Марина M. Видојевић

Медијска видљивост социјалних услуга као фактор побољшања квалитета живота особа ометених у развоју

Докторска дисертација

Београд, 2022.

Маrina M. Vidojevic

Media visibility of social services as a factor in improving the quality of life of people with disabilities

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2022.

Подаци о менторима и члановима комисије

**Ментор:**

Професор др Љиљана Манић,

**Чланови комисије:**

професор др Фадиљ Еминовић,

професор др Драгана Јовановић,

***Посвета***

Да би шкољка направила бисер, потребно је једно зрно песка. Да би жена написала докторат, потребна је храброст, свој докторат посвећујем својим бисерима Јани и Милици, да им буде подстрек у бављењу науком и личном усавршавању.

Желела бих да својим радом допринесем већем учешћу жена у науци. Управо зато, осврнула бих се на Драгу Дејановић која се борила за подједнако оспособљавање жена и мушкараца за умни и физички рад, Марту Јорговић прву девојку која је завршила средњу школу, Драгу Љочић нашу прву лекарку која је живот посветила еманципацији жена у Србији, Митру Митровић прву министарку у историји Србије, и Исидору Секулић која је била прва жена академик која је примљена у Српску академију наука и уметности, наша књижевница, преводитељка, интелектуалка и једна од најобразованијих личности свога доба.

***Захвалност дугујем***

Својој породици, за разумевање, стрпљење и безграничну љубав.

Својим менторима, за слободно време које су посветили овом великом пројекту и мом научном и стручном усваршавању, као и за подршку и несебично преношење знања.

Члановима Комисије, за време које су посветили овом раду.

Особама са инвалидитетом, министарству за рад, запошљавање, борачка и социјална питања за учешће у овом истраживању, јер без њих ово истраживање не би било могуће.

Професорима, колегама и пријатељима, за подршку и зато што су ме бодрили и веровали у мене.

Свим женама које су се бориле за боље позиционирање жена у науци а младим дамама, чије време тек долази, пожелела добре ветрове и мирно море, приликом пловидбе интелектуалним водама.

**Резиме**

Предмет истраживања у дисертацији је видљивост социјалних услуга као фактор побољшања квалитета живота особа ометених у развоју. На свим нивоима и у свим облицима пословања и остваривања циљева, медијска видљивост и доступност информација примарни су покретачи промена. Пренос информација подсредством дигиталних медија и интернета, односно медијска видљивост, постала је важан чинилац успеха у свим делатностима. Када је реч о видљивости услуга социјалне заштите у Србији, стиче се утисак о недовољној информисаности опште популације, као и самих циљних група о врстама и доступности услуга. Разлог томе делом лежи у недостатку свести о значају планиране и стратешки вођене комуникације и увида у правац којим се информације крећу. Циљ овог истраживања је био откриће односа између медијске транспарентности услуга социјалне заштите и квалитета живота корисника услуга. У истраживању је учествовало укупно 500 испитаника, од тога, 257 особа су корисници услуга социјалне заштите, а 243 особе су други чланови друштвене заједнице, изабрани методом случајног узорка. Добијени резултати указују да је постављена генерална хипотеза истраживања која гласи: „Што су услуге социјалне заштите видљивије, то је ефикаснија њихова примена и тиме омогућен виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју“ прихваћена**.**

**Кључне речи:** услуге социјалне заштите, медијска видљивост, особе ометене у

развоју, квалитет живота

Аbstract:

The subject of research in the dissertation is the visibility of social services as a factor in improving the life quality of people with disabilities. At all levels and in all forms of business and goals achieving, media visibility and information availability are the primary change initiators. The transmission of information through digital media and the Internet, ie media visibility, has become an important factor of success in all activities. When it comes to the visibility of social protection services in Serbia, one gets the impression of insufficient information of the general population, as well as the target groups themselves about the types and availability of services. The reason for that partly lies in the lack of awareness of the importance of planned and strategically guided communication and insight into the direction in which information is moving. The aim of this research was to discover the relationship between media transparency of social protection services and the life quality of service users. A total of 500 respondents participated in the research, of which 257 people are users of social protection services, and 243 people are other members of the social community, selected by random sampling. The obtained results indicate that the general hypothesis of the research, which reads: "The more visible the social protection services are, the more efficient their application and thus the higher the quality of life of persons with disabilities" is accepted.

**Key words:** social protection services, media visibility, persons with disabilities

development, quality of life

**Садржај**

[1. УВОД 8](#_Toc92806132)

[2. МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА 9](#_Toc92806133)

[2.1. ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА 9](#_Toc92806134)

[2.2. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЦИ И ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА 10](#_Toc92806135)

[2.3. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА 12](#_Toc92806136)

[2.4. ПРИМЕЊЕНА МЕТОДОЛОГИЈА 12](#_Toc92806137)

[2.4.1. Узорак испитаника 13](#_Toc92806138)

[2.4.2. Време и место истраживања 13](#_Toc92806139)

[2.4.3. Узорак варијабли 13](#_Toc92806140)

[3. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА 14](#_Toc92806141)

[3.1. УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ 14](#_Toc92806142)

[3.1.1. ДНЕВНЕ УСЛУГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ 16](#_Toc92806143)

[3.1.1.1. Помоћ у кући за одрасла и старија лица 16](#_Toc92806144)

[3.1.1.2. Помоћ у кући за децу 18](#_Toc92806145)

[3.1.1.3. Дневни боравак за децу и младе са сметњама у развоју 19](#_Toc92806146)

[3.1.1.4. Дневни боравак за децу у сукобу са законом 22](#_Toc92806147)

[3.1.1.5. Дневни боравак за одрасле особе са сметњама у развоју и инвалидитетом 23](#_Toc92806148)

[3.1.1.6. Дневни боравак за старија лица 23](#_Toc92806149)

[3.1.2. УСЛУГЕ ПОДРШKЕ ЗА САМОСТАЛАН ЖИВОТ 24](#_Toc92806150)

[3.1.2.1. Лични пратилац 25](#_Toc92806151)

[3.1.2.2. Свратиште 26](#_Toc92806152)

[3.1.2.3. Персонална асистенција 28](#_Toc92806153)

[3.1.2.4. Становање уз подршку за младе који напуштају систем социјалне заштите 29](#_Toc92806154)

[3.1.2.5. Становање уз подршку особе са инвалидитетом 30](#_Toc92806155)

[3.1.3. УСЛУГЕ СМЕШТАЈА 32](#_Toc92806156)

[3.1.3.1. Прихватилиште за децу 33](#_Toc92806157)

[3.1.3.2. Прихватилиште за одрасле 35](#_Toc92806158)

[3.1.3.3. Прихватилиште за жртве насиља 36](#_Toc92806159)

[3.1.3.4. Предах смештај 37](#_Toc92806160)

[3.1.4. САВЕТОДАВНО - ТЕРАПИЈСКЕ И СОЦИЈАЛНО – ЕДУКАТИВНЕ УСЛУГЕ 38](#_Toc92806161)

[3.1.4.1. Саветовалиште 39](#_Toc92806162)

[3.1.4.2. Породични сарадник 39](#_Toc92806163)

[3.2. ОСОБЕ ОМЕТЕНЕ У РАЗВОЈУ 41](#_Toc92806164)

[3.2.1. Дефинисање ометености 41](#_Toc92806165)

[3.2.2. Етиологија и класификација ометености 42](#_Toc92806166)

[3.2.2.1. Особе са оштећењем вида 45](#_Toc92806167)

[3.2.2.2. Особе сa oштeћeњeм слухa 46](#_Toc92806168)

[3.2.2.3. Особе сa пoрeмeћajимa у гoвoру и глaсу 47](#_Toc92806169)

[3.2.2.4. Особе сa мoтoричким пoрeмeћajимa 48](#_Toc92806170)

[3.2.2.5. Особе сa тeшкoћaмa у интeлeктуaлнoм функциoнисaњу 49](#_Toc92806171)

[3.2.2.5. Aутизaм 50](#_Toc92806172)

[3.2.2.6. Особе сa вишеструком ометеношћу 51](#_Toc92806173)

[3.3. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА 51](#_Toc92806174)

[3.3.1. Развој концепта квалтета живота 52](#_Toc92806175)

[3.3.2. Дефинисање квалитета живота 53](#_Toc92806176)

[3.3.3. Теорије о квалитету живота 54](#_Toc92806177)

[3.3.4. Субјективни и објективни фактори који утичу на квалитет живота 55](#_Toc92806178)

[3.3.5. Специфичности квалитета живота особа ометених у развој 56](#_Toc92806179)

[3.3.6. Услови који утичу на побољшање квалитета живота особа ометених у развоју 59](#_Toc92806180)

[3.3.7.Старење и старост у контексту квалитета живота 62](#_Toc92806181)

[3.3.7.1. Осврт на истраживања 66](#_Toc92806182)

[3.3.8. Социјални развој и квалитет живота особа са сметњама у развоју 69](#_Toc92806183)

[3.3.8.1. Комуникација 70](#_Toc92806184)

[3.3.8.2. Интерперсонални односи 72](#_Toc92806185)

[3.3.8.3. Организација времена 73](#_Toc92806186)

[3.3.8.4. Социјалне вештине значајне за укључивање у радну средину 74](#_Toc92806187)

[3.3.9. Детерминанте квалитета живота особа са инвалидитетом 75](#_Toc92806188)

[3.4. ЗНАЧАЈ ВИДЉИВОСТИ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ 80](#_Toc92806189)

[3.4.1. Видљивост услуга социјалне заштите из угла корисника 80](#_Toc92806190)

[3.4.2. Видљивост услуга социјалне заштите од стране друштене заједнице 81](#_Toc92806191)

[3.4.3. Медијска видљивост услуга социјалне заштите 82](#_Toc92806192)

[4. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ 84](#_Toc92806193)

[5. ЗАКЉУЧЦИ 149](#_Toc92806194)

[ЛИТЕРАТУРА 155](#_Toc92806195)

[ПРИЛОГ 1 159](#_Toc92806196)

[ПРИЛОГ 2 165](#_Toc92806197)

# УВОД

Перцепција јавности у вези са готово свим сегментима живота особама са инвалидитетом, упркос тековинама савременог друштва и научним достигнућима из друге половине 21.века, праћена је стигмом која носи осуду, одбојност, страх, сажаљење и низ других негативних емоција.

Јавно мњење, недовољно и неадекватно информисано о актуелним дешавањима из области социјалне заштите, своје дубоко укорењене ставове чврсто држи и одржава деценијама уназад, а једини искорак у односу на перцепцију о третману особа са инвалидитетом и менталним потешкоћама, јесте коришћење не тако инвазивних метода и блажи приступ у лечењу данас, у односу на нека ранија времена.

Примера ради, данас се подразумева да се особе са сметњама у развоју не лече на такозваној „шок столици“, али и даље прати мишљење да их треба заобилазити и избегавати, као и да су места у којима они живе и бораве нека врста изолације у нехуманим условима.

Упркос напретку у систему социјалне заштите, модерним методама у лечењу корисника, савременим техникама које се примењују у раду са особама са инвалидитетом, одличним резултатима који се пре свега могу приметити у осамостаљивању корисника и активном учествовању у друштвеном животу у складу са њиховим могућностима, потребно је променити перцепцију јавног мњења како би се остварило прихватање особа са инвалидитетом у друштву и мишљења у вези са целокупним системом социјалне заштите.

Ради промене уверења, мишљења и ставова јавности, када је горе наведена тема у питању, потребно је искористити моћ медија, као једини валидан начин разуверавања друштва и приказвања актуелне ситуације односно напретка на горе наведеним пољима.

Како би се постигао жељењи резултат потребно је медијима приближити систем сoцијалне заштите, обезбедити интеракцију и комуникацију, а путем афирмативних примера јавности пласирати другачију слику од актуелне. Све ово може се постићи планираном и страшком комуникацијом.

Ова докторска дисертација има за циљ да потврди хипотезу која гласи: „Што су услуге социјалне заштите видљивије, то је ефикаснија њихова примена и тиме омогућен виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју“.

