство оштећења вида не мора да значи и постојање негативног самопоимања. Такође, особа са позитивном сликом о себи не мора обавезно да има и више вештина од особе са лошијом (негативном) сликом о себи (Halder & Datta, 2012).

Евидентно је да су различити аутори дошли до различитих закључака о самопоимању деце, адолесцената и одраслих особа са оштећењем вида. Разлике у резултатима између студија могу бити последица различитих фактора самопоимања који су испитани, начина на који су групе (узорак, тј. испитаници) бирани, као и последица различитих начина прикупљања података. Такође, разлике могу да буду повезане са коришћеним инструментима, јер неки од њих процењују глобално самопоимање, док други испитују појединачне домене самопоимања (Halder & Datta, 2012).

Важност самопоимања је већ наглашена, као и потреба да свако има позитивну слику о себи. Такође, било је речи и о утицају инвалидитета и оштећења вида на слику о себи. Приметно је да међу различитим ауторима нема сагласности о односу самопоимања особа са инвалидитетом и особа из опште популације. Неки од њих чак нису нашли разлике између ове две групе испитаника. Нпр. студенти са тешкоћама у учењу имали су ниже скорове у области когнитивних компетенција и академског самопоимања у поређењу са студентима из опште популације, али се ове две групе нису разликовале у области генералног селфа (Dixon et al., 2006). Могуће објашњење непостојања разлика између самопоимања особа са инвалидитетом и особа из опште популације јесте и процес инклузије и рад на едукацији о прихватању различитости. Оно што је важно је да се у адолесценцији развије позитивно самопоимање да би у одраслом добу те особе биле срећне и

задовољне својим животом (Srivastava & Joshi, 2014), што не значи да није могуће мењати самопоимање одраслих. Самопоимање се мења како појединци развијају когнитивне и интелектуалне капацитете и како се суочавају са новим захтевима и процесима. Нове вештине и способности омогућавају сложеније самодефинисање и јаче осећање самовредновања. Побољшања у многим животним доменима (посао, заједница, становање) до којих долази са годинама, важна су у објашњењу повећања нивоа субјективног благостања (Demo, 1992).

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Уобичајено схватање квалитета живота подразумева да је особа здрава, да је субјективно задовољна животом и својим благостањем. То би значило да се, ако неко има инвалидитет, не може сматрати да је та особа доброг здравља, нити је уобичајено да наводи висок ниво задовољства животом. За особе са инвалидитетом се претпоставља да имају ограничене одређене функције и постигнућа у области социјалних улога; такође, могу бити стигматизоване, а могу им бити ускраћене и одређене привилегије.

Неки практичари и истраживачи налазе да је оштећење вида у вези са нижим функционалним статусом, нижим (самопроцењеним) квалитетом живота и емоционалним проблемима (Komolafe, 2016; Gyawali, Paudel & Adhikari, 2012). Према мишљењу Браун и Барет (Brown & Barrett, 2011) и Лин и Ју (Lin & Yu, 2012), квалитет живота особа са оштећењем вида може да буде снижен услед редуковане способности реализовања активности свакодневног живота или услед немогућности успостављања социјалних интеракција. Оштећење вида захтева поновно савладавање основних активности свакодневног живљења, као што су купање и облачење, као и инструменталних задатака, као што су одржавање домаћинства и обављање кућних послова. У поређењу са другим стањима која су у вези са здрављем, оштећење вида снажније утиче на способности да се такве активности реализују. Оштећење вида може утицати на снижавање

квалитета живота и са аспекта економске сигурности. У поређењу са особама без оштећења, особе са оштећењем вида често имају ниже приходе и веће финансијско оптерећење. Треће објашњење негативних ефеката оштећења вида на квалитет живота усмерено је на социјалне ресурсе, јер се присуство овог сензорног оштећења везује за нижу социјалну интеграцију и за перципиран нижи степен подршке, што може да доведе до лошијег психолошког благостања (Brown & Barrett, 2011). Такође, Лин и Ју (Lin & Yu, 2012) наводе да оштећење вида може да буде повезано са депресијом, фрустрацијом, анксиозношћу, и то не само због постојања оштећења, већ и због тешкоћа у прилагођавању на реализацију активности или због сталне бригае уколико је обољење прогресивно, па се очекује погоршање. У студији коју су реализовали Кнутсон и сарадници (Knudtson, Klein, Klein, Cruickshanks & Lee, 2005) испитивана је повезаност квалитета живота и функционалних активности код особа са очним обољењима стеченим касније у животу и особа из опште популације. Резултати су показали да су снижене визуелне функције (без обзира на узрок проблема) биле повезане са лошијим квалитетом живота и нижим функционалним активностима. Функционално ограничење способности реализовања дневних активности као резултат оштећења вида је један од најважнијих исхода, јер представља директан утицај оштећења вида на свакодневни живот појединца (Stelmack, 2001). Прилагођавање на живот у визуелном свету је сложен процес, повезан са питањима независности и контроле и разликује се од особе до особе. На прилагођавање могу утицати карактер особе, њена претходна искуства и мрежа подршке (Knudtson et al., 2005).

Вендел и сарадници (Wändell, Lundström, Brorsson & Aberg, 1997) су урадили истраживање како би испитали утицај глаукома на квалитет живота. Примећено је да је код пацијената са глаукомом квалитет живота добар, не разликује се много од квалитета живота особа из опште популације. Овакав резултат је у супротности са претпоставком да

постојање неког обољења само по себи негативно утиче на квалитет живота. Значајни фактори за које се овим истраживањем потврдило да утичу на квалитет живота били су у вези са компликацијама код глаукома: сниженом оштрином вида, сужењем видног поља и присуством неког придруженог обољења. Такође, Вонг и сарадници (Wong, Machin, Tan, Wong & Saw, 2009) у свом раду нису нашли утицај рефрактивних аномалија на квалитет живота.

Сатерфилд, Келтнер и Морисон (Satterfield, Keltner & Morrison, 1993) су у свом истраживању испитивали психосоцијалне аспекте страбизма и дошли су до закључка да страбизам може негативно утицати на свакодневни живот, а посебно на могућност запослења и задржавања посла и одржавања међуљудских односа. Међутим, с обзиром на то да су информације о ефектима страбизма на квалитет живота у поменутој студији биле резултат самопроцене испитаника (Јаблан, Вучинић, Ешкировић & Љутица, 2014), Олицки и сарадници (Olitsky, Sudesh, Graziano et al., 1999) су у свом истраживању истакли значај објективне процене психосоцијалних ефеката страбизма на свакодневни живот.

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

Римерман и Моргенстерн (Rimmerman & Morgenstern, 2003) су сагласни да постоји веза између пола и квалитета живота. Они су реализовали истраживање са циљем да испитају однос између личних карактеристика, карактеристика у вези са инвалидитетом и са запослењем и квалитета живота код особа са оштећењем вида које су запослене у

заштитним радионицама у Израелу. Резултати њиховог истраживања су показали да мушкарци са оштећењем вида наводе виши квалитет живота него жене са оштећењем вида када се ради о приходима и о промени посла, што је вероватно у вези са чињеницом да је већина испитаника била традиционална у смислу очувања поделе на рад код куће и на рад у социјалном окружењу. Према традиционалним родним поделама улога у Израелу, мушкарци су доминантни, од њих се очекује да одржавају контакте ван куће, док се женама не додељују улоге тог типа. Испитаници са конгениталним оштећењем вида су наводили виши квалитет живота у области компетенција и продуктивности у поређењу са испитаницима код којих је до оштећења вида дошло касније у животу. Спекулисало се да се особе са конгениталним оштећењем вида не суочавају са истим проблемима прилагођавања на послу у заштитним радионицама као многи људи са оштећењем вида стеченим касније у животу, због теже транзиције из отворене привреде у овај вид запошљавања. Даље, виши квалитет живота био је повезан са конгениталним оштећењем вида и са степеном у ком је особа прихватила своје оштећење, као и са дужим радним стажом у заштитним радионицама. Испитаници са вишим месечним приходима мисле за себе да су продуктивнији и компетентнији него особе са нижим примањима. Важно је приметити да, иако су сви запослени у заштитним радионицама имали нижу месечну зараду, они који су зарађивали више себе су перципирали као компетентније и продуктивније. Године радног стажа су такође биле у вези са квалитетом живота.

У једном од истраживања која су се бавила провером квалитета живота у вези са здрављем, аутори (Williams, Brody, Thomas, Kaplan & Brown, 1998) наводе да је код пацијената са дегенерацијом макуле квалитет живота сличан или нижи у поређењу са испитаницима са другим хроничним обољењима, а емоционалне сметње са којима су се суочавали су биле више. Такође, пацијенти са тим оштећењем наводе да имају виши

степен стреса, ниже задовољство и ниже нивое активности него испитаници у контролној групи који су чекали на интервенцију (Brody et al., 1999).

У једној од мета анализа, аутори (Nyman, Gosney & Victor, 2010) су тражили доказе за ниже нивое психосоцијалног благостања код особа са оштећењем вида у радно продуктивном добу, а желели су и да испитају интервенције које могу да побољшају психосоцијално благостање. Прегледане су квантитативне студије које су се бавиле мерењем депресије, анксиозности, квалитета живота, социјалног функционисања, социјалне подршке. Одрасли испитаници са оштећењем вида у радно продуктивном узрасту наводили су ниже нивое психосоцијалног благостања у области квалитета живота у поређењу са својим вршњацима из опште популације.

Браун (Brown, 1999) је радио истраживање да би утврдио однос између снижене оштрине вида и квалитета живота код одраслих особа. Најчешћи узроци оштећења вида код испитаника из овог истраживања биле су дегенерација макуле у вези са годинама и дијабетична ретинопатија. Овај аутор (Brown, 1999) је писао о употребној вредности вида која указује на способност пацијента да функционише у активностима свакодневног живљења и представља меру квалитета живота који је у вези са стањем здравља. Са смањењем употребне вредности вида, смањује се и квалитет живота. Употребна вредност зависи више од нивоа губитка вида на бољем оку, него од самог узрока оштећења вида. На пример, оштрина вида од 0,4 на бољем оку довешће до сличне употребне вредности вида код различитих оштећења, односно, појавиће се исте тешкоће у области реализовања активности свакодневног живљења. Резултати овог истраживања сугеришу да време настанка оштећења вида не утиче значајно на саму употребну вредност вида. Иста ситуација је са нивоом образовања и узрастом. Нема статистички значајних разлика између употребне вредности вида код испитаника старих 80 или више година у поређењу са испитаницима који су млађи од 80 година или у

поређењу са испитаницима млађим од 50 година. У овој студији ни пол није имао утицај на употребну вредност вида, па самим тим није утицао ни на квалитет живота.

Одрасли са оштећењем вида ниже оцењују своје задовољство животом. Виши степен оштећења вида је у вези са више ограничења у активностима и са мање економских, социјалних и психолошких ресурса. Браун и Барет (Brown & Barrett, 2011) су код испитаника који имају виши степен оштећења вида нашли значајније снижење квалитета живота, што је индиковано већим бројем симптома депресије и нижим задовољством животом. Даље, теже оштећење вида је значајно повезано са више ограничења у активностима и са мање социо-економских, социјалних и психолошких ресурса у основи. Такође, виши степен оштећења вида значајан је предиктор већег ограничења у области активности, као и финансијских проблема, мањег броја успостављених социјалних интеракција и лошије самоефикасности (бар током периода од три године, колико је трајало праћење).

Тешко оштећење вида је значајно повезано са ограничењима у области кретања, активностима дневног живљења и физичким постигнућима. Додатно, истраживања су показала да би свеукупно здравље одраслих могло да буде угрожено због везе између визуелних дефицита и честих падова (Misajon et al., 2005; Moore, Constantino & Allen, 2000). Снижена оштрина вида и сужење видног поља у вези су са сниженим квалитетом живота (Stelmack, 2001). Тежина дегенерације макуле у вези са годинама је била у вези са нижим скоровима на задацима на близу. Истраживања у популацији испитаника са дијабетичном ретинопатијом указују на то да квалитет живота првенствено зависи од оштрине вида која је у вези са самим обољењем. Наравно, не сме се заборавити да оштећење вида има више димензија. Има аутора (Seddon & Fong, 2005; Slakter & Stur, 2005) који истичу да оштрина вида сама по себи није адекватна основа за процену квалитета живота. Постоје и други

симптоми као што су: снижена осетљивост на контраст, оштећен колорни вид, присуство централног скотома различите величине и карактеристика и појачана осетљивост на бљештање. Све наведено такође може да смањи, тј. да негативно утиче на квалитет живота. Трајање оштећења вида (тачније, време његовог настанка) и дужина формалног образовања нису имали утицај на процењени квалитет живота (Stelmack, 2001).

У групи испитаника старих од 18 до 65 година утицај инвалидитета на свакодневни живот може бити још виши (значајнији) него код старијих. Испитаници наведеног узраста морају се дуже носити са присутним губитком вида. За особе које имају оштећење вида, његов утицај је прилично висок, јер је погођен сваки аспект живота: образовање, запослење, друштвени и породични живот. Активности које су претходно узимане здраво за готово (облачење, исхрана, писање, путовање, комуникација/интеракција са другима) особа не може реализовати или их реализује са тешкоћама. Генерално гледано, младе особе са оштећењем вида доживљавају више сметњи у остваривању животних циљева (заснивање породице, изградња каријере). Додатно, постоји и значајан, доживотни економски терет у вези са оштећењем вида; прво, ту су директни трошкови (третмани, набавка различитих асистивних уређаја и сл.), али и индиректни (спречен лични развој, нижи приходи, редукована продуктивност особе са оштећењем вида) (Langelaan, 2007). Такође, многи од ових испитаника могу да се запосле, али су трошкови рехабилитације која им је потребна прилично високи (Langelaan et al., 2009).

У истраживању Лангелана и сарадника (Langelaan et al., 2007) аутори су добили резултат да жене са оштећењем вида имају ниже скорове у области квалитета живота у поређењу са мушкарцима. Високообразовани испитаници у овом истраживању су се суочавали са већим проблемима у реализацији свакодневних активности у поређењу са испитаницима нижег образовања. Разлог за овакав резултат може бити тај што свакодневне активности високообразованих особа укључују више рада на

рачунару, више читања и сл., а све су то активности које захтевају добре визуелне функције. И друга хронична стања, попут бола или непријатности, доводе до проблема у свакодневним активностима. То значи да ће особе са оштећењем вида са другим хроничним стањима имати више проблема у већем броју свакодневних активности. Особе које имају само оштећење вида ће осећати мање бола или непријатности у поређењу са онима који имају и неке придружене сметње.

Лавасо и сарадници (Levasseur, Tribble & Desrosiers, 2009) су радили квалитативну студију у којој су, на основу модела НСХ и Дијкерсовог (Dijkers, 2005) схватања квалитета живота, испитивали перцепције и искуства одраслих особа у вези са квалитетом живота. Резултати су показали да су лични фактори (здравље, унутрашњи живот и способности) веома важни за испитивани конструкт; чак, важност личних фактора за квалитет живота у овом истраживању била је израженија него што су аутори очекивали. Значај здравља за квалитет живота посебно наглашавају старије особе; испитаници наводе да лошије здравље чак може бити кључни узрок лошег квалитета живота. Такође, позитивна или негативна животна искуства могу да утичу на то како људи оцењују свој тренутни квалитет живота. Позитиван став према животу и према старењу и наглашавање добитака уместо губитака су важни. Са старењем се повећава број ствари о којима људи брину (приходи, потенцијални здравствени проблеми, физички проблеми, питање будућег места становања), а све то може негативно утицати на квалитет живота. Живот са ограничењима, губитак способности (посебно моторичких), осећај изолованости од друштва, осећај да је особа некеме на терету, да од некога зависи – све су то могући и често навођени извори незадовољства.

Међутим, важно је нагласити да присуство инвалидитета не мора обавезно да доведе до сниженог квалитета живота, а за то је кључна адаптација. Да би процес адаптације био ефикасан и да би довео до оптималног квалитета живота, кључно је да се ниво очекивања подудар

са новонасталом реалношћу. Веома је важно и да појединац има осећај да може да контролише сопствени живот. То подразумева и одређени степен предвидивости у животу, као и постизање равнотеже између тела, ума и духа. Испитаници у студији Лавасо и сарадника (Levasseur et al., 2009) су тврдили да чињеница да могу да контролишу изборе које праве у њиховом случају доводи до побољшања квалитета живота. Још један фактор значајан за добар квалитет живота јесте социјална партиципација, јер је за добар квалитет живота важно да човек буде активан. Међуљудски односи и смислене социјалне улоге су од стране већине испитаника из узорка идентификовани као прилично значајни, чак, важнији од свакодневних активности. У вези са тим, недостатак односа или изолација може да утиче на квалитет живота (односно, може да доведе до његовог снижавања). И одговарајућа помагала, али и ситуација када окружење није прилагођено личним потребама појединца („Када је напољу клизаво, ја не могу напоље, и то снижава мој квалитет живота“, Levasseur et al., 2009, стр. 96) у вези су са квалитетом живота. И социјална подршка (формална или неформална) је веома важна за остваривање задовољавајућег квалитета живота. Међутим, социјална средина нема увек позитиван утицај на квалитет живота (нпр. смањена издвајања за лекове од стране владе могу веома да сметају старијим особама). Као закључак, намеће се став који постоји у многим истраживањима да је приликом процене квалитета живота појединца неопходно узети у обзир и мишљење те особе, јер људи који су се ефикасно адаптирали на своје тешкоће себе виде другачије него што их виде особе без инвалидитета.

Албрехт и Девлигер (Albrecht & Devlieger, 1999) тврде да добар квалитет живота одсликава успостављену равнотежу тела, ума и духа, док снижен (или лош) квалитет живота указује на непостојање такве равнотеже. Ови аутори су се у свом раду бавили парадоксом инвалидитета за који кажу да постоји у две форме: прво, особе са инвалидитетом тврде да имају озбиљна ограничења у активностима свакодневног живота,

проблеме у реализовању социјалних улога и да доживљавају дискриминацију, али ипак кажу да имају одличан квалитет живота. Друго, особе из опште популације, лекари и други стручњаци сматрају да особе са инвалидитетом имају незадовољавајући квалитет живота, упркос супротним тврдњама ових особа. Постоји могућност да је добром или одличном квалитету живота њихових испитаника допринео позитиван приступ животу, односно, став: „Ја то могу“. За све испитанике добар квалитет живота је резултат тога што су прихватили свој инвалидитет, а као резултат тога што им у животу добро иде, дошло је задовољство. Концепт успеха је схваћен као осећај постигнућа унутар граница које су поставили инвалидитет и окружење. Поређење са другим појединцима особама са инвалидитетом обезбеђује норме за поређење, информације о томе како да се понашају и позитивне и негативне моделе на које ће се угледати. Такође, многи испитаници са инвалидитетом су споменули колико им је важна вера, да им је она давала снагу, усмеравала их и давала значење њиховом животу. Један од основних фактора који снижава квалитет живота јесте бол: када их нешто боли, људи не могу контролисати своје тело, као ни друштвени живот ни окружење. Такође и умор има важну улогу, односно, негативно утиче на квалитет живота особа са инвалидитетом. Губитак контроле над телом/телесним функцијама или изненађење што тело или ум не функционишу на очекивани начин може да уплаши особу са инвалидитетом и да доведе до снижавања квалитета живота. Виши квалитет живота се доживљава када је раскорак између капацитета појединца и срединских ограничења био редукован подршком у друштву, коришћењем асистивних технологија и уклањањем баријера. Висок квалитет живота може постојати и захваљујући томе што се особа са инвалидитетом адаптирала на постојеће стање и у њему је нашла смисао. Низак квалитет живота особа са инвалидитетом заснован је на оштећењима којима је тешко управљати, на недостатку знања и ресурса и на окружењу са баријерама.

Када се испитује квалитет живота особа са инвалидитетом, важно је знати да је Каминс (Cummins, 1998) пре скоро 20 година истакао да је субјективна перцепција инвалидитета бољи предиктор исхода који се односе на квалитет живота него његова објективна перцепција. Овим се потврђује значај посматрања сваког испитаника као посебне личности у одговарајућем контексту.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ

Пре самог прегледа истраживања о реализацији животних навика особа са оштећењем вида, споменућемо рад холандских аутора (Bruijning, van Nispen, Verstraten & van Rens, 2010) који су се у свом раду бавили холандском верзијом МКФ, али су направили и критички осврт на МКФ. Њихова највећа замерка постојећој класификацији је то што она није заснована на искуствима особа са оштећењем вида. Нпр. коришћење јавног превоза укључује специфичне визуомоторне активности, али специфичне активности проблематичне за особе са оштећењем вида нису део МКФ. Рецимо, препознавање аутобуса је проблем са којим се особе са оштећењем вида сусрећу, али то није наведено у оквиру домена „активност и партиципација“, иако је важно да буде познат и разлог због којег неко није у стању реализовати животну навику. Дакле, кључно је да МКФ одражава и субјективне аспекте искуства (Huber, Sillick & Skarakis-Doyle, 2010). Аутори (Bruijning et al., 2010) сматрају да је потребно направити одређене измене у упитницима који се користе, у зависности од карактеристика средине и популације, јер се различите активности у различитим земљама реализују на различите начине (наводе пример вожње бицикла – у Америци та активност спада у рекреацију, док у Холандији вожња бицикла представља начин превоза). С друге стране, постоје и измене које нису специфичне за ситуацију (нпр. „гледање ТВ-а“ – уколико се упитник примењује у популацији особа са оштећењем вида, ову активност је потребно преформулисати). На тај начин ће

рехабилитационе потребе особа са инвалидитетом бити лакше задовољене, а исходи рехабилитације ће бити лакше достижни.

Способност да се реализују активности свакодневног живљења је важан аспект функционалне независности појединца (и његовог квалитета живота). Међутим, оштећење вида је у вези са зависношћу у области активности свакодневног живљења, са социјалном изолацијом и са редукованом физичком активношћу. Степен поменутих ограничења у области партиципације у свакодневним активностима код особа са оштећењем вида није био детаљно испитиван. Ограничења у области партиципације односе се на рестрикције које су настале као последица оштећења или инвалидности и утичу на активности које особа треба или жели да оствари. Проценом тих ограничења у области партиципације, могуће је дизајнирати и имплементирати стратегије које ће довести до повећања степена партиципације а последично ће и побољшати квалитет живота особа са оштећењем вида (Lamoureaux, Hassell & Keefe, 2004a). Ово истраживање (Lamoureaux et al., 2004a) се управо тиме бави: квантификује и описује рестрикције у области партиципације у активностима дневног живљења које су последица оштећења вида код особа са дијабетичном ретинопатијом. Узорак се састојао од испитаника који су били корисници центра за слабовиде особе. У истраживању су учествовале само особе које претходно нису биле укључене у неки вид рехабилитационог процеса. Други критеријуми за одабир испитаника били су: оштрина вида мања од 20/40 (тј. 6/12) на бољем оку, дијагноза дијабетичне ретинопатије као основни узрок оштећења вида и старост од 18 и више година. Испитаници из овог истраживања су навели да су домени са којима имају највише тешкоћа услед присутне дијабетичне ретинопатије били они који су подразумевали излазак из стана: Одмор и посао, Кретање, Потрошачке и социјалне интеракције и Емоционална реакција на губитак вида. Са друге стране, у доменима Домаћинство и Брига о себи уочено је мање ограничења. Резултати овог истраживања показују да особе са

дијабетичном ретинопатијом доживљавају рестрикције у области активности свакодневног живљења и животних домена који су кључни за добар квалитет живота.

Исти аутори (Lamoureux, Hassell & Keefe, 2004b) у свом другом истраживању препоручују да се пре имплементирања стратегија за интервенцију процене детерминанте партиципације у активностима дневног живљења. Управо то је и био циљ њихове студије: испитати детерминанте партиципације у свакодневном животу тако што ће бити процењене интеракције између визуелних, демографских, личних, културолошких и срединских утицаја и визуелног функционисања. Испитаници су такође били корисници центра који пружа услуге особама са оштећењем вида из Аустралије старији од 18 година, нису раније прошли кроз неки вид рехабилитације, а оштрина вида на даљину на бољем оку је била 20/40 (тј. 6/12). Резултати су показали да су оштрина вида на даљину и ментално и физичко здравље били значајне детерминанте партиципације у свакодневним активностима, баш као и у њиховом претходном истраживању (Lamoureux et al., 2004a). Јасно је да велики број активности (нпр. куповина, препознавање лица, безбедно кретање у затвореном или отвореном простору) захтева ослањање на вид на даљину. Стога аутори закључују да је оштрина вида значајан предиктивни фактор за појаву тешкоћа које испитаници наводе и са којима се сусрећу приликом реализовања свакодневних активности и физичких функција. Уочена повезаност између оштрине вида и ограничења у партиципацији сугерише да би се брза процена оштрине вида могла користити као скрининг за процену партиципације у свакодневним активностима (Lamoureux et al., 2004b).

Велики број ајтема у упитнику који су Ламоро и сарадници (Lamoureux et al., 2004a; Lamoureux et al., 2004b) користили (*Impact of Visual Impairment – IVI*), посебно оних који се односе на кретање и домене у вези са домаћинством и слободним временом, укључују и допринос

физиолошког система (мишићне масе и снаге, флексибилности, равнотеже, неуромишићне координације и кардиоваскуларне функције). Физичка слабост је један од фактора ризика који је у вези са проблемима у области кретања. С обзиром на то да је за старење карактеристично погоршање физичког и физиолошког система, са годинама се могу очекивати погоршања у области дневних активности која захтевају допринос физичких способности (физичке снаге). Резултати добијени истраживањем Ламоро и сарадника (Lamoureux et al., 2004b) сугеришу да интервенције усмерене на побољшање партиципације у активностима дневног живљења за особе се оштећењем вида треба да укључе не само рехабилитационе програме у вези са видом, већ и оне који ће побољшати ментално и физичко здравље. Потребно је да будућа истраживања утврде које тачно компоненте менталног (тј. когнитивне функције, емоционални статус, благостање, задовољство животом, депресија, срећа итд.) и физичког здравља (кардиоваскуларна, мишићно-скелетна снага итд.) одређују партиципацију у активностима свакодневног живљења у овој популацији, како би се креирали одговарајући програми.

Још један интересантан резултат из овог (Lamoureux et al., 2004b) истраживања јесте да узраст и дужина присутног оштећења вида не утичу на појаву рестрикција у области свакодневних активности. Вид по себи, а не узрок оштећења, је важнији у одређивању степена партиципације у свакодневном животу.

Дезросие и сарадници (Desrosiers et al., 2004b) су у свом истраживању потврдили да је на основу резултата на Скали за процену животних навика могуће разликовати испитанике који живе у различитим окружењима. Ово истраживање подржава важност превазилажења мерења само инвалидитета у циљу тачне процене укупног функционисања појединца.

Иако је добра оштрина вида неопходна за неке активности (нпр. за читање), слабо је повезана са способношћу посматрања предмета са

ниским контрастом (нпр. посматрање лица на близину или безбедно и самостално путовање у непознатом окружењу). Постоје и друге мере које могу да обезбеде информације о визуелним функцијама које су оштећене услед присутних патолошких промена, чак и пре него што се појаве проблеми у области оштрине вида. Рубин и сарадници (Rubin, Bandeen-Roche, Huang et al., 2001) су у свом истраживању испитивали однос између (поменутих) снижених визуелних функција и самоперципираних тешкоћа у области свакодневних активности које су у вези са видом, као што су нпр. читање и возња. У закључку аутори наводе да су оштрина вида, осетљивост на контраст, осетљивост на бљештање, стереоскопски вид и видно поље били фактори ризика за уочавање присуства тешкоћа у реализовању свакодневних активности. Везе су биле статистички значајне и када се демографски фактори, когнитивни статус, депресија и друга хронична медицинска стања узму у обзир. Међутим, као и у свим истраживањима која се ослањају на самопроцену инвалидитета, треба узети у обзир и евентуалну пристрасност приликом одговарања (Latham & Usherwood, 2010). Аутори (Rubin et al., 2001) скрећу пажњу на то да постоји могућност да су испитаници који су знали да имају снижену оштрину вида или неки други облик губитка вида претерали када су процењивали свој степен инвалидитета.

Већ је наведено да се оштрина вида доводи у везу са способношћу реализовања свакодневних активности. Са опадањем оштрине вида, проценат испитаника који показују одређени степен несамосталности током реализације свакодневних вештина се повећава. Самим тим, повећава се и ризик за појаву веће зависности од других (Ivanoff, Sonn, Lundgren-Lindqvist, Sjoëstrand & Steen, 2000). Сврха студије Иванофа и сарадника (Ivanoff et al., 2000) била је да опише преваленцију проблема током реализације свакодневних активности међу особама са оштећењем вида и да објасни у каквој су они вези са оштећењем вида, прецизније, са стеченом дегенерацијом макуле у групи 85-огодишњака који су живели

код куће. Истраживање је показало да је однос између активности свакодневног живота и оштрине вида слаб, што говори о томе да се пацијенти могу адаптирати на последице обољења, иако у различитом степену.

У истраживању Дезросие и сарадника (Desrosiers et al., 2009) циљ је био испитати партиципацију старијих одраслих особа са оштећењем вида у области дневних активности и социјалних улога, упоредити те резултате са старијим испитаницима без оштећења вида, као и испитати корелације тих партиципација. Студија је реализована у Канади. За испитивање партиципације аутори су користили Скалу за процену животних навика. Резултати су показали да старије особе са оштећењем вида имају значајно ниже скорове у скоро сваком животном домену, осим у доменима Становање и Међуљудски односи. С обзиром на то да је потребно да многе задатке, попут поправки, одржавања дворишта, стана и сл., препусте другима, старије особе без оштећења вида у домену Становање сусрећу се са највише ограничења. Имајући то у виду, аутори закључују да особе са оштећењем вида не доживљавају више ограничења у том домену од својих вршњака без оштећења вида. Што се домена Међуљудски односи тиче, испитаници са оштећењем вида су на њему и на домену Брига о себи остваривали најбоље резултате, што се опет није разликовало у односу на контролну групу. Дезросие и сарадници (Desrosiers et al., 2009) остављају могућност да се приликом избора испитаника јавила пристрасност, јер обично особе које немају проблема у области међуљудских односа пристају да учествују у истраживањима. Разлике између група, односно ниже скорове код особа са оштећењем вида у односу на особе које старе „нормално“ аутори (Desrosiers et al., 2009) уочавају на шест животних домена: исхрана, комуникација, мобилност, одговорност, живот у заједници, одмор и слободно време, што је потврдило претпоставку аутора да је код особа са оштећењем вида присутан висок ниво инвалидитета.

Додатно, у овој студији оштрина вида као објективна мера оштећења вида није била у корелацији са партиципацијом.

Међутим, има аутора који тврде да последице оштећења вида не утичу само на губитак вида, већ су оне много далекосежније (Alma, 2012). Алма и сарадници (Alma et al., 2012) су испитивали факторе који утичу на ниво партиципације одраслих особа са оштећењем вида. Резултати су показали да тежина, дужина и узрок оштећења вида нису имали утицај на партиципацију, што је у складу са претходно наведеном студијом Дезросие и сарадника (Desrosiers et al., 2009). Показало се да је општа кондиција важан предуслов партиципације у свакодневном животу, што не изненађује ако знамо да су многи кућни послови физички тешки (захтевају мишићну масу, флексибилност, координацију итд.). У односу на варијабле друштвеног статуса, само је величина социјалне мреже била у вези са партиципацијом у многим животним подручјима. Додатно, нађене су значајне везе између једне од варијабли психолошког статуса и партиципације: виши ниво беспомоћности био је у вези са тешкоћама у чишћењу куће, куповини, слободним активностима и у социјализацији. Промене су најочљивије међу старијим особама, посебно код оних које су се суочиле и са здравственим проблемима, нижим примањима и сл. Смањење разноликости у партиципацији за резултат има мање продуктивних активности и мање активности разоноде, а уместо тога, фокус се помера на инструменталне активности свакодневног живљења. Додатно, код старијих одраслих особа постоји тенденција да постану пасивније, да се изолују, проводе време у кући. Оне су под ризиком за смањење партиципације.

У Аустралији је реализовано истраживање (Lamoureaux et al., 2004b) којим је испитивана партиципација у области активности дневног живљења код одраслих особа са оштећењем вида. Аутори су користили упитник којим се процењује утицај оштећења вида (*The Impact of Vision Impairment Questionnaire*) и који се састоји од 32 ајтема груписаних у пет

домена: слободно време и посао, потрошачке и социјалне интеракције, брига о домаћинству и о себи, мобилност и емотивна реакција на губитак вида. Нађена су ограничења у оквиру домена слободног времена, као и у области мобилности, док на бригу о себи и о домаћинству присутно оштећење вида мање утиче.

У једном од истраживања аутори (Anaby et al., 2009) су испитивали ефекте окружења на партиципацију, уз контролисање личних фактора појединца. Претпоставили су да лични (нпр. пол, узраст, број хроничних болести/стања, сигурност равнотеже, капацитет за кретање и депресија) и средински фактори (нпр. социјална подршка) могу објаснити постигнућа у области партиципације у свакодневним активностима, социјалним улогама и укупним активностима. Испитаници су били стари 65 и више година, имали су две или више хроничних болести (артритис, мождани удар, срчано обољење) и живели су у свом стану. Резултати су показали да реализација социјалних улога не зависи искључиво од физичких карактеристика. Нпр., за одржавање пријатељстава није неопходно ослањање на физичке способности. Пол је имао значајну улогу у објашњавању свакодневних активности. У Скали за процену животних навика дневне активности, између осталог, укључују и категорије као што су исхрана (избор и припрема јела) и брига о кући (чишћење, одржавање куће и др. кућни послови). Жене више учествују у тим дневним активностима, јер то схватају као своју улогу. Аутори (Anaby et al., 2009) сматрају да срединске карактеристике имају већи утицај на партиципацију особа са тежим облицима инвалидитета. Међутим, узорак у овој студији имао је минималан степен инвалидитета и минималне рестрикције у партиципацији.

Алма и сарадници (Alma et al., 2012) истичу да је за особе са оштећењем вида карактеристично да снижена оштрина вида на даљину ограничава учествовање у социјалним интеракцијама, дневним активностима (укључујући и бригу о домаћинству), активностима за

разноду и у радним активностима. Физичко и ментално здравље старијих одраслих са оштећењем вида утиче на ограничења у социјалној партиципацији. Ово истраживање је имало за циљ да испита факторе који утичу на ниво партиципације старијих одраслих особа са оштећењем вида. Аутори су очекивали да ће социодемографске варијабле, физички, здравствени, социјални и психолошки статус утицати на партиципацију. Међутим, дошли су до закључка да тежина, дужина присуства и примарни узрок оштећења вида ипак нису утицали на партиципацију. Ово је у складу са резултатима Дезросие и сарадника (Desrosiers et al., 2009) који су нашли да оштрина вида није у вези са партиципацијом. Постоји могућност да су друге видне функције (ширина видног поља, осетљивост на контраст, акутност појаве оштећења вида) утицале на партиципацију. Међутим, због недоступности потребних података за све испитанике, аутори ове мере нису укључили у истраживање. Особе са оштећењем вида дефинитивно перципирају и доживљавају рестрикције у партиципацији. Додатно, фактори који нису били укључени у ову студију су такође могли да представљају баријере за испитанике – нпр. доступност јавног превоза и јавних установа. Аутори (Alma et al., 2012) закључују да, иако оштећење вида доводи до ограничења у партиципацији, тежина оштећења по себи нема утицај на партиципацију старијих особа са оштећењем вида.

Реализовање задатака у домаћинству захтева да физички систем (мишићна маса, снага, флексибилност, равнотежа, координација, кардиоваскуларна функција) уложи напор. Ламоро и сарадници (Lamoureux et al., 2004b) су нашли да је физичко функционисање било један од главних предиктора ограничења у партиципацији међу особама са оштећењем вида. Исто су закључили и Алма и сарадници (Alma et al., 2012): указали су на то да физичка спремност може да буде важан предуслов за партиципацију. Ово се може користити приликом развоја неких интервенција у области рехабилитације. Једно од ограничења поменутог истраживања (Alma et al., 2012) јесте то што су испитаници

били корисници услуга центра за рехабилитацију, што би могло да значи да је узорак био позитивно селекционисан и да су одрасле особе са оштећењем вида биле мотивисане да учествују. Такође, испитивање је реализовано телефонским путем, што је код испитаника могло да побуди потребу да дају социјално пожељне одговоре. Међутим, још увек не постоји сагласност на који начин треба мерити партиципацију.

Интересантно је поменути и истраживање којим је испитивано какав је утицај оштећења вида на способност реализовања активности дневног живљења код особа са тешком или дубоком интелектуалном ометеношћу (Dijkhuizen et al., 2016). Резултати су показали да присутно сензорно оштећење само благо утиче на способност реализовања активности дневног живљења код ових особа.

На основу приказаних истраживања, намеће се закључак да за неке особе са оштећењем вида и у неким активностима и друштвеним улогама реалан циљ није потпуна независност, већ међузависност. Овај појам је Волфе (Wolffe, 2008, према Salminen & Karhula, 2014) описала као социо-емоционално стање у коме особа неке ствари ради без помоћи, док јој је за друге ствари потребна асистенција. Важно је ово објаснити особама са оштећењем вида, уместо фокусирања само на постизање независности.

ПОВЕЗАНОСТ САМОПОИМАЊА СА КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЖИВОТНИМ НАВИКАМА

Златановић (2000) је радио истраживање којим је желео да испита улогу самопоимања појединца у истраживањима квалитета живота. С обзиром на то да је свака особа јединствена и да селф појединца представља део личности који садржи лично искуство (са сопственим телом, са другима и са светом генерално), његов закључак је да процена квалитета живота треба да укључи и самопоимање. Сматрао је да није могуће искључити субјективне вредности појединца, његова искуства, осећања, ставове и веровања о себи и о животу који га разликују од осталих

особа из окружења. Све ово је могуће повезати са субјективним квалитетом живота који у обзир узима когнитивне и емоционалне перцепције које нека особа има о себи о свету у ком живи. Додатно, у једном истраживању (Bracken & Lamprecht, 2003) особе са позитивним самопоимањем су навеле да су срећније и да имају бољи субјективни квалитет живота.

Самопоимање је дуго било предмет интересовања истраживача, јер олакшава академска постигнућа, социјалну компетенцију и ментално здравље, а све то кроз своје ефекте на мотивацију (Eccles, Wigfield & Schiefele, 1998, према Wei & Marder, 2012). Генерално гледано, ученици са здравим самопоимањем за себе мисле да су вредне и компетентне особе, мотивисани су да добро раде у школи; када се суоче са тешкоћама, труде се да их реше, имају хармоничне односе са породицом и пријатељима и показују мање проблема у понашању. Опште је прихваћено да је здраво самопоимање важно за многе исходе, укључујући академска постигнућа, социјалне и емоционалне компетенције, ментално здравље, успешно запошљавање (Wei & Marder, 2012).

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

Траутвејн и сарадници (Trautwein, Lüdtke, Marsh, Köller & Baumert, 2006) су показали добро дефинисану шему односа међу више димензија самопоимања, благостања, задовољства животом и академског задовољства. Наглашавали су важност конструката самопоимања за личност, благостање и задовољство животом. Такође, О'Мара и сарадници (O'Mara et al., 2006) наводе да су самопоимање и конструкти који су са њим у вези блиско повезани са учениковим успехом и, дугорочно гледано, са

здрављем и благостањем. Све наведено указује на позитиван и свеобухватан утицај развоја самопоимања.

Истраживања о самопоимању имају многе практичне импликације за свакодневни живот: Рајт (Wright, 1983, према Martinez, 1995) је тврдио да самопоимање појединца утиче на све аспекте свакодневног живота. Салмон и Пејд (Salmon & Paige, 1984, према Martinez, 1995) описали су позитивно самопоимање као важан фактор за успешно запошљавање, што, заузврат, побољшава квалитет живота, али и социјалну партиципацију појединца.

Домене и индикаторе квалитета живота о којима је писао Шалок (Schalock, 2004) могуће је довести у везу са различитим факторима за које је потврђено да утичу на самопоимање појединца; између осталог, то су: социјалне интеракције, запослење, здравље... Самим тим се може претпоставити да између квалитета живота и самопоимања може постојати одређена повезаност и/или међузависност.

Разлика између онога што би особа волела да ради и онога што заиста ради или између онога што је радила и онога што сада може, може негативно да утиче на слику коју појединац има о себи. Албрехт и Девлигер (Albrecht & Devlieger, 1999) схватају квалитет живота особа са инвалидитетом као способност селфа да успостави и одржи равнотежу између тела, ума и духа и управља њоме током успостављања хармоничног односа са окружењем, а све то у покушају да се постигне благостање. Самим тим, ово је једна од потврда веза између квалитета живота и слике о себи.

Схватање да се свима може десити да имају проблеме са независношћу и, као последицу тога, снижену активност, може људима да помогне да прилагоде очекивања која имају од себе и од рехабилитације, што, за узврат, може да побољша њихово самопоштовање и самопоимање, задовољство, као и успех рехабилитације (Good, LaGrow & Alpass, 2008).

Самопоимање је дефинисано као „свеукупност онога што особа осећа о себи“ (Schain, 1980, према Allison et al., 1997). Фолц (Foltz, 1987, према Allison et al., 1997) је сматрао да се овај конструкт може поделити на четири дела: телесни селф (физичка функција и слика о телу); међуљудски селф (психосоцијалне и сексуалне интеракције); селф у вези са достигнућима (посао/улоге); селф у вези са идентификацијом (духовна и етичка веровања). Наведени домени су слични доменима квалитета живота. Самим тим, Алисон и сарадници (Allison et al., 1997) су претпоставили да би промене у области самопоимања утицале и на мерење квалитета живота. Жан (Zhan, 1992) је на сличан начин перципирао однос између самопоимања и квалитета живота. Прво је у свом раду нагласио да је самопоимање когнитивна процена селфа, да се фокусира на процену од стране појединца: он себе посматра као објекат у животним искуствима. На крају је нагласио да начин на који особа себе види утиче на перцепцију квалитета живота.

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

Литература је сугерисала и да је самопоимање конструкт чији је утицај на благостање ученика (свих, генерално) веома значајан (Broderick & Blewitt, 2006; Hadley, Hair & Moore, 2008). Због тога је овај аспект веома битан у контексту специјалне едукације. Халдер и Дата (Halder & Datta, 2011) сматрају да самопоимање има важне импликације на позитивно постојање, значајна је варијабла за постигнућа и позитиван развој у

друштву у свакој сфери, без обзира на то да ли неко има оштећење вида или не. Исте ауторке (Halder & Datta, 2012) истичу да је самопоимање императив за развој позитивног начина живота и кључни је фактор за реализовање постигнућа у друштву. Због импликација које оштећење вида има на активности свакодневног живљења и функционисања, оно се посматра као потенцијални узрок других проблема. Престанак радног односа, немогућност вожње аутомобила, тешкоће са читањем и/или писањем могу бити последице губитка вида и често узрокују и губитак независности и самопоштовања. Међутим, чињеница је да губитак вида има другачије значење за различите људе, то искуство је субјективно. Губитак независности, немогућност самосталног кретања, изолација, страх од несрећа, депресија и завршетак живота само су неке од тема које су истакли одрасли људи који су изгубили вид (Senra, Oliveira & Leal, 2011).

Алма и сарадници (Alma et al., 2012) наводе да су студије које су испитивале одрасле особе са инвалидитетом и одрасле особе из опште популације показале да партиципација доприноси квалитету живота и односи се на искуство социјалне повезаности са другим људима и заједницама. Ови аутори наглашавају да је важно разумети који фактори утичу на ниво и степен партиципације испитаника. Према МКФ оквиру, постоји динамичка интеракција између стања здравља, контекстуалних фактора (конкретно, личних и срединских фактора) и партиципације. Задовољство партиципацијом може бити посебно важно у остваривању оптималног квалитета живота појединца. Према концептуалној анализи квалитета живота коју су реализовали Лавасо и сарадници (Levasseur et al., 2008) постоји теоријска веза између квалитета живота и партиципације.

Партиципација има позитиван утицај на квалитет живота у вези са здрављем и са благостањем (Levasseur et al., 2004; Levasseur et al., 2009), стога особе које у мањој мери партиципирају могу бити под ризиком за појаву осећања усамљености (Alma, 2012). Нпр., уколико старија особа живи са неким ко (у целини или делимично) реализује дневне активности

или уколико одлучи да плати некога да јој помогне у кућним пословима, то може да допринесе нижем скору партиципације, али без снижавања квалитета живота, јер ће та особа моћи више времена да посвети социјалним улогама и активностима које су за њу важније. Међутим, неке друге категорије, попут Бриге о себи, Међуљудских односа и Рекреације, не могу реализовати други људи без негативног утицаја на квалитет живота. Снижење партиципације у тим категоријама сугерише да постоје могући проблеми, на шта је потребно обратити пажњу (Desrosiers et al., 2004a).

Познавање фактора који утичу на партиципацију је важно, јер партиципација доприноси квалитету живота и свеукупном благостању. Интервенције у области побољшања самопоимања, квалитета живота и социјалне партиципације треба да обухвате мултидисциплинарни приступ, укључујући физичке, психолошке и социјалне интервенције.

Поред индивидуалних приступа, једна од опција би могла да буде и групна рехабилитација, јер такав приступ олакшава дељење искустава и стратегије борбе у популацији особа са оштећењем вида, а може да доведе и до проширивања социјалне мреже.

II. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА

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

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

Побољшање самопоимања многи сматрају пожељним циљем за особе из опште популације, али је овај циљ од посебне важности за особе које су под већим ризиком од неуспеха и које други сматрају другачијим и рањивијим, као што су особе са инвалидитетом. Међу ауторима не постоји сагласност о самопоимању особа са различитим облицима инвалидитета. Даље, самопоимање, квалитет живота и животне навике нису посматрани заједно код особа са оштећењем вида, не постоји истраживање које детаљно и појединачно испитује сваки од ових феномена, а онда их доводи у међузависни однос, испитује, посматра утицај и однос једног феномена према другом, као и структуру и смер њиховог односа. Самопоимање, квалитет живота и животне навике дефинисани су преко домена који су повезани са одређеним областима функционисања у свакодневном животу и неким животним улогама, те је могуће да интерферирају. Истраживања која су се, између осталог, бавила и њиховом проценом код особа са оштећењем вида била су парцијалног

карактера, па увид у то какви су заиста ти феномени у овој популацији није био могућ. Додатно, до сада нису рађене студије у популацији особа са оштећењем вида и особа из опште популације у циљу њиховог упоређивања.

Прегледом доступне литературе нађени су радови који испитују однос самопоимања и квалитета живота код особа са другим облицима ометености. Истраживања (Bracken & Lamprecht, 2003; Curch et al., 2012; Reiter & Vendov, 1996) су показала да позитивно самопоимање значи и да су особе срећније и да имају задовољавајући субјективни квалитет живота, док је неконзистентно самопоимање доведено у везу са различитим (неповољним) исходима, међу којима је и лошији субјективни квалитет живота. С обзиром на наведене резултате, сматрамо да би било корисно испитати везе између самопоимања, квалитета живота и животних навика особа са оштећењем вида.

Под утицајем социјалног модела ометености главни циљ специјалне едукације и рехабилитације постала је пуна социјална партиципација особа са инвалидитетом (Levasseur, Desrosiers & Whiteneck, 2010). Испитивањем самопоимања ћемо уочити снаге и слабости особе, па ће, уз помоћ инструмента који ће нам показати на чему треба радити, бити могуће интервенисати уколико се укаже потреба. Ако самопоимање доведемо у везу са животним навикама, видећемо како нека особа живи (у ком степену учествује у рекреативним активностима, колико одговорности може да преузме, колико често посећује културно-уметничка догађања итд.), док у погледу квалитета живота можемо да сагледамо чему треба да тежи, како би сам квалитет живота те особе био бољи. На основу тих података могу се формулисати препоруке које треба применити на нивоу друштва као пакет мера који би могао директно утицати на побољшање или одржавање адекватног нивоа самопоимања, квалитета живота и реализације животних навика код особа са оштећењем вида.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

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

- Утврђивање разлика у самопоимању и квалитету живота између особа са оштећењем вида и особа из опште популације.
- Утврђивање разлика у самопоимању, квалитету живота и животним навикама унутар групе особа са оштећењем вида.
- Утврђивање повезаности самопоимања и квалитета живота код особа из опште популације и особа са оштећењем вида.
- Утврђивање повезаности животних навика са самопоимањем и квалитетом живота код особа са оштећењем вида.

Истраживачки задаци су:

- Испитивање међугрупних разлика у области појединих домена самопоимања и квалитета живота с обзиром на пол, узраст, степен образовања, статус запослености;
- Анализа разлика у погледу појединих домена самопоимања, квалитета живота и животних навика особа са оштећењем вида с обзиром на пол, узраст, степен образовања, статус запослености, степен оштећења вида, време настанка оштећења вида и способност самосталног кретања;
- Испитивање односа између појединих домена самопоимања и појединих домена објективног и субјективног квалитета живота код особа из опште популације и особа са оштећењем вида;
- Испитивање односа између појединих домена самопоимања и степена реализације појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида;

- Испитивање односа између појединих домена објективног и субјективног квалитета живота и степена реализације појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.

ХИПОТЕЗЕ

1. Особе са оштећењем вида имају нижи степен појединих домена самопоимања него особе без оштећења вида.
2. Постоје разлике у степену појединих домена самопоимања слепих, слабовидних и особа из опште популације у зависности од неких социодемографских карактеристика
 - а. Особе мушког пола имају виши степен појединих домена самопоимања него особе женског пола.
 - б. Старије особе имају виши степен појединих домена самопоимања него млађе особе.
 - в. Високообразоване особе имају виши степен појединих домена самопоимања него ниже образоване особе.
 - г. Запослене особе имају виши степен појединих домена самопоимања него незапослене особе.
3. Особе са оштећењем вида се међусобно разликују у погледу степена појединих домена самопоимања зависно од неких карактеристика везаних за оштећење:
 - а. Слепе особе имају виши степен појединих домена самопоимања него слабовидне особе.
 - б. Конгенитално слепе особе имају виши степен појединих домена самопоимања него особе које су ослепеле касније у животу.
 - в. Особе са оштећењем вида које се самостално крећу имају виши степен појединих домена самопоимања него особе са оштећењем вида које се не крећу самостално.

4. Постоји значајна позитивна повезаност између појединих домена самопоимања и појединих домена објективног и субјективног квалитета живота код особа са оштећењем вида.
5. Постоји значајна позитивна повезаност између појединих домена самопоимања и степена реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.
6. Постоји значајна позитивна повезаност између појединих домена објективног и субјективног квалитета живота и степена реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида.

III. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

УЗОРАК И МЕСТО И ВРЕМЕ ИСТРАЖИВАЊА

У Савезу слепих града Београда, у сарадњи са секретаром Савеза, направљен је списак од 150 особа са оштећењем вида које би могле бити спремне за укључивање у узорак. Сви испитаници су имали оштећење вида и били су категорисани према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО, 2012). Према направљеном списку, испитаници су позивани телефоном и од њих је тражена усмена сагласност за учешће у истраживању. Најчешћи разлози због којих су потенцијални испитаници одбијали да учествују у истраживању били су: трајање интервјуа (предуго), сматрају да би то било превише заморно, не интересује их, не виде сврху, сматрају да се ништа неће променити, имају здравствених проблема, немају времена. Након добијене сагласности од испитаника (N=92), истраживач је договарао сусрет са сваким појединачно. Уколико је неко од испитаника из одређеног разлога био спречен да лично дође, са њим је испитивање обављено путем телефона (N=30). Успостављен је и контакт са Савезом слепих Војводине и осам испитаника из Новог Сада и околине је укључено у узорак. Испитивање је било индивидуално, реализовано је у оптималним условима, без срединских дистрактора. Само попуњавање је изгледало тако што је истраживач читао тврдње и питања и записивао је одговоре испитаника. Укупан број испитаника са оштећењем вида укључених у узорак је 100 (50 слепих и 50 слабовидих особа). Искључујући критеријум за формирање узорака је присуство додатних сметњи (присуство интелектуалне ометености, оштећења слуха, телесног инвалидитета, психијатријских стања).

Поред испитаника са оштећењем вида, у истраживање је била укључена и контролна група особа из опште популације (N=100). Особе из овог подузорка су проналажене путем личних контаката, а као техника

контроле у формирању овог подузорка коришћено је спаривање са испитаницима из групе слепих и слабовидих по полу и узрасту.

Испитаници са оштећењем вида су сврстани у групе у складу са поделом визуелне ометености Светске здравствене организације у пет категорија у односу на постојећу оштрину вида на даљину, уз максималну корекцију:

- у првој категорији су особе које имају оштрину вида од 0,3 до 0,1 (6/60);
- у другој категорији су особе са оштрином вида од 0,1 (6/60) до 0,05 (3/60);
- у трећој категорији су особе које имају оштрину вида 0,05 (3/60) до 0,02 (1/60), односно оне чије је видно поље, без обзира на видну оштрину, централно сужено на 5 до 10°;
- у четвртој категорији су особе које имају оштрину вида између 0,02 (1/60) и осећаја светлости, односно, чије је видно поље централно сужено на мање од 5° (без обзира на оштрину вида);
- у петој групи су особе без видне функције, односно без способности перцепције светлости.

Ради једноставније обраде и да би се спречило расипање испитаника са оштећењем вида по категоријама, сви су сврстани у две групе – групу слабовидих (прва и друга категорија по СЗО) и групу слепих (трећа, четврта и пета категорија по СЗО).

Подаци су прикупљани у периоду од маја до новембра 2015. године.

Узорак је иницијално чинило 100 испитаника са оштећењем вида, оба пола, узраста од 18 до 65 година. Половина испитаника су биле слепе, а половина слабовиде особе. Контролну групу је чинило 100 испитаника из опште популације који су уједначени са експерименталном групом према узрасту и полу. Након провере расподеле нормалности, из узорка је због екстремних резултата искључено 25 испитаника, од тога њих 8 са

оштећењем вида и 17 из опште популације. Коначан број испитаника укључених у ово истраживање био је 175.

Узорак особа са оштећењем вида је чинило 92 испитаника, оба пола, узраста од 19 до 65 година (АС=35,10, СД=10,78). У односу на степен оштећења вида, формиране су две групе: слепи (Н=46, АС=34,09, СД=12,36) и слабовиди (Н=46, АС=36,11, СД=8,95) испитаници. Контролну групу је чинило 83 испитаника из опште популације који су били уједначени са испитаницима са оштећењем вида према узрасту (АС=35,29, СД=10,56). Старосна доб свих испитаника укључених у узорак је била од 19 до 65 година (Н=175, АС=35,19, СД=10,65).

Због великог броја узрачних група, пре детаљније анализе испитаника према старости, узорак је био подељен на основу медијане и добијене су две категорије испитаника: у прву категорију су сврстани млађи одрасли испитаници стари од 19 до 34 година (Н=88), а у другу категорију су сврстани старији одрасли испитаници који су имали од 35 до 65 година (Н=87). Хи квадрат тест је показао да су групе испитаника из узорка међусобно уједначене према годинама старости ($\chi^2=1,137$, $df=2$, $p=0,566$).

Структура узорка у целини у односу на пол приказана је у Табели 1.

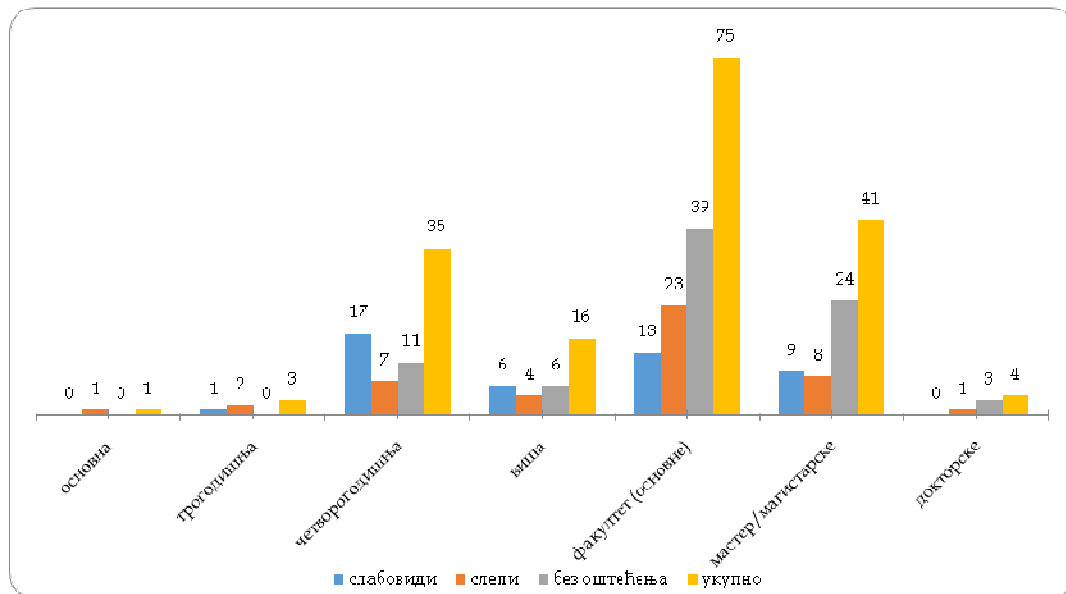
Табела 1. Структура узорка у целини у односу на пол

		Испитаници			Укупно	
		Слепи	Слабовиди	Без оштећења		
Пол	Мушки	Н	24	16	40	80
		%	30,0	20,0	50,0	100,0
	Женски	Н	22	30	43	95
		%	23,2	31,6	45,3	100,0
Укупно		Н	46	46	83	175
		%	26,3	26,3	47,4	100,0

Н - број испитаника

На основу резултата добијених применом хи квадрат теста можемо да закључимо да су особе мушког и женског пола подједнако заступљене у свим категоријама испитаника ($\chi^2=3,194$, $df=2$, $p=0,203$).

