

# KVALITETA ŽIVOTA, SUOČAVANJE SA STRESOM I KOMPONENTE OTPORNOSTI U OBITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

---

Žilić, Anita

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:330841>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO  
PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Anita Žilić

**KVALITETA ŽIVOTA, SUOČAVANJE SA STRESOM I KOMPONENTE  
OTPORNOSTI U OBITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF  
PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Anita Žilić

**QUALITY OF LIFE, COPING WITH STRESS AND RESILIENCE COMPONENTS  
IN THE FAMILY OF CHILDREN WITH DEVELOPMENT DIFFICULTIES**

Final thesis

Rijeka, 2021.

Mentor diplomskog rada: Radoslav Kosić, prof.rehab.

Komentor diplomskog rada: doc.dr.sc. Sandra Bošković, prof.rehab.

Rad obranjen dana 30.08.2021. godine na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1. Doc.prim.dr.sc. Daniela Petrić, dr.med.
2. Doc.dr.sc. Tanja Grahovac-Juretić, dr.med.
3. Doc.dr.sc. Sandra Bošković, prof.rehab.

## Izješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

### Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI – FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
Studij	DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	ANITA ŽILIĆ
JMBAG	035 1003935

### Podatci o radu studenta:

Naslov rada	KVALITETA ŽIVOTA, SUOČAVANJE SA STRESOM I KOMPONENTE OTPORNOSTI U OBITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU
Ime i prezime mentora	RADOSLAV KOSIĆ/SANDRA BOŠKOVIĆ
Datum predaje rada	25.07.21
Identifikacijski br. podneska	27655967
Datum provjere rada	27.07.21
Ime datoteke	Anita_ili_-_Diplomski.doc
Veličina datoteke	621K
Broj znakova	62378
Broj riječi	10552
Broj stranica	58

### Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	13,00%
Internet Source	12,00%
Student Papers	1,00%

### Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	27.srpnja 2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Izvornost rada provjerena je pomoću Turnitin programa. Dobiven je rezultat od 13% podudarnosti. Može se zaključiti da je Diplomski rad izvorni rad studentice Anite Žilić.

Datum

27.srpnja 2021.

Potpis mentora

## SADRŽAJ:

1.	UVOD .....	1
1.1.	Razlika između subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života .....	2
1.2.	Mjerenje kvalitete života .....	3
1.3.	Stres .....	3
1.3.1.	Uzroci stresa .....	4
1.3.2.	Simptomi stresa .....	5
1.4.	Roditeljski stres .....	5
1.5.	Teškoće u razvoju .....	6
2.	CILJ ISTRAŽIVANJA .....	8
2.1.	Hipoteze istraživanja .....	8
3.	ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA .....	9
3.1.	Metode istraživanja .....	9
3.2.	Obrada podataka .....	10
3.3.	Etičnost ispitivanja .....	10
4.	REZULTATI .....	12
4.1.	Socijalno-demografski podaci .....	12
4.2.	Stavovi sudionika - kvaliteta života .....	20
4.3.	Upitnik za procjenu otpornosti obitelji .....	24
4.4.	Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ .....	25
4.5.	Hipoteze istraživanja .....	34
5.	RASPRAVA .....	38
6.	ZAKLJUČAK .....	41
7.	SAŽETAK .....	42
8.	ABSTRACT .....	43
9.	LITERATURA .....	44

10.	POPIS GRAFIKONA I TABLICA.....	47
10.1.	Grafikoni.....	47
10.2.	Tablice.....	47
11.	ŽIVOTOPIS .....	48
12.	PRILOZI.....	49

## 1. UVOD

Kvaliteta života kao koncept prošla je svoj evolucijski put s obzirom da se definicija kroz povijest često mijenjala. U dvadesetom stoljeću koncept kvalitete života odnosio se isključivo na životni standard i sva istraživanja su se bazirala na tome, tek u šezdesetim godinama počinje se uočavati razlika između subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života. Ovaj koncept se razlikovao od prijašnjih po tome što je bio usmjeren na osobu. Kasnije se razvijaju različiti pristupi konceptualizaciji kvalitete života kao skandinavski koji se bazira na objektivnim pokazateljima kvalitete života; američki koji naglašava subjektivne indikatore. Skandinavski autori su istraživali pojam kvalitete života kao „mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolirati i upravljati svojom razinom življenja“. Bliska ispitivanja američkih autora prikazuju kvalitetu života kao stupanj opće sreće i zadovoljstva, usmjerena su prema pojedincu i sličnija su današnjim istraživanjima o kvaliteti života. Kako ne postoji univerzalno prihvaćena definicije najčešće se koriste one Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) prema kojoj je kvaliteta života definirana kao percepcija pojedinca o svojoj poziciji u specifičnim kulturološkim i društvenim kontekstima (2). Potom je sveobuhvatna definicija autora Felce i Perry koji kvalitetu života „definiraju kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje i subjektivno i objektivno poimanje materijalnog, fizičkog, socijalnog i emotivnog blagostanja uključujući i razvoj svrhovitih aktivnosti, a sve se to promatra kroz individualan sustav vrijednosti pojedinca“ (3). Cummins koji je osnivač međunarodne skupine znanstvenika International Well-Being grup i smatra da je kvaliteta života multidimenzionalna struktura sačinjena: zdravlja, produktivnosti, životnog standarda, sigurnosti, pripadanja zajednici, mogućnosti ostvarivanja bliskih kontakata i osjeća sigurnosti u budućnosti. Njegov pojam kvalitete života također uključuje i objektivnu i subjektivnu komponentu. Pod objektivno spadaju kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja, a subjektivna komponenta uključuje sedam prikazanih komponenti „materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, produktivnost, zdravlje, sigurnost, intimnost, zajednicu“ (4).

Udovoljavanje potreba i realiziranje interesa, osobnih izbora, postizanje dostojnosti i ostvarenje zajedničko je svakom životnom razdoblju. Osim navedenih objektivnih faktora na kvalitetu života utječe i osobna percepcija pojedinca o procijeni svoje materijalnog, fizičkog, emocionalnog i društvenog blagostanja, osobnog razvoja i aktivnosti, uzimajući u obzir da ni objektivna ni subjektivna domena kvalitete života nije linearna, promjene na objektivnoj komponenti utjecat će na subjektivnu i obrnuto (5). Sve navedene komponente kvalitete života



uvijek su pod djelovanjem individualnog sustava vrijednosti pojedinca. Kvaliteta života je subjektivan doživljaj vlastitog života određen objektivnim okolnostima u kojima se pojedinac nalazi, te karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljaj realnih i specifičnih osobnih životnih iskustva (6). Da bi se kvaliteta života ostvarila potrebno je osigurati neke preduvjete kao što su dinamična ingerencija u međudnosnim i komunikacijskim razvitcima, kao i razmjena u društvenom i fizičkom okruženju.

### **1.1. Razlika između subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života**

Ne tako daleko glavni indikatori su bile razine objektivnih mjera kao što su financijska primanja na nacionalnoj razini ili stopa zaposlenosti, no ispostavilo se kako ti indikatori nisu dostatni za objašnjavanje kvalitete života jer se važno i uključiti i subjektivnu procjenu. Objektivne mjere su standardni indeksi pokazatelja realnosti, dok se subjektivne mjere odnose na razlike u životu pojedinca i kako ih on doživljava. Prema Cumminsu poboljšanje objektivnih loših socijalnih uvjeta poboljšati će i subjektivnu percepciju kvalitete života, ali će se na nekom nivou ta koherentnost izgubiti (4). Primjerice ako osoba ima zadovoljavajuće egzistencijalne životne potrebe uvećanje materijalnih dobara neće značajno utjecati na osobnu kvalitetu života, stoga se može reći da objektivnim pokazateljima kvalitete života nedostaje metoda mjerenja kako ljudi doživljavaju vlastiti život što nasuprot njima donose subjektivni pokazatelji. Bitno je napraviti razliku između te dvije komponente mjerenja s obzirom da su istraživanja pokazala da nemaju značajan utjecaj jedna na drugu (4). Naime osoba može biti veoma zadovoljna sa svojim životom i u lošijim objektivnim uvjetima života, stoga je već spomenuto da odnos subjektivne i objektivne komponente nije linearan jer osoba i u relativno dobrim okolišnim uvjetima ne mora ostvariti emotivnu, društvenu povezanost što će utjecati na percepciju kvalitete života. Također nisu primijećene bitnije razlike u kvaliteti života s obzirom na demografske varijable: spola, dobi, obrazovanja, bračnog statusa, kultura i slično. Većina istraživanja pokazala su da nema razlike u subjektivnoj procjeni kvalitete života između spolova, dok je mala povezanost pronađena u varijabli dobi. Što se tiče bračne zajednice pokazalo se kako ljudi u bračnim ili izvanbračnim zajednicama života imaju veću kvalitetu života od samaca, kao i osobe sa većim stupnjem obrazovanja. Na razini kulturalnih razlika na svjetskoj razini kvaliteta života između različitih uvjeta života i kultura varira samo 20 % (4). Na temelju dosadašnjih istraživanja može se zaključiti kako objektivni i subjektivni pokazatelji nisu povezani jer je zadovoljstvo kvalitete života bazirano na subjektivnom doživljaju te se smatra da je ono zapravo sklad kognitivnih i subjektivnih komponenti blagostanja pojedinca

kojima on vrednuje svoj život u različitim područjima života (7). Procjene kvalitete života bazirane su na usporedbi prema nekih individualno određenim uvjetima, primjerice procjena trenutne kvalitete života naspram prijašnje ili prema drugim osobama.

## **1.2. Mjerenje kvalitete života**

S povijesnog gledanja dva su osnovna pristupa procjeni kvaliteti života, jedno uključuje mjerenje kvalitete života u cijeli i naziva se jednodimenzionalno jer pojedinac promatra svoju kvalitetu života u jedinstvenoj cjelini. Drugi pristup je složena struktura konstrukcija diskretnih domena (8). U mjerenju kvalitete života koriste se upitnici s kojima se pokušava obuhvatiti što više različitih područja života pojedinca. Iako među znanstvenicima nedostaje slaganje o univerzalnoj definiciji kvalitete života postoji jedinstvo oko dva temeljna gledišta koncepta kvalitete života koja uključuju „subjektivnost i multidimenzionalnost“. Subjektivnost u principu znači da se svaka kvaliteta života može sagledati samo iz gledišta pojedinca, a multidimenzionalnost je dio psihometrijske tradicije mjerenja zdravstvenog statusa i proizašla je iz rezultata istraživanja koja su pokazala da postoje mnoga raznovrsna područja života koja su važna za njegovu procjenu kvalitete života. Objektivne okolnosti su uvjeti koji određuju mogućnost pojedinca da zadovolji osnovne životne potrebe. Emocionalne reakcije ovisne su o trajnim dimenzijama ličnosti koje uključuju ekstraverziju, neuroticizam te psihoticizam. Iako sve navedeno predstavlja stabilne odrednice kvalitete života specifični, veliki i važni životni događaji mogu utjecati na njenu procjenu. U objektivnom pristupu mjerenja ispituje se zdravlje, okolina, prihodi, stanovanje, prehrana, gustoća populacije, migracije, religija, socijalna mobilnost te drugi indikatori jer ne postoje apsolutne standardne varijable (9). Subjektivni indikatori koji se ispituju uključuju „zdravlje, emocionalnu dobrobit, materijalno blagostanje, bliske odnose s drugim ljudima, produktivnost, pripadanje društvu i zajednici te osjećaj sigurnosti“ (4).