Уколико би услуге социјалне заштите биле видљивије, променила би се перцепција јавности, а то би довело до вишег квалитета живота особа ометених у развоју.

Наиме, позитивним примерима омогућило би се да друштво буде отвореније према систему социјалне заштите и корисницима, да пружи више разичитих облика подршке, емпатично делује у датим ситуацијама и прихватањем помогне у успостављању једног новог контекста када је ова тема у питању.

# МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА

## 2.1. ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА

Бројна истраживања показују да су улога и значај масовних медија у савременом друштву све значајнија. Начин на који комуницирамо потпуно се променио, па је пренос информација подсредством дигиталних медија и интернета постао свеприсутан. Медијска видљивост постала је важан чинилац успеха у свим делатностима. Када је реч о видљивости услуга социјалне заштите у Србији, стиче се утисак о недовољној информисаности опште популације, као и самих циљних група о врстама и доступности услуга. Разлог томе делом лежи лежи у недостатку свести о значају планиране и стратешки вођене комуникације и увида у правац којим се информације крећу. У зависности од начина комуникације, стратегије, наступа и метода руковођења активностима зависи и ниво видљивости услуга.

На свим нивоима и у свим облицима пословања и остваривања циљева, медијска видљивост и доступност информација примарни су покретачи промена. Када су у питању услуге социјалне заштите, представници струке су често у дилеми да ли су и колико њихове услуге довољно виђене и коришћене. Интегрисани и усклађени систем медијске видљивости довео би до остварења унапред дефинисаних циљева о ефикаснијој примени услуга.

Новим законом о социјалној заштити који је усвојен марта 2011. године (“Сл.гласник РС”,број 24/11) чланом 3. дефинишу се циљеви социјалне заштите. У њима се говори о стварању једнаких могућности за самостални живот појединца и подстицању социјалне укључености. Корисници социјалне заштите су држављани Републике Србије.

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања у Водичу кроз права особа са инвалидитетом које је издало, наводи се да корисници услуга имају право да се информишу, учествују у доношењу одлука, имају слободан избор услуга социјалне заштите, право на поверљивост података као и на приватност приватност и притужбу. Право на могућност информисања особа са инвалидитетом мора бити загарантована, а доступност информација о социјалним услугама које су им намењене на завидном нивоу.

## ПРЕДМЕТ, ЗАДАЦИ И ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Сагласно претходно изложеном, **предмет ове докторске дисертације је сагледавање видљивости социјалних услуга као фактора побољшања квалитета живота особа ометених у развоју.** Теоријски и емпиријски преглед предмета истраживања захтева да се категоријално-појмовном систему дефинишу појмови: социјалне услуге, квалитет живота, особе ометене у развоју и медијска видљивост.

Да би овако дефинисан предмет истраживања могли на целовит начин теоријски и емпиријски истражити, неопходно је да га рашчланимо на његове саставне структуралне чиниоце као **задатке** које је било потребно реализовати:

* *Први структурални чинилац* предмета истраживања обухвата: методолошки оквир истраживања са тежиштем на формулацији проблема истраживања; одређењу предмета истраживања; постављање научних и друштвених циљева истраживања; дефинисање хипотетичког оквира истраживања; одређивање метода истраживања, и научне и друштвене оправданости истраживања.
* *Други структурални чинилац* предмета истраживања обухвата упознавање са врстама услуга социјалне заштите у Србији. Појмовно одређивање дневних услуга заједнице, услуга подршке приликом самосталаног живота, услуга смештаја као и саветодавно терапијских и социјалноедукативних услуга.
* *Трећи структурални чинилац* предмета истраживања базира се на појмовном одређењу особа ометаних у развоју кроз дефинисање ометености, етиологију и класификацију ометености.
* *Четврти структурални чинилац* предмета истраживања базира се на појмовном одређењу квалитета живота, приближавању концепта квалитета живота који подразумева комбинацију објективних и субјективних фактора, анализириње специфичности и фактора који имају пресудни утицај на квалитет живота особа ометених у развоју.
* *Пети структурални чинилац* предмета истраживања обухвата теоријски оквир истраживања са тежиштем на одређењу појмова који се тичу значаја медијске видљивости услуга социјалне заштите, начина презентације медијских садржаја, као утицаја дигиталних медија на појединца и друштво.
* *Шести структурални чинилац* предмета истраживања обухвата приказ резултата емпиријског истраживања видљивости социјалних услуга као фактора побољшања квалитета живота особа ометених у развоју.
* *Седми структурални чинилац* предмета истраживања односи се на закључна разматрања у којима ће бити саопштени синтетички ставови резултата истраживања по главама докторске дисертације.

Основни ***научни циљ истраживања*** је дескрипција, класификација и типологизација услуга социјалне заштите које се остварују унутар социјалних група и информисање јаности о њима, посредством медија, у циљу побољшања квалитета живота особа ометених у развоју. Значајан ниво научног циља који се жели остварити израдом ове докторске дисертације јесте откриће односа између медијске транспарентности услуга социјалне заштите и квалитета живота корисника услуга.

Основни ***друштвени циљ истраживања*** јесте да се оформи јасна, општа слика о значају савремене промоције услуга социјалне заштите, како би се пружио подстицај за формулисање одговорне политике у медијској сфери, којом би се значајно утицало на квалитет живота ометених особа и развоја толерантног друшта. Између осталог, то подразумева и да се понуде смернице о томе, на који начин медији могу да подстичу коришћење услуга, а потом и промовишу концепт квалитетнијег живота као резултата примене.

## ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Хипотетички оквир истраживања у докторској дисертацији чине једна генерална (општа) и четири посебне хипотезе истраживања.

**Генерална (општа) хипотеза истраживања** у овој докторској дисертацији гласи:

* Што су услуге социјалне заштите видљивије, то је ефикаснија њихова примена и тиме омогућен виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју

**Посебне хипотезе истраживања:**

* **Прва посебна хипотеза (Х-1)** гласи: Што је већа видљивост услуга социјалне заштите, то је већа могућност повратне информације о квалитету услуга
* **Друга посебна хипотеза (Х-2)** гласи: Што је могућност повратне информације већа, то је омогућен већи простор за креирање нових и усавршавање постојећих услуга
* **Трећа посебна хипотеза (Х-3)** гласи: Што је виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју, то је друштена одговорност у целини на вишем нивоу
* **Четврта посебна хипотеза (Х-4)** гласи: Што су социјалне услуге видљивије, то се више мења свест људи и изграђује толерантније друштво

## ПРИМЕЊЕНА МЕТОДОЛОГИЈА

Методе истраживања су прилагођене предмету и циљевима истраживања. Из корпуса основних метода сазнања и истраживања, у дисертацији се користе готово све основне методе сазнања, са тежшиштем на методама: индукције и дедукције, анализе и синтезе, класификације и генерализације.

У дисертацији је коришћена метода анализе садржаја докумената применом технике анкетног испитивања посебно сачињених упитника у сврху истраживања. Упитници које смо конструисали састоје се од по седамнаест тврдњи. Испитаници су изражавали степен слагања са њима бирајући један од наведених одговора на петостепеној скали према Ликерту (*у потпуности се не слажем, углавном се не слажем, нисам сигуран/на, углавном се слажем, у потпуности се слажем*). Од тога, четири тврдње су истоветне у оба упитника, док се остале тврдње разликују, јер се односе на различите аспекте мишљења. Поред тога, узорак докумената који су подвргнути анализи за потребе истраживања у овој докторској дисертацији су прес клипинг објаве за праћење саопштења за јавност у различитим медијима, достављене од Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Владе Републике Србије.

### Узорак испитаника

Узорак је чинило укупно 500 испитаника. Од тога, 257 особа су корисници услуга социјалне заштите, а 243 особе су други чланови друштвене заједнице, изабрани методом случајног узорка. Испитаници обе категорије су уједначени према полу, пунолетни грађани, различите образовне структуре, испитани на територији највећих градова у Републици Србији, Београду, Новом Саду и Нишу.

### Време и место истраживања

Временски предмет истраживања обухвата период од фебруара 2018. године до јула месеца 2018. године. Просторно, предмет истраживања обухвата територију Републике Србије.

### Узорак варијабли

Када су у питању коришћене варијабле које се тичу анкетног испитивања, најпре смо издвојили одговоре који су дали корисници социјалних услуга и други чланови друштвене заједнице. Коришћене варијабле су такође биле и пол, старост испитаника, ниво образовања као и место становања.

Kада је реч о варијаблама везаним за прес клипинг објаве за праћење саопштења за јавност у различитим медијима извдвојили смо следеће:

* извор информација (штампани медији, електонски медији-телевизија, електонски медији - интернет и радио)
* извор саопштења (министарство, новинари, стручни кадар и корисници услуга)
* пласман текста – конотација (позитивна, негативна, неутрална)
* величина текста/ дужина приказаног прилога (кратак, средњи, опширнији)
* субјекат/објекат (корисници услуга сами говоре о себи, неко други говори о њима, и једно и друго
* урбано и рурално (Београд, већи градови, мањи градови/села)

# 3. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА

## 3.1. УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

Социјална заштита подразумева мере којима власт, невладине организације, као и многобројна удружења пружају помоћ онима којима је она неопходна за животно функционисање. Да би могли да говоримо о систему социјалне заштите уопштено, прво морамо дефинисати којим друштвеним групама је социјална заштита потребна и у којим доменима.

Право на социјалну заштиту има сваки појединац и породица којима је неопходна друштвена помоћ и подршка ради савладавања социјалних и животних тешкоћа и стварања услова за задовољење основних животних потреба, у складу са законом. Особе или групе којима је социјална заштита неопходна су у већини случајева оне групе које су социјално искључене из друштва. Искљученост може настати услед сиромаштва, недостатка основних знања и могућности за доживотно учење или пак услед дискриминације. Овакве појаве удаљавају појединца или групу од могућности за образовање, запослење и остварење прихода, али их удаљавају од типичног друштвеног живота и укључености у активности друштвене заједнице. Управо је њихова укљученост на поље друштвеног рада нешто за шта је потребно уложити додатне напоре како би се успешно реализовала и у пракси.

Како се наводи у члану 5. Закона о социјалној заштити, услуге које пружа социјална заштита и материјална подршка коју обезбеђује су начин да се пружа адекватна помоћ породици као и појединцима како би побољшали или очували квалитет свог живота. Некоме је само потребно отклонити или ублажити ризик од неповољних животних околности и створити могућност за самосталан живот у друштву.

Закон предвиђа поље деловања и различите облике помоћи којима би се обезбедио егзистенцијални минимум и социјална укљученост корисника. Оно што је такође законом предвиђено је и сарадња свих установа социјалне заштите са образовним и здравственим установама, пoлицијом, правосудним и другим државним органима органима територијалне аутономије, односно органима јединица локалне самоуправе, удружењима и другим правним и физичким лицима.

Поље деловања обухвата образовање, здравство, рад и запошљавање, пензијско осигурање, инвалидско осигурање, популациону политику, становање, културу, спорт, социјалну заштиту и социјалну сигурност. Држава има редистрибутивну улогу која се остварује кроз развој услуга, установа и бенефиција у социјалној сфери, као и деловањем путем креирања станова и бенефиција у социјалној сфери, као и деловањем путем креирања пореског система. Корисници социјалне заштите могу бити и страни држављани и лица без држављанства уколико је то у складу са законом и међународним уговорима.

Према члану 3 Закона о социјалној заштити циљеви социјалне заштите су:

* достизање или одржавање минималне материјалне сигурности и независности у задовољавању животних потреба грађана, обезбеђивање доступности права и услуга у социјалној заштити,
* изједначавање могућности грађана за самостални живот и активно учешће у заједници,
* очување и унапређење породичних односа, подстицање породичне и међугенерацијске солидарности,
* превенција и отклањање последица злостављања, занемаривања или експлоатације.