У подузорку слепих и слабовидих највише испитаника је завршило основне академске студије (N=36), 17 испитаника је завршило мастер, односно магистарске студије, а 27 испитаника има завршену средњу школу (трогодишњу и четворогодишњу). Детаљнија расподела испитаника у узорку у целини у односу на ову независну варијаблу приказана је на Графикаону 1.

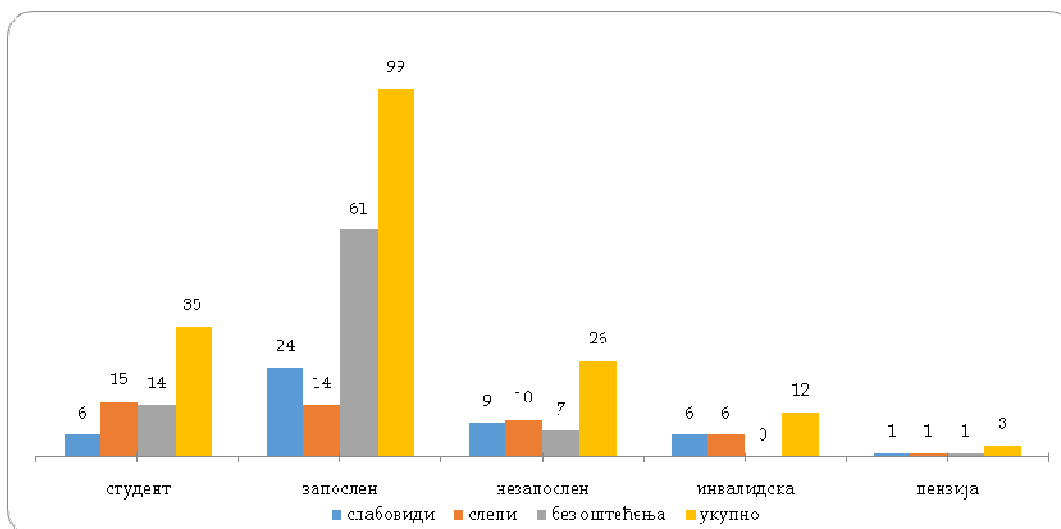


Графикон 1. Структура узорка у односу на степен образовања

У наредним анализама, испитаници различитог степена образовања сврстани су у две групе – групу високообразованих (виша школа, факултет – основне академске студије, мастер/магистарске и докторске студије; N=120) и у групу ниже образованих испитаника (ниво основне и средње школе; N=55). На узорку у целини постоји статистички значајна разлика између оштећења вида и степена образовања ($\chi^2=13,822$, $df=2$, $p=0,001$). Прецизније, слабовиди су чешће нижег образовања у поређењу са испитаницима без оштећења вида ($\chi^2=13,711$, $df=1$, $p\leq 0,000$). Фишеров егзакт тест је показао да између слепих испитаника и испитаника из опште популације нису уочене статистички значајне разлике у односу на степен

образовања ($\chi^2=1,606$, $df=1$, $p=0,282$), као ни између слепих и слабовидних испитаника ($\chi^2=4,483$, $df=1$, $p=0,056$).

Међу слепим и слабовидним испитаницима је 38 (41,3%) запослених. Остали испитаници нису у радном односу, односно студирају (22,8%), незапослени су (20,7%), у инвалидској су пензији (13%), док су само два испитаника (2,2%) пензионисана на основу испуњености старосног, односно бенефицираног услова. Структура узорка у целини у односу на радни статус приказана је на Графикону 2.



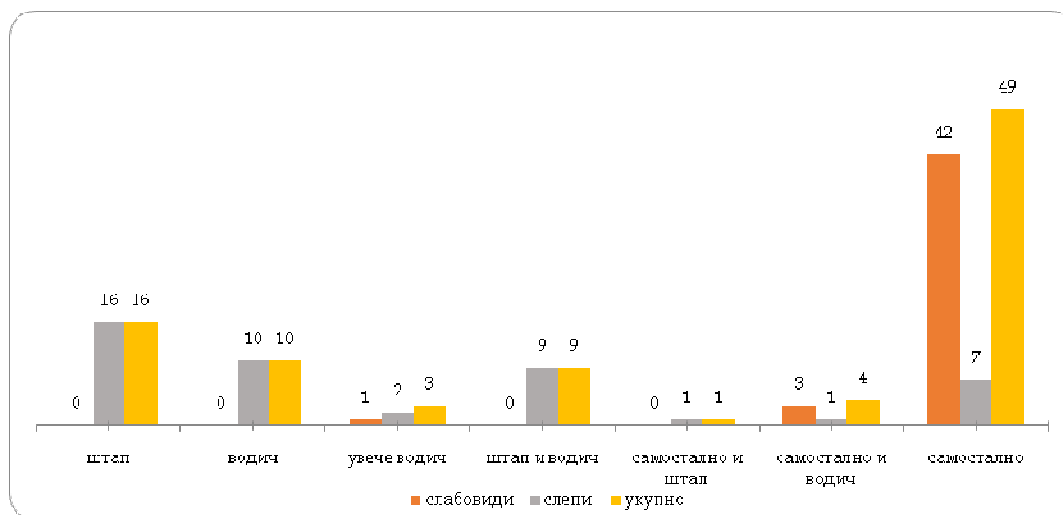
Графикон 2. Приказ структуре узорка у односу на радни статус

И у односу на радни статус испитаници из узорка сврстани су у две групе: запослени (испитаници који су у сталном радном односу; $N=99$) и незапослени (незапослени, испитаници ангажовани на повременим пословима, пензионери; $N=76$). Групе испитаника се међусобно значајно разликују према радном статусу ($\chi^2=22,827$, $df=2$, $p\leq 0,000$). Готово 3/4 испитаника без оштећења вида (73,49%) је у радном односу, односно, ова група испитаника је чешће запослена и у поређењу са слепим ($\chi^2=22,548$, $df=1$, $p\leq 0,000$) и у поређењу са слабовидним испитаницима ($\chi^2=5,986$, $df=1$, $p<0,05$). Иако су слепе особе заступљеније у категорији незапослених,

Фишеровим егзакт тестом није потврђено присуство статистички значајних разлика у односу на радни статус између слепих и слабовидих испитаника ($\chi^2=4,483$, $df=1$, $p=0,056$).

С обзиром на време настанка оштећења вида, формиране су две групе испитаника: у једној су испитаници који имају конгенитално оштећење вида ($N=51$), а у другој испитаници који су оштећење вида стекли касније у животу ($N=41$). На основу резултата добијених применом Фишеровог теста можемо да закључимо да на нивоу подузорка особа са оштећењем вида ($p=0,402$) нема статистички значајних разлика у односу на време настанка оштећења вида.

Упитником за прикупљање демографских података добијене су и информације о способности самосталног кретања особа са оштећењем вида. Резултати показују да се више од половине испитаника (53,3%) креће самостално, док остали за кретање користе бели штап, помоћ водича који види или комбинацију наведеног. Детаљнији приказ је дат на Графикону 3.



Графикон 3. Приказ способности самосталног кретања у подузорку особа са оштећењем вида

Сви испитаници са оштећењем вида су сврстани у три групе у односу на способност самосталног кретања: особе које се крећу самостално уз помоћ белог штапа (N=17), испитаници који се крећу са водичем који види (N=26) и испитаници који се крећу самостално (N=49). Да бисмо проверили да ли постоје статистички значајне разлике у способности самосталног кретања у односу на степен оштећења вида у подузорку особа са оштећењем вида, урађен је хи квадрат тест. Резултати су показали да између слепих и слабовидних испитаника постоје статистички значајне разлике у односу на способност самосталног кретања ($\chi^2=54,462$, $df=2$, $p\leq 0,000$). Слабовиди испитаници се у највећој мери (91,3%) крећу самостално и то статистички значајно више од слепих испитаника ($\chi^2=53,436$, $df=1$, $p\leq 0,000$), док су се слепи у 15,22% случајева изјаснили да могу да се крећу без помоћи и без помагала. Као што је и очекивано, слепе особе у значајно већој мери за кретање користе бели штап (36,96%; $\chi^2=20,885$, $df=1$, $p\leq 0,000$) и помоћ водича који види (47,83%; $\chi^2=17,389$, $df=1$, $p\leq 0,000$).

ВАРИЈАБЛЕ

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ

1. пол
2. узраст
3. степен образовања
4. статус запослености (радни статус)
5. степен оштећења вида
6. време настанка оштећења вида
7. способност самосталног кретања.

ЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ

1. самопоимање:

- физички селф
- морални селф
- лични селф
- породични селф
- социјални селф
- академски/професионални селф
- тотални селф
- неконзистентно одговарање
- самокритичност
- лажно позитивна слика о себи
- дистрибуција одговора
- идентитет
- понашање
- задовољство

2. квалитет живота

- материјална добробит
- здравље
- продуктивност
- односи са породицом и пријатељима
- сигурност
- осећај припадања заједници

- емоционална добробит
- важност
- задовољство
- укупан објективни квалитет живота
- укупан субјективни квалитет живота

3. животне навике

- активности свакодневног живота
 - исхрана
 - општа кондиција
 - лична хигијена/нега
 - комуникација
 - становање
 - мобилност
- социјалне улоге
 - одговорност
 - међуљудски односи
 - живот у заједници
 - образовање
 - запослење
 - рекреација.

ОПИС ИНСТРУМЕНАТА

У истраживању је за прикупљање података о независним варијаблама коришћен Демографски упитник који је конструисан за потребе овог

истраживања. За прикупљање података о зависним варијаблама коришћени су: Тенеси скала за процену самопоимања за одрасле (*The Tennessee Self-Concept Scale* – TSCS:2, second edition; Fitts & Warren, 2003); Свеобухватна скала квалитета живота за одрасле (*Comprehensive Quality of Life Scale* – ComQOL-A5, fifth edition; Cummins, 1997) и Скала животних навика – скраћена форма, за одрасле (*The Assessment of Life Habits general short form* – LIFE-H 3.1; Fougeyrollas & Noreau, 2003).

ДЕМОГРАФСКИ УПИТНИК

За прикупљање општих података о испитаницима (пол, датум рођења, степен образовања, радни статус, степен оштећења вида, узрок и време настанка оштећења вида, способност самосталног кретања), коришћен је упитник конструисан за потребе овог истраживања.

СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ САМОПОИМАЊА

За процену самопоимања коришћена је Тенеси скала за процену самопоимања (TSCS:2; Fitts & Warren, 2003), форма за одрасле. Ова скала је једна од најчешће коришћених у досадашњим истраживањима. Састоји се од 82 позитивно и негативно формулисане изјаве којима особа себе описује и које одсликавају начин на који појединац себе посматра. Испитаници треба да оцене сваку изјаву на петостепеној скали Ликертовог типа на којој се одговори крећу од увек нетачно (1) до увек тачно (5). Резултати су изражени у облику Т-скорова које смо рачунали на основу постигнућа испитаника из нашег узорка. Изражавање скорова у облику Т-скорова значи да је очекиван просечан резултат, резултат који остварује већина испитаника, између 40Т и 60Т. Вредности испод 40Т се воде као ниско (или негативно) самопоимање, а испод 30Т као веома ниско самопоимање. Са друге стране, скорови између 60Т и 70Т на Тенеси скали за процену самопоимања означавају високо (или позитивно) самопоимање. Аутори (Fitts & Warren, 2003, стр. 21) кажу да овај резултат

указује на прилично снажну особу и да га остварују појединци чије је самопоуздање конзистентно и флексибилно. Додатно, скорови изнад 70T су означени као екстремно високи и они захтевају додатну проверу (Fitts & Warren, 2003, стр. 21). Исте вредности се примењују и на скорове валидности и на додатне скорове.

У оквиру Скале постоје четири сора валидности који служе за идентификацију неубичајених форми одговора (нпр. дефанзивних, социјално пожељних и сл.). Уколико су скорови валидности необично високи или ниски, потребно их је додатно испитати (Fitts & Warren, 2003, стр. 15). Скорови валидности су:

- Неконзистентно одговарање – скор који служи да укаже на постојање (необично) велике разлике у паровима ајтема са сличним садржајем (нпр. „Привлачна сам особа“ и „Изгледам добро баш овакав какав сам“) (Fitts & Warren, 2003, стр. 15).
- Самокритичност – ајтеми који дају овај скор валидности су благо потцењујуће изјаве, попут: „Понекад пожелим да опсујем“, „Понекад се наљутим“ и слично; то су уобичајене слабости које ће, уколико искрено одговарају, већина људи признати. Ако је резултат 40T или нижи, може се десити да протокол није валидан, односно, сматра се да особе које остварују ниске резултате на овом скору покушавају себе да прикажу у бољем светлу него што је то заиста случај. Аутори наводе и да низак скор на самокритичности може да значи да су остали скорови на Скали вештачки високи услед присутног одбрамбеног става (Fitts & Warren, 2003, стр. 15).
- Лажно позитивна слика о себи – скор који је индикатор тенденције испитаника да дају социјално пожељне одговоре, што за последицу има неутемељено позитивно самопоимање. Укључује потпуно прихватање изјава попут: „Имам здраво тело“ или потпуно негирање

изјава као што је: „Мислим да сам неуредна особа“. Потребно је обратити пажњу ако је скор на давању социјално пожељних одговора 70Т или виши, нарочито ако је комбинован са ниским резултатом на самокритичности (Fitts & Warren, 2003, стр. 16).

- Дистрибуција одговора – ово је скор који се рачуна тако што се изброје екстремне вредности одговора (1 и 5) које је испитаник дао. Висок скор (више од 60Т) указује на то да је испитаник веома искључив када себе описује. Са друге стране, низак скор ($\leq 40Т$) говори супротно, чест је код особа које су дефанзивне, неодлучне, које избегавају да конкретно одговоре на питање, већ најчешће одговарају са „делимично нетачно, делимично тачно“. Екстремно висок скор (више од 70Т) може да укаже на стереотипне или поларизоване одговоре (у највећем броју случајева су одговарали са „потпуно нетачно“ или „потпуно тачно“) (Fitts & Warren, 2003, стр. 20).

Даље, TSCS:2 се састоји од шест подскала које представљају различите домене самопоимања:

- Физички селф – састоји се од 14 ајтема, од којих је седам позитивно формулисано (нпр. „Привлачна сам особа.“), а седам их је негативно формулисано (нпр. „Болесна сам особа.“). Представља став који појединац има о свом телу, стању здравља, физичком изгледу, вештинама и сексуалности (Fitts & Warren, 2003, стр. 23). Сирови скорови се добијају сабирањем вредности одговора на дате изјаве. Виши скорови значе боље физичко самопоимање, док нижи скорови указују на незадовољство телом.
- Морални селф – састоји се од укупно 12 ајтема. Шест ајтема је формулисано позитивно (нпр. „Искрена сам особа.“), а шест их је формулисано негативно (нпр. „Не би требало толико да лажем.“).

Описује самопоимање испитујући моралне вредности, осећај појединца да је добра или лоша особа, као и (не)задовољство религијом (Fitts & Warren, 2003, стр. 23). Сирови скорови се рачунају тако што се саберу вредности одговора за сваки дати ајтем. Виши скорови значе боље морално самопоимање, док нижи скорови указују на незадовољство овим доменом селфа.

- Лични селф – односи се на самовредновање појединца, на самопроцену црта личности, одвојено од односа са другим људима и од тела (Fitts & Warren, 2003, стр. 23). И ова подскала се састоји од укупно 12 ајтема, шест је формулисано позитивно (нпр. „Задовољан сам оним што јесам.“), а шест негативно (нпр. „Ја сам нико и ништа.“). Сирови скорови се рачунају тако што се саберу вредности одговора за сваки дати ајтем. Виши скорови значе боље лично самопоимање, док нижи скорови указују на незадовољство овим доменом селфа.
- Породични селф – селф у односу на примарну социјалну групу, одсликава осећања појединца о његовој адекватности и вредности као члана породице (Fitts & Warren, 2003, стр. 23). Састоји се од укупно 12 ајтема, међу којима је шест позитивно (нпр. „Моја породица ће ми увек помоћи.“), а шест негативно (нпр. „Осећам да ми моја породица не верује.“) формулисано. Сирови скорови се рачунају тако што се саберу вредности одговора за сваки ајтем. Нижи скорови указују на незадовољство овим доменом селфа, док виши скорови значе да испитаник има више породично самопоимање.
- Социјални селф – селф у односу на секундарне социјалне групе. Указује на то како појединац себе вреднује у смислу адекватности и важности у интеракцијама са другим људима који нису чланови његове породице (Fitts & Warren, 2003, стр. 24). Чини га 12 ајтема који су формулисани позитивно (нпр. „Добро се слажем са другим људима.“) и негативно (нпр. „Тешко ми је да разговарам са

непознатим људима.“). Сирови скорови се добијају сабирањем вредности одговора на дате изјаве. Виши скорови значе боље социјално самопоимање, док нижи скорови указују на незадовољство овим доменом селфа.

- Академски/професионални селф – и ова подскала се састоји од укупно 12 ајтема. Шест ајтема је позитивно (нпр. „Лако учим нове ствари.“), а шест негативно („Не уmem добро да читам.“) формулисано. Овом подскалом се испитује начин на који појединац себе перципира у школском и у радном окружењу и како верује да га друге особе из тог окружења виде (Fitts & Warren, 2003, стр. 24). Сирови скорови се добијају сабирањем вредности одговора на дате изјаве. Виши скорови значе боље академско самопоимање, док нижи скорови указују на незадовољство овим доменом селфа.

Сви наведени домени, осим академског, се процењују у контексту идентитета (веровања о стварном селфу), задовољства (степен самоприхватања) и понашања (акције и одговори). Идентитет, задовољство и понашање представљају додатне скорове које је могуће израчунати и односе се на следеће:

- Идентитет – ајтеми који чине овај скор имају за циљ да одговоре на питање „Ко сам ја?“. Прецизније, то су позитивно („Весела сам особа.“) и негативно („Лоша сам особа.“) формулисани ајтеми којима појединац описује себе, свој идентитет (Fitts & Warren, 2003, стр. 25).
- Задовољство – овај додатни скор се такође добија сабирањем силових скорова позитивно („Изгледам добро баш овакав какав сам.“) и негативно („Требало би да више волим породицу.“) формулисаних ајтема; описује колики је степен самоприхватања особе (Fitts & Warren, 2003, стр. 26).

- Понашање – односи се на оно што особа ради или на који начин нешто ради; такође га чине позитивно („Трудим се да водим рачуна о свом изгледу.“) и негативно („Свађам се са члановима породице.“) формулисани ајтеми којима се мери како појединац функционише или на који начин опажа своје понашање (Fitts & Warren, 2003, стр. 26).

Као што је већ наведено, Скала се састоји од позитивно и негативно формулисаних ајтема. Негативно формулисаних ајтема има 37 и њих је потребно рекодирати.

Најважнији скор у TSCS:2 јесте укупни скор који аутори сматрају најважнијим када се одређује ниво самопоимања појединца. Он се рачуна тако што се саберу скорови добијени на шест подскала (Fitts & Warren, 2003, стр. 21). Високи скорови указују на позитивно самопоимање, односно, особа са таквим самопоимањем себе описује и доживљава као компетентну, има јасну слику о себи. Са друге стране, уколико је скор на TSCS:2 низак, то значи да појединац сумња у себе, односно има промењиву слику о себи (Datta, 2013). Аутори TSCS:2 наглашавају да не треба одмах изводити закључак да испитаник себе не воли, већ је опрезан када себе описује (Fitts & Warren, 2003, стр. 22).

Гиш (Gish, 2002) наводи да су између скорова на подскалама и између укупног позитивног скорa нађене интеркорелације од 0,75 до 0,90, а провером поузданости добијене су вредности од 0,85 до 0,92, што указује на одличан ниво поузданости. И Мартинес и Севел (Martinez & Sewell, 1996) наводе високу поузданост овог теста: поузданост укупног позитивног скорa је 0,92, а поузданост подскала се креће између 0,80 и 0,91. Аутори Скале Фитс и Ворен (Fitts & Warren, 2003, стр. 59) наводе вредности Кронбахове алфе за два нормативна узорка који износе 0,93 и 0,95.

Резултати нашег истраживања показују да Кронбахов алфа коефицијент за Скалу у целини износи 0,78.

У Табели 2 дате су вредности Кронбахове алфе за шест подскала овог инструмента.

Табела 2. Показатељ поузданости подскала Тенеси скале за процену самопоимања

Подскала	Н	α
ФИЗ	14	0,78
МОР	11	0,71
ПЕР	12	0,74
ФАМ	12	0,74
СОЦ	12	0,79
АК	12	0,76
Ук С-К	6	0,78

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; Ук С-К – укупан скор на TSCS:2 скали; Н – број ајтема у подскали; α – Кронбахова алфа

Вредност Кронбахове алфе за подскалу Морални селф била је 0,65, због чега је проверавана вредност Кронбахове алфе за њене појединачне ајтеме, након чега је из даље анализе искључен ајтем који је додатно снижавао поузданост ове подскале (tscs_60: „Водим се својим религијским уверењима у свакодневним активностима.“).

Табела 3. Интеркорелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања

	ФИЗ	МОР	ПЕР	ФАМ	СОЦ	АК
ФИЗ		0,447**	0,491**	0,417**	0,446**	0,270**
МОР			0,605**	0,298**	0,535**	0,413**
ПЕР				0,447**	0,617**	0,421**
ФАМ					0,331**	0,092
СОЦ						0,309**

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф;

** – корелација је значајна на нивоу 0,01

У Табели 3 су приказане корелације између шест подскала Тенеси скале за процену самопоимања. Корелације се крећу од 0,270 до 0,617 и све су значајне на нивоу 0,01. Уочавамо да највише корелирају Лични и Социјални селф и Лични и Морални селф, а најмање Физички и Академски селф.

СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

С обзиром на то да су контролну групу у нашем истраживању чинили испитаници из опште популације, није било могуће користити неки од доступних и познатих инструмената који процењују квалитет живота у односу на присутно оштећење вида (VFQ-25, AQoL, EQ-5D). Због тога смо одлучили да у нашем истраживању користимо генерички инструмент који мери квалитет живота уопште. Скала коју смо одабрали мери и објективни и субјективни квалитет живота, односно, мери чињенично стање, као и степен задовољства животом испитаника.

За процену квалитета живота коришћена је Свеобухватна скала квалитета живота, форма за одрасле (*Comprehensive Quality of Life Scale – ComQOL-A5, fifth edition; Cummins, 1997*). Ова скала дефинише квалитет живота помоћу седам домена који заједно чине компоненте квалитета живота. Тих седам домена су: материјално благостање, здравље, продуктивност, односи са породицом и пријатељима, сигурност, осећај припадања заједници, емоционално благостање. Скала има два дела и користи објективне и субјективне мере. Објективне мере процењују тренутно, чињенично стање, док се у оквиру субјективног дела сваки домен посебно процењује, у зависности од тога колико је важан испитанику и у зависности од тога колико је испитаник њиме задовољан. Одговори у субјективном делу скале представљени су на петостепеној скали (од „Најважније“ до „Неважно“ за важност) и на седмостепеној скали Ликертовог типа (од „Презадовољан“ до „Изузетно незадовољан“ за задовољство). Могући распон поена је од 0 до 100. Према обрасцима које је дао аутор добијене вредности се кодирају у скорове за објективни и субјективни квалитет живота и дају проценат максималне вредности скале. Збир вредности из првог дела означава скор за објективни квалитет живота, док збир скорова из другог дела, који мери важност и задовољство сваким од домена, представља субјективни квалитет живота.

Мерење сваког домена објективног квалитета живота постиже се добијањем укупног скорa, који је заснован на мерењу три објективна индекса релевантна за дати домен. Нпр. „материјално благостање“ се мери као укупан скор прихода, типа становања и личне имовине.

Мерење сваког субјективног домена квалитета живота постиже се добијањем скорa задовољства за тај домен и перципиране важности конкретног домена за појединца.

Како наводи Каминс (Cummins, 1997), скала има добру интерну конзистентност са вредностима Кронбахове алфе од 0,84. Скала за процену квалитета живота коришћена је и у Србији, али не у целини, већ је примењен само део који мери субјективни квалитет живота и аутори Аранђеловић, Илић и Јовић (2010) су за тај део скале добили вредност Кронбахове алфе од 0,83, што говори о високој поузданости ове скале. Такође, у нашој земљи је коришћена и Скала за процену квалитета живота, форма за особе са интелектуалном ометеношћу (Тамаш, 2015). Вредности Кронбаховог алфа коефицијента за ту форму инструмента износиле су 0,818 за Важност и 0,793 за Задовољство.

Кронбахов алфа коефицијент за део Скале који мери субјективни квалитет живота у нашем истраживању износи 0,76 док за објективни део Скале Кронбахова алфа није рачуната због тога што се ради о адитивним вредностима које не морају бити у корелацији.

Табела 4. *Ајтем корелације субјективног дела Скале за процену квалитета живота*

Подскала	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З
МБ		0,190*	0,226**	0,231**	-0,087	-0,062	0,051	-0,044	0,087
ЗДР			0,202**	0,061	-0,049	-0,138	-0,104	-0,012	-0,015
ПРОД				0,029	-0,001	0,179*	-0,119	-0,140	0,117
ИНТ					0,158*	0,063	0,236**	0,121	0,268**
СИГ						0,331**	0,175*	0,153*	0,405**
ЕБ							0,137	-0,079	0,326**
МуЗ								0,058	0,240**
В									0,347**

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; МуЗ - осећај припадања заједници; ЕБ - емоционално благостање; В - важност; З - задовољство

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

У Табели 4 су приказане корелације између подскеала Свеобухватне скале за процену квалитета живота. На основу приказаних корелација јасно је да подскеале које мере објективни квалитет живота нису значајно повезане једне са другима, што је још једна потврда адитивне природе овог дела инструмента. С друге стране, корелације између два домена субјективног квалитета живота су на вишем нивоу.

СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ ЖИВОТНИХ НАВИКА

Инструмент који бележи начин на који људи реализују свакодневне активности и социјалне улоге које се једним именом називају животне навике зове се Скала за процену животних навика (*The Assessment of Life Habits* - LIFE-H; Fougeyrollas et al., 1998). Развијен је из концептуалног модела Ситуације настајања хендикепа (*Disability Creation Process*) у ком се социјална партиципација појединца посматра као резултат интеракције између његових индивидуалних карактеристика које су повезане са способностима и органским системима (интринзички фактори) и различитих срединских чинилаца који се јављају током живота (екстринзички фактори). Може се користити у различитим дијагностичким групама.

Постоје две верзије ове скале у виду упитника - краћа и дужа форма, а у овом раду је коришћена кратка форма (*Assessment of life habits general short form* - LIFE-H 3.1, Fougeyrollas & Noreau, 2003) за општи скрининг појаве ситуације хендикепа која се састоји од 69 ајтема.

Обе верзије Скале за процену животних навика обухватају 12 категорија животних навика које су подељене на активности свакодневног живота и на социјалне улоге. У активности свакодневног живота спадају: исхрана, општа кондиција, лична хигијена, комуникација, становање,

мобилност, а социјалне улоге су: одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење, рекреација.

Процена је заснована на два концепта: ниво тешкоће када се реализује животна навика (без тешкоћа, са тешкоћама, уз помоћ заступника, не остварује се, непримењиво) и тип помоћи која је особи потребна (асистивна технологија, адаптација и/или помоћ друге особе). Практично, особа (или процењивач са стране који добро познаје испитаника) одговара на сваки ајтем из упитника тако што обележава степен тежине и тип потребне асистенције. Ако специфичну животну навику особа не реализује јер је донела такву одлуку или уколико се у датој средини таква активност не реализује, онда је потребно одговорити „није примењиво“, јер се ситуација хендикепа не може процењивати ако се животна навика не реализује добровољно. Аутори скале (Fougeyrollas & Noreau, 2003, стр. 22) су дали шему могућих комбинација одговора на основу које се врши бодовање сваког ајтема (Табела 5).

Табела 5. *Постигнућа на Скали животних навика*

Резултат	Ниво тежине	Тип подршке
9	Без тешкоћа	Без помоћи
8	Без тешкоћа	Технолошка помоћ (или прилагођавање)
7	Са тешкоћама	Без помоћи
6	Са тешкоћама	Технолошка помоћ (или прилагођавање)
5	Без тешкоћа	Помоћ људи
4	Без тешкоћа	Технолошка помоћ (или прилагођавање) и помоћ људи
3	Са тешкоћама	Помоћ људи
2	Са тешкоћама	Технолошка помоћ (или прилагођавање) и помоћ људи
1	Уз помоћ заступника	
0	Не остварује се	
Н	Непримењиво	

Такође, аутори су дали и формулу на основу које се добијене вредности (сирови скорови) кодирају и дају резултате реализације животних навика, односно омогућавају рачунање нивоа постигнућа сваког испитаника (Fougeyrollas & Noreau, 2003, стр. 22).

Овај упитник се фокусира на партиципацију, док узрок обољења не сматра важним (Lemmens et al., 2007). Због тога је често коришћен у

радовима који се баве проценом квалитета социјалне партиципације особа са ометеношћу.

За проверу поузданости кратке форме теста Нореу и сарадници (према Noreau et al., 2002) су рачунали Кронбахов алфа коефицијент који је износио 0,82, што указује на висок ниво поузданости.

У нашем истраживању Кронбахов алфа коефицијент за Скалу животних навика у целини износи 0,74 (провера поузданости Скале је рађена само у подзоруку особа са оштећењем вида).

У Табели 6 су приказане вредности Кронбаховог алфа коефицијента за девет од 12 подскала Скале животних навика. С обзиром на то да је провера поузданости рађена само у узорку особа са оштећењем вида, у подскалама Образовање, Запослење и Рекреација приметан је био велики број недостајућих вредности због чега су оне искључене из анализе.

Табела 6. Показатељ поузданости подскала Скале за процену животних навика

Подскала	Н	α
Исх	4	0,70
ОК	4	0,81
ЛХ	8	0,95
К	8	0,79
Ст	8	0,95
М	5	0,80
Одг	8	0,80
МО	5	0,78
ЖуЗ	8	0,89
ЖНук	12	0,74

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; ЖНук - укупан скор на Скали животних навика; Н - број ајтема у подскали; α - Кронбахова алфа

Табела 7. Корелације између подскала Скале за процену животних навика (испитаници са оштећењем вида)

	Исх	Ок	ЛХ	К	Ст	М	Одг	МО	ЖуЗ	О	Зап	Рек
Исх	0,189	0,541**	0,014	0,429**	0,488**	0,447**	0,375**	0,533**	-0,002	0,188	0,168	
ОК		0,159	0,326**	0,188	0,152	-0,027	0,193	0,326**	0,181	0,126	0,433**	
ЛХ			0,101	0,394**	0,607**	0,494**	0,372**	0,587**	-0,139	0,345**	0,099	
К				0,187	0,189	-0,059	0,048	0,213*	0,195	0,198	0,297**	
Ст					0,523**	0,346**	0,198	0,466**	-0,005	0,208*	0,334**	
М						0,415**	0,278**	0,671**	0,051	0,276**	0,404**	
Одг							0,363**	0,419**	-0,306**	0,396**	0,234*	
Мо								0,346**	0,004	0,254*	0,170	
ЖуЗ									0,093	0,301**	0,395**	
О										-0,169	0,130	
Зап											0,370**	

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

У Табели 7 су приказане корелације између 12 подскала Скале за процену животних навика. Примећујемо да подскала образовање није повезана са осталима. Претпоставка је да је то последица великог броја недостајућих вредности, јер су корелације осталих домена животних навика задовољавајуће.

СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Први корак у статистичкој обради резултата је подразумевао утврђивање показатеља нормалности расподеле и нормалности дистрибуције резултата добијених применом инструмената истраживања. Ово је урађено применом Колмогоров-Смирнов теста.

У Табели 8 је дат приказ показатеља закривљеност расподеле и нормалност дистрибуције резултата на скали у целини и на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања.

Табела 8. Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања и на скали у целини

	Подскала	K-S	df	p	Скјунис	Куртозис	АС	СД
Подскале	ФИЗ	0,073	175	0,022	-0,403	-0,441	58,26	6,18
	МОР	0,095	175	0,001	-0,474	-0,348	49,39	3,79
	ПЕР	0,098	175	0,000	-0,231	-0,665	53,72	3,79
	ФАМ	0,115	175	0,000	-0,545	-0,311	52,70	4,53
	СОЦ	0,083	175	0,005	-0,507	-0,152	53,57	4,47
	АК	0,072	175	0,028	-0,243	-0,488	49,57	5,62
	Ук С-К	0,050	175	0,200	-0,309	-0,548	317,23	20,05
С.В.	НО	1,655	175	0,008	0,817	1,707	6,02	3,026
	С.	0,754	175	0,620	-0,077	-0,338	25,37	4,736
	ГД	1,626	175	0,010	-0,109	-0,263	14,48	2,775
	ДО	1,069	175	0,203	-0,236	-0,894	48,03	15,360
Д.С.	Иден	1,462	175	0,028	-0,601	-0,206	97,10	5,078
	Зад	1,061	175	0,211	-0,233	-0,650	89,45	7,657
	Пон	0,820	175	0,511	-0,412	0,087	81,12	6,683

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; Ук С-К – укупан скор на TSCS:2 скали; С.В. – скорови валидности; Н.О. – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ГД – глумљење доброг; ДО – дистрибуција одговора; Д.С. – додатни скорови; Иден – идентитет; Зад – задовољство; Пон – понашање; K-S – Колмогоров-Смирнов коефицијент; df – степени слободе; p – значајност; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација

Из Табеле 8 се може видети да на већини скорова Тенеси скале за процену самопоимања није забележена нормалност дистрибуције резултата. Нормална дистрибуција уочена је на укупном скору (укупно самопоимање), на скоровима валидности који се односе на Самокритичност и на Дистрибуцију одговора, као и на додатним скоровима (Задовољство и Понашање). Додатно, негативне вредности скјуниса у Табели 8 показују да је већина резултата померена у десно од средње вредности, односно, налази се међу већим вредностима, док негативан куртозис значи да је дистрибуција резултата платикуртична – за њу је карактеристичан спљоштен врх криве дистрибуције. Оваква дистрибуција указује на повећану дисперзију резултата, тј. на смањену хомогеност дистрибуције.

У Табели 9 је дат приказ показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуције за скалу и подскеале Свеобухватне скале квалитета живота.

Табела 9. Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на Свеобухватној скали квалитета живота

Подскала	К-S	df	р	Скјунис	Куртозис	АС	СД
МБ	0,159	175	0,000	-0,052	0,477	64,86	11,848
ЗДР	0,154	175	0,000	-0,179	-1,001	80,19	15,203
ПРОД	0,091	175	0,001	-0,089	-0,598	59,79	14,580
ИНТ	0,189	175	0,000	-0,845	0,713	76,48	17,616
СИГ	0,208	175	0,000	-0,798	1,660	81,86	11,572
МуЗ	0,122	175	0,000	0,991	0,718	12,87	4,818
ЕБ	0,140	175	0,000	0,094	0,174	65,00	16,571
УкОКЖ	0,063	175	0,086	-0,414	-0,217	68,91	6,751
В	0,115	175	0,000	0,123	-0,371	76,24	8,112
З	0,124	175	0,000	-0,178	-0,103	79,14	8,342
УкСКЖ	0,063	175	0,087	-0,074	0,268	76,786	6,858

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; МуЗ - осећај припадања заједници; ЕБ - емоционално благостање; УкОКЖ - укупан објективни квалитет живота; В - важност; З - задовољство; УкСКЖ - укупан субјективни квалитет живота; К-S - Колмогоров-Смирнов коефицијент; df - степени слободе; р - значајност; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација

Нормалност дистрибуције постоји на укупним објективним и субјективним скоровима на скали за процену квалитета живота, док на појединачним подскалама дистрибуција одступа од нормалности, што је уочљиво из Табеле 9. И на овој Скали су присутне негативне вредности скјуниса, односно, вредности на Скали су више, померене су у десно.

У Табели 10 је дат приказ показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуције за подскеале Скале за процену животних навика (приказани су резултати само за испитанике са оштећењем вида).

Табела 10. Приказ закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на подскалама Скале за процену животних навика

Подскала	K-S	df	p	Скјунис	Куртозис	АС	СД
Исх	2,35	92	0,000	-1,37	0,88	29,96	8,31
ОК	2,23	92	0,000	0,37	-1,05	25,14	6,54
ЛХ	1,38	92	0,045	0,01	-0,81	60,50	7,65
К	2,43	92	0,000	-1,31	1,04	64,24	6,91
Ст	2,91	92	0,000	0,34	0,71	55,48	7,79
М	1,46	92	0,029	-0,15	-0,79	25,52	8,51
Одг	1,51	92	0,021	0,06	-0,27	51,09	11,08
МО	2,03	92	0,001	-0,91	2,32	48,13	11,12
ЖуЗ	0,97	92	0,302	-0,83	1,38	50,26	14,05
О	3,86	92	0,000	0,63	-1,61	3,13	4,20
Зап	1,41	92	0,037	-0,93	1,18	44,14	12,304
Рек	1,27	92	0,079	-0,18	-0,54	28,14	12,15
ЖН	0,72	92	0,676	-0,61	0,08	485,73	65,92

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; ЖН - укупан скор на LIFE-N скали; K-S - Колмогоров-Смирнов коефицијент; df - степени слободе; p - значајност; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација

Негативне вредности скјуниса у Табели 10 показују да је већина резултата померена у десно од средње вредности, односно, налази се међу већим вредностима. Нормална расподела скорова забележена је за резултат на Скали за процену животних навика у целини, као и на подскалама Живот у заједници и Рекреација за које Колмогоров-Смирнов тест није био значајан. Подскале Лична хигијена, Запослење, Мобилност и Одговорност су значајне на нивоу 0,01.

Испитивање нормалности расподеле за тестове коришћене у овом истраживању упутило нас је на избор параметријских и непараметријских статистичких техника за обраду података. За опис параметара од значаја коришћене су аритметичке средине, проценти, медијане, стандардне девијације и стандардне грешке мерења. У даљој обради података коришћени су хи квадрат тест, Ман Витнијев U тест, једнофакторска и двофакторска анализа варијансе, Шефеов накнадни тест и Крускал-Волисов тест. Приликом испитивања веза између променљивих коришћене су Спирманове корелације.

Анализа и статистичка обрада података извршене су помоћу пакета намењеног статистичкој обради података за друштвене науке (SPSS for Windows, version 19.0). Добијени резултати су приказани табеларно и графички.

IV. РЕЗУЛТАТИ

Резултати су груписани на начин који омогућава прегледан приказ истраживачких података у контексту примене сваког појединачног инструмента.

ПРОЦЕНА САМОПОИМАЊА

У Табели 11 приказана су постигнућа испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини.

Табела 11. *Постигнућа испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини*

Скала	Испитаници	Сирови скорови			Т скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Слепи	316,96	20,54	3,03	49,86	10,24	1,51
	Слабовиди	323,33	17,38	2,56	53,04	8,67	1,28
	Без оштећења	314,01	20,60	2,62	48,39	10,28	1,13

Ук С-К - укупан скор на TSCS:2 скали; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Из Табеле 11 можемо уочити да су испитаници без оштећења вида на Скали у целини остварили најниже резултате, док највише резултате остварују слабовиди испитаници. С обзиром на то да је аритметичка средина Т-скорова 50, а стандардна девијација 10, постигнути резултати све три групе испитаника се налазе у границама просека.

Једнофакторском анализом варијансе су испитане разлике између особа са оштећењем вида и особа из опште популације на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања. Добијени резултати ($F=3,283$, $df=2$, $p=0,040$) показују да између испитиваних група постоје статистички значајне разлике. Накнадним Шефеовим тестом је утврђено да статистички значајне разлике постоје између слабовидних испитаника и испитаника без оштећења вида ($p=0,040$). На основу података приказаних у Табели 11 може се уочити да слабовиди испитаници остварују највише скорове на овој скали, што указује на виши степен самопоимања. Између две категорије испитаника са оштећењем вида (слепих и слабовидних) и

између особа из опште популације и слепих испитаника нема статистички значајних разлика у укупном резултату на Тенеси скали за процену самопоимања.

Даље смо рачунали постигнућа испитаника на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања, а резултати су представљени у Табели 12.

Табела 12. *Постигнућа испитаника на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања*

Подскала	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг (К-В)
ТФИЗ	Слепи	58,85	5,44	0,80	92,27
	слабовиди	59,22	6,22	0,92	95,80
	без оштећења	57,41	6,50	0,71	81,31
ТМОП	слепа	48,87	3,56	0,53	80,27
	слабовиди	50,80	3,56	0,52	106,72
	без оштећења	48,90	3,88	0,43	81,91
ТПЕР	слепа	53,85	4,38	0,65	90,80
	слабовиди	54,67	3,18	0,47	100,97
	без оштећења	53,16	3,69	0,41	79,26
ТФАМ	слепа	52,72	4,86	0,72	90,25
	слабовиди	52,78	5,04	0,74	90,48
	без оштећења	52,65	4,08	0,45	85,38
ТСОЦ	слепа	54,48	4,03	0,59	98,04
	слабовиди	55,76	3,51	0,52	113,71
	без оштећења	51,84	4,53	0,50	68,19
ТАК	слепа	48,20	6,22	0,92	77,00
	слабовиди	50,09	5,17	0,76	93,11
	без оштећења	50,05	5,45	0,60	91,27

ТФИЗ – физички селф; ТМОП – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења; ранг (К-В) – Крускал-Волисов ранг медијане

Из Табеле 12 је могуће уочити да на свим подскалама најбоље резултате постижу слабовиде особе, док особе из опште популације имају најниже резултате на четири од шест домена када говоримо о процени самопоимања. Испитаници без оштећења вида показују нешто боље резултате у односу на слепа испитаника на подскалама Морални селф и Академски селф, али те разлике нису статистички значајне.

У Табели 13 су приказане вредности Крускал-Волисовог теста добијене приликом тестирања разлика на појединим доменима самопоимања између три групе испитаника.

Табела 13. Разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за процену самопоимања

Подскала	χ^2	df	p
ТФИЗ	2,875	2	0,237
ТМОР	8,615	2	0,013
ТПЕР	5,664	2	0,059
ТФАМ	0,425	2	0,809
ТСОЦ	26,501	2	0,000
ТАК	2,992	2	0,224

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; χ^2 - хи квадрат; df - степен слободe; p - значајност

Статистички значајне разлике међу испитаницима постоје на доменима Морални селф и Социјални селф. Највише скорове на тим доменима самопоимања имају слабовиде особе, а најниже резултате на домену Морални селф постижу слепи испитаници, док на подскали Социјални селф најниже скорове имају особе из опште популације, што је већ приказано у Табели 12.

Следећи корак је био утврдити између којих група испитаника из узорка постоје статистички значајне разлике на доменима Морални и Социјални селф. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 14.

Табела 14. Разлике између три групе испитаника на појединим доменима самопоимања

Подскала	Подузорак	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
ТМОР	слабовиди-слепи	731,50	1812,50	-2,563	0,010
	слабовиди-без оштећења	1374,500	4860,500	-2,638	0,008
	слепи-без оштећења	1880,000	2961,000	-0,143	0,886
ТСОЦ	слабовиди-слепи	853,00	1934,50	-1,610	0,107
	слабовиди-без оштећења	931,500	4417,500	-4,820	0,000
	слепи-без оштећења	1242,000	4728,000	-3,289	0,001

ТМОР - морални селф; ТСОЦ - социјални селф; Z - Z скор; p - значајност

На основу Ман Витнијевог U теста утврђено је да статистички значајне разлике на подскали која се тиче моралних вредности постоје између слабовидих и слепих испитаника, као и између слабовидих испитаника и испитаника без оштећења вида. Између слепих испитаника и испитаника без оштећења вида на овој подскали нема статистички значајних разлика. У домену селфа у односу на примарну социјалну групу нема статистички значајних разлика између слепих и слабовидих испитаника, док су те разлике присутне када се особе са оштећењем вида, независно од степена оштећења, пореде са особама без оштећења вида (Табела 14).

С обзиром на то да Тенеси скала за процену самопоимања омогућава рачунање скорова валидности (они пружају могућност детекције неуобичајених форми одговора) и додатних скорова (дају детаљнији увид у самопоимање у контексту идентитета, задовољства и понашања), у Табелама 15 и 17 приказали смо вредности ових скорова за цео узорак, као и присутне разлике. У Табели 15 су, применом анализе варијансе, приказана постигнућа и разлике између група испитаника различитог видног статуса за скорове код којих је утврђена нормалност расподеле (скорови Самокритичност, Дистрибуција одговора, Задовољство и Понашање), док су у Табели 17, применом непараметријских метода (тачније, Крускал-Волисовог теста), због одступања од нормалности расподеле, приказана постигнућа и разлике међу групама на варијаблама Неконзистентно одговарање, Глумљење доброг и Идентитет.

Табела 15. *Постигнућа и разлике на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и додатним скоровима Задовољство и Понашање за цео узорак*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(2)	p
ТС	Слабовиди	53,08	8,929	1,316	3,767	0,025
	Слепи	50,28	11,028	1,626		
	Без оштећења	48,13	9,633	1,057		
ТДО	Слабовиди	54,63	7,964	1,174	10,700	0,000
	Слепи	51,21	9,125	1,345		
	Без оштећења	46,76	10,403	1,142		
ТЗад	Слабовиди	51,01	8,392	1,237	3,674	0,027
	Слепи	52,65	10,312	1,520		
	Без оштећења	47,97	10,320	1,133		
ТПон	Слабовиди	51,22	8,880	1,309	4,157	0,017
	Слепи	52,72	9,918	1,462		
	Без оштећења	47,82	10,254	1,126		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Из Табеле 15 се може видети да на свим скоровима постоје статистички значајне разлике. Следеће што нас је интересовало било је између којих група испитаника су присутне статистички значајне разлике. Резултати анализе приказани су у Табели 16.

Табела 16. *Разлике између испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на видни статус*

Скор	Испитаници	Испитаници	Разлика АС	СГ	p
ТС	Слабовиди	Слепи	2,800	2,053	0,396
		Без оштећења	4,950*	1,810	0,026
	Слепи	Слабовиди	-2,800	2,053	0,396
		Без оштећења	2,150	1,810	0,495
ТДО	Слабовиди	Слепи	3,425	1,978	0,226
		Без оштећења	7,872*	1,744	0,000
	Слепи	Слабовиди	-3,425	1,978	0,226
		Без оштећења	4,447*	1,744	0,041
ТЗад	Слабовиди	Слепи	-1,647	2,054	0,726
		Без оштећења	3,038	1,811	0,248
	Слепи	Слабовиди	1,647	2,054	0,726
		Без оштећења	4,684*	1,811	0,037
ТПон	Слабовиди	Слепи	-1,496	2,048	0,766
		Без оштећења	3,400	1,806	0,173
	Слепи	Слабовиди	1,496	2,048	0,766
		Без оштећења	4,896*	1,806	0,027

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; разлика АС - разлика аритметичких средина; СГ - стандардна грешка мерења; р - значајност

Утврђено је да слабовиде особе показују највиши капацитет за самокритичност, који је значајно различит једино у односу на особе без оштећења вида ($p < 0,05$). На варијабли Дистрибуција одговора статистички значајне разлике су уочене између слабовидих испитаника и испитаника из опште популације ($p \leq 0,000$), као и између слепих особа и особа без оштећења вида ($p < 0,05$). На преостале две варијабле (Задовољство и Понашање) статистички значајне разлике уочене су само између слепих испитаника и испитаника без оштећења вида ($p < 0,05$). У оба случаја слепе особе остварују више скорове.

Следи приказ постигнућа и разлика међу групама испитаника у односу на склоност ка неконзистентном одговарању, склоност ка давању социјално пожељних одговора и у односу на ајтеме којима испитаник описује свој идентитет (Табеле 17 и 18).

Табела 17. *Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг (К-В)
ТНО	Слепи	6,02	2,637	0,389	92,04
	Слабовиди	6,54	3,781	0,558	92,74
	Без оштећења	5,72	2,742	0,301	83,13
ТЛПС	Слепи	14,59	2,621	0,386	89,37
	Слабовиди	13,85	2,765	0,408	76,76
	Без оштећења	14,77	2,838	0,312	93,47
ТИден	Слепи	97,17	5,092	0,751	88,26
	Слабовиди	98,26	4,842	0,714	100,11
	Без оштећења	96,41	5,137	0,564	81,14

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг (К-В) - Крускал-Волисов ранг медијане

Табела 18. *Статистичка значајност разлика између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	χ^2	df	p
ТНО	1,484	2	0,476
ТЛПС	3,328	2	0,189
ТИден	4,169	2	0,124

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; χ^2 - хи квадрат; df - степени слободe; p - значајност

Статистичка анализа је показала да на посматраним варијаблама међу испитаницима из узорка нема статистички значајних разлика ($p > 0,05$).

САМОПОИМАЊЕ И ПОЛ

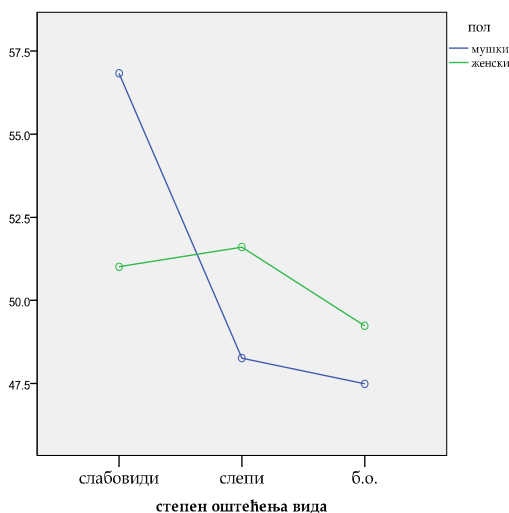
Постигнућа испитаника различитог пола на Тенеси скали за процену самопоимања у целини приказана су у Табели 19.

Табела 19. Постигнућа испитаника различитог пола на Тенеси скали за процену самопоимања у целини

Скала	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	М	316,41	21,722	2,429	49,59	10,833	1,211
	Ж	317,93	18,617	1,910	50,35	9,285	0,953

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; М - мушкарци; Ж - жене; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Применом т-теста за независне узорке утврђено је да на целокупном узорку нису присутне полне разлике на Тенеси скали за процену самопоимања у целини ($t=0,490$, $df=156,604$, $p=0,625$).



Графикон 4. Постигнуће на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у зависности од пола и од степена оштећења вида

На Графикону 4 може се видети да су разлике у самопоимању код жена са различитим видним статусом суптилне. С друге стране, код слабовидних мушкараца постоји тренд високих скорова, док су разлике између слепих мушкараца и мушкараца без оштећења вида мање изражене. Ипак, применом двофакторске анализе варијансе није утврђена статистички значајна интеракција пола и видног статуса ($F=2,816$, $df=2$; 169 , $p=0,063$).

Након овога су рачуната постигнућа испитаника различитог пола на појединачним доменима самопоимања, а резултати се могу видети у Табели 20.

Табела 20. *Постигнућа испитаника различитог пола на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања*

Подскала	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Мушки	58,48	6,494	0,726	90,77
	Женски	58,08	5,939	0,609	85,67
ТМОР	Мушки	49,34	3,590	0,401	85,78
	Женски	49,44	3,967	0,407	89,87
ТПЕР	Мушки	53,46	4,012	0,449	84,44
	Женски	53,97	3,601	0,369	90,99
ТФАМ	Мушки	52,74	4,757	0,532	89,56
	Женски	52,67	4,360	0,447	86,69
ТСОЦ	Мушки	52,71	4,863	0,544	79,35
	Женски	54,28	3,991	0,409	95,28
ТАК	Мушки	49,69	5,745	0,642	89,10
	Женски	49,47	5,541	0,568	87,07

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења; ранг АС – ранг аритметичке средине Т-скора

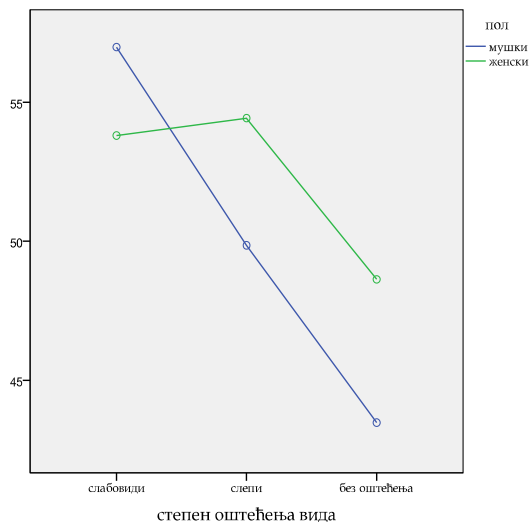
Затим су тестиране разлике на појединим доменима самопоимања између испитаника различитог пола, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 21.

Табела 21. Разлике у односу на пол између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања

Подскала	ТФИЗ	ТМОР	ТПЕР	ТФАМ	ТСОЦ	ТАК
Ман Витнијев U тест	3578,500	3622,500	3515,500	3675,500	3108,000	3712,000
Вилконсонов тест ранга	8138,500	6862,500	6755,500	8235,500	6348,000	8272,000
Z	-0,664	-0,534	-0,855	-0,374	-2,079	-0,264
p	0,506	0,594	0,393	0,708	0,038	0,792

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; Z – Z скор; p – значајност

Из Табеле 21 се види да између испитаника статистички значајне разлике постоје само на домену Социјални селф, који се односи на самопоимање у односу на друге људе, који нису чланови породице и на ком жене имају више резултате ($p < 0,05$).



Графикон 5. Полне разлике на подскали Социјални селф у зависности од степена оштећења вида

На основу Графикана 5 могу се уочити извесне разлике на Социјалном селфу између испитаника мушког и женског пола у зависности од видног статуса. Ман Витнијевим U тестом проверена је статистичка значајност уочених разлика на засебним подузорцима, а резултати су приказани у Табели 22.

Табела 22. Разлике на подскали Социјални селф у односу на пол и видни статус

Пол	Видни статус					
	Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Ранг АС	20,35	26,93	27,06	21,60	35,94	47,64
Ман Витнијев U тест	188,500		183,000		617,500	
Вилконсонов тест ранга	488,500		648,000		1437,500	
Z	-1,670		-1,325		-2,218	
p	0,095		0,185		0,027	

М - мушкарци; Ж - жене; ранг АС - ранг аритметичке средине Т скорa; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 22 се може уочити да статистички значајне разлике постоје само у подузорку испитаника без оштећења вида, односно, мушкарци из опште популације постижу значајно ниже скорове на домену Социјални селф ($p < 0,05$) од жена. Код слепих и слабовидих испитаника мушког и женског пола статистички значајне разлике нису присутне.

Даље смо рачунали постигнућа, али и разлике испитаника различитог пола из нашег узорка на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање. Резултати су приказани у Табели 23.

Табела 23. Постигнућа и разлике испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на пол

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Мушки	50,42	9,279	1,037	0,200	0,655
	Женски	49,65	10,605	1,088		
ТДО	Мушки	49,23	10,389	1,161	0,113	0,737
	Женски	50,65	9,668	0,992		
ТЗад	Мушки	48,34	10,805	1,208	4,219	0,042
	Женски	51,40	9,092	0,933		
ТПон	Мушки	49,35	10,193	1,140	0,219	0,640
	Женски	50,55	9,856	1,011		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Провером присуства полних разлика на нивоу узорка у целини утврђено је да мушкарци показују нешто виши капацитет за

самокритичност у односу на жене (Табела 23), али та разлика није статистички значајна ($p>0,05$). На варијабли Дистрибуција одговора испитаници женског пола постижу нешто више скорове од мушкараца (Табела 23), али уочена разлика није статистички значајна ($p>0,05$). Гледано у глобалу, жене постижу статистички значајно више резултате у области самоприхватања ($p<0,05$) од мушкараца. Ипак, та разлика има мали практични значај, с обзиром на то да пол објашњава веома мали проценат варијансе ($\eta^2_p=0,024$). На узорку у целини испитаници женског пола такође имају нешто више резултате на скору који мери на који начин појединци опажају своје понашање (како функционишу) у односу на испитанике мушког пола, али ни та разлика није статистички значајна ($p>0,05$).