## **1.3. Stres**

Većina razvijenih zemalja koje imaju razvijenu industriju svele su određene bolesti na minimum, a neke su potpuno nestale, no sa nekima se razvijeni svijet tek suočava jer su posljedica stresnog života koji je donio moderni život. Osobe su suočene sa brzim odgovorima, složenim međuljudskim odnosima, prenatrpane obavezama, i sve to dovodi do nezadovoljstva i napetosti koja eskalira svađama i sukobima. Nije nužno svaki stresni događaj loš pa tako mnogi od njih povećavaju osobnu otpornost ili postignu da se osoba osjeća ohrabrenom zbog dobrog suočavanja s izazovima. No veoma često se desi a dođe do prevelikih očekivanja koja

za posljedicu imaju negativan impakt na zdravlje i ostavljaju sa sobom brojne fizičke posljedice od probavnih smetnji, kardiovaskularnih bolesti, poremećaja rada štitnjače i stalnog umora. Kako osoba reagira na stres individualno je i ovisi o njenim karakternim osobinama odnosno kako osoba reagira na razne vanjske i unutarnje podražaje. Stres ovisno o uzorcima može biti subjektivan ili objektivan, no u suštini ovisi o tome kako osoba reagira na njega i stoga se može reći da je to uglavnom subjektivan osjećaj svakog pojedinca. Nepredvidive situacije od svakog pojedinca zahtijevaju brzu prilagodbu i ako osoba nema odgovarajuće mehanizme dolazi do nespecifičnog odgovora organizma koje su izvan njegovih mogućnosti(10). Ta reakcija je primarno nastala iz potrebe organizma da se očuva kao cjelina i odgovori na zadatak koji je postavljen ispred njega, i kako ni jedna osoba neće isto reagirati na zadatak i podražaj, tako ne postoji ni univerzalna definicija stresa. Različite osobe različito će reagirati na istu situaciju i njihove reakcije uvjetovane su iz životnog iskustva, dosadašnjeg proživljenog i različitim životnim okolnostima. Problem stresa u modernim vremenima je taj što njegova količina premašuje mogućnosti osobe da se nosi s njime. Stres je i adaptacijski sindrom i bolesti adaptacije koje su etiološki uzrokovane stresom mogu se dijeliti na unutarnje i vanjske, a obje ugrožavaju osobne vrijednosti osobe.

Kratkoročni stres neće dovesti do nekih velikih promjena u organizmu, no što je osoba duže izložena to joj je zdravlje više ugroženo i postoji veća mogućnost da će doći do nepovratnih posljedica za zdravlje. Stoga i ne čudi što se mnoge bolesti modernog društva etiološki vežu upravo za stres, kao i pogoršanja već postojećih bolesti. Bihevioralna, odnosno zdravstvena psihologija nastoji pružiti odgovore o utjecaju stresa na socijalne i psihološke faktore na ljudsko zdravlje. Treba imati na umu da stres u maloj količini ima pozitivan utjecaj na ljudsko zdravlje i njegova primarna namjena je da upozori pojedinca da se organizam nalazi u opasnosti tražeći od njega bolju učinkovitost i brže reakcije. U tim slučajevima organizam »gasi« sve što mu nije od životne važnosti: usporava probavu, otpušta velike količine adrenalina, ubrzava rad srca i stavlja organizam u pripravnosti.

### **1.3.1. Uzroci stresa**

Stresori su zajednički naziv uzroka stresa, a oni mogu biti: fizički, psihički i socijalni te prije svega veoma individualni i osobni. Isti stresor neće izazvati iste reakcije kod različitih osoba niti ne postoji jedinstven stresor za široku populaciju.

Fizički stresori mogu biti i vrućine, hladnoće, jaka buka ili fizička bol, nasuprot tome psihološki stresori su odgovori na frustracije: svađe unutar obitelji, a socijalni stresori mogu biti izloženost ratu, ekonomskim promjenama, siromaštvu (11). Stresori se također mogu dijeliti na akutne- kratko traju i brzo prolaze, te kronične- duže traju i nemaju ograničeno trajanje.

### **1.3.2. Simptomi stresa**

Stres se može manifestirati na bezbroj načina ipak se simptomi mogu grupirati u tri glavne vrste simptoma: fiziološki, psihološki i promjene u ponašanju. Stres se može očitovati na mnogobrojne načine, no tri glavne vrste manifestacije simptoma su fiziološke smetnje, psihološke simptomi i promjene u ponašanju. Fiziološki simptomi su oni koji upozoravaju organizam da je u neposrednoj opasnosti, tako dolazi do tahikardije, sporijeg disanja, koža je blijeda, metabolizam te ubrzava, jetra pojačano izbacuje šećer, luči se adrenalin te ACTH<sup>1</sup>. Ako osoba ima strah od javnog nastupa preživjet će sve ove simptome za koje se može reći da su postojani kao i sam stres (12). Nekada je pračovjek bio suočen sa stresom u vidu borbe sa divljim životinjama ili traženjem hrane te je preživljavao sve simptome fizičkog stresa. U modernom svijetu promijenili su se samo uvjeti koji izazivaju stresne situacije, a simptomi su ostali isti. Nažalost po modernom čovjeku, za razliku od njega pračovjek je mogao napustiti svoje stresne situacije, dok je nezamislivo da osoba napusti stresan posao koji joj osigurava egzistenciju iako je primjerice on njen primarni izvor stresa. Što je osoba duže izložena stresu to se teže vraća u svoje normalno stanje i s vremenom će stanje stalne napetosti dovesti do psihosomatskih bolesti, tako se danas većina srčanih bolesti, alergija, glavobolja, križobolja povezuju upravo sa stresom i nemogućnošću oporavka od istog (10).

Psihološki simptomi mogu biti emocionalni stres i kognitivne promjene. Emocionalni stres se očituje u dosadi naspram obavezama, napetosti, odlaganju posla, apatije, depresije, tuge, agresije, umora i ljutnje. Kognitivne promjene uključuju zaboravljivost, konfuznost, poremećaj pažnje, osoba se osjeća praznom i teško se koncentrira i teško nosi s problemima. Može doći i do pojačanog uživanja opojnim pićima, narkoticima, cigaretama, poremećaja u prehrani, spavanju, čestim svađama i slično.

### **1.4. Roditeljski stres**

Biti roditelj je samo po sebi jedna od najvažnijih uloga unutar obitelji, i osobe koje postaju roditelji život doživljavaju značajne promjene. Dolaskom djeteta u obitelji se mijenja dinamika,

---

<sup>1</sup> Adenokortikotropni hormon- izlučuje ga hipofiza, potiče lučenje adrenalina

aktivnosti roditelja kao i njihova samopercepcija (13). Roditelji se pokušavaju prilagoditi nastalim promjenama sa svojim individualnim mogućnostima no ne uspijevaju svi roditelji podjednako nositi se s izazovima roditeljstva. Roditeljstvo je nova uloga i često izaziva osjećaje nesigurnosti i anksioznosti što dovodi do stresa koji se u konačnici očituje nezadovoljstvom, uznemirenošću i manjkom samopouzdanja (14).

Stres kod roditelja za sobom povlači nepoželjne emocije sa imperativima koji se stavljaju ispred njega, drugim riječima javlja se loše psihološko reagiranje s obzirom na složenost procesa koji uključuje nekoliko čimbenika „zahtjeve roditeljstva, ponašanje i psihološko stanje roditelja, odnos roditelj-dijete, psihosocijalna prilagođenost djeteta“ (15).

Roditeljski stres integrira razne „psihološke i fiziološke reakcije“ koje se javljaju kao odgovor na određenu situaciju i donose nove zahtjeve, a odražavaju se na kvalitetu odnosa roditelj-dijete (14). Ovisno o roditeljevim mogućnostima kao pojedincu da se nosi stresnim događajima očekuju se dva krajnja rezultat: roditelj će optimizirati svoje roditeljske vještine i smatrati se kompetentnijim ili će doći do povećanja razine stresa u još većoj razini od prijašnje (15).

Reakcije do kojih roditelj dolazi nisu ništa drugo nego njegov pokušaj da se prilagodi na stvarne i preživljene zahtjeve roditeljstva, a koji će se odraziti na kvalitetu odnosa roditelja s djetetom (14). Stres u obitelji često je promatran i obilježen kao „stanje poremećene obiteljske ravnoteže koja nastaje kad izbori stresa nadjačaju obiteljske resurse za suočavanje sa stresom i koji traje duže u odnosu na krizu.“ (16). Nepovoljni utjecaju obiteljskog stresa mogu štetno djelovati na „mentalno i fizičko zdravlje roditelja“ izazivajući depresiju i razdražljivost, a izvori roditeljskog stresa se dijele na: normativne koji su kratki i predvidivi, te ne normativne koji su nepredvidivi i ne ponavljajući, jedan takav primjer je suočavanje roditelja da dijete ima teškoće u razvoju (16).

### **1.5. Teškoće u razvoju**

Državni pedagoški standard pod teškoće u razvoju djeteta smatra: oštećenje vida (sljepoća, slabovidnost), oštećenje sluha (naglušost, gluhoća), poremećaji govorno glasovne komunikacije (bilo u vidu poremećaja otežane komunikacije ili potpunog izostanka), poremećaje osobnosti uzrokovane organskim čimbenicima ili psihozama, poremećaje u ponašanju, motorička oštećenja (djelomična ili potpuna), snižene intelektualne mogućnosti, autizam, više struke teškoće: bilo koja kombinacija težih teškoća, međusobne komunikacije

teškoća ili lakše teškoće u udružene s mentalnom retardacijom, zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja: dijabetes, astma, epilepsija (17).

Prema procjeni od „ukupno 2 milijarde djece na svijetu oko 200 milijuna se rađa s nekim oblikom invaliditeta“ ili su onesposobljena tijekom djetinjstva. U prosjeku 10 % djece u cijelom svijetu ima neki oblik poteškoće u razvoju (18). Hrvatsko javno zdravstvo je u 2019. godini objavilo podatke da u Republici Hrvatskoj živi 28 451 muške i 16 883 ženske djece s nekim oblikom poteškoće u razvoju ili invaliditeta, što čini ukupno 9 % djece s teškoćama u razvoju u državi (19).

## 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja:

Ispitati postoje li razlike u razini kvalitete života, funkcionalnosti i otpornosti obitelji između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja.

Ispitati postoji li razlika u percipiranju stupnja kognitivno emocionalne regulacije između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja.

### 2.1. Hipoteze istraživanja

Kako bi mogli donijeti kvalitetne zaključke istraživanja uz primjenu adekvatnih statističkih alata postavljene su 3 hipoteze:

**H1:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je niža razina kvalitete života, smanjena funkcionalnost i otpornost u usporedbi s obitelji djece tipičnog razvoja.

Ova hipoteza podijeljena je na dvije:

**H1<sub>1</sub>:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je niža razina kvalitete života u odnosu na obitelji djece tipičnog razvoja.

**H1<sub>2</sub>:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je smanjena funkcionalnost i otpornost u odnosu na obitelji djece tipičnog razvoja.

**H2:** U skupini roditelja djece s teškoćama u razvoju je slabija kognitivno emocionalna regulacija.

**H3:** Na dimenziji subjektivne procjene kvalitete života između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja postoji statistički značajna razlika u odnosu na stupanj obrazovanja.

### 3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se provelo presječenim ispitivanjem (cross-sectional) pomoću 4 upitnika: upitnika koji sadrži opće i demografske podatke ispitanika, upitnika kvalitete života, upitnika za procjenu otpornosti obitelji i upitnika kognitivne emocionalne regulacije.

Istraživanjem je obuhvaćeno 40 roditelja djece tipičnog razvoja i 40 roditelja djece s teškoćama u razvoju (u ovu skupinu je uključeno 14 sudionika koje imaju status njegovatelja).