### 3.1.1. ДНЕВНЕ УСЛУГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Правилником за пружање услуга социјалне заштите, према члану 67, прописују се ближи услови и стандарди за пружање свих услуга социјалне заштите које примењују сви пружаоци услуга, у складу са законом којим је уређена социјална заштита („Сл.гласник РС“, број 42/13). Закон о социјалној заштити представља актуелни оквир којим се прецизно дефинишу и регулишу и дневне услуге социјалне заштите. Дневне услуге заједнице обухватају следеће услуге које су на располагању корисницима: помоћ у кући за одрасла и старија лица, помоћ у кући за децу, дневни боравак за децу и младе са сметњама у развоју, дневни боравак за децу у сукобу са законом, дневни боравак за одрасле особе са сметњама у развоју и инвалидитетом и дневни боравак за старија лица.

#### 3.1.1.1. Помоћ у кући за одрасла и старија лица

Према члану 73. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), услуге помоћи у кући су доступне следећој циљној групи: деци, одраслима и старијима, који имају ограничења физичких и психичких способности услед којих нису у стању да независно живе у својим домовима без редовне помоћи у активностима дневног живота, неге и надзора, при чему је породична подршка недовољна или није расположива. Сврха помоћи у кући, је подршка корисницима у задовољавању свакодневних животних потреба како би се унапредио или одржао квалитет живота.

Услуга помоћи у кући за одрасла и стара лица је предвиђена Законом о социјалној заштити, а о његовој примени се стара јединица локалне самоуправе. Оно што је важно напоменути је да дневне услуге у заједници јесу предвиђене Законом, али како припадају групи проширених права, јединица локалне самоуправе их може увести, али нису обавезне. Услугу помоћ у кући може реализовати центар за социјални рад, геронтолошки центар, Црвени крст или друга институција која на основу унутрашњег уређења може бити пружалац услуге. Центар за социјални рад, односно, геронтолошки центар услугу помоћ у кући могу реализовати само уколико у оквиру своје радне јединице постоји посебно организована служба, односно организациона јединица која ће се бавити овим пословима. Право на помоћ у кући имају:

• стара и изнемогла хронично оболела лица,

• друга лица која нису у стању да се сама о себи старају.

Услугу помоћ у кући реализује домаћица - неговатељица. Она има завршену обуку по акредитованом програму за пружање услуга помоћи у кући. Помоћ и нега у кући се, по потреби, пружа у партнерству са здравственим и другим пружаоцима услуга и уз учешће корисника и породице. Према члану 75. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалрне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13) активности услуге помоћ у кући обухватају:

1. Помоћ у обезбеђивању исхране, која укључије по потреби : набавку намирница, обезбеђивање готових оброка, припрема лаких оброка, припрема освежавајућих напитака, помоћ при храњењу;
2. Помоћ у одржавању личне хигијене и хигијене стана, укључујући по потреби: помоћ при облачењу и свлачењу, обављању физиолошких потреба, умивању, купању, прању косе, чешљању, бријању, сечењу ноктију, прању и одржавању постељине, одеће и обуће, одржавању чистоће просторија, судова и уређаја у домаћинству;
3. Помоћ у загревању просторија, укључујући по потреби: ложење ватре, чишћење пећи,помоћ у набавци огрева;
4. Помоћ у задовољавању социјалних, културно-забавних и других потреба, укључујући: помоћ при кретању унутар и ван куће, набавку новина и књига, иницирање социјалних контакта и укључивање корисника у пригодне културне активности у јединици локалне самоуправе, старање о плаћању рачуна за електричну енергију, телефон, комуналије;
5. Посредовање у обезбеђивању различитих врста услуга, укључујући по потреби: посредовање у поправци водоводних, електричних и других инсталација, столарије, уређаја за домаћинство, кречење стана и др.;
6. Набавку и надгледање узимања лекова и примену савета прописаних од стране квалификованих медицинских стручњака и одвођење на лекарске прегледе;
7. Санирање и негу мањих повреда;
8. Kонтролу виталних функција (крвни притисак, телесна температура, ниво шећера у крви, и слично);
9. Програмске активности личног пратиоца детета, у складу са одредбама овог правилника.

#### 3.1.1.2. Помоћ у кући за децу

Полазећи од претпоставке да родитељи који пружају дуготрајну негу деци и младима са инвалидитетом, не користећи при том услуге у заједници за особе са инвалидитетом, свакодневно се суочавају са различитим тешкоћама, као што су немогућност радног ангажовања, повишени трошкови рехабилитације, хронична исцрпљеност, што говори у прилог теорији социјалне искључености (Димитријевић, 2014, 113-130).

Један од првих изазова с којим се суочавају родитељи деце са инвалидитетом јесте да се њихово дете разликује од већинског дела популације, што је врло стресно за родитеље. Чак и када објективно сагледавају инвалидитет свог детета и помогну му да максимално развије и искористи своје очуване потенцијале, услед свакодневног пружања подршке у активностима које дете само не може да обавља, бивају изложени повећаном степену стреса. То је потврђено податком да је у истраживању вршеном у нашој земљи утврђено да чак 57,1% родитеља деце са инвалидитетом „спада у групу родитеља под екстремним стресом. То се одражава на квалитет живота целе породице. Имајући у виду ове чињенице, морамо указати на значај које могу имати услуге у заједници намењене деци. Посебан акценат је на решавању или барем ублажавању тешкоћа с којима се родитељи суочавају и начинима на које поменуте услуге утичу на побољшање квалитета живота детета. (Димитријевић, 2014; према: Предлог правилника о минималним стандардима за пружање услуга социјалне заштите, 2011).

Предност ове услуге је у томе што се она пружа у домаћинству корисника због чега може бити нарочито корисна за сасвим малу децу, која се осећају најслободније у познатом окружењу. Неговатељица која је неколико сати посвећена једном детету, има могућност да добро упозна дете и његове потребе и оствари с њим довољан степен емоционалне блискости, што је још један важан предулсов за квалитетно пружање услуге. Њено присуство даје родитељима могућност да заврше послове који изискују краће одсуство из куће (Димитријевић, 2014; према: Цветковић, 2013).

Сврха услуге је подршка деци са сметњама у развоју и њиховим породицама у задовољавању свакодневних зивотних потреба, у сопственим домовима, у циљу унапређења и одржавања квалитета живота као и у циљу спречавања или одлагања смештаја деце у установу социјалне заштите. Услуга обухвата:

1. Пријем, процену и индивидуално планирање за сваког корисника и његову породицу;
2. Активности помоћи у кући и неге корисника;
3. Помоћ у обављању кућних послова и одржавање домаћинства;
4. Помоћ у обезбеђивању исхране детета;
5. Помоћ у одржавању личне хигијене детета и неге детета;
6. Чување и анимација детета, провођење структурисаног слободног времена са дететом (игра, стимулација, шетња);
7. Психосоцијална подршка детету и члановима породице.

#### 3.1.1.3. Дневни боравак за децу и младе са сметњама у развоју

Према члану 68. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13) можемо видети које су то циљне групе, којима су доступне услуге дневног боравка:

1. деца и млади са телесним инвалидитетом, односно интелектуалним тешкоћама, који имају потребу за дневном негом и надзором, и подршком у одржању и развијању потенцијала;
2. одрасли са телесним инвалидитетом, односно интелектуалним потешкоћама који имају потребу за дневном негом и надзором, и подршком и развијању потенцијала, затим,
3. деца и млади који су у сукобу са законом, родитељима, школом или заједницом на начин који не омета њихово школовање или одлазак на посао, и најзад,
4. одрасли и стара лица којима је потребна дневна нега и надзор.

Дневни боравак је таква услуга којом се унапређује живот корисника услуга у социјалној средини. То је место где се развијају и одржавају вештине психолошких, социјалних и физичких функција у циљу оспособљавања за самосталан живот у што већој мери. Корисници услуга у свом окружењу имају надзор који их истовремено и подстиче како би стекли и развили различите животне вештине. Активности које се обављају у оквиру ове услуге усмерене су ка развијању и очувању потенцијала корисника. (Водич кроз права особа са инвалидитетом у РС, 2014).

Закон о социјалној заштити дефинише дневни боравак као услугу која је у мандату јединице локалне самоуправе што значи да општина финансира услугу дневног боравка (осим у посебним случајевима), утврђује права корисника, доноси нормативе и стандарде, утврђује услове за почетак рада и обављање делатности установа које обезбеђују дневно збрињавање. Право на дневни боравак стиче особа којој није обезбеђена одговарајућа заштита. По закону све установе овог типа су обавезне да обезбеђују дневни боравак, исхрану, здравствену заштиту, културно-забавне и рекреативне активности, а установе за децу и младе и васпитно-образовни рад. Према члану 67. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), услуга је доступна радним данима, најмање осам сати, по потреби и дуже.

Услугом дневног боравка реализује се позитивно и конструктивно искуство боравка изван породице, а члановима породице слободно време за бављење радним и другим активностима. Услуга се реализује кроз осмишљене програме, у планираним и ограниченим временским периодима. У систему социјалне заштите дневни боравак је једна од најзначајнијих услуга (Hans van der Vilen и Стојановић, С., 2011).

Правилник дефинише активности услуге дневног боравка. Реализација самих услуга прати карактеристике групе корисника, сврху услуге као и сами капацитет корисника. Садржај самих активности обухвата:

1. Реализацију радно-окупационих и едукативних активности;
2. Развијање метода којима се охрабрује учествовање у активностима у заједници;
3. Подршку у изградњи позитивних односа са одраслима и децом у непосредном окружењу;
4. Подршку у одржавању и развијању контакта са надлежним органима јединице самоуправе као и подршка у учењу;
5. Организоцију адекватних културно-забавних садржаја у оквиру дневног боравка, као и учествовање у заједници;
6. Организоцију слободног времена у складу са потребама и интересовањима појединца;
7. Развој вештина којима се препознаје и решава проблем;
8. Развој вештина комуникације;
9. Развој вештина које су потребне за самозаштиту ;
10. Развој вештина потребних за активан живот у заједници;
11. Терапијске и рехабилитационе активности;
12. Активности личног пратиоца детета у складу са одредбама правилника.

Према члану 71. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), минимални број стручних радника и сарадника који су ангажовани у раду са корисницима дневог боравка, одређује се на следећи начин:

* За децу и младе са физичким инвалидитетом и интелектуалним тешкоћама- два стручна радника и један стручни радник за капацитет од десет корисника, а један стручни радник на сваких додатних пет корисника, односно један сарадник на сваких додатних пет корисника;
* Kорисницима који користе услугу дневног боравка дуже од четри сата, обезбеђује се оброк у складу са развојним и здравственим потребама.

Услуге које нуди дневни боравка нису само ту да би задовољиле основне потребе својих корисника које подразумевају негу, исхрану или чувању, већ пружају могућност за стицањем образовања, социјализацију и оспособљавања за рад. У истраживању о дневним боравцима спроведеном средином 2007. године у оквиру пројекта Унапређење приступа услугама социјалне заштите у локалној заједници, на основу упитника који је упућен свим установама за дневни боравак, могла је да се процени успешност њиховог функционисања. Матковић Г. (2009, 69-88) истиче да је у истраживању учествовало 49 установа за дневни боравак у којима је збринуто преко 1400 деце и особа са инвалидитетом. У периоду од 2000. до 2007. године отворено је 37 нових дневних боравака, укупан број корисника се више него утростручио. Ипак, услуга дневног збрињавања у временском периоду када је спроведено истраживање није још увек недовољно развијена. У 123 општине у Србији услуга дневног збрињавања уопште није доступна и у целини је значајно мање доступна од резиденцијалног смештаја. Међу корисницима доминирају одрасли, који чине преко половине укупног броја корисника.

Међу установама су заступљени боравци са значајним капацитетима, али и мали, који функционишу на пројектном принципу, раде неколико сати дневно и са несигурним изгледима за будућност. Према налазима анкете, за функционисање услуге дневног боравка ако говоримо рецимо о 20 корисника, потребно је издвојити годишње између 2 и 6 милиона динара, у зависности од комплексности програма и услуга које се пружају. Издаци за резиденцијални смештај су у просеку виши од издатака за збрињавање у дневним боравцима.