Након ових анализа, испитивали смо присуство полних разлика на поменутиим додатним скоровима и скоровима валидности, а резултати су дати у Табели 24.

Табела 24. Разлике на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на пол и на видни статус

Скорови	Групе	АС		СД		F(2:169)	p	η^2_p
		М	Ж	М	Ж			
ТС	Слепи	51,52	48,94	12,008	9,953	1,316	0,271	0,015
	Слабовиди	51,08	54,15	7,510	9,546			
	Без оштећења	49,49	46,87	8,117	10,798			
ТДО	Слепи	50,30	52,20	10,162	7,960	0,625	0,537	0,007
	Слабовиди	55,96	53,93	8,426	7,760			
	Без оштећења	45,89	47,57	9,985	10,831			
ТЗад	Слепи	50,18	55,35	11,333	8,519	0,113	0,737	0,004
	Слабовиди	49,66	51,73	9,671	7,705			
	Без оштећења	46,71	49,14	10,920	9,709			
ТПон	Слепи	52,19	53,29	10,253	9,746	0,493	0,612	0,006
	Слабовиди	52,07	50,77	8,086	9,378			
	Без оштећења	46,57	48,99	10,361	10,135			

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; М - мушкарци; Ж - жене; F - Ф статистика; p - значајност; η^2_p - прилагођени ета квадрат

Резултати двофакторске анализе варијансе показали су да између пола и видног статуса нису нађене статистички значајне интеракције (Табела 24).

У Табели 25 је дат приказ постигнућа испитаника различитог пола у односу на склоност ка неконзистентном одговарању, склоност ка приказивању лажно позитивне слике о себи и у односу на ајтеме којима испитаник описује свој идентитет.

Табела 25. *Постигнућа на скоровима валидности Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на додатном скору Идентитет у односу на пол испитаника*

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	Мушки	5,70	2,888	0,323	83,12
	Женски	6,28	3,127	0,321	92,11
ТЛПС	Мушки	14,73	2,610	0,292	92,59
	Женски	14,27	2,904	0,298	84,13
ТИден	Мушки	96,85	5,178	0,579	85,41
	Женски	97,31	5,011	0,514	90,18

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Након овога нас је интересовало да ли су у подузорцима испитаника различитог пола присутне статистички значајне разлике на поменутих скоровима. Резултати су приказани у Табели 26.

Табела 26. *Разлике између испитаника у односу на пол на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	ТНО	ТЛПС	ТИден
Ман Витнијев U тест	3409,500	3432,500	3593,000
Вилконсонов тест ранга	6649,500	7992,500	6833,000
Z	-1,178	-1,111	-0,622
p	0,239	0,266	0,534

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; Z - Z скор; p - значајност

Ман Витнијев U тест је показао да између испитаника различитог пола нема статистички значајних разлика када говоримо о склоности ка давању неконзистентних одговора, представљању себе у лажно

позитивном светлу и у односу на ајтеме којима испитаник описује свој идентитет.

САМОПОИМАЊЕ И УЗРАСТ

Постигнућа испитаника у односу на старост приказана су у Табели 27. Да бисмо реализовали ову анализу, цео узорак је био подељен на основу медијане и добијене су две категорије испитаника: у прву категорију су сврстани млађи испитаници који су стари од 19 до 34 година, а у другу категорију су сврстани старији испитаници узраста од 35 до 65 година.

Табела 27. *Постигнућа испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на старост*

Скала	Група	Сирови скорови			Т-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Млађи	319,66	19,53	2,84	49,40	10,026	1,069
	Старији	320,64	19,03	2,85	50,61	9,995	1,072

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Табела 27 показује да старији испитаници имају нешто више укупно самопоимање у поређењу са млађим испитаницима. Једнофакторском анализом варијансе је проверавано да ли постоје статистички значајне разлике између старијих и млађих испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини, а резултати нису потврдили постојање тих разлика ($F=0,633$, $df=1$, $p=0,427$).

У Табели 28 су приказана постигнућа старијих и млађих испитаника на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања.

Табела 28. *Постигнућа испитаника на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања у односу на старост*

Подскала	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Млађи	58,99	6,193	0,660	94,64
	Старији	57,53	6,122	0,656	81,28
ТМОР	Млађи	48,85	3,453	0,368	79,16
	Старији	49,94	4,047	0,434	96,94
ТПЕР	Млађи	53,72	3,818	0,407	88,09
	Старији	53,76	3,788	0,406	87,91
ТФАМ	Млађи	53,02	4,436	0,473	91,64
	Старији	52,38	4,631	0,497	84,32
ТСОЦ	Млађи	53,34	4,231	0,451	84,04
	Старији	53,79	4,708	0,505	92,01
ТАК	Млађи	48,11	5,353	0,571	73,91
	Старији	51,05	5,526	0,592	102,25

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења; ранг АС – ранг аритметичке средине Т-скора

Даље нас је интересовало да ли су између старијих и млађих испитаника на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања присутне статистички значајне разлике, а резултати Ман Витнијевог U теста се могу видети у Табели 29.

Табела 29. *Старосне разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања*

Подскала	ТФИЗ	ТМОР	ТПЕР	ТФАМ	ТСОЦ	ТАК
Ман Витнијев U тест	3243,500	3050,500	3820,500	3507,500	3479,500	2588,000
Вилконсонов тест ранга	7071,500	6966,500	7648,500	7335,500	7395,500	6504,000
Z	-1,747	-2,329	-0,022	-0,959	-1,043	-3,707
p	0,081	0,020	0,982	0,338	0,297	0,000

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; Z – Z скор; p – значајност

Статистичком анализом је утврђено да су значајне разлике присутне само на подскалама Морални ($p < 0,05$) и Академски селф ($p \leq 0,000$). Да бисмо проверили да ли су те разлике присутне независно од видног статуса, у следећем кораку су групе анализирани издвојено на ова два домена, а резултати су представљени у Табели 30.

Табела 30. Разлике на доменима Морални и Академски селф између старијих и млађих испитаника различитог видног статуса

Подскала	Старост	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		Млађи	Старији	Млађи	Старији	Млађи	Старији
ТМОР	Ранг АС	20,81	27,00	21,74	24,98	38,34	45,57
	Ман Витнијев U тест	190,000		225,500		711,000	
	Вилконсонов тест	541,000		456,500		1572,000	
	ранга						
	Z	-1,560		-0,822		-1,371	
	p	0,119		0,411		0,170	
ТАК	Ранг АС	19,58	28,60	21,90	24,84	34,30	49,51
	Ман Витнијев U тест	158,000		229,000		545,500	
	Вилконсонов тест	509,000		460,000		1406,500	
	ранга						
	Z	-2,265		-0,741		-2,881	
	p	0,023		0,459		0,004	

ТМОР – морални селф; ТАК – академски селф; Ранг АС – ранг аритметичке средине Т-скора; Z – Z скор; p – значајност

Добијени резултати показали су да код слепих испитаника и испитаника из опште популације постоји статистички значајна разлика у односу на начин на који млађе и старије особе себе перципирају у школском и у радном окружењу. Код обе групе испитаника старије одрасле особе (изнад 34 године) имају више скорове на поменутом домену. Као што се може видети из Табеле 29 и Табеле 30, разлике у погледу моралних вредности везане су искључиво за старост испитаника и не зависе од њиховог видног статуса.

Затим смо рачунали постигнућа и евентуалне разлике између старијих и млађих испитаника на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале за процену самопоимања, а резултати су приказани у Табели 31 и Табели 33.

Табела 31. *Постигнућа и разлике између старијих и млађих испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Млађи	51,80	10,045	1,071	5,167	0,024
	Старији	48,18	9,676	1,037		
ТДО	Млађи	48,96	9,649	1,029	1,350	0,247
	Старији	51,06	10,291	1,103		
ТЗад	Млађи	49,76	9,547	1,018	0,208	0,649
	Старији	50,24	10,488	1,124		
ТПон	Млађи	49,33	9,433	1,006	0,944	0,333
	Старији	50,68	10,553	1,131		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Ако посматрамо узорак у целини, уочава се да млађи испитаници имају нешто виши капацитет за самокритичност од старијих (Табела 31). Уочена разлика је статистички значајна ($p < 0,05$). Ипак, та разлика нема велики практични значај, с обзиром на то да узраст објашњава мали проценат варијансе ($\eta^2_p = 0,030$). Што се тиче скорова на Дистрибуцији одговора, старији испитаници из узорка имају нешто више скорове од млађих (Табела 31), али уочена разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). У целокупном узорку старији испитаници имају мало више скорове у области самоприхватања у поређењу са млађима (Табела 31), али опажене разлике нису статистички значајне ($p > 0,05$). Посматрано на нивоу узорка у целини, на додатном скору Понашање старији испитаници остварују нешто више резултате од млађих (Табела 31), али опажене разлике нису статистички значајне ($p > 0,05$).

Након ових анализа, испитивали смо присуство статистички значајних разлика на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на старост испитаника и у односу на стање вида (Табела 32).

Табела 32. Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на старост и на видни статус

Скорови	Групе	АС		СД		F(2:169)	p	η^2_p
		Млађи	Старији	Млађи	Старији			
ТС	Слепи	51,18	49,12	11,973	9,844	0,252	0,778	0,003
	Слабовиди	55,16	51,34	8,030	9,423			
	Без оштећења	50,46	45,86	9,466	9,351			
ТДО	Слепи	50,00	52,78	9,211	8,999	0,602	0,549	0,007
	Слабовиди	54,97	54,35	6,446	9,171			
	Без оштећења	45,21	48,27	9,729	10,925			
ТЗад	Слепи	51,88	53,66	10,325	10,473	0,108	0,898	0,001
	Слабовиди	51,03	50,99	7,692	9,095			
	Без оштећења	47,76	48,17	9,703	11,003			
ТПон	Слепи	52,18	53,41	9,727	10,372	0,009	0,991	0,000
	Слабовиди	50,25	52,04	7,210	10,150			
	Без оштећења	47,05	48,57	9,867	10,684			

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност; η^2_p - прилагођени ета квадрат

Применом двофакторске анализе варијансе није утврђено присуство статистички значајних интеракција између узраста и видног статуса (Табела 32).

У Табели 33 су приказана постигнућа испитаника у односу на старост на два сора валидности (Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи) и на једном додатном скору (Идентитет) на којима расподела одступа од нормалности.

Табела 33. Постигнућа млађих и старијих испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	Млађи	5,81	2,783	0,297	85,56
	Старији	6,23	3,255	0,349	90,47
ТЛПС	Млађи	14,50	2,787	0,297	88,80
	Старији	14,46	2,778	0,298	87,20
ТИден	Млађи	97,13	5,046	0,538	88,10
	Старији	97,07	5,139	0,551	87,90

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Након израчунатих постигнућа, желели смо да проверимо да ли су између млађих и старијих испитаника присутне статистички значајне разлике на поменутим скоровима. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 34.

Табела 34. *Старосне разлике између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	ТНО	ТЛПС	ТИден
Ман Витнијев U тест	3613,000	3758,000	3819,000
Вилконсонов тест ранга	7529,000	7586,000	7647,000
Z	-0,646	-0,211	-0,027
p	0,518	0,833	0,979

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; Z - Z скор; p - значајност

Применом Ман Витнијевог U теста није утврђено присуство статистички значајних разлика у односу на старост у области давања неконзистентних одговора, представљања себе у лажно позитивном светлу и у области описивања идентитета.

САМОПОИМАЊЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Постигнућа испитаника на основу образовног статуса на Тенеси скали за процену самопоимања у целини приказана су у Табели 35.

Табела 35. *Постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини*

Скала	Група	Сирови скорови			Т-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Високообразовани	316,38	21,442	1,957	49,57	10,694	0,976
	Ниже образовани	319,11	16,646	2,245	50,94	8,302	1,119

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

У Табели 35 су приказана постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника са општењем вида на Тенеси скали за процену самопоимања у целини. Видимо да ниже образовани испитаници постижу боље резултате од високообразованих, али је једнофакторска анализа

варијансе показала да између ове две групе испитаника нема статистички значајних разлика ($F=0,700$, $df=1$, $p=0,404$).

У Табели 36 су приказана постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања.

Табела 36. *Постигнућа испитаника у односу на степен образовања на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања*

Скала	Образовни статус	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Високообразовани	58,49	6,156	0,562	89,77
	Ниже образовани	57,76	6,272	0,846	84,15
ТМОР	Високообразовани	49,05	3,819	0,349	83,60
	Ниже образовани	50,15	3,643	0,491	97,59
ТПЕР	Високообразовани	53,48	3,813	0,348	84,97
	Ниже образовани	54,29	3,720	0,502	94,62
ТФАМ	Високообразовани	52,73	4,494	0,410	88,40
	Ниже образовани	52,64	4,656	0,628	87,12
ТСОЦ	Високообразовани	53,00	4,504	0,411	81,42
	Ниже образовани	54,80	4,165	0,562	102,36
ТАК	Високообразовани	49,62	5,894	0,538	88,65
	Ниже образовани	49,47	5,018	0,677	86,59

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења; ранг АС – ранг аритметичке средине Т-скора

Затим нас је интересовало да ли су разлике уочене на Т-скоровима и статистички значајне. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 37.

Табела 37. *Разлике између испитаника на појединим доменима Тенеси скале за испитивање самопоимања у односу на образовни статус*

Подскала	ТФИЗ	ТМОР	ТПЕР	ТФАМ	ТСОЦ	ТАК
Ман Витнијев U тест	3088,000	2772,500	2936,000	3251,500	2510,000	3222,500
Вилконсонов тест ранга	4628,000	10032,500	10196,000	4791,500	9770,000	4762,500
Z	-0,682	-1,702	-1,174	-0,156	-2,547	-0,250
p	0,495	0,089	0,240	0,876	0,011	0,803

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; Z – Z скор; p – значајност

Из Табеле 37 се може видети да су статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника из узорка присутне само на подскали која мери како појединац себе вреднује у смислу адекватности интеракција са другим људима (Социјални селф; $p < 0,01$). Следећа анализа односила се на проверу да ли су разлике присутне независно од видног статуса, па су групе анализиране издвојено на овом домену. Резултати су приказани у Табели 38.

Табела 38. *Разлике између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса на домену Социјални селф*

Подскала	Образовање	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		ВО	НО	ВО	НО	ВО	НО
ТСОЦ	Ранг АС	23,56	23,36	17,89	28,65	42,23	41,09
	Ман Витнијев U тест	222,000		140,500		545,500	
	Вилконсонов тест ранга	327,000		393,500		698,500	
	Z	-0,048		-2,736		-0,176	
	p	0,962		0,006		0,861	

ТСОЦ – социјални селф; Ранг АС – ранг аритметичке средине; ВО – високообразовани; НО – ниже образовани; Z – Z скор; p – значајност

Резултати приказани у Табели 38 показују да на домену Социјални селф постоје статистички значајне разлике ($p < 0,01$) између високообразованих и ниже образованих слабовидних испитаника – ниже образовани имају више скорове на овој подскали. Код слепих испитаника и испитаника без оштећења вида нису уочене значајне разлике у домену Социјалног селфа.

Затим смо рачунали постигнућа испитаника различитог образовног статуса на скоровима валидности и на додатним скоровима, а резултати су представљени у Табели 39.

Табела 39. *Постигнућа и разлике између испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање у односу на степен образовања*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Високообразовани	50,34	9,655	0,881	2,480	0,117
	Ниже образовани	49,27	10,771	1,452		
ТДО	Високообразовани	48,50	9,840	0,898	3,850	0,051
	Ниже образовани	53,28	9,637	1,300		
ТЗад	Високообразовани	49,79	10,359	0,946	0,000	0,995
	Ниже образовани	50,46	9,243	1,246		
ТПон	Високообразовани	49,66	10,201	0,931	0,046	0,831
	Ниже образовани	50,75	9,597	1,294		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Анализом резултата је утврђено да високообразовани испитаници из нашег узорка имају нешто виши капацитет за самокритичност него ниже образовани испитаници (Табела 39). Међутим, опажене разлике нису статистички значајне ($p > 0,05$). Уколико посматрамо узорак у целини, прегледом аритметичких средина може се уочити да на скору валидности Дистрибуција одговора ниже образовани испитаници имају нешто више резултате од високообразованих испитаника (Табела 39). Опажена разлика је на граници статистичке значајности ($p = 0,051$). Такође, на нивоу узорка у целини, ниже образовани испитаници показују нешто виши степен самоприхватања од високообразованих испитаника (Табела 39). Међутим, та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Сличан образац разлика је уочен и у односу на процену шта особа ради и на који начин функционише (додатни скор понашање): ниже образовани испитаници имају нешто више резултате од високообразованих (Табела 39), али ни у овом случају разлика није статистички значајна ($p > 0,05$).

Након ових анализа, испитивали смо присуство разлика у односу на степен образовања на поменути скоровима валидности и додатним скоровима (Самокритичност, Дистрибуција одговора, Задовољство, Понашање), а резултати двофакторске анализе варијансе приказани су у Табели 40.

Табела 40. Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на степен образовања и на видни статус

Скорови	Групе	АС		СД		F(2:169)	p	η^2_p
		ВО	НО	ВО	НО			
ТС	Слепи	51,93	46,51	11,618	8,782	0,759	0,470	0,009
	Слабовиди	53,16	53,01	6,781	10,676			
	Без оштећења	48,62	46,25	9,191	11,299			
ТДО	Слепи	50,22	53,47	9,411	8,316	0,259	0,772	0,003
	Слабовиди	52,29	56,79	6,842	8,440			
	Без оштећења	46,40	48,18	10,445	10,428			
ТЗад	Слепи	52,56	52,87	10,352	10,605	0,034	0,966	0,000
	Слабовиди	50,84	51,16	8,453	8,513			
	Без оштећења	48,09	47,50	10,732	8,811			
ТПон	Слепи	52,63	52,92	9,591	11,004	0,122	0,886	0,001
	Слабовиди	50,50	51,88	9,034	8,878			
	Без оштећења	47,94	47,36	10,615	8,993			

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; F - Ф статистика; p - значајност; η^2_p - прилагођени ета квадрат

Двофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних интеракција између степена образовања и степена оштећења вида (Табела 40).

У Табели 41 су приказана постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника на додатним скоровима Неконзистентно одговарање и Глумљење доброг и на скору валидности Идентитет.

Табела 41. Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на степен образовања

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	ВО	5,58	2,706	0,247	81,06
	НО	6,98	3,461	0,467	103,14
ТЛПС	ВО	14,40	2,674	0,244	87,44
	НО	14,65	3,001	0,405	89,22
ТИден	ВО	96,97	5,344	0,488	87,53
	НО	97,38	4,478	0,604	89,03

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Из Табеле 41 се види да на свим испитиваним скоровима нешто виша постигнућа имају испитаници са нижим степеном образовања. Желели

смо да проверимо да ли су те уочене разлике и статистички значајне. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 42.

Табела 42. *Разлике између испитаника у односу на степен образовања на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	ТНО	ТЛПС	ТИден
Ман Витнијев U тест	2467,500	3233,000	3243,500
Вилконсонов тест ранга	9727,500	10493,000	10503,500
Z	-2,696	-0,217	-0,182
p	0,007	0,828	0,856

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 42 се може видети да су статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника из узорка присутне само на скору којој се односи на мерење склоности ка давању неконзистентних одговора ($p < 0,01$). Следећа анализа односила се на проверу да ли су разлике присутне независно од видног статуса, па су групе анализиране издвојено. Резултати су приказани у Табели 43.

Табела 43. *Разлике на скору Неконзистентно одговарање између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса*

Скор	Образовање	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		ВО	НО	ВО	НО	ВО	НО
ТНО	Ранг АС	23,34	23,86	21,89	24,98	37,64	58,94
	Ман Витнијев U тест	219,000		228,500		273,000	
	Вилконсонов тест ранга	747,000		481,500		2484,000	
	Z	-0,120		-0,786		-3,280	
	p	0,904		0,432		0,001	

ТНО - неконзистентно одговарање; Ранг АС - ранг аритметичке средине; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; Z - Z скор; p - значајност

Резултати приказани у Табели 43 показују да на скору Неконзистентно одговарање постоје статистички значајне разлике ($p < 0,01$) између високообразованих и ниже образованих испитаника без оштећења вида - ниже образовани имају више скорове на овој подскали, односно, чешће дају неконзистентне одговоре. Код слепих и слабовидних

испитаника нису уочене статистички значајне разлике на поменутом скору.

САМОПОИМАЊЕ И РАДНИ СТАТУС

Следеће што нас је интересовало била су постигнућа запослених и незапослених испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини. Резултати су приказани у Табели 44.

Табела 44. *Постигнућа запослених и незапослених испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини*

Скала	Група	Сирови скорови			Т-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Запослени	319,03	20,283	2,039	50,90	10,116	1,017
	Незапослени	314,89	19,631	2,252	48,83	9,791	1,123

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Једнофакторска анализа варијансе није показала да су присутне разлике између запослених и незапослених испитаника статистички значајне ($F=1,838$, $df=1$, $p=0,177$).

У Табели 45 су приказана постигнућа запослених и незапослених испитаника на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања.

Табела 45. *Постигнућа испитаника у односу на радни статус на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања*

Подскала	Радни статус	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Запослени	58,62	6,141	0,617	90,67
	Незапослени	57,80	6,250	0,717	84,52
ТМОР	Запослени	49,59	4,000	0,402	91,70
	Незапослени	49,14	3,505	0,402	83,18
ТПЕР	Запослени	54,07	3,693	0,371	91,87
	Незапослени	53,30	3,899	0,447	82,96
ТФАМ	Запослени	52,84	4,508	0,453	89,45
	Незапослени	52,53	4,588	0,526	86,11
ТСОЦ	Запослени	53,37	4,703	0,473	86,07
	Незапослени	53,82	4,159	0,477	90,52
ТАК	Запослени	50,55	5,261	0,529	96,42
	Незапослени	48,30	5,849	0,671	77,03

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Даље нас је интересовало да ли су разлике уочене на Т-скоревима и статистички значајне. Резултати Ман-Витнијевог U теста су приказани у Табели 46.

Табела 46. Разлике између испитаника у односу на радни статус на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања

Подскала	ТФИЗ	ТМОР	ТПЕР	ТФАМ	ТСОЦ	ТАК
Ман Витнијев U тест	3497,500	3395,500	3379,000	3618,500	3570,500	2928,500
Вилконсонов тест ранга	6423,500	6321,500	6305,000	6544,500	8520,500	5854,500
Z	-0,797	-1,108	-1,157	-0,433	-0,578	-2,514
P	0,425	0,268	0,247	0,665	0,563	0,012

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; Z - Z скор; p - значајност

Статистичка анализа је показала да су разлике између испитаника у односу на радни статус присутне једино на подскали којом се испитује како појединци себе перципирају у школском или у радном окружењу ($p < 0,01$). Из Табеле 45 се може видети да на овом домену више скорове имају запослени испитаници. Да бисмо проверили да ли су разлике присутне независно од видног статуса, групе су анализиране засебно на овом домену, а резултати су приказани у Табели 47.

Табела 47. Разлике на домену Академски селф између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса

Подскала	Радни статус	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		Зап.	Незап.	Зап.	Незап.	Зап.	Незап.
ТАК	Ранг АС	28,43	21,34	26,06	20,70	43,14	38,84
	Ман Витнијев U тест	155,000		202,500		601,500	
	Вилконсонов тест ранга	683,000		455,500		854,500	
	Z	-1,651		-1,356		-0,719	
	p	0,099		0,175		0,472	

ТАК - академски селф, Т-скор; ранг АС - ранг аритметичких средина; зап. - запослени; незап. - незапослени; Z - Z скор; p - значајност

Као што се може видети из Табеле 47, разлике у домену Академског селфа нису значајне када се анализирају групе испитаника засебно.

Даље смо рачунали постигнућа и разлике између запослених и незапослених испитаника на скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора и на додатним скоровима Задовољство и Понашање. Резултати су приказани у Табели 48.

Табела 48. *Постигнућа и разлике између запослених и незапослених испитаника на скоровима валидности и на додатним скоровима*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Запослени	49,74	10,172	1,022	0,001	0,972
	Незапослени	50,34	9,828	1,127		
ТДО	Запослени	50,42	10,700	1,075	3,237	0,074
	Незапослени	49,45	9,047	1,038		
ТЗад	Запослени	49,55	9,865	0,991	0,009	0,924
	Незапослени	50,59	10,209	1,171		
ТПон	Запослени	50,44	9,572	0,962	2,692	0,103
	Незапослени	49,43	10,568	1,212		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Анализом резултата свих испитаника утврђено је да незапослени испитаници имају нешто више резултате на Самокритичности него запослени испитаници (Табела 48). Међутим, опажене разлике нису статистички значајне ($p > 0,05$). Прегледом аритметичких средина може се уочити да на скору валидности Дистрибуција одговора запослени испитаници имају нешто више резултате од незапослених. Међутим, показало се да детектована разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Посматрано на нивоу узорка у целини, незапослени испитаници показују мало виши степен самоприхватања од запослених, али та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Генерално гледано, запослени испитаници имају нешто више резултате од незапослених на додатном скору Понашање. Међутим, разлика није статистички значајна ($p > 0,05$).

Након ових анализа, испитивали смо присуство разлика у односу на радни статус на скоровима валидности и на додатним скоровима (Табела 49).

Табела 49. Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на радни статус и у односу на стање вида

Скорови Групе	АС		СД		F(2:169)	p	η^2_p	
	Зап.	Незап.	Зап.	Незап.				
ТС	Слепи	48,93	50,88	12,773	10,341	0,331	0,718	0,004
	Слабовиди	53,63	52,49	8,444	9,593			
	Без оштећења	48,40	47,40	9,914	8,989			
ТДО	Слепи	52,95	50,45	9,238	9,116	0,108	0,897	0,001
	Слабовиди	55,70	53,47	8,795	6,961			
	Без оштећења	47,77	43,97	10,911	8,443			
ТЗад	Слепи	52,78	52,60	8,927	10,997	0,911	0,404	0,011
	Слабовиди	49,85	52,27	8,158	8,650			
	Без оштећења	48,69	45,97	10,628	9,353			
ТПон	Слепи	54,42	51,97	7,481	10,837	0,416	0,661	0,005
	Слабовиди	51,75	50,64	8,675	9,267			
	Без оштећења	49,01	44,51	10,111	10,146			

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; зап. - запослени; незап. - незапослени; F - Ф статистика; p - значајност; η^2_p - прилагођени ета квадрат

Резултати су показали да у нашем узорку статистички значајна интеракција између радног статуса и степена оштећења вида на скоровима валидности и на додатним скоровима није присутна (Табела 49).

У Табели 50 је дат приказ постигнућа запослених и незапослених испитаника у односу на склоност ка неконзистентном одговарању, склоност ка давању социјално пожељних одговора и у односу на ајтеме којима испитаник описује свој идентитет.

Табела 50. *Постигнућа на скоровима валидности Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на додатном скору Идентитет у односу на радни статус испитаника*

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	Запослени	5,71	3,176	0,319	81,00
	Незапослени	6,42	2,787	0,320	97,12
ТЛПС	Запослени	14,48	2,771	0,279	87,76
	Незапослени	14,47	2,797	0,321	88,32
ТИден	Запослени	97,27	4,983	0,501	89,53
	Незапослени	96,87	5,224	0,599	86,01

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Након овога нас је интересовало да ли су у подузорцима испитаника различитог радног статуса присутне статистички значајне разлике на поменутих скоровима. Резултати су приказани у Табели 51.

Табела 51. *Разлике између испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на радни статус*

Скор	ТНО	ТЛПС	ТИден
Ман Витнијев U тест	3069,000	3738,000	3610,500
Вилконсонов тест ранга	8019,000	8688,000	6536,500
Z	-2,102	-0,073	-0,457
p	0,036	0,942	0,648

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 51 се може видети да су статистички значајне разлике између запослених и незапослених испитаника присутне само на скору који се односи на мерење склоности ка давању неконзистентних одговора ($p < 0,05$). Следећа анализа односила се на проверу да ли су разлике присутне независно од видног статуса, па су групе анализирани издвојено. Резултати су приказани у Табели 52.

Табела 52. Разлике на скору Неконзистентно одговарање између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса

Скор	Радни статус	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		Зап.	Незап.	Зап.	Незап.	Зап.	Незап.
ТНО	Ранг АС	17,29	26,22	21,77	25,39	41,56	43,23
	Ман Витнијев U тест	137,000		222,500		644,000	
	Вилконсонов тест ранга	242,000		522,500		2535,000	
	Z	-2,093		-0,919		-0,281	
	p	0,036		0,358		0,779	

ТНО - неконзистентно одговарање; Ранг АС - ранг аритметичке средине; Зап. - запослени; Незап. - незапослени; Z - Z скор; p - значајност

Резултати приказани у Табели 52 показују да на скору Неконзистентно одговарање постоје статистички значајне разлике ($p < 0,05$) између запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида - незапослени испитаници имају више скорове на овој подскали (незапослени чешће дају неконзистентне одговоре). Код слабовидих и испитаника без оштећења вида на поменутој подскали нису уочене статистички значајне разлике.

САМОПОИМАЊЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

У даљој анализи издвојен је подузорок испитаника са оштећењем вида како би била испитана њихова постигнућа на Тенеси скали за процену самопоимања у зависности од времена настанка оштећења вида (конгенитално, $N=51$ и стечено, $N=41$). Резултати су приказани у Табели 53.

Табела 53. Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на време настанка оштећења

Скала	Група	Сирови скорови			T-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Конгенитално	325,09	18,993	3,960	53,92	9,472	1,975
	Стечено	321,57	15,822	3,299	52,16	7,891	1,645

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Једнофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних разлика између испитаника код којих је оштећење вида присутно од рођења и испитаника код којих је оштећење вида настало касније у животу ($F=0,467$, $df=1$, $p=0,498$).

У Табели 54 су приказана постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања.

Табела 54. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања у односу на време настанка оштећења вида*

Подскала	Време настанка оштећења вида	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Конгенитално	59,08	6,112	0,856	47,00
	Стечено	58,98	5,493	0,858	45,88
ТМОР	Конгенитално	49,49	4,301	0,602	45,33
	Стечено	50,27	2,684	0,419	47,95
ТПЕР	Конгенитално	54,25	3,903	0,547	46,58
	Стечено	54,27	3,782	0,591	46,40
ТФАМ	Конгенитално	53,49	4,905	0,687	50,79
	Стечено	51,83	4,852	0,758	41,16
ТСОЦ	Конгенитално	55,08	4,372	0,612	47,42
	Стечено	55,17	3,024	0,472	45,35
ТАК	Конгенитално	48,06	5,971	0,836	41,74
	Стечено	50,49	5,259	0,821	52,43

ТФИЗ – физички селф; ТМОР – морални селф; ТПЕР – лични селф; ТФАМ – породични селф; ТСОЦ – социјални селф; ТАК – академски селф; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења; ранг АС – ранг аритметичке средине Т-скора

Затим нас је интересовало да ли су разлике уочене на Т-скоровима и статистички значајне. Резултати Ман-Витнијевог U теста су приказани у Табели 55.

Табела 55. *Разлике на појединим доменима самопоимања између испитаника са конгениталним и са стеченим оштећењем вида*

Подскала	ТФИЗ	ТМОР	ТПЕР	ТФАМ	ТСОЦ	ТАК
Ман Витнијев U тест	1020,000	986,000	1041,500	826,500	998,500	802,500
Вилконсонов тест	1881,000	2312,000	1902,500	1687,500	1859,500	2128,500
ранга						
Z	-0,201	-0,470	-0,032	-1,725	-0,371	-1,913
p	0,841	0,639	0,975	0,084	0,710	0,056

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; Z - Z скор; p - значајност

Разлике између испитаника код којих је оштећење вида конгенитално и испитаника код којих је оштећење вида настало касније у животу на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања нису статистички значајне, иако се у домену Академског селфа разлике налазе на граници статистичке значајности ($p=0,056$).

Након овога смо рачунали постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на два сора валидности (Самокритичност и Дистрибуција одговора) и на два додатна сора (Задовољство и Понашање). Такође, проверили смо и да ли између испитаника са оштећењем вида постоје статистички значајне разлике на поменути скоровима у односу на време настанка оштећења. Резултати су приказани у Табели 56.

Табела 56. *Постигнућа и разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на скоровима валидности и на додатним скоровима*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Конгенитално	52,50	10,560	1,479	1,005	0,319
	Стечено	50,67	9,472	1,479		
ТДО	Запослени	53,16	9,237	1,293	0,220	0,640
	Незапослени	52,63	8,060	1,259		
ТЗад	Запослени	51,98	9,052	1,268	0,003	0,958
	Незапослени	51,65	9,896	1,545		
ТПон	Запослени	52,34	8,850	1,239	0,122	0,728
	Незапослени	51,50	10,117	1,580		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Нешто виши капацитет за самокритичност показују испитаници са конгениталним оштећењем вида него испитаници који су оштећење вида стекли касније у животу (Табела 56). Међутим, присутне разлике нису статистички значајне ($p>0,05$). Прегледом аритметичких средина свих испитаника из овог подузорка може се уочити да на скору валидности Дистрибуција одговора испитаници са конгениталним оштећењем вида

имају нешто више резултате од испитаника са стеченим оштећењем вида. Ни ова опажена разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Уколико посматрамо све слепе и слабовиде особе из узорка, уочавамо да испитаници са конгениталним оштећењем вида имају незнатно више скорове од оних са стеченим оштећењем вида у области самоприхватања, али та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Генерално, на подзоруку у целини, испитаници са конгениталним оштећењем вида имају нешто више резултате на додатном скору Понашање од испитаника код којих се оштећење вида јавило касније у животу. Та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$).

Следеће смо испитивали присуство статистички значајних разлика у односу на време настанка оштећења вида у подзоруку слепих и слабовидих особа на два скорва валидности и на два додатна скорва, а резултати се могу видети у Табели 57.

Табела 57. Разлике на скоровима валидности и на додатним скоровима у односу на време настанка оштећења вида и на степен оштећења вида

Скор	Групе	АС		СД		F(2:169)	p	η^2_p
		конг.	стеч.	конг.	стеч.			
ТС	Слепи	50,59	49,81	11,176	11,098	0,409	0,524	0,005
	Слабовиди	54,83	51,34	9,478	8,178			
ТДО	Слепи	50,40	52,47	9,702	8,254	2,637	0,108	0,029
	Слабовиди	56,52	52,75	7,542	8,089			
ТЗад.	Слепи	51,94	53,77	10,066	10,881	0,944	0,334	0,011
	Слабовиди	52,03	49,99	7,866	8,943			
ТПон.	Слепи	53,19	51,98	8,947	11,502	0,063	0,802	0,001
	Слабовиди	51,32	51,12	8,818	9,139			

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; конг. - конгенитално оштећење; стеч. - стечено оштећење; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност; η^2_p - прилагођени ета квадрат

Резултати двофакторске анализе варијансе показали су да у подзоруку особа са оштећењем вида из нашег узорка не постоји статистички значајна интеракција између времена настанка оштећења и степена оштећења вида (Табела 57).

Даље смо рачунали постигнућа испитаника код којих је оштећење вида присутно од рођења и испитаника који су оштећење вида стекли касније у животу на додатним скоровима Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на скору валидности Идентитет. Резултати су приказани у Табели 58.

Табела 58. *Постигнућа испитаника на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	Испитаници	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	Конгенитално	5,86	3,388	0,474	42,84
	Стечено	6,80	3,035	0,474	51,05
ТЛПС	Конгенитално	14,65	2,528	0,354	50,31
	Стечено	13,68	2,850	0,445	41,76
ТИден	Конгенитално	97,22	4,730	0,662	42,89
	Стечено	98,34	5,247	0,819	50,99

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Након овога нас је интересовало да ли су у подузорцима испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида присутне статистички значајне разлике на поменутих скоровима. Резултати су приказани у Табели 59.

Табела 59. *Разлике у односу на време настанка оштећења вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Скор	ТНО	ТЛПС	ТИден
Ман Витнијев У тест	859,000	851,000	861,500
Вилконсонов тест ранга	2185,000	1712,000	2187,500
Z	-1,475	-1,540	-1,449
p	0,140	0,124	0,147

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; Z - Z скор; p - значајност

Резултати Ман Витнијевог У теста нису потврдили да су уочене разлике између испитаника са конгениталним и са стеченим оштећењем вида статистички значајне.

САМОПОИМАЊЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

На подузорку испитаника са оштећењем вида проверавано је самопоимање у зависности од способности самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 60.

Табела 60. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Тенеси скали за процену самопоимања у целини у односу на способност самосталног кретања*

Скала	Начин кретања	Сирови скорови			Т-скорови		
		АС	СД	СГ	АС	СД	СГ
УкС-К	Штап	323,94	19,366	4,697	53,34	9,659	2,343
	Водич	317,19	17,828	3,496	49,98	8,891	1,744
	Самостално	320,39	19,939	2,848	51,57	9,944	1,421

УкС-К - укупан резултат на Тенеси скали за испитивање самопоимања; Н - број испитаника; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Особе које се крећу самостално помоћу белог штапа постижу највише резултате на Скали у целини, док особе које се крећу са водичем који види имају најниже резултате. Ипак, једнофакторском анализом варијансе је утврђено да уочене разлике нису статистички значајне ($F=0,639$, $df=2$, $p=0,530$).

Након овога смо анализирали постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања у односу на способност самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 61.

Табела 61. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања у односу на способност самосталног кретања*

Подскала	Начин кретања	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТФИЗ	Штап	60,59	4,501	1,092	53,09
	Водич	58,42	5,934	1,164	44,04
	Самостално	58,82	6,153	0,879	45,52
ТМОР	Штап	49,82	3,302	0,801	44,71
	Водич	48,92	2,855	0,560	38,77
	Самостално	50,33	4,120	0,589	51,22
ТПЕР	Штап	54,71	4,058	0,984	49,65
	Водич	54,04	4,094	0,803	45,31
	Самостално	54,22	3,670	0,524	46,04
ТФАМ	Штап	53,47	4,288	1,040	49,24
	Водич	52,42	5,170	1,014	45,60
	Самостално	52,67	5,068	0,724	46,03
ТСОЦ	Штап	55,35	3,121	0,757	46,41
	Водич	55,12	3,548	0,696	45,67
	Самостално	55,04	4,208	0,601	46,97
ТАК	Штап	50,00	5,831	1,414	48,97
	Водич	48,27	6,226	1,221	43,08
	Самостално	49,31	5,546	0,792	47,46

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Крускал-Волисовим тестом је проверавано да ли постоје статистички значајне разлике на појединим доменима самопоимања у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида, а резултати су приказани у Табели 62.

Табела 62. *Разлике на појединим доменима самопоимања у односу на способност самосталног кретања у подузорку особа са оштећењем вида*

Подскала	χ^2	df	p
ТФИЗ	1,327	2	0,515
ТМОР	3,829	2	0,147
ТПЕР	0,305	2	0,859
ТФАМ	0,225	2	0,894
ТСОЦ	0,041	2	0,980
ТАК	0,639	2	0,727

ТФИЗ - физички селф; ТМОР - морални селф; ТПЕР - лични селф; ТФАМ - породични селф; ТСОЦ - социјални селф; ТАК - академски селф; χ^2 - хи квадрат; df - степен слободе; p - значајност

Добијени резултати нису показали постојање статистички значајних разлика на појединим доменима самопоимања у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида.

Након тога су нас интересовала постигнућа испитаника са оштећењем вида и присуство разлика на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале за процену самопоимања у односу на способност самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 63.

Табела 63. *Постигнућа и разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања на скоровима валидности и на додатним скоровима*

Скор	Испитаници	АС	СД	СГ	F(1)	p
ТС	Штап	46,37	9,646	2,339	3,463	0,036
	Водич	53,04	11,332	2,222		
	Самостално	52,80	9,074	1,296		
ТДО	Штап	52,35	9,403	2,281	1,395	0,253
	Водич	52,58	6,912	1,356		
	Самостално	53,30	9,405	1,344		
ТЗад	Штап	49,96	9,587	2,325	0,904	0,409
	Водич	53,79	9,242	1,812		
	Самостално	51,44	9,403	1,343		
ТПон	Штап	49,29	10,842	2,630	2,852	0,063
	Водич	52,64	8,942	1,754		
	Самостално	52,54	9,126	1,304		

ТС - самокритичност; ТДО - дистрибуција одговора, Т-кор; ТЗад - задовољство; ТПон - понашање; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; F - Ф статистика; p - значајност

Анализом резултата на подзорку особа са оштећењем вида, утврђено је да испитаници који се крећу уз помоћ водича који види показују нешто виши степен самокритичности у поређењу са испитаницима који се крећу самостално и испитаницима који за кретање користе бели штап. Опажене разлике су статистички значајне ($p < 0,05$), а способност самосталног кретања објашњава скоро 8% варијансе ($\eta^2_p = 0,074$). Прегледом аритметичких средина испитаника из овог подзорка може се уочити да на скору валидности Дистрибуција одговора испитаници који се крећу самостално имају нешто више резултате од испитаника који се крећу са водичем који види и од испитаника који за кретање користе бели

штап. Опажене разлике нису статистички значајне ($p > 0,05$). Посматрано на нивоу подузорка у целини, виши степен самоприхватања показују испитаници који се крећу са водичем који види – они имају више скорове од испитаника који се крећу самостално и од оних који се крећу са белим штапом, али та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$). Ако посматрамо цео подузорак у односу на начин на који испитаници опажају своје понашање, можемо видети да испитаници који се крећу са водичем који види имају нешто више резултате од испитаника који се крећу самостално и од испитаника који за кретање користе бели. Међутим, та разлика није статистички значајна ($p > 0,05$).

Даље смо проверавали да ли постоји интеракција између степена оштећења вида и самосталности у кретању. У сврху ове анализе, испитаници су подељени у две групе: самосталне (испитаници који се крећу самостално и самостално уз коришћење штапа; $N=66$) и несамосталне (они који се крећу уз помоћ водича који види; $N=26$). Применом двофакторске анализе варијансе није утврђено присуство интеракције између степена оштећења вида и способности самосталног кретања на додатним скоровима Самокритичност ($F_{(1; 88)}=1,253$, $p=0,266$), Дистрибуција одговора ($F_{(1; 88)}=1,075$, $p=0,303$), Задовољство ($F_{(1; 88)}=0,630$, $p=0,429$) и Понашање ($F_{(1; 88)}=1,172$, $p=0,282$).

Након овога смо рачунали постигнућа испитаника на додатним скоровима Неконзистентно одговарање и Глумљење доброг и на скору валидности Идентитет у односу на способност самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 64.

Табела 64. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет у односу на способност самосталног кретања*

Скор	Начин кретања	Сирови скорови			Т-скорови
		АС	СД	СГ	ранг АС
ТНО	Штап	5,24	2,513	0,610	38,15
	Водич	6,31	2,839	0,557	48,88
	Самостално	6,63	3,638	0,520	48,13
ТЛПС	Штап	15,47	2,125	0,515	59,24
	Водич	14,15	2,649	0,519	44,83
	Самостално	13,82	2,826	0,404	42,97
ТИден	Штап	96,00	5,408	1,312	37,97
	Водич	97,58	3,679	0,721	42,96
	Самостално	98,39	5,342	0,763	51,34

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења; ранг АС - ранг аритметичке средине Т-скора

Крускал-Волисовим тестом је проверавано да ли постоје статистички значајне разлике на поменутиим скоровима Тенеси скале за процену самопоимања у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида, а резултати су приказани у Табели 65.

Табела 65. *Разлике у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида на скоровима Неконзистентно одговарање, Лажно позитивна слика о себи и Идентитет*

Подскала	χ^2	df	p
ТНО	2,082	2	0,353
ТЛПС	4,901	2	0,086
ТИден	3,820	2	0,148

ТНО - неконзистентно одговарање; ТЛПС - лажно позитивна слика о себи; ТИден - идентитет; χ^2 - хи квадрат; df - степен слободе; p - значајност

Добијени резултати нису показали постојање статистички значајних разлика на скоровима валидности Неконзистентно одговарање и Лажно позитивна слика о себи и на додатном скору Идентитет у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида.

ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

Применом Свеобухватне скале квалитета живота анализиран је објективно и субјективно перципиран квалитет живота код наших испитаника. Резултати су приказани у Табели 66.

Табела 66. *Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Слепи	65,783	7,274	1,072
	Слабовиди	68,533	6,608	0,974
	Без оштећења	70,862	5,857	0,643
СКЖ	Слепи	78,073	7,259	1,070
	Слабовиди	77,190	6,168	0,909
	Без оштећења	75,849	6,933	0,761

ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Добијени резултати показују да на објективној димензији квалитета живота највише резултате имају особе без оштећења вида, а најниже резултате имају слепи испитаници. Са друге стране, на субјективној димензији квалитета живота највише резултате имају слепи испитаници, а најниже скорове имају особе из опште популације.

Једнофакторском анализом варијансе проверавали смо да ли су уочене разлике на укупним димензијама Свеобухватне скале квалитета живота и статистички значајне. Добијени резултати указују на то да статистички значајне разлике постоје на делу Скале који мери објективни квалитет живота ($F=9,278$, $df=2$, $p\leq 0,000$), док на делу који мери субјективни квалитет живота нема статистички значајних разлика ($F=1,677$, $df=2$, $p=0,190$). Накнадним Шефевим тестом је утврђено између којих група у димензији објективног квалитета живота постоје статистички значајне разлике, што је приказано у Табели 67.

Табела 67. Разлике у укупним скоровима на објективном делу Свеобухватне скале квалитета живота између испитаника у узорку

Скала	Група	Група	Разлика АС	СГ	р
ОКЖ	Слабовида	Слепа	2,75	1,35	0,127
		Без оштећења	-2,33	1,19	0,149
	Слепа	Слабовида	-2,75	1,35	0,127
		Без оштећења	-5,08	1,19	0,000

ОКЖ – објективни квалитет живота; разлика АС – разлика аритметичких средина; СГ – стандардна грешка мерења; р – значајност

Из Табеле 67 је јасно да статистички значајне разлике на објективном домену квалитета живота постоје само између особа из опште популације и слепих испитаника – особе без оштећења вида показују значајно више резултате на овом домену. Између две групе испитаника са оштећењем вида нема статистички значајних разлика у погледу објективног квалитета живота.

Испитивали смо и постигнућа испитаника из целог узорка на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота. Прво су рачунате аритметичке средине за све испитанике и ти резултати су приказани у Табели 68.

Табела 68. Постигнућа испитаника на подскалама Свеобухватне скале квалитета живота

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Слепи	63,04	8,723	1,286
	Слабовиди	62,14	11,346	1,673
	Без оштећења	67,37	13,157	1,444
ЗДР	Слепи	66,12	8,678	1,280
	Слабовиди	73,19	8,591	1,267
	Без оштећења	91,87	11,492	1,261
ПРОД	Слепи	54,47	14,924	2,200
	Слабовиди	58,57	13,339	1,967
	Без оштећења	63,42	14,183	1,557
ИНТ	Слепи	75,00	20,412	3,010
	Слабовиди	76,45	18,618	2,745
	Без оштећења	77,31	15,416	1,692
СИГ	Слепи	84,60	12,167	1,794
	Слабовиди	82,07	8,601	1,268
	Без оштећења	80,22	12,463	1,368

(наставак на следећој страни)

ЕБ	Слепи	65,22	15,346	2,263
	Слабовиди	68,12	17,769	2,620
	Без оштећења	63,15	16,468	1,808
МуЗ	Слепи	12,72	5,405	0,797
	Слабовиди	14,97	4,711	0,695
	Без оштећења	11,78	4,165	0,457
В	Слепи	79,50	8,859	1,306
	Слабовиди	75,08	7,002	1,032
	Без оштећења	75,09	7,848	0,861
З	Слепи	79,76	8,791	1,296
	Слабовиди	80,49	7,721	1,138
	Без оштећења	78,06	8,373	0,919

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

На основу аритметичких средина у Табели 68 видимо да особе из опште популације имају највише резултате на подскалама Материјално благостање, Здравље, Продуктивност и Интимност. Слабовиди испитаници остварују највише скорове на подскалама Емоционално благостање, Осећај припадања заједници и Задовољство, док слепи испитаници, у поређењу са преостале две групе испитаника, имају највише резултате на подскалама Сигурност и Важност.

Применом Крускал-Волисовог теста анализирана је статистичка значајност уочених разлика, а резултати су приказани у Табели 69.

Табела 69. Разлике између испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота

Подскала	χ^2	df	p
МБ	10,280	2	0,006
ЗДР	100,273	2	0,000
ПРОД	10,985	2	0,004
ИНТ	0,042	2	0,979
СИГ	4,266	2	0,118
ЕБ	1,498	2	0,473
МуЗ	15,379	2	0,000
В	8,445	2	0,015
З	2,840	2	0,242

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; χ^2 - хи квадрат; df - степен слободe; p - значајност

Подскале на којима су уочене статистички значајне разлике између испитаника у узорку су: Материјално благостање ($p < 0,01$), Здравље ($p \leq 0,000$), Продуктивност ($p < 0,01$), Осећај припадања заједници ($p \leq 0,000$) и Важност ($p < 0,01$) (Табела 69).

Након тога нас је интересовало између којих група испитаника из узорка постоје статистички значајне разлике на поменутиим подскалама. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 70.

Табела 70. Разлике између испитаника на појединим доменима квалитета живота

Подскала	Степен оштећења вида	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	Слабовиди-Слепи	970,500	2051,500	-0,718	0,473
	Слабовиди-Без оштећења	1383,500	2464,500	-2,639	0,008
	Слепи-Без оштећења	1397,000	2478,000	-2,580	0,010
ЗДР	Слабовиди-Слепи	590,500	1671,500	-3,836	0,000
	Слабовиди-Без оштећења	375,500	1456,500	-7,743	0,000
	Слепи-Без оштећења	235,000	1316,000	-8,429	0,000
ПРОД	Слабовиди-Слепи	873,500	1954,500	-1,447	0,148
	Слабовиди-Без оштећења	1544,000	2625,000	-1,803	0,071
	Слепи-Без оштећења	1263,500	2344,500	-3,183	0,001
МуЗ	Слабовиди-Слепи	729,500	1810,500	-2,566	0,010
	Слабовиди-Без оштећења	1105,000	4591,000	-3,954	0,000
	Слепи-Без оштећења	1764,500	5250,500	-0,711	0,477
В	Слабовиди-Слепи	742,000	1823,000	-2,492	0,013
	Слабовиди-Без оштећења	1893,500	2974,500	-0,077	0,939
	Слепи-Без оштећења	1376,500	4862,500	-2,643	0,008

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; Z - Z скор; p - значајност

На подскали Материјално благостање статистички значајне разлике су уочене између особа типичне популације и особа са оштећењем вида (у оба случаја $p < 0,01$) - особе из опште популације имају бољи материјални статус од особа са оштећењем вида.

На подскали Здравље све три групе испитаника се међусобно статистички значајно разликују ($p \leq 0,000$). Особе без оштећења вида имају

бољи здравствени статус (ређе посећују лекара, мање користе лекове, у мањем степену су присутни проблеми са здрављем) у односу на особе са оштећењем вида. Унутар популације особа са оштећењем вида, слабовиде особе остварују више скорове, што указује на то да оне имају бољи здравствени статус у односу на слепе.

На подскали Продуктивност статистички значајна разлика постоји између слепих испитаника и испитаника без оштећења вида ($p < 0,01$) – особе из опште популације су продуктивније.

На подскали Осећај припадања заједници слабовиди испитаници се значајно разликују у односу на слепе ($p < 0,01$) и испитанике без оштећења вида ($p \leq 0,000$). Они значајно чешће од преостале две групе учествују у животу заједнице.

На подскали Важност слепи испитаници се значајно разликују од преостале две групе испитаника ($p < 0,01$). Они придају већу важност различитим аспектима живота (личним стварима и постигнућима, здрављу, односу са породицом и пријатељима и сл.).

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ПОЛ

Постигнућа испитаника различитог пола на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота приказана су у Табели 71.

Табела 71. *Постигнућа испитаника различитог пола на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	М	68,915	6,416	0,717
	Ж	68,915	7,055	0,724
СКЖ	М	76,640	6,471	0,724
	Ж	76,909	7,199	0,739

ОКЖ – објективни квалитет живота; СКЖ – субјективни квалитет живота; М – мушкарци; Ж – жене; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења

Добијени резултати показују да су скорови на објективној и субјективној димензији квалитета живота између испитаника различитог

пола уједначени. Самим тим, ни једнофакторском анализом варијансе нису уочене статистички значајне разлике ни на објективном ($F=0,000$, $df=1$, $p=1,000$), ни на субјективном ($F=0,067$, $df=1$, $p=0,797$) делу Свеобухватне скале квалитета живота.

Испитивали смо и постигнућа испитаника различитог пола на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота. Прво су рачунате аритметичке средине за све испитанике и ти резултати су приказани у Табели 72.

Табела 72. *Постигнућа испитаника различитог пола на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	М	65,21	11,542	1,290
	Ж	64,56	12,153	1,247
ЗДР	М	81,98	15,202	1,700
	Ж	78,68	15,119	1,551
ПРОД	М	58,51	15,036	1,681
	Ж	60,88	14,174	1,454
ИНТ	М	74,27	16,730	1,870
	Ж	78,33	18,209	1,868
СИГ	М	83,12	11,858	1,326
	Ж	80,79	11,277	1,157
ЕБ	М	64,90	18,784	2,100
	Ж	65,09	14,551	1,493
МуЗ	М	13,65	5,580	0,624
	Ж	12,21	3,980	0,408
В	М	76,56	7,621	0,852
	Ж	75,98	8,535	0,876
З	М	78,72	8,320	0,930
	Ж	79,50	8,388	0,861

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ -осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; М - мушкарци; Ж - жене; АС -аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Након овога су тестиране разлике на појединим доменима квалитета живота између испитаника различитог пола, а резултати Ман Витнијевог У теста су приказани у Табели 73.

Табела 73. Разлике између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота у односу на пол

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	3716,000	8276,000	-0,258	0,796
ЗДР	3297,000	7857,000	-1,534	0,125
ПРОД	3515,000	6755,000	-0,857	0,392
ИНТ	3167,500	6407,500	-1,920	0,055
СИГ	3393,000	7953,000	-1,263	0,206
ЕБ	3740,500	6980,500	-0,181	0,857
МуЗ	3341,500	7901,500	-1,374	0,170
В	3726,000	8286,000	-0,224	0,823
З	3629,500	6869,500	-0,513	0,608

МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; Z – Z скор; p – значајност

Из Табеле 73 се може видети да између испитаника различитог пола нема статистички значајних разлика на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота. Изузетак је подскала Интимност, која се тиче односа са породицом и пријатељима на којој је скор на граници статистичке значајности ($p=0,055$) – жене показују нешто више резултате у овој области (Табела 72). Проверили смо значајност уочене разлике на издвојеним узорцима испитаника, а резултати су приказани у Табели 74.

Табела 74. Разлике на подскали Интимност у односу на пол и видни статус

	Испитаници					
	Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
Пол	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Ранг АС	21,85	25,30	22,75	23,90	36,69	46,94
Ман Витнијев U тест	224,500		228,000		647,500	
Вилконсонов тест ранга	524,500		364,000		1467,500	
Z	-0,881		-0,281		-1,969	
p	0,378		0,779		0,049	

М – мушкарци; Ж – жене; ранг АС – ранг аритметичке средине; Z – Z скор; p – значајност

Из Табеле 74 се може уочити да у подузорку испитаника без оштећења вида постоје статистички значајне разлике ($p<0,05$) – жене из опште популације имају статистички значајно више резултате на овој

подскали. Код слепих и слабовидих испитаника мушког и женског пола нису присутне статистички значајне разлике.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И УЗРАСТ

Постигнућа испитаника у односу на старост на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота приказана су у Табели 75.

Табела 75. *Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Млађи	69,440	6,013	0,641
	Старији	68,384	7,422	0,796
СКЖ	Млађи	78,337	6,541	0,697
	Старији	75,218	6,850	0,734

ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Табела 75 показује да млађи испитаници имају нешто виши објективни и субјективни квалитет живота у поређењу са старијим испитаницима. Једнофакторском анализом варијансе је проверавано постоје ли статистички значајне разлике између млађих и старијих испитаника на објективном и субјективном квалитету живота. Резултати су показали да на објективном делу нема статистички значајних разлика ($F=1,072$, $df=1$, $p=0,302$), док су на субјективном делу присутне статистички значајне разлике ($F=9,487$, $df=1$, $p=0,002$) у корист млађих испитаника (Табела 75).

У Табели 76 приказана су постигнућа старијих и млађих испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота.