Istraživanje je provedeno od travnja do lipnja 2021. godine. Sudjelovanje svih sudionika bilo je dragovoljno i anonimno uz mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku. Tijekom istraživanja poštivali su se etički principi te je osigurana privatnost i zaštita tajnosti podataka sudionika.

#### 3.1. Metode istraživanja

Kao instrument istraživanja koristio se anonimni anketni upitnik sastavljen od četiri upitnika. Prvi se upitnik sastojao od općih pitanja koja su se odnosila na dijete ili obitelj u kojoj dijete živi. Prva tri pitanja su se odnosila na dob, spol i eventualno primarnu dijagnozu djeteta. Sljedećih se šest pitanja, odnosilo na roditelja djeteta.

Drugi je upitnik bio Upitnik kvalitete života . Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije<sup>2</sup> (WHOQOL BREF) je pouzdani i validan instrument, koji je napravljen u svrhu procjene kvalitete života. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno: fizičko stanje, psihološko stanje, društvenu interakciju i okolinu pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Upitnik se sastoji od 27 pitanja zatvorenog tipa. Prvo pitanje se odnosi na zdravstveno stanje ispitanika (Jeste li sada zdravi – s mogućnošću izbora Da ili Ne. Preostalih 26 pitanja su podijeljena u pet skupina a svako se pitanje boduje od 1- najlošije do 5-najbolje (Likertova skala). Brojke označavaju kako se ispitanik osjeća. Pritom se s 1 odnosi na vrlo loše, 2 na prilično lošom, 3 na ni dobro ni loše, 4 na prilično dobro i 5 na vrlo dobro.

Treći upitnik je bio Upitnik za procjenu otpornosti obitelji. Upitnik za procjenu otpornosti obitelji preuzet je iz istraživanja Metrijska obilježja instrumenta za mjerenje komponente

---

<sup>2</sup> The World Health Organization Quality of Life Group The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: 1996; Programme on mental health.



otpornosti obitelji. Autorice FRAS (engl. *Family Resilience Assessment Scale*) upitnika su Ferić, Maurović i Žižak (2016). Upitnik se sastoji od 41 pitanja a svako se pitanje boduje razinom slaganja s pojedinom tvrdnjom od 1- izrazito se ne slažem do 5 izrazito se slažem s tvrdnjom (Likertova skala).

Četvrti je upitnik bio Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ (engl. *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*). Upitnik kognitivne emocionalne regulacije je multidimenzionalni upitnik kojim se ispituju kognitivne strategije koje osoba koristi nakon što se suoči s nekim negativnim događajem ili situacijom. Sudionik je trebao pročitati tvrdnje koje se odnose na načine na koji razmišljaju kada im se dogodi nešto negativno ili neugodno, te označiti broj koji predstavlja koliko često koristite svaki od navedenih načina razmišljanja. Brojevi imaju sljedeće značenje: 1 - Nikada, 2 - Vrlo rijetko, 3 - Ponekad, 4 - Često, 5 - Uvijek. Pitanja ima Autori upitnika su Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001, dok su autorice adaptacije Soldo i Vulić-Prtorić, 2017). Upitnik ima 36 pitanja, sva su zatvorenog tipa.

### **3.2. Obrada podataka**

U statističkoj obradi podataka koristila se deskriptivna i inferencijalna statistika. Od testova u prihvaćanju ili odbacivanju hipoteza koristio se hi-kvadrat test, a u posljednjem slučaju studentov t-test, oba na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Prikaz podataka je tekstualni, tablični i slikovni (grafikoni).

Za obradu podataka se koristio program MS Word za obradu teksta, MS Excel (Office 365) i online znanstveni kalkulator za društvene znanosti dostupan na

<https://www.socscistatistics.com/>.

### **3.3. Etičnost ispitivanja**

Nacrt rada dostavljen je Etičkom povjerenstvu Centra za odgoj i obrazovanje Šubićevac i Osnovnoj školi Franka Lisice Polača. Etičko povjerenstvo u suradnji s ravnateljima Osnovne škole Franka Lisice i Centra za odgoj i obrazovanje Šubićevac odobrili su provedbu ankete. Poštivali su se Zakoni o zaštiti osobnih podataka. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i anonimno te je za prikupljene podatke osigurana povjerljivost (podaci su dostupni samo istraživaču i mentoru), a koriste se isključivo u svrhu izrade diplomskog rada. Sudionici

su upoznati s ciljevima istraživanja, imali su pravo odbiti, odgovoriti na bilo koje pitanje i odustati u bilo kojem trenutku istraživanja. Dobiveni rezultati biti će pohranjeni do obrane diplomskog rada, a potom čuvani koliko nalaže akademska praksa na sigurnom mjestu dostupno samo autorici rada.

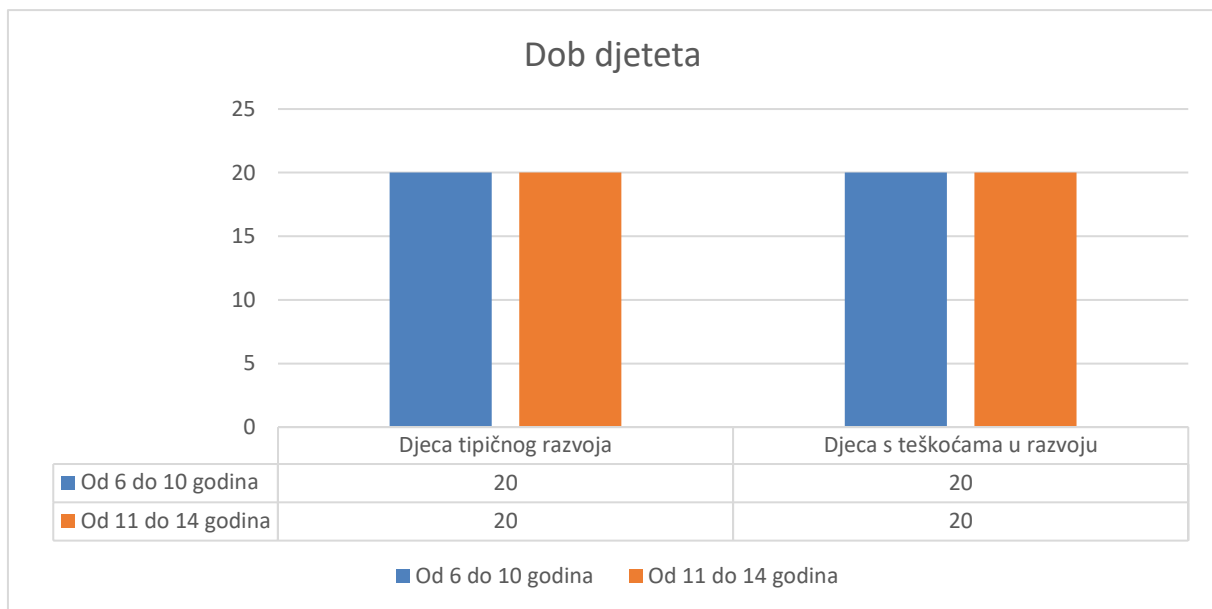
## 4. REZULTATI

### 4.1. Socijalno-demografski podaci

Sudionici su trebali dati socijalno-demografske podatke koji se odnose na dob, spol, primarnu dijagnozu djeteta, bračni status, razinu obrazovanja i radni status osobe koja ispunjava upitnik (otac, majka, skrbnik-ica) te broju djece u obitelji.

#### Dob djeteta

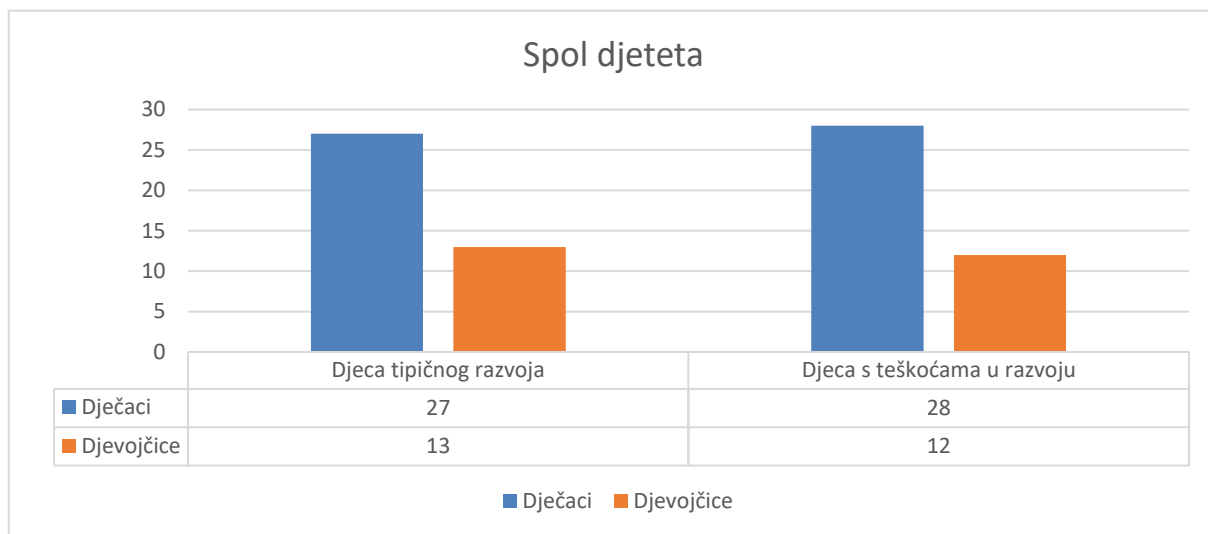
U istraživanju je sudjelovalo 80 sudionika. Po 40 roditelja djece tipičnog razvoja i roditelja djece s teškoćama u razvoju. Djeca su podijeljena u dvije dobne grupe – dob od 6 do 10 i dob od 11 do 14 godine života. Po 20 (50%) je djece ženskog i muškog spola u svakoj od dobnih skupina. Nema statistički značajne razlike među grupama. Podatci su grafički prikazani grafikonom 1.



**Grafikon 1.** Prikaz djece po dobi

## Spol djeteta

U istraživanju su od sudionika dobiveni podaci o spolu djece: 27 dječaka u grupi djece s tipičnim razvojem i 28 dječaka s teškoćama u razvoju te 13 djevojčica tipičnog razvoja i 12 djevojčica s teškoćama u razvoju. Nema statistički značajne razlike među grupama na razini značajnosti  $p < 0,05$  (hi-kvadrat iznosi 0,058, a granična vrijednost hi-kvadrat iznosi 3,843 za jedan stupanj slobode,  $df=1$ ). Prikaz djece po spolu prikazana je grafikonom 2.