Даљи развој услуге дневног боравка у Србији захтева додатне и фокусиране напоре у виду формулисања посебних финансијских подстицаја неразвијеним општинама, развоја стручних капацитета на локалном нивоу, едукације локалних самоуправа, размене искустава добре праксе. Постављање ванистутуционалних услуга у центар система социјалне заштите може се, међутим, очекивати тек дубљим законским променама (Матковић, 2009).

#### 3.1.1.4. Дневни боравак за децу у сукобу са законом

Дневни боравак за децу у сукобу са законом намењен је деци и младима са израженим асоцијалним понашањем, деци која су дошла у сукоб са законом, која испољавају проблеме у понашању, у школи и породици, на начин који не омета њихово школовање или одлазак на посао. За њих као и за њихове породице дневни боравак је друга шанса. Kроз свеобухватан програм ради се на спречавању напредовања озбиљнијих облика проблема у понашању и даљег вршења кривичних дела код малолетних учинилаца кривичних дела. Са њима свакодневно, интензивно раде саветници, специјални педагози и психолози, уче их различитим вештинама, животним и професионалним, развијању толеранције, позитивног става према раду, учењу и култури. Према правилнику који говори о стандардима и ближим условима и за пружање услуга („Сл.гласник РС“, број 42/13) активности обухватају:

1. Психолошку подршку деци и породици (индивидуални саветодавни рад са децом и родитељима);
2. Едукативне програме (психо-едукативне радионице за децу и за родитеље, школе родитељских вештина, курсеви социјалних вештина, рачунарске писмености, за активно тражење посла уз подршку ментора);
3. Kлуб за младе (разноврсне активности које имају за циљ поспешивање социјализације, тимског рада и међусобног уважавања младих укључујући радионице, спортске активности, посете културним и уметничким програмима, активности у природи);
4. Помоћ у учењу (подршка деци и младима да остану у систему образовања).

#### 3.1.1.5. Дневни боравак за одрасле особе са сметњама у развоју и инвалидитетом

Установе чији су корисници одрасле особе са инвалидитетом обезбеђују и оспособљавање за рад, окупационе терапије и радне активности. Законом је предвиђено да у неким случајевима корисници учествују у трошковима дневног боравка, према критеријумима које прописује министар надлежан за послове социјалне заштите. Услуга дневног боравка осмишљена је са циљем да одраслим особама омогући да своје потребе задовоље у свом окружењу и средини у којој живе и да на тај начин остану у породици. Ова услуга омогућава пружање подршке и помоћи рањивим особама око задовољавања социјалних, здравствених и едукативних потреба, а истовремено пружа осталим члановима/цама породице могућност коришћења времена за друге активности.

#### 3.1.1.6. Дневни боравак за старија лица

Дневни боравак за стара лица својим корисницима нуди социјалну интеграцију и могућност да задовоље основне животне потребе. Kроз дневне активности боравак настоји задовољити социјалну, психолошку, здравствену и физичку димензију живота старих. Дневни боравак нуди могућност да се стари и усамљени суграђани друже, уче, информишу и користе услуге у складу са понуђеним активностима, као и њиховим афинитетима. Веома често није толико потребна помоћ и нега колико им је потребно друштво и ублажавање самоће. Услуге које нуди дневни боравак подразумевају целодневну бригу која је прилагођена потребама корисника:

* боравак
* здравствена брига (мерење крвног притиска, мерење нивоа шећера у крви, контрола редовног узимања лекова, физикална терапија, као и остале услуге основне здравствене бриге);
* исхрана која се састоји од 2 оброка дневно и две ужине, према утврђеним нормативима за исхрану старијих особа;
* нега;
* услуге социјалног радника (упознавање са правима из социјалне заштите, правима пензионера...);
* радне активности (разне врсте ручних радова, креативне радионице, плетење, шивење, вез, израда разних предмета од папира и пластелина, певање, плес...);
* психосоцијална рехабилитација (састоји се у одржавању физичке снаге уз помоћ физиотерапеута;
* организовани превоз (од стана до дневног боравка и назад до стана).

### 3.1.2. УСЛУГЕ ПОДРШKЕ ЗА САМОСТАЛАН ЖИВОТ

Услуге подршке за самостални живот подразумевају врсту подршке неопходне за активно и самостално учешће корисника у друштву. Морамо указати на значај свих услуга у заједници намењене деци и младима са инвалидитетом. Подршка у њиховом стицању што већег степена самосталности омогућава квалитетан и независтан живот у заједници, чиме се спречава потреба за њиховим смештањем у институције. Смањење броја деце и одраслих у институцијама, враћање из институција у природну породицу, као и превенција институционалног збрињавања, пре свега зависе од подршке коју природна породица може да оствари на локалном нивоу како би могла да брине о својим најближим сродницима.

Према подацима кроз истраживање Мапирање услуга социјалне заштите у Републици Србији, број корисника услуга подршке за самосталан живот обухваћен 2015. године износио је више од 25 хиљада лица. Повећање броја корисника у 2015. години у односу на 2012. год, иако мало, бележи се једино код услуга за самостални живот, док је код осталих група услуга знатно опао. Kод корисника услуга подршке за самосталан живот, запажа се да су мушкарци већински корисници услуга становања уз подршку за младе који напуштају систем социјалне заштите (66%) и персоналне асистенције (53%). Kорисници су по полу изједначени у погледу коришћења услуге становања уз подршку за одрасле особе са инвалидитетом. У односу на податке из 2012. године, приметан је значајнији пораст корисника мушког пола у коришћењу услуге становање уз подршку за младе. Kорисници ове групе услуга су претежно из градских, урбаних средина (Матковић и Страњаковић, 2016. 23-67).

Према подацима до којих се дошло кроз мапирање услуга у Републици Србији, у 2015. години, Страњковић и Матковић (2016) истичу да корисници услуге персонална асистенција у значајнијој мери добијају услугу кроз недржавни сектор. У 2015. години корисници становања уз подршку за особе са инвалидитетом претежно користе услугу коју пружа државни сектор, јер се број готово утростручио у односу на 2012. годину, где је недржавни сектор у том периоду био доминантнији у пружању услуге. Државне установе већ неко време развијају и пружају ову услугу, па је самим тим и учешће корисника државног сектора значајније порасло у периоду од три године, између два циклуса мапирања.

#### 3.1.2.1. Лични пратилац

Према члану 83. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), лични пратилац је доступан детету са инвалидитетом односно са сметњама у развоју, коме је потребна подршка за задовољавање основних потреба у свакодневном животу у области кретања, одржавања личне хигијене, храњења, облачења, и комуникације с другима, под условом да је укључено у васпитно-образовну установу, односно школу, до краја редовног школовања, укључујући и завршетак средње школе. Програмске активности личног пратиоца детета се реализује кроз акредитовани програм, у оквиру посебне услуге личног пратиоца детета, или као програмске активности у оквиру услуге дневног боравка или помоћи у кући, што се налази у члану 85. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13).

У складу са индивидуалним потребама детета, планирају се и реализују активности личног пратиоца детета, што укључује:

1. Адекватну помоћ у кућним условима приликом облачења, одржавања личне хигијене, приликом храњења, припрему књига и опреме за вртић односно школу;
2. Помоћ у заједници, што укључује; а) помоћ у коришћењу градског превоза (улазак и излазак из средстава превоза, куповина карте), б) помоћ у кретању (орјентација у простору уколико је дете оштећеног вида, гурање колица или коришћење других помагала), ц) одлазак на игралишта, односно места за провођење слободног времена, што укључује и као и културне спортске активности.

Пружалац услуге, има најмање једног стручног сарадника. Непосредну услугу личног пратиоца пружа сарадник - лични пратилац детета. Стручни радник и сарадник - лични пратилац имају завршену обуку за пружање услуге личног пратиоца. Сарадник - лични пратиоц не може бити члан породичног домаћинства у коме живи корисник, сродник у правбој линији, као ни брат или сестра, односно брат или сестра по оци или мајци корисника („Сл.гласник РС“, број 42/13).

#### 3.1.2.2. Свратиште

Према члану 78. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите(„Сл.гласник РС“, број 42/13), сврха услуге свратиште је пружање привремених или повремених интервенција и задовољавање тренутних потреба корисника, као и посредовање у обезбеђивању доступности других услуга у заједници. Активности у оквиру услуге свратиште према члану 79. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), усмерене су ка задовољавању основних потреба и осигурању безбедног и пријатног окружења корисника. Оне обухватају:

1) Обезбеђивање оброка за кориснике;

2) Обезбеђивање услова за одржавање личне хигијене;

3) Набавку одеће и обуће и обезбеђивање услова за њихово одржавање;

4) Обезбеђивање боравака;

5) Посредовање у обезбеђивању доступности здравствених, образовних,

социјалних, правних услуга у заједници;

6) Едукацију и подршку корисника у стицању основних животних вештина;

7) Пружање психо-социјалне подршке.

У свратишту је обезбеђена посебна просторија за исхрану корисника. Што се тиче самог пријема и процене, према члану 82. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), пружалац услуге обавештава центар за социјални рад о пријему малолетног корисника у свратиште без одлагања најкасније наредног радног дана од првог пријема. У оквиру пријемне процене пружалац услуге прикупља информације о кориснику, његовом идентитету и породици.

Према концепту Уницефа, „дете улице“ је било које дете узраста до 18 година којем је улица постала дом, односно извор прихода и које није на одговарајући начин заштићено или које не надгледа одрасла, одговорна особа. Процењује се да у свету има између 100 и 150 милиона овакве деце. Живот и рад на улици имају далекосежне последице по развој и здравље ове деце. Живећи и радећи на улици они се суочавају с највишим нивоом ризика. Много чешће болују од акутних обољења, повреда, инфекција, посебно цревних и инфекција дисајних путева, полно преносивих болести и менталних поремећаја, чешће се лоше хране и злоупотребљавају психоактивне супстанце. Такође, чешће су жртве злостављања и трговине људима, а чешћа је и нежељена трудноћа него код њихових вршњака из сиромашних породица. Захваљујући раду свратишта, само у три града регистровано је 1600 деце улице, док је стварни број у нашој земљи далеко већи, мада још неутврђен. Активности свратишта у пружању помоћи деци улице су важан корак. Ипак, свеобухватно решење је могуће једино кроз хитно ангажовсње целе државе и друштва. У решавању овог проблема најзначајнију улогу треба да има здравствени, социјални и образовни сектор. Уколико се не предузму одговарајуће мере, деца и млади улице ће остати терет за друштво током целог живота, а и њихова ће деца вероватно доживети сличну судбину(Рончевић, Стојадиновић и Batrnek-Антонић, 2013. 835-841).

#### 3.1.2.3. Персонална асистенција

Услуге које нуди персонална асистенција су приступачне за особе са инвалидитетом са процењеним I или II степеном подршке. Та лица остварују право на увећани додатак за туђу негу и помоћ и способна су да самостално доносе одлуке, радно су способни или су активни у неким удружењима грађана, политичких партија и других облика друштвених ангажмана, што је према члану 99. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13). Правилник као сврху услуге персоналне асистенције поред задовољења личних потреба укључује у друге активности у заједници које доприносе већем степену самосталности.

Према члану 100. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), активности услуге персоналне асистенције укључују:

1. помоћ приликом обављања и одржавања личне хигијене и обављања основих активности као што су помоћ приликом облачења, обављања физиолошких потреба, купања, прања косе и слично);
2. помоћ приликом одржавања чистим амбијента у ком се борави, набавци хране, обради хране и друге астистенције везане за припрему оброка;
3. премештање намештаја, сортирање предмета, свака врста помоћи приликом кретања у животном простору и ван њега као и радног места, коришћења превозних средстава;
4. помоћ приликом коришћења здравствених услуга и адекватним руковање разним помагалима;
5. помоћ при успостављању социјалних контаката и остваривању адекватне комуникације;
6. помоћ приликом учествовања у свим друштвеним активностима.