Табела 76. *Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Млађи	64,87	10,902	1,162
	Старији	64,85	12,798	1,372
ЗДР	Млађи	81,91	13,621	1,452
	Старији	78,45	16,548	1,774
ПРОД	Млађи	57,29	13,512	1,440
	Старији	62,32	15,248	1,635
ИНТ	Млађи	78,69	16,025	1,708
	Старији	74,23	18,919	2,028
СИГ	Млађи	84,09	10,842	1,156
	Старији	79,60	11,905	1,276
ЕБ	Млађи	63,54	14,967	1,595
	Старији	66,48	18,016	1,932
МуЗ	Млађи	13,48	4,839	0,516
	Старији	12,25	4,745	0,509
В	Млађи	78,25	7,613	0,812
	Старији	74,22	8,141	0,873
З	Млађи	80,68	7,995	0,852
	Старији	77,59	8,442	0,905

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим нас је занимало да ли су између старијих и млађих испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота присутне статистички значајне разлике, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 77.

Табела 77. *Разлике у односу на старост између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	3710,000	7626,000	-0,361	0,718
ЗДР	3402,500	7230,500	-1,293	0,196
ПРОД	3097,000	7013,000	-2,190	0,029
ИНТ	3346,000	7174,000	-1,458	0,145
СИГ	3066,500	6894,500	-2,355	0,019
ЕБ	3412,000	7328,000	-1,258	0,208
МуЗ	3156,000	6984,000	-2,006	0,045
В	2768,000	6596,000	-3,194	0,001
З	2958,000	6786,000	-2,609	0,009

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; Z - Z скор; p - значајност

Утврђено је да су статистички значајне разлике присутне на подскалама Продуктивност ($p < 0,05$), Сигурност ($p < 0,05$), Осећај припадања заједници ($p < 0,05$), Важност ($p < 0,01$) и Задовољство ($p < 0,01$). Да бисмо проверили да ли су разлике присутне независно од стања вида, било је потребно анализирати групе испитаника издвојено само на овим подскалама. Резултати су приказани у Табели 78.

Табела 78. Разлике на подскалама Продуктивност, Сигурност, Осећај припадања заједници, Важност и Задовољство између млађих и старијих испитаника различитог видног статуса

Подскала	Старост	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		Млађи	Старији	Млађи	Старији	Млађи	Старији
ПРОД	Ранг АС	21,37	26,28	25,88	21,50	34,45	49,37
	Ман Витнијев U тест	204,500		212,500		551,500	
	Вилконсонов тест	555,500		537,500		1412,500	
	ранга						
	Z	-1,233		-1,110		-2,830	
	p	0,218		0,267		0,005	
СИГ	Ранг АС	27,04	18,90	24,83	22,38	44,79	39,27
	Ман Витнијев U тест	168,000		234,500		746,500	
	Вилконсонов тест	378,000		559,500		1649,500	
	ранга						
	Z	-2,090		-,647		-1,093	
	p	0,037		0,518		0,274	
МуЗ	Ранг АС	25,96	20,30	23,07	23,86	48,76	35,40
	Ман Витнијев U тест	196,000		253,500		584,000	
	Вилконсонов тест	406,000		484,500		1487,000	
	ранга						
	Z	-1,419		-0,199		-2,525	
	p	0,156		0,843		0,012	
В	Ранг АС	27,35	18,50	25,02	22,22	47,45	36,68
	Ман Витнијев U тест	160,000		230,500		637,500	
	Вилконсонов тест	370,000		555,500		1540,500	
	ранга						
	Z	-2,236		-0,715		-2,058	
	p	0,025		0,475		0,040	
З	Ранг АС	26,12	20,10	28,98	18,90	44,84	39,23
	Ман Витнијев U тест	192,000		147,500		744,500	
	Вилконсонов тест	402,000		472,500		1647,500	
	ранга						
	Z	-1,517		-2,553		-1,067	
	p	0,129		0,011		0,286	

ПРОД - продуктивност; СИГ - сигурност; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; p - значајност

Добијени резултати показују да су на посматраним подскалама присутне статистички значајне разлике. На подскали Продуктивност статистички значајне разлике су уочљиве само код испитаника без оштећења вида ($p < 0,01$) – старији испитаници имали су више скорове, односно, били су продуктивнији. На подскали Сигурност статистички значајне разлике постоје само у групи слепих особа ($p < 0,05$), и то у корист млађих испитаника. На подскали Место у заједници само у групи особа из опште популације добијене су статистички значајне разлике ($p < 0,01$) – више скорове имају млађи испитаници. С обзиром на то да се скор на овој подскали односи на осећај припадања заједници, може се закључити да се млађи испитаници без оштећења вида више од старијих осећају делом заједнице у којој живе. Што се тиче субјективног квалитета живота, на подскали Важност су присутне статистички значајне разлике и то у групи слепих испитаника и особа из опште популације ($p < 0,05$) – у обе групе млађи испитаници придају већу важност одређеним животним аспектима (личним стварима и постигнућима, здрављу, односу са породицом и пријатељима и сл.). На подскали Задовољство су статистички значајне разлике присутне само у групи слабовидих испитаника ($p < 0,01$). Прецизније, млађи слабовиди испитаници су задовољнији различитим аспектима свог живота (личним стварима и постигнућима, здрављем, односом са породицом и пријатељима и сл.).

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале за процену квалитета живота у односу на образовни статус приказана су у Табели 79.

Табела 79. *Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота у односу на образовни статус*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Високообразовани	69,492	6,696	0,611
	Ниже образовани	67,655	6,761	0,912
СКЖ	Високообразовани	76,789	6,435	0,587
	Ниже образовани	76,781	7,764	1,047

ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка

У Табели 79 су приказана постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота. Можемо уочити да на делу скале који процењује објективни квалитет живота високообразовани испитаници постижу нешто боље резултате од ниже образованих, али је једнофакторска анализа варијансе показала да те разлике нису статистички значајне ($F=2,821$, $df=1$, $p=0,095$). Ни на делу скале који мери субјективни квалитет живота нису уочене статистички значајне разлике у скоровима између испитаника различитог степена образовања ($F=0,000$, $df=1$, $p=0,994$).

У Табели 80 су приказана постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале за процену квалитета живота.

Табела 80. *Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Високообразовани	65,83	12,431	1,135
	Ниже образовани	62,73	10,251	1,382
ЗДР	Високообразовани	81,11	14,959	1,366
	Ниже образовани	78,18	15,672	2,113
ПРОД	Високообразовани	61,94	14,479	1,322
	Ниже образовани	55,10	13,794	1,860
ИНТ	Високообразовани	76,04	16,964	1,549
	Ниже образовани	77,42	19,089	2,574
СИГ	Високообразовани	82,99	11,091	1,012
	Ниже образовани	79,39	12,303	1,659
ЕБ	Високообразовани	65,42	16,967	1,549
	Ниже образовани	64,09	15,785	2,128
МуЗ	Високообразовани	12,46	4,748	0,433
	Ниже образовани	13,74	4,898	0,661

(наставак на следећој страни)

В	Високообразовани	76,04	7,684	0,701
	Ниже образовани	76,69	9,037	1,218
З	Високообразовани	79,19	7,987	0,729
	Ниже образовани	79,05	9,146	1,233

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим нас је занимало да ли су уочене разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота статистички значајне, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 81.

Табела 81. *Разлике у односу на степен образовања између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	2751,500	4291,500	-1,809	0,070
ЗДР	2999,500	4539,500	-,983	0,326
ПРОД	2452,000	3992,000	-2,736	0,006
ИНТ	3110,500	10370,500	-,617	0,537
СИГ	2794,500	4334,500	-1,684	0,092
ЕБ	3181,000	4721,000	-,388	0,698
МуЗ	2783,000	10043,000	-1,662	0,097
В	3159,000	10419,000	-,458	0,647
З	3267,500	4807,500	-,105	0,916

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 81 се може видети да су статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника из узорка присутне само на подскали Продуктивност ($p < 0,01$). Затим је рађена анализа у сврху провере да ли су разлике присутне независно од видног статуса, па су групе анализирани издвојено само на овој подскали. Резултати су приказани у Табели 82.

Табела 82. Разлике на подскали Продуктивност између високо и ниже образованих испитаника различитог видног статуса

Подскала	Ниво образовања	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без општећења	
		ВО	НО	ВО	НО	ВО	НО
ПРОД	ранг АС	24,30	22,77	25,03	20,00	45,40	28,79
	Ман Витнијев U тест	175,000		246,500		336,500	
	Вилконсонов тест ранга	280,000		546,500		489,500	
	Z	-1,173		-,388		-2,543	
	p	0,241		0,698		0,011	

ПРОД - продуктивност; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; p - значајност

Резултати приказани у Табели 82 показују да на домену Продуктивност постоје статистички значајне разлике ($p < 0,05$) између високо и ниже образованих испитаника из опште популације - високообразовани испитаници су показали већу продуктивност. Између преостале две групе испитаника нису уочене статистички значајне разлике.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И РАДНИ СТАТУС

Следеће што нас је интересовало била су постигнућа запослених и незапослених испитаника на Свеобухватној скали квалитета живота. Резултати су приказани у Табели 83.

Табела 83. Постигнућа испитаника на објективном и субјективном делу Свеобухватне скале квалитета живота у односу на радни статус

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Запослени	70,552	6,578	0,661
	Незапослени	66,783	6,409	0,735
СКЖ	Запослени	76,696	6,838	0,687
	Незапослени	76,904	6,927	0,795

ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Једнофакторска анализа варијансе је показала да на делу скале који мери објективни квалитет живота постоје статистички значајне разлике ($F=14,433$, $df=1$, $p < 0,000$) између запослених и незапослених испитаника - запослени испитаници имају бољи објективни квалитет живота. С друге

стране, на делу скале којим се процењује субјективни квалитет живота нису нађене статистички значајне разлике ($F=0,040$, $df=1$, $p=0,842$) у односу на испитивану независну варијаблу.

У Табели 84 приказана су постигнућа запослених и незапослених испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота.

Табела 84. *Постигнућа испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота у односу на радни статус*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Запослени	67,68	11,559	1,162
	Незапослени	61,18	11,267	1,292
ЗДР	Запослени	83,50	14,285	1,436
	Незапослени	75,88	15,371	1,763
ПРОД	Запослени	66,05	12,966	1,303
	Незапослени	51,64	12,432	1,426
ИНТ	Запослени	77,69	16,359	1,644
	Незапослени	74,89	19,124	2,194
СИГ	Запослени	80,56	12,023	1,208
	Незапослени	83,55	10,799	1,239
ЕБ	Запослени	64,39	17,489	1,758
	Незапослени	65,79	15,371	1,763
МуЗ	Запослени	12,32	4,336	0,436
	Незапослени	13,58	5,327	0,611
В	Запослени	74,93	8,131	0,817
	Незапослени	77,96	7,811	0,896
З	Запослени	79,39	8,606	0,865
	Незапослени	78,82	8,030	0,921

МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења

Затим нас је занимало да ли су уочене разлике између запослених и незапослених испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота статистички значајне, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 85.

Табела 85. Разлике у односу на радни статус између испитаника на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	2582,500	5508,500	-3,644	0,000
ЗДР	2691,000	5617,000	-3,282	0,001
ПРОД	1698,000	4624,000	-6,236	0,000
ИНТ	3480,000	6406,000	-,860	0,390
СИГ	3313,500	8263,500	-1,399	0,162
ЕБ	3695,000	8645,000	-,204	0,838
МуЗ	3304,500	8254,500	-1,378	0,168
В	2981,000	7931,000	-2,374	0,018
З	3613,000	6539,000	-,451	0,652

МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; Z – Z скор; p – значајност

Статистичка анализа је показала да су разлике у односу на радни статус испитаника присутне на следећа четири домена квалитета живота: Материјално благостање ($p \leq 0,000$), Здравље ($p < 0,01$), Продуктивност ($p \leq 0,000$) и Важност ($p < 0,05$). Из Табеле 84 се може видети да више скорове на прве три наведене подскеле имају запослени испитаници, док незапослени имају више резултате на подскали Важност. Да бисмо проверили да ли су разлике присутне и независно од видног статуса, групе су анализирани посебно на овим доменима. Резултати су приказани у Табели 86.

Табела 86. Разлике на подскалама Материјално благостање, Здравље, Продуктивност и Важност између запослених и незапослених испитаника различитог видног статуса

Подскала	Радни статус	Испитаници					
		Слепи		Слабовиди		Без оштећења	
		Зап.	Незап.	Зап.	Незап.	Зап.	Незап.
МБ	Ранг АС	25,82	22,48	27,48	19,16	44,47	35,16
	Ман Витнијев U тест	191,500		168,500		520,500	
	Вилконсонов тест ранга	719,500		421,500		773,500	
	Z	-0,829		-2,194		-1,588	
	p	0,407		0,028		0,112	
	ЗДР	Ранг АС	25,54	22,61	23,38	23,64	39,86
Ман Витнијев U тест		195,500		261,000		540,500	
Вилконсонов тест ранга		723,500		561,000		2431,500	
Z		-,716		-0,071		-1,457	
p		0,474		0,943		0,145	

(наставка на следећој страни)

ПРОД	Ранг АС	30,50	20,44	29,48	16,98	48,13	25,00
	Ман Витнијев У тест	126,000		120,500		297,000	
	Вилконсонов тест ранга	654,000		373,500		550,000	
	Z	-2,346		-3,178		-3,874	
	p	0,019		0,001		0,000	
В	Ранг АС	18,64	25,63	22,92	24,14	40,47	46,25
	Ман Витнијев У тест	156,000		250,000		577,500	
	Вилконсонов тест ранга	261,000		550,000		2468,500	
	Z	-1,638		-0,312		-0,975	
	p	0,101		0,755		0,329	

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; В - важност; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; p - значајност

Као што се може видети из Табеле 86, на подскали Материјално благостање присутне су статистички значајне разлике ($p < 0,05$) код слабовидних испитаника - као што је и очекивано, запослени испитаници имају више резултате на овом домену, односно, задовољнији су својим материјалним статусом. Даље, на подскали Продуктивност статистички значајне разлике постоје у све три групе испитаника (слепи - $p < 0,05$; слабовиди - $p < 0,01$; особе из опште популације - $p \leq 0,000$). Очекивано, више скорове, односно већу продуктивност показују запослени испитаници. На преостале две подске (Здравље и Важност) нису примећене статистички значајне разлике када се анализирају групе испитаника посебно.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

У даљој анализи поново је издвојен подузорок испитаника са оштећењем вида, како би била испитана постигнућа особа из ове популације на Свеобухватној скали квалитета живота у зависности од времена настанка оштећења вида (конгенитално и стечено). Резултати су приказани у Табели 87.

Табела 87. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Свеобухватној скали квалитета живота у односу на време настанка оштећења вида*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Конгенитално	67,348	6,676	0,935
	Стечено	66,922	7,563	1,181
СКЖ	Конгенитално	78,918	6,769	0,948
	Стечено	76,032	6,366	0,994

ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Једнофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних разлика ($F=0,082$, $df=1$, $p=0,775$) на објективном квалитету живота, али на делу скале који мери субјективни квалитет живота постојање статистички значајних разлика је уочено ($F=4,356$, $df=1$, $p=0,040$) и то у корист особа код којих је оштећење вида присутно од рођења.

У Табели 88 приказана су постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота у односу на време настанка оштећења вида.

Табела 88. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Конгенитално	61,76	8,527	1,194
	Стечено	63,62	11,749	1,835
ЗДР	Конгенитално	71,24	8,549	1,197
	Стечено	67,68	9,894	1,545
ПРОД	Конгенитално	55,56	13,217	1,851
	Стечено	57,72	15,472	2,416
ИНТ	Конгенитално	77,12	16,984	2,378
	Стечено	73,98	22,220	3,470
СИГ	Конгенитално	85,13	9,620	1,347
	Стечено	81,10	11,338	1,771
ЕБ	Конгенитално	65,52	16,246	2,275
	Стечено	68,09	17,068	2,666
МуЗ	Конгенитално	13,78	5,091	0,713
	Стечено	13,94	5,323	0,831
В	Конгенитално	78,57	8,144	1,140
	Стечено	75,70	8,192	1,279
З	Конгенитално	81,70	8,864	1,241
	Стечено	78,16	7,001	1,093

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим нас је занимало да ли су уочене разлике између испитаника на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота и статистички значајне, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 89.

Табела 89. Разлике на појединачним доменима Свеобухватне скале квалитета живота између испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
МБ	892,000	2218,000	-1,267	0,205
ЗДР	828,000	1689,000	-1,795	0,073
ПРОД	947,000	2273,000	-0,777	0,437
ИНТ	998,000	1859,000	-0,378	0,705
СИГ	869,000	1730,000	-1,431	0,152
ЕБ	948,500	2274,500	-0,771	0,441
МуЗ	1042,500	2368,500	-0,024	0,981
В	867,500	1728,500	-1,412	0,158
З	782,500	1643,500	-2,079	0,038

МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; Z - Z скор; p - значајност

Анализа је показала да су статистички значајне разлике између испитаника код којих је оштећење вида конгенитално и код којих је до оштећења вида дошло касније у животу присутне на подскали Задовољство ($p < 0,05$) која је део субјективног квалитета живота. Из Табеле 88 се може видети да више скорове на овој подскали показују испитаници код којих је оштећење вида присутно од рођења.

У сврху детаљније анализе, групе испитаника са оштећењем вида су анализиране посебно на овом домену. Резултати су приказани у Табели 90.

Табела 90. Разлике на подскали *Задовољство* између слепих и слабовидих испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида

Подскала	Време	Слепи		Слабовиди	
		Конг.	Стеч.	Конг.	Стеч.
3	Ранг АС	25,16	20,92	27,28	19,72
	Ман Витнијев U тест	205,500		177,500	
	Вилконсонов тест	376,500		453,500	
	ранга				
	Z	-1,054		-1,924	
	p	0,292		0,054	

3 – задовољство; ранг АС – ранг аритметичке средине; Z – Z скор; p – значајност

Као што се може видети из Табеле 90, на подскали *Задовољство* присутне су разлике на граници статистичке значајности ($p=0,054$) код слабовидих испитаника. Разлике иду у корист слабовидих особа код којих је оштећење вида присутно од рођења – оне су задовољније одређеним аспектима живота.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

На подузорку испитаника са оштећењем вида провераван је објективни и субјективни квалитет живота у односу на способност самосталног кретања испитаника. Резултати су приказани у Табели 91.

Табела 91. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Свеобухватној скали квалитета живота у односу на способност самосталног кретања*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ОКЖ	Штап	67,138	6,222	1,509
	Водич	65,870	7,955	1,560
	Самостално	67,849	6,850	0,979
СКЖ	Штап	79,567	4,568	1,108
	Водич	76,923	8,713	1,709
	Самостално	77,336	6,105	0,872

ОКЖ – објективни квалитет живота; СКЖ – субјективни квалитет живота; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења

Једнофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних разлика ($F=0,665$, $df=1$, $p=0,517$) на објективном и на субјективном ($F=0,896$, $df=1$, $p=0,412$) квалитету живота.

Након овог смо анализирали постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Свеобухватне скале за процену квалитета живота у односу на способност самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 92.

Табела 92. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота у односу на способност самосталног кретања*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
МБ	Шап	63,73	8,810	2,137
	Водич	62,82	8,892	1,744
	Самостално	62,07	11,162	1,595
ЗДР	Шап	66,18	8,575	2,080
	Водич	66,35	9,855	1,933
	Самостално	72,62	8,333	1,190
ПРОД	Шап	54,08	15,686	3,805
	Водич	56,09	15,011	2,944
	Самостално	57,60	13,451	1,922
ИНТ	Шап	77,45	17,864	4,333
	Водич	75,00	22,973	4,505
	Самостално	75,51	18,274	2,611
СИГ	Шап	89,22	7,663	1,859
	Водич	82,37	12,980	2,546
	Самостално	81,80	9,421	1,346
ЕБ	Шап	66,67	12,843	3,115
	Водич	65,38	14,277	2,800
	Самостално	67,35	18,929	2,704
МуЗ	Шап	12,91	4,774	1,158
	Водич	12,48	4,818	0,945
	Самостално	14,90	5,336	0,762
В	Шап	82,77	7,057	1,712
	Водич	77,06	8,029	1,575
	Самостално	75,51	8,052	1,150
З	Шап	80,39	7,218	1,751
	Водич	79,03	10,302	2,020
	Самостално	80,61	7,419	1,060

МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација; СГ – стандардна грешка мерења

Крускал-Волисовим тестом је проверавано да ли, у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида, постоје статистички значајне разлике на појединим доменима квалитета живота. Резултати су дати у Табели 93.

Табела 93. Разлике на појединачним доменима квалитета живота у односу на способност самосталног кретања у подузорку особа са оштећењем вида

Подскала	χ^2	df	p
МБ	0,011	1	0,916
ЗДР	0,020	1	0,887
ПРОД	0,169	1	0,681
ИНТ	0,000	1	0,990
СИГ	3,452	1	0,063
ЕБ	0,016	1	0,899
МуЗ	0,168	1	0,682
В	4,836	1	0,028
З	0,160	1	0,689

МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; χ^2 – хи квадрат; df – степен слободе; p – значајност

Добијени резултати су указали на постојање статистички значајних разлика на подскали Важност ($p < 0,05$) у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида.

Након ове анализе, проверили смо између којих испитаника са оштећењем вида су присутне статистички значајне разлике на поменутој подскали у односу на способност самосталног кретања. Резултати су приказани у Табели 94.

Табела 94. Разлике на домену Важност између испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања

Подскала	Способност самосталног кретања	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
В	Штап-Водич	133,500	484,500	-2,199	0,028
	Штап-Самостално	207,500	1432,500	-3,091	0,002
	Водич-Самостално	563,500	1788,500	-0,828	0,408

В – важност; Z – Z скор; p – значајност

Анализа је показала да статистички значајне разлике на подскали Важност постоје између испитаника који за кретање користе бели штап и испитаника који се крећу уз помоћ водича који види ($p < 0,05$), као и између особа које се крећу помоћу штапа и оних испитаника који су рекли да се крећу самостално ($p < 0,01$). У оба случаја статистички значајно више резултате показују особе које за кретање користе бели штап, односно,

група испитаника која за кретање користи бели штап придаје већу важност различитим аспектима живота.

ПРОЦЕНА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ЖИВОТНИХ НАВИКА-ПОСТИГНУЋА ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

У овом делу приказаћемо резултате испитаника са оштећењем вида на Скали за процену реализације животних навика. Резултати су приказани у Табели 95.

Табела 95. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену реализације животних навика у целини*

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ЖН	Слепи	444,67	61,608	9,084
	Слабовиди	526,78	39,333	5,799

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Добијени резултати показују да више скорове на скали животних навика у целини остварују слабовиди испитаници. Затим смо једнофакторском анализом варијансе проверавали да ли постоје разлике између испитаника са оштећењем вида на укупном скору Скале за процену реализације животних навика. Резултати су показали да су статистички значајне разлике присутне ($F=58,05$, $df=1$, $p\leq 0,000$) у корист слабовидних испитаника, односно, слабовиде особе из узорка реализују већи број животних навика са мање тешкоћа, без помоћи других људи и без различитих прилагођавања.

Након овога смо испитивали и постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену реализације животних навика. Резултати су приказани у Табели 96.

Табела 96. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на подскалама Скале за процену реализације животних навика*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
Исх	Слепи	26,59	9,394	1,385
	Слабовиди	33,33	5,292	0,780
ОК	Слепи	24,46	6,040	0,890
	Слабовиди	25,83	6,999	1,032
ЛХ	Слепи	55,54	6,113	0,901
	Слабовиди	65,46	5,557	0,819
К	Слепи	62,93	7,365	1,086
	Слабовиди	65,54	6,221	0,917
Ст	Слепи	52,13	6,866	1,012
	Слабовиди	58,83	7,252	1,069
М	Слепи	21,09	7,823	1,153
	Слабовиди	29,96	6,710	0,989
Одг	Слепи	46,24	10,594	1,562
	Слабовиди	55,93	9,368	1,381
МО	Слепи	45,20	11,771	1,736
	Слабовиди	51,07	9,685	1,428
ЖуЗ	Слепи	42,35	13,751	2,027
	Слабовиди	58,17	9,044	1,333
О	Слепи	3,96	4,351	0,642
	Слабовиди	2,30	3,926	0,579
Зап	Слепи	39,28	13,446	1,982
	Слабовиди	49,00	8,781	1,295
Рек	Слепи	24,91	11,686	1,723
	Слабовиди	31,37	11,852	1,747

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Н - број испитаника; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација, СГ - стандардна грешка мерења

Поред укупних скорова, интересовало нас је да ли постоје статистички значајне разлике између испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену реализације животних навика. То смо проверавали Ман Витнијевим U тестом, а резултати су приказани у Табели 97.

Табела 97. Разлике између слепих и слабовидних испитаника на појединачним подскалама Скале за процену реализације животних навика

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	521,500	1602,500	-4,445	0,000
ОК	938,500	2019,500	-0,984	0,325
ЛХ	238,000	1319,000	-6,536	0,000
К	748,500	1829,500	-2,431	0,015
Ст	529,500	1610,500	-4,468	0,000
М	403,000	1484,000	-5,178	0,000
Одг	529,000	1610,000	-4,177	0,000
МО	752,500	1833,500	-2,470	0,014
ЖуЗ	346,000	1427,000	-5,565	0,000
О	844,000	1925,000	-1,960	0,050
Зап	575,000	1656,000	-3,821	0,000
Рек	740,500	1821,500	-2,493	0,013

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 97 се види да статистички значајне разлике не постоје само на подскали Општа кондиција ($p > 0,05$), на подскали образовање разлика је на граници статистичке значајности ($p = 0,050$), док су разлике на свим осталим подскалама Скале за процену реализације животних навика статистички значајне. Слабовиди испитаници имају више скорове на наведеним подскалама, осим на подскали образовање, где нешто више резултате остварују слепи испитаници.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ПОЛ

Постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на Скали за процену животних навика у целини приказана су у Табели 98.

Табела 98. Постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на Скали за процену животних навика

Скала	Испитаници	АС	СД	СГ
ЖН	М	495,75	69,962	11,062
	Ж	478,02	62,227	8,629

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; М - мушкарци; Ж - жене; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Иако се из Табеле 98 види да испитаници имају нешто више резултате у поређењу са испитаницама из подузорка особа са оштећењем вида, једнофакторска анализа варијансе је показала да те разлике нису статистички значајне ($F=1,647$, $df=1$, $p=0,203$).

Након овога смо рачунали постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на појединачним подскалама Скале за процену животних навика. Резултати се могу видети у Табели 99.

Табела 99. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог пола на појединачним подскалама Скале за процену животних навика*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
Исх	Мушки	28,43	10,188	1,611
	Женски	31,13	6,359	0,882
ОК	Мушки	27,40	6,683	1,057
	Женски	23,40	5,919	0,821
ЛХ	Мушки	60,73	7,822	1,237
	Женски	60,33	7,594	1,053
К	Мушки	65,53	6,405	1,013
	Женски	63,25	7,170	0,994
Ст	Мушки	56,70	8,140	1,287
	Женски	54,54	7,448	1,033
М	Мушки	28,10	7,808	1,235
	Женски	23,54	8,565	1,188
Одг	Мушки	49,78	10,129	1,601
	Женски	52,10	11,748	1,629
МО	Мушки	49,28	9,982	1,578
	Женски	47,25	11,939	1,656
ЖуЗ	Мушки	51,45	14,758	2,333
	Женски	49,35	13,544	1,878
О	Мушки	2,58	3,961	0,626
	Женски	3,56	4,372	0,606
Зап	Мушки	44,53	12,712	2,010
	Женски	43,85	12,098	1,678
Рек	Мушки	31,28	12,488	1,975
	Женски	25,73	11,417	1,583

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим смо тестирали разлике на појединим доменима животних навика између испитаника са оштећењем вида различитог пола, а резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 100.

Табела 100. Разлике у подузорку испитаника са оштећењем вида у односу на пол на појединачним доменима Скале за процену животних навика

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	975,500	1795,500	-0,539	0,590
ОК	696,000	2074,000	-2,858	0,004
ЛХ	981,500	2359,500	-0,470	0,638
К	844,000	2222,000	-1,553	0,120
Ст	912,500	2290,500	-1,087	0,277
М	736,000	2114,000	-2,424	0,015
Одг	895,500	1715,500	-1,151	0,250
МО	933,500	2311,500	-0,869	0,385
ЖуЗ	936,000	2314,000	-0,820	0,412
О	938,000	1758,000	-0,942	0,346
Зап	1011,000	2389,000	-,231	0,817
Рек	764,500	2142,500	-2,182	0,029

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 100 се види да статистички значајне разлике постоје на доменима Општа кондиција ($p < 0,01$), Мобилност ($p < 0,05$) и Рекреација ($p < 0,05$) - на све три подскеле више скорове постижу мушкарци са оштећењем вида. Даље је Ман Витнијевим U тестом проверавана значајност уочених разлика на одвојеним подузорцима, а резултати су приказани у Табели 101.

Табела 101. Разлике на подскалама Општа кондиција, Покретљивост и Рекреација у односу на пол и степен оштећења вида

Подскала	Испитаници				
	Пол	Слепи		Слабовиди	
		М	Ж	М	Ж
ОК	Ранг АС	26,79	19,91	29,75	20,17
	Ман Витнијев U тест	185,000		140,000	
	Вилконсонов тест ранга	438,000		605,000	
	Z	-1,818		-2,464	
	p	0,069		0,014	
М	РАНГ АС	30,38	16,00	28,75	20,70
	Ман Витнијев U тест	99,000		156,000	
	Вилконсонов тест ранга	352,000		621,000	
	Z	-3,650		-2,034	
	p	0,000		0,042	
Рек	Ранг АС	26,27	20,48	29,38	20,37
	Ман Витнијев U тест	197,500		146,000	
	Вилконсонов тест ранга	450,500		611,000	
	Z	-1,465		-2,216	
	p	0,143		0,027	

ОК - општа кондиција; М - мобилност; Рек - рекреација; М - мушкарци; Ж - жене; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; р - значајност

На основу анализе утврђено је да статистички значајне разлике постоје код слабовидих особа на подскали Општа кондиција ($p < 0,05$) - бољу физички кондицију имају слабовиди мушкарци у поређењу са слабовидим женама. Такође, статистички значајне разлике су присутне и у домену кретања и коришћења јавног превоза у обе групе испитаника са оштећењем вида (слепи - $p \leq 0,000$, слабовиди - $p < 0,05$), као и у области активности провођења слободног времена у подзорку слабовидих испитаника ($p < 0,05$). На свим подскалама испитаници мушког пола са оштећењем вида остварују више скорове у поређењу са женама са оштећењем вида.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И УЗРАСТ

Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на старост на LIFE-Н скали приказана су у Табели 102.

Табела 102. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у целини у односу на узраст*

Скала	Група	АС	СД	СГ
ЖН	Млађи	488,45	69,585	10,150
	Старији	482,89	62,530	9,321

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Табела 102 показује да млађи испитаници имају нешто више скорове на Скали за процену животних навика у целини у поређењу са старијим испитаницима. Међутим, једнофакторска анализа варијансе је показала да на Скали у целини у подзорку особа са оштећењем вида нису присутне статистички значајне разлике ($F=0,162$, $df=1$, $p=0,688$) у односу на узраст.

У Табели 103 су приказана постигнућа испитаника са оштећењем вида различитог узраста на појединачним подскалама Скале за процену животних навика.

Табела 103. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на старост*

Подскала	Испитаници	АС	СД	СГ
Исх	Млађи	28,94	9,499	1,386
	Старији	31,02	6,784	1,011
ОК	Млађи	26,94	6,638	0,968
	Старији	23,27	5,941	0,886
ЛХ	Млађи	60,70	8,116	1,184
	Старији	60,29	7,226	1,077
К	Млађи	66,45	5,332	0,778
	Старији	61,93	7,632	1,138
Ст	Млађи	55,89	8,595	1,254
	Старији	55,04	6,915	1,031
М	Млађи	26,34	8,962	1,307
	Старији	24,67	8,020	1,196
Одг	Млађи	47,15	10,579	1,543
	Старији	55,20	10,139	1,511
МО	Млађи	48,83	9,335	1,362
	Старији	47,40	12,786	1,906
ЖуЗ	Млађи	51,98	13,973	2,038
	Старији	48,47	14,050	2,094
О	Млађи	5,19	4,312	0,629
	Старији	0,98	2,800	0,417
Зап	Млађи	41,34	10,267	1,498
	Старији	47,07	13,631	2,032
Рек	Млађи	28,70	11,624	1,696
	Старији	27,56	12,773	1,904

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим смо проверавали да ли постоје статистички значајне разлике између млађих и старијих испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену животних навика. Резултати су приказани у Табели 104.

Табела 104. Старосне разлике између испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену животних навика

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	1019,500	2147,500	-0,315	0,753
ОК	748,000	1783,000	-2,550	0,011
ЛХ	1044,500	2079,500	-0,104	0,917
К	641,500	1676,500	-3,268	0,001
Ст	1007,000	2042,000	-0,427	0,669
М	935,500	1970,500	-0,965	0,335
Одг	592,000	1720,000	-3,676	0,000
МО	1018,000	2053,000	-0,319	0,749
ЖуЗ	882,000	1917,000	-1,372	0,170
О	526,500	1561,500	-4,865	0,000
Зап	676,000	1804,000	-3,019	0,003
Рек	999,000	2034,000	-0,459	0,646

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Ман Витнијевим U тестом је утврђено да статистички значајне разлике постоје на подскалама Општа кондиција ($p < 0,05$), Комуникација ($p < 0,01$), Одговорност ($p \leq 0,000$), образовање ($p \leq 0,000$) и Запослење ($p < 0,01$). Млађи испитаници више скорове остварују на подскалама Општа кондиција, Комуникација и образовање, док старији испитаници имају више резултате на подскалама Одговорност и Запослење. Да бисмо утврдили да ли су те разлике статистички значајне и да ли зависе од степена оштећења вида, групе су анализирани издвојено на ових пет домена, а резултати су представљени у Табели 105.

Табела 105. Разлике на доменима Општа кондиција, Комуникација, Одговорност, образовање и Запослење између млађих и старијих испитаника са оштећењем вида

Подскала	Испитаници				
	Слепи		Слабовиди		
	Старост	Млађи	Старији	Млађи	Старији
ОК	Ранг АС	28,50	17,00	25,20	21,82
	Ман Витнијев U тест	130,000		220,500	
	Вилконсонов тест ранга	340,000		545,500	
	Z	-3,014		-0,989	
	p	0,003		0,322	

(наставка на следећој страни)

К	Ранг АС	26,58	19,50	29,88	18,14
	Ман Витнијев U тест	180,000		128,500	
	Вилконсонов тест ранга	390,000		453,500	
	Z	-1,801		-2,970	
	p	0,072		0,003	
Одг	Ранг АС	18,29	30,28	19,95	26,48
	Ман Витнијев U тест	124,500		188,000	
	Вилконсонов тест ранга	475,500		419,000	
	Z	-3,007		-1,719	
	p	0,003		0,086	
О	Ранг АС	28,35	17,20	29,50	18,46
	Ман Витнијев U тест	134,000		136,500	
	Вилконсонов тест ранга	344,000		461,500	
	Z	-3,092		-3,629	
	p	0,002		0,000	
Зап	Ранг АС	20,60	27,28	18,69	27,54
	Ман Витнијев U тест	184,500		161,500	
	Вилконсонов тест ранга	535,500		392,500	
	Z	-1,679		-2,351	
	p	0,093		0,019	

ОК - општа кондиција; К - комуникација; Одг - одговорност; О - образовање; Зап - запослење; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; p - значајност

Добијени резултати показују да код слепих испитаника постоје статистички значајне разлике између млађих и старијих у доменама физичке кондиције ($p < 0,01$), одговорности ($p < 0,01$) и жеље за даљим усавршавањем ($p < 0,01$) - на подскалама Опште кондиција и образовање више скорове постижу млађи испитаници, док старији имају више резултате на подскали Одговорност. У групи слабовидих испитаника статистички значајне разлике су уочене на подскалама Комуникација ($p < 0,01$), образовање ($p \leq 0,000$) и запослење ($p < 0,05$). Млађи испитаници имају више резултате када говоримо о способности одржавања усмене и писане комуникације и жеље за даљим усавршавањем, а старији слабовиди испитаници су задовољнији својим запослењем.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на образовни статус представљена су у Табели 106.

Табела 106. *Постигнућа високообразованих и ниже образованих испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика*

Скала	Група	АС	СД	СГ
ЖН	ВО	486,70	61,358	8,350
	НО	484,34	72,750	11,802

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Из Табеле можемо видети да високообразовани испитаници постижу више резултате од ниже образованих, али та разлика није статистички значајна ($F=0,028$, $df=1$, $p=0,867$).

Након овога смо рачунали постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на степен образовања на појединачним подскалама Скале за процену животних навика. Резултати су приказани у Табели 107.

Табела 107. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на степен образовања*

Подскала	Образовни статус	АС	СД	СГ
Исх	ВО	29,81	7,912	1,077
	НО	30,16	8,937	1,450
ОК	ВО	25,65	6,808	0,926
	НО	24,42	6,150	0,998
ЛХ	ВО	59,31	7,480	1,018
	НО	62,18	7,679	1,246
К	ВО	65,83	5,201	0,708
	НО	61,97	8,339	1,353
Ст	ВО	54,93	7,724	1,051
	НО	56,26	7,914	1,284
М	ВО	25,19	8,472	1,153
	НО	26,00	8,652	1,404
Одг	ВО	49,28	10,912	1,485
	НО	53,66	10,933	1,774
МО	ВО	48,33	11,370	1,547
	НО	47,84	10,894	1,767
ЖуЗ	ВО	50,28	14,095	1,918
	НО	50,24	14,162	2,297
О	ВО	4,69	4,382	0,596
	НО	0,92	2,725	0,442
Зап	ВО	44,52	10,434	1,420
	НО	43,61	14,694	2,384
Рек	ВО	28,89	11,652	1,586
	НО	27,08	12,900	2,093

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у

заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Интересовало нас је и да ли у подузорку особа са оштећењем вида различитог степена образовања постоје статистички значајне разлике. Резултати Ман Витнијевог U теста приказани су у Табели 108.

Табела 108. Разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на степен образовања на појединачним подскалама Скале за процену животних навика

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	952,000	2437,000	-0,623	0,534
ОК	932,500	1673,500	-0,782	0,434
ЛХ	813,000	2298,000	-1,724	0,085
К	780,000	1521,000	-1,962	0,050
Ст	916,000	2401,000	-0,944	0,345
М	965,000	2450,000	-0,490	0,624
Одг	739,500	2224,500	-2,297	0,022
МО	974,500	1715,500	-0,423	0,672
ЖуЗ	1015,000	2500,000	-0,087	0,930
О	564,000	1305,000	-4,298	0,000
Зап	970,500	2455,500	-0,446	0,656
Рек	962,500	1703,500	-0,506	0,613

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Статистичка анализа је показала да су значајне разлике присутне на подскалама Одговорност ($p < 0,05$) и образовање ($p \leq 0,000$), док је на подскали Комуникација разлика на граници статистичке значајности ($p = 0,050$). Високообразовани испитаници су вештији у одржавању усмене и писане комуникације, а такође показују и већу жељу за даљим усавршавањем. С друге стране, ниже образовани испитаници показују већи степен одговорности у области финансија и у односима са другим људима. Следи анализа која се тиче провере између којих група постоје статистички значајне разлике на поменутих подскалама. Резултати су приказани у Табели 109.

Табела 109. Разлике на доменима Комуникација, Одговорност и образовање између више и ниже образованих испитаника са оштећењем вида

Подскала	Степен образовања	Испитаници			
		Слепи		Слабовиди	
		ВО	НО	ВО	НО
К	Ранг АС	26,38	16,93	26,34	20,90
	Ман Витнијев U тест	132,000		201,500	
	Вилконсонов тест ранга	237,000		501,500	
	Z	-2,232		-1,381	
	p	0,026		0,167	
Одг	Ранг АС	22,84	25,00	21,02	25,77
	Ман Витнијев U тест	203,000		209,500	
	Вилконсонов тест ранга	731,000		462,500	
	Z	-,502		-1,254	
	p	0,616		0,210	
О	Ранг АС	27,50	14,36	27,05	20,25
	Ман Витнијев U тест	96,000		186,000	
	Вилконсонов тест ранга	201,000		486,000	
	Z	-3,384		-2,240	
	p	0,001		0,025	

К - комуникација; Одг - одговорност; О - образовање; ВО - високообразовани; НО - ниже образовани; ранг АС - ранг аритметичке средине; Z - Z скор; p - значајност

Добијени резултати су показали да статистички значајне разлике код слепих испитаника постоје на подскалама Комуникација ($p < 0,05$) и образовање ($p < 0,01$) - високообразоване особе имају више скорове. Код слабовидних испитаника статистички значајне разлике су присутне само на подскали образовање ($p < 0,05$) где такође високообразовани испитаници показују већу жељу за даљим усавршавањем. На подскали Одговорност нису уочене статистички значајне разлике у групама слепих и слабовидних испитаника, што значи да нађене разлике (Табела 108) нису у вези са степеном оштећења вида.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И РАДНИ СТАТУС

Следеће што смо испитивали јесу постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на радни статус. Резултати су представљени у Табели 110.

Табела 110. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на радни статус*

Скала	Група	АС	СД	СГ
ЖН	Запослени	506,26	56,308	9,134
	Незапослени	471,28	68,800	9,362

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Из Табеле 110 је јасно да више скорове на Скали за процену животних навика у целини постижу запослени испитаници са оштећењем вида, а једнофакторска анализа варијансе је показала да су уочене разлике статистички значајне ($F=6,673$, $df=1$, $p=0,011$) - запослени имају више скорове на Скали у целини.

У Табели 111 су приказана постигнућа запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика.

Табела 111. *Постигнућа запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика*

Подскала	Радни статус	АС	СД	СГ
Исх	Запослени	31,18	6,447	1,046
	Незапослени	29,09	9,357	1,273
ОК	Запослени	25,03	6,728	1,091
	Незапослени	25,22	6,462	0,879
ЛХ	Запослени	61,21	7,125	1,156
	Незапослени	60,00	8,033	1,093
К	Запослени	65,47	4,952	0,803
	Незапослени	63,37	7,930	1,079
Ст	Запослени	56,68	8,574	1,391
	Незапослени	54,63	7,144	0,972
М	Запослени	26,76	7,737	1,255
	Незапослени	24,65	8,980	1,222
Одг	Запослени	53,84	9,296	1,508
	Незапослени	49,15	11,874	1,616
МО	Запослени	48,79	12,135	1,969
	Незапослени	47,67	10,436	1,420
ЖуЗ	Запослени	50,95	12,968	2,104
	Незапослени	49,78	14,856	2,022
О	Запослени	2,53	4,018	0,652
	Незапослени	3,56	4,316	0,587
Зап	Запослени	53,37	5,469	0,887
	Незапослени	37,65	11,622	1,582
Рек	Запослени	30,45	11,619	1,885
	Незапослени	26,52	12,351	1,681

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Затим смо Ман Витнијевим У тестом проверавали да ли између постигнућа запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида постоје статистички значајне разлике. Резултати су приказани у Табели 112.

Табела 112. Разлике између испитаника са оштећењем вида у односу на радни статус на појединачним подскалама Скале за процену животних навика

Подскала	Ман Витнијев У тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	921,500	2406,500	-0,879	0,379
ОК	1015,000	1756,000	-0,092	0,927
ЛХ	909,500	2394,500	-0,943	0,346
К	958,500	2443,500	-0,538	0,590
Ст	919,500	2404,500	-0,914	0,361
М	877,000	2362,000	-1,196	0,232
Одг	800,000	2285,000	-1,812	0,070
МО	925,500	2410,500	-0,825	0,409
ЖуЗ	1025,000	1766,000	-0,008	0,994
О	882,000	1623,000	-1,340	0,180
Зап	208,500	1693,500	-6,567	0,000
Рек	862,000	2347,000	-1,307	0,191

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Статистичка анализа је показала да су разлике у односу на радни статус присутне само на домену Запослење ($p \leq 0,000$). Из Табеле 111 се може видети да на овом домену више скорове имају запослене особе, што не изненађује.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

У даљој анализи смо резултате подузорка особа са оштећењем вида на Скали за процену животних навика посматрали у зависности од времена настанка оштећења вида (присутно од рођења, тј. конгенитално и стечено касније у животу). Резултати су приказани у Табели 113.

Табела 113. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на време настанка оштећења вида*

Скала	Група	АС	СД	СГ
ЖН	Конгенитално	480,84	68,173	9,546
	Стечено	491,80	63,320	9,889

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Из Табеле 113 се може видети да више резултате показују испитаници код којих се оштећење вида јавило касније у животу. Међутим, једнофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних разлика ($F=0,626$, $df=1$, $p=0,431$).

Након овога смо испитивали постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на време настанка оштећења вида. Резултати су приказани у Табели 114.

Табела 114. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида на појединачним доменима Скале за процену животних навика*

Подскала	Време настанка оштећења вида	АС	СД	СГ
Исх	Конгенитално	28,69	9,105	1,275
	Стечено	31,54	6,975	1,089
ОК	Конгенитално	25,20	6,177	0,865
	Стечено	25,07	7,037	1,099
ЛХ	Конгенитално	60,65	8,770	1,228
	Стечено	60,32	6,089	0,951
К	Конгенитално	64,73	6,911	0,968
	Стечено	63,63	6,935	1,083
Ст	Конгенитално	53,82	7,868	1,102
	Стечено	57,54	7,263	1,134
М	Конгенитално	25,90	8,684	1,216
	Стечено	25,05	8,369	1,307
Одг	Конгенитално	49,96	10,556	1,478
	Стечено	52,49	11,666	1,822
МО	Конгенитално	45,53	11,996	1,680
	Стечено	51,37	9,055	1,414
ЖуЗ	Конгенитално	49,94	14,464	2,025
	Стечено	50,66	13,672	2,135
О	Конгенитално	3,55	4,272	0,598
	Стечено	2,61	4,110	0,642
Зап	Конгенитално	44,45	10,762	1,507
	Стечено	43,76	14,121	2,205
Рек	Конгенитално	28,43	11,051	1,547
	Стечено	27,78	13,518	2,111

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Интересовало нас је и да ли су присутне статистички значајне разлике између испитаника на појединачним доменима Скале за процену животних навика. Резултати Ман Витнијевог U теста су представљени у Табели 115.

Табела 115. Разлике на појединачним подскалама Скале за процену животних навика између испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида

Подскала	Ман Витнијев U тест	Вилконсонов тест ранга	Z	p
Исх	894,500	2220,500	-1,258	0,208
ОК	1000,500	1861,500	-0,373	0,709
ЛХ	1038,000	1899,000	-0,060	0,952
К	934,000	1795,000	-0,881	0,378
Ст	755,000	2081,000	-2,471	0,013
М	1006,500	1867,500	-0,310	0,756
Одг	955,500	2281,500	-0,715	0,475
МО	739,000	2065,000	-2,493	0,013
ЖуЗ	998,500	2324,500	-0,370	0,712
О	932,500	1793,500	-1,041	0,298
Зап	1015,500	2341,500	-0,239	0,811
Рек	1016,500	1877,500	-0,229	0,819

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; Z - Z скор; p - значајност

Ман Витнијев U тест је показао да статистички значајне разлике између испитаника код којих је оштећење вида конгенитално и испитаника код којих је до оштећења вида дошло касније у животу постоје на подскалама Становање ($p < 0,05$) и Међуљудски односи ($p < 0,05$). На обе подскале више резултате постижу испитаници са стеченим оштећењем вида.

Након овога смо проверавали да ли су разлике присутне независно од видног статуса. Групе су анализирани појединачно на ова два домена. Резултати су представљени у Табели 116.

Табела 116. Разлике на доменима Становање и Међуљудски односи у односу на време настанка оштећења вида

Подскала	Испитаници				
		Слепи		Слабовиди	
	Време настанка оштећења вида	Конг.	Стеч.	Конг.	Стеч.
Ст	Ранг АС	19,23	30,14	23,70	23,30
	Ман Витнијев U тест	132,500		260,000	
	Вилконсонов тест ранга	538,500		536,000	
	Z	-2,909		-0,108	
	p	0,004		0,914	
	МО	Ранг АС	20,80	27,69	20,98
Ман Витнијев U тест		176,500		206,500	
Вилконсонов тест ранга		582,500		482,500	
Z		-1,781		-1,323	
p		0,075		0,186	

Ст - становање; МО - међуљудски односи; конг. - конгенитално оштећење вида; стеч. - стечено оштећење вида; Z - Z скор; p - значајност

Из Табеле 116 се види да статистички значајне разлике постоје само на подскали Становање ($p < 0,01$) у групи слепих испитаника - испитаници код којих је до оштећења вида дошло касније у животу сматрају да имају боље услове становања. На подскали Међуљудски односи нису детектоване статистички значајне разлике у групама слепих и слабовидних испитаника, што значи да нађене разлике (Табела 115) нису у вези са степеном оштећења вида.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

На подзоруку испитаника са оштећењем вида је испитивана реализација животних навика у зависности од способности самосталног кретања. Резултати се могу видети у Табели 117.

Табела 117. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања*

Скала	Начин кретања	АС	СД	СГ
ЖН	Штап	456,82	55,636	13,494
	Водич	427,54	60,422	11,850
	Самостално	526,63	38,313	5,473

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СГ - стандардна грешка мерења

Из Табеле 117 је јасно да особе са оштећењем вида које се крећу самостално имају више резултате на Скали за процену животних навика у целини. Једнофакторском анализом варијансе потврђено је да су уочене разлике статистички значајне ($F=38,806$, $df=2$, $p\leq 0,000$). Накнадним Шефевим тестом проверавано је између којих група постоје статистички значајне разлике, а резултати су представљени у Табели 118.

Табела 118. *Разлике између испитаника са оштећењем вида на Скали за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања*

Скала	Група	Група	Разлика АС	СГ	р
ЖН	Штап	Водич	29,285	15,196	0,162
		Самостално	-69,809	13,714	0,000
	Водич	Штап	-29,285	15,196	0,162
		Самостално	-99,094	11,821	0,000

ЖН - укупан скор на Скали за процену реализације животних навика; разлика АС - разлика аритметичких средина; СГ - стандардна грешка мерења; р - значајност

Из Табеле 118 се може видети да статистички значајне разлике постоје између особа које за кретање користе бели штап и оних који се крећу самостално ($p\leq 0,000$), као и између испитаника који се крећу са водичем који види и оних који се крећу самостално ($p\leq 0,000$). У оба случаја више скорове постижу испитаници који се крећу самостално.

Након овога смо анализирали постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Скале за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања. Резултати Ман Витнијевог U теста су приказани у Табели 119.

Табела 119. *Постигнућа испитаника са оштећењем вида у односу на способност самосталног кретања на појединачним доменима Скале за процену животних навика*

Подскала	Способност самосталног кретања	АС	СД	СТ
Исх	Штап	26,18	9,528	2,311
	Водич	25,77	9,437	1,851
	Самостално	33,49	5,177	0,740
ОК	Штап	25,53	6,115	1,483
	Водич	23,12	6,301	1,236
	Самостално	26,08	6,686	0,955
ЛХ	Штап	55,06	5,793	1,405
	Водич	55,65	7,031	1,379
	Самостално	64,96	5,534	0,791
К	Штап	65,65	5,820	1,411
	Водич	61,65	6,939	1,361
	Самостално	65,12	6,993	0,999
Ст	Штап	55,29	6,430	1,560
	Водич	50,35	6,776	1,329
	Самостално	58,27	7,421	1,060
М	Штап	21,94	6,552	1,589
	Водич	18,62	7,658	1,502
	Самостално	30,43	6,120	0,874
Одг	Штап	47,88	9,778	2,372
	Водич	46,62	13,926	2,731
	Самостално	54,57	8,532	1,219
МО	Штап	45,53	15,084	3,658
	Водич	44,65	10,016	1,964
	Самостално	50,88	9,466	1,352
ЖуЗ	Штап	45,76	9,052	2,195
	Водич	36,50	13,134	2,576
	Самостално	59,12	8,179	1,168
О	Штап	3,59	4,431	1,075
	Водич	3,81	4,400	0,863
	Самостално	2,61	4,035	0,576
Зап	Штап	39,47	10,806	2,621
	Водич	38,58	15,326	3,006
	Самостално	48,71	8,940	1,277
Рек	Штап	24,94	13,525	3,280
	Водич	22,23	9,399	1,843
	Самостално	32,39	11,478	1,640

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; АС - аритметичка средина; СД - стандардна девијација; СТ - стандардна грешка мерења

Интересовало нас је и да ли су присутне статистички значајне разлике између испитаника на појединачним доменима Скале за процену

животних навика, што смо проверили Крускал-Волисовим тестом. Резултати су представљени у Табели 120.

Табела 120. Разлике на појединачним доменима Скале за процену животних навика у односу на способност самосталног кретања особа са оштећењем вида

Подскала	χ^2	df	p
Исх	25,403	2	0,000
ОК	4,092	2	0,129
ЛХ	39,345	2	0,000
К	7,388	2	0,025
Ст	18,721	2	0,000
М	37,829	2	0,000
Одг	11,707	2	0,003
МО	6,813	2	0,033
ЖуЗ	48,206	2	0,000
О	1,634	2	0,442
Зап	13,652	2	0,001
Рек	14,331	2	0,001

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; χ^2 - хи квадрат; df - степени слободe; p - значајност

Добијени резултати су показали да статистички значајне разлике постоје на 10 од 12 подскала: Исхрана ($p \leq 0,000$), Лична хигијена ($p \leq 0,000$), Комуникација ($p < 0,05$), Становање ($p \leq 0,000$), Мобилност ($p \leq 0,000$), Одговорност ($p < 0,01$), Међуљудски односи ($p < 0,05$), Живот у заједници ($p \leq 0,000$), Запослење ($p < 0,01$), Рекреација ($p < 0,01$). Од наведених подскала, само на Комуникацији више скорове имају особе које за кретање користе бели штап. На свим осталим доменима на којима постоје статистички значајне разлике више резултате су остваривали испитаници са оштећењем вида који се крећу самостално, што је и очекиван резултат. На подскалама Општа кондиција и образовање нису уочене статистички значајне разлике.

ОДНОС ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

С обзиром на то да је у даљој анализи потребно поредити резултате са различитих скала, било је неопходно уједначити све скорове, Стандардизација није била могућа јер на већини подскала дистрибуција резултата одступа од нормалне, због чега смо донели одлуку да се скорови трансформишу у перцентиле, јер је, када се резултати приказују на тај начин, јасно где се један испитаник налази у односу на остале испитанике из узорка.

Прво су рачунате Спирманове корелације ранга између укупног скорa Тенеси скале за процену самопоимања и укупног објективног и субјективног квалитета живота на целокупном узорку. Корелације постоје, оне су позитивне, умерене ($r_s=0,340$ и $r_s=0,472$) и значајне су на нивоу 0,01.

Даље су нас интересовале и корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног домена Свеобухватне скале квалитета живота у целокупном узорку. Резултати су приказани у Табели 121.

Табела 121. Корелације између подскала и скорова Тенеси скале за процену самопоимања и Свеобухватне скале квалитета живота

	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ
ФИЗ	0,060	-0,018	0,080	0,226**	0,444**	0,290**	0,169*	0,339**	0,204**	0,418**	0,406**
МОР	-0,067	-0,090	0,121	0,054	0,129	0,185*	0,080	0,135	0,102	0,283**	0,263**
ПЕР	-0,038	-0,101	0,097	0,168*	0,323**	0,265**	0,191*	0,289**	0,255**	0,440**	0,439**
ФАМ	0,032	-0,034	0,039	0,141	0,337**	0,204**	0,060	0,223**	0,168*	0,384**	0,355**
СОЦ	-0,066	-0,275**	-0,006	0,239**	0,175*	0,223**	0,186*	0,177*	0,172*	0,337**	0,331**
АК	0,094	-0,003	0,245**	-0,053	0,013	0,246**	0,071	0,215**	-0,011	0,195**	0,147
НО	0,016	-0,088	-0,208**	-0,009	-0,239**	-0,057	0,101	-0,168*	-0,037	-0,149*	-0,154*
С	0,060	-0,091	-0,051	-0,028	-0,151*	-0,183*	0,081	-0,102	-0,051	-0,067	-0,084
ЛПС	-0,095	0,102	0,041	0,206**	0,360**	0,258**	0,090	0,278**	0,171*	0,376**	0,376**
ДО	-0,107	-0,182*	0,070	0,149*	0,234**	0,241**	0,199**	0,203**	0,214**	0,431**	0,403**
Иден	0,030	-0,068	0,074	0,143	0,156*	0,183*	0,148	0,210**	0,111	0,291**	0,280**
Зад	0,039	-0,188*	-0,028	0,029	0,133	0,259**	0,106	0,130	0,078	0,228**	0,184*
Пон	-0,017	-0,122	0,082	0,091	0,169*	0,267**	0,159*	0,206**	0,113	0,299**	0,262**

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ЛПС – лажно позитивна слика о себи; ДО – дистрибуција одговора;

Иден - идентитет; Зад - задовољство; Пон - понашање; МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

Као што се из Табеле 121 може видети, боље физичко самопоимање је значајно повезано са бољим односима са породицом и пријатељима, вишим осећајем сигурности у заједници, са вишим емоционалним задовољством, са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима (здравље, лична постигнућа, лична срећа итд.) ($p < 0,01$) и са већим степеном осећаја припадности заједници ($p < 0,05$). Такође, виши скорови у домену физичког селфа су значајно повезани и са вишим скоровима објективног и субјективног квалитета живота ($p < 0,01$).