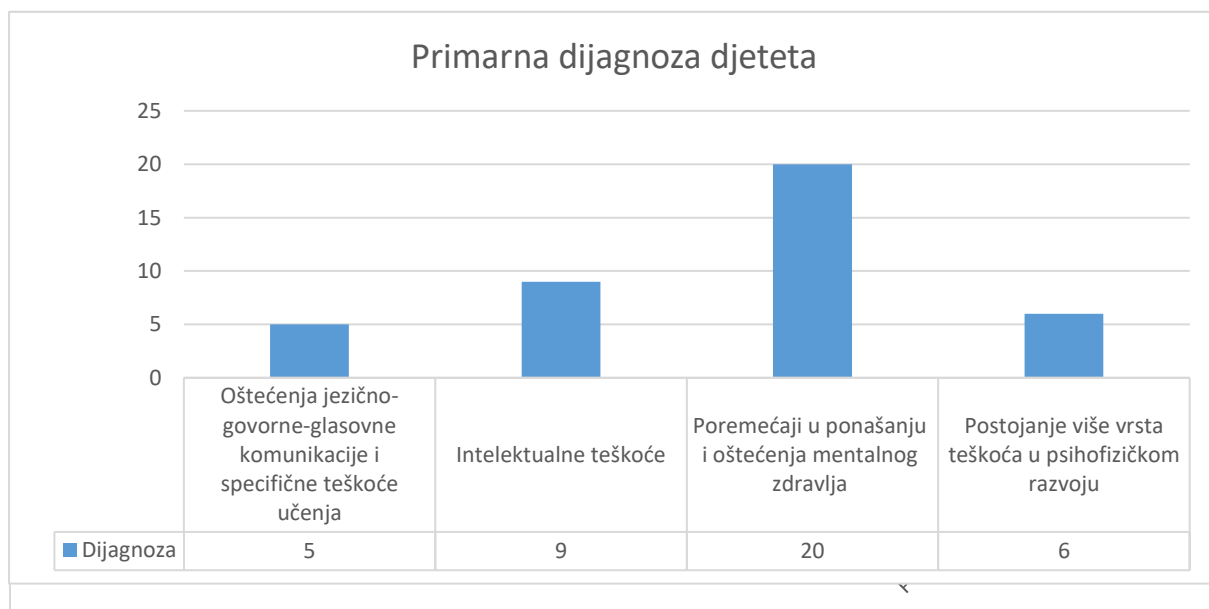


**Grafikon 2.** Prikaz djece po spolu

## Primarna dijagnoza djeteta

Roditelji djece s teškoćama u razvoju su za dijete trebali navesti jednu od 6 ponuđenih primarnih dijagnoza. Ponuđene dijagnoze bile su: 1) oštećenje vida, 2) oštećenje sluha, 3) oštećenja jezično-govorne-glasovne komunikacije i specifične teškoće učenja, 4) intelektualne teškoće, 5) poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja (ADHD<sup>3</sup>, poremećaji iz spektra autizma, poremećaji u ponašanju), 6) postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju te 7 – nešto drugo. Roditelji djece s tipičnim razvojem nisu odgovarali na ovo pitanje.

Djece oštećenog vida i sluha nema u grupi. Djece s oštećenjem jezično-govorne-glasovne komunikacije i specifične teškoće učenja ima 5, one s intelektualnim teškoćama ima 9. Najviše djece ima poremećaje u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja (ADHD, poremećaji iz spektra autizma, poremećaji u ponašanju) – njih 20 ili 50%, dok je kod 11 djece prisutno više dijagnoza. Prikaz djece po primarnoj dijagnozi prikazana je grafikonom 3.

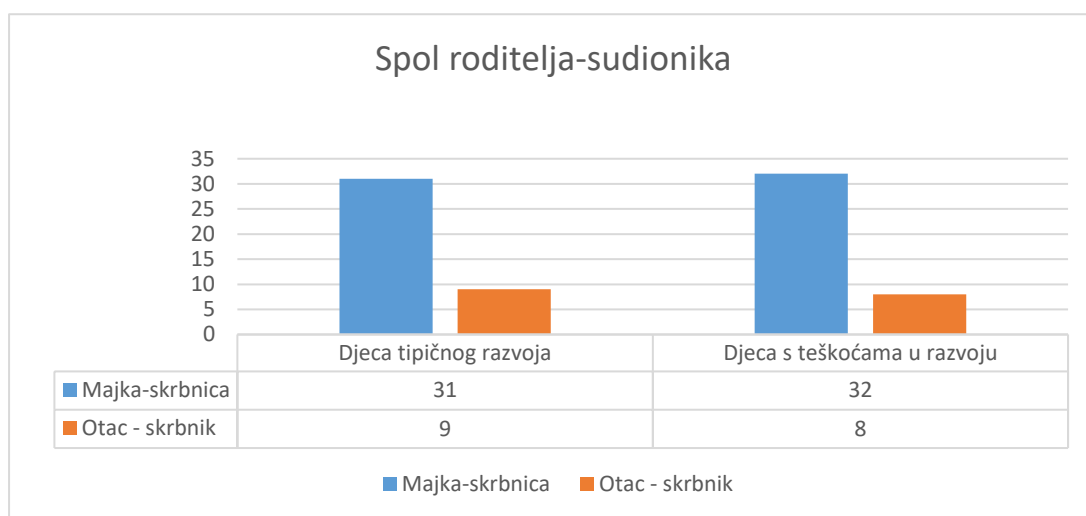


Grafikon 3. Prikaz djece po dijagnozama

<sup>3</sup> ADHD-engl. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

## Sudionici po spolu

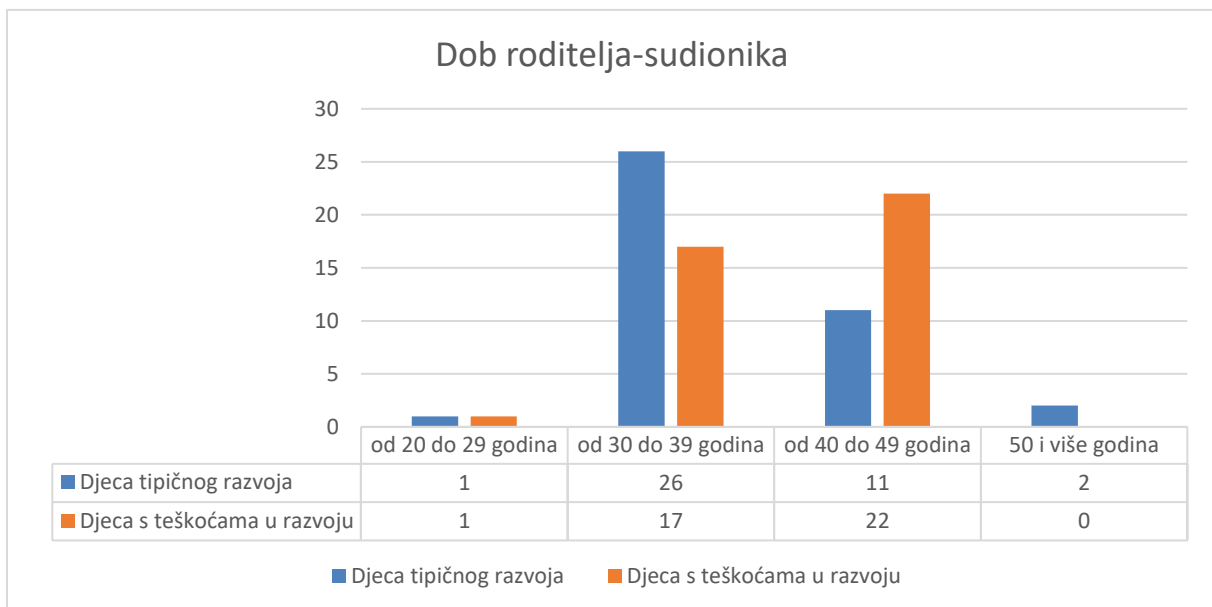
Kao što je ranije navedeno, upitnik je ispunilo po 40 sudionika u svakoj od grupa. Veliku većinu sudionika, njih 31 (za dijete s tipičnim razvojem) odnosno 32 (za dijete s teškoćama u razvoju) osobe su majke/skrbnice, dok je 9 (za dijete tipičnog razvoja) odnosno 8 (za dijete s teškoćama u razvoju) očeva/skrbnika. Nema statistički značajne razlike među grupama na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Prikaz sudionika po spolu prikazana je grafikonom 4.



**Grafikon 4.** Prikaz roditelja-sudionika po spolu

## Dob roditelja

Istraživanju je pristupilo 80 sudionika podijeljenih u četiri dobne skupine: od 20 do 29 godina; od 30 do 39 godina; od 40 do 49 godina te od 50 i više godina. Po jedan roditelj je u prvoj dobnoj skupini, 27 odnosno 17 ih je u drugoj, 11 i 22 u trećoj, a 2 i nijedan u četvrtoj dobnoj skupini. Za provjeru statistički značajne razlike, zbog premalih frekvencija, spojili su se podatci za prve dvije skupine te podatci za druge dvije skupine. Dobivena vrijednost hi-kvadrata je 0,42 što je dosta manje od granične vrijednosti od 3,843 pa zaključujemo da nema statistički značajne razlike na razini značajnosti  $p < 0,05$  među grupama roditelja djece s tipičnim razvojem i one roditelje djece s teškoćama u razvoju, po pitanju dobi. Prikaz sudionika po dobi prikazana je grafikonom 5.



**Grafikon 5.** Prikaz dobi roditelja- sudionika

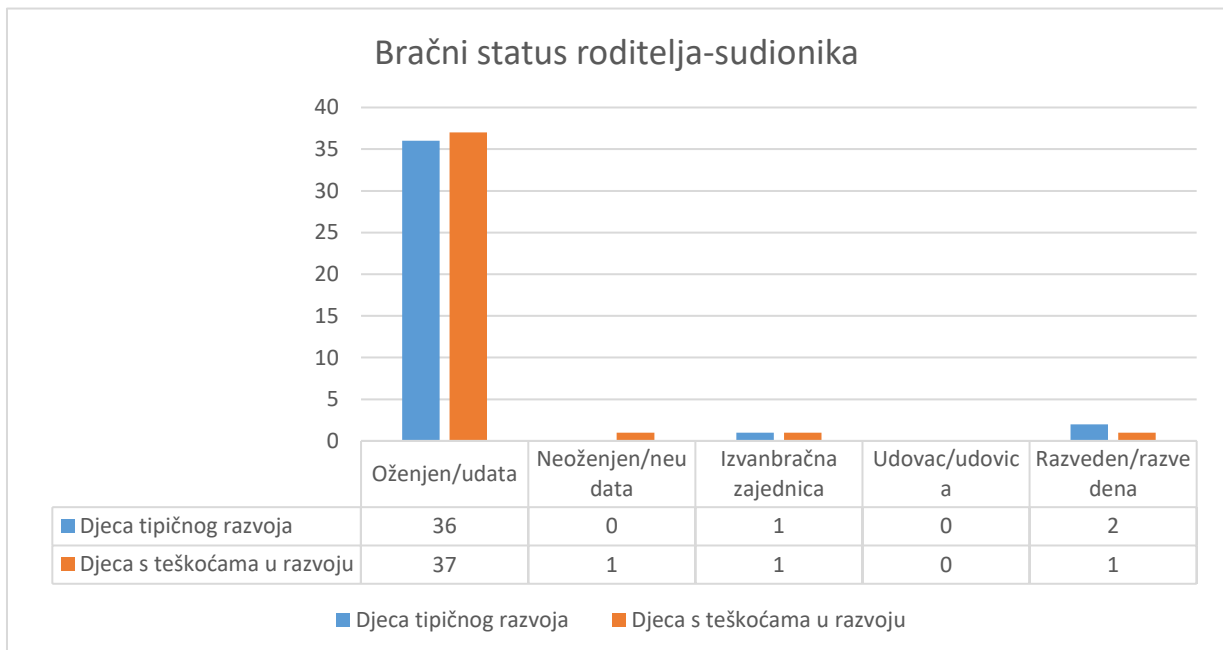
## Broj djece u obitelji

Sljedeća varijabla na koju se obratila pozornost je broj djece u obitelji. U grupi obitelji djeteta s tipičnim razvojem je u prosjeku 1,788 (SD=0,622) djeteta, dok je u obitelji djeteta s teškoćama u razvoju 1,863 (SD=0,554) djeteta. Nema statistički značajne razlike među grupama, po pitanju broja djece u obitelji.

## Bračni status roditelja-skrbnika

Sudionici su se trebali očitovati u kojem su trenutno bračnom statusu. Mogli su izabrati jednu od pet ponuđenih opcija: oženjen/udata, neoženjen/neudata, živim u izvanbračnoj zajednici, udovac/udovica i razveden/razvedena.