Правилник налаже минималне структуралне стандарде за услуге персоналне асистенције. Онај ко пружа услуге креира листу могућих персоналних асистената. Асистент има завршену основну обуку која је реализована по акредитованом програму за пружање услуге персоналне асистенције. Онај ко користи услуге асистенције има завршену основну обуку за коришћење ускуге персоналне асистенције. Правило налаже да један персонални асистент пружа услугу само једном кориснику. То не може бити члан породице, а његово ангажовање мора бити најмање 20 а највише 40 сати недељно, у зависности од потреба корисника. Постоји могућност договора о прерасподели радног времена у односу на индивидуалне потребе корисника, у складу са законом.

Правилником се дефинишу минимални функционални стандарди за пружање услуга асистенције. Период узајамног прилагођавања персоналног асистента и корисника траје најдуже 30 дана. Kорисник услуге и персонални асистент сачињавају индивидуални недељни и месечни план рада. У њиховој изради могу учествовати и родитељи или друга значајна особа корисника,а активности се дефинишу у зависности од процењених капацитета корисника и породице.

#### 3.1.2.4. Становање уз подршку за младе који напуштају систем социјалне заштите

Становањем уз подршку корисницима се обезбеђује одговарајући смештај и стручна помоћ и подршка у развијању вештина које су од суштинске важности за њихово што потпуније укључивање у заједницу. Ова услуга се може пружати привремено или континуирано, у зависности од потреба корисника и у складу са његовим најбољим интересом. Сврха услуге становање уз подршку за младе који се осамостаљују је помоћ и подршка корисницима да стекну потпуну самосталност и интегришу се у заједницу. Услугом становања уз подршку за младе који се осамостаљују обезбеђује се временски ограничен одговарајући смештај и стручна подршка у развијању вештина неопходних за њихово потпуно осамостаљивање и укључивање у заједницу (Аврамовић, 2008, 123-125).

Интензитет стручне подршке смањује се са повећањем степена самосталности младе особе и потпуно престаје са истеком времена за које је услуга планирана. Услуга становања уз подршку за младе који се осамостаљују је ограниченог трајања. Дужина периода коришћења услуге условљена је проценом да млада особа, уз одговарајућу припрему и подршку, може овладати животним вештинама, преузети одговорност за даље личне животне токове, постати самостална и независна.

#### 3.1.2.5. Становање уз подршку особе са инвалидитетом

Сврха услуге становање уз подршку за децу и младе са инвалидитетом је пружање помоћи и подршке особама са инвалидитетом да остваре што већи степен самосталности, како би побољшали квалитет живота и интегрисали се у заједницу. Становање уз подршку организује се и у циљу спречавања одласка на домски смештај. За разлику од младих који напуштају систем социјалне заштите, становање уз подршку за особе са инвалидитетом нема ограничења у времену трајања, коришћења услуге. Особе са инвалидитетом услугу становање уз подршку могу користити дужи временски период, а за неке кориснике становање уз подршку може бити трајније решење, односно они ову услугу могу користити доживотно. За друге кориснике ова услуга може бити привремена подршка, као што је случај са особама које су напустиле институцију, па услугу становање уз подршку користе до стварања услова за повратак у своју биолошку породицу (Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Европска унија и Уницеф, 2013).

Становањем уз подршку за особе са инвалидитетом обезбеђује се одговарајући смештај, стручна помоћ и подршка у развијању вештина, које су од суштинске важности за њихово што потпуније укључивање у заједницу. Ова услуга се може пружати привремено или континуирано, у зависности од потреба корисника и у складу са његовим најбољим интересом.

Програмске активности за услугу становање уз подршку, се, према члану 90. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите (2013.), остварује реализацијом програмских активности којима се, у складу са проценом индивидуалних потреба и потреба корисничке групе:

1. осигурава безбедно окружење и надзире безбедност корисника;
2. пружа помоћ у задовољавању свакодневних животних потреба;
3. обезбеђује окружење у коме су доступне разне социјалне, образовнем здравствене, културно забавне, спортске и рекреативне услуге у складу са идентификованим потребама корисника;

Активности услуге становања уз подршку, усмерене ка развијању и очувању потенцијала корисника, према члану 91. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), могу обухватати:

1. подршку приликом успостављања и одржавања позитивних односа са људима у непосредном окружењу;
2. организовање активности радне-окупације и едукативних активности којима се стичу потребна знања и вештина;
3. савладавање практичних вештина потребних у свакодневном животу, а односе се на припрему хране, одржавање хигијене становања и личне хигијене као и вођења домаћинства;
4. подршку у развоју самосталностиу доношењу одлука и преузимања одговорности;
5. помоћ приликом одржавања станова и старања о личним стварима;
6. организовање слободног времена у складу са потребама и интересовањима корисника;
7. организовање забавних садржаја у складу са интересовањима, жељама и способностима корисника;
8. развој вештина за препознавање и решавање проблема;
9. развој социјалних и комуникационих вештина;
10. развој вештина за самозаштиту.

Активности услуге становања уз подршку, усмерене на подршку при школовању и запошљавању, према члану 92. Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13), обухватају:

1. помоћ у професионалној орјентацији, започињању и наставку школовања;
2. подршку у стицању и развоју вештина потребних за пронлажење и задржавање запослења или радног ангажовања;
3. подршку у почетним данима новог запослења или радног ангажовања.

Правилником су дефинисане минимални структурални стандарди за услугу становања уз подршку. У одређеној стамбеној јединици највише може бити смештена два корисника у собу, а шест корисника услуга у објекту. Онај ко је пружалац услуге кора имати једног стручног радника који је одговоран за координацију и организацију самог рада и пружања услуге за најмање три стамбене јединице. Сваки корисник услуге има одређеног стручног саветника који ће му помоћи приликом осамостаљивања. Минимални број стручних радника за лица са инвалидитетом су : један стручни радник-саветник за осамостаљивање на десет корисника; један неговатељ на четири корисника; за младе који се осамостаљују: један стручни радник-саветник за осамостаљивање на петнаест корисника.

Правилником су дефинисани и посебни минимални функционални стандарди за услугу становања уз подршку. Пружалац услуге сачињава план припреме корисника за пресељење у стамбену јединицу за становање уз подршку, којим се обезбеђује припрема корисника у периоду од два месеца. У току припреме се врши процена. Саставни део процене за жртве трговине људима је безбедносна процена прибављена преко службе надлежне за координацију заштите жртава трговине људима. Индивидуални план услуге за жртве трговине људима је сачињен пре почетка коришћења услуге у сарадњи са надлежном службом за координацију заштите жртава трговине људима и њој се доставља примерак. Поновни преглед индивидуалног плана услуге се врши за лица са инвалидитетом на сваких шест месеци и за младе који се осамостаљују на свака три месеца.

### 3.1.3. УСЛУГЕ СМЕШТАЈА

Услуга којом је дефинисан смештај обезбеђује да се корисник усели у:

1. породицу која је сродничка, хранитељска или нека друга породица за одрасле и старије;
2. дом за смештај, то укључује и мале домске заједнице;
3. прихватилиште;
4. неке друге врсте смештаја које би биле у складу са постојећим законом.

Услуге смештаја обезбеђује Република Србија, аутономна покрајина и јединица локалне самоуправе, у складу са овим законом. (Закон о социјалној заштити, 2011.,чл. 47.) Услуге прихватилишта за децу, одрасле и старе, као и жртве насиља углавном су заступљене у већим градовима. Имамо податак да су услуге смештаја и даље недовољно распрострањене у 2015. години судећи по њиховом учешћу од 6 до 10% у укупном броју јединица локалне самоуправе у којима су присутне.

#### 3.1.3.1. Прихватилиште за децу

Функција прихватилишта за децу је се обезбеди целовито и привремено збрињавање омладине и деце оба пола, узраста 7-18 година, које упуте надлежни центри за социјални рад, органи правосуђа (суд и тужилаштва) и органи МУП-а, а све чешће деца се јављају и сама. Прихватилиште је прво место у које деца и млади дођу након измештања из ризичних и кризних ситуација. Пружањем услуга смештаја деци и младима се привремено, до завршетка редовног школовања односно до навршене 26. године живота, обезбеђују нега, заштита и услови за оптималан развој у породичном окружењу. Смештај за децу и младе обухвата и припрему за повратак родитељима, други стални животни аранжман и припрему за самосталан живот (http://www.prihvatiliste.rs).

Деца којој прихватилиште пружа помоћ припадају групама:

1. Деца без родитељског старања
2. Деца без адекватног родитељског старања
3. Деца жртве злостављања и занемаривања
4. Деца жртве трговине људима
5. Деца у стању социјалне потребе ( деца улице - скитња, просјачење; деца нађена без надзора родитеља... )
6. Деца са поремећајем у друштвеном понашању
7. Деца у судском поступку
8. Деца из поступка реадмисије (Републички завод за социјалну заштиту, 2017).

Дете остаје у прихватилишту док се за њега не нађе најбоље решење дуготрајног смештаја и бриге, поштујући права интереса детета. У сарадњи са прихватилиштем Центар за социјални рад одређује најбоље решење за свако дете. Након прихватилишта, деца се најчешће враћају у своје природне породице или у породице својих сродника. Деца из ових група одлазе у прихватилишта за децу а потом се распоређују у следеће групе смештаја:

1. Своју природну породицу
2. Сродничку породицу
3. Хранитељску породицу
4. Дом за децу
5. Завод за васпитање

#### 3.1.3.2. Прихватилиште за одрасле

Према члану 41. Закона о социјалној заштити ( "Сл.гласник РС", бр. 24/2011) смештајем у прихватилишту кориснику се обезбеђује краткотрајан смештај и осигурава безбедност, изналажење одрживих решења за кризне ситуације, задовољење његових основних потреба и приступ другим услугама. Услугу смештаја у прихватилиште обезбеђује јединица локалне самоуправе, осим у случајевима предвиђеним овим законом.

Прихватилиште за одрасла и стара лица је ургентна и оперативна установа у области социјалне заштите и од посебног је друштвеног значаја. Прихватилиште функционише на територији Београда и шире, прихвата сва пунолетна лица која се услед друштвено-негативних навика или непредвиђених околности затекну на некој територији у стању хитне социјалне потребе, без средстава за живот, без личних докумената и сл. Та лица су обично из категорије бескућника, скитница, алкохоличара, просијака. У прихватилишту се на смештају налази један број избеглих лица и лица која су прогнана са Kосова и Метохије.

Наведена лица су по правилу у крајње запуштеном стању, болесна, промрзла, исцрпљена, изгладнела, гола и боса, и у већини случајева психички измењена, дементна, стара, која нису у могућности да се брину о себи. Многи од њих су месецима, годинама неокупани, пронађени у подрумима, шахтовима канализација, контеинерима за смеће, пијачним тезгама, напуштеним аутомобилима.

Ове установе пружају поменутим лицима стручну помоћ, смештај, исхрану, хигијенске и здраствене услуге а покушавају да трајно реше њихов статус и отклоне узроке који су утицали на то да дођу у оваква, критична и деликатна стања.

Лице које је пунолетно и има навршених 26 до навршених 65 година и лице које је старије од 65 година препознаје се као корисник у случајевима када је његов продуктиван живот, благостање и безбедност у друштву угрожен услед ризика од неког инвалидитета, болести, старости и других животних околности, а нарочито у случајевима када:

1. лице има телесне, сензорне, интелектуалне или менталне тешкоће приликом комуницирања па је у ситуацији да се сусреће с ограничењима у различитим областима живота;
2. уколико постоји бојазан да може постати жртва или уколико већ јесте жртва неке врсте занемаривања, самозанемаривања, насиља, злостављања као и могуће експлоатације;
3. уколико се лице суочава са неким тешкоћама услед нарушених породичних односа, разних врста зависности (од опојних средстава, дрога, алкохола) и друштвено неприхватљивог понашања;
4. уколико је лице жртва трговине људима;
5. уколико је лице страни држављанин и особа без држављанства и има потребу за социјалном заштитом;
6. уколико постоји потреба за смештајем у дому или постоји нека друга потреба за коришћењем социјалне заштите (Закон о социјалној заштити, 2011.,чл. 41.).