Боље морално самопоимање је значајно повезано са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, морални селф је повезан са вишим степеном емоционалног задовољства ($p < 0,05$).

Виши скорови у домену личног самопоимања значајно су повезани са вишим степеном осећања сигурности, са вишим емоционалним задовољством, са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима (здравље, лична постигнућа, лична срећа итд.), као и са вишим укупним објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, виши скорови на овом домену самопоимања су у вези са бољим односом са породицом и пријатељима, као и са израженијим осећајем припадности заједници ($p < 0,05$).

Виши скорови на домену породичног самопоимања значајно су повезани са вишим степеном осећања сигурности у заједници, са вишим емоционалним задовољством, са придавањем веће важности одређеним животним областима, као и са вишим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Из Табеле 121 се може видети и да је овај

домен самопоимања у вези са већим осећајем задовољства одређеним животним областима ($p < 0,05$).

Виши скорови у домену социјалног селфа значајно су повезани са бољим здравственим статусом, са бољим односима са породицом и пријатељима, са вишим емоционалним задовољством и са вишим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$), као и са вишим степеном осећања сигурности у заједници и са придавањем веће важности и са вишим степеном задовољства одређеним животним областима ($p < 0,05$).

Боље академско самопоимање је значајно повезано са већом продуктивношћу, вишим емоционалним задовољством, са придавањем веће важности одређеним животним областима и са вишим објективним квалитетом живота ($p < 0,01$).

Анализирали смо и повезаност скорова валидности и додатних скорова Тенеси скале за процену самопоимања са подскалама Свеобухватне скале квалитета живота, као и са укупним објективним и субјективним квалитетом живота у целокупном узорку. Скор Неконзистентно одговарање значајно негативно корелира са продуктивношћу и осећајем сигурности у заједници ($p < 0,01$). Такође, негативне корелације постоје између скорa Неконзистентно одговарање и придавања важности одређеним животним областима и између овог скорa и објективног и субјективног квалитета живота ($p < 0,05$). Скор Самокритичност значајно негативно корелира са осећајем сигурности и са емоционалним задовољством ($p < 0,05$). Виши скор Лажно позитивна слика о себи је у корелацији са бољим односом са породицом и пријатељима, са вишим степеном осећаја сигурности у заједници, са вишим степеном емоционалног задовољства, са придавањем веће важности одређеним животним областима, као и са вишим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, виши скор Лажно позитивна слика о себи је значајно повезан са већим осећајем задовољства одређеним

животним областима ($p < 0,05$). Виши скор на Дистрибуцији одговора је у негативној корелацији са здравственим статусом ($p < 0,05$), а позитивно је повезан са већим осећајем сигурности у заједници, са вишим степеном емоционалног задовољства, са већим степеном осећаја припадности заједници, са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима, као и са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Додатно, виши скорови на Дистрибуцији одговора у вези су са бољим односима са породицом и пријатељима ($p < 0,05$).

Што се тиче додатних скорова Тенеси скале за процену самопоимања, из Табеле 121 се може видети да је Идентитет позитивно повезан са придавањем веће важности одређеним животним областима и са вишим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, у вези је са већим осећајем сигурности у заједници и са вишим степеном емоционалног задовољства ($p < 0,05$). Виши скор на Задовољству је у вези са вишим степеном емоционалног задовољства и са објективним квалитетом живота ($p < 0,01$), као и са бољим здравственим статусом и вишим субјективним квалитетом живота ($p < 0,05$). Понашање је значајно позитивно повезано са вишим емоционалним задовољством, са придавањем веће важности одређеним животним областима и са вишим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, овај скор је у вези са већим осећајем сигурности у заједници, као и са већим степеном осећаја припадности заједници ($p < 0,05$).

У циљу детаљнијег увида у однос између самопоимања и квалитета живота у зависности од видног статуса, следећи корак је подразумевао примену корелативне анализе у подузорку особа из опште популације, слепих и слабовидних особа посебно. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног домена Свеобухватне скале квалитета живота за појединачне подузорке приказане су у Табелама 122, 123 и 124.

Табела 122. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свебухватне скале за процену квалитета живота у подузорку слепих испитаника

	Слепи										
	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ
ФИЗ	0,313*	0,193	0,230	0,388**	0,528**	0,256	0,380**	0,599**	0,122	0,412**	0,364*
МОР	0,132	-0,019	0,273	-0,010	0,339*	0,144	0,017	0,238	-0,004	0,357*	0,317*
ПЕР	0,138	0,219	0,308*	0,074	0,489**	0,117	0,137	0,368*	0,188	0,339*	0,345*
ФАМ	0,122	0,126	-0,080	0,044	0,372*	0,113	0,225	0,210	0,187	0,287	0,301*
СОЦ	0,357*	0,029	0,132	0,309*	0,189	0,054	0,108	0,325*	0,146	0,245	0,272
АК	0,110	-0,185	0,247	-0,153	0,050	0,154	-0,107	0,078	-0,110	0,079	0,054
НО	0,231	-0,008	-0,200	-0,171	-0,100	-0,215	0,007	-0,300*	-0,221	-0,175	-0,258
С	0,180	-0,093	-0,115	0,180	-0,148	-0,338*	-0,029	-0,094	-0,028	-0,125	-0,103
ЛПС	-0,034	0,052	0,048	0,101	0,527**	0,384**	0,410**	0,390**	0,029	0,467**	0,430**
ДО	0,009	0,008	0,177	0,157	0,344*	0,142	0,200	0,261	0,041	0,331*	0,284
Иден	0,262	-0,176	0,100	0,069	-0,081	0,046	0,181	0,068	-0,287	0,110	-0,004
Зад	0,126	0,052	-0,019	-0,011	-0,136	0,120	0,120	0,089	-0,190	-0,097	-0,161
Пон	-0,031	0,000	0,068	-0,021	-0,099	-0,020	0,198	0,051	-0,150	0,013	-0,046

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ЛПС – лажно позитивна слика о себи; ДО – дистрибуција одговора; Иден – идентитет; Зад – задовољство; Пон – понашање; МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; ОКЖ – објективни квалитет живота; СКЖ – субјективни квалитет живота

** – корелација је значајна на нивоу 0,01

* – корелација је значајна на нивоу 0,05

Код слепих испитаника боља физичка слика о себи је значајно повезана са бољим материјалним статусом и са субјективним квалитетом живота ($p < 0,05$); такође, у овом подузорку су детектоване везе између бољег физичког селфа и бољих односа са породицом и пријатељима, вишим степеном осећаја сигурности у заједници, активнијим учествовањем у животу заједнице, са придавањем веће важности различитим аспектима живота и са бољим објективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Слепе особе које имају више моралне вредности имају и бољи објективни и субјективни квалитет живота и показују виши степен осећаја сигурности у заједници ($p < 0,05$). Више самовредновање појединца је повезано са већом продуктивношћу, са вишим степеном осећаја сигурности у заједници, са придавањем веће важности различитим

животним аспектима и са бољим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,05$). Виши породични селф код слепих испитаника у вези је са вишим степеном осећаја сигурности у заједници и са бољим субјективним квалитетом живота ($p < 0,05$). Слепи испитаници из нашег узорка који имају више самопоимање у односу на секундарне социјалне групе (виши Социјални селф) имају бољи материјални статус, остварују боље односе са породицом и са пријатељима и придају већу важност различитим аспектима живота ($p < 0,05$). Већа склоност ка давању неконзистентних одговора код слепих испитаника повезана је са већим придавањем важности различитим животним аспектима ($p < 0,05$). Виши капацитет за самокритичност слепих особа из нашег узорка у вези је са вишим степеном емоционалног задовољства ($p < 0,05$). Давање социјално пожељних одговора, односно, представљање себе у лажно позитивном светлу, значајно је позитивно повезано са вишим степеном осећаја сигурности у заједници, са вишим степеном емоционалног задовољства, са активнијим учествовањем у животу заједнице, са већим придавањем важности различитим животним аспектима, као и са бољим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Скор Дистрибуција одговора значајно је повезан са вишим степеном сигурности у заједници и са бољим објективним квалитетом живота ($p < 0,05$). У подузорку слепих особа нису уочене корелације између начина на који појединац себе перципира у радном или у школском окружењу (Академски селф) и подскала Свеобухватне скале квалитета живота, као ни између додатних скорова Тенеси скале за процену самопоимања (Идентитет, Задовољство, Понашање) и подскала Свеобухватне скале квалитета живота ($p > 0,05$).

Табела 123. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свеобухватне скале за процену квалитета живота у подузорку слабовидих испитаника

Слабовиди											
	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ
ФИЗ	0,257	0,237	0,056	-0,015	0,353*	0,257	0,157	0,186	0,156	0,379**	0,383**
МОР	-0,302*	-0,070	0,023	0,134	0,240	0,209	0,018	0,070	0,128	0,090	0,130
ПЕР	-0,170	0,221	0,119	0,222	0,368*	0,375*	0,224	0,367*	0,193	0,416**	0,454**
ФАМ	-0,055	0,098	0,150	0,058	0,420**	0,190	-0,151	0,147	0,073	0,234	0,176
СОЦ	-0,151	0,095	-0,100	0,193	0,199	0,148	0,194	0,189	0,130	0,083	0,135
АК	-0,139	-0,076	0,093	-0,036	0,072	0,123	0,363*	0,120	0,116	0,103	0,163
НО	0,089	-0,124	-0,185	0,021	-0,418**	0,061	-0,014	-0,114	-0,039	-0,198	-0,143
С	-0,085	0,014	-0,089	-0,343*	-0,377**	-0,298*	-0,276	-0,368*	-0,006	-0,147	-0,135
ЛПС	-0,036	0,209	0,007	0,235	0,372*	0,250	0,275	0,303*	0,039	0,270	0,211
ДО	-0,160	0,246	0,057	0,085	0,288	0,133	0,099	0,219	0,259	0,332*	0,382**
Иден	0,050	0,150	0,109	-0,022	0,109	0,228	-0,023	0,152	0,064	0,035	0,001
Зад	0,176	0,094	0,000	-0,178	0,036	0,172	0,063	-0,001	-0,005	-0,059	-0,126
Пон	0,067	0,195	0,081	-0,182	0,178	0,349*	0,139	0,134	-0,029	0,034	-0,021

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ЛПС – лажно позитивна слика о себи; ДО – дистрибуција одговора; Иден – идентитет; Зад – задовољство; Пон – понашање; МБ – материјално благостање; ЗДР – здравље; ПРОД – продуктивност; ИНТ – односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ – сигурност; ЕБ – емоционално благостање; МуЗ – осећај припадања заједници; В – важност; З – задовољство; ОКЖ – објективни квалитет живота; СКЖ – субјективни квалитет живота

** – корелација је значајна на нивоу 0,01

* – корелација је значајна на нивоу 0,05

У подузорку слабовидих испитаника боље физичко самопоимање је значајно позитивно повезано са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$), као и са вишим степеном осећаја сигурности у заједници ($p < 0,05$). Више моралне вредности слабовидих испитаника у вези су са нижим материјалним статусом ($p < 0,05$). Боља слика коју појединац има о себи (Лични селф) у вези је са бољим објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$) и са вишим степеном осећаја сигурности у заједници, са вишим степеном емоционалног задовољства и са придавањем веће важности различитим животним аспектима ($p < 0,05$). Више породично самопоимање је код слабовидих испитаника из нашег узорка значајно повезано са вишим степеном осећаја сигурности у заједници ($p < 0,01$). Начин на који слабовиди појединац себе перципира у

радном или у школском окружењу (Академски селф) позитивно је повезан са осећајем припадности заједници ($p < 0,05$). Тежња ка давању социјално пожељних одговора, односно, ка представљању себе у лажно позитивном светлу, позитивно је повезана са придавањем важности различитим животним аспектима ($p < 0,05$). Виши додатни скор Понашање, који се односи на оно што особа ради или на начин на који нешто ради, у вези је са вишим степеном емоционалног задовољства ($p < 0,05$). Склоност ка давању неконзистентних одговора остварује значајне негативне везе са осећајем сигурности у заједници ($p < 0,01$). Капацитет за самокритичност је значајно негативно повезан са успостављањем и одржавањем односа са породицом и пријатељима, са осећајем сигурности у заједници, са степеном емоционалног задовољства и са придавањем важности различитим аспектима живота ($p < 0,05$). Самопоимање у смислу адекватности интеракција са другим људима (Социјални селф), баш као ни скор валидности Дистрибуција одговора и додатни скорови Идентитет и Задовољство у подузорку слабовидих особа нису у вези ни са једном подскалом Свеобухватне скале квалитета живота ($p > 0,05$).

Табела 124. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног дела Свеобухватне скале за процену квалитета живота у подузорку испитаника без оштећења вида

Испитаници без оштећења вида											
	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ
ФИЗ	0,012	0,008	0,088	0,325**	0,449**	0,309**	-0,005	0,437**	0,238*	0,426**	0,430**
МОР	0,068	-0,084	0,128	0,029	0,009	0,192	0,013	0,159	0,188	0,330**	0,332**
ПЕР	0,084	-0,143	0,047	0,267*	0,230*	0,262*	0,108	0,337**	0,320**	0,495**	0,499**
ФАМ	0,093	-0,097	0,066	0,241*	0,255*	0,261*	0,088	0,328**	0,208	0,540**	0,528**
СОЦ	0,092	-0,084	0,117	0,302**	0,152	0,317**	0,032	0,384**	0,191	0,512**	0,481**
АК	0,199	-0,055	0,272*	-0,005	0,015	0,375**	0,037	0,300**	0,087	0,333**	0,271*
НО	0,044	-0,005	-0,216	0,077	-0,235*	-0,091	0,195	-0,089	0,020	-0,165	-0,154
С	0,157	0,105	0,069	0,014	-0,057	-0,093	0,273*	0,094	-0,071	-0,078	-0,091
ЛПС	-0,169	-0,006	0,031	0,249*	0,283**	0,235*	-0,135	0,206	0,311**	0,426**	0,459**
ДО	0,061	-0,056	0,169	0,242*	0,153	0,299**	0,087	0,363**	0,299**	0,510**	0,499**
Иден	0,030	0,042	0,082	0,324**	0,302**	0,250*	0,100	0,390**	0,342**	0,509**	0,565**
Зад	0,114	-0,198	0,061	0,206	0,270*	0,363**	0,037	0,372**	0,201	0,537**	0,503**
Пон	0,083	0,033	0,218*	0,345**	0,276*	0,337**	0,050	0,485**	0,284**	0,558**	0,541**

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С –

самокритичност; ЛПС - лажно позитивна слика о себи; ДО - дистрибуција одговора; Иден - идентитет; Зад - задовољство; Пон - понашање; МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

Виши физички селф испитаника без оштећења вида је у значајној вези са бољим односима са породицом и пријатељима, са вишим степеном осећаја сигурности у заједници, са вишим степеном емоционалног задовољства, са придавањем веће важности и са већим задовољством ($p < 0,05$) различитим аспектима живота, као и са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Више моралне вредности значајно су повезане само са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Боље самовредновање појединца је повезано са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима, са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$), али и са бољим односима са породицом и пријатељима, са вишим степеном осећања сигурности у заједници и са вишим емоционалним задовољством ($p < 0,05$). Самопоимање у односу на примарну социјалну групу (Породични селф) значајно је позитивно повезано са придавањем важности одређеним животним областима, са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, виши породични селф је у вези са бољим односима са породицом и са пријатељима, са вишим степеном осећања сигурности у заједници и са вишим емоционалним задовољством ($p < 0,05$). Испитаници без оштећења вида који имају боље самопоимање у односу на секундарне социјалне групе (Социјални селф) имају и боље односе са породицом и пријатељима, показују више емоционално задовољство, придају више важности различитим аспектима живота, а имају и бољи објективни и субјективни квалитет живота ($p < 0,01$). Појединци који боље перципирају себе у радном или у школском окружењу (Академски селф) показују и виши степен емоционалног

задовољства, придају више важности различитим животним аспектима и показују виши објективни квалитет живота ($p < 0,01$). Такође, овај домен самопоимања је позитивно повезан са степеном продуктивности и са субјективним квалитетом живота ($p < 0,05$). Особе без оштећења вида које су склоне давању неконзистентних одговора не осећају се сигурнима у заједници ($p < 0,05$). Капацитет за самокритичност је код особа из опште популације значајно повезан са већим учешћем у животу заједнице ($p < 0,05$). Приказивање себе у лажно позитивном светлу, односно, давање социјално пожељних одговора, је значајно повезано са придавањем веће важности различитим аспектима живота и са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$). Такође, овај скор валидности значајно позитивно корелира са односом са породицом и пријатељима и са емоционалним задовољством ($p < 0,05$). Дистрибуција одговора је у значајној вези са већим степеном емоционалног задовољства, са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима, са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$), као и са бољим односима са породицом и пријатељима ($p < 0,05$). Скор којим особа себе описује (Идентитет) значајно је повезан са бољим односима са породицом и пријатељима, са већим степеном сигурности у заједници, са придавањем веће важности и осећањем задовољства одређеним животним областима, са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$), али и са вишим степеном емоционалног задовољства ($p < 0,05$). Већи степен самоприхватања особе (додатни скор Задовољство) у вези је са бољим односима са породицом и пријатељима, са објективним и субјективним квалитетом живота ($p < 0,01$) и са већим степеном сигурности у заједници ($p < 0,05$). Виши додатни скор Понашање, који се односи на оно што особа ради или на начин на који појединац нешто ради значајно је позитивно повезан са односом са породицом и пријатељима, са емоционалним задовољством, са придавањем важности и осећањем задовољства одређеним животним областима, са објективним и субјективним

квалитетом живота ($p < 0,01$), као и са степеном продуктивности и са осећајем сигурности у заједници ($p < 0,05$).

ОДНОС ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ИСПИТАНИКА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

У овом одељку ћемо приказати корелације између Тенеси скале за процену самопоимања и Скале за процену реализације животних навика у подузорку испитаника са оштећењем вида.

Прво су рачунате Спирманове корелације ранга између укупног сора Тенеси скале за процену самопоимања и укупног сора на Скали за процену животних навика у подузорку испитаника са оштећењем вида. Корелације постоје, оне су позитивне, слабе ($r_s = 0,225$) и значајне су на нивоу 0,05.

Затим су нас интересовале корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Скале за процену животних навика на подузорку особа са оштећењем вида. Резултати су приказани у Табелама 125 и 126.

Табела 125. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и Скале за процену животних навика код слепих испитаника

Слепи испитаници													
скала	Исх	ОК	ЛХ	К	Ст	М	Одг	МО	ЖуЗ	О	Зап	Рек	
ФИЗ	-0,024	0,312*	0,055	0,284	0,199	0,066	-0,008	0,109	-0,018	0,120	-0,026	0,425**	
МОР	-0,104	0,085	-0,124	0,005	0,036	-0,078	0,159	-0,195	-0,062	-0,065	-0,089	0,257	
ПЕР	0,065	0,176	0,167	0,132	-0,034	-0,006	0,046	0,060	0,005	-0,007	-0,071	0,066	
ФАМ	-0,114	0,039	-0,004	-0,006	0,089	-0,159	-0,030	0,039	-0,203	-0,313*	-0,056	0,075	
СОЦ	-0,232	0,141	-0,210	0,207	-0,207	-0,283	-0,059	-0,228	-0,203	-0,123	-0,153	0,059	
АК	-0,046	0,012	0,055	0,026	0,001	0,112	0,296*	-0,153	0,105	-0,133	0,214	0,048	
НО	0,097	-0,207	-0,009	-0,270	0,119	0,062	-0,144	-0,116	0,013	0,172	-0,230	-0,056	
С	0,022	-0,041	-0,163	-0,129	0,133	0,067	-0,106	-0,063	0,038	0,078	0,134	0,263	
ЛПС	-0,196	0,088	0,026	0,203	-0,008	0,049	0,136	-0,106	-0,057	-0,277	-0,216	0,078	
ДО	-0,012	0,085	-0,071	0,054	0,082	0,008	0,009	-0,200	-0,111	-0,149	-0,101	0,230	
Иден	0,202	0,098	0,101	-0,162	0,077	0,096	-0,012	0,146	-0,006	0,131	0,076	0,139	
Зад	-0,084	-0,118	-0,145	-0,106	-0,259	-0,274	-0,169	0,062	-0,125	0,237	0,040	-0,056	
Пон	-0,005	-0,034	0,001	-0,024	-0,279	-0,053	-0,152	0,094	-0,047	0,154	0,233	-0,024	

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ЛПС – лажно позитивна слика о себи; ДО – дистрибуција одговора; Иден – идентитет; Зад – задовољство; Пон – понашање; Исх – исхрана; ОК – општа кондиција; ЛХ – лична хигијена; К – комуникација; Ст – становање; М – мобилност; Одг – одговорност; МО – међуљудски односи; ЖуЗ – живот у заједници; О – образовање; Зап – запослење; Рек – рекреација

** – корелација је значајна на нивоу 0,01

* – корелација је значајна на нивоу 0,05

Табела 126. Корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и Скале за процену животних навика код слабовидих испитаника

Слабовиди испитаници												
скала	Исх	ОК	ЛХ	К	Ст	М	Одг	МО	ЖуЗ	О	Зап	Рек
ФИЗ	0,153	0,270	0,136	0,163	0,191	0,154	-0,108	0,193	0,458**	0,162	-0,068	0,103
МОР	0,011	-0,155	0,304*	-0,062	0,149	0,002	0,114	-0,069	0,129	-0,246	0,118	-0,083
ПЕР	0,200	-0,139	0,151	0,119	0,190	0,208	0,019	-0,035	0,326*	0,026	0,162	0,119
ФАМ	0,312*	0,200	0,033	0,229	-0,004	0,160	0,007	-0,086	0,261	-0,072	-0,042	0,182
СОЦ	-0,033	0,112	0,237	0,126	0,043	0,075	0,065	-0,049	0,164	-0,077	0,118	0,052
АК	0,062	0,117	0,038	0,236	0,017	0,020	0,155	0,114	0,143	-0,128	0,234	0,187
НО	-0,378**	-0,257	0,016	-0,227	-0,104	-0,252	0,263	0,113	-0,413**	-0,216	0,012	-0,208
С	0,105	0,073	0,038	0,010	-0,158	0,078	0,121	0,049	-0,146	-0,008	0,166	0,087
ЛПС	-0,033	0,215	0,252	0,121	0,320*	0,192	-0,021	0,057	0,408**	0,014	-0,153	0,015
ДО	-0,072	-0,073	0,255	0,135	-0,003	0,147	0,100	0,002	0,241	-0,071	0,280	0,022
Иден	-0,008	-0,057	0,102	0,209	0,125	0,118	-0,124	-0,011	-0,012	0,014	0,011	0,127
Зад	-0,232	0,019	0,136	-0,118	0,001	-0,268	-0,256	-0,100	-0,269	-0,153	-0,070	-0,058
Пон	-0,142	0,062	0,073	-0,051	0,027	-0,220	-0,148	0,019	-0,238	-0,221	0,182	0,075

ФИЗ – физички селф; МОР – морални селф; ПЕР – лични селф; ФАМ – породични селф; СОЦ – социјални селф; АК – академски селф; НО – неконзистентно одговарање; С – самокритичност; ЛПС – лажно позитивна слика о себи; ДО – дистрибуција одговора; Иден – идентитет; Зад – задовољство; Пон – понашање; Исх – исхрана; ОК – општа кондиција; ЛХ – лична хигијена; К – комуникација; Ст – становање; М – мобилност; Одг – одговорност; МО – међуљудски односи; ЖуЗ – живот у заједници; О – образовање; Зап – запослење; Рек – рекреација

** – корелација је значајна на нивоу 0,01

* – корелација је значајна на нивоу 0,05

Оно што се прво може уочити је да у извесној мери постоји различит образац веза између појединих аспеката самопоимања и животних навика у зависности од степена оштећења вида. У оба случаја постоји мали број корелација и оне се крећу у рангу ниских до умерених ($r_s=0,296-0,458$), с тим што је у популацији слепих особа однос између различитих аспеката ова два концепта мање изражен (детектоване су само четири статистички значајне корелације).

Слепе особе које имају бољи став о свом телу, стању здравља, физичком изгледу (Физички селф) знатно су више ангажоване у активностима слободног времена ($p < 0,01$) и имају бољу физичку кондицију ($p < 0,05$). Код ових особа боља перцепција себе у радном или у школском окружењу (Академски селф) значајно је повезана са већим степеном одговорности у области финансија и у односима са другим људима ($p < 0,05$). С друге стране, самопоимање појединца у односу на примарну социјалну групу (Породични селф) је негативно повезано са степеном образовања ($p < 0,05$).

Када говоримо о подузорку слабовидих, ситуација је нешто другачија: слика коју особа има о свом телу, физичком изгледу, стању здравља ($p < 0,01$) и самовредновање појединца ($p < 0,05$) су значајно повезани са већим бројем реализованих животних навика у области живота у заједници ($p < 0,01$). Моралне вредности су у вези са већим бројем животних навика у области личне хигијене ($p < 0,05$). Перцепција појединца у односу на примарну социјалну групу значајно је повезана са животним навикама у области припреме хране и исхране ($p < 0,05$). Виши скор валидности Лажно позитивна слика о себи, скор који указује на тенденцију давања социјално пожељних одговора, значајно је повезан са већим бројем животних навика у области живота у заједници ($p < 0,01$) и у области услова становања ($p < 0,05$). Тенденција давања већег броја неконзистентних одговора значајно је негативно повезана са животним навикама у области припреме хране и исхране и у области живота у заједници (у оба случаја на нивоу $p < 0,01$).

ОДНОС ИЗМЕЂУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ИСПИТАНИКА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

Спирманове корелације су показале да између укупног скорa на Скали за процену животних навика и скорa на делу Скале који мери објективни квалитет живота постоји позитивна корелација ($r_s=0,274$) значајна на нивоу 0,01. Између животних навика и субјективног квалитета живота постоје корелације, али оне нису статистички значајне ($p>0,05$). Детаљнијом анализом утврђено је да изванредан број значајних корелација постоји на нивоу појединих аспеката животних навика и квалитета живота. Резултати су приказани у Табели 127.

Табела 127. Корелације између подскала Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота

скала	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ
Исх	0,130	0,105	0,144	-0,044	-0,007	-0,020	0,110	-0,032	-0,194	0,014	-0,068
ОК	0,046	0,057	0,049	-0,049	0,180	0,040	0,202	0,154	0,012	0,037	0,025
ЛХ	-0,118	0,275**	0,201	-0,217*	-0,060	0,059	0,231*	0,033	-0,127	0,094	0,024
К	0,034	0,196	0,107	0,218*	0,224*	0,093	0,157	0,298**	0,043	0,136	0,107
Ст	-0,002	0,209*	0,220*	0,152	-0,012	0,246*	0,325**	0,273**	-0,254*	0,055	-0,053
М	-0,004	0,315**	0,193	-0,014	-0,014	0,022	0,234*	0,141	-0,127	0,108	0,024
Одг	-0,044	0,082	0,424**	0,002	-0,097	0,157	0,132	0,198	-0,183	0,127	0,039
МО	0,053	0,112	0,263*	-0,079	-0,129	-0,009	0,024	0,082	0,164	0,107	0,146
ЖуЗ	-0,162	0,191	0,161	-0,050	-0,009	0,085	0,223*	0,092	-0,068	0,135	0,055
О	0,125	0,005	0,149	0,192	0,108	-0,076	-0,114	0,162	0,073	0,058	0,055
Зап	0,084	0,175	0,363**	-0,020	-0,140	0,067	0,062	0,211*	-0,172	0,076	0,005
Рек	0,058	0,112	0,295**	0,224*	0,093	0,241*	0,226*	0,393**	-0,095	0,129	0,020

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

Из Табеле 127 се може уочити постојање позитивних корелација између животних навика које су у вези са одржавањем личне хигијене и

бољег здравственог стања ($p < 0,01$) и израженијег осећаја припадности заједници ($p < 0,05$). Међутим, група животних навика које се односе на одржавање личне хигијене показује и негативну повезаност са односом са породицом и пријатељима ($p < 0,05$). Способност одржавања усмене и писане комуникације корелира са придавањем веће важности одређеним животним областима ($p < 0,01$), као и са бољим односом са породицом и пријатељима и са већим осећајем сигурности у заједници ($p < 0,05$). Животне навике које се односе на услове становања у вези су са већим степеном осећаја припадности заједници ($p < 0,01$), али и са бољим здравственим стањем, већом продуктивношћу и вишим емоционалним задовољством ($p < 0,05$). Додатно, ова група животних навика је у негативној вези са осећајем задовољства одређеним животним областима ($p < 0,05$). Кретање и коришћење различитих превозних средстава које испитаник обавља без тешкоћа и без помоћи повезано је са бољим здравственим стањем ($p < 0,01$) и са већим осећајем припадности заједници ($p < 0,05$). Одговорност у области финансија и у односима са другим људима у вези је са већом продуктивношћу ($p < 0,01$). Одржавање присних међуљудских односа је такође у вези са вишим степеном продуктивности ($p < 0,05$). Живот у заједници има везе са израженијим осећајем припадности заједници ($p < 0,05$). Веће задовољство запослењем је у вези са већом продуктивношћу ($p < 0,01$) и са већим степеном придавања важности одређеним животним областима ($p < 0,05$). Активности провођења слободног времена у значајној вези су са већом продуктивношћу и већим степеном придавања важности одређеним животним областима ($p < 0,01$), као и са бољим односом са породицом и пријатељима, вишим емоционалним задовољством и израженијим осећајем припадности заједници ($p < 0,05$). Жеља за даљим усавршавањем (Образовање) није у корелацији са подскалама Свеобухватне скале квалитета живота ($p > 0,05$).

У циљу детаљнијег увида у однос између животних навика и квалитета живота у подузорку испитаника са оштећењем вида, примењена

је корелативна анализа у групама слепих и слабовидних особа посебно. Резултати су приказани у Табелама 128 и 129.

Табела 128. Корелације између подскала Свеобухватне скале квалитета живота и Скале за процену животних навика код слепих испитаника

Слепи												
скала	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ	
Исх	0,117	-0,215	0,065	-0,133	-0,013	-0,025	0,028	-0,159	-0,120	-0,127	-0,163	
ОК	0,249	0,089	0,216	-0,021	0,252	0,024	0,252	0,252	0,091	0,181	0,188	
ЛХ	0,030	-0,066	0,215	-0,320*	0,105	0,050	0,074	-0,035	0,059	0,136	0,144	
К	0,051	0,075	0,154	0,458**	0,390**	0,101	0,235	0,425**	-0,038	0,155	0,117	
Ст	0,038	-0,113	0,056	-0,018	0,170	0,177	0,122	0,065	-0,043	-0,010	-0,057	
М	-0,042	-0,052	0,074	-0,070	0,158	-0,066	0,122	-0,033	-0,027	0,017	0,010	
Одг	-0,073	-0,125	0,549**	-0,141	0,000	0,167	-0,062	0,145	-0,150	0,120	0,061	
МО	0,141	-0,020	0,269	-0,056	-0,070	0,069	0,030	0,121	0,161	0,044	0,088	
ЖуЗ	-0,116	-0,222	0,133	-0,166	0,058	0,025	0,099	-0,074	0,111	-0,002	-0,004	
О	0,199	0,094	0,132	0,169	0,109	0,105	-0,034	0,208	-0,090	-0,034	-0,087	
Зап	0,143	0,024	0,349*	0,121	-0,185	-0,115	-0,142	0,188	-0,148	-0,074	-0,105	
Рек	0,072	0,024	0,290	0,308*	0,178	0,108	0,202	0,367*	-0,111	0,118	0,013	

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - покретљивост; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

Из Табеле 128 се види да су у подзорку слепих испитаника присутне следеће корелације између подскала Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота: животне навике које се односе на одржавање личне хигијене значајно су негативно повезане са односом са породицом и пријатељима ($p < 0,05$). Боља комуникација је у вези са вишим степеном интимности, са израженијим осећајем сигурности у заједници и са придавањем веће важности одређеним животним областима ($p < 0,01$). Код слепих испитаника који показују већу одговорност у области финансија и у односима са другим људима ($p < 0,01$) и код оних који су задовољнији својим запослењем ($p < 0,05$) уочене су везе са вишим степеном продуктивности. Активности провођења слободног времена су повезане са бољим односима са породицом и пријатељима и са придавањем веће

важности одређеним животним областима ($p < 0,05$). Код слепих особа седам области животних навика није повезано са појединачним доменима квалитета живота ($p > 0,05$).

Табела 129. Корелације између подскала Свеобухватне скале квалитета живота и Скале за процену животних навика код слабовидих испитаника

Слабовиди												
скала	МБ	ЗДР	ПРОД	ИНТ	СИГ	ЕБ	МуЗ	В	З	ОКЖ	СКЖ	
Исх	0,049	-0,042	0,143	0,038	0,084	-0,080	-0,165	-0,057	-0,051	0,154	0,105	
ОК	-0,095	-0,044	-0,142	-0,064	0,124	0,024	0,115	0,051	-0,019	-0,098	-0,117	
ЛХ	-0,190	0,036	0,073	-0,269	0,082	0,028	-0,033	-0,132	0,014	0,035	-0,021	
К	0,045	0,076	-0,025	0,082	0,118	0,049	0,023	0,151	0,208	0,122	0,157	
Ст	0,061	0,246	0,328*	0,341*	-0,075	0,340*	0,340*	0,446**	-0,335*	0,107	-0,014	
М	0,104	0,176	0,203	0,089	-0,101	-0,009	0,001	0,152	0,015	0,155	0,126	
Одг	0,096	-0,062	0,239	0,128	-0,076	0,120	0,108	0,165	-0,082	0,076	0,026	
МО	0,029	0,025	0,190	-0,083	-0,152	-0,107	-0,193	-0,023	0,331*	0,174	0,251	
ЖуЗ	-0,148	0,060	0,011	0,043	0,173	0,111	0,026	0,087	0,097	0,276	0,262	
О	0,028	0,086	0,237	0,235	0,006	-0,237	-0,117	0,178	0,134	0,179	0,193	
Зап	0,114	-0,008	0,319*	-0,153	0,016	0,111	0,105	0,151	0,029	0,234	0,219	
Рек	0,097	-0,063	0,244	0,155	0,038	0,257	0,178	0,356*	0,028	0,076	0,042	

Исх - исхрана; ОК - општа кондиција; ЛХ - лична хигијена; К - комуникација; Ст - становање; М - мобилност; Одг - одговорност; МО - међуљудски односи; ЖуЗ - живот у заједници; О - образовање; Зап - запослење; Рек - рекреација; МБ - материјално благостање; ЗДР - здравље; ПРОД - продуктивност; ИНТ - односи са породицом и пријатељима (интимност); СИГ - сигурност; ЕБ - емоционално благостање; МуЗ - осећај припадања заједници; В - важност; З - задовољство; ОКЖ - објективни квалитет живота; СКЖ - субјективни квалитет живота

** - корелација је значајна на нивоу 0,01

* - корелација је значајна на нивоу 0,05

У подузорку слабовидих испитаника (Табела 129) корелације су уочене између услова становања и придавања веће важности одређеним животним областима ($p < 0,01$), као и између услова становања и веће продуктивности, бољег односа са породицом и пријатељима, вишим емоционалним задовољством и израженијим осећајем припадности заједници ($p < 0,05$). Негативне везе постоје између услова становања и осећаја задовољства одређеним животним областима ($p < 0,05$). Међуљудски односи су у вези са вишим осећајем задовољства одређеним животним областима ($p < 0,05$). Запослење је повезано са вишим скоровима у области продуктивности ($p < 0,05$), а провођење слободног времена корелира са придавањем веће важности одређеним животним областима ($p < 0,05$). Код

слабовидних испитаника осам области животних навика није у вези ни са једном подскалом квалитета живота ($p > 0,05$).

V. ДИСКУСИЈА

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ ТЕНЕСИ СКАЛЕ ЗА ПРОЦЕНУ САМОПОИМАЊА

У тексту који следи дискутовани су резултати добијени применом Тенеси скале за процену самопоимања код испитаника из опште популације и испитаника са оштећењем вида. Такође, испитан је и однос између самопоимања и независних варијабли.

Анализом резултата добијеним на основу поређења самопоимања у популацији особа са оштећењем вида и особа из опште популације у нашем истраживању добили смо налаз који показује да највиша постигнућа на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања имају слабовиди испитаници ($AC=53,04$), затим слепи ($AC=49,86$), а најниже резултате су имали испитаници из опште популације ($AC=48,39$). Детаљнија анализа је показала да статистички значајне разлике постоје само између слабовидних испитаника и испитаника без оштећења вида ($p<0,05$) – слабовиди испитаници остварују највише скорове на скали у целини. Између слепих испитаника и особа без оштећења вида и између две групе испитаника са оштећењем вида није уочено присуство статистички значајних разлика. То би могло да значи да присуство оштећења вида не мора аутоматски да значи и постојање негативног самопоимања. Резултати истраживања Вер и сарадника (Were et al., 2010) су, између осталог, показали и да слепи ученици имају ниже самопоимање од слабовидних ученика. У нашем истраживању су резултати слични, с тим што су наш узорак чиниле одрасле особе са оштећењем вида.

Веза између оштећења вида и потенцијалних тешкоћа у развоју самопоимања била је предмет дебата и неслагања током година (Halder & Datta, 2012; Lucy, 1997; Mishra & Singh, 2012). Већина студија сугерише да је због неусаглашених резултата у овој области потребно још истраживања. Прво, до сада је највећи број истраживања о самопоимању реализован на

узорцима које су чинили деца и адолесценти, јер су аутори сматрали да су управо детињство и адолесценција периоди развоја када се мења и самопоимање. Тек са променом перспективе и са схватањем да се самопоимање развија и мења и у одраслом добу, истраживачи су почели да испитују овај конструкт и у популацији одраслих. Међутим, приметан је мали број доступних истраживања у популацији одраслих особа са оштећењем вида. Додатно, поређење резултата отежава и то што су неки аутори (Al-Zyoudi, 2007; Halder & Datta, 2012; López-Justicia & del Carmen Richardo, 2001; Lucy, 1997) испитивали више димензија самопоимања, док су други (Mishra & Singh, 2012; Were et al., 2010) мерили само један његов аспект (укупно самопоимање), упркос чињеници да се показало да то маскира важне разлике у компетенцијама и способностима које појединци показују у различитим ситуацијама у животу. Даље, разлике у резултатима између студија могу бити и последица начина на који су испитаници бирани, као и последица различитих начина прикупљања података. Додатно, интерпретација резултата добијених проценом самопоимања може бити изазов ако знамо за тврдњу Шавлесона и сарадника (Shavelson et al., 1976) да су ученици (сви, не само ученици са неким обликом инвалидитета) склони томе да дају социјално пожељне одговоре и да користе ту стратегију уколико не могу или не желе да говоре о свом „приватном“ самопоимању.

У до сада реализованим истраживањима уочена су два екстрема у процени самопоимања код деце и адолесцената са оштећењем вида. Једна група аутора тврди да ове особе имају веома лоше самопоимање (Halder & Datta, 2012; Lucy, 1997; Mishra & Singh, 2012), док су други аутори тврдили да, у поређењу са испитаницима без оштећења вида, особе са оштећењем вида прецењују личне атрибуте (Obiakor & Stile, 1990). Такође, и Хартер и сарадници (Harter et al., 1997, према Al-Zyoudi, 2007) су, поредећи самопоимање слепих особа и особа из опште популације, дошли до закључка да су слепе особе показивале екстремне резултате – или су имале

веома ниско самопоимање или су своје особине прецењивале у поређењу са особама из опште популације. У вези са тим, Гал (Gal, 2011) тврди да и особе са инвалидитетом себе анализирају, виде се и креирају слику о себи на специфичан начин и имају тенденцију да себе позитивно самопроцењују; једноставно, одбацују негативне карактеристике да би креирале, развиле и одржале позитивно самопоимање. Та тенденција би могла да послужи као објашњење наших резултата – можда је то једноставно један вид механизма одбране који особама са оштећењем вида олакшава ношење са изазовима са којима се свакодневно сусрећу. Такође, истраживања базирана на теорији социјалног поређења кажу да се, у ситуацији када је самопоимање угрожено, људи пореде са инфериорнијима од себе што, због примене нижих критеријума приликом поређења, за резултат може да има побољшање самопоимања. У нашем случају, могуће да су се слабовиде особе поредиле са слепима, за које сматрају да су у лошијем положају, а не са особама из опште популације. Применом тзв. поређења „на доле“ слабовиди су покушали себе да представе у бољем светлу, тако што ће се поредити са неким ко је, по њиховом мишљењу, испод њих и на тај начин су стимулисали, развиле и одржале своје самопоимање (Crocker et al., 1987, према Datta, 2013). Ово би могао да буде разлог због ког је њихово самопоимање више него што смо можда очекивали на основу прегледа доступне литературе.

Поред испитивања самопоимања код особа са оштећењем вида, а због недостатка емпиријских радова у тој области, споменућемо још једно скорије истраживање које је реализовано у популацији особа са церебралном парализом у Сједињеним америчким државама (Gannoti, Minter, Chambers, Smith & Tylkowski, 2011) и у коме је за процену самопоимања коришћен инструмент који смо и ми употребили у нашој студији (TSCS:2). Циљ студије Ганоти и сарадника (Gannoti et al., 2011) првенствено је био утврдити степен самопоимања код одраслих особа са церебралном парализом, а затим и анализирати односе између

самопоимања, депресије, задовољства животом, нивоа тежине оштећења и присутних баријера које отежавају и/или онемогућавају партиципацију испитаницима. Аутори су испитивање реализовали телефонским путем (дакле, није постојала анонимност одговора), уз усмени пристанак испитаника. Већина испитаника са церебралном парализом имала је просечно или високо самопоимање у поређењу са нормативним вредностима Скале. Прецизније, мање од 15% испитаника у овом истраживању показује ниско самопоимање које није било у вези са полом нити са нивоом тежине оштећења. Особе са ниским самопоимањем из узорка су најниже скорове имале на доменима Лични и Породични селф. Иако уочене разлике нису биле статистички значајне, испитаници са високим самопоимањем су чешће од осталих били запослени, живели су самостално, бринули су о својим финансијама, возили су и били су сексуално активни. У закључку аутори истичу да у испитиваној популацији нису уочили ризик за појаву ниског самопоимања, а детектовано задовољство животом испитаника Ганоти и сарадници (Gannoti et al., 2011) су повезали са здравим, позитивним самопоимањем. Упркос присутном значајном физичком инвалидитету и упркос томе што у одређеним активностима нису могли да учествују, већина испитаника са церебралном парализом из овог узорка имала је позитивно самопоимање, што може бити још једна потврда тога да присуство инвалидитета није једино одговорно за лошу слику о себи.

Када посматрамо постигнућа испитаника из нашег узорка на појединачним подскалама Генеси скале за процену самопоимања, уочавамо да су статистички значајне разлике нађене само на подскалама Морални ($p < 0,05$) и Социјални селф ($p < 0,01$). На подскали Морални селф статистички значајне разлике постоје између слабовидих испитаника и испитаника без оштећења вида ($p < 0,01$), као и између слабовидих и слепих испитаника ($p < 0,05$), све у корист слабовидих који на овој подскали остварују највише резултате. У домену селфа који се односи на примарну

социјалну групу статистички значајне разлике постоје између испитаника са оштећењем вида (независно од степена оштећења) и испитаника из опште популације ($p < 0,01$) – највише резултате остварују слабовиде, а затим слепе особе. Када се посматрају и пореде постигнућа две групе испитаника из нашег истраживања на скоровима валидности Лажно позитивна слика и Неконзистентно одговарање и на додатном скору Идентитет, уочавамо одсуство статистички значајних разлика. С друге стране, слабовиде особе показују значајно већи капацитет за самокритичност у поређењу са особама из опште популације ($p < 0,05$). У случају Дистрибуције одговора, слабовиди испитаници такође показују највише резултате, статистички значајно различите од испитаника без оштећења вида ($p < 0,01$), а статистички значајне разлике су приметне и између слепих особа и особа из опште популације ($p < 0,05$). На додатним скоровима Задовољство и Понашање статистички значајне разлике су присутне само између слепих особа и особа без оштећења вида ($p < 0,05$).

Прегледом тренутно доступне литературе пронађене су две докторске дисертације у којима су приказана постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним доменима самопоимања (Datta, 2013; Lucy, 1997). У истраживању које је реализовано у Кини (Lucy, 1997) испитаници са оштећењем вида су најниже резултате постигли управо у области социјалног селфа. Већина њих је имала прилично узак круг пријатеља и често су се та пријатељства сводила на дружење само са особама са којима имају заједничке интересе. Када говоримо о моралном аспекту селфа, испитаници у наведеном истраживању су показивали две крајности: једни су себе описивали као љубазне особе увек спремне да помогну, док су други себе описивали као непоуздане и неискрене особе. Међутим, гледано у глобалу, добијени подаци указују на то да, иако се суочавају са многим тешкоћама и без обзира на научену беспомоћност, ученици углавном имају позитивну слику о себи са моралног аспекта. Разлике између испитаника са оштећењем вида из узорка и испитаника из

нормативног узорка су биле мале, тј. нису биле статистички значајне. Дата (Datta, 2013) наводи да је већина испитаника са оштећењем вида из њене студије показала ниско морално самопоимање. Исти резултат је добила и када се ради о перцепцији појединца у односу на друге. Испитаници са оштећењем вида из Индије су показали одређени ниво изолације или социјалног избегавања, за шта ауторка сматра да је могло озбиљно да утиче на формирање и одржавање личних односа са вршњацима из опште популације. Ови резултати се разликују од резултата наше студије, за шта бисмо објашњење могли да потражимо у културолошким разликама које постоје између земаља у којима су реализована истраживања. Такође, и узраст испитаника се разликовао: у нашем истраживању испитаници су били одрасли, стари од 18 до 65 година, а поменуте ауторке су испитивале адолесценте. Ако се вратимо на причу о диференцијацији самопоимања, сетићемо се и да је адолесцентима више него одраслим особама важно да се уклопе са другима, да се не разликују од вршњака. С друге стране, личност одрасле особе је формирана, стабилна, одрасли не сматрају да је бити другачији обавезно нешто лоше, што се затим одсликава у позитивнијем самопоимању. Због тога можемо претпоставити да је и узраст испитаника утицао на разлике у резултатима између наших студија.

Фернандез и сараднице (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007) су реализовале истраживање са циљем да утврде могуће разлике у самопоимању код одраслих особа са два облика инвалидитета: видљивим (моторичка оштећења) и невидљивим (ретинтис пигментоза). Значајне разлике ауторке су детектовале на физичком, моралном и породичном самопоимању. Испитаници са видљивим, односно, моторичким инвалидитетом имали су ниже скорове у домену физичког селфа и у морално-етичкој области самопоимања у поређењу са испитаницима са сензорним инвалидитетом. С друге стране, у области породичног самопоимања особе са видљивим инвалидитетом имале су више резултате.

Ауторке сматрају да ће, када недостатак могу да уоче и други људи, он постати стални подсетник на то да особа (тј. њено тело) није савршена. Међутим, уколико не постоји видљиво оштећење, појединац ће се лакше приближити концепту идеалне телесности и атрактивности који се у данашњем друштву вреднује. У истраживању које је реализовано у Чилеу ауторке (Valenzuela-Zambrano & López-Justicia, 2015) су такође потврдиле да је ометеност у вези са нижим нивоом физичког самопоимања – испитаници са оштећењем вида и са моторичким оштећењима у поменутом истраживању себе су доживљавали као мање физички компетентне и мање атрактивне; додатно, ниже скорове на домену физичког селфа постизали су испитаници са видљивим оштећењем. Поменуте ауторке нису нашле разлике између испитаника са ометеношћу и испитаника из опште популације на другим димензијама самопоимања.

Што се тиче моралног самопоимања, особе са видљивим оштећењем ће и на тој димензији имати ниже резултате у поређењу са особама са невидљивим оштећењем (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007). С друге стране, на породичном самопоимању (које се односи на осећање вредновања себе као члана породице) испитаници са моторичким оштећењима ће имати више резултате у поређењу са испитаницима са оштећењем вида. Ауторке (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007) више нивое самопоимања повезују са превладавањем последица ометености и то кроз позитиван однос према животу и кроз виши ниво социјалне партиципације, док за ниже нивое самопоимања сматрају да негативно утичу на здравље (и физичко и психичко), а доводе их у везу са социјалном изолацијом, депресијом, ниским самовредновањем.

Поло Санчез и Лопес-Хустисија (Polo Sánchez & López-Justicia, 2012) су анализирале самопоимање студената са оштећењем вида, оштећењем слуха и са моторичким оштећењима у поређењу са самопоимањем студената без оштећења. Резултати које су добиле су показали да студенти са инвалидитетом себе доживљавају мање компетентним у академском

окружењу, као и да негативније перципирају своје емоционално стање. Другим речима, поменуте ауторке су потврдиле да је ометеност повезана са нижим нивоом академског и емоционалног самопоимања. Интересантно је да на преостале три димензије самопоимања (социјално, физичко, породично) нису нађене статистички значајне разлике између испитаника, упркос томе што постоји вероватноћа да ће студенти са инвалидитетом испољавати тешкоће у области социјалних интеракција, првенствено јер могу да имају тешкоће у комуникацији са другим људима (са колегама, професорима, ненаставним особљем).

САМОПОИМАЊЕ И ПОЛ

Што се тиче пола као независне варијабле, наше истраживање је показало да на узорку у целини нису присутне полне разлике на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања ($p > 0,05$). Када посматрамо постигнућа испитаника мушког и женског пола на појединачним доменима самопоимања, статистички значајне разлике примећујемо само између мушкараца и жена из опште популације на подскали Социјални селф – жене постижу статистички значајно више резултате од мушкараца када је реч о остваривању односа са другим људима (који нису чланови породице) ($p < 0,05$). Претпостављамо да је овакав резултат последица тога што су у нашој земљи су жене те које су у већој мери упућене на социјалну сферу, што је у складу са једном од родних улога коју социо-културно окружење намењује женама. Статистички значајне разлике између испитаника различитог пола на осталим појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања, као и на додатним скоровима и скоровима валидности у нашем истраживању нису уочене.

Недоследни резултати су уочени и у истраживањима која су испитивала полне разлике у области самопоимања. Ротембург (Rothenburg, 1997, према Al-Zyoudi, 2007) је нашао да слепе жене имају више скорове у области личног идентитета, физичког, породичног и

социјалног самопоимања, док су мушкарци имали више скорове на домену моралног самопоимања и у домену задовољства собом, док је Ал-Зоуди (Al-Zyoudi, 2007) у својој студији показао да су слабовиде испитанице имале ниже самопоимање у поређењу са слабовидим мушкарцима на три процењиване компоненте: социјално, породично и морално самопоимање. Међутим, с обзиром на то да су оба наведена истраживања укључивала само једну групу особа са визуелним оштећењем (слепе или слабовиде, а не и једне и друге), није могуће генерализовати те резултате на целокупну популацију особа са оштећењем вида. Даље, Полинели и Тамајо (Paulinelli & Tamayo, 1986, према Halder & Datta, 2011) су показали да мушкарци који виде имају више резултате у области самопоимања него жене у Португалу, док међу слепим испитаницима нису нашли полне разлике ни у једном домену самопоимања. Споменућемо опет истраживање реализовано у Чилеу (Valenzuela-Zambrano & López-Justicia, 2015) у ком су ауторке детектовале полне разлике у подзорку испитаника са оштећењем вида на домену академског самопоимања – жене су остваривале више скорове. На осталим доменима нема статистички значајних разлика између мушкараца и жена са оштећењем вида; такође, ни у подзорку испитаника са моторичким поремећајима нису нађене статистички значајне разлике у односу на пол. Фернандез и сараднице (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007) су нашле полне разлике на узорку у целини у домену личног и социјалног селфа, али када су посматрале издвојене подзорке испитаника са моторичким и испитаника са сензорним оштећењима, установиле су да нема значајних разлика које би биле повезане са типом (а самим тим и са видљивошћу) инвалидитета. У истраживању Поло Санчез и Лопес-Хустисија (Polo Sánchez & López-Justicia, 2012) мушкарци су имали више скорове на емоционалном самопоимању, што је резултат који је у складу са налазима других студија реализованих на узорцима неометених испитаника (Amezcuá & Pichardo, 2000; Esnaola, 2005; Fernández et al., 2010 све према

Polo Sánchez & López-Justicia, 2012). На основу тих резултата ауторке су изнеле претпоставку да може да постоји већа вероватноћа да ће се код жена јавити емоционални проблеми (депресија, анксиозност). Дата и Талукдар (Datta & Talukdar, 2016) у својој студији нису уочиле статистички значајне полне разлике на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања. Такође, Аренс и Хаселхорн (Arens & Hasselhorn, 2014) и Халдер и Дата (Halder & Datta, 2011) нису нашле статистички значајне разлике у укупном самопоимању код слепих мушкараца и жена, што је био случај и у нашем истраживању. Дата (Datta, 2013) је у својој докторској дисертацији користила исти инструмент као и ми у нашем истраживању и такође је посматрала појединачне домене самопоимања. На подскали Социјални селф није уочила присуство статистички значајних разлика између мушкараца и жена са оштећењем вида, али је уочила да већина њених испитаника има ниже резултате од просека који су аутори скале дали као норме. Ми нисмо поредили резултате испитаника са оштећењем вида са нормама Скале, јер је она стандардизована у Америци. Стога смо укључили контролну групу испитаника из опште популације.

САМОПОИМАЊЕ И УЗРАСТ

Резултати нашег истраживања нису потврдили присуство статистички значајних разлика између старијих и млађих испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини ($p > 0,05$). Посматрањем постигнућа на појединачним подскалама овог инструмента утврдили смо да су статистички значајне разлике између испитаника различитог узраста присутне само на два домена: Морални ($p < 0,05$) и Академски селф ($p < 0,01$). Затим смо урадили додатне анализе, како бисмо проверили да ли су разлике присутне независно од видног статуса. Добијени резултати показали су да су разлике у погледу моралних вредности везане искључиво за старост испитаника и не зависе од њиховог видног статуса. У

нашем истраживању старији испитаници су имали статистички значајно више резултате на домену моралног самопоимања, што није резултат који изненађује, јер старије особе имају више животног искуства, а и доследно се придржавају усвојених моралних норми. С друге стране, статистички значајна разлика у односу на начин на који млађе и старије особе себе перципирају у школском и у радном окружењу постоји код слепих испитаника ($p < 0,05$) и испитаника из опште популације ($p < 0,01$). Код обе групе испитаника старије одрасле особе (изнад 34 године) имају више скорове на поменутом домену. Такође, ни овај резултат нас није изненадио, јер је група старијих испитаника чешће запослена и себе позитивно перципира у радном окружењу. На крају смо проверавали да ли су разлике између млађих и старијих испитаника присутне на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале статистички значајне. Резултати су показали да млађи испитаници имају нешто виши капацитет за самокритичност од старијих. Разлика јесте статистички значајна ($p < 0,05$), али нема велики практични значај, с обзиром на то да узраст објашњава мали проценат варијансе ($\eta^2_p = 0,030$). На осталим скоровима валидности и додатним скоровима није уочено присуство статистички значајних разлика. Такође, нисмо утврдили ни присуство статистички значајних интеракција између старости испитаника и видног статуса на поменутих скоровима. Могуће да су непостојању статистички значајних разлика у нашој студији допринели и развојни процеси и процеси сазревања. Чињеница је да смо током разговора са испитаницима у нашем истраживању приметили присуство одређеног нивоа незадовољства материјалним статусом, тешкоћа у одржавању социјалних контаката и немогућност посеђивања културних садржаја у мери у којој би испитаници желели, али очигледно је да све то није имало утицај на слику коју особе са оштећењем вида из нашег узорка имају о себи. Претпостављамо да је разлог томе то што су сви наведени

фактори спољни, на њих испитаници не могу утицати, па су због тога (постали) резилијентни на њихов утицај.