Najviše sudionika je oženjeno-udato, njih 36 (roditelj djeteta s tipičnim razvojem) odnosno 37 (roditelj djeteta s teškoćama u razvoju). Ostale kategorije imaju frekvenciju od 0 do 2. Nema statistički značajne razlike među grupama, po pitanju bračnog statusa sudionika. Prikaz sudionika po bračnom statusu prikazana je grafikonom 6.

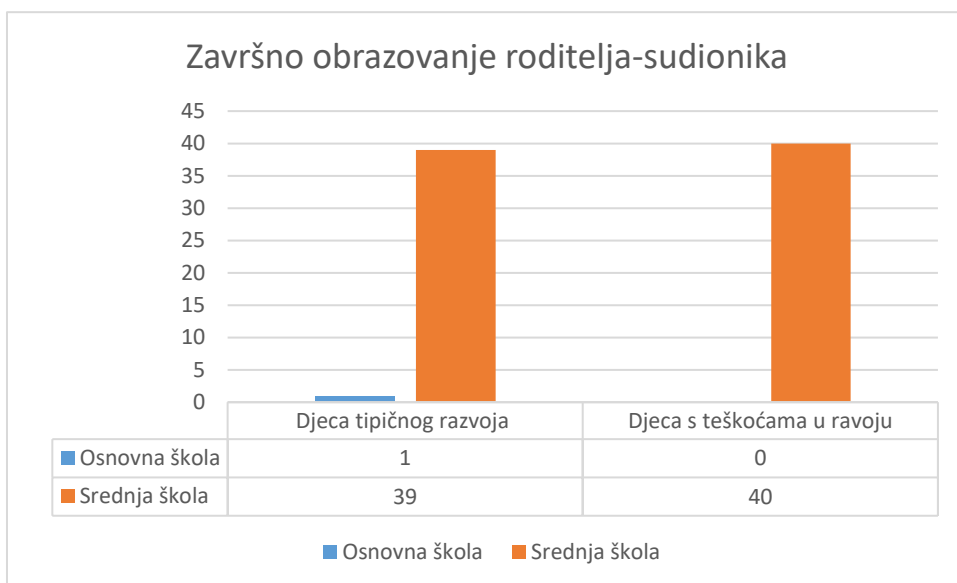


**Grafikon 6.** Prikaz roditelja-sudionika po bračnom statusu



## Razina obrazovanja sudionika

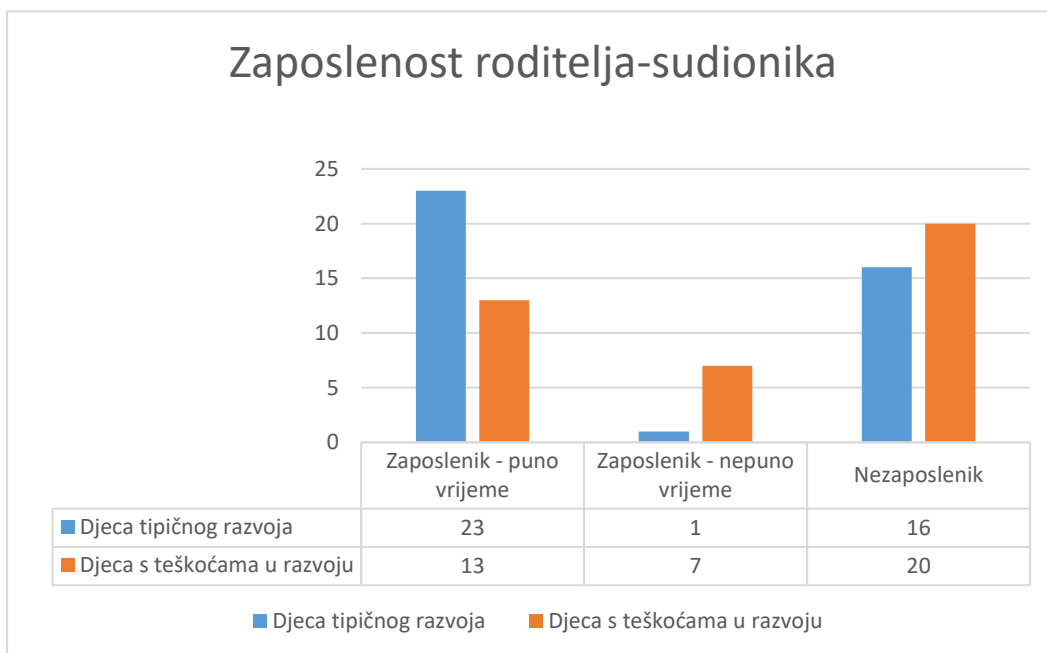
Sudionici su po pitanju obrazovanja, podijeljeni u četiri grupe: na sudionike sa završenom osnovnom školom, srednjom stručnom spremom, višom/visokom stručnom spremom i doktoratom. U grupi sudionika djece s tipičnim razvojem jedna osoba ima završenu osnovnu školu, a preostalih 39 ima završeno srednje obrazovanje, dok kod sudionika s djecom s teškoćama u razvoju svi roditelji imaju završeno srednje stručno obrazovanje. Nema statistički značajne razlike među grupama po pitanju završenog obrazovanja sudionika. Prikaz sudionika po završenom obrazovanju prikazana je grafikonom 7.



**Grafikon 7.** Prikaz roditelja- sudionika obrazovanju

## Zaposlenje sudionika

Zadnju varijablu iz ove kategorije pitanja odnosila se na radni status sudionika. Sudionici su mogli izabrati jednu od sljedećih opcija: zaposlenik na puno radno vrijeme, zaposlenik zaposlen na nepuno radno vrijeme, nezaposlena osoba i umirovljenik. Kod sudionika djece s tipičnim razvojem, 23 je zaposlenika na puno radno vrijeme, jedan na nepuno radno vrijeme, a 16 je nezaposlenih. Kod sudionika djece s teškoćama u razvoju 13 je zaposlenika na puno radno vrijeme, sedam zaposlenika na nepuno radno vrijeme, a preostalih 20 je nezaposlenih. Izračunavanjem hi-kvadrata dobiva se vrijednost od 7,722, (tablica vrijednosti je dimenzija 2x3 jer nema umirovljenika, pa je  $df=2$ ), a to je više od granične vrijednosti hi-kvadrata koji iznosi 5,992 za  $p=0,05$ . Stoga može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika između grupa sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju po pitanju zaposlenja, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Prikaz sudionika po varijabli zaposlenosti prikazana je grafikonom 8.



**Grafikon 8.** Prikaz roditelja- sudionika po varijabli stanje trenutne zaposlenosti

## 4.2. Stavovi sudionika - kvaliteta života

### Zdravstveno stanje sudionika - „Jeste li sada zdravi“

Na pitanje „*Jeste li sada zdravi*“ svih 40 sudionika iz grupe roditelja djece s tipičnim razvojem odgovorilo je potvrdno. U grupi sudionika djece s teškoćama u razvoju 38 roditelja odgovorilo je da je zdravo, a dvoje su prijavili bolest (jedna osoba ima anksioznost, lumbosialgija, a druga osoba ima oštećenje srčanih zalisaka). Nema statistički značajne razlike po ovoj varijabli.

### Zdravstveno stanje sudionika - „Fizičko zdravlje“

Prva domena upitnika odnosi se na fizičko zdravlje sudionika te se sastoji od šest pitanja: „*Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obveza?, Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?, Koliko se možete kretati uokolo?, Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?, Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti? i Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?*“ Na svako se pitanje može dobiti od 1 do 5 bodova. Tablicom 1. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo 6 pitanja, za 40 sudionika je ukupno 240 odgovora po skupini.

**Tablica 1.** Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Fizičko zdravlje

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	3	2
Broj odgovora 2	12	42
Broj odgovora 3	52	90
Broj odgovora 4	100	81
Broj odgovora 5	73	25
Ukupno	240	240
Prosječna vrijednost	3,77	3,35

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Kako je frekvencija broja odgovora pod 1 manja od 5 u oba slučaja, te su se frekvencije dodale frekvencijama pod odgovorom 2. Vrijednost  $\chi^2=44,818$ . Kako granična vrijednost za  $df=3$ , tri stupnja slobode, iznosi 7,815 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju fizičkog zdravlja između sudionika djece s tipičnim razvojem i one s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Fizičko zdravlje sudionika djece s tipičnim razvojem je bolje od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

## Zdravstveno stanje sudionika – „Psihološko stanje sudionika“

Druga domena upitnika se odnosila na psihičko stanje sudionika te se sastoji od sedam pitanja: „Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?, Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?, Koliko uživete u životu?, Koliko osjećate da vaš život ima smisla?, Koliko ste zadovoljni sobom?, Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? i Koliko se dobro možete koncentrirati? Odgovore na pitanje Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? je trebalo kodirati kako bi se dobile ispravne vrijednosti u rezultatu.“ Tablicom 2. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo 7 pitanja, za 40 sudionika je ukupno 280 odgovora po skupini.

**Tablica 2.** Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Psihološko stanje sudionika

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	19	7
Broj odgovora 2	31	47
Broj odgovora 3	63	116
Broj odgovora 4	109	88
Broj odgovora 5	58	22
Ukupno	280	280
Prosječna vrijednost	3,56	3,25

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Kako je frekvencija broja odgovora pod 1 manja od 5 u prvom slučaju, te su se frekvencije dodale frekvencijama pod odgovorom 2. Vrijednost  $\chi^2=42,952$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju psihičkog stanja između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Psihičko stanje sudionika djece s tipičnim razvojem je bolje od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

### Zdravstveno stanje sudionika – „Društvena interakcija sudionika“

Treća domena upitnika se odnosi na društvenu interakciju sudionika, sastoji od tri pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima prema bliskim osobama?, Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom? i Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam daju Vaši prijatelji?“. Tablicom 3. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo 3 pitanja, za 40 sudionika je ukupno 120 odgovora po skupini.

**Tablica 3.** Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Društvena interakcija sudionika

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	1	4
Broj odgovora 2	5	21
Broj odgovora 3	17	45
Broj odgovora 4	68	30
Broj odgovora 5	29	20
Ukupno	120	120
Prosječna vrijednost	3,99	3,19

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Kako je frekvencija broja odgovora pod 1 manja od 5 u obje grupe, iste su dodale frekvencijama pod odgovorom 2. Vrijednost  $\chi^2=40,678$ . Kako granična vrijednost za  $df=3$ , tri stupnja slobode, iznosi 7,815 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju d između sudionika djece s tipičnim razvojem i one s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Društvena interakcija sudionika djece s tipičnim razvojem je bolje od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

## Zdravstveno stanje sudionika – „Okolina sudionika“

Četvrta domena upitnika se odnosi na okolinu sudionika, sastoji od deset pitanja: „*Imate li dovoljno novca za zadovoljenje svojih potreba?, Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?, Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?, Koliko vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?* (odgovore na ovo pitanje je potrebno kodirati), *Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?, Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?, Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?, Imate li prilike za rekreaciju?, Koliko je zdrav Vaš okoliš?, Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?*.“ Tablicom 4. prikazane su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo deset pitanja, za 40 sudionika je ukupno 400 odgovora po skupini.

**Tablica 4.** Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Okolina sudionika

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	11	8
Broj odgovora 2	17	62
Broj odgovora 3	101	167
Broj odgovora 4	183	122
Broj odgovora 5	88	41
Ukupno	400	400
Prosječna vrijednost	3,80	3,32

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=71,684$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju okoline između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Okolina sudionika djece s tipičnim razvojem je bolja od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

### 4.3. Upitnik za procjenu otpornosti obitelji

Sastoji se od 41 izjavne rečenice, a sudionik treba procijeniti na kojoj se razini slaže Likertova skala - od 1 - nimalo se ne slažem do 5 - u potpunosti se slažem s izjavom.). Tablicom 5. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo 41 pitanje, za 40 sudionika je ukupno 1640 odgovora po skupini.