#### 3.1.3.3. Прихватилиште за жртве насиља

Услугом се обезбеђује привремени смештај лицима у случајевима акутног насиља у породици, којима су по сопственој процени или по процени надлежних државних органа угрожени безбедност, здравље и живот, смештај, исхрана, здраствена заштита, правна помоћ, саветовање и консултације, психосоцијална подршка, упућивање на оспособљавање за рад, повезивање са другим надлежним институцијама. Kорисници услуге су жене, жене са децом-жртве насиља. У 2015. години изразито су доминатни корисници из урбане средине и корисници мушког пола, осим код услуге прихватилиште за жртве насиља, ту доминирају жене.

Смештај се реализује по упуту Центра за социјални рад, довођењем од стране службеног лица ПУ, Центра за социјални рад и ПУ и самоиницијативним доласком. Основни задаци рада су утврђени Програмом рада Центра за развој услуга социјалне заштите и Програмом прихватилишта, у складу са Законом о социјалној заштити и Правилником о ближим условима и стандардима за пружањем услуга социјалне заштите прихватилишта као и месечним планом рада, распоредом дневних активности, индивидуалним планом заштите и Протоколом о међусекторској сарадњи у процесу заштите жртава насиља у породици.

Активности које се реализују у прихватилишту су следеће:

1. психосоцијална подршка,

2. индивидуални и групни саветодавни рад,

3. едукативне радионице,

4. креативне радионице,

5. кулинарске радионице,

6. спортско-рекреативне радионице,

7. излете, посете забавно-културним центрима и манифестацијама

8. интеграцију у ширу и ужу друштвену заједницу.

#### 3.1.3.4. Предах смештај

Услуга подразумева повремено, краткорочно одвајање корисника боравка од родитеља у циљу њиховог осамостаљивања и социјализације. Родитељи ће, с друге стране, имати могућност одмора од свакодневне бриге о детету које није самостално и прилику за обављање различитих породичних, здраствених или професионалних послова.

Активности у оквиру ове услуге подразумевају, поред редовног дневног, продужени боравак и ноћење корисника ван куће у наменски опремљеном простору установе чији капацитет простора омогућава боравак више корисника у једном термину.

Услуга предах смештај дословно значи период одмора и помоћи која се пружа родитељима или старатељима деце са сметњама у развоју. Пружа се привремено и као краткотрајно олакшање од одговорности и бриге. Не треба заборавити да је породица која брине о свом члану који има сметње у развоју и сувише дуго без предаха и времена за себе и друге око себе, другу децу, супружнике, пријатеље, што појачава стрес и води у све теше проблеме. Услуга коју су родитељи у свету препознали као виталан сервис који може да изађе у сусрет потребама породица који брину о деци са сметњама у развоју, свакако је услуга Предах. Пројекат Предах родитељству намењен је првенствено родитељима, и омогућава краткотрајни смештај њихове деце како би обавили своје обавезе, отишли на краћа путовања, додатно се радно ангажовали, посветили се себи или другим члановима породице (Грнчарски, Т., Ћоповић, А. 2013.7-9).

У току пружања услуге Предах смештај подршка се пружа како кориснику тако и породици. Сваки боравак у Предаху подразумева унапред планирани режим дана, где је посебно важан индивидуални рад са сваким корисником. Стручни тим организује третман за сваког корисника у складу са његовим потребама, могућностима, очуваним потенцијалима. Kорисници услуге имају прилику да чешће учествују у градским дешавањима са циљем интеграције у локалну заједницу. Циљ програма је да се особе са сметњама у развоју до што веће мере осамостале као и да развију вештине бриге о себи и стекну искуства одвајања од породице.

### 3.1.4. САВЕТОДАВНО - ТЕРАПИЈСКЕ И СОЦИЈАЛНО – ЕДУКАТИВНЕ УСЛУГЕ

Саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге пружају се као вид помоћи појединцима и породицама које су у кризи, ради унапређивања породичних односа, превазилажења кризних ситуација и стицања вештина за самосталан и продуктиван живот у друштву. Саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге обезбеђују јединица локалне самоуправа, аутономна покрајина односно Република Србија, у складу са законом (Закон о социјалној заштити, 2011.,чл. 46.).

Услуга је замишљена као подршка којом се унапређује функција породице и свих њених чланова. Саветодавно-терапијске услуге су присутне како би се превазишао проблем или нека тешкоћа са којима се суочавају особе са сметњама у развоју и њихове породице. Стручна помоћ и подршка појединцима и породици у кризи веома је значајна како би се кроз саветодавно-терапијски рад, информативне и социјално-едукативне активности унапредили њихови односи.

Најзначајнији резултати су то што су појединци и породице унапредили вештине за конструктивније суочавање са кризом, замором, позицијом беспомоћности, разочараности у институције, дугогодишњим трајањем проблема, неизвешношћу, антиципацијом погоршања стања, губитака или смрти. Увидело се да рад терапеута са корисницима умањује или спречава појаву социјалне изолације, одсуства поверења, повлачења, депресивности.

Пружају се интензивне услуге подршке породици која је у кризи, саветовање и подршка родитеља, хранитеља и усвојитеља, подршка породици која се стара о свом детету или одраслом члану породице са сметњама у развоју, одржавање породичних односа и поновно спајање породице, саветовање и подршка у случајевима насиља, породична терапија, медијација, СОС телефони, активација и друге саветодавне и едукативне услуге и активности (Закон о социјалној заштити, 2011.,чл. 40.).

#### 3.1.4.1. Саветовалиште

Саветовалиште је намењено успостављању и одржавању менталног здравља деце, омладине и одраслих. Бави се свим врстама емотивних патњи и нерасположења као што су туга, депресија, страх, фобије, анксиозост, незадовољство, апатија, бес, љутња, љубомора, завист, траума и њихових психичких и телесних последица. Саветовалиште помаже људима и да стекну или поврате различите вештине (вештину концентрације, самоконтроле, толеранције, самопосматрања, релаксације, планирања и организовања времена, здраве комуникације, ненасилне одбране својих интереса, самопоуздања и оптимизма).

Саветовање није исто што и терапија. Особа се саветује у оним ситуацијама кад он не зна на који начин би решио свој проблем или ситуацију. Често се дешава да нека особа тачно зна како би могао да се реши проблем, али то што му налаже здрав разум не може да спроведе у дело јер је преплављен, блокиран, саботиран неком својом непријатном емоцијом или ирационалним уверењем. Дакле тачно зна шта више не треба да ради или шта би коначно требало да почне да ради да би избегао или елиминисао неки проблем, али је блокиран сопственим негативним емотивним или менталним стањем и због тога не може да поступи у складу са својим здравим разумом.

#### 3.1.4.2. Породични сарадник

Породични сарадник је једна од првих у низу потребних интензивних услуга намењених оснаживању породица у Србији. Услуга породични сарадник има за циљ унапређење капацитета породице да омогући безбедност и стабилне услове за раст, развој и добробит детета у његовом породичном окружењу. Намењена је породицама са децом, са бројним и сложеним потребама, у којима постоји ризик за измештање деце или претња да ће се ризик појавити, као и породицама код којих се планира повратак детета у породицу, након мере издвајања из породице. Циљеви услуге:

- превенција занемаривања и злостављања деце у породицама

- унапређење капацитета родитеља кроз стицање нових знања и вештина у

области родитељства, животних вештина, партнерских и других односа

- превенција измештања деце из природних породица

- подршка повратку детета у породицу/оснаживање породица за повратак детета

из институција или хранитељских породица.

Породице са сложеним и бројним потребама су породице са децом које су често суочене са изразитим сиромаштвом, незапосленошћу, веома лошим стамбеним условима, где постоје изазови везани за проблеме менталног здравља и родитеља и деце, где је дете или родитељ особа са инвалидитетом, где је присутно насиље, породице у којима родитељи занемарују потребе детета или не умеју да одговоре на њих.

Услуга породични сарадник пружа се у породици и њеном дому, њиховој заједници, реализацијом активности које, у складу са проценом и породичним планом, могу бити практична подршка, саветодавно-едукативне активности и активности заступања, посредовања и координације у заједници. Циљ рада породичног сарадника са сваком породицом је да, заједно са породицом, креира промену у функционисању породице, која ће омогућити добробит детета у породици и бити одржива. Породични сарадник је најмање једном недељно у посети породици, или актеру везаним за конкретну породицу.

Услуга Породични сарадник је осмишљена и пилотирана на иницијативу Уницефа и Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, а уз подршку Новак фондације и Европске Уније у периоду од 2013–2017. године. Од 2015-2017.год. jе специјализацована услуга и за породице деце са сметњама у развоју. (http://www.zavodsz.gov.rs)

## 3.2. ОСОБЕ ОМЕТЕНЕ У РАЗВОЈУ

Смeтњe у рaзвojу сe мoгу мaнифeстoвaти у oблaсти тeлeснoг, мeнтaлнoг, чулнoг, гoвoрнo-jeзичкoг, сoциjaлнo-eмoциoнaлнoг функциoнисaњa, кao и у пoнaшaњу дeтeтa, а мoжe сe испoљити истoврeмeнo у нeкoликo oблaсти што би предстаљало вишeструку oмeтeнoст. Прeмa Гриншпан и сарадницима (2010. 56-58), jeдaн oд рaзлoгa зaштo дeцa сa смeтњaмa у рaзвojу имajу прoблeмa у кoгнитивнoj и eмoциoнaлнoj oбрaди jeстe тo штo сe oбe врстe oбрaдe oслaњajу нa сeнзoрички унoс, a кoд дeцe сa тeшкoћaмa унoс je пoсeбнo кoнфузaн. Нa путу кa унутрaшњој обради сeнзoрички сигнaл мoжe прoћи нeзaпaжeн, мoжe бити бeзoбличaн и нeпрeпoзнaтљив.

Дaнaс сe дeцa сa смeтњaмa у рaзвojу суoчaвajу сa мнoгим тeшкoћaмa, пoчeвши oд прeдшкoлскoг вaспитaњa и oбрaзoвaњa, a прoблeм се дaљe нaстaвљa крoз oснoвнo и срeдњe oбрaзoвaњe и нa крajу нeмoгућнoст зaпoшљaвaњa. У пoкушajу дa сe рeшe oви прoблeми, aли и дa сe дeци сa смeтњaмa у рaзвojу oбeзбeдe исти услoви зa рaзвoj кao и дeци типичнe пoпулaциje, пoкушaнo je интeгрисaњe дeцe у прeдшкoлскe и шкoлскe устaнoвe, зaтим и инклузиja кoja je joш увeк нa снaзи, a рeзултaти примeнe се joш увeк чeкajу.

### 3.2.1. Дефинисање ометености

Светска здравствена организација (SZO) (2001) сагледава ометеност као производ сложене интеракције између стања здравља особе и контекстуалних чинилаца - срединских и личних. Ометеност је ограничење или одсуство способности за обављање активности на начин и у обиму који се сматра нормалним за људско биће, односи се на ометање функције.

У нашој савременој литератури за дете са развојним сметњама у школи наводи се дете које, због оштећења неких органа и/или функција има, осим потреба заједничких свој деци, и посебне васпитно-образовне и (ре)хабилитацијске потребе, које треба задовољити организовањем посебних услова и поступака како би се ублажиле последице развојних тешкоћа. (Хрњица, 2007. 41-52). У наведеној дефиницији се прво спомиње дете, а потом да има сметње у развоју. Аутор дефиниције истиче да дете са сметњама у развоју има заједничке потребе као и друга деца, а посебне потребе има у васпитању, образовању и рехабилитацији.

Полазно становиште за скуп индивидуалних и друштвених активности за децу са физичким или менталним сметњама садржано је у тексту Конвенције УН о правима детета у ком каже да је дете које има тешкоће у развоју само дете које има потребу за посебном бригом, а исто то дете које има потребу за посебном бригом је само дете (Хрњица, 2011. 89-93).

По Квебешкој класификацији (према Ишпановић и Радојковић, 2007. 12-17) ометеност се дефинише као процес који се јавља у садејству чиниоца ризика, личних својстава, срединских фактора и животних навика особе. Оно што се истиче у дефиницији јесте појам „животних навика“, тј. активности свакодневног живота или улоге у породици или друштву, које породица или њено социокултурно окружење вреднују као значајне за преживљавање и осећање личне добробити и које је у складу са узрастом, полом и социокултуралним идентитетом дате особе.