Жанг и Ли (Zhang & Li, 2010) у свом раду наводе сличну тврдњу: личност одраслих је прилично стабилна, самим тим и њихово самопоимање је стабилно. Одрасле особе су свесне тога да различите ситуације могу да изазову различита понашања и различита осећања. Такође, Вајли (Wylie, 1979, према Marsh, Parker & Barnes, 1985) је у свом раду сумирала резултате истраживања реализованих до 1977. године и није нашла чврсте доказе за позитивне или негативне ефекте година на промену самопоимања на узрасту од 6 до 50 година. Разлике добијене на појединачним доменима самопоимања биле су ретке и недоследне, због чега је ауторка закључила да није могуће говорити о правилном утицају година на самопоимање. У два истраживања која су реализована у Шпанији (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007; Valenzuela-Zambrano & López-Justicia, 2015) ауторке нису нашле значајне разлике између испитаника у односу на узраст.

Студија Итијерах и Кумар (Ittyerah & Kumar, 2007) у целини, а посебно разговор са испитаницима након теста, показала је да одрасле особе са инвалидитетом имају позитивније самопоимање у поређењу са адолесцентима и са децом. До одраслог доба особа налази своје место у животу и у свету, има формиран идентитет, што значи и да самопоимање те особе током времена постаје стабилније. Гледано у глобалу, позитиван став указује на аспирацију особа са инвалидитетом да воде хармоничан и продуктиван живот. Као и Мартинес (Martinez, 1995), и ове ауторке отварају питање везе самопоимања и аспирација.

САМОПОИМАЊЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Испитанике из нашег узорка смо на основу нивоа образовања поделили у две групе: ниже образоване и високообразоване. Добијени резултати нису потврдили постојање статистички значајних разлика

између ове две групе испитаника ($p > 0,05$) на постигнућима на Скали у целини. Што се тиче резултата на појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања у односу на ову независну варијаблу, статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника из узорка детектоване су само на подскали која мери како појединац себе вреднује у смислу адекватности интеракција са другим људима (Социјални селф; $p < 0,01$). Затим смо проверавали да ли су разлике присутне независно од видног статуса. На домену Социјални селф постоје статистички значајне разлике ($p < 0,01$) између високообразованих и ниже образованих слабовидних испитаника – ниже образовани имају више скорове на овој подскали, док код слепих испитаника и испитаника без оштећења вида нису уочене значајне разлике у домену Социјалног селфа. Такође, испитивали смо да ли се групе испитаника различитог образовног нивоа разликују на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале. Статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника из узорка присутне су само на скору који се односи на мерење склоности ка давању неконзистентних одговора ($p < 0,01$) и то само у подузорку испитаника без оштећења вида – ниже образовани испитаници из опште популације имају склоност да чешће дају неконзистентне одговоре. Поменућемо опет истраживање Поло Санчез и Лопес-Хустисиа (Polo Sánchez & López-Justicia, 2012) у коме нису нађене статистички значајне разлике између студената са оштећењем вида, оштећењем слуха и са моторичким оштећењима на доменима социјални, физички и породични селф. Ауторке сматрају да је могуће да је приступ факултетском образовању омогућио да се самопоимање студената са инвалидитетом у поменуте три димензије побољша тако што су њихови испитаници имали прилику да прошире своје социјалне мреже и да повећају своју аутономију, а последично су побољшали и своју слику о себи.

САМОПОИМАЊЕ И РАДНИ СТАТУС

У раду смо се бавили и утврђивањем постигнућа запослених и незапослених испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања. Што се тиче резултата на Скали у целини, једнофакторска анализа варијансе није показала да су присутне разлике између запослених и незапослених испитаника статистички значајне ($p > 0,05$). Када говоримо о резултатима на појединачним доменима на Тенеси скали, присуство статистички значајних разлика у односу на радни статус испитаника смо детектовали само на подскали Академски селф ($p < 0,01$). Више резултате на овом домену самопоимања имају запослени испитаници, што не изненађује, ако знамо да се резултати на овој подскали односе на то како испитаник себе перципира у школском или у радном окружењу. Разлике нису биле присутне када смо посматрали групе испитаника посебно. Такође, ни двофакторска анализа варијансе није потврдила постојање статистички значајних интеракција између радног статуса и степена оштећења вида. Посматрали смо и постигнућа и испитивали присуство статистички значајних разлика на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале. Резултати су показали да само на скору Неконзистентно одговарање постоје статистички значајне разлике ($p < 0,05$) између запослених и незапослених испитаника са оштећењем вида. Неконзистентне одговоре чешће дају незапослени испитаници.

Кон (Cohn, 1978) се у свом раду бавио утицајем промене радног статуса на ставове које појединци имају о себи. Сматрао је да промена ставова о себи у негативном смеру у случају губитка посла зависи од неколико фактора. Прво, ефекат зависи од тога колико је појединцу важно да буде запослен. Стога, опет долазимо до питања везе између аспирација и самопоимања, као и повезаности између самопоимања и очекивања од одређене групе људи. Можда ово може да објасни и непостојање статистички значајних разлика између испитаника у нашем узорку.

Могуће да су у нашем друштву (због дугогодишње доминације медицинског модела ометености која је скоро прекинута) очекивања од особа са инвалидитетом генерално, а самим тим и од особа са оштећењем вида, веома ниска – од њих се неке ствари једноставно не очекују, па се не очекује ни да буду запослене. У вези са тим, знамо да је самопоимање начин на који особа себе перципира, а та перцепција се формира кроз искуства појединца са околином, кроз интерпретације околине, али и кроз евалуације од стране особа које су појединцу значајне. Уколико блиско окружење презаштићује особе са оштећењем вида и уколико их чланови породице и пријатељи доживљавају као некога ко не може или не уме да ради, ове особе ће такве евалуације интернализovati, почеће да верују у њих. С друге стране, на основу разговора са особама са оштећењем вида јасно је да они узроке своје незапослености најчешће виде у друштву, тачније, у неспремности компанија да изврше адаптације које су им потребне, неспремности да им се пружи једнака шанса да остваре своје право и сл. Може бити да због тих екстерно условљених фактора није присутан (негативан) утицај радног статуса (тачније, незапослености) на самопоимање.

САМОПОИМАЊЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

Интересовало нас је и да ли у подузorkу испитаника са оштећењем вида могу да се уоче статистички значајне разлике у односу на време настанка оштећења вида. На Скали у целини, као и на појединачним подскалама, скоровима валидности и додатним скоровима нисмо потврдили постојање статистички значајних разлика између особа код којих је оштећење вида присутно од рођења и испитаника код којих је оштећење вида настало касније у животу. Претпоставка аутора из Турске (Volat et al., 2011) је да се испитаници са конгениталним оштећењем вида могу адаптирати на свој инвалидитет без значајног утицаја на њихово

самопоимање, што је вероватно био случај и са испитаницима са конгениталним оштећењем вида из наше студије. С друге стране, иако смо очекивали да испитаници са стеченим оштећењем вида имају ниже самопоимање, овим истраживањем то нисмо потврдили. Карен Хорнај (према Rosenberg, 1989) је у свом раду писала о томе да самоидеализација има дубок, первазиван утицај на живот појединца, представља вид механизма одбране који се често активира када се људи осећају неповољније него што би желели, у ситуацији искључивања из друштва, у случају ниског самопоштовања. И то може бити објашњење непостојања разлика између испитаника са конгениталним и стеченим оштећењем вида.

САМОПОИМАЊЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

Још једна независна варијабла чију повезаност са самопоимањем смо испитивали била је способност самосталног кретања особа са оштећењем вида. Уочене разлике на Скали у целини нису статистички значајне. Добијени резултати нису показали постојање статистички значајних разлика ни на појединим доменима самопоимања у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида. Анализом резултата у подузорку особа са оштећењем вида, утврђено је да испитаници који се крећу уз помоћ водича који види показују нешто виши степен самокритичности у поређењу са испитаницима који се крећу самостално и испитаницима који за кретање користе бели штап. Опажене разлике су статистички значајне ($p < 0,05$), а способност самосталног кретања објашњава скоро 8% варијансе ($\eta^2_p = 0,074$). На скоровима валидности Самокритичност и Дистрибуција одговора интеракција између степена оштећења вида и способности самосталног кретања је статистички значајна ($p < 0,05$). Степен самокритичности се разликује код особа које су несамосталне у кретању у зависности од степена оштећења вида.

Слабовиде особе које при кретању користе помоћ водича који види имају виши степен самокритичности од слепих несамосталних особа ($p < 0,05$). С друге стране, на скору Дистрибуција одговора, статистички значајне разлике су уочене у групи испитаника са оштећењем вида који се крећу самостално. Слабовиде особе које се крећу саме имају више резултате у односу на слепе самосталне особе ($p < 0,05$). Што се тиче скорова валидности и додатног скорa на којима дистрибуција резултата одступа од нормалности, добијени резултати нису показали постојање статистички значајних разлика у односу способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида.

Преглед литературе је показао да појединци са оштећењем вида имају способност да одрже позитивно самопоимање. Ови резултати не потврђују да се присуство оштећења вида аутоматски своди на то да тај појединац има и негативно самопоимање, што нас наводи на закључак да оштећење вида није једино одговорно за негативно самопоимање и да је могуће да и неки други чиниоци доприносе непостојању или неидентификовању разлика. Неки аутори (Hurre, Komulainen & Aro, 1999, према Halder & Datta, 2011) сматрају да односи са пријатељима могу значајно да допринесу побољшању самопоштовања и самопоимања младих људи са оштећењем вида.

У сваком случају, овим истраживањем смо показали да негативно самопоимање не мора обавезно и трајно да буде присутно код особа са оштећењем вида у одраслом добу. Дакле, без обзира на то што постоје докази да присуство инвалидитета може код деце и адолесцената да изазове одређене тешкоће у различитим областима развоја, није неопходно да узрокује и проблеме у социјалном функционисању или у области самопоимања. У успешном развојном процесу особа са инвалидитетом може се развити, порастати и постати добро прилагођена особа (Hurre & Aro, 1998).

За крај, наводимо сумњу коју је у свом раду изнела Дата (Datta, 2013). Она се пита да ли је уопште могуће поредити самопоимање испитаника са оштећењем вида и испитаника из опште популације ако знамо да и једни и други имају своје јединствене, посебне и различите карактеристике? Ово питање ће остати отворено до неког наредног истраживања са сличном темом.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ СВЕОБУХВАТНЕ СКАЛЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

У одељку који следи продискутовани су резултати добијени применом Свеобухватне скале квалитета живота код испитаника из опште популације и испитаника са оштећењем вида. Такође, испитан је и однос између квалитета живота и независних варијабли.

Када посматрамо постигнућа испитаника из нашег узорка на Свеобухватној скали квалитета живота, уочавамо да статистички значајне разлике постоје само на делу Скале који мери објективни квалитет живота ($p \leq 0,000$), док на делу који мери субјективни квалитет живота нема статистички значајних разлика између три групе испитаника ($p > 0,05$). Детаљнијом анализом смо утврдили да на објективном домену квалитета живота статистички значајне разлике постоје само између испитаника из опште популације и слепих испитаника ($p \leq 0,000$), а у корист особа без оштећења вида. Овакав резултат не изненађује, јер се објективни квалитет живота односи на чињенично стање – радни статус, висину прихода, место становања, учесталост одлазака код лекара, учесталост одржавања социјалних контаката итд., а особе из опште популације се приликом реализације наведених активности не сусрећу са баријерама, као што је то случај са особама са оштећењем вида. Затим смо проверавали постоје ли статистички значајне разлике између испитаника у нашем истраживању на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота.

Анализа је показала да су статистички значајне разлике присутне на подскалама Материјално благостање ($p < 0,01$), Здравље ($p \leq 0,000$), Продуктивност ($p < 0,01$), Осећај припадања заједници ($p \leq 0,000$) и Важност ($p < 0,01$). Детаљнија провера је показала да особе из опште популације имају бољи материјални ($p < 0,01$) и здравствени статус ($p \leq 0,000$) од обе групе особа са оштећењем вида. Додатно, статистички значајне разлике на подскали Здравље уочене су и у подузорку са оштећењем вида – слабовиди испитаници имају бољи здравствени статус у односу на слепе. Што се тиче степена продуктивности, наше истраживање је показало да статистички значајне разлике ($p < 0,01$) постоје између особа из опште популације и слепих испитаника – продуктивнији су испитаници без оштећења вида. Резултати су показали да се слабовиди испитаници значајно разликују од слепих особа ($p < 0,01$) и од особа из опште популације ($p \leq 0,000$) на подскали Место у заједници, односно, слабовиди чешће учествују у животу заједнице. У поређењу са преостале две групе испитаника, слепи испитаници придају већу важност одређеним аспектима живота (здрављу, личној срећи, личним постигнућима итд.) ($p < 0,01$), односно овај аспект субјективног квалитета живота је виши код слепих испитаника из нашег истраживања.

Општеприхваћени став је да оштећење вида има значајне ефекте на квалитет живота. Овај став је подржан чињеницом да старије особе које имају тешкоће са видом имају и ниже скорове на инструментима који процењују квалитет живота у поређењу са својим вршњацима који немају оштећење вида (La Grow, Alpass, Stephens & Towers, 2011). Наши испитаници су били у радно продуктивном добу, али се наведени став и у нашем истраживању показао као тачан. Одсуство статистички значајних разлика између слабовидих испитаника и испитаника из опште популације у нашем истраживању може се објаснити остацима вида код слабовидих, што очигледно има велики значај у остваривању задовољавајућег нивоа објективног квалитета живота. По мишљењу Ванг и

сарадника (Wang, Chan & Chi, 2014), проблеме у различитим доменима квалитета живота ће проузроковати ниво оштећења вида, пре него специфично обољење. Лангелан и сарадници (Langelaan et al., 2009) својим истраживањем потврђују да је квалитет живота одраслих особа са оштећењем вида нижи од квалитета живота њихових вршњака из опште популације, а понекад је нижи и од квалитета живота особа са другим облицима инвалидитета (нпр. особа са оштећењем слуха). У истраживању које су реализовали Гуд и сарадници (Good et al., 2008) укупно задовољство животом је било ниже у подзорку испитаника са оштећењем вида у поређењу са особама које нису имале ово сензорно оштећење. Аутори су навели да су независност и учесталост активности у њиховом узорку били нижи код испитаника са оштећењем вида.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ПОЛ

Што се тиче полних разлика у нашем узорку, резултати показују да су на Скали у целини резултати уједначени, статистички значајне разлике нису уочене ни на објективном ($p > 0,05$), ни на субјективном ($p > 0,05$) делу Скале. На појединачним доменима Скале ситуација је иста – нису детектоване статистички значајне полне разлике. Изузетак је подскала Интимност на којој су резултати на граници статистичке значајности ($p = 0,055$). Додатна анализа је показала да жене из опште популације имају статистички значајно више резултате од мушкараца на поменутој подскали. У подзорку особа са оштећењем вида није уочен такав тренд. С обзиром на то да се подскала Интимност односи на одржавање односа са члановима породице и са пријатељима, добијене резултате бисмо могли да доведемо у везу са очекиваним родним улогама – најчешће су жене „задужене“ за одржавање социјалних контаката.

За разлику од нашег истраживања, Римерман и Моргенстерн (Rimmerman & Morgenstern, 2003) су у својој студији указали на то да је само пол утицао на квалитет живота (тачније, на два његова фактора:

социјално припадање и интегрисање у заједницу). У њиховом истраживању мушкарци са оштећењем вида имали су више скорове на квалитету живота у поређењу са женама. Подсећамо још једном на очекиване родне улоге, али и на очекивања која у различитим окружењима људи имају од особа са оштећењем вида – постоји могућност да је то утицало на појаву недоследних резултата у истраживањима.

И преглед литературе показује недоследности када се посматра утицај пола на квалитет живота. У једној од студија аутори (Trillo & Dickinson, 2012) повезују мушки пол са лошијом адаптацијом на губитак вида. Кар и сарадници (Carr, Gibson & Robinson, 2001) истичу да, као начин успешног суочавања са променама околности, појединци могу прилагодити своја очекивања. Као резултат тог прилагођавања, неће се појавити разлика између њихових очекивања и искустава. Ако знамо да одступање искустава од очекивања може да има негативан утицај на квалитет живота (Moons et al., 2006), онда можемо претпоставити да ће, уколико се појединац успешно адаптира на ситуацију, између очекивања и искустава постојати (позитивна) повезаност, што ће позитивно утицати и на квалитет живота. Ванг и сарадници (Wang et al., 2014) у свом прегледном истраживању наводе резултате студија у којима су аутори нашли да је квалитет живота у вези са здрављем био лошији код жена него код мушкараца, али и резултате студија у којима аутори то нису могли да потврде. Котб, Гадала и Марзук (Kotb, Gadallah & Marzouk, 2011) су испитивали самопоштовање и квалитет живота међу децом са оштећењем вида у Египту. Што се тиче пола као фактора, резултати су показали да су дечаци у већој мери показивали умерено добар укупни квалитет живота. То је у складу са једним истраживањем које је такође реализовано у Египту (Mohamed, 2002, према Kotb et al., 2011) и чији је аутор такође добио резултат да мушкарци имају виши квалитет живота него жене. У обе студије аутори добијени налаз објашњавају културолошким окружењем, односно, чињеницом да се мушкарцима у Египту обезбеђују бољи услови

за школовање, да се од њих пре него од жена очекује да раде и сл. Римерман и Моргенстерн (Rimmerman & Morgenstern, 2003) су прегледом литературе дошли до закључка да мушкарци са оштећењем вида имају виши квалитет живота од жена, што се такође може довести у везу са родним улогама. Браун (Brown, 1999) је у свом истраживању навео да пол није имао ефекта на квалитет живота. Доступна литература није усаглашена по питању полних разлика, па можемо само претпоставити да утицај пола на квалитет живота зависи од више фактора, међу којима су и средински (нпр. окружење у ком се реализује истраживање) и лични (нпр. адаптација појединца на оштећење вида) фактори.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И УЗРАСТ

Када говоримо о старосним разликама међу нашим испитаницима, статистички значајне разлике су присутне само на делу Скале који мери субјективни квалитет живота ($p < 0,01$) и то у корист млађих испитаника. На делу Скале који мери објективни квалитет живота нема статистички значајних разлика између испитаника различитог узраста ($p > 0,05$). Следећи корак је био испитивање присуства статистички значајних разлика на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота. Разлике су биле присутне на подскалама Продуктивност ($p < 0,05$), Сигурност ($p < 0,05$), Место у заједници ($p < 0,05$) и на обе подске ле које чине субјективни дело Скале (Важност - $p < 0,01$ и Задовољство - $p < 0,01$). Детаљнијом анализом смо уочили да су старије особе из опште популације биле продуктивније од осталих испитаника ($p < 0,01$). Што се тиче подске ле Сигурност, статистички значајне разлике смо уочили само у подзору ку слепих испитаника и то у корист млађих особа ($p < 0,05$). На подскали Место у заједници статистички значајне разлике су присутне само код млађих испитаника из опште популације ($p < 0,01$) - они се у већој мери осећају делом заједнице у којој живе. На подскали Важност статистички значајне разлике уочили смо у две групе испитаника - код слепих и код

особа из опште популације ($p < 0,05$). У обе групе су млађи испитаници придавали већу важност одређеним аспектима живота (здрављу, личним постигнућима, срећи). С друге стране, на подскали Задовољство статистички значајне разлике постоје само у подузорку слабовидих испитаника ($p < 0,01$) – и у овом случају су млађи испитаници остваривали више резултате, односно, били су задовољнији различитим животним аспектима, међу којима су однос са породицом и пријатељима, здравље, лична постигнућа итд.

У складу са претпоставком да на квалитет живота могу значајно да утичу различити фактори и да би један од тих важних фактора могао да буде и узраст, Ра и Ким (Ra & Kim, 2015) су у свом истраживању проверавали и потврдили ту повезаност. Старији испитаници из њиховог истраживања имали су нижи квалитет живота у поређењу са млађима. На тај начин су указали на присуство значајног односа између година и задовољства животом код особа са инвалидитетом. Такође, у истраживању Теј и сарадника (Tay et al., 2007) циљ је био утврдити утицај сензорних оштећења на квалитет живота и на коришћење сервиса подршке у заједници. Старије особе са оштећењем вида су чешће говориле о проблему самосталног излажења, укључујући тешкоће или немогућност одласка до продавнице, одласка неке у посету, изласка у шетњу; једном речју, старији испитаници из овог истраживања имали су нижи квалитет живота и нижу социјалну партиципацију. Међутим, Браун (Brown, 1999) није нашао статистички значајне разлике између испитаника са оштећењем вида различитог узраста. Поред ове, нашли смо и друге студије које нису потврдиле постојање статистички значајних разлика између квалитета живота и узраста испитаника (Kotb et al., 2011; Pinguart & Sörensen, 2000) и у којима аутори закључују да се, супротно очекивањима, субјективно благостање не смањује са годинама.

Гуд и сарадници (Good et al., 2008) наглашавају да године морају бити узете у обзир као фактор који доприноси редукцији доступних

активности, баш као и оштећење вида. Помало необичан резултат који су ови аутори добили је да је група најстаријих испитаника из њиховог узорка (старијих од 85 година) имала више скорове у области задовољства животом у поређењу са млађим (од 65 до 74 године) или старијим (од 75 до 84 године) особама без оштећења вида. Аутори сматрају да би то могао да буде резултат вештина за суочавање са проблемима које су ове особе развиле током живота. Наша напомена је да такав резултат може да буде у вези и са смањеним бројем активности које особе старије од 85 година свакодневно реализују. С друге стране, Ченг, Фунг и Чан (Cheng, Fung & Chan, 2007) сматрају да се то може објаснити теоријом социјалног поређења која је примењена у студијама које су испитивале старије особе. У њиховој студији (Cheng et al., 2007) испитаници са оштећењем вида из најстарије узрасне групе функционисали су као и особе из опште популације, самим тим, показали су и висок ниво задовољства животом. Први пут је ова најстарија група испитаника са оштећењем вида могла да се пореди са својим вршњацима који виде у односу на свакодневно функционисање, што би могло да објасни и њихов виши ниво задовољства животом. Дезросие и сарадници (Desrosiers et al., 2009) су сматрали да су на старијем узрасту разлике између испитаника са оштећењем вида и испитаника из опште популације мање због тога што је нормалан процес старења у вези са губитком одређених активности и са сниженом партиципацијом у многим животним доменима. Значи, старије одрасле особе могу да прихвате инвалидитет као део процеса старења и, као последицу тога, да редукују своја очекивања од живота (Levasseur et al., 2004).

Из свега наведеног можемо видети да студије које су се бавиле испитивањем (општег) квалитета живота и његовог односа са годинама код особа са оштећењем вида нису бројне, а доступни резултати су недоследни, противречни и не дозвољавају генерализацију. На основу тога

закључујемо да постоји потреба за новим, прецизнијим и другачије организованим истраживањима.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Наши резултати нису показали присуство статистички значајних разлика у односу на образовни статус испитаника. Ово се односи и на објективни ($p > 0,05$) и на субјективни ($p > 0,05$) квалитет живота на Свеобухватној скали квалитета живота у целини. Када смо анализирали постигнућа испитаника из узорка на појединачним доменима Скале, статистички значајне разлике смо добили само на подскали Продуктивност ($p < 0,01$). Детаљнија анализа је показала да су високообразовани испитаници из опште популације продуктивнији од ниже образованих испитаника ($p < 0,05$). Већ смо напоменули да се особе из опште популације не сусрећу са баријерама приликом свакодневног функционисања, пред њих се постављају одређена очекивања и виши захтеви и због свега тога не изненађује чињеница да су високообразоване особе из опште популације продуктивније. Између слепих и слабовидих испитаника нисмо уочили постојање статистички значајних разлика.

Круден и Мур (Crudden & Moore, 1996, према Rimmerman & Morgenstern, 2003) наводе да су високообразоване особе са оштећењем вида у њиховом истраживању мање задовољне својим послом него њихове колеге са нижим степеном образовања. Смит и Смит (Smith & Smith, 1996, према Rimmerman & Morgenstern, 2003) су идентификовали однос између узраста и нивоа образовања код особа са оштећењем вида – млађи високообразовани испитаници су испољавали виши степен задовољства и могућности за промену посла у поређењу са старијим, ниже образованим испитаницима. Аутори (Rimmerman & Morgenstern, 2003) су закључили да су у овом истраживању варијабле у вези са инвалидитетом и са запослењем у већој мери биле повезане са мерама квалитета живота, него што су то биле личне варијабле. Браун (Brown, 1999) је у свом

истраживању приметио да ниво образовања није утицао на квалитет живота његових испитаника, односно, није уочио присуство статистички значајних разлика између испитаника који су завршили основну и средњу школу и испитаника који су завршили вишу школу или факултет. Још једно интересантно запажање смо нашли у Жановом (Zhan, 1992) раду. Он је скренуо пажњу на то да ниво образовања не може да прикаже знања и вештине стечене кроз животна искуства. Приметно је да ни о овој теми нема много информација у доступној литератури, али на основу резултата раније реализованих истраживања и на основу резултата које смо ми добили, можемо претпоставити да степен образовања није пресудан у достизању и одржавању задовољавајућег квалитета живота у популацији особа са општењем вида.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И РАДНИ СТАТУС

Интересовао нас је и квалитет живота у односу на радни статус испитаника. Статистички значајне разлике смо уочили само на делу Скале који мери објективни квалитет живота ($p \leq 0,000$) и то у корист запослених испитаника. На појединачним подскалама статистички значајне разлике у односу на испитивану независну варијаблу постоје на три домена објективног квалитета живота: Материјално благостање ($p \leq 0,000$), Здравље ($p < 0,01$), Продуктивност ($p \leq 0,000$) и на једном домену субјективног квалитета живота – Важност ($p < 0,05$). На подскалама објективног квалитета живота више резултате имају запослени испитаници, док незапослени већу важност приписују одређеним аспектима живота. Затим смо групе испитаника анализирали посебно на поменутих доменима, да бисмо проверили да ли су разлике присутне независно од видног статуса. Резултати су показали да на подскалама Здравље и Важност нису примећене статистички значајне разлике ($p > 0,05$) када се анализирају посебни подзорци испитаника. На подскали Материјално благостање статистички значајне разлике су присутне само у групи слабовидних

($p < 0,05$) и то у корист запослених, што не представља изненађење – запослени слабовиди испитаници из нашег истраживања су задовољнији својим материјалним статусом. Што се тиче подскеле Продуктивност, статистички значајне разлике смо уочили у све три групе испитаника (слепи – $p < 0,05$, слабовиди – $p < 0,01$, особе из опште популације – $p \leq 0,000$): као што је и очекивано, запослени испитаници сматрају да су продуктивнији.

Жан (Zhan, 1992) је у свом раду писао о социоекономском статусу као индикатору квалитета живота: запослене особе имају виши социоекономски статус. Међутим, овај аутор је сматрао да такав индикатор не може да се примени на све особе; тачније, проблематична је његова примена у старијој популацији – какву важност занимање има за старије ако је већина њих у пензији? Шепард-Џонс (Sheppard-Jones, 2003) је у свом истраживању уочио да испитаници са оштећењем вида имају проблеме са коришћењем транспорта, због чега је поставио питање како се очекује да се неко запосли и да задржи посао уколико нема начина да стигне до свог радног места. На тај начин је објаснио и значајне разлике у степену запослености особа са сензорним оштећењем које је уочио – ако им је ускраћено једно од основних људских права, право на кретање, не изненађује чињеница да велики број особа са оштећењем вида не може дуже време да задржи посао или га уопште нема. Да се особе са оштећењем вида не суочавају са различитим (између осталог и архитектонским) баријерама у свакодневном животу, можда би већи број њих био запослен, самим тим, можда би особе са оштећењем вида у нашој земљи биле задовољније својим објективним и субјективним квалитетом живота. Стога истичемо значај самосталног кретања и коришћења јавног превоза у свакодневном животу. С друге стране, упркос значају запослења, Клејтон и Чубон (Clayton & Chubon, 1994, према Ra & Kim, 2015) у свом истраживању указују на то да запослени испитаници са инвалидитетом нису имали значајно више нивое квалитета живота у поређењу са

незапосленима. Ови аутори су тврдили да на унутрашњем, личном нивоу појединца квалитет живота остаје стабилан. Због тога закључују да запослење није једини фактор који утиче на квалитет живота особа са инвалидитетом.

Чен и сарадници (Chan, Wang, Muller & Fitzgerald, 2011) имплицирају да постоје међусобни утицаји запослења, инвалидитета, укључивања у заједницу и квалитета живота. Међутим, они истичу и да је квалитет живота вишедимензионални конструкт који не може да се објасни само једним аспектом искуства појединца (нпр. запослењем). Са њима се слажу и Флеминг и сарадници (Fleming, Fairweather & Leahy, 2013) који сматрају да је, иако је запослење важно за остваривање задовољавајућег квалитета живота, сам конструкт много сложенији и тиче се перцепције појединца, због чега је важно поред чињеничног стања и објективних показатеља квалитета живота, испитивати и субјективну перцепцију и затим покушати довести у везу добијене резултате.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

За последње две анализе смо из комплетног узорка издвојили подузорак испитаника са оштећењем вида. Прво нас је интересовало каква су постигнућа испитаника из ове групе на Свеобухватној скали квалитета живота у односу на време настанка оштећења вида. На делу скале који мери објективни квалитет живота нису уочене статистички значајне разлике ($p > 0,05$). Међутим, у области субјективног квалитета живота разлике су присутне, статистички су значајне ($p < 0,05$) и у корист су особа код којих је оштећење вида присутно од рођења. Дакле, испитаници са конгениталним оштећењем вида имају бољи субјективни квалитет живота од испитаника који су оштећење вида стекли касније у животу. Што се тиче резултата на појединачним подскалама, статистички значајне разлике уочене су само на подскали Задовољство ($p < 0,05$) – испитаници са

конгениталним оштећењем вида су задовољнији одређеним животним аспектима. Детаљнија анализа је показала да су на поменутој подскали присутне разлике на граници статистичке значајности ($p=0,054$) код слабовидих испитаника. Конгенитално слабовиди испитаници из нашег узорка задовољнији су одређеним аспектима живота. Браун (Brown, 1999) у свом истраживању није нашао статистички значајне разлике између испитаника који су имали оштећење вида годину дана или мање, оних који су имали оштећење вида од годину дана или дуже и испитаника код којих је оштећење вида трајало дуже од пет година. Међутим, овај аутор у свој узорак није укључио испитанике који су имали конгенитално оштећење вида и због тога признаје да постоји могућност да би они, због тога што никада нису имали друга/другачија искуства, могли да имају виши квалитет живота од особа код којих је до оштећења вида дошло касније у животу. Кемп (Kemp, 1999, према Ra & Kim, 2015) износи сличан закључак: особе које дуже време живе са неким обликом инвалидитета имају стабилнији живот, боље су прилагођене и самим тим, квалитет живота им је виши. Вероватно је то случај и у нашем истраживању.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

Последња независна варијабла чији смо однос са квалитетом живота испитивали била је способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида. На Скали у целини нису уочене статистички значајне разлике између испитаника који се крећу самостално, самостално са штапом и уз помоћ водича који види ($p>0,05$). Што се тиче појединачних подскала, статистички значајне разлике у односу на способност самосталног кретања слепих и слабовидих испитаника биле су присутне само на подскали Важност ($p<0,05$) – особе које су се кретале самостално уз коришћење штапа придавале су највећу важност одређеним животним аспектима, међу којима су здравље, лична постигнућа, лична срећа и сл.

Следећи корак је био провера између којих испитаника са оштећењем вида постоје статистички значајне разлике. Оне су уочене између испитаника који за кретање користе бели штап и испитаника који се крећу уз помоћ водича који види ($p < 0,05$), као и између особа које се крећу уз помоћ белог штапа и испитаника са оштећењем вида који су рекли да се крећу самостално ($p < 0,01$). Све разлике су у корист особа које за кретање користе бели штап – оне придају већу важност одређеним аспектима живота у поређењу са остале две групе испитаника. Особе са оштећењем вида које за кретање користе бели штап ни од кога не зависе, а независност је веома важна за остваривање задовољавајућег квалитета живота. У једном од истраживања (Ramund & Stensman, 1988, према Levasseur et al., 2004) аутори наводе да, да би се адаптирали на функционални губитак, људи морају преостале способности перципирати као важније него оно што су изгубили. На основу овога закључујемо да је особама које за кретање користе бели штап способност самосталног кретања изузетно важна, јер су превладале губитак вида и различите баријере и постигле су задовољавајући степен независности.

На основу резултата нашег истраживања и доступне литературе, очигледно је да неке особе са оштећењем вида могу да искусе добар (висок) квалитет живота, док друге то не могу услед здравственог стања, ограничених ресурса, недостатка знања, подршке из околине.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ПРИМЕНОМ СКАЛЕ ЗА ПРОЦЕНУ ЖИВОТНИХ НАВИКА

У тексту који следи продискутовани су резултати добијени применом Скале за процену животних навика у подзорку испитаника са оштећењем вида. Такође, испитан је и однос између степена реализације животних навика слепих и слабовидних особа и независних варијабли. Због малог броја доступних студија о реализацији животних навика и социјалној

партиципацији особа са оштећењем вида, биће приказани и резултати истраживања који су поменуте конструкте испитивали код особа са другим облицима инвалидитета.

Познато је да инвалидитет има дугорочне последице које се могу видети у остваривању активности дневног живљења и у реализовању социјалних улога. У циљу евалуације неколико аспеката који су у вези са социјалном партиципацијом особа са инвалидитетом развијена је Скала за процену животних навика. Она је заснована на начину на који се реализује свака животна навика (ниво тешкоће и потребна помоћ) и представља алат за процену квалитета партиципације (Fougeyrollas & Noreau, 2000). Сазнања о партиципацији особа са инвалидитетом (самим тим и особа са оштећењем вида) су важна, не само из перспективе појединца, већ и из перспективе друштва, јер помажу да се стекне утисак у ком степену су људи укључени у друштво. Поред значаја постигнућа у области партиципације, важно је и знати како појединац, из свог угла, процењује своју партиципацију. То је тзв. субјективни аспект партиципације, а као пример се може навести задовољство партиципацијом (Levasseur et al., 2004).

Анализом резултата добијених на основу поређења постигнућа испитаника из нашег узорка, показало се да више резултате на Скали за процену животних навика у целини остварују слабовиде особе (АС=526,78) у поређењу са слепим испитаницима (АС=444,76). Уочене разлике су статистички значајне ($p \leq 0,000$).

За разлику од наших резултата, Салминен и Каруле (Salminen & Karhula, 2014) у свом раду наводе да слабовиде младе особе доживљавају више изазова/тешкоћа него њихови вршњаци који су слепи. У овом истраживању је нађено да млади људи са блажим оштећењем вида покушавају да се снађу без асистивних уређаја и да због тога подбацују у школи или у неким социјалним ситуацијама. Један од разлога за изазове који се јављају јесте и потреба да буду прихваћени од стране вршњака који

виде, што има везе и са развојем самопоимања. У вези са наведеним, подсетићемо се резултата наших испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања – слабовиди су имали највиша постигнућа у тој области, па можемо рећи да наши испитаници са вишим самопоимањем остварују и већи број животних навика.

Фужеролас и Нореу (Fougeyrollas & Noreau, 2000) су реализовали истраживање у популацији особа са физичким оштећењима. Резултати су показали да су људи са истим типом повреде имали различите скорове на LIFE-H скали, због чега је ниво реализације неких животних навика варирао. Аутори сматрају да овакав налаз указује на субјективни карактер реализације животних навика. Закључак је да ниво тежине у реализацији активности може да варира од особе до особе. Док једна особа реализује животну навику са тешкоћом, могуће је да друга особа, под сличним условима перципира да може исту животну навику да оствари без проблема. С обзиром на то да су постигнућа у области животних навика директан исход интеракција између личних (способности, образовање, узраст, животно искуство итд.) и/или срединских фактора (животни контекст), међуљудске разлике између те две детерминанте могу да објасне уочене разлике (Fougeyrollas & Noreau, 2000).

Слично као и у претходно наведеном истраживању, и Алма (Alma, 2012) наводи да особе са истим узроком и степеном губитка вида могу доживљавати различите рестрикције у области партиципације. Неке од њих ће моћи да одрже независност, док ће неке зависити од других особа. Унутрашње, односно индивидуалне разлике могу бити објашњене другим факторима, попут психолошких и социјалних. Стога је први циљ њене (Alma, 2012) докторске дисертације био да пружи увид у степен партиципације старијих особа са оштећењем вида и да идентификује детерминанте ове партиципације. Друга сврха истраживања јесте покушај да се развије мултидисциплинарни групни програм рехабилитације који ће за циљ имати побољшање нивоа партиципације старијих особа са

оштећењем вида. Подаци су прикупљани путем телефонског интервјуа. Испитивана су четири домена која су у складу са поглављима о партиципацији из МКФ: (1) живот у домаћинству (лакше и теже активности у кући, помагање другима и куповина); (2) међуљудске интеракције и односи (социјализација, односно састајање са рођацима, пријатељима, комшијама лично, укључујући и контакт телефоном или мејлом); (3) важне/велике животне области (плаћени посао и волонтерски рад); и (4) заједница, друштвени и грађански живот (чланство у клубовима или организацијама: нпр. одлазак на рекреацију, забаву, одлазак у установе културе и на јавна места; путовање за празнике, бављење неким хобијем, спортским и религијским активностима). Поред самоперципираних постигнућа у области партиципације, испитаници су оцењивали у ком степену је њихова партиципација у наведене четири области снижена као последица оштећења вида. Резултати су показали да су ограничења била присутна у све четири области. Међутим, упркос детектованим ограничењима, старије особе са оштећењем вида ипак учествују у друштву: већина их је учествовала у кућним пословима, куповини, дружењу са породицом, пријатељима, комшијама, а имали су и хобије. Ипак, у поређењу са својим вршњацима без оштећења вида, испитаници су у свим набројаним активностима учествовали у мањој мери: мање су били укључени у активности у домаћинству и у спортске активности, а ређе су одлазили и на рекреацију.

Студија коју су реализовали Кларк и сарадници (Clarke, Ailshire, Nieuwenhuijsen & de Kleijn-de Vrankrijker, 2011) показала је да ниво партиципације међу особама са оштећењем вида варира у односу на карактеристике окружења, у шта аутори убрајају: лоше услове на улицама/путевима, густ саобраћај, недоступност (јавног) превоза, архитектонске баријере, временске услове, буку... Све наведено може представљати баријере за партиципацију особа са оштећењем вида и стога може послужити као (додатно) објашњење за уочене разлике у одређеном

аспекту партиципације. Тренутно актуелна парадигма инвалидитета МКФ наглашава интеракцију између особе и окружења: не само да су важне особа и њене карактеристике, већ је важно и окружење у ком особа живи, и оно такође одређује ниво партиципације (Clarke et al., 2011; Brown, 2010).

Следеће што нас је интересовало јесте да ли су присутне статистички значајне разлике између слепих и слабовидих особа на појединачним подскалама Скале за процену животних навика. Статистичка анализа је показала да, од 12 испитиваних категорија животних навика, значајне разлике нису присутне само на подскали Општа кондиција ($p > 0,05$), док се на подскали Образовање разлика налази на граници статистичке значајности ($p = 0,050$). На осталим подскалама слабовиди испитаници имају више резултате. Овакви резултати не представљају изненађење, јер слабовиде особе имају остатке вида на које се могу ослонити приликом реализовања животних навика и социјалних улога.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ПОЛ

Што се тиче полних разлика у подзорку особа са оштећењем вида, испитаници у нашем истраживању остваривали су нешто више резултате на Скали у целини у поређењу са испитаницама, али је детаљнијом анализом утврђено да те разлике нису статистички значајне ($p < 0,05$). Даље су нас интересовала постигнућа испитаника различитог пола на појединачним подскалама коришћеног инструмента. Статистички значајне разлике су присутне на доменима Општа кондиција ($p < 0,01$), Мобилност ($p < 0,05$), Рекреација ($p < 0,05$). На све три подскеле више скорове остварују испитаници са оштећењем вида мушког пола. Додатним анализама смо испитивали значајност уочених разлика на одвојеним подзорцима. Резултати су показали да бољу физичку кондицију имају слабовиди мушкарци у поређењу са слабовидим женама. Код слепих испитаника различитог пола није потврђено постојање статистички

значајних разлика на овом домену. Слични резултати су примећени у вези са активностима провођења слободног времена – статистички значајне разлике присутне су код слабовидих мушкараца ($p < 0,05$). Што се тиче активности кретања и коришћења јавног превоза (тачније, домена Мобилност), статистички значајне разлике су присутне и код слепих ($p \leq 0,000$) и код слабовидих испитаника ($p < 0,05$). Боље резултате су показали испитаници мушког пола. Овакве резултате бисмо могли да објаснимо традиционалном поделом улога према полу – у нашој средини је (још увек у одређеној мери) уобичајено је да је жена та која је задужена за кућне послове, док се мушкарци више крећу, од њих се очекује да раде и да реализују различите активности ван куће. Такође, учествовање у спортским и рекреативним активностима се чешће везује за особе мушког пола, па, како се показало, ни особе са оштећењем вида нису изузетак од ових традиционалних родних улога.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И УЗРАСТ

Резултати нашег истраживања нису потврдили постојање статистички значајних разлика између млађих и старијих испитаника на Скали за процену животних навика у целини ($p > 0,05$). Што се тиче постигнућа на појединачним подскалама, статистички значајне разлике су присутне на Општој кондицији ($p < 0,05$), Комуникацији ($p < 0,01$), Одговорности ($p \leq 0,000$), Образовању ($p \leq 0,000$) и Запослењу ($p < 0,01$). Старији испитаници су показали већи степен одговорности, а имали су и више резултате и на подскали Запослење, док млађи испитаници више скорове имају на Општој кондицији, Комуникацији и Образовању. Интересовало нас је да ли су опажене разлике статистички значајне и у зависности од степена оштећења вида, па су испитаници поређени одвојено на поменутих пет домена. Добијени резултати су показали да код слепих испитаника статистички значајне разлике постоје на доменима Општа кондиција ($p < 0,01$), Одговорност ($p < 0,01$) и Образовање ($p < 0,01$) –

млађи испитаници имају бољу физичку кондицију и показују већу жељу за даљим усавршавањем, док старији слепи испитаници показују виши степен одговорности. У групи слабовидних испитаника статистички значајне разлике постоје у области одржавања усмене и писане комуникације ($p < 0,01$), жеље за даљим усавршавањем ($p \leq 0,000$) и задовољства послом ($p < 0,05$) – млађи испитаници више резултате имају на подскалама Комуникација и Образовање, а старији на подскали Запослење. Ни ови резултати не изненађују. Старији испитаници из подузорка особа са оштећењем вида показују виши степен одговорности и задовољнији су запослењем и то је нешто што се може повезати са годинама, односно, са искуством. С друге стране, млађи испитаници са оштећењем вида су спремнији за даље усавршавање и школовање, бољи су у области комуникације која, између осталог подразумева и коришћење савремених (асистивних) технологија, а имају и бољу општу кондицију, односно, већу пажњу посвећују физичким активностима, за шта старије особе са оштећењем вида можда немају времена, услова, или им тај аспект можда није од пресудне важности.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ОБРАЗОВНИ СТАТУС

Разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника на Скали у целини нису статистички значајне ($p > 0,05$). Што се тиче појединачних подскала, статистички значајне разлике постоје само на подскалама Одговорност ($p < 0,05$) и Образовање ($p \leq 0,000$), док је на подскали Комуникација присутна разлика на граници статистичке значајности ($p = 0,050$). Високообразовани испитаници имају више резултате у области одржавања усмене и писане комуникације, а и жеља за даљим образовањем и усавршавањем је код ове групе испитаника виша. Ниже образовани испитаници показују виши степен одговорности у области финансија и односа са другим људима. Када смо испитивали између којих група испитаника постоје статистички значајне разлике на

поменути подскалама, показало се да у групи слепих високообразовани имају статистички значајно више скорове на подскалама Комуникација ($p < 0,05$) и Образовање ($p < 0,01$). Код слабовидих су статистички значајне разлике примећене само на подскали Образовање – високообразовани показују већу жељу за даљим образовањем и усавршавањем. С обзиром на то да у групама слепих и слабовидих испитаника различитог образовног статуса нису нађене статистички значајне разлике на подскали Одговорност, можемо закључити да претходно уочене разлике нису у вези са оштећењем вида. Када се сагледају сви добијени резултати, чињеница да високообразовани (и слепи и слабовиди) испитаници показују вишу жељу за наставком образовања није необична. Такође, и више скорове у области одржавања усмене и писане комуникације код високообразованих могуће је објаснити управо нивоом образовања, јер ове активности (између осталог) укључују и коришћење рачунара који је особама на вишим образовним нивоима неопходан. Додатно, претпостављамо да су слабовиди високообразовани испитаници у ситуацији да чешће од ниже образованих (и чешће од слепих) ступају у интеракције са људима у ближој и даљој околини, чешће се крећу у окружењу у ком живе, раде, школују се. Још један разлог због ког нисмо очекивали да ће испитаници из узорка имати озбиљне тешкоће у активностима које су у вези са комуникацијом јесте чињеница да је један од искључујућих критеријума приликом избора нашег узорка било присуство интелектуалне ометености или неког додатног облика инвалидитета; у нашем истраживању су учествовали само испитаници просечних интелектуалних способности, а што се оштећења вида тиче, знамо да оно не утиче на когнитивне функције појединца, самим тим, нема ни негативних утицаја на комуникацију са особама из ближег и даљег окружења.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И РАДНИ СТАТУС

Када се посматрају постигнућа испитаника на Скали за процену животних навика у целини у односу на радни статус, резултати нашег истраживања су показали да више скорове постижу запослени испитаници и да су те разлике статистички значајне ($p < 0,05$). Било је и за очекивати да ће запослене особе реализовати већи број животних навика – оне свакодневно одлазе на посао, успостављају више међуљудских интеракција и чешће комуницирају (усмено и писмено) са другима, а претпостављамо да имају и више обавеза ван куће. Што се тиче постигнућа на појединачним подскалама, и ту смо добили очекивани резултат – статистички значајне разлике постоје само на подскали Запослење ($p \leq 0,000$), а више скорове имају, наравно, запослени испитаници са оштећењем вида.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ВРЕМЕ НАСТАНКА ОШТЕЋЕЊА ВИДА

Следеће што смо проверавали били су резултати особа са оштећењем вида добијени на Скали за процену животних навика у целини у односу на време настанка оштећења вида. Иако више резултате постижу испитаници код којих се оштећење вида јавило касније у животу, разлике нису биле статистички значајне ($p > 0,05$). Интересовало нас је и да ли статистички значајне разлике постоје на појединачним подскалама. Добили смо резултате који показују постојање тих разлика само на подскалама Становање ($p < 0,05$) и Међуљудски односи ($p < 0,05$). На обе подскеле више резултате су постигали испитаници са оштећењем вида стеченим касније у животу. Следеће нас је занимало да ли статистички значајне разлике постоје независно од видног статуса. На подскали Међуљудски односи нису примећене статистички значајне разлике између слепих и слабовидих испитаника са конгениталним и стеченим

оштећењем вида. С друге стране, статистички значајне разлике постоје у групи слепих испитаника само на подскали Становање ($p < 0,01$), прецизније, слепи испитаници из нашег истраживања код којих је до губитка вида дошло касније у животу сматрају да имају боље услове становања. Овај резултат бисмо могли да објаснимо управо временом настанка оштећења вида – особе које су вид изгубиле касније у животу вероватно имају формиране менталне мапе познатог простора, па им је то могло бити од велике помоћи. Још једно могуће објашњење овог резултата могло би да лежи у бољој адаптацији простора у односу на потребе испитаника, вишем степену подршке блиских особа, чињеници да ове особе не живе саме, па увек када је потребно имају помоћ. Нпр. Дезросие и сарадници (Desrosiers et al., 2004a) наводе да, уколико особа живи код куће са још неким, она има могућност да подели послове тако да јој остаје више слободног времена и мотивације да се бави другим активностима.

Алма (Alma, 2012) наводи да тежина, трајање, (примарни) узрок оштећења вида и субјективно стање вида немају утицај на партиципацију. Резултати њеног истраживања показују да само присуство оштећења вида доводи до нижег нивоа партиципације, док тежина оштећења очигледно нема значајну улогу у узорку старијих особа са оштећењем вида. И резултати истраживања Фужеролас и Нореу (Fougeyrollas & Noreau, 2000) су показали да дужина трајања повреде (тј. оштећења) не утиче негативно на реализовање животних навика. Вероватно је да су појединци после одређеног броја година пронашли начин, тј. развили капацитете или су модификовали своју средину тако да могу да остваре животне навике без (већих) тешкоћа.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И СПОСОБНОСТ САМОСТАЛНОГ КРЕТАЊА

Што се тиче реализације животних навика у односу на способност самосталног кретања, резултати су показали да на Скали за процену

животних навика у целини више резултате постижу испитаници са оштећењем вида који се крећу самостално (без штапа). Уочене разлике су статистички значајне ($p \leq 0,000$). Детаљнијом анализом смо добили податке да на Скали у целини статистички значајне разлике постоје између испитаника који се крећу самостално са белим штапом и оних који се крећу самостално без штапа ($p \leq 0,000$), као и између испитаника који се крећу са водичем који види и оних који су самостални (у смислу да им за кретање нису потребни ни бели штап ни водич) ($p \leq 0,000$). Овакав резултат смо и очекивали – особе са оштећењем вида које се крећу потпуно самостално, без помоћи других људи и без коришћења асистивне технологије остварују више животних навика у поређењу са осталим групама испитаника. Када говоримо о постигнућима наших испитаника на појединачним подскалама у односу на способност самосталног кретања, уочили смо да су статистички значајне разлике присутне на 10 од 12 подскала: Исхрана ($p \leq 0,000$), Лична хигијена ($p \leq 0,000$), Комуникација ($p < 0,05$), Становање ($p \leq 0,000$), Мобилност ($p \leq 0,000$), Одговорност ($p < 0,01$), Међуљудски односи ($p < 0,05$), Живот у заједници ($p \leq 0,000$), Запослење ($p < 0,01$), Рекреација ($p < 0,01$). Од свих наведених подскала, само на Комуникацији статистички значајно више резултате имају особе које приликом кретања користе бели штап. На свим осталим доменима на којима су уочене статистички значајне разлике више резултате су остваривали испитаници са оштећењем вида који се крећу самостално (без штапа), што је очекивани резултат. Две подске на којима није потврђено присуство статистички значајних разлика јесу Општа кондиција ($p > 0,05$) и Образовање ($p > 0,05$).

Исто као и у истраживању Фужеролас и Нореу (Fougeyrollas & Noreau, 2000), и у нашем истраживању постоје дневне активности и социјалне улоге које већина испитаника из узорка реализује без значајних тешкоћа. Неке од тих животних навика биле су у вези са важним социјалним улогама (одговорности, међуљудски и породични односи) које

захтевају одржавање емоционалног односа са блиским људима (супружник, деца, родитељи) или са склапањем пријатељстава. Самим тим, мање је вероватно да ће ове навике довести до настајања ситуације хендикепа. Такође, одржавање таквих односа ће дати више значења животу многих особа са инвалидитетом и позитивно ће утицати на њихово здравље. Даље, заједничка карактеристика Живота у заједници, Образовања, Запослења јесте што су све то активности које се реализују напољу, ван куће/стана. Са друге стране, тешкоће у области кретања и тешкоће са моториком чине особе са оштећењем вида зависним од помоћи других људи да би могле да превазиђу архитектонске баријере, а све ово заједно може да објасни део уочених сметњи и/или тешкоћа. Такође, лошија спретност може бити препрека за реализацију неких активности или може продужити трајање њихове реализације. На крају треба истаћи, у одсуству когнитивних дефицита, категорије навика које су у вези са преузимањем одговорности, међуљудским и породичним односима нису захваћене нивоом тежине присутног оштећења (Fougeyrollas & Noreau, 2000). Ни ниска учесталост, односно одсуство проблема у доменима Домаћинство и Брига о себи не изненађује када се у обзир узме то да је испитаницима познато кућно окружење и да могу да користе различите апарате без бојазни да ће нешто просути, поломити, повредити се и сл. (Lamoureux et al., 2004a).

Прегледом истраживања смо уочили да је фокусирање само на постигнућа критиковано због превиђања утицаја воље: оно што људи раде није обавезно и оно што желе или бирају да раде. Партиципација не укључује само активно учествовање у животним ситуацијама на друштвеном нивоу, већ укључује и лични значај и сатисфакцију као резултат тог ангажовања. Као резултат, фокус на постигнућа у партиципацији не одсликава на прави начин њено пуно значење. На пример, нека особа може бити прилично задовољна животном ситуацијом у којој се суочава са одређеним степеном тешкоћа, и управо тај степен

задовољства у свакодневним активностима може помоћи у процени потребе за додатном подршком. Нижа партиципација у кућним пословима може бити резултат личног избора (нпр. „Не волим ово да радим, лакше ми је да платим да то неко уради за мене“) или вид адаптације у случају да постоје индикације да ће се здравствено стање погоршати. У вези са међузависношћу коју је Волфе (Wolffe, 2008, према Salminen & Karhula, 2014) споменула, Дезросие и сарадници (Desrosiers et al., 2004a) такође наглашавају да максималан ниво постигнућа није циљ за све особе у свим категоријама животних навика.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА О ПОВЕЗАНОСТИ САМОПОИМАЊА, КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА

У одељку који следи дискутовани су резултати који су добијени утврђивањем односа између самопоимања, квалитета живота и животних навика.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У УЗОРКУ У ЦЕЛИНИ

Добијени резултати показују да између самопоимања и квалитета живота постоје ниске до умерене позитивне корелације. Прецизније, између укупног скорa Тенеси скале за процену самопоимања и укупног објективног и субјективног квалитета живота на целокупном узорку корелације су позитивне, умерене ($r_s=0,340$ и $r_s=0,472$) и значајне на нивоу 0,01.

Корак даље је представљало рашчлањивање поменуте две скале на појединачне подске. Показало се да ни један од домена самопоимања није у корелацији са Материјалним благостањем. Одсуство корелација

значи да слика о себи појединца није у вези са аспектима који се сматрају релевантним за домен материјалног благостања, конкретно, у овом случају се мисли на тип становања, личну имовину и приходе. Такође, приметили смо мали број значајних корелација између различитих домена самопоимања и подскала Здравље и Продуктивност, што би могло да значи да слика о себи појединца углавном није у вези са учесталошћу посета лекару, присуством додатног обољења и узимањем прописане терапије, као ни са начином на који особа себе види у школском или радном окружењу.

Следеће смо приметили да четири подскеле самопоимања и два сора валидности који су у вези са тим конструктом показују значајно позитивне ниске корелације са односом са породицом и пријатељима. Прецизније, ниске корелације су забележене између подскала Физички ($r_s=0,226$, $p<0,01$), Социјални селф ($r_s=0,239$, $p<0,01$), сора валидности који се односио на давање социјално пожељних одговора (Лажно позитивна слика о себи; $r_s=0,206$, $p<0,01$) и подскеле Интимност, као и између подскеле Лични селф ($r_s=0,168$, $p<0,05$), сора валидности Дистрибуција одговора ($r_s=0,149$, $p<0,05$) и подскеле Интимност. Веза Социјалног селфа и Интимности је јасна – природа те две подскеле је слична, обе се тичу интеракција са другим људима. Уколико појединац себе процењује као успешнијег у односу на секундарне социјалне групе, можемо претпоставити да ће имати више резултате на подскали Интимност која је део објективног квалитета живота и односи се на успостављање односа са другим људима. Однос Физичког и Личног селфа са подскалом Интимност показује да и самовредновање појединца (став који особа има према свом телу, али и самопроцена црта личности) може да буде позитивно повезано са односом са људима из ближег и даљег окружења. Остали домени самопоимања нису од пресудног значаја за успостављање и одржавање односа са породицом и пријатељима.

Такође, наши резултати показују да је 10 од 13 подскала самопоимања у вези са подскалом Сигурност Свеобухватне скале квалитета живота. Изостанак значајних корелација Моралног и Академског селфа и додатног скорa Задовољство са доменом Сигурност може указивати на то да моралне вредности које наши испитаници поштују, начин на који себе перципирају у школском и радном окружењу и степен у ком прихватају себе нису повезани са осећајем сигурности код куће и са присуством анксиозности или забринутости. Издвојићемо подскеле Тенеси скале за процену самопоимања које остварују ниске до умерене позитивне корелације са подскалом Сигурност Свеобухватне скале квалитета живота: Физички селф ($r_s=0,444$, $p<0,01$), Лични селф ($r_s=0,323$, $p<0,01$), Породични селф ($r_s=0,337$, $p<0,01$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,360$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,234$, $p<0,01$). Добијени резултати практично значе да су позитивна слика о сопственим цртама личности и о телу, као и став појединца да је важан члан породице уједно у вези са већим осећајем сигурности код куће и са бољим квалитетом сна.