**Tablica 5.** Prikaz procjene otpornosti obitelji

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	14	18
Broj odgovora 2	55	173
Broj odgovora 3	247	639
Broj odgovora 4	902	611
Broj odgovora 5	422	199
Ukupno	1640	1640
Prosječna vrijednost	4,01	3,49

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 371,054$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju otpornosti obitelji između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Otpornost sudionika djece s tipičnim razvojem je bolja od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

#### 4.4. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ

Zadnji upitnik kojeg su sudionici ispunjavali je Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije je multidimenzionalni upitnik kojim se ispituju kognitivne strategije koje osoba koristi nakon što se suoči s nekim negativnim događajem ili situacijom.

Za svaku pod skalu je napravljena usporedba između sudionika djece tipičnog razvoja i sudionika djece s teškoćama u razvoju.

#### Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Samookrivljanje*

Pod skala *Samookrivljanje* sastoji se od četiri domene: „1. *Osjećam da sam ja taj koga treba kriviti.* 2. *Osjećam da sam ja odgovoran za to što se dogodilo,* 3. *Razmišljam o vlastitim greškama u toj situaciji i* 4. *Mislim da je u osnovi uzrok u meni.*“

Na svako se pitanje može dobiti od 1 do 5 bodova. Tablicom 6. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini.

**Tablica 6.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Samookrivljanje*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	22	26
Broj odgovora 2	45	38
Broj odgovora 3	62	84
Broj odgovora 4	23	10
Broj odgovora 5	8	2
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	2,69	2,53

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 12,960$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Samookrivljanje* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem više se samookrivljavaju od sudionika djece s teškoćama u razvoju.



## Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Prihvatanje*

Pod skala *Prihvatanje* sastoji se od tri domene: „1. *Mislim da moram prihvatiti to što se dogodilo*, 2. *Mislim da moram prihvatiti situaciju* i 3. *Mislim da moram naučiti živjeti s tim*.“

Tablicom 7. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Kako je bilo tri domene, za 40 sudionika dobilo se 120 odgovora po skupini.

**Tablica 7.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Prihvatanje*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	6	4
Broj odgovora 2	11	20
Broj odgovora 3	37	57
Broj odgovora 4	47	30
Broj odgovora 5	19	9
Ukupno	120	120
Prosječna vrijednost	3,52	3,17

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 14,593$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Prihvatanje* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem bolje prihvataju situacije u kojoj se mogu pronaći.

## Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Ruminacija*

Pod skala *Ruminacija* sastoji se od četiri domene: „1. Često razmišljam o tome kako se osjećam u vezi toga što mi se dogodilo, 2. Zaokupljen/a sam time što mislim i osjećam u vezi toga što se dogodilo, 3. Želim razumjeti zašto se tako osjećam u vezi situacije i 4. Zadržavam se na osjećajima koje je situacija izazvala u meni.“ Na svako se pitanje može dobiti od 1 do 5 bodova. Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 8. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 8.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Ruminacija*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	10	16
Broj odgovora 2	34	42
Broj odgovora 3	58	79
Broj odgovora 4	47	21
Broj odgovora 5	11	2
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	3,09	2,69

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 21,618$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Ruminacija* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju višu ruminaciju.

### Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Pozitivno refokusiranje*

Pod skala *Pozitivno refokusiranje* sastoji se od četiri domene: „1. Umjesto o tom događaju, razmišljam o ljepšim stvarima, 2. Razmišljam o ugodnijim stvarima koje nemaju veze sa događajem, 3. Mislim na nešto lijepo, umjesto na ono što se dogodilo i 4. Mislim o ugodnim iskustvima.“ Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 9. prikazani su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 9.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Pozitivno refokusiranje*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	6	2
Broj odgovora 2	15	26
Broj odgovora 3	60	77
Broj odgovora 4	55	44
Broj odgovora 5	24	11
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	3,48	3,23

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 21,618$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Pozitivno refokusiranje* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju više rezultate na pod skali *Pozitivno refokusiranje*.

## Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Planiranje*

Pod skala *Planiranje* sastoji se od četiri domene: „1. Umjesto o tom događaju, razmišljam o ljepšim stvarima, 2. Razmišljam o ugodnijim stvarima koje nemaju veze sa događajem, 3. Mislim na nešto lijepo, umjesto na ono što se dogodilo i 4. Mislim o ugodnim iskustvima.“ Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 10. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 10.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Planiranje*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	1	4
Broj odgovora 2	4	21
Broj odgovora 3	35	66
Broj odgovora 4	71	42
Broj odgovora 5	49	27
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	4,02	3,42

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 36,659$ . Kako granična vrijednost za  $df=3$ , tri stupnja slobode, iznosi 7,815 (podatke za broj odgovora 1 se pridružilo retku Broj odgovora 2 jer je frekvencija u obje grupe bila manja od 5) zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Planiranje* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju više rezultate u pod skali *Planiranje*.

## Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Pozitivna reprocjena*

Pod skala *Pozitivna reprocjena* sastoji se od četiri domene: „1. *Mislim da mogu naučiti nešto iz te situacije*, 2. *Mislim da mogu postati snažnija osoba nakon toga što se dogodilo*, 3. *Mislim da ta situacija ima i svoje pozitivne strane* i 4. *Tražim pozitivne strane situacije*.“ Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 11. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 11.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Pozitivna reprocjena*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	1	4
Broj odgovora 2	4	21
Broj odgovora 3	35	66
Broj odgovora 4	71	42
Broj odgovora 5	49	27
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	4,02	3,42

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 36,659$ . Kako granična vrijednost za  $df=3$ , tri stupnja slobode, iznosi 7,815 (podatke za broj odgovora 1 smo pridružili retku Broj odgovora 2 jer je frekvencija u obje grupe bila manja od 5) zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Pozitivna reprocjena* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju bolje rezultate u pod skali *Pozitivna reprocjena*.

### Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Stavljanje u perspektivu*

Pod skala *Stavljanje u perspektivu* sastoji se od četiri domene: „1. Mislim da je moglo biti i gore, 2. Mislim da drugi ljudi prolaze kroz mnogo gora iskustva, 3. Mislim da to i nije bilo tako strašno u odnosu na druge stvari, 4. Govorim si kako ima i gorih stvari u životu“. Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 12. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 12.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Stavljanje u perspektivu*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	2	8
Broj odgovora 2	8	27
Broj odgovora 3	39	81
Broj odgovora 4	68	26
Broj odgovora 5	43	18
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	3,89	3,12

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 57,626$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Stavljanje u perspektivu* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju bolje rezultate u pod skali *Stavljanje u perspektivu*.

### Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Katastrofiziranje*

Pod skala *Katastrofiziranje* sastoji se od četiri domene: „1. Često mislim kako je ono što ja doživljam gore od onoga što doživljavaju drugi ljudi, 2. Stalno razmišljam kako je strašno to što mi se dogodilo, 3. Često mislim kako je to najgore što se osobi može dogoditi i 4. Neprekidno razmišljam kako je ta situacija bila užasna.“ Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 13. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 13.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Katastrofiziranje*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	26	19
Broj odgovora 2	50	50
Broj odgovora 3	51	77
Broj odgovora 4	25	11
Broj odgovora 5	8	3
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	2,62	2,56

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2= 14,088$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na pod skali *Katastrofiziranje* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sudionici djece s tipičnim razvojem imaju više rezultate u pod skali *Katastrofiziranje*.

### Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Okrivljavanje drugih*

Pod skala *Okrivljavanje drugih* sastoji se od četiri domene: „1. Mislím da druge ljude treba kriviti za to, 2. Osjećám da su drugi odgovorni za to što se dogodilo, 3. Razmišljam o pogreškama drugih u toj situaciji i 4. Osjećám da je u osnovi uzrok u drugima.“ Kako je bilo četiri domene, za 40 sudionika je ukupno 160 odgovora po skupini. Tablicom 14. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 14.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala *Okrivljavanje drugih*

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	59	49
Broj odgovora 2	48	40
Broj odgovora 3	42	63
Broj odgovora 4	11	8
Broj odgovora 5	0	0
Ukupno	160	160
Prosječna vrijednost	2,03	2,19

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2 = 6,327$ . Kako granična vrijednost za  $df=3$ , tri stupnja slobode, iznosi 7,815 (podatke za broj odgovora 5 pridružili su se retku Broj odgovora 4 jer je frekvencija u obje grupe bila 0) i veća je od dobivene vrijednosti hi-kvadrata zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na pod skali *Okrivljavanje drugih* između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$ .



#### 4.5. Hipoteze istraživanja

Kako bi mogli donijeti kvalitetne zaključke istraživanja uz primjenu adekvatnih statističkih alata postavljene su 3 hipoteze:

**H1:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je niža razina kvalitete života, smanjena funkcionalnost i otpornost u usporedbi s obitelji djece tipičnog razvoja

Ova hipoteza podijeljena je na dvije

**H1<sub>1</sub>:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je niža razina kvalitete života u odnosu na obitelji djece tipičnog razvoja

**H1<sub>2</sub>:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju je smanjena funkcionalnost i otpornost u odnosu na obitelji djece tipičnog razvoja

**H2:** U skupini roditelja djece s teškoćama u razvoju je slabija kognitivno emocionalna regulacija

**H3:** Na dimenziji subjektivne procjene kvalitete života između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja postoji statistički značajna razlika po pitanju stupnja obrazovanja

**Hipoteza H1<sub>1</sub>:** U obitelji djece s teškoćama u razvoju nema razlike u razini kvalitete života u odnosu na obitelji djece tipičnog razvoja

Nul-hipoteza se postavlja na način da se testira jesu li frekvencije jednog uzorka iste frekvencijama pojavljivanja drugog uzorka. Ukoliko se frekvencije razlikuju odbacuje se nul-hipoteza i zaključuje se da su uzorci različiti, pod vjerojatnošću P. U ranijoj analizi, kada se je utvrđivala kvaliteta života kroz četiri domene pitanja, za svaku domenu pitanja ustanovljeno je da postoji razlika u kvaliteti života i to za set *Fizičko zdravlje, Psihičko stanje, Društvena interakcija* te *Okolina ispitanika*. Kako je bilo 26 čestica, za 40 sudionika je ukupno 1040 odgovora po skupini. Tablicom 15. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 15.** Prikaz kvalitete života

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	34	21
Broj odgovora 2	65	172
Broj odgovora 3	233	418
Broj odgovora 4	460	321
Broj odgovora 5	248	108
Ukupno	1040	1040
Prosječna vrijednost	3,79	3,31

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=183,749$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 i veća je od dobivene vrijednosti hi-kvadrata odbacuje se nul hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Kvaliteta života sudionika djece s tipičnim razvojem veća je od sudionika djece s teškoćama u razvoju.

**Hipoteza H1<sub>2</sub>: Nema razlike u funkcionalnosti i otpornosti obitelji roditelja djece s tipičnim razvojem i obitelji roditelja djece s teškoćama u razvoju**

U ranijoj analizi, kada se je utvrđivala funkcionalnost i otpornost obitelji sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju utvrđeno je da je vrijednost  $\chi^2=371,054$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 i manja je od dobivene vrijednosti, odbacuje se nul-hipoteza i prihvaća alternativna hipoteza, odnosno zaključuje da postoji statistički značajna razlika po pitanju funkcionalnosti i otpornosti obitelji između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Otpornost obitelji sudionika djece s tipičnim razvojem je bolja od otpornosti obitelji sudionika djece s teškoćama u razvoju.