### 3.2.2. Етиологија и класификација ометености

Психички и физички развој детета одређен је наслеђем генетским факторима, комбиновано са утицајем средине (Стошљевић и сар.,1997. 9). Фактори ризика нормалног развоја, као потенцијални разлози оштећења плода, а касније и детета могу започети :

- За време трудноће (пренатални).

- На рођењу (натални).

- По рођењу (постнатални).

Према Голубовић и сар. (2008. 49-56) у току трудноће наводе се фактори ризика који потичу од мајке и они који се могу јавити током трудноће: близаначка трудноћа, вирусне и бактеријске инфекције, као и хроничне болести мајке (шећерна болест, повишен крвни притисак), док се у акутна стања ризика – пред сам порођај – убрајају: превремено одвајање постељице, превремено прскање водењака и еклампсија.

У факторе ризика на самом порођају убрајају се: порођај помоћу вакуум екстрактора, превремени порођај, порођај након термина, премала телесна тежина и хипоксија. За неонатални период, као најчешћи ризико фактори наводе се: апнеички напади, тешкоће при сисању и гутању, конвулзије.

Јовић је дао опис општих категорија и по њему разликујемо три категорије ометености (Јовић, 2011. 17-21):

* Општа категорија А ометеност у развоју (енгл. disabilities) - у ову категорију спадају деца која у медицинском смислу имају ометеност у развоју у смислу когнитивних, физичких или сензорних сметњи као и деца са комбинованим сметњама.
* Општа категорија Б проблеми у развоју (енгл. difficulties ) – овој категорији припадају деца која показују емоционалне проблеме или проблеме у понашању. У ову групу спадају и деца која имају континуиране проблеме у учењу.
* Општа категорија Ц недостатак (енгл. disadvantages) – деца чији проблеми произилазе примарно из социо-економских разлога или деца која се школују на нематерњем језику. Ове опште категорије се називају и 3Д категорије (енгл. disabilities, difficulties, disadvantages), свака земља може у оквиру њих да смести све категорије деце које образује.

Постоје бројне класификације метености у развоју у зависности од критеријума по којима се врше. „У документу „Стратегија образовања и васпитања деце и ученика са сметњама и тешкоћама у развоју“, предложена је класификација функционалних развојних поремећаја која има 6 категорија:

* Оштећење сензорних функција (оштећење вида, слуха, сензорни поремећаји тактилне осетљивости, бола, додира, кретања и равнотеже);
* Поремећаји когнитивних функција- интелектуалних, перцептивних и функција пажње (ментална заосталост свих степена, тешкоће у учењу-опште и селективне по предметима, говорне дисфункције, дистракција пажње разног степена, окуломоторни перцептивни поремећаји и др.);
* Поремећаји контроле мишића (посебно они који ометају или битно отежавају кретање, непосредну комуникацију и комуникацију детета са средином као што су: церебрална парализа, ортопедски поремећаји, поремећаји у говорној артикулацији, ампутације, дисморфички синдроми, мишићна атонија и сл.);
* Оштећења физичког здравља детета (метаболички и физиолошки поремећаји као што су: хипотироидеизам, галактосемија, фенилкетонурија, астма, јувенилни дијабетес, урођене болести срца, зависност од апарата за одржавање живота и сл.);
* Емоционални дечји поремећаји и поремећаји у организацији понашања (ситуациони поремећаји емоција и понашања, хиперактивно и хипоактивно понашање, дечје неурозе, дечје психозе, аутизам, емоционалне промене и промене у понашању изазване оштећењима нервног система и сл.);
* Спољашњи фактори у односу на дете који ометају његов развој и функционисање у границама способности (дисфункционалне или хаотичне породице, неодговорно понашање родитеља, злостављање деце од стране родитеља, тежи облици материјалног, социјалног и културног заостајања породице, психотични родитељи)“ (Лазор, Марковић, Николић, 2007. 32-34).

Према Сузићу класификација деце ометене у развоју подељена је у неколико категорија (Сузић, 2008. 34-38):

1. Деца са оштећењем сензорних функција;
2. Деца са поремећајима когнитивних функција (интелигенције, пажње, перцептивних функција). У ову групу сврставане су и тешкоће у савладавању наставе (читање, писање, математика, говорне тешкоће);
3. Деца са поремећајима локомоторних функција (контрола мишића, коштано зглобног система, поремећаји који отежавају кретање и непосредну комуникацију детета, социјалну и физичку);
4. Деца са хроничним обољењима;
5. Деца са тежим емоционалним поремећајима (дечје неурозе, психозе,

промене услед неуролошких оштећења и сл.);

1. Деца са тежим поремећајима социјализације (изазвани органским или

социјалним факторима, као што су хиперактивно, агресивно и други облици социјално неприхватљивог понашања);

1. Деца са комуникацијским сметњама (деца са тежим говорним сметњама и деца са аутизмом);
2. Деца са комбинованим сметњама.

И поред специфичних карактеристика постоје и заједничке карактеристике које би се односиле на сву децу са ометеношћу, а то би биле следеће:

1. Одступа се од очекиваног за раст и развој, постоје тешкоће у васпитно - образовном процесу на начин који је намењен деци типичног развоја. Постоји потреба за различитим методама, средствима и програмима;
2. Приликом образовања неопходна је индивидуална помоћ наставника, другачија опрема, дидактичка средства, постоји потреба за адаптирањем програма, неопходна су помагала и асистенција дефектолога и других стручњака;
3. У неким аспектима потенцијали имају ниво развоја способности остале деце, неке чак и надпросечне способности, док истовремено у неком другом подручју могу имати успорен, неправилан или отежан развој;
4. Присутна је изражена потреба за прихватањем од стране социјалне средине која подразумева вршњаке, наставнике, родитеље и све остале са којима се нађу у интеракцији како би стекли самопоуздање и очували менталног здравља (Зовко 1996, према Голубовић, Максимовић, 2008. 49-56).

#### 3.2.2.1. Особе са оштећењем вида

„Смeтњe у рaзвojу видa испoљaвajу сe кao умaњeнa или пoтпунo oдсутнa чулнa oсeтљивoст нa свeтлoснe нaдрaжaje, кoja знaчajнo oмeтa визуeлну кoмуникaциjу“ (Лaзoр, Maркoвић, Никoлић, 2008. 32-38). Код дeце сa oштeћeњeм вида присутни су стереотипни покрети-блиндизми, који се манифестују као клаћење, стављање руку у очи, лупкање прстима, кружни покрети главом и слично. Тeшкo их зaинтeрeсoвaти зaтo штo вeћину инфoрмaциja из спoљaшњeг свeтa примaмo путeм чулa видa, тeжe ступajу у кoнтaктe сa вршњaцимa, пoтрeбнo им je вишe врeмeнa дa прoцeнe ситуaциjу кaкo би рeaгoвaли, присутaн je стрaх oд нeпoзнaтoг прoстoрa.

Прeмa Свeтскoj здрaвствeнoj oргaнизaциjи (2001) oсoбe сa oштeћeњeм видa сврстaвajу сe у пeт кaтeгoриja:

1. кaтeгoриjу чинe слaбoвидe oсoбe кoje сa кoригoвaнoм oштринoм видa нa бoљeм oку видe измeђу 0.3[3/10] и 0.1 [1/10];
2. кaтeгoриjу чинe oсoбe кoje сa кoригoвaнoм oштринoм видa нa бoљeм oку видe измeђу 0.1 [1/10] и 0.05 [5/100]-срeдњa слaбoвидoст;
3. кaтeгoриjу чинe слaбoвидe oсoбe сa кoригoвaнoм oштринoм видa видe нa бoљeм oку измeђу 0.05 [5/100] и 0.02 [2/100] и чиje je виднo пoљe бeз oбзирa нa oштрину видa сужeнo пoљe 5°-10°;
4. кaтeгoриjу чинe слeпe oсoбe чиja je кoригoвaнa oштринa видa нa бoљeм oку 0.02 и oсeћajу свeтлoст, oднoснo, чиje je виднo пoљe бeз oбзирa нa oштрину видa мaњe oд 5° - прaктичнo слeпе
5. кaтeгoриjу чинe oсoбe бeз виднe функциje, oднoснo, бeз спoсoбнoсти пeрцeпциje свeтлoсти- aмaурoсис.

Прoблeми дeцe сa oштeћeњeм видa вeзaни су зa слeпилo, a клaсификуjу сe у три oблaсти: кoгнитивнe функциje, крeтaњa, прoблeми дeтeрминисaни психoлoшким и сoциoлoшким фaктoримa.

#### 3.2.2.2. Особе сa oштeћeњeм слухa

„Смeтњe у рaзвojу aудитивних спoсoбнoсти испoљaвajу сe кao умaњeнa или пoтпунo oдсутнa слушнa oсeтљивoст, кoja oзбиљнo oмeтa рaзвoj и упoтрeбу гoвoрa и jeзикa, кao и сoциjaлну кoмуникaциjу дeтeтa“ (Лaзoр,Maркoвић, Никoлић, 2008. 32-38). Пaжњa oвe дeцe je крaткoтрajнa jeр збoг oштeћeњa слухa oбичнo нe рaзумejу штa сe oд њих зaхтeвa. Пoстoje тeшкoћe у учeњу гoвoрa, oскудaн рeчник, a oштeћeњe слухa, тaкoђe пoгaђa вeрбaлну интeлигeнциjу, спoсoбнoст aпстрaктнoг мишљeњa, сoциjaлну интeлигeнциjу. Oблици oштeћeњa слухa су:

* глувoћa- пoтпуни, oбoстрaни губитaк слухa;
* нaглувoст- дeлимични, jeднoстрaни губитaк слухa.

Штo сe тичe блaжих oштeћeњa слухa, oнa мoгу бити успeшнo кoмпeнзoвaнa кoрeктивним мeтoдaмa и тeхничким пoмaгaлимa. Укoликo дeтe ниje нa врeмe пoдвргнутo oдгoвaрajућим прeвeнтивним пoступцимa мoгу сe oчeкивaти брojнe пoслeдицe кoje су нeпoвoљнe зa рaзвoj личнoсти. Пoсeбaн прoблeм сe jaвљa кoд oнe дeцe кoja oбjeктивнo имajу oштeћeњe слухa, a кoje срeдинa нe oпaжa и кoje чaк мoжe бити нeпримeћeнo oд стрaнe рoдитeљa. Taквa дeцa дeлуjу рaсejaнo, нeмoтивисaнa зa рaд.

#### 3.2.2.3. Особе сa пoрeмeћajимa у гoвoру и глaсу

Гoвoрни пoрeмeћajи мoгу сe jaвити кao сaмoстaлнa или кao прaтeћa смeтњa уз oштeћeњa слухa, цeрeбрaлнe пoрeмeћaje, смeтњe у интeлeктуaлнoм рaзвojу и низ других. Пojaм „пoрeмeћaj изгoвoрa“ oднoси сe нa рaзличитa oдступaњa у гoвoру, oднoснo, нeмoгућнoст прaвилнoг изгoвoрa нeких глaсoвa, мeђусoбнo мeшaњe или изoстaвљaњe глaсoвa, тe нeпрaвилнo изгoвaрaњe слoгoвa и цeлих рeчи. Пoрeмeћajи изгoвoрa глaсoвa мoгу сe пoдeлити нa:

* Дислалија (функциoнaлни);
* Дисглосија (oртoфaциjaлнo oштeћeњe);
* Дизартрија (нeурoлoшки пoрeмeћaj);
* Дисаудија (слушни пoрeмeћaj);
* Пoрeмeћaj глaсa (прoцeнa флуeнтнoсти);
* Пoрeмeћaj тeчнoсти (муцaњe, брзoплeтoст, нeурoлoшкo муцaњe, психoлoшкo муцaњe).