Само један скор валидности Тенеси скале за процену самопоимања (Неконзистентно одговарање) није у вези са подскалом Емоционално благостање. Самокритичност је скор валидности који остварује ниску негативну, али значајну везу ($r_s=-0,183$, $p<0,05$) са доменом објективног квалитета живота који се односи на емоционално благостање. Све остале подскеле и скорови показују ниске, али значајне позитивне корелације са Емоционалним благостањем и то: Физички ($r_s=0,290$, $p<0,01$), Лични ($r_s=0,265$, $p<0,01$), Породични ($r_s=0,204$, $p<0,01$), Социјални ($r_s=0,223$, $p<0,01$), Академски селф ($r_s=0,246$, $p<0,01$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,258$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,241$, $p<0,01$), Задовољство ($r_s=0,259$, $p<0,01$), Понашање ($r_s=0,267$, $p<0,01$); додатно, Морални селф је такође у значајној вези ($r_s=0,185$, $p<0,05$) са Емоционалним благостањем као једним од показатеља објективног квалитета живота. Уз задржавање дозе опреза због ниских вредности корелација, могли бисмо разматрати објашњење да

испитаници који имају виша постигнућа на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања уједно показују и виши степен емоционалног задовољства.

Можемо рећи да је трећина од укупног броја подскала самопоимања у значајној позитивној вези са осећајем припадности заједници (односно, са подскалом Место у заједници). Корелације су ниске, само једна је значајна на нивоу 0,01 (Дистрибуција одговора; $r_s=0,199$), а корелације преостале четири подскале су значајне на нивоу 0,05 (Физички селф, $r_s=0,169$; Лични селф, $r_s=0,191$; Социјални селф, $r_s=0,186$; Понашање, $r_s=0,159$). Дакле, испитаници који су задовољнији својим телом, својим особинама и који сматрају да су вредни чланови своје породице и друштва у већој мери се осећају делом заједнице.

Подскале самопоимања имају везе и са придавањем важности одређеним аспектима живота. Све нађене корелације су ниске, али значајне. Дакле, подскале Физички ($r_s=0,339$), Лични ($r_s=0,289$), Породични ($r_s=0,223$), Академски селф ($r_s=0,215$), скорови валидности Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,278$) и Дистрибуција одговора ($r_s=0,203$) и додатни скорови Идентитет ($r_s=0,210$) и Понашање ($r_s=0,206$) су у вези са подскалом Важност (све на нивоу 0,01). Примећујемо да је велики број домена самопоимања у вези са придавањем веће важности здрављу, личној срећи и личним постигнућима, на основу чега бисмо могли да претпоставимо да је самопоимање важан фактор за овај субјективни домен квалитета живота. Са друге стране, мањи број подскала самопоимања је у вези са другим доменом субјективног квалитета живота, Задовољством. И у овом случају су корелације ниске, али позитивне и значајне. Боље физичко самопоимање, односно задовољство телом ($r_s=0,204$, $p<0,01$), боље лично самопоимање ($r_s=0,255$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,214$, $p<0,01$), као и Породични ($r_s=0,168$, $p<0,05$) и Социјални селф ($r_s=0,172$, $p<0,05$) и Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,171$, $p<0,05$) позитивно су повезани са

задовољством одређеним животним областима (прецизније, мисли се на задовољство здрављем, личним постигнућима, личном срећом итд.).

Од укупно 13 подскала самопоимања које смо разматрали, само додатни скор Самокритичност није значајно повезан са објективним квалитетом живота. Уз то, додатни скор Неконзистентно одговарање је значајно негативно повезан ($r_s = -0,149$, $p < 0,05$) са поменутиим конструктом. Што више неконзистентних одговора наши испитаници дају, објективни квалитет живота им је нижи, што би потенцијално могло значити да код испитаника постоји одређени вид несигурности и неусаглашености и да то може да има везе са објективним квалитетом живота генерално. Остале подске и скорови су значајно позитивно повезани са поменутиим конструктом. Корелације су ниске до умерене, а најјаче су присутне између Личног ($r_s = 0,440$, $p < 0,01$) и Физичког селфа ($r_s = 0,418$, $p < 0,01$), тачније између самовредновања појединца и задовољства телом и објективног квалитета живота, па можемо да закључимо да што бољу слику о себи и о свом телу има испитаник, имаће и бољи објективни квалитет живота.

Ситуација са корелацијама између појединачних подскала Тенеси скале за процену самопоимања и субјективног квалитета живота је слична. Домен Самокритичности је и у овом случају тај који не корелира са субјективним квалитетом живота, али ни начин на који појединац себе перципира у радном или школском окружењу (Академски селф) није у значајној вези са наведеним конструктом. Остале корелације се крећу од ниских до умерених, а највише корелације су, као и у претходном случају, између Личног ($r_s = 0,439$, $p < 0,01$) и Физичког селфа ($r_s = 0,406$, $p < 0,01$) и субјективног квалитета живота, што би у пракси значило да наши испитаници који имају боље лично самопоимање и бољу слику о свом телу, имају и виши укупан субјективни квалитет живота.

Да бисмо добили детаљнији увид у однос између самопоимања и квалитета живота у зависности од видног статуса, применили смо

корелативну анализу у подзоруку слепих и слабовидих особа и особа из опште популације посебно.

У подзоруку слепих испитаника значајне, позитивне, али ниске везе са подскалом Материјално благостање остварују Физички ($r_s=0,313$, $p<0,05$) и Социјални селф ($r_s=0,357$, $p<0,05$). Овај резултат се разликује од оног који смо добили када смо посматрали узорак у целини – једина са којом домени самопоимања нису били у корелацији била је управо подскала Материјално благостање. У овом случају, корелације су слабе, али би могле да се протумаче тако да слепе особе из нашег узорка са бољим физичким самопоимањем и вишим самопоимањем у односу на секундарне социјалне групе имају више резултате и на три индекса (приходи, тип становања, лична имовина) који су релевантни за поменути домен материјалног благостања.

Када се посматра само подузорак особа са оштећењем вида, примећује се да ниједна подскала самопоимања није била у значајној корелацији са Здрављем, што нас наводи на закључак да између слике коју наши испитаници имају о себи и здравственог стања не постоји повезаност. Ако посматрамо однос подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскале Продуктивност Свеобухватне скале квалитета живота, уочавамо да је само Лични селф у значајној вези ($r_s=0,308$, $p<0,05$) са наведеним доменом. Испитаници из нашег узорка који себе вреднују више, односно, који своје црте личности процењују као задовољавајуће, биће и продуктивнији. Остале подскале самопоимања нису биле значајно повезане са овим доменом квалитета живота.

Физички ($r_s=0,388$, $p<0,01$) и Социјални селф ($r_s=0,309$, $p<0,05$) значајно позитивно корелирају са остваривањем односа са породицом и пријатељима. Логична је веза између социјалног селфа и успостављања и одржавања односа са породицом и пријатељима, због чега можемо претпоставити да ће у подзоруку слепих испитаника постојати веза између

виших скорова на Социјалном селфу и бољих резултата на домену Интимност који се тиче остваривања односа са породицом и пријатељима.

Значајне умерене позитивне корелације смо приметили између Физичког ($r_s=0,528$, $p<0,01$), Личног селфа ($r_s=0,489$, $p<0,01$), Лажно позитивне слике о себи ($r_s=0,527$, $p<0,01$), као и између Моралног ($r_s=0,339$, $p<0,05$), Породичног селфа ($r_s=0,372$, $p<0,05$) и Дистрибуције одговора ($r_s=0,344$, $p<0,05$) са подскалом Сигурност објективног квалитета живота. Најјаче корелације постоје између Физичког селфа и подскеале Сигурност, као и између скорa валидности Дистрибуција одговора и већ поменуте подскеале Свеобухватне скале квалитета живота. Може се претпоставити да ће слепи испитаници који имају позитиван став о свом телу и стању здравља осећати и виши степен сигурности у заједници. Оваква ситуација је постојала и на узорку у целини, с тим што су корелације у подузорку слепих испитаника јаче, што је интересантно и отвара питања значаја физичког изгледа код слепих особа, о чему су писале и Фернандез и сараднице (Fernández, López-Justicia & Polo, 2007). Преостале корелације нису биле статистички значајне.

Самокритичност је у негативној корелацији ($r_s=-0,338$, $p<0,05$) са подскалом Емоционално благостање, док је Лажно позитивна слика о себи значајно позитивно ($r_s=0,384$, $p<0,01$) повезана са емоционалним задовољством. Особе које су у мањем степену критичне према себи биће емоционално задовољније; самокритичност прилично исцрпљује, па претпостављамо да особе код којих је у већој мери изражен овај аспект немају капацитета и за остваривање високог степена емоционалног задовољства. Додатно, постоји вероватноћа да ће давање социјално пожељних одговора замаскирати реалну ситуацију и да ће довести до тога да испитаник остварује више скорове на ајтемима који се тичу емоционалног задовољства, иако можда то није реална ситуација.

Физички селф ($r_s=0,380$, $p<0,01$) и Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,410$, $p<0,01$) су у значајној позитивној корелацији са подскалом Место

у заједници. У нашем истраживању се показало да су боља физичка слика о себи и чешће давање социјално пожељних одговора значајно повезани са вишим степеном осећаја сигурности у заједници. С обзиром на то да је физички селф повезан са ставом који појединац има о свом телу и стању здравља, можемо претпоставити да се особе које себе виде као здравије истовремено осећају и сигурнијим у заједници у којој живе. Што се давања социјално пожељних одговора тиче, и у овом случају они могу маскирати реално стање ствари и довести до тога да скорови на подскали Место у заједници буду виши.

Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,390$, $p<0,01$), Физички ($r_s=0,599$, $p<0,01$), Лични ($r_s=0,368$, $p<0,05$) и Социјални селф ($r_s=0,325$, $p<0,05$), као и скор валидности Неконзистентност одговора ($r_s=-0,300$, $p<0,05$) у значајним су корелацијама са подскалом Важност. Издвојићемо најјачу уочену корелацију између Физичког селфа и Важности: испитаници који показују бољу физичку слику о себи, о свом телу и стању здравља придаваће већу важност одређеним животним аспектима. Када посматрамо други аспект субјективног квалитета живота – задовољство одређеним аспектима живота, евидентно је да ниједна подскала Тенеси скале за процену самопоимања не остварује статистички значајне везе са поменутом подскалом.

Однос између подскала самопоимања и објективног и субјективног квалитета живота је веома сличан. Физички селф ($r_s=0,412$, $p<0,01$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,467$, $p<0,01$), Морални ($r_s=0,357$, $p<0,05$), Лични селф ($r_s=0,339$, $p<0,05$) и Дистрибуција одговора ($r_s=0,331$, $p<0,05$) у значајној су вези са објективним квалитетом живота. Исто тако, значајне ниске до умерене позитивне корелације са субјективним квалитетом живота остварују Физички ($r_s=0,364$, $p<0,05$), Морални ($r_s=0,317$, $p<0,05$), Лични ($r_s=0,345$, $p<0,05$), Породични селф ($r_s=0,301$, $p<0,05$) и Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,430$, $p<0,01$). На основу добијених резултата могли бисмо да претпоставимо да и у случају испитивања овог аспекта

квалитета живота представљање себе у лажно позитивном светлу, односно, давање социјално пожељних одговора може да покаже да особа има висок субјективни квалитет живота, али је неопходно проверити да ли је то заиста тако.

Гледано у глобалу, у подузорку слабовидих испитаника примећује се мањи број корелација између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Свеобухватне скале квалитета живота. Морални селф је једини који значајно негативно корелира ($r_s = -0,302$, $p < 0,05$) са подскалом Материјално благостање. Ово би могло да значи да у наши слабовиди испитаници који имају више моралне вредности уједно имају и нижи материјални статус и обрнуто: ниже моралне вредности и истовремено виши материјални статус.

Оно што уочавамо код слабовидих испитаника, а различито је у односу на посматрани узорак у целини и подузорак слепих испитаника јесте одсуство значајних корелација између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Свеобухватне скале квалитета живота Здравље и Продуктивност.

Степен самокритичности је једини који значајно, али негативно ($r_s = -0,343$, $p < 0,05$) корелира са подскалом Интимност. То би значило да, што је особа самокритичнија, ређе или са тешкоћама успоставља и одржава односе са породицом и пријатељима; можда су слабовиде особе које испољавају виши степен самокритичности уједно и интровертне.

Подскале самопоимања остварују корелације и са доменом објективног квалитета живота који се односи на степен сигурности: детектовали смо значајне позитивне корелације између Породичног ($r_s = 0,420$, $p < 0,01$), Физичког ($r_s = 0,353$, $p < 0,05$) и Моралног селфа ($r_s = 0,368$, $p < 0,05$) и подскале Сигурност. Такође, приметили смо и да два сора валидности, Неконзистентно одговарање ($r_s = -0,418$, $p < 0,01$) и Самокритичност ($r_s = -0,377$, $p < 0,01$), показују значајну негативну везу са Сигурношћу. Још једном, виши степен самокритичност слабовидих и већа

склоност ка давању неконзистентних одговора на Тенеси скали за процену самопоимања могу значити да ће перципирани степен сигурности код ових особа бити нижи; испитаници ће наводити евентуалне проблеме са спавањем, неће се осећати сигурно у окружењу у ком живе, чешће ће испољавати забринутост и анксиозност.

Лични селф ($r_s=0,375$, $p<0,05$), Самокритичност ($r_s=-0,298$, $p<0,05$) и Понашање ($r_s=0,349$, $p<0,05$) су у значајној вези са подскалом Емоционално благостање, с тим што скор валидности Самокритичност и Емоционално благостање негативно корелирају. Разлог за овакве резултате (односно, опажене везе између Личног селфа и Емоционалног благостања, Самокритичности и Емоционалног благостања, Понашања и Емоционалног благостања) можемо тражити у природи самих ајтема који су обухваћени наведеним супскалама: Лични селф се односи на самовредновање појединца, самокритичност се тиче присуства или одсуства одбрамбеног става појединца, понашање се односи на начин на који појединац опажа своје понашање, а емоционално благостање се заправо односи на степен емоционалног задовољства појединца. Све наведене подскеле се односе на самог испитаника, невезано за друге људе и за однос са њима и одвојено од тела, стога је разумљиво због чега су између наведених области присутне корелације.

Само једна подскала Тенеси скале самопоимања у подузорку слабовидих особа корелира са Местом у заједници – ради се о Академском селфу који са поменутом подскалом Свеобухватне скале квалитета живота остварује значајне, позитивне корелације ($r_s=0,363$, $p<0,05$). На основу тог резултата могли бисмо да закључимо да, што слабовида особа себе позитивније перципира у школском или радном окружењу (или, ако је уверена да је други виде на позитиван начин), истовремено ће и реализовати више одређених активности у заједници, постојаће већа шанса да ће се та особа бавити волонтерским радом и да ће својим саветима помагати другима.

Ако погледамо везе подскала које процењују различите домене самопоимања и подскале Важност, уочава се да су Лични селф ($r_s=0,367$, $p<0,05$), Самокритичност ($r_s=-0,368$, $p<0,05$) и Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,303$, $p<0,05$) у значајној вези са придавањем важности одређеним животним аспектима. Све корелације су значајне, с тим што су оне између Личног селфа и Важности и Лажно позитивне слике о себи и Важности позитивне, а између Самокритичности и Важности негативне. Дакле, можемо да закључимо да ће слабовида особа која позитивније процењује себе, своје црте личности и која је уједно склона самокритичности, придавати већу важност одређеним аспектима живота (свом здрављу, личним постигнућима, својој срећи). Што се тиче подскале Задовољство, приметно је да ниједна подскала Тенеси скале за процену самопоимања не остварује значајне корелације са поменутиим доменом субјективног квалитета живота.

Резултати показују да исте три подскале самопоимања корелирају са објективним и са субјективним квалитетом живота; у питању су редом: Физички селф ($r_s=0,379$, $p<0,01$; $r_s=0,383$, $p<0,01$), Лични селф ($r_s=0,416$, $p<0,01$; $r_s=0,454$, $p<0,01$) и Дистрибуција одговора ($r_s=0,332$, $p<0,05$; $r_s=0,382$, $p<0,01$). Изостајање корелација осталих супскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног квалитета живота може да значи да је самопоимање важан фактор за квалитет живота, али не и довољан.

На крају, када посматрамо корелације између Тенеси скале за процену самопоимања и Свеобухватне скале квалитета живота у подзорку особа из опште популације, прво што примећујемо јесте да значајне корелације између подскала самопоимања и Материјалног благостања и Здравља изостају. То значи да у општој популацији не постоји повезаност између самопоимања и наведених аспеката објективног квалитета живота.

Академски селф ($r_s=0,272$, $p<0,05$) и додатни скор Понашање ($r_s=0,218$, $p<0,05$) остварују ниске, али значајне корелације са подскалом Продуктивност. Особе из опште популације које себе позитивно перципирају у школском и радном окружењу и које позитивно посматрају оно што раде и начин на који раде, биће истовремено и продуктивније. Остале подскеле Тенеси скале за испитивање самопоимања не остварују значајне корелације са подскалама које испитују квалитет живота.

Када говоримо о одржавању односа са породицом и пријатељима, наши резултати показују да Физичко ($r_s=0,325$, $p<0,01$), Лично ($r_s=0,267$, $p<0,05$), Породично ($r_s=0,241$, $p<0,05$), Социјално самопоимање ($r_s=0,302$, $p<0,01$), као и Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,249$, $p<0,05$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,242$, $p<0,05$), Идентитет ($r_s=0,324$, $p<0,01$) и Понашање ($r_s=0,345$, $p<0,01$) значајно корелирају са аспектом објективног квалитета живота који се односи на одржавање веза са породицом и пријатељима (подскала Интимност). На успостављање и одржавање позитивних односа са блиским особама највише утиче позитивност домена самопоимања који се односе конкретно на појединца. То практично значи да ће особа која себе види на позитиван начин (себе у смислу своје тело, црте личности, идентитет, понашање, себе као члана породице и као пријатеља) уједно имати и више социјалних контаката.

Наши резултати су показали да су одређени домени самопоимања у вези и са подскалом Сигурност код испитаника из опште популације. Ради се о Физичком ($r_s=0,449$, $p<0,01$), Личном ($r_s=0,230$, $p<0,05$), Породичном селфу ($r_s=0,255$, $p<0,05$); такође, уочили смо да постоје везе између склоности ка давању неконзистентних одговора ($r_s=-0,235$, $p<0,05$) и између давања социјално пожељних одговора (Лажно позитивна слика о себи; $r_s=0,283$, $p<0,01$) и подскеле Сигурност. Сви додатни скорови Тенеси скале за процену самопоимања: Идентитет ($r_s=0,302$, $p<0,01$), Понашање ($r_s=0,270$, $p<0,05$), Задовољство ($r_s=0,276$, $p<0,05$) значајно позитивно корелирају са подскалом Сигурност. Изостанак корелација између

Моралног, Социјалног и Академског селфа и домена Сигурност може указивати на то да моралне вредности које наши испитаници поштују, начин на који себе перципирају у односима са другима и у школском и радном окружењу нису повезани са осећајем сигурности код куће или са присуством анксиозности или забринутости. Најјаче корелације постоје између Физичког селфа и подскеале Сигурност. Може се претпоставити да ће испитаници који имају позитиван став о свом телу осећати и виши степен сигурности у заједници. Већа склоност ка давању неконзистентних одговора на Тенеси скали за процену самопоимања може значити да ће перципирани степен сигурности код ових особа бити нижи, испитаници ће наводити евентуалне проблеме са спавањем, неће се осећати сигурно у окружењу у ком живе, чешће ће испољавати забринутост и анксиозност. Позитивна слика о сопственим цртама личности, позитивна веровања о стварном селфу (додатни скор Идентитет), виши степен самоприхватања (додатни скор Задовољство) и позитивна перцепција понашања и одговора (додатни скор Понашање), као и став појединца да је важан члан породице уједно доводе и до већег осећаја сигурности код куће и до бољег квалитета сна.

Десет од 13 подскеала Тенеси скале за процену самопоимања је у корелацији са Емоционалним благостањем: Физички ($r_s=0,309$, $p<0,01$), Лични ($r_s=0,262$, $p<0,05$), Породични ($r_s=0,261$, $p<0,05$), Социјални ($r_s=0,317$, $p<0,01$), Академски селф ($r_s=0,375$, $p<0,01$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,235$, $p<0,05$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,299$, $p<0,01$), као и сви додатни скорови: Идентитет ($r_s=0,250$, $p<0,05$), Задовољство ($r_s=0,363$, $p<0,01$) и Понашање ($r_s=0,337$, $p<0,01$) ниско, али позитивно и значајно корелирају са степеном емоционалног задовољства. Слично као и када смо разматрали корелације на узорку у целини, и овде можемо претпоставити да постоји веза између постигнућа испитаника на подскеалама Тенеси скале за процену самопоимања и степена емоционалног задовољства као једног од показатеља објективног квалитета живота.

Самокритичност је једини домен Тенеси скале за процену самопоимања који остварује значајне корелације ($r_s=0,273$, $p<0,05$) са подскалом Место у заједници. Намеће се претпоставка да се испитаници који показују виши степен самокритичности више осећају делом заједнице у којој живе.

Слично као и на узорку у целини, одређене подскеле самопоимања су у вези са придавањем важности одређеним аспектима живота. Нађене корелације су умерене и значајне. Дакле, подскеле Физички ($r_s=0,437$), Лични ($r_s=0,337$), Породични ($r_s=0,328$), Социјални ($r_s=0,384$) и Академски селф ($r_s=0,300$), скор валидности Дистрибуција одговора ($r_s=0,363$) и сви додатни скорови: Идентитет ($r_s=0,390$), Задовољство ($r_s=0,372$) и Понашање ($r_s=0,485$) су у вези са подскалом Важност (све је значајно на нивоу 0,01). С обзиром на то да је велики број домена самопоимања у вези са придавањем веће важности здрављу, личној срећи и личним постигнућима, могли бисмо да претпоставимо да поменути домени самопоимања представљају важан фактор за овај субјективни домен квалитета живота. Са друге стране, мањи број подскала самопоимања је у вези са другим доменом субјективног квалитета живота, Задовољством. Опажене корелације су ниске до умерене, али позитивне и значајне. Боље физичко самопоимање, односно задовољство телом ($r_s=0,238$, $p<0,05$), боље лично самопоимање ($r_s=0,320$, $p<0,01$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,311$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,299$, $p<0,01$), као и Идентитет ($r_s=0,342$, $p<0,01$) и Понашање ($r_s=0,284$, $p<0,01$) позитивно су повезани са задовољством здрављем, личним постигнућима, личном срећом итд.

Од укупно 13 подскала самопоимања, само додатни скорови Неконзистентно одговарање и Самокритичност нису значајно повезани са објективним квалитетом живота. Остале подскеле и скорови су значајно позитивно повезани са поменутиим конструктом. Корелације су умерене јачине, значајне су и присутне су у области следећих домена

самопоимања: Физички селф ($r_s=0,426$, $p<0,01$), Морални селф ($r_s=0,330$, $p<0,01$), Лични селф ($r_s=0,495$, $p<0,01$), Породични селф ($r_s=0,540$, $p<0,01$), Социјални селф ($r_s=0,512$, $p<0,01$) и Академски селф ($r_s=0,333$, $p<0,01$). Такође, резултати показују присуство значајних позитивних корелација између објективног квалитета живота и следећих додатних скорова и скорова валидности Тенеси скале: Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,426$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,510$, $p<0,01$), Идентитет ($r_s=0,509$, $p<0,01$), Задовољство ($r_s=0,537$, $p<0,01$) и Понашање ($r_s=0,558$, $p<0,01$). Генерално гледано, могли бисмо закључити да је позитивно самопоимање значајно за остваривање позитивног, односно високог објективног квалитета живота код наших испитаника из опште популације.

Ситуација са корелацијама између појединачних подскала Тенеси скале за процену самопоимања и субјективног квалитета живота је веома слична. Домени Неконзистентно одговарање и Самокритичност не корелирају са субјективним квалитетом живота. Остале корелације су значајне и крећу се од ниских до умерених: Физички селф ($r_s=0,430$, $p<0,01$), Морални селф ($r_s=0,332$, $p<0,01$), Лични селф ($r_s=0,499$, $p<0,01$), Породични селф ($r_s=0,528$, $p<0,01$), Социјални селф ($r_s=0,481$, $p<0,01$) и Академски селф ($r_s=0,271$, $p<0,05$). Додатно, наши резултати показују и присуство значајних позитивних корелација између субјективног квалитета живота и следећих додатних скорова и скорова валидности Тенеси скале: Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,459$, $p<0,01$), Дистрибуција одговора ($r_s=0,499$, $p<0,01$), Идентитет ($r_s=0,565$, $p<0,01$), Задовољство ($r_s=0,503$, $p<0,01$) и Понашање ($r_s=0,541$, $p<0,01$). Најјаче корелације су присутне између Породичног селфа и додатних скорова Тенеси скале и субјективног квалитета живота. У пракси би то значило да наши испитаници који себе позитивно перципирају као чланове породице, они који себе прихватају у већој мери, који више вреднују свој идентитет и позитивно опажају своје понашање уједно имају и виши укупни субјективни квалитет живота.

Прегледом литературе уочили смо недостатак истраживања која су се директно бавила везом између самопоимања и квалитета живота. Шалок (Schalock, 2004, стр. 26) је један од аутора који је у свом раду навео да је самопоимање индикатор квалитета живота. Шармаз (Charmaz, 1983, према Levasseur et al., 2009) је тврдио да су особе са инвалидитетом осетљиве на доживљај губитка селфа. С друге стране, људи са нижим квалитетом живота били су мање окупирани и реализовали су мање активности које их испуњавају. Шармаз (Charmaz, 1983, према Levasseur et al., 2009) је сматрао да би адаптација на инвалидитет, стварање нове слике о себи и нова социјална мрежа могли да буду кључни за оптимални квалитет живота. Итијерах и Кумар (Ittyerah & Kumar, 2007) су током анализе резултата свог истраживања нагласили да једна димензија селфа може компензовати губитак у другој, тако да се релативно балансирају селф одржава у случајевима доброг квалитета живота.

Мишљења смо да су у овој области неопходна додатна истраживања како би се евентуална веза између ова два конструкта разјаснила.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ САМОПОИМАЊА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

Добијени резултати показују да између укупног сора Тенеси скале за процену самопоимања и укупног сора на Скали за процену животних навика у подузорку испитаника са оштећењем вида постоје позитивне ниске ($r_s=0,225$) корелације значајне на нивоу 0,05.

Следеће што нас је интересовало биле су корелације између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Скале за процену животних навика на подузорку особа са оштећењем вида. Посматрајући подузорок слепих испитаника уочили смо мали број значајних корелација. Физички селф значајно ($r_s=0,312$, $p<0,05$) корелира са Општом кондицијом.

У вези са тим, Физички селф је значајно повезан ($r_s=0,425$, $p<0,01$) и са подскалом Рекреација. На основу добијених резултата бисмо могли претпоставити да слепе особе које имају бољи став о свом телу, стању здравља, физичком изгледу имају бољу физичку кондицију, односно, чешће се баве физичким активностима, а и више су ангажоване у активностима слободног времена (одлазак у позориште, на спортске догађаје, излете и сл.). Следећа уочена корелација јесте она између Академског селфа и животне навике Одговорност ($r_s=0,296$, $p<0,05$). Ово би у пракси значило да слепе особе које себе боље перципирају у радном или школском окружењу уједно показују и већи степен одговорности у области финансија и у односима са другим људима. Последња уочена веза између поменуте две скале у подузорку слепих особа јесте веза Породичног селфа и Образовања; опажена корелација је негативна, слаба, али значајна ($r_s=-0,313$, $p<0,05$). Можда то значи да се слепе особе које себе не виде као вредне чланове породице посвећују образовању и даљем усавршавању. Између осталих подскала нису уочене значајне корелације.

Ситуација је нешто другачија када се посматра подузорок слабовидих испитаника. Породични селф ($r_s=0,312$, $p<0,05$) и скор валидности Неконзистентно одговарање ($r_s=-0,378$, $p<0,01$) повезани су са Исхраном. Слабовиде особе које имају тенденцију да дају већи број неконзистентних одговора значајно ређе учествују у реализацији животних навика које су у вези са исхраном и са припремом хране; с друге стране, уколико особа има бољу перцепцију о себи као члану породице, чешће ће реализовати животне навике које су у вези са исхраном и припремом хране. Затим смо приметили да Морални селф значајно ($r_s=0,304$, $p<0,05$) корелира са Личном хигијеном. Боље морално самопоимање слабовидих особа значи да ће исте особе реализовати већи број животних навика из области личне хигијене. Према резултатима које смо добили, скор који указује на тенденцију особе да даје социјално пожељне одговоре (Лажно позитивна слика о себи) остварује ниске, али значајне ($r_s=0,320$, $p<0,05$) корелације са

подскалом Становање. Може се претпоставити да ће испитаници који имају склоност да дају више социјално пожељних одговора боље процењивати своје услове становања и реализоваће већи број животних навика из поменуте области. Међутим, морамо напоменути да постоји вероватноћа да ће давањем социјално пожељних одговора бити прикривени реални проблеми који су присутни. Највећи број корелација између самопоимања и животних навика уочили смо на подскали Живот у заједници. Подскеле Физички селф ($r_s=0,458$, $p<0,01$), Лични селф ($r_s=0,326$, $p<0,05$), Лажно позитивна слика о себи ($r_s=0,408$, $p<0,01$) и Неконзистентно одговарање ($r_s=-0,413$, $p<0,01$) су значајно позитивно повезане са поменутим доменом животних навика. Дакле, слабовиде особе из нашег узорка које имају бољу слику о свом телу, физичком изгледу, стању здравља, које себе као личност боље процењују, као и оне које показују већу тенденцију ка давању социјално пожељних одговора реализоваће већи број навика из области живота у заједници; додатно, уколико испитаник даје већи број неконзистентних одговора, реализоваће мањи број животних навика из поменуте области.

Итијерах и Кумар (Ittyerah & Kumar, 2007) су у свом раду навели недостатак способности за адекватно вођење бриге о домаћинству као разлог да појединац има негативну слику о себи. Ми сличне резултате у популацији особа са оштећењем вида нисмо добили.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ УТВРЂИВАЊЕМ ОДНОСА ИЗМЕЂУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И ЖИВОТНИХ НАВИКА У ПОДУЗОРКУ ОСОБА СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА

Добијени резултати показују да између укупног скорa на Скали за процену животних навика и скорa на делу Свеобухватне скале који мери објективни квалитет живота испитаника са оштећењем вида постоје ниске, али позитивне ($r_s=0,225$) корелације значајне на нивоу 0,01. Корелације

између животних навика и субјективног квалитета живота постоје, али нису статистички значајне ($p > 0,05$).

У следећем кораку, рапчланили смо поменуте две скале на подске и испитивали смо њихове међусобне корелације. Када посматрамо подузрак особа са оштећењем вида у целини (слепе и слабовиде испитанике заједно), можемо приметити да ниједна подскала Скале за процену животних навика не остварује значајне корелације са подскалом Материјално благостање, нити са објективним и субјективним квалитетом живота. Животне навике из области одржавања личне хигијене ($r_s = 0,275$, $p < 0,01$), становања ($r_s = 0,209$, $p < 0,05$) и мобилности ($r_s = 0,315$, $p < 0,01$) значајно су повезане са здрављем као једним од показатеља објективног квалитета живота. Можемо претпоставити да ће особе које без помоћи и без тешкоћа реализују више животних навика у вези са одржавањем личне хигијене и са становањем, као и оне које се самостално крећу бити задовољније својим здравственим стањем, што је логично. У значајној вези са Продуктивношћу су Становање ($r_s = 0,220$, $p < 0,05$), Одговорност ($r_s = 0,424$, $p < 0,01$), Међуљудски односи ($r_s = 0,263$, $p < 0,05$), Запослење ($r_s = 0,363$, $p < 0,01$) и Рекреација ($r_s = 0,295$, $p < 0,01$). Претпостављамо да су испитаници са оштећењем вида који остварују више међуљудских односа, који су запослени, затим они који чешће учествују у рекреативним активностима и они који показују виши степен одговорности уједно и продуктивнији. Све наведене активности су значајне за појединца на свакодневном нивоу и некоме ће изгледати (пре)компликовано бити продуктиван уз све наведене обавезе. Међутим, ми претпостављамо да је у питању (само) ствар добре организације; могуће је да испитаници који показују оваква постигнућа имају и посебну црту личности (истрајност нпр.) која је од помоћи када се хватају у коштац са свакодневним обавезама и која им помаже да све остваре. Комуникација ($r_s = 0,326$, $p < 0,05$) и Рекреација ($r_s = 0,326$, $p < 0,05$) су у значајној вези са подскалом Интимност. Практично, боља способност усмене и писане комуникације и чешће учествовање у

активностима слободног времена имплицирају остваривање бољих односа са породицом и пријатељима. Само једна подскала Скале за процену животних навика је у вези са подскалом Сигурност – ради се о Комуникацији која са поменутом подскалом остварује ниске, али значајне везе ($r_s=0,224$, $p<0,05$). Становање ($r_s=0,246$, $p<0,05$) и Рекреација ($r_s=0,241$, $p<0,05$) доприносе већем степену емоционалног задовољства. Стога бисмо могли закључити да су особе које су задовољне условима становања и које у тој области реализују више животних навика, као и појединци који имају високо структурирано слободно време уједно испуњенији и задовољнији на емоционалном нивоу. Следеће запажање односи се на корелације подскале Место у заједници са подскалама Скале за процену животних навика. Лична хигијена ($r_s=0,231$, $p<0,05$), Становање ($r_s=0,325$, $p<0,01$), Мобилност ($r_s=0,234$, $p<0,05$), Живот у заједници ($r_s=0,223$, $p<0,05$) и Рекреација ($r_s=0,226$, $p<0,05$) значајно позитивно корелирају са поменутом подскалом. Бољи осећај припадности заједници имају испитаници који реализују већи број животних навика у вези са одржавањем личне хигијене, они који су задовољни условима у којима живе, који се могу кретати самостално (дакле, они који успешно савладавају архитектонске и друге баријере) и они који су укључени у различите рекреативне активности. Све наведено нас наводи на закључак да је за развијен осећај припадности заједници кључно то да особа не буде пасивна и интровертна. За придавање важности одређеним животним аспектима значајни су боља способност одржавања усмене и писане комуникације ($r_s=0,298$, $p<0,01$), виши степен задовољства условима становања ($r_s=0,273$, $p<0,01$), чешће учествовање у рекреативним активностима ($r_s=0,393$, $p<0,01$) и запослење ($r_s=0,211$, $p<0,05$). Једном речју, већу важност одређеним областима живота (попут здравља, личне среће, постигнућа) придаваће особе које на дневном нивоу имају више обавеза које без тешкоћа реализују; вероватно због броја обавеза више цене све друге ствари које их окружују и захвалније су на свему што постижу. На крају, приметили смо

да је подскала Становање у значајној ($r_s = -0,254$, $p < 0,05$) вези са задовољством одређеним аспектима живота: испитаници незадовољнији условима у којима живе извор задовољства проналазе у неким другим животним аспектима.

Домен здравље Свеобухватне скале квалитета живота је донекле значајно повезан са постигнућима и са задовољством у реализовању и дневних активности и социјалних улога. Испитаници са бољим здрављем и функционисањем показали су вишу социјалну партиципацију у одређеним областима животних навика. Иако би сличност између ова два концепта могла (донекле) да објасни везу између домена квалитета живота здравље и Скале за процену животних навика, важно је нагласити да квалитет живота подразумева много више од самог здравља (нарочито се то односи на инструмент који смо ми користили, јер је у питању генеричка скала, а не инструмент који испитује квалитет живота у вези са здрављем).

Следећи корак у анализи био је подела испитаника са оштећењем вида у две групе, на основу степена оштећења. Прво смо посматрали међусобне корелације Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота у подзорку слепих испитаника. Приметан је нешто мањи број корелација у односу на целокупан узорак особа са оштећењем вида. Разлика је у броју подскала Свеобухватне скале квалитета живота са којима ниједна подскала Скале за процену животних навика не остварује значајне корелације; у питању су следеће подске: Материјално и Емоционално благостање, Здравље, Место у заједници, Задовољство, као и Објективни и Субјективни квалитет живота. У популацији слепих испитаника реализовање већег броја животних навика у вези са одговорношћу уједно указује на виши степен продуктивности. Опажене корелације су умерене и значајне ($r_s = 0,549$, $p < 0,01$). Такође, наши слепи испитаници који имају боље вештине одржавања усмене и писане комуникације и који чешће учествују у рекреативним активностима,

уједно чешће и без тешкоћа успостављају односе са другима (укључујући чланове породице и пријатеље), на шта указују позитивне корелације између Комуникације ($r_s=0,458$, $p<0,01$), Рекреације ($r_s=0,308$, $p<0,05$) и подскеале Интимност. Такође, способност одржавања усмене и писане комуникације значајно ($r_s=0,390$, $p<0,01$) корелира и са подскалом Сигурност, што би могло да значи да се отворене, комуникативне особе осећају сигурније у средини у којој живе, додатно, имају и бољи квалитет сна и немају (односно, мање од осталих имају) разлога да буду забринуте. У још једној ситуацији животне навике у вези са комуникацијом ($r_s=0,425$, $p<0,01$) и рекреацијом ($r_s=0,367$, $p<0,01$) остварују значајне позитивне корелације – у питању је подскала Важност која је аспект субјективног квалитета живота. Практично, боља комуникација и садржајније организовано слободно време подразумевају да ће особа одређеним животним областима придавати већу важност. Приметно је да категорија „међуљудски (и породични) односи“ Скале за процену животних навика у нашем истраживању није била у вези са квалитетом живота. Могуће је да се породични односи узимају здраво за готово и да обезбеђују нижи степен испуњености и задовољства у поређењу са осталим категоријама животних навика.

На крају, посматрали смо међусобне корелације Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота у подузорку слабовидих испитаника. У односу на целокупан подузорак особа са оштећењем вида, приметан је мањи број значајних корелација. Као и код слепих испитаника, и у подузорку слабовидих постоје подскеале Свеобухватне скале квалитета живота са којима ниједна подскала Скале за процену животних навика не остварује значајне корелације – то су: Материјално благостање, Здравље, Сигурност, Објективни и Субјективни квалитет живота. Као што би се могло очекивати, животне навике у вези са Запослењем ($r_s=0,319$, $p<0,05$) остварују корелације са Продуктивношћу; такође, и особе које су задовољније условима у којима живе показују

значајне везе ($r_s=0,328$, $p<0,05$) са аспектом објективног квалитета живота који се односи на продуктивност. Овакви резултати су очекивани, јер су, у поређењу са особама из опште популације, особе са оштећењем вида у већој мери незапослене, због чега оне које су у радном односу имају посебан, додатни мотив да се докажу колегама. Даље, веће задовољство условима становања у значајној ($r_s=0,341$, $p<0,05$) је вези са успостављањем односа са породицом и пријатељима. Претпостављамо да задовољство условима у којима живе за резултат има бољи друштвени живот, односно, чешће међусобно посећивање, организовање дружења код куће и сл. Следећа корелација се може довести у везу са претходно наведеном. Ради се о томе да резултати показују да су бољи услови становања ($r_s=0,340$, $p<0,05$) у вези са вишим степеном емоционалног задовољства. С обзиром на то да се показало да су задовољавајући услови становања у вези са бољим друштвеним животом, можемо претпоставити да све то заједно има везе и са вишим степеном емоционалног задовољства. Такође, наши резултати показују да, што је особа задовољнија условима у којима живи, то ће се више осећати делом заједнице у којој живи; дакле, значајне корелације постоје између становања ($r_s=0,340$, $p<0,01$) и Места у заједници. И ово се може довести у везу са бољим друштвеним животом и емоционалним благостањем – особа која је задовољна својим емоционалним стањем и друштвеним животом пре ће се осећати делом заједнице у којој живи него неко ко има тешкоће у поменутих областима. Даље, наши резултати показују постојање значајних корелација између Становања ($r_s=0,446$, $p<0,01$) и Рекреације ($r_s=0,356$, $p<0,05$) и придавања важности одређеним областима живота. Дакле, уколико је особа задовољнија условима у којима живи и ако чешће учествује у различитим активностима за рекреацију и разоноду, више ће важности придавати неким животним областима. С друге стране, значајне негативне корелације постоје између услова становања ($r_s=-0,335$, $p<0,05$) и осећаја задовољства одређеним аспектима живота што би значило да, што је особа

незадовољнија условима у којима живи, мање ће јој бити важни и њена лична срећа, здравље, постигнућа итд.; ниске, али значајне корелације постоје између Међуљудских односа ($r_s=0,331$, $p<0,05$) и придавања веће важности одређеним областима живота. Веза квалитета живота, овог пута субјективног, и друштвеног живота, односно, успостављања односа са другим људима и овим путем је потврђена.

На крају, сматрамо да је важно да напоменемо да ниво постигнућа у области социјалне партиципације мерен Скалом за процену животних навика није потпуно објективан начин мерења, јер испитаници наводе тешкоће са којима се суочавају приликом реализације социјалних улога, што се разликује од друштвених или нормативних евалуација. С друге стране, добро је знати да социјалне улоге које укључују активности које се реализују првенствено за добро појединца (одмор, друштвени односи) не може остварити неко други, а без губитка користи за појединца. Оне су високо вредноване од стране одраслих и обезбеђују им осећај испуњености.

Данас постоји слагање да се активности, партиципација и квалитет живота морају разматрати одвојено, јер представљају посебне концепте.

ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ И ИДЕЈЕ ЗА БУДУЋА ИСТРАЖИВАЊА

С обзиром на то да је организација нашег испитивања подразумевала да испитивач чита питања особама са општећењем вида и да записује њихове одговоре, јасно је да у нашем истраживању у подзорку особа са општећењем вида није било анонимних одговора, што је ову групу испитаника могло да наведе да се представе у позитивнијем светлу, односно, да дају социјално пожељне одговоре. С друге стране, особе из контролне групе у нашем истраживању су самостално одговарале на питања, па верујемо да је то довело до тога да њихови одговори буду

искренији. У наредним истраживањима би било пожељно уједначити процедуру испитивања у свим подузорцима и осигурати анонимност особама са оштећењем вида тако што ће на питања одговарати у писаној форми. Такође, у доступној литератури нисмо наишли на податке да су резултати на скоровима валидности и на додатним скоровима Тенеси скале посматрани у испитиваним узорцима, због чега сматрамо да би било добро и то укључити у будућа истраживања.

Што се тиче социодемографских варијабли, с обзиром на то да смо у нашем истраживању имали само две старосне категорије испитаника – млађе и старије, у будућности би се могло реализовати лонгитудинално истраживање у циљу праћења промена у самопоимању до којих долази током живота и приликом преузимања различитих животних улога. Ново истраживачко поље можемо отворити и испитивањем значаја пријатељских веза за развој и формирање самопоимања код особа са оштећењем вида.

У неком од наредних истраживања би било интересантно испитати везу квалитета живота са дужином трајања оштећења. Дакле, не узимати у обзир само време када је оштећење настало, односно, да ли је оштећење конгенитално или стечено, већ и колико дуго се испитаник са оштећењем суочава. Могуће је да су особе код којих је оштећење вида настало релативно скоро још увек у фази шока и неприхватања, што може негативно утицати на добијене резултате. С друге стране, могуће је да особе које дуже време живе са неким обликом инвалидитета имају стабилнији живот, боље су прилагођене и самим тим, квалитет живота им је виши. Поред тога, саветујемо и да се испита однос квалитета живота и природе оштећења вида (прогресивно или стабилно оштећење): за разлику од оштећења са стабилном клиничком сликом, прогресивна подразумевају чешће одласке на контроле, примену одређене терапије, па је могуће да ће се све то негативно одразити на квалитет живота.

У раду смо навели да, што је особа самокритичнија, реће ће или са тешкоћама успостављати и одржавати односе са породицом и пријатељима, што би могло да значи да су особе које испољавају виши степен самокритичности уједно и интровертне. Ми се у нашем истраживању нисмо бавили типом личности испитаника, али би било интересно испитати и везу између самопоимања, квалитета живота и типа и црта личности појединаца.

Корак даље у истраживањима на ову тему, а с обзиром на то да се нисмо бавили степеном подршке коју су особе са оштећењем вида добијале из своје ближе и даље околине, био би да се у истраживања укључи и утврђивање односа мерених конструката (самопоимања, квалитета живота, животних навика) и степена подршке, са посебним нагласком на степен подршке од стране стручњака – дефектолога.

VI. ЗАКЉУЧАК

Ово истраживање је реализовано са циљем да се испитају самопоимање код особа са оштећењем вида и особа из опште популације, као и да се испита повезаност самопоимања са квалитетом живота и животним навикама у популацији особа са оштећењем вида.

Анализа резултата добијених поређењем самопоимања у популацији особа са оштећењем вида и особа из опште популације у нашем истраживању показала је да највиша постигнућа на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања имају слабовиди испитаници, затим слепи, а најниже резултате имају испитаници из опште популације. Међутим, статистички значајне разлике постоје само између слабовидних испитаника и испитаника без оштећења вида, односно, слабовиди испитаници остварују највише скорове на скали у целини. Статистички значајне разлике на подскали Морални селф постоје између слабовидних испитаника и испитаника без оштећења вида у корист слабовидних који на овој подскали остварују највише резултате.

На основу тога, одбацујемо хипотезу 1 да особе са оштећењем вида имају нижи степен појединих домена самопоимања у односу на особе без оштећења вида.

Што се тиче полних разлика на узорку у целини, на укупном скору Тенеси скале за процену самопоимања њихово присуство није уочено. На појединачним доменима самопоимања, статистички значајне разлике примећујемо само између мушкараца и жена из опште популације на подскали Социјални селф која показује како појединац себе вреднује у смислу адекватности интеракција са другим људима и на којој жене постижу статистички значајно више резултате од мушкараца. Статистички значајне разлике између испитаника различитог пола на осталим појединачним доменима Тенеси скале за процену самопоимања, као и на додатним скоровима и скоровима валидности у нашем истраживању нису уочене. **Стога, не можемо прихватити хипотезу 2а)**

која претпоставља да ће мушкарци имати боља постигнућа на појединим доменима самопоимања.

Такође, посматрали смо разлике између старијих и млађих испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања у целини. Резултати нашег истраживања нису потврдили присуство статистички значајних старосних разлика. На појединачним подскалама статистички значајне разлике између испитаника различитог узраста присутне су само у доменима Морални и Академски селф. Разлике у погледу моралних вредности не зависе од видног статуса, већ су везане искључиво за старост испитаника. С друге стране, статистички значајна разлика у односу на начин на који млађе и старије особе себе перципирају у школском и у радном окружењу постоји код слепих испитаника и испитаника из опште популације. У обе групе старији испитаници (старији од 34 године) имају више скорове на поменутом домену. Чињеница је да смо током разговора са испитаницима у нашем истраживању приметили присуство одређеног нивоа незадовољства материјалним статусом, тешкоће у одржавању социјалних контаката и немогућност посеђивања културних садржаја у мери у којој би испитаници желели, али очигледно је да све то није имало утицај на слику коју особе са оштећењем вида из нашег узорка имају о себи. **Хипотезу 2б) која претпоставља да ће старије особе имати виши степен појединих домена самопоимања можемо делимично прихватити, јер су добијени резултати показали да старији испитаници имају боља постигнућа од млађих на два домена самопоимања.**

Интересовао нас је и однос самопоимања и степена образовања. Добијени резултати нису потврдили постојање статистички значајних разлика између испитаника различитог степена образовања на Тенеси скали за процену самопоимања у целини. Што се тиче резултата на појединачним доменима поменуте Скале, статистички значајне разлике између високообразованих и ниже образованих испитаника детектоване су само у групи слабовидних испитаника и само на подскали Социјални

селф која се односи на то да појединац себе вреднује у смислу адекватности интеракција са другим људима. Ниже образовани слабовиди имају више скорове на поменутој подскали. **Хипотезу 2в) која претпоставља да ће високообразовани испитаници имати боља постигнућа од ниже образованих не можемо потврдити.**

У раду смо се бавили и испитивањем постигнућа запослених и незапослених испитаника на Тенеси скали за процену самопоимања. На Скали у целини нисмо уочили присуство статистички значајних разлика између испитаника са различитим радним статусом. Што се тиче резултата на појединачним доменима на Тенеси скали, статистички значајне разлике у односу на радни статус детектоване су само на подскали Академски селф. Више резултате на овом домену самопоимања имају запослени, с тим што треба нагласити да између степена оштећења вида и радног статуса не постоји значајна интеракција. **Хипотеза 2г) претпоставља да ће запослени испитаници имати боља постигнућа од незапослених на појединим доменима самопоимања; с обзиром на то да је присуство статистички значајних разлика уочено на једној од подскала, можемо рећи да је ова хипотеза делимично потврђена.**

На основу свега претходно наведеног, хипотеза 2 која претпоставља да ће се особе са оштећењем вида и особе из опште популације значајно разликовати у погледу постигнућа на појединим доменима самопоимања делимично је потврђена.

Између две групе испитаника са оштећењем вида није уочено присуство статистички значајних разлика на Тенеси скали у целини. Када посматрамо постигнућа испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама Тенеси скале за процену самопоимања, уочавамо да су статистички значајне разлике нађене само на подскалама Морални и Социјални селф – на обе подскале више резултате остварују слабовиде особе. **Узимајући у обзир наведене резултате, морамо одбацити хипотезу 3а), јер она претпоставља да ће слепе особе имати виша**

постигнућа на појединим доменима самопоимања него слабовиде особе, а резултати нашег истраживања су показали другачије.

Интересовале су нас и потенцијалне разлике у подзорку испитаника са оштећењем вида у односу на време настанка оштећења вида. На Скали у целини, као и на појединачним подскалама нисмо потврдили постојање статистички значајних разлика између особа код којих је оштећење вида присутно од рођења и испитаника код којих је оштећење вида настало касније у животу. **Због тога не можемо прихватити хипотезу 3б) која претпоставља да ће особе које имају конгенитално оштећење вида остваривати и више резултате на појединим доменима самопоимања у поређењу са особама код којих је до оштећења вида дошло касније у животу.**

На Тенеси скали за процену самопоимања у целини, као и на појединачним доменима, није уочено присуство статистички значајних разлика у односу на способност самосталног кретања особа са оштећењем вида. **Због одсуства статистички значајних разлика, и хипотезу 3в) којом је претпостављено да ће особе са оштећењем вида које се крећу самостално имати виша постигнућа у поређењу са особама са оштећењем вида које су у кретању несамосталне, морамо одбацити.**

На основу наведених резултата, хипотеза 3 којом смо претпоставили да ће се особе са оштећењем вида међусобно разликовати у погледу степена појединих домена самопоимања није потврђена.

Одсуство статистички значајних разлика у области самопоимања између особа са оштећењем вида и особа из опште популације, као и унутар популације особа са оштећењем вида, налазили су и други аутори који су се у својим истраживањима бавили овом темом. С друге стране, постоје истраживања која су потврдила постојање статистички значајних разлика и она омогућавају изношење и тестирање претпоставки о присутним разликама у односу на различите испитиване варијабле.

Ови резултати нам говоре да негативно самопоимање не мора обавезно и трајно да буде присутно код особа са оштећењем вида у одраслом добу. То би могло да значи да оштећење вида није једино одговорно за негативно самопоимање, већ да можда и неки други чиниоци доприносе непостојању или неидентификовању разлика.

Поред испитивања самопоимања, интересовали су нас квалитет живота испитаника из узорка, као и степен реализације животних навика у подзорку особа са оштећењем вида. Резултати су показали да статистички значајне разлике између три групе испитаника постоје само на делу Свеобухватне скале квалитета живота који мери објективни квалитет живота. Показало се да особе из опште популације имају бољи објективни квалитет живота од слепих испитаника. Ако знамо да се објективни квалитет живота односи на чињенично стање (радни статус, висину прихода, место становања, учесталост одлазака код лекара, учесталост одржавања социјалних контаката итд.) и ако знамо да се особе из опште популације приликом реализације наведених активности не сусрећу са различитим препрекама, као што је то случај са особама са оштећењем вида, онда нас овај резултат не изненађује. Такође, на Скали у целини разлике су присутне у односу на узраст испитаника (бољи субјективни квалитет живота имали су млађи испитаници), у односу на радни статус (запослени имају бољи субјективни квалитет живота у поређењу са незапосленима) и у односу на време настанка оштећења вида (испитаници код којих је оштећење вида присутно од рођења показују бољи субјективни квалитет живота). Пол, образовни статус и способност самосталног кретања нису били у вези са објективним и субјективним квалитетом живота посматрано на Скали у целини.

Што се тиче резултата на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота, анализа је показала да особе из опште популације имају бољи материјални и здравствени статус од обе групе испитаника са оштећењем вида. Такође, уочили смо и да слабовиди испитаници имају

бољи здравствени статус у односу на слепе. Још једна разлика између особа из опште популације и слепих испитаника је уочена и односи се на степен продуктивности испитаника: у овом конкретном случају, продуктивније су особе без оштећења вида. Резултати су показали и да слабовиди испитаници чешће од слепих учествују у животу заједнице. С друге стране, слепе особе придају већу важност одређеним аспектима живота. Полне разлике на појединачним доменима нису присутне, резултати три групе испитаника су уједначени.

Даљим испитивањем постигнућа на појединачним подскалама Свеобухватне скале квалитета живота у односу на старост испитаника, уочили смо да су старије особе из опште популације биле продуктивније од осталих, млађи слепи испитаници осећали су се сигурније у окружењу у ком живе, а млађи испитаници из опште популације се у већој мери осећају делом заједнице у којој живе. Млађи слепи и слабовиди испитаници из нашег узорка придавали су већу важност здрављу, личним постигнућима итд. Такође, млађи слабовиди испитаници били су задовољнији различитим животним аспектима, међу којима су однос са породицом и пријатељима, здравље, лична постигнућа итд.

Присутне значајне разлике на појединачним доменима Скале у односу на степен образовања показале су да су високообразовани испитаници из опште популације продуктивнији од ниже образованих испитаника. С обзиром на то да код слепих и слабовидих испитаника нисмо уочили постојање статистички значајних разлика, можемо претпоставити да степен образовања није пресудан у достизању и одржавању задовољавајућег квалитета живота у популацији особа са оштећењем вида.

Запослени испитаници имају бољи материјални и здравствени статус и сматрају да су продуктивнији. Незапослени већу важност приписују одређеним аспектима живота. Разлике у односу на видни статус присутне су само код запослених слабовидих испитаника који су задовољнији својим

материјалним статусом. Додатно, у све три групе испитаника смо уочили значајне разлике на подскали Продуктивност. Као што је и очекивано, запослени испитаници сматрају да су продуктивнији.

Последње две анализе смо реализовали само у подузорку испитаника са оштећењем вида. Прво нас је интересовао однос квалитета живота и времена настанка оштећења вида. Што се тиче резултата на појединачним подскалама, значајне разлике уочене су само на домену задовољства – испитаници са конгениталним оштећењем вида задовољнији су одређеним животним аспектима (здрављем, личним постигнућима, личном срећом). Могуће је да ће особе које дуже време живе са неким обликом инвалидитета имати стабилнији живот, да ће бити боље прилагођене и, самим тим, имаће и виши квалитет живота. Последњи корак у испитивању квалитета живота била је провера да ли су присутне разлике у односу на способност самосталног кретања испитаника са оштећењем вида на појединачним подскалама. Значајне разлике у односу на способност самосталног кретања слепих и слабовидих испитаника биле су присутне само на подскали Важност: особе које су се кретале самостално уз коришћење белог штапа придавале су највећу важност одређеним животним аспектима. Детаљнијом анализом смо утврдили да особе које за кретање користе бели штап придају већу важност одређеним аспектима живота у поређењу са испитаницима који се крећу самостално и онима који се крећу уз помоћ водича који види. Објашњење ових резултата би могло да лежи у томе што особе са оштећењем вида које за кретање користе бели штап ни од кога не зависе, а независност је веома важна за остваривање задовољавајућег квалитета живота.

Такође, интересовала су нас постигнућа слепих и слабовидих испитаника на Скали за процену животних навика. Резултати су показали да на Скали у целини значајно више резултате остварују слабовиде особе, запослени испитаници и испитаници са оштећењем вида који се крећу самостално. Нисмо уочили разлике у односу на пол, узраст, степен

образовања и време настанка оштећења вида на Скали за процену животних навика у целини.