## Hipoteza H2: Nema razlike između roditelja djece s tipičnim razvojem i roditelja djece s teškoćama u razvoju po pitanju kognitivno emocionalne regulacije

U ranijoj analizi, kada se je utvrđivala kognitivno emocionalna regulacija kroz devet faktora „(Samookrivljavanje, Prihvaćanje, Ruminacija, Pozitivno refokusiranje, Preusmjeravanje na planiranje, Pozitivna reprocjena, Stavljanje u perspektivu, Katastrofiziranje i Okrivljavanje drugih)“ s po četiri domene utvrđeno je da je kod svih faktora osim *Okrivljavanje drugih* postoji statistički značajna razlika u korist sudionika djece s tipičnim razvojem u odnosu na sudionike djece s teškoćama u razvoju. Kod faktora *Okrivljavanje drugih* nije bilo statistički značajne razlike. Ako testiranje sada ponovimo uz navođenje svih čestica te kodiranje rezultata u faktoru „*Samookrivljavanje, Ruminacija, Katastrofiziranje i Okrivljavanje drugih*“ dobiti će se vrijednosti frekvencija prikazane tablicom 16.

**Tablica 16.** Prikaz frekvencije odgovora na upitnik kognitivno emocionalne regulacije – ukupno

	Roditelji djece tipičnog razvoja	Roditelji djece s teškoćama u razvoju
Broj odgovora 1	43	30
Broj odgovora 2	147	168
Broj odgovora 3	413	651
Broj odgovora 4	495	351
Broj odgovora 5	302	200
Ukupno	1400	1400
Prosječna vrijednost	3,62	3,37

Postoji li statistički značajna razlika među sudionicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=100,705$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9,488 i veća je od dobivene vrijednosti hi-kvadrata odbacuje se nul hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju kognitivno emocionalne regulacije između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika djece s teškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p<0,05$ . Kognitivno emocionalna regulacija sudionika djece s tipičnim razvojem bolja je nego kod sudionika djece s teškoćama u razvoju.

**Hipoteza H3: Na dimenziji subjektivne procjene kvalitete života između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja ne postoji statistički značajna razlika po pitanju stupnja obrazovanja**

Na ovu hipotezu djelomično je odgovoreno kod analize općih podataka o sudionicima. Navedeno je da je kod opće populacije 39 sudionika ima završenu srednju školu, a jedan sudionik ima završenu osnovnu školu, dok kod sudionika djece s teškoćama u razvoju svih 40 sudionika ima završenu srednju školu.

Za testiranje hipoteza podataka s frekvencijama najbolje se služiti hi-kvadrat testom. Međutim za korištenje ovog testa, vrijednosti ne smiju biti 0. Tako da taj test otpada. Može se eventualno koristiti studentov t-test za nezavisne uzorke. Ako se za završenu osnovnu školu pridijeli 1 bod, a za završenu srednju školu dodijeli 2 boda i primijeni t-test, tada je t vrijednost  $t = 0,1602$ , uz  $df=39$ . Kako je granična vrijednost za naveden stupanj slobode,  $t_{gr}=2,02$  uz  $p=0,05$ , prihvaća se nul-hipoteza i zaključuje kako na dimenziji subjektivne procjene kvalitete života između sudionika djece s teškoćama u razvoju i sudionika djece tipičnog razvoja ne postoji statistički značajna razlika po pitanju stupnja obrazovanja na razini značajnosti  $p < 0,05$ .

## 5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati postoje li razlike u razini kvalitete života, funkcionalnosti i otpornosti obitelji između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja i ispitati postoji li razlika u percipiranju stupnja kognitivno emocionalne regulacije u istih roditelja. Analizom socio demografskih podataka dobiveni su podaci da nema statistički značajne razlike među sudionicima u dobi djece, što je bilo i za očekivati s obzirom da se radilo o podjeli u razredima osnovne škole i paralelno se ispitivao podjednak broj sudionika djece tipičnog razvoja i sudionika djece s teškoćama u razvoju. Kao primarnu teškoću roditelji su naveli poremećaje u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja. Djeca s ovakvim teškoćama za roditelje su poseban izazov, pogotovo kad uđu u pred pubertetsko ili pubertetsko razdoblje života, razlike između djece tipičnog razvoja i djece s teškoćama u ovom su razdoblju posebno vidljive te se roditelji i djeca često suočavaju sa stigmatizacijom (19).

U ispitivanju spola i dobi nije pronađena statistički značajna razlika, kao ni u broju djece u obitelji između promatranih sudionika. Skoro podjednak broj sudionika se izjasnilo o bračnom statusu da je oženjeno odnosno udano. Rođenje djeteta s teškoćama u razvoju veliki je stresor koji kod osobe može izazvati neželjene reakcije koje mogu nepovoljno utjecati na obiteljske odnose pogotovo jer su oni suočeni s većim brojem izazova, potrebom za stručnom pomoći, financijskim izdacima, veće brige o djetetu, i to sve prema nekim autorima često bude uzrok narušenih obiteljskih odnosa koji u konačnici često rezultiraju razvodom (20). Obje ispitane skupine imaju isti stupanj obrazovanja, no kod pitanja o zaposlenosti postoji statistički značajna razlika gdje je veći broj nezaposlenih u skupini sudionika s djecom s teškoćama u razvoju, što je i očekivano jer ta djeca zahtijevaju pojačanu skrb i njegu. Nažalost slična istraživanja pokazuju kako su roditelji djece s teškoćama u razvoju često u nepogodnijoj materijalnoj situaciji i da su mentalne bolesti jedan od preduvjeta za siromaštvo (21).

Na pitanje o zdravlju ispitanih skupina nije pronađena statistički značajna razlika, no na pitanju o fizičkom zdravlju zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju fizičkog zdravlja između sudionika djece s tipičnim razvojem i sudionika s djecom s teškoćama u razvoju. Fizičko zdravlje sudionika djece s tipičnim razvojem je bolje od sudionika djece s teškoćama u razvoju. Analiza rezultata odgovora po pitanju psihičkog zdravlja pokazala je da postoji statistički značajna razlika između roditelja djece s tipičnim razvojem i one s poteškoćama u razvoju, na razini značajnosti  $p < 0,05$  (Tablica 2.). Psihičko stanje roditelja djece s tipičnim razvojem je bolje od roditelja djece s teškoćama u razvoju. Ovi odgovori bili su

očekivani jer su roditelji djece s teškoćama u razvoju pod stalnim stresom i proces prilagodbe na djetetove teškoće zahtjeva neprekidan rad i prilagođavanje (22). Istraživanje je pokazalo značajnu statističku razliku u društvenoj interakciji u roditelja djece s tipičnim razvojem naspram roditelja djece s teškoćama u razvoju. Okolina čak i ona bliska koja uključuje djedove, bake, i ostale bliske članove obitelji može roditeljima djece s teškoćama u razvoju stvarati dodatne stresore, pogotovo jer svi imaju svoje mišljenje što i kako napraviti i koje stručnjake posjetiti. Umjesto pružanja potpore često dođe do suprotnog efekta, a to je da se roditelji zatvore u sebe i održavaju jako malo socijalne interakcije (22).

U ispitivanju otpornosti obitelji pokazalo se da postoji statistički značajna razlika kod roditelja djece s tipičnim razvojem u odnosu na roditelje djece s teškoćama u razvoju. Zanimljivi su podatci u kognitivno emocionalnoj regulaciji u pod skali *Samookrivljanje* koji nakon analize pokazuju da se sudionici djece s tipičnim razvojem više samookrivljavaju od sudionika djece s teškoćama u razvoju. U pod skali *Prihvatanje* dobiveni su podatci da sudionici djece s tipičnim razvojem više prihvataju situacije u kojoj se mogu naći što znači da postoji statistički značajna razlika naspram sudionika djece s teškoćama u razvoju. Slična istraživanja otpornosti obitelji pokazala su da izloženost obitelji „rizicima“ utječe na njihovu sposobnost prilagodbi tim rizicima što može dovesti do osjećaja ranjivosti (23). U pod skali *Ruminacija* sudionici djece s tipičnim razvojem imaju višu ruminaciju od sudionika djece s teškoćama u razvoju. U pod skali *Pozitivno fokusiranje* pronađena je statistički značajna razlika u korist roditelja djece s tipičnim razvojem. Što se tiče pod skale *Planiranja*, kod sudionika djece s tipičnim razvojem također postoji statistički značajna razlika naspram sudionika djece s teškoćama u razvoju jer se oni često suoče s otkazivanjem planova uslijed naglih zdravstvenih pogoršanja djeteta. U pod skali *Pozitivna reprocjena* postoji statistički značajna razlika između analiziranih skupina, kao i u pod skali *Stavljanje u perspektivu*, dok u pod skali *Okrivljivanje drugih* nije pronađena statistički značajna razlika. U pod skali *Katastrofiziranje* dobiveni su rezultati da sudionici djece s tipičnim razvojem imaju više rezultate u odnosu na rezultate sudionika djece s teškoćama u razvoju. Treba razmotriti mogućnost da se sam koncept jačanja otpornosti obitelji uvede u rehabilitacijski program kao i intervencije za jačanje otpornosti obitelji koje bi povećale njihovu fleksibilnost, bile usmjerene prema individualnim potrebama obitelji, pomogle im u transformacijskim procesima, olakšale umrežavanja te uz pravilnu edukaciju, superviziju poboljšali bi se uvjeti jačanja otpornosti obitelji s obzirom da je vidljivo da postoji

cijeli spektar polja na kojima roditelji djece s teškoćama u razvoju trebaju pomoć u prilagodbi kao obitelj (24).

U ispitivanju hipoteza dobiveni su sljedeći rezultati: kvaliteta života roditelja djece s tipičnim razvojem veća je od roditelja djece s teškoćama u razvoju, kognitivno emocionalna regulacija roditelja djece s tipičnim razvojem bolja je nego kod roditelja djece s teškoćama u razvoju. Na dimenziji subjektivne procjene kvalitete života između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja ne postoji statistički značajna razlika po pitanju stupnja obrazovanja.

Kao nedostatke istraživanje može se navesti vrijeme pandemije koje može biti izazivač dodatnog stresa kod roditelja. Zbog istog razloga ispitivanje se nije moglo provesti u kontroliranim uvjetima već su sudionici upitnike ispunjavali kod kuće. Kao ideja za daljnja istraživanja predlaže se uključiti veći broj sudionika, moguće obuhvatiti urbanu i ruralnu sredinu kako bi se mogli dobiti pouzdaniji podaci, a koji bi mogli poslužiti za izradu preventivnih, ali i terapijskih programa za roditelje djece s teškoćama u razvoju.

## **6. ZAKLJUČAK**

Nakon provedenog istraživanja može se zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika u stupnju obrazovanja između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece tipičnog razvoja. Obitelj djece s teškoćama u razvoju procjenjuje svoju kvalitetu života nižom u odnosu na obitelj djece tipičnog razvoja, također obitelj djece s teškoćama u razvoju procjenjuje smanjenu funkcionalnost i otpornost u odnosu na obitelj djece tipičnog razvoja i zadnji zaključak proizveden iz rada je da obitelj djece s teškoćama u razvoju ima slabiju kognitivno emocionalnu regulaciju u odnosu na obitelj djece tipičnog razvoja.



## 7. SAŽETAK

Roditeljstvo je samo po sebi stresan zadatak. Većina roditelja ima uobičajena očekivanja da im je dijete zdravo stoga kada se suoče s izazovom roditeljstva djeteta s teškoćama u razvoju razumljivo je očekivati da će to imati utjecaj na sve aspekte njihovog života, kao i samu kvalitetu.