Ако посматрамо постигнућа на појединачним подскалама Скале за процену животних навика, анализе показују да, од 12 испитиваних категорија животних навика, значајне разлике нису присутне само на две. Иначе, на свим подскалама слабовиди испитаници имају више резултате, што можемо повезати са остацима вида на које се могу ослонити приликом социјалне партиципације, односно, приликом реализовања животних навика и социјалних улога. Што се тиче разлика у односу на пол, оне су присутне на доменима који се тичу кондиције, мобилности и рекреације и на сва три више резултате остварују испитаници са оштећењем вида мушког пола. Прецизније, слабовиди мушкарци имају бољу физичку кондицију и садржајније проводе слободно време у поређењу са слабовидим женама. Што се тиче активности кретања и коришћења јавног превоза (тачније, домена Мобилност), статистички значајне разлике су присутне и код слепих и код слабовидих испитаника, а боље резултате су показали испитаници мушког пола. Ако посматрамо постигнућа старијих и млађих испитаника на појединачним подскалама у односу на видни статус, резултати говоре да млађи слепи испитаници имају бољу физичку кондицију и показују већу жељу за даљим усавршавањем, док старији слепи испитаници показују виши степен одговорности. У групи слабовидих млађи испитаници су бољи у одржавању усмене и писане комуникације, показују већу жељу за даљим усавршавањем, а старији су задовољнији својим послом. Када смо испитивали између којих група испитаника постоје статистички значајне разлике на поменутих подскалама, показало се да у групи слепих високообразовани имају значајно више резултате у области одржавања усмене и писане комуникације, а и жеља за даљим образовањем и усавршавањем је код ове групе испитаника виша. Такође, и слабовиди високообразовани испитаници показују већу жељу за даљим образовањем и усавршавањем.

Када се сагледају сви добијени резултати, чињеница да високообразовани (и слепи и слабовиди) испитаници показују вишу жељу за наставком образовања није необична. Такође, и више скорове у области одржавања усмене и писане комуникације код високообразованих могуће је објаснити управо нивоом образовања, јер ове активности, између осталог, укључују и коришћење рачунара који је особама на вишим образовним нивоима неопходан. Анализирајући постигнућа испитаника на појединачним подскалама у односу на радни статус, добили смо очекивани резултат – значајне разлике постоје само на подскали Запослење, а више скорове имају, наравно, запослени испитаници са оштећењем вида. На подскалама Становање и Међуљудски односи добили смо значајне разлике у односу на време настанка оштећења вида. На обе подскале више резултате су постизали испитаници са оштећењем вида стеченим касније у животу. Затим смо проверавали зависност разлика од видног статуса и добили резултат да значајне разлике постоје само код слепих испитаника који су вид изгубили касније у животу – они сматрају да имају боље услове становања. Када говоримо о постигнућима испитаника на појединачним подскалама у односу на способност самосталног кретања, уочили смо да је за реализовање животних навика способност самосталног кретања прилично значајна, јер су значајне разлике присутне на 10 од 12 подскала. Само на подскали Комуникација статистички значајно више резултате имају особе које приликом кретања користе бели штап. На свим осталим доменима на којима су уочене статистички значајне разлике више резултате су остваривали испитаници са оштећењем вида који се крећу самостално (без штапа).

Анализом односа самопоимања и квалитета живота на узорку у целини уочили смо да између укупних скорова на скалама које мере та два конструкта постоје ниске до умерене позитивне корелације.

Академски селф остварује ниске, али значајне корелације са доменом Продуктивност. Испитаници који себе позитивно вреднују у радном и у

школском окружењу, истовремено ће бити продуктивнији. Даље, подскеале Социјални селф и Интимност се тичу интеракција са другим људима, па бисмо (у односу на детектоване корелације) могли да закључимо да став који особа има према свом телу и самопроцена црта личности могу позитивно да утичу на однос са људима из ближег и даљег окружења. Такође, позитивна слика о сопственим цртама личности и о телу и став појединца да је важан члан породице уједно доводе и до већег осећаја сигурности код куће и до бољег квалитета сна. И позитиван став о себи у односу на интеракције са другим људима може да значи виши осећај сигурности.

Само један скор валидности Тенеси скале за процену самопоимања није у вези са подскалом Емоционално благостање. Испитаници који имају виша постигнућа на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања уједно показују и виши степен емоционалног задовољства. Испитаници који су задовољнији својим телом, својим особинама и који сматрају да су вредни чланови своје породице и друштва у већој мери се осећају делом заједнице.

Велики број домена самопоимања је у вези са придавањем веће важности здрављу, личној срећи и личним постигнућима, на основу чега бисмо могли да претпоставимо да је самопоимање важан фактор за овај субјективни домен квалитета живота. Са друге стране, мањи број подскала самопоимања је у вези са другим доменом субјективног квалитета живота, Задовољством. Опажене корелације су ниске, али позитивне и значајне.

Од укупно 13 подскала самопоимања које смо разматрали, само додатни скор Самокритичност није значајно повезан са објективним квалитетом живота. Ситуација са корелацијама између појединачних подскала Тенеси скале за процену самопоимања и субјективног квалитета живота је слична. Домен Самокритичности је и у овом случају тај који не корелира са субјективним квалитетом живота; при том, у овом случају ни начин на који појединац себе перципира у радном или школском

окружењу (Академски селф) није у значајној вези са наведеним конструктом. Најјаче корелације су присутне између Личног селфа, тачније самовредновања појединца и објективног и субјективног квалитета живота, па можемо да закључимо између квалитета живота и слике о себи постоји повезаност, односно, што испитаник има бољу слику о себи, имаће и виши објективни и субјективни квалитет живота.

Да бисмо добили детаљнији увид у однос између самопоимања и квалитета живота у зависности од видног статуса, применили смо корелативну анализу у подзоруку слепих и слабовидих особа и особа из опште популације посебно.

У подзоруку слепих испитаника значајне позитивне везе са подскалом Материјално благостање остварују Физички и Социјални селф. Овај резултат се разликује од онога који смо добили када смо посматрали узорак у целини. Уочене корелације су ниске, али би могле да се протумаче тако да слепе особе из нашег узорка са бољим физичким самопоимањем и вишим самопоимањем у односу на секундарне социјалне групе имају више резултате и на три индекса релевантна за поменути домен материјалног благостања (приходи, тип становања, лична имовина).

Ниједна подскала самопоимања није била у значајној корелацији са Здрављем, што нас наводи на закључак да у нашем узорку између слике коју особа има о себи и здравственог стања не постоји повезаност.

Значајну везу са Продуктивношћу остварује само Лични селф. Испитаници из нашег узорка који себе вреднују више, односно, који своје црте личности процењују као задовољавајуће, биће продуктивнији. Остале подскеле самопоимања нису биле значајно повезане са овим доменом квалитета живота.

Са успостављањем односа са породицом и пријатељима (подскала Интимност) значајно позитивно корелирају Физички и Социјални селф. Испитаници из подзорука слепих који имају више скорове на поменути

доменима самопоимања истовремено ће имати и боље резултате на домену Интимност који се тиче остваривања односа са породицом и пријатељима.

Детектоване значајне корелације умерене јачине између Физичког селфа и подскеле Сигурност могу значити да ће слепи испитаници који имају позитиван став о свом телу и стању здравља осећати и виши степен сигурности у заједници. Оваква ситуација је постојала и на узорку у целини, с тим што су корелације у подузорку слепих испитаника јаче, што је интересантно и отвара питања значаја физичког изгледа у тој популацији.

Следеће што смо уочили јесте негативна повезаност између самокритичности и подскеле Емоционално благостање и позитивна корелација између Лажно позитивне слике о себи и емоционалног задовољства. То практично значи да ће особе које су у мањем степену критичне према себи бити емоционално задовољније. Самокритичност прилично исцрпљује, па претпостављамо да особе код којих је у већој мери изражен овај аспект немају капацитета и за остваривање високог степена емоционалног задовољства. Додатно, постоји вероватноћа да ће давање социјално пожељних одговора замаскирати реалну ситуацију и да ће довести до тога да испитаник остварује више скорове на ајтемима који се тичу емоционалног задовољства, иако можда то није реална ситуација.

У нашем истраживању се такође показало да су боља физичка слика о себи и чешће давање социјално пожељних одговора значајно повезани са вишим осећајем сигурности у заједници. С обзиром на то да физички селф има везе са ставом који појединац има о свом телу и стању здравља, можемо претпоставити да се особе које себе виде као здравије истовремено осећају и сигурније у заједници у којој живе. Што се давања социјално пожељних одговора тиче, и у овом случају они могу маскирати реално стање ствари и довести до тога да скорови на подскали Место у заједници буду виши.

Најјачу уочену корелацију између Физичког селфа и Важности у подзорку слепих бисмо могли интерпретирати на следећи начин: испитаници који показују бољу физичку слику о себи, о свом телу и стању здравља придаваће већу важност одређеним животним аспектима. Када посматрамо други аспект субјективног квалитета живота – задовољство (одређеним аспектима живота), евидентно је да ниједна подскала Тенеси скале за процену самопоимања не остварује статистички значајне везе са поменутом подскалом.

Однос између подскала самопоимања и објективног и субјективног квалитета живота је веома сличан. Физички, Морални и Лични селф, као и Лажно позитивна слика о себи и Дистрибуција одговора у значајној су вези са објективним квалитетом живота. Исто тако, значајне ниске до умерене позитивне корелације са субјективним квалитетом живота остварују Физички, Морални, Лични, Породични селф и Лажно позитивна слика о себи.

У подзорку слабовидих испитаника примећује се мањи број корелација између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Свеобухватне скале квалитета живота. Морални селф је једини који значајно негативно корелира са подскалом Материјално благостање. Ово би могло да значи да наши слабовиди испитаници који имају више резултате на подскали која испитује моралне вредности уједно имају и нижи материјални статус и обрнуто.

Оно што је у овом подзорку другачије у односу на остале две групе испитаника јесте одсуство значајних корелација подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Свеобухватне скале квалитета живота Здравље и Продуктивност.

Степен самокритичности је једини који значајно, али негативно корелира са подскалом Интимност. То би значило да, што је особа самокритичнија, ређе или са тешкоћама успоставља и одржава односе са породицом и пријатељима. Сматрамо да би било интересно испитати

и везу између самопоимања, квалитета живота и типа и црта личности појединаца.

Виши степен самокритичност слабовидих и већа склоност ка давању неконзистентних одговора на Тенеси скали за процену самопоимања могу значити да ће перципирани степен сигурности код ових особа бити нижи; испитаници ће наводити евентуалне проблеме са спавањем, неће се осећати сигурно у окружењу у ком живе, чешће ће испољавати забринутост и анксиозност.

Разлог за опажене везе између Личног селфа и Емоционалног благостања, Самокритичности и Емоционалног благостања и Понашања и Емоционалног благостања можемо тражити у природи самих ајтема који су обухваћени наведеним супскалама: све наведено се односи на појединца, није везано за друге људе и за однос са њима, стога је разумљиво због чега су између наведених области присутне корелације.

У подзорку слабовидих само Академски селф значајно и позитивно корелира са Местом у заједници. Суштина је у следећем: што слабовида особа себе позитивније перципира у школском или радном окружењу (или, ако је уверена да је други виде на позитиван начин), истовремено ће и реализовати више одређених активности у заједници, постојаће већа шанса да ће се та особа бавити волонтерским радом и да ће својим саветима помагати другима.

Слабовида особа која позитивније процењује себе, своје црте личности и која је уједно склона самокритичности, већу важност ће придавати одређеним аспектима живота. С друге стране, ниједна подскала Тенеси скале за процену самопоимања не остварује значајне корелације са подскалом Задовољство, која је један од домена субјективног квалитета живота.

Исте три подскале самопоимања корелирају са објективним и са субјективним квалитетом живота. Изостајање корелација осталих супскала Тенеси скале за процену самопоимања и објективног и субјективног

квалитета живота може да значи само да је самопоимање важан фактор за квалитет живота, али не и довољан.

Када посматрамо корелације између Тенеси скале за процену самопоимања и Свеобухватне скале квалитета живота у подзорку особа из опште популације примећујемо да значајне корелације између подскала самопоимања и Материјалног благостања и Здравља изостају. То значи да у општој популацији самопоимање није значајно повезано са наведеним аспектима објективног квалитета живота.

Особе из опште популације које себе позитивно перципирају у школском и радном окружењу и које позитивно посматрају оно што раде и начин на који раде, биће истовремено и продуктивније.

На успостављање и одржавање позитивних односа са блиским особама највише утиче позитивност домена самопоимања који се односе конкретно на појединца. То практично значи да ће особа која себе види на позитиван начин имати и више социјалних контаката.

Најјаче корелације постоје између Физичког селфа и подскале Сигурност. Може се претпоставити да ће испитаници који имају позитиван став о свом телу осећати и виши степен сигурности у заједници. Позитивна слика о сопственим цртама личности, позитивна веровања о стварном селфу (додатни скор Идентитет), виши степен самоприхватања (додатни скор Задовољство) и позитивна перцепција понашања и одговора (додатни скор Понашање), као и став појединца да је важан члан породице уједно доводе и до већег осећаја сигурности код куће и до бољег квалитета сна.

С обзиром на величину присутних корелација, односно, на уочене ниске вредности, са резервом би требало разматрати објашњење да испитаници који имају виша постигнућа на подскалама Тенеси скале за процену самопоимања уједно имају и виши степен емоционалног задовољства као једног од показатеља објективног квалитета живота.

Самокритичност је једини домен Тенеси скале за процену самопоимања који остварује значајне корелације са подскалом Место у заједници. Намеће се претпоставка да се испитаници који показују виши степен самокритичности више осећају делом заједнице у којој живе.

С обзиром на то да је велики број домена самопоимања у вези са придавањем веће важности здрављу, личној срећи и личним постигнућима, могли бисмо да претпоставимо да поменути домени самопоимања представљају важан фактор за овај субјективни домен квалитета живота. Са друге стране, мањи број подскала самопоимања је у вези са другим доменом субјективног квалитета живота, Задовољством. Опажене корелације су ниске до умерене, али позитивне и значајне.

Од укупно 13 подскала самопоимања, само додатни скорови Неконзистентно одговарање и Самокритичност нису значајно повезани са објективним квалитетом живота. Могли бисмо закључити да је позитивно самопоимање значајно за остваривање позитивног, односно високог објективног квалитета живота код испитаника из опште популације из нашег узорка. Ситуација са корелацијама између појединачних подскала Тенеси скале за процену самопоимања и субјективног квалитета живота је слична. Најјаче корелације су присутне између Породичног селфа и додатних скорова Тенеси скале и субјективног квалитета живота. У пракси би то значило да наши испитаници који себе позитивно перципирају као чланове породице, они који себе прихватају у већој мери, који више вреднују свој идентитет и позитивно опажају своје понашање, уједно имају и виши укупан субјективни квалитет живота.

Људи са нижим квалитетом живота су мање окупирани и реализују мање активности које их испуњавају. Адаптација на инвалидитет и нова социјална мрежа могли би да буду кључни за постизање оптималног квалитета живота.

Хипотезом 4 смо претпоставили да ће постојати значајна позитивна повезаност између појединих домена самопоимања и

појединих домена објективног и субјективног квалитета живота, а будући да су између поменутих конструката пронађене значајне позитивне корелације, можемо сматрати да је ова хипотеза потврђена.

Између укупног скорa Тенеси скале за процену самопоимања и укупног скорa на Скали за процену животних навика у подзорку испитаника са оштећењем вида постоје значајне, али ниске корелације.

Посматрајући подзорак слепих испитаника уочили смо мали број значајних корелација између подскала Тенеси скале за процену самопоимања и подскала Скале за процену животних навика. Слепе особе које имају бољи став о свом телу, стању здравља и физичком изгледу чешће се баве физичким активностима и више су ангажоване у активностима слободног времена (одлазак у позориште, на спортске догађаје, излете и сл.). Међутим, мишљења смо да би ово требало додатно испитати, с обзиром на напомене које су испитаници са оштећењем вида из нашег узорка износили у вези са доступношћу различитих активности, установа, градског превоза и сл. Следећу корелацију уочили смо између Академског селфа и животне навике Одговорност. У пракси би ова веза значила да слепе особе које себе перципирају боље у радном или школском окружењу уједно показују и већи степен одговорности у области финансија и у односима са другим људима. Последња уочена веза између поменуте две скале у подзорку слепих особа јесте веза између Породичног селфа и Образовања.

Ситуација је нешто другачија када се посматра подзорак слабовидих испитаника. Слабовиде особе које имају тенденцију да дају већи број неконзистентних одговора значајно ређе учествују у реализацији животних навика које су у вези са исхраном и са припремом хране. С друге стране, уколико особа има бољу перцепцију о себи као члану породице, чешће ће реализовати животне навике које су у вези са исхраном и припремом хране. Боље морално самопоимање слабовидих особа значи да ће реализовати већи број животних навика из области

личне хигијене. На основу везе скора који указује на тенденцију особе да даје социјално пожељне одговоре (Лажно позитивна слика о себи) и подскеле Становање, може се претпоставити да ће испитаници који имају склоност да дају више социјално пожељних одговора боље процењивати своје услове становања и реализоваће већи број животних навика из поменуте области. Међутим, постоји вероватноћа да ће давањем социјално пожељних одговора бити прикривени реални проблеми који су присутни, стога ово треба додатно испитати. Највећи број корелација између самопоимања и животних навика у подузорку слабовидних испитаника уочили смо на подскали Живот у заједници. Слабовиде особе из нашег узорка које имају бољу слику о свом телу, физичком изгледу, стању здравља, које себе као личност боље процењују, као и оне које показују већу тенденцију ка давању социјално пожељних одговора реализоваће већи број навика из области живота у заједници. Такође, уколико испитаник даје већи број неконзистентних одговора, реализоваће мањи број животних навика из поменуте области. Мали број значајних ниских до умерених корелација између самопоимања и животних навика би могао да значи да самопоимање и степен реализације животних навика нису у међусобној вези. Ипак, с обзиром на мали број истраживања која се баве овом темом, препорука је да се однос између ова два конструкта додатно испита.

С обзиром на мали број уочених значајних корелација између два испитивана конструкта, сматрамо да је хипотеза 5 којом је претпостављено постојање позитивне повезаности између појединих домена самопоимања и реализовања појединих категорија животних навика код особа са оштећењем вида делимично потврђена.

Између укупног скора на Скали за процену животних навика и скора на делу Свеобухватне скале који мери објективни квалитет живота испитаника са оштећењем вида постоје ниске, али значајне позитивне

корелације. Корелације између животних навика и субјективног квалитета живота нису статистички значајне.

У подзорку особа са оштећењем вида у целини ниједна подскала Скале за процену животних навика не остварује значајне корелације са подскалом Материјално благостање, нити са објективним и субјективним квалитетом живота. На основу опажених корелација, можемо претпоставити да ће особе са оштећењем вида које без помоћи и без тешкоћа реализују више животних навика у вези са одржавањем личне хигијене и са становањем, као и оне које се самостално крећу бити задовољније својим здравственим стањем. Такође, испитаници са оштећењем вида који остварују више међуљудских односа, који су запослени, они који чешће учествују у рекреативним активностима и они који показују виши степен одговорности уједно су и продуктивнији. Све наведене активности су значајне за појединца на свакодневном нивоу. Могуће је да испитаници који показују оваква постигнућа имају и посебне црте личности (организованост, истрајност, систематичност) које им помажу да остваре свакодневне задатке. Боља способност усмене и писане комуникације и чешће учествовање у активностима слободног времена имплицирају остваривање бољих односа са породицом и пријатељима. Једино је подскала Комуникација Скале за процену животних навика у вези са подскалом Сигурност. Корелације између поменутих инструмената нам даље говоре да су особе које су задовољне условима становања и које у тој области реализују више животних навика, као и појединци који имају високоструктурисано слободно време уједно испуњенији и задовољнији на емоционалном нивоу. Бољи осећај припадности заједници имају особе које реализују већи број животних навика у вези са одржавањем личне хигијене, оне које су задовољне условима у којима живе, које се могу кретати самостално и оне које су укључене у различите рекреативне активности. За развијен осећај припадности заједници кључно је да особа буде активна и екстровертна.

Што се тиче придавања важности одређеним животним аспектима, већу важност ће им придавати особе које на дневном нивоу имају више обавеза које без тешкоћа реализују. Оне вероватно због великог броја свакодневних обавеза више цене друге ствари које их окружују. На крају, приметили смо да испитаници који нису задовољни условима у којима живе извор задовољства проналазе у неким другим животним аспектима.

Следећи корак подразумевао је поделу подузорка испитаника са оштећењем вида у две групе, на основу степена оштећења. Прво смо посматрали међусобне корелације Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота у подузорку слепих испитаника. У односу на целокупан узорак особа са оштећењем вида приметан је нешто мањи број корелација. Слепи испитаници који реализују већи број животних навика у вези са одговорношћу показиваће и виши степен продуктивности. Они који имају боље вештине одржавања усмене и писане комуникације и који чешће учествују у рекреативним активностима чешће и без тешкоћа ће успостављати односе са другима, на шта су нам указале позитивне корелације између Комуникације, Рекреације и подскале Интимност. Способност одржавања усмене и писане комуникације значајно корелира и са подскалом Сигурност, што значи да се отворене, комуникативне особе осећају сигурније у средини у којој живе, имају и бољи квалитет сна и немају разлога да буду забринуте. Животне навике у вези са комуникацијом и рекреацијом остварују значајне позитивне корелације са подскалом Важност која је аспект субјективног квалитета живота. Практично, боља комуникација и испуњено слободно време подразумевају да ће особа одређеним областима живота придавати већу важност. Приметно је да категорија „међуљудски (и породични) односи“ Скале за процену животних навика у нашем истраживању није била у вези са квалитетом живота. Постоји могућност да, због тога што се подразумевају, породични односи обезбеђују нижи степен испуњености и задовољства.

На крају смо посматрали корелације Скале за процену животних навика и Свеобухватне скале квалитета живота у подузорку слабовидих испитаника. Приметан је мањи број корелација у односу на целокупан подузорак особа са оштећењем вида. Као и код слепих испитаника, и у подузорку слабовидих постоје подскеле поменутих инструмената које не остварују значајне међусобне корелације: Материјално благостање, Здравље, Сигурност, Објективни и Субјективни квалитет живота. Животне навике у вези са Запослењем остварују корелације са Продуктивношћу, што је за очекивати. И особе које су задовољније условима у којима живе показују значајне везе са аспектом објективног квалитета живота који се односи на продуктивност. Ово је очекиван резултат, јер су особе са оштећењем вида у већој мери незапослене, због чега оне које су у радном односу имају додатни мотив да покажу шта могу. Даље, веће задовољство условима становања у вези је са бољим успостављањем односа са породицом и пријатељима, због чега претпостављамо да задовољство условима у којима живе за резултат има бољи друштвени живот. Резултати показују да су бољи услови становања у вези са вишим степеном емоционалног задовољства, што се може повезати са претходним закључком: с обзиром на то да се показало да су задовољавајући услови становања у вези са бољим друштвеним животом, могуће је да све то заједно има везе и са вишим степеном емоционалног задовољства. Такође, наши резултати показују да, што је особа задовољнија условима у којима живи, више ће се осећати делом заједнице; дакле, постоје значајне корелације између Становања и Места у заједници. И ово се може довести у везу са бољим друштвеним животом и емоционалним благостањем – особа која је задовољна својим емоционалним стањем и друштвеним животом пре ће се осећати делом заједнице у којој живи него неко ко има тешкоће у поменутих областима. Наши резултати показују и постојање значајних корелација између Становања и Рекреације и придавања важности одређеним областима живота. Дакле, уколико је особа

задовољнија условима у којима живи и ако чешће учествује у различитим активностима за рекреацију и разоноду, више ће важности придавати различитим животним областима. С друге стране, значајне негативне корелације постоје између услова становања и осећаја задовољства одређеним аспектима живота што би значило да, што је особа незадовољнија условима у којима живи, мање ће јој важни бити и њена лична срећа, здравље, постигнућа итд. Овим путем је потврђена веза субјективног квалитета живота и успостављања односа са другим људима.

На основу претходно изнетих резултата може се закључити да је хипотеза 6 која претпоставља да ће у популацији особа са оштећењем вида бити присутна значајна позитивна повезаност појединих домена објективног и субјективног квалитета живота и степена реализовања појединих категорија животних навика делимично потврђена.

VII. ΠΡΕΠΟΥΚΕ

Позитивно самопоимање је важно, али је неким особама, без обзира на то имају ли инвалидитет или не, тешко да то постигну. Због тога сматрамо да је посебно значајно од најранијег узраста охрабривати и подстицати развој самопоимања. У нашем истраживању није потврђено да особе са оштећењем вида имају ниже самопоимање у односу на особе без оштећења вида, али смо ипак мишљења да би требало радити на увођењу програма који би за циљ имао развијање и одржавање позитивног самопоимања, самопоштовања и поштовања индивидуалних разлика. Искористићемо прилику да наведемо ствари за које сматрамо да су кључне и на које треба обратити посебну пажњу:

- укључити децу у програме ране интервенције
- охрабривати независност и самосталност
- планирати програме који ће позитивно утицати на ставове друштва према инвалидитету
- утицати на развој комуникације и успостављање позитивних међуљудских односа
- охрабривати поштовање и прихватање индивидуалних различитости
- подстицати свест о себи и свест о другима кроз развој различитих комуникативних стратегија
- фокусирати се на позитивне квалитете (у циљу формирања позитивне слике о себи)
- радити на формирању пожељне слике о себи кроз различите радионице и предавања са циљем самоприхватања, кроз постављање реалних циљева, савладавање одређених вештина, евалуацију и прихватање успеха.

Већ смо поменули да је, под утицајем социјалног модела ометености, главни циљ специјалне едукације и рехабилитације пуна социјална партиципација особа са инвалидитетом. Да би се тај циљ остварио, неопходно је идентификовати постојеће баријере, а затим радити на

њиховом уклањању. Реализација ове студије нам је омогућила да издвојимо личне и срединске чиниоце који су нашим испитаницима отежавали реализовање животних навика и остваривање задовољавајућег квалитета живота. Лични чиниоци, односно тешкоће у вези са оштећењем вида односе се на проблеме са оријентацијом и кретањем (велики број испитаника није прошао обуку), проблеме у области самосталног живљења, остваривање мањег броја социјалних интеракција. Средински чиниоци, тј. карактеристике окружења подразумевају лоше услове на улицама и тротоарима (необележене рупе, неравнине, различите препреке), буку, густ саобраћај, недоступан или тешко доступан јавни превоз, архитектонске баријере (првенствено се мисли на непостојање тактилних стаза и звучних семафора). Поред поменутих баријера, у нашем узорку је било евидентно присуство незадовољства испитаника са оштећењем вида материјалним статусом, тешкоћа у одржавању социјалних контаката, немогућност посећивања културних садржаја у мери у којој би испитаници желели. Такође, и физичка слабост је истакнута као један од фактора ризика који су у вези са проблемима у области кретања. На основу свега наведеног, јасно је да је примарно развити адекватне програме рехабилитације који ће слепим и слабовидим особама омогућити приступ различитим услугама у циљу активног учествовања у доношењу одлука о важним стварима које су битне за њихово што боље функционисање. Посебно истичемо значај обуке за оријентацију и кретање, јер ће на тај начин особама са оштећењем вида бити осигурана независност. Самим тим, и социјална партиципација ће бити олакшана. Следећа важна ствар је укључити слепе и слабовиде особе у различите физичке активности (пливање, корективна гимнастика, различити видови организоване рекреације), чиме ће се радити на јачању њихове физичке спремности и кондиције, што ће максимално олакшати реализацију свакодневних животних активности. За достизање одговарајућег квалитета живота, потребно је пружити подршку особама са

оштећењем вида у професионалној сфери, професионалном ангажовању, тражењу запослења, прилагођавању радног места и задржавању посла. Такође је потребно, у складу са социјалним моделом ометености, мењати перцепцију инвалидности у друштву, што се такође може реализовати кроз различите активности.

С обзиром на то да се конструктима који су били у фокусу нашег истраживања у свету придаје све већа пажња, сматрамо да је важно о томе говорити и у нашој земљи. Питања којима смо се бавили су прилично комплексна и нисмо очекивали да ћемо једним истраживањем решити све уочене проблеме, већ се надамо да је ово истраживање почетак важне дискусије на ову тему.

VIII. ЛИТЕРАТУРА

1. Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.
2. Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science & Medicine*, 45(2), 221-230.
3. Alma, M. A. (2012). *Participation of the visually impaired elderly: determinants and intervention*. Doctoral dissertation, University of Groningen. Retrieved November 3rd 2016 from: <http://www.rug.nl/research/portal/files/14565617/thesis.pdf>
4. Alma, A. M., Van der Mei, S. F., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Quality of Life Research*, 21(1), 87-97.
5. Al-Zyoudi, M. (2007). Gender differences in self-concept among adolescents with low vision. *International Journal of Special Education*, 22(1), 132-136.
6. Anaby, D., Miller, W. C., Eng, J. J., Jarus, T., Noreau, L., & PACC Research Group. (2009). Can personal and environmental factors explain participation of older adults?. *Disability and Rehabilitation*, 31(15), 1275-1282.
7. Аранђеловић, М., Илић, И., & Јовић, С. (2010). Burnout and the quality of life of workers in food industry - a pilot study in Serbia. *Војносанитетски преглед*, 67(9), 705-711.
8. Arens, K. A., & Hasselhorn, M. (2014). Age and gender differences in relation between self-concept facets and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 34(6), 760-791.
9. Badley, E. M. (2008). Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2335-2345.

10. Beane, J. A., Lipka, R. P., & Ludwig, J. W. (1980). Synthesis of research on self-concept. *Educational Leadership*, 38(1), 84-89.
11. Bodkin-Andrews, G., O'Rourke, V., & Craven, R. G. (2010). The utility of general self-esteem and domain-specific self-concepts: Their influence on indigenous and non-indigenous students' educational outcomes. *Australian Journal of Education*, 54(3), 277-306.
12. Bolat, N., Dogangün, B., Yavuz, M., Demir, T., & Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairments. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(2), 77-82.
13. Bracken, B. A., & Lamprecht, S. M. (2003). Positive self-concept: An equal opportunity construct. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 103-121.
14. Brody, B. L., Williams, R. A., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., Chu, R. M., & Brown, S. I. (1999). Age-related macular degeneration: A randomized clinical trial of a self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 322-329.
15. Brown, G. C. (1999). Vision and quality-of-life. *Transactions of the American Ophthalmological Society*, 97, 473-511.
16. Brown, M. (2010). Participation: The insider's perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S34-S37.
17. Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: An examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(3), 364-73.
18. Bruijning, J., van Nispen, R., Verstraten, P., & van Rens, G. (2010). A Dutch ICF version of the Activity Inventory: Results from focus groups with visually impaired persons and experts. *Ophthalmic Epidemiology*, 17(6), 366-377.
19. Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. E., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality

- correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156.
20. Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience?. *British Medical Journal*, 322(7296), 1240-1243.
 21. Chan, F., Wang, C. C., Muller, V., & Fitzgerald, S. (2011). *Vocational rehabilitation outcomes: A multi-level analysis of economic indicators, VR agency characteristics, and RSA-911 data (Phase one report)*. Madison, WI: Rehabilitation Research and Training Center on Effective VR Service Delivery Practices.
 22. Cheng, S. T., Fung, H., & Chan, A. (2007). Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(5), P277-P285.
 23. Church, T. A., Alvarez, J. M., Katigbak, M. S., Mastor, K. A., Cabrera, H. F., Tanaka-Matsumi, J., ... & Buchanan, A. L. (2012). Relationship between self concept and satisfaction with life. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 556-570.
 24. Clarke, P. J., Ailshire, J. A., Nieuwenhuijsen, E. R., & de Kleijn-de Vrankrijker, M. W. (2011). Participation among adults with disability: The role of the urban environment. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1674-1684.
 25. Cohn, R. M. (1978). The effect of employment status change on self-attitudes. *Social Psychology*, 41(2), 81-93.
 26. Craven, R., & Marsh, H. W. (2008). The centrality of self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: Implications for child and educational psychologists. *Educational & Child Psychology*, 25(2), 104-118.
 27. Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2010). *Essential social psychology, chapter 1: The self* (p. 1-41). SAGE Publications, Ltd.
 28. Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale – adult*. School of Psychology, Deakin University.

29. Cummins, R. A. (1998). *Quality of life: definition and terminology*. The International Society for Quality of Life Studies.
30. Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
31. Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
32. Dahl, T. H. (2002). International classification of functioning, disability and health: An introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 201-204.
33. Datta, P. (2013). An investigation of self-concept, test anxiety and support services among students with vision impairment and students with intellectual disability in South Australia. Doctoral Dissertation. School of Education, Faculty of the Professions, The University of Adelaide. Retrieved July 14th 2016, from: <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/90982/3/02whole.pdf>
34. Datta, P. (2014). Self-concept and vision impairment: A review. *British Journal of Visual Impairment*, 32(3), 200-210.
35. Datta, P., & Talukdar, J. (2016). The impact of vision impairment on students' self-concept. *International Journal of Inclusive Education*, 20(6), 659-672.
36. Dedhiya, S., & Kong, S. X. (1995). Quality of life: An overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science*, 17(5), 141-148.
37. Demo, D. H. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.
38. Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M. C., Témisjian, K., Gresset, J., Dubois, M. F., Renaud, J., ... & Overbury, O. (2009). Participation in daily activities

- and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation*, 31(15), 1227-1234.
39. Desrosiers, J., Noreau, L., & Rochette, A. (2004a). Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(5), 406-412.
 40. Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004b). Validity of the assessment of life habits in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 177-182.
 41. Diehl, M., Hastings, C. T., & Stanton, J. M. (2001). Self-concept differentiation across the adult life span. *Psychology and Aging*, 16(4), 643-654.
 42. Dijkers, M. P. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87-110.
 43. Dijkhuizen, A., Hilgenkamp, T. I. M., Krijnen, W. P., van der Schans, C. P., & Waninge, A. (2016). The impact of visual impairment on the ability to perform activities of daily living for persons with severe/profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 35-42.
 44. Dixon, R. M., Craven, R. G., & Martin, A. J. (2006). The measurement of multidimensional self-concept in adults with mild intellectual disability. In R. Craven, J. Eccles, & T. Ha (Eds.), *Self-concept, motivation, social and personal identity for the 21st Century: Proceedings of the 4th International Biennial SELF Research Conference*. Ann Arbor, University of Michigan. Retrieved December 3rd 2014 from: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1262&context=edupapers>.
 45. Douglas, G., Pavey, S., & Corcoran, C. (2008). *Access to information, services and support for people with visual impairment*. Visual Impairment Centre for Teaching and Research, University of Birmingham.

46. Essays, UK. (2013). *Relationship between self concept and satisfaction with life psychology essay*. Retrieved September 12th 2014 from <http://www.ukessays.com/essays/psychology/relationship-between-self-concept-and-satisfaction-with-life-psychology-essay.php?cref=1>.
47. Fahey, T., Nolan, B., & Whelan, C. T. (2003). *Monitoring quality of life in Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
48. Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. Souvenir press. 1st chapter. Retrieved August 25th 2014 from: <http://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/033520872X.pdf>.
49. Fernández, C., López-Justicia, M. D., & Polo, M. T. (2007). Discapacidad visible y no visible: diferencias en el autoconcepto. *Estudios de Psicología*, 28(3), 359-368.
50. Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248-254.
51. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
52. Fitts, W. H., & Warren, W. L. (1996). *Tennessee self-concept scale- TSCS:2, second edition*. Western Psychological Services, California.
53. Fleming, A. R., Fairweather, J. S., & Leahy, M. J. (2013). Quality of life as a potential rehabilitation service outcome: The relationship between employment, quality of life, and other life areas. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(1), 9-22.
54. Forteza Forteza, D., & Ramis Martí, À. (2002). Self-concept and visual impairment. Retrieved November 2nd 2014 from: <http://icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/01-topic/01-forteza.htm>.

55. Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *The Quebec classification: Disability creation process*. Lac St-Charles, QC, Canada: International Network on the Disability Creation Process; Canadian Society for the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.
56. Fougeyrollas, P., & Noreau, L. (2000). Long-term consequences of spinal cord injury on social participation: The occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation, 22*(4), 170-180.
57. Fougeyrollas, P., & Noreau, L. (2003). *Assessment of life habits (LIFE-H 3.1), general short form*. INDCP/RIPPH, Canada.
58. Franke, G. H., Esser, J., Reiner, J., & Maehner, N. (2002). Vision-targeted quality of life under different degrees of visual impairment. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 4*(1), 39-49.
59. Gal, A. S. (2011). *Autostereotypes and heterostereotypes in sensory impaired students*. Doctoral dissertation, Babes-Blayai University, Cluj-Napoca, Faculty of psychology and educational sciences, Department of special psychopedagogic. Retrieved July 14th 2016, from: http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumat/2011/psihologie/gal_amalia_sanda_en.pdf.
60. Gannoti, M. E., Minter, C. L., Chambers, H. G., Smith, P. A., & Tylkowski, C. (2011). Self-concept of adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation, 33*(10), 855-861.
61. Garaigordobil, M., & Bernarás, E. (2009). Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment. *The Spanish Journal of Psychology, 12*(1), 149-160.
62. Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology, 8*(1), 1-33.
63. Gish, R. B. (2002). *Visual Impairment and Its Effect on the Development of the Self-Concept*. Doctoral Dissertation, Biola University. Retrieved November 22nd 2014 from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED475862.pdf>.

64. Good, G. A., LaGrow, S., & Alpass, F. (2008). An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: Activity, independence, and life satisfaction. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102(9), 517-527.
65. Grant, C. H. (1969). Age differences in self-concept from early adulthood through old age. *Proceedings, 77th Annual Convention, APA*.
66. Griffin-Shirley, N., & Nes, S. L. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(5), 276-285.
67. Gyawali, R., Paudel, N., & Adhikari, P. (2012). Quality of life in Nepalese patients with low vision and the impact of low vision services. *Journal of Optometry*, 5(4), 188-195.
68. Hadley, A. M., Hair, E. C., & Moore, K. A. (2008). Assessing what kids think about themselves: A guide to adolescent self-concept for out-of-school time program practitioners. *Child Trends*, 32, 1-6.
69. Halder, S., & Datta, P. (2012). Insights into self-concept of the adolescents who are visually impaired in India. *International Journal of Special Education*, 27(2), 85-93.
70. Halder, S., & Datta, P. (2011). An exploration into self-concept: A comparative analysis between the adolescents who are sighted and blind in India. *The British Journal of Visual Impairment*, 30(1), 31-41.
71. Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460.
72. Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. Retrieved October 27th 2014, from: http://sites.dartmouth.edu/thlab/files/2010/10/TFH03.Hea_.Self-regulation.pdf.
73. Hensel, E., Rose, J., Stenfert Kroese, B., & Banks-Smith, J. (2002). Subjective judgements of quality of life: A comparison study between people with

- intellectual disability and those without disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 95-107.
74. Holbrook, E. A., Caputo, J. L., Perry, T. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2009). Physical activity, body composition, and perceived quality of life of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(1), 17-29.
 75. Huber, J. G., Sillick, J., & Skarakis-Doyle, E. (2010). Personal perception and personal factors: Incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 32(23), 1955-1965.
 76. Huijgevoort, T. (2002). Coping with a visual impairment through self-investigation. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(11), 783-795.
 77. Hurre, T. M., & Aro, H. M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 73-78.
 78. Ittyerah, M., & Kumar, N. (2007). The actual and ideal self-concept in disabled children, adolescents and adults. *Psychology & Developing Societies*, 19(1), 81-112.
 79. Ivanoff, S. D., Sonn, U., Lundgren-Lindqvist, B., Sjöstrand, J., & Steen, B. (2000). Disability in daily life activities and visual impairment: A population study of 85-year-old people living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 148-155.
 80. Jablan, B., Vučinić, V., Eškirović, B., & Ljutica, M. (2014). Psihosocijalni aspekti strabizma. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 142(7-8), 492-497.
 81. Jackson, L. A., Zhao, Y., Witt, E. A., Fitzgerald, H. E., von Eye, A., & Harold, R. (2009). Self-concept, self-esteem, gender, race, and information technology use. *Cyber Psychology & Behavior*, 12(4), 437-440.
 82. Jelsma, J. (2009). Use of the international classification of functioning, disability and health: A literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 1-12.

83. Jetté, A. M., Haley, S. M., & Kooyoomjian, J. T. (2003). Are the ICF activity and participation dimensions distinct?. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(3), 145-149.
84. Јоксимовић, С., & Јањетовић, Д. (2008). Појам о себи и вредносне оријентације адолесцената. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 40(2), 288-305.
85. Kef, S., Нох, J. J., & Habekothé, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22(1), 73-91.
86. Keles, R. (2012). The quality of life and the environment. *Procedia –Social and Behavioral Sciences*, 35, 23-32.
87. Knudtson, M. D., Klein, B. E., Klein, R., Cruickshanks, K. J., & Lee, K. E. (2005). Age related eye disease, quality of life, and functional activity. *Archives of Ophthalmology*, 123(6), 807-814.
88. Komolafe, A. F. (2016). Social and environmental factors as determinants of self-adjustment of persons with visual impairment in Oyo State Nigeria. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 3(6), 155-165.
89. Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, 11(4), 1.
90. Kotb, S. A. M., Gadallah, M. A., & Marzouk, S. A. (2011). Self-esteem and quality of life among visually impaired children in Assiut City, Egypt. *Journal of American Science*, 7(8), 47-57.
91. La Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2011). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality of Life Research*, 20(3), 407-413.
92. Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2004a). The impact of diabetic retinopathy on participation in daily living. *Archives of Ophthalmology*, 122(1), 84-88.

93. Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2004b). The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *American Journal of Ophthalmology*, 137(2), 265-270.
94. Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. (2009). Change in quality of life after rehabilitation: Prognostic factors for visually impaired adults. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(1), 12-19.
95. Langelaan, M. (2007). Quality of life of visually impaired working age adults. Retrieved on October 6th 2016, from: <http://dspace.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/12748/7907.pdf?sequence=5>
96. Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 119-126.
97. Latham, K., & Usherwood, C. (2010). Assessing visual activities of daily living in the visually impaired. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 30(1), 55-65.
98. Lemmens, J., van Engelen, E. I., Post, M. W., de Witte, L. P., Beurskens, A. J. H. M., & Wolters, P. M. (2007). Reproducibility and validity of the Dutch Life Habits Questionnaire (LIFE-H 3.0) in older adults. *Clinical Rehabilitation*, 21(9), 853-862.
99. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213.
100. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. C. (2007). Comparing the disability creation process and international classification of functioning, disability and health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3 suppl), 233-242.

101. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. C. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(30), 30-41.
102. Levasseur, M., Tribble, D. S. C., & Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), e91-e100.
103. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: Association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*, 19(5), 665-675.
104. Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 101(2), 96-107.
105. Lin, J. C., & Yu, J. H. (2012). Assessment of quality of life among Taiwanese patients with visual impairment. *Journal of the Formosan Medical Association*, 111(10), 572-579.
106. Longsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-519.
107. López-Justicia, M. D., & Cordoba, I. N. (2006). The self-concept of Spanish young adults with retinitis pigmentosa. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(6), 366-370.
108. López-Justicia, M. D., Martínez, M. C. P., & Medina, A. C. (2005). Self-concept in low-vision children and their peers without visual problems. *Self and Identity*, 4(4), 305-309.
109. López-Justicia, D., & del Carmen Pichardo, M. (2001). Self-concept and gender in Spanish low-vision adolescents. *Visual Impairment Research*, 3(1), 7-16.
110. Lucy, Y. S. W. (1997). Self-concept of visually impaired students in a mainstream secondary school in Hong Kong. Retrieved on July 26th 2016,

from:

<http://hub.hku.hk/bitstream/10722/28678/1/FullText.pdf?accept=1>.

111. Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing, 9*(1), 12-18.
112. Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective. *Perspectives on Psychological Science, 1*(2), 133-163.
113. Marsh, H. W., & O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic self-concept, self-esteem, achievement and attainment over seven adolescent years: Unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*(4), 542-552.
114. Marsh, H. W., Parker, J., & Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concepts: Their relationship to age, sex and academic measures. *American Education Research Journal, 22*(3), 422-444.
115. Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist, 20*(3), 107-123.
116. Martinez, R. (1995). *A comparison between self-concept of visually impaired adults and sighted adults*. Doctoral Dissertation, University of North Texas. Retrieved July 19th 2016, from: http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc277895/m2/1/high_res_d/1002572963-martinez.pdf.
117. Martinez, R., & Sewell, K. W. (1996). Self-concept of adults with visual impairments. *The Journal of Rehabilitation, 62*(2), 55-58.
118. McConnell, A. R., & Strain, L. M. (2007). Content and structure of the self-concept. In C. Sedikides & S. Spencer (Eds.) *The self in social psychology* (pp. 51-73). New York Psychology Press. Retrieved on July 26th from: <http://www.allenmcconnell.net/pdfs/self-chapter-2007.pdf>.
119. McLeod, S. A. (2008). *Self concept*. Retrieved on December 2nd 2014 from: <http://www.simplypsychology.org/self-concept.html>.

120. Miller, R. (2002). *Self-concept and students with disabilities in tertiary education*. Unpublished MEd-dissertation. Australia: University of Sydney. Retrieved on July 21st 2016, from: www.adcet.edu.au/download/attachment/5172-1/.
121. Misajon, R., Hawthorne, G., Richardson, J., Barton, J., Peacock, S., Iezzi, A., & Keefe, J. (2005). Vision and quality of life: The development of a utility measure. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 46(11), 4007-4015.
122. Mishra, V., & Singh, A. (2012). A comparative study of self-concept and self-confidence of sighted and visually impaired children. *EXCEL International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 2(2), 148-157.
123. Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901.
124. Moore, L. W., Constantino, R. E., & Allen, M. (2000). Severe visual impairment in older women. *Western Journal of Nursing Research*, 22(5), 571-595.
125. Noll, H. H. (2000). Social indicators and quality of life research: Background, achievements and current trends. In: N. Genov (Ed.) *Advances in Sociological Knowledge over Half a Century* (pp. 151-181). Paris: International Social Science Council.
126. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeryollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-352.
127. Noreau, L., Fougeryollas, P., & Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3), 113-118.
128. Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2010). The psychosocial impact of vision loss on older people. *Depression*, 2, 98. Retrieved

- November 20th 2016, from:
http://www.vision2020uk.org.uk/download/archive_1/pdf/Psychosocial_Impact_of_Visual_Impairment_in_Working_Age_Adults_pdf.pdf.
129. Obiakor, F. E., & Stile, S. W. (1990). The self-concept of visually impaired and normally sighted middle school children. *The Journal of Psychology, 124*(2), 199-206.
 130. Obiakor, F. E., Stile, S., & Muller, D. (1987). Diminished self-concept of the visually impaired: Fact or fiction? Retrieved August 4th 2016, from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED300942.pdf>.
 131. OECD (2003). Student engagement at school: A sense of belonging and participation. Paris: OECD.
 132. Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image: the Journal of Nursing Scholarship, 22*(3), 187-190.
 133. Olitsky, S. E., Sudesh, S., Graziano, A., Hamblen, J., Brooks, S. E., & Shaha, S. H. (1999). The negative psychosocial impact of strabismus in adults. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 3*(4), 209-211.
 134. O'Mara, A. J., Marsh, H. W., Craven, R. G., & Debus, R. L. (2006). Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. *Educational Psychologist, 41*(3), 181-206.
 135. Perenboom, R. J., & Chorus, A. M. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 577-587.
 136. Pinguart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*(2), 187.
 137. Polo Sánchez, M. T., & López-Justicia, M. D. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 87-98.

138. Purkey, W. W. (1988). An overview of self-concept theory for counselors. Highligths: an ERIC/CAPS Digest. Retrieved on July 26th 2016, from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED304630.pdf>.
139. Ra, Y. A., & Kim, W. H. (2015). Impact of employment and age on quality of life of individuals with disabilities: A multilevel analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 59*(2), 112-120.
140. Reiter, S., & Bendov, D. (1996). The self-concept and quality of life of two groups of learning disabled adults living at home and in group homes. *The British Journal of Developmental Disabilities, 2*(83), 97-111.
141. Revicki, D. A., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. K., & Rothman, M. (2000). Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research, 9*(8), 887-900.
142. Rimmerman, A., & Morgenstern, H. (2003). Quality of life of visually impaired adults who are employed in extended-employment programs in Israel. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*(9), 551-561.
143. Rosenberg, M. (1989). Self-concept research: A historical overview. *Social Forces, 68*(1), 34-44.
144. Roy, A. W. N., & MacKay, G. F. (2002). Self-perception and locus of control in visually impaired college students with different types of vision loss. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 96*(4), 254-266.
145. Rubin, G. S., Bandeen-Roche, K., Huang, G. H., Munoz, B., Schein, O. D., Fried, L. P., & West, S. K. (2001). The association of multiple visual impairments with self-reported visual disability: SEE project. *Investigative Ophthalmology & Visual Science, 42*(1), 64-72.
146. Salminen, A. L., & Karhula, M. E. (2014). Young persons with visual impairment: Challenges of participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21*(4), 267-276.

147. Salmivalli, K. (1998). Intelligent, attractive, well-behaving, unhappy: The structure of adolescents' self-concept and its relations to their social behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 8(3), 333-354.
148. Satterfield, D., Keltner, J. L., & Morrison, T. L. (1993). Psychosocial aspects of strabismus study. *Archives of Ophthalmology*, 111(8), 1100-1105.
149. Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116-127.
150. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.
151. Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
152. Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober: *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities* (p. 17-32). Springer Netherlands.
153. Schinazi, V. R. (2007). Psychosocial implications of blindness and low-vision. CASA working papers, University College London (UCL), Centre for Advanced Spatial Analysis: London, UK.
154. Seddon, J., & Fong, D. (2005). Quality of life in patients with age-related macular degeneration: Impact of the condition and benefits of treatment. *Survey of Ophthalmology*, 50(3), 263-273.
155. Senra, H., Oliveira, R. A., & Leal, I. (2011). From self-awareness to self-identification with visual impairment: A qualitative study with working age adults at a rehabilitation setting. *Clinical Rehabilitation*, 25(12), 1140-1151.

156. Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
157. Sheppard-Jones, K. (2003). *Quality of life dimensions for adults with developmental disabilities*. Doctoral Dissertation. College of Education, University of Kentucky Retrieved October 6th 2016, from http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1338&context=gradschool_diss.
158. Shucksmith, M., Cameron, C., Merridew, T., & Pichler, F. (2009). Urban-rural differences in quality of life across the European Union. *Regional Studies*, 43(10), 1275-1289.
159. Slakter, J. S., & Stur, M. (2005). Quality of life in patients with age-related macular degeneration: Impact of the condition and benefits of treatment. *Survey of ophthalmology*, 50(3), 263-273.
160. Sokol, J. T. (2009). Identity development throughout the lifetime: An examination of Eriksonian theory. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1(2), 139-147.
161. Srivastava, R., & Joshi, S. (2014). Relationship between self-concept and self-esteem in adolescents. *International Journal of Advanced Research*, 2(2), 36-43.
162. Станимиров, К., Јаблан, Б., & Станимировић, Д. (2014). Квалитет живота особа са оштећењем вида. *Београдска дефектолошка школа*, 20(58), 127-137.
163. Станимировић, Д. (2005). *Стрес у породицама са слепим адолесцентом: специфичности индивидуалног и породичног превладавања*. Докторска дисертација. Универзитет у Београду, Филозофски факултет.
164. Станимировић, Д., Мијатовић, Л., & Савановић, Љ. (2010). Проучавање ефеката оштећења вида на самопоимање као полазна основа за креирање интервентних програма. У Ј. Ковачевић, В. Вучинић, (ур.), *Сметње и поремећаји: феноменологија, превенција и*

- третман, део II (стр. 213-225). Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
165. Stelmack, J. (2001). Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. *Optometry & Vision Science, 78*(5), 335-342.
166. Tamaš, D. (2015). *Tip stanovanja i kvalitet života osoba sa intelektualnom ometenošću*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
167. Tay, T., Wang, J. J., Lindley, R., Chia, E. M., Landau, P., Ingham, N., ... & Mitchell, P. (2007). Sensory impairment, use of community support services, and quality of life in aged care clients. *Journal of Aging and Health, 19*(2), 229-241.
168. Trautwein, U., Lüdtke, O., Marsh, H. W., Köller, O., & Baumert, J. (2006). Tracking, grading, and student motivation: Using group composition and status to predict self-concept and interest in ninth-grade mathematics. *Journal of Educational Psychology, 98*(4), 788-806.
169. Trillo, A. H., & Dickinson, C. M. (2012). The impact of visual and nonvisual factors on quality of life and adaptation in adults with visual impairment quality of life in low vision. *Investigative Ophthalmology & Visual Science, 53*(7), 4234-4241.
170. Turnbull, H. R., Turnbull, A. P., Wehmeyer, M. L., & Park, J. (2003). A quality of life framework for special education outcomes. *Remedial and Special Education, 24*(2), 67-74.
171. Valenzuela-Zambrano, B., & López-Justicia, M. D. (2015). Autoconcepto de estudiantes universitarios Chilenos con discapacidad. Diferencias en función del género. *Revista de Educación Inclusiva, 8*(3), 153-170.
172. Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(10), 707-717.

173. Wändell, P. E., Lundström, M., Brorsson, B., & Aberg, H. (1997). Quality of life among patients with glaucoma in Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 75(5), 584-588.
174. Wang, C. W., Chan, C. L., & Chi, I. (2014). Overview of quality of life research in older people with visual impairment. *Advances in Aging Research*, 3(2), 79-94.
175. Wang, P. P., Badley, E. M., & Gignac, M. (2006). Exploring the role of contextual factors in disability models. *Disability and Rehabilitation*, 28(2), 135-140.
176. Wehmeyer, M. L., & Schalock, R. L. (2001). Self-determination and quality of life: Implications for special education services and supports. *Focus on Exceptional Children*, 33(8), 1-16.
177. Wei, X., & Marder, C. (2012). Self-concept development of students with disabilities: Disability category, gender, and racial differences from early elementary to high school. *Remedial and Special Education*, 33(4), 247-257.
178. Were, C. M., Indoshi, F. C., & Yalo, J. A. (2010). Gender differences in self-concept and academic achievement among visually impaired pupils in Kenya. *Educational Research*, 1(8), 246-252.
179. Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology*, 116(4), 514-520.
180. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273(1), 59-65.
181. Wong, H. B., Machin, D., Tan, S. B., Wong, T. Y., & Saw, S. M. (2009). Visual impairment and its impact on health-related quality of life in adolescents. *American Journal of Ophthalmology*, 147(3), 505-511.
182. World Health Organization (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health: ICF*. Retrieved August 5th 2016, from <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>.

183. World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva.
184. World Health Organization (1997). *Measuring quality of life*.
185. WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science&Medicine*, 41(10), 1403-1409.
186. Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.
187. Zhang, X., & Li, C. (2010). The study of university students' self-concept. *International Education Studies*, 3(1), 83-86.
188. Zlatanović, Lj. (2000). The role of the person's self-concept in quality of life research. *Philosophy and Sociology*, 2(7), 391-397.

IX. ПРИЛОЗИ

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Ксенија (Милан) Станимиров рођена је 6.2.1983. године у Београду, где је завршила основну школу и гимназију. Дипломирала је на Дефектолошком факултету Универзитета у Београду 2007. године, са просечном оценом 9,20 и стекла звање дипломирани дефектолог – тифлолог. Дипломске академске студије – мастер завршила је 2008. године на Факултету организационих наука Универзитета у Београду – смер менаџмент, модул менаџмент људских ресурса.

Од 2008. године је запослена је на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду, у звању сарадника у настави. У току 2009. бира се у звање асистента за ужу научну област Специјална едукација и рехабилитација у тифлологији.

Ангажована је у реализацији вежби на основним академским студијама на предметима *Програми и методе васпитног рада са слепим особама*, *Настава читања и писања Брајевог писма* и *Методика наставе математике за слепу децу*. На мастер академским студијама учествује у реализацији вежби на предметима *Инклузивно образовање следе и слабовиде деце* и *Вршњачка интеракција у инклузивном образовању*.

У школској 2008/09. години уписује докторске студије на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију које тренутно похађа. Од 2011. је ангажована као истраживач на научно-истраживачком пројекту Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије *Социјална партиципација особа са интелектуалном ометеношћу* (бр. 179017). Учествовала је у реализацији још два пројекта. Похађала је већи број сертификованих едукативних семинара и учествовала на међународним и националним скуповима.

Прилог 2.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Потписана Ксенија Станимиров

број индекса 15/08-Д

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

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

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

Потпис докторанда

У Београду, _____

Прилог 3.

**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКОГ РАДА**

Име и презиме аутора: Ксенија Станимиров

Број индекса: 15/08-Д

Студијски програм: Тифлологија

Наслов рада: *Повезаност самопоимања са квалитетом живота и животним навикама код особа са оштећењем вида*

Ментор: Проф. др Бранка Јаблан

Ја, Ксенија Станимиров, изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**. Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

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

Потпис докторанда

У Београду, _____

Прилог 4.

Изјава о коришћењу

Ја, Ксенија Станимиров, овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом *Повезаност самопоимања са квалитетом живота и животним навикама код особа са оштећењем вида* која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

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

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство - некомерцијално - без прераде
- 4. Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима**
5. Ауторство -без прераде
6. Ауторство -делити под истим условима

Потпис докторанда

У Београду, _____