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati kvalitetu života, suočavanje sa stresom i komponente otpornosti u obitelji djece s teškoćama u razvoju.

Ispitanici i metode: ispitana je grupa od 40 roditelja koji imaju djecu s teškoćama u razvoju. U kontrolnu skupinu uključeno je 40 roditelja koji imaju djecu s tipičnim razvojem. Koristili su se: Upitnik o socio demografskim podacima, Upitnik kvalitete života, Upitnik za procjenu otpornosti obitelji i Upitnik kognitivne emocionalne regulacije.

Rezultati: nije pronađena razlika između varijabli dobi i spola djeteta, obrazovanja i bračnog statusa sudionika. Dob i broj djece sudionika je u obje skupine bez statistički značajne razlike, ali je pronađena razlika u zaposlenju roditelja djece s tipičnim razvojem naspram roditelja djece s teškoćama u razvoju koji imaju veću nezaposlenost. Roditelji djece s tipičnim razvojem procjenjuju svoje fizičko i psihičko stanje boljim, kao i društvenu interakciju i okolinu te bolju otpornost obitelji.

Zaključak: Može se zaključiti da roditelji djece s teškoćama u razvoju procjenjuju kvalitetu života, kognitivno emocionalnu regulaciju te otpornost obitelji smanjenom u odnosu na roditelje djece s tipičnim razvojem.

**Ključne riječi:** kvaliteta života, stres, suočavanje, obitelj, otpornost

## **8. ABSTRACT**

Parenting is by itself a stressful task. Most parents have common expectations that their child is healthy therefore when faced with the challenge of parenting of a child with developmental difficulties is understandable to expect that it will have an impact on all aspects of their life as well as quality itself.

The main objective of this study was to examine quality of life, coping with stress, and resilience components in families of children with disabilities.

Subjects and methods: a group of 40 parents who have children with disabilities was examined. As a control group, 40 parents who have children with typical development were also examined. The following were questionnaires used: Socio-demographic data questionnaire, Quality of life questionnaire, Family resilience questionnaire and Cognitive emotional regulation questionnaire..

Results: The results showed that there was no difference in the age and sex of the child. Also, no statistically significant differences were found in the examination of education and marital status. The age of the parents and the number of children in both groups were not statistically significant, but a difference was found in the employment of parents where there was higher unemployment among the parents of children with disabilities. Parents of children with typical development assess their physical and mental condition better, as well as social interaction and the environment and better family resilience..

Conclusion: It can be concluded that parents of children with disabilities assess quality of life, resilience and cognitive-emotional regulation at lower point than parents of children with typical development.

**Key words:** quality of life, stress, coping, family, resilience

## 9. LITERATURA

1. Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. Migr i etničke teme. 2008;24(1–2):67–89.
2. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403–9.
3. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. BMC Nephrol. 2008;14(9):14.
4. Cummins RA. Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model. Soc Indic Res. 2000;52:55–72.
5. Llewellyn G, Dunn P, Fante M, Turnbull L, Grace R. Family factors influencing out-of-home placement decisions. J Intellect Disabil Res. 1999;43(3):313–23.
6. Reinfjell T, Lofstad GE, Veenstra M, Vikan A, Diseth TH. Health-related quality of life and intellectual functioning in children in remission from acute lymphoblastic leukaemia. Acta Paediatr Int J Paediatr [Internet] 2017. [Posjećeno 2.6.2021] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17590194/>
7. Andrews FM, Withey S. Social Indicators of Well-Being. New York: Plenum Press; 1976.
8. Breslin S. Quality of life: How is it measured and defined? Urol Internationalis. 1991;46:246-251.
9. Liu B. Quality of life indicators: A preliminary investigation. Soc Indic Res. 1974;1:187-208.
10. Genc A, Pekić J, Matanović J. Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoefikasnost kao prediktori psihofizičkog zdravlja. 2013;6(2):155–74.
11. Hudek-Knežević J, Krapić N, Kalebić Maglica B. Organizacijski stres i stavovi prema radu kao prediktori zdravstvenih ishoda: prospektivno istraživanje. Društ Istraž Zagreb. 2018;1–2(99–100):129–49.

12. Brkić I, Rijavec M. Izvori stresa, suočavanje sa stresom i životno zadovoljstvo učitelja razredne i predmetne nastave. *Napredak*. 2011;152(2):211–25.
13. Maleš D. Obitelj i obiteljski odgoj u suvremenim uvjetima. *Dijete, Vrt Obitelj Časopis za Odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i Rodit.* 2012;18(67):13–5.
14. Bartolac A. Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s adhd-om, te njihovih roditelja. *Ljetop Soc rada*. 2013;20(2):269–300.
15. Milić Babić M. Neke odrednice roditeljskog stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Hrvat Rev za Rehabil istraživanja*. 2012;48(2):66–75.
16. Berc G. Obiteljska otpornost –teorija i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetop Soc rada*. 2012;19(1):145–67.
17. Prava i usluge za osobe s invaliditetom iz sustava socijalne skrbi - gov.hr [Internet]. [Posjećeno 5.6.2021.]. Dostupno na: <https://gov.hr/hr/prava-i-usluge-za-osobe-s-invaliditetom-iz-sustava-socijalne-skrbi/252>
18. Pećnik N. Kako roditelji i zajednice brinu o djeci namlađe dobi u Hrvatskoj. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2013.
19. Crnic KA, Neece CL, McIntyre LL, Blacher J, Baker BL. Intellectual disability and developmental risk: Promoting intervention to improve child and family Well-Being. *Child Dev* [Internet] 2017. [Posjećeno 10.6.2021.] Dostupno na: <https://srd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdev.12740>
20. Leutar Z, Starčić T. Partnerski odnosi i dijete s poteškoćama u razvoju. *Ljetop Soc rada*. 2007;14(1):27–58.
21. Hornby G. *Working with Parents of Children with Special Needs*. London: Biddles Ltd; 1995.
22. Sen E, Yurtsever S. Difficulties Experienced by Families With Disabled Children. *J Spec Pediatr Nurs*. 2007;12(4):228–52.
23. Moss SM. Practice guidelines for social workers to foster and sustain family resilience. Doctoral dissertation. University of South Africa. [Internet] 2017. [Posjećeno

19.7.2021.] Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/154915229.pdf>

24. Ungar M. Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*. 2018; 23(4): 34.

## 10. POPIS GRAFIKONA I TABLICA

### 10.1. Grafikoni

Grafikon 1. Prikaz djece po dobi.....	12
Grafikon 2. Prikaz djece po spolu .....	13
Grafikon 3. Prikaz djece po dijagnozama .....	14
Grafikon 4. Prikaz roditelja-sudionika po spolu .....	15
Grafikon 5. Prikaz dobi roditelja- sudionika.....	16
Grafikon 6. Prikaz roditelja-sudionika po bračnom statusu.....	17
Grafikon 7. Prikaz roditelja- sudionika obrazovanju .....	18
Grafikon 8. Prikaz roditelja- sudionika po varijabli stanje trenutne zaposlenosti .....	19

### 10.2. Tablice

Tablica 1. Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Fizičko zdravlje.....	20
Tablica 2. Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Psihološko stanje sudionika ....	21
Tablica 3. Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Društvena interakcija sudionika	22
Tablica 4. Prikaz zdravstvenog stanja roditelja- sudionika – Okolina sudionika .....	23
Tablica 5. Prikaz procjene otpornosti obitelji .....	24
Tablica 6. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Samookrivljavanje</i> .....	25
Tablica 7. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Prihvatanje</i> .....	26
Tablica 8. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Ruminacija</i> .....	27
Tablica 9. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Pozitivno refokusiranje</i> .....	28
Tablica 10. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Planiranje</i> .....	29
Tablica 11. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Pozitivna reprocjena</i> .....	30
Tablica 12. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Stavljanje u perspektivu</i> ..	31
Tablica 13. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Katastrofiziranje</i> .....	32
Tablica 14. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – pod skala <i>Okrivljavanje drugih</i> .....	33
Tablica 15. Prikaz kvalitete života .....	35
Tablica 16. Prikaz frekvencije odgovora na upitnik kognitivno emocionalne regulacije – ukupno.....	36

## **11. ŽIVOTOPIS**

Anita Žilić rođena je 18.01.1995. godine u Zadru gdje je pohađala Osnovnu školu Franka Lisice Polača. Srednjoškolsko obrazovanje postigla je u Medicinskoj školi Ante Kuzmanić Zadar u razdoblju od 2009. do 2013. godine. Po završetku srednje škole odrađuje pripravnički staž u trajanju od godinu dana u Općoj bolnici Zadar od 2014. do 2016. godine. Radila je u Zavodu za hitnu medicinu Zadarske županije u T1 timu, a od 2016. godine i nadalje radi u Specijalnoj bolnici za Ortopediju Biograd n/m.

Obrazovanje nastavlja na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo upisuje 2016. godine. Nakon položenih ispita postiže pravo na obranu završnog rada i 2019. godine stječe stručni naziv prvostupnice sestrinstva. Iste godine nastavlja svoje obrazovanje na Fakultetu zdravstvenih studija Rijeka na diplomskom studiju Sestrinstvo - promicanje i zaštita mentalnog zdravlja, te nakon uspješno završenih akademskih godina brani svoj diplomski rad na temu „Kvaliteta života, suočavanje sa stresom i komponente otpornosti u obitelji djece s teškoćama u razvoju“.

## 12. PRILOZI



Centar za odgoj i obrazovanje „Subićevac“  
Bana Josipa Jelačića 4, 22000 Šibenik  
Telefon: 022 219 711 (centrala), 022 219 710 (ravateljica)  
OIB: 30291257805  
Matični broj: 09019063  
E-mail: urav@centar-odgojio obrazovanje-subicevac-si.skole.hr  
Mrežna stranica: <http://www.centar-odgojio obrazovanje-subicevac-si.skole.hr/>

KLASA: 050-01/21-01/2  
URBROJ: 2182-6-3/101-21-2  
Šibenik, 26. ožujka 2021. g.

Specijalna bolnica za ortopediju Biograd na moru  
Zadarska 62  
22210 Biograd na moru  
n/č gde Anita Žilić

PREDMET: Suglasnost za provedbu znanstvenog istraživanja

Poštovana gđo Anita Žilić,

vezano za vašu molbu u kojoj tražite dopuštenje da provedete znanstveno istraživanje za izradu diplomskog rada, obavještavamo vas da se Etičko povjerenstvo Centra za odgoj i obrazovanje „Subićevac“ slaže da možete obaviti navedeno istraživanje.

S poštovanjem,

Predsjednica Etičkog povjerenstva:  
Antonija Barišić, mag. educ. reb.

Vršiteljica dužnosti ravnateljice:  
Marina Vrankuđ, dipl. def.







Polača 140,  
23423 POLAČA

**OSNOVNA ŠKOLA FRANKA LISICE  
POLAČA**

MB: 3027104    RKPD: 11759  
OIB: 31143806057    ŠIFRA U MZOŠ-u: 13-372-001

tel/fax (uprava): 023/662-642, 023/662-643  
tel (ravnatelj): 023/662-166

e-mail: ured@os-polaca.skole.hr  
web: www.os-polaca.skole.hr

KLASA: 602-01/21-01/101  
URBROJ: 2198-1-36-21-01

Polača, 7. svibnja 2021. godine

**PREDMET: Suglasnost za provedbu znanstvenog istraživanja**

Poštovana gđo Anita Žilić,

vezano uz Vašu molbu za dopuštenje provedbe znanstvenog istraživanja za izradu diplomskog rada, obavještavam Vas da je Etičko povjerenstvo OŠ Franka Lisice Polača suglasno s provođenjem istraživanja.

S poštovanjem,

Ravnatelj:

Mate Bobanović, prof.