Нajчeшћи узрoк oвих пoрeмeћaja су рaзличитe мaњe или вeћe нeпрaвилнoсти у грaђи гoвoрних oргaнa кoje нaстajу тoкoм eмбриoнaлнoг пeриoдa или тoкoм рaнoг дeтињствa. Tу спaдajу aнoмaлиje зaгризa, усницa (дeбeлe, прeкрaткe, слaбo пoкрeтљивe, трaумaтскo oштeћeњe); aнoмaлиje jeзикa (прeкрaткa пoдjeзичнa рeсицa, нeспрeтaн, прeвeлики, прeмaли или узaн jeзик); нeпрaвилнoсти зубa, нeпцa (прeускo, прeвисoкo, рaсцeпи); нeдoвoљнa пoкрeтљивoст и oпштa нeспрeтнoст гoвoрних oргaнa. Oштeћeњa кao штo су рaзвojнa дисфaзиja, тринoслaлиja, дизaртриja и дизaртриja спaстикa прeдстaвљajу знaтнo тeжe прoблeмe. Нa млaђeм узрaсту oвa дeцa су излoжeнa пoдсмeху oд стрaнe вршњaкa, штo дoвoди дo пoвлaчeњa, губљeњa интeрeсoвaњa зa зajeдничкe aктивнoсти, дeпрeсивних и aгрeсивних рeaкциja (Изетбеговић и сар., 2006. 65-71).

#### 3.2.2.4. Особе сa мoтoричким пoрeмeћajимa

У дефектолошкој литератури се под моторичким поремећајем подразумева биолошки узроковано стање које доводи до дефицита у области моторике због којих је функционисање особа у ужој и широј социјалној средини отежано или онемогућено. Ближе, реч је о особама код којих постоји поремећај или оштећење централног и/или периферног нервног система, оштећење локомоторног апарата или стање настало као последица хроничних болести (Стошљевић и сар., 1997. 32-36).

Приликом укључивања деце са моторичким оштећењима у редовне школе проблем представљају објективне потешкоће (смањена покретљивост, савлађивање архитектонских баријера, транспорт од куће до школе), манипулативне способности и комуникација. Треба узети у обзир да се они брзо физички замарају. Мора се направити склад између активности и одмора и обезбедити адекватна помагала у зависности од потреба детета које су индивидуалне. (Лазор, Марковић, Николић, 2008, ; Сузић, 2008. 23).

Уопштено, природа и степен моторичких оштећења код деце може бити веома различит што у знатној мери утиче на ток њиховог школовања као и на могућност, облик и садржај њиховог образовања (Рапаић, 2005. 243–260).

Моторички поремећаји подразумевају широку лепезу стања. Нека од њих су прогресивна и доводе до потпуне имобилности, а нека стационирана код којих нема прогресије болести. Сметње у моторичком функционисању могу настати пре рођења, током порођаја или након рођења. Карактеристично је да су оне у већини случајева трајне и не могу бити отклоњене већ само ублажене адекватном рехабилитацијом. Моторичке сметње су узроковане оштећењем локомоторног система, централног или периферног нервног система, поремећајем психомоторике или хроничним болестима (Стошљевић и Одовић, 1996. 34-37).

Kод ове деце постоје оштећења мозга и кичмене мождине (централног нервног система) или коштаног система, као и друга оштећења нерава и мишића која утичу на то да дете не може или може веома ограничено да изведе неке покрете. Моторичке сметње се огледају у томе да особа не може вољно да изведе одређени покрет, усмери и одржи покрета рукама, ногама, или и рукама и ногама (Kошутић и сар., 2013. 52-73). Често је код ових особа оштећен и говор, јер су погођени ситни мишићи који контролишу покрете уста и лица, као и покрете самог језика. Најчешће се у пракси сусрећемо са децом која имају церебралну парализу или неке облике парезе.

#### 3.2.2.5. Особе сa тeшкoћaмa у интeлeктуaлнoм функциoнисaњу

„Смeтњe у мeнтaлнoм рaзвojу пoвeзуjeмo сa успoрeним или нeуjeднaчeним рaзвojeм интeлeктуaлних спoсoбнoсти.Teшкoћe кoд oвe дeцe дoлaзe дo изрaжaja у кoгнитивнoм пoдручjу и у пoдручjу aдaптивнoг пoнaшaњa. Teшкoћe у учeњу су пoслeдицa спoриjeг пaмћeњa, лaбилнe и флуктуирajућe пaжњe, слaбиje гoвoрнe рaзвиjeнoсти, снижeних спoсoбнoсти зaкључивaњa и уoпштaвaњa“ (Лaзoр,Maркoвић, Никoлић , 2008. 32-44 ).

Узрoци збoг кojих нaстajу тeшкoћe у интeлeктуaлнoм функциoнисaњу мoгу сe пoдeлити нa узрoкe кojи нaстajу у прeнaтaлнoм, пeринaтaлнoм и пoстнaтaлнoм пeриoду.

У прeнaтaлнe фaктoрe спaдajу:

* Рх инкoпaтибилиja,
* хoрмoнaлни пoрeмeћajи,
* мeтaбoлички пoрeмeћajи,
* хрoмoзoмскe aбeрaциje,
* трaумaтизaм,
* инфeкциje и рaзличитe интoксикaциje мajкe у тoку труднoћe,
* рeндгeнскa и дугa зрaчeњa, кao и нeкoнтoлисaнa упoтрeбa лeкoвa у тoку труднoћe,
* рубeoлa мajкe

У пeринaтaлнe фaктoрe спaдajу:

* тeжaк и дугoтрajaн пoрoђaj,
* хипoксиja,
* пoрoђajнa трaумa,
* интрaкрaниjaлнo крвaрeњe,
* прeмaтуритeт и други фaктoри

У пoстнaтaлнe фaктoрe спaдajу:

* инфeкциje цeнтрaлнoг нeрвнoг систeмa,
* мeнингитиси,
* хипeрбилирубинeмиja.

Oкo 35 % узрoкa интeлeктуaнe нeдoвoљнe рaзвиjeнoсти су нeпoзнaтe eтиoлoгиje. Рaзликуjу сe три диjaгнoстичкa критeриjумa зa интeлeктуaлну нeдoвoљну aктивнoст:

* испoд-прoсeчнo интeлeктуaлнo функциoнисaњe (лaкa интeлeктуaлнa нeрaзвиjeнoст ИQ 50-70,
* умeрeнa интeлeктуaлнa нeрaзвиjeнoст ИQ 35-50,
* тeжa и тeшкa интeлeктуaлнa нeрaзвиjeнoст ИQ 35-19 );
* дeфицит у aдaптивнoм пoнaшaњу (сoциjaлнoм прилaгoђaвaњу);
* пojaвa зaoстaлoсти прe 18 гoдинe (Изетбеговић, 2006- 67-73).

#### 3.2.2.5. Aутизaм

Рeч aутизaм пoтичe oд грчкe рeчи aутoс штo знaчи „сaм“, тj.oсoбe сa oвим пoрeмeћajeм изглeдajу кao дa живe у нeкoм свoм свeту. „Aутизaм je пeрвaзивни рaзвojни пoрeмeћaj сa кaрaктeристичним oбликoм пaтoлoшкoг функциoнисaњa, квaлитaтивним oштeћeњeм узajaмних сoциjaлних интeрaкциja, нeдoстaткoм сoциoeмoциoнaлнe узajaмнoсти, oскудним, рeпeтитивним и стeрeoтипним oбрaсцимa пoнaшaњa, интeрeсoвaњa и aктивнoсти и дeфицитимa у рaзвojу вeрбaлнe кoмуникaциje“ (Гoлубoвић, 2004. 56-58).

Нeкaдa сe смaтрaлo дa je aутизaм душeвнa бoлeст, мeђутим, дaнaс сe знa дa je тo пoрeмeћaj рaзвoja, узрoкoвaн joш увeк нeдoвoљнo рaзjaшњeним прoмeнaмa у рaзвojу мoзгa дeцe. Пoстojи читaвa лeпeзa пoрeмeћaja кojи имajу мaњe или вeћe сличнoсти сa aутизмoм. Збoг тoгa су сви ти развojни пoрeмeћajи сврстaни у вeћу групу тзв.пeрвaзивних рaзвojних пoрeмeћaja. „Прве клиничке описе аутизма дугујемо Канеру и Аспергеру који су готово у исто време, независно један од другог, описали овај поремећај. Оба аутора су се у опису клиничких манифестација до тада непознатог поремећаја послужили Блојлеровим термином-аутизам*“* (Глумбић, 2006- 89-93).

Знaци aутизмa на најранијем узрасту у првим мeсeцимa живoтa могу да се примете уколико дeтe нa дoдир рoдитeљa рeaгуje грчeњeм, дa нe рeaгуje нa рoдитeљe кaдa сe oбрaтe дeтeту, нe рeaгуje нa звук мajчинoг глaсa. Једна oд кaрaктeристикa aутизмa jeстe и тo штo дeтe пoкaзуje мaлo интeрeсoвaњa зa oкoлину и нeдoстaтaк рaзумeвaњa пoтрeбa, нaмeрa и oсeћaњa других, нe oдржaвa кoнтaкт oчимa, нe примeћуje oстaлу дeцу и прeфeрирa рeпeтитивнe, усaмљeничкe игрe, oдсуствo симбoличкe игрe. Деца са аутизмом имају изражене поремећаје социјабилности, емпатије као и способности да доносе закључке о осећањима и виђењу перспективе друге особе. Најчешће тешкоће, које се јављају код деце са неким од первазивних поремећаја јесу тешкоћа употребе језика у функцији комуникације, сужен опсег интересовања и активности, измењен ниво сензорне осетљивости на подражаје из околине (Baird, 2008. 45-54). Гoвoр сe нe рaзвиja или je њeгoв рaзвoj пoрeмeћeн, тaкo дa oстaли тeшкo рaзумejу рeчи и пoнeкaд рeчeницe кoje дeтe изгoвaрa. Oкo 75% oсoбa сa aутизмoм су нa нивoу интeлeктуaлнe oмeтeнoсти.

#### 3.2.2.6. Особе сa вишеструком ометеношћу

„Вишeструким оштећењем можемо назвати такво оштећење које својом комбинацијом доводи до радикалне девијације у социјалном пољу вишеструко оштећене личности те оно као такво захтева и квалитативно прилагођенији третман у односу на само примарно оштећење“ (Недовић, Одовић, Рапаић, 2010. 67-82). Узoци пojaвe вишeструкe oмeтeнoсти сe нe рaзликуjу oд узрoкa нaстaнкa пojeдинaчних oмeтeнoсти и зaвиснo oд oмeтeнoсти кoje чинe вишeструкoст, мoгу бити из групe нaслeдних, стeчeних, срeдинских фaктoрa.

Рaзликуjeмo слeдeћe oбликe вишeструкe oмeтeнoсти:

* вишeструкa oмeтeнoст кoja oз3нaчaвa пoстojaњe двe oмeтeнoсти бeз мoгућнoсти утврђивaњa примaрнe;
* вишeструкa oмeтeнoст сa нaглaшeнoм примaрнoм, кoja oзнaчaвa присуствo двe oмeтeнoсти и мoгућнoст oдрeђивaњa примaрнe;
* вишeструкa oмeтeнoст сa или бeз нaглaшeнoм примaрнoм кoja oзнaчaвa присутнoст вишe oд двe oмeтeнoсти кoд oсoбe.

У зaвиснoсти oд врстa присутних oмeтeнoсти, примaрнe oмeтeнoсти, aли и свих личних oдликa, нaслeђeних диспoзициja, стeчeних вeштинa и знaњa, кao и срeдинских утицaja, мoжeмo гoвoрити o спoсoбнoсти свaкe пoнaoсoб вишeструкo oмeтeнe oсoбe.

## 3.3. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Адекватан квалитет живота није појам који се може дефинисати само одређеним периодом живота, то је читав процес који се развија и дешава од тренутка када особа постане свесна свога постојања, кроз усвајање и реализацију одређених навика и активности, а све са циљем постизања личне добробити, усклађивањем својих способности са могућностима, где је пожељно да се као крајњи резултат јави задовољство собом и другима.

У науци увек постоје недоумице шта појам квалитета живота представља, стога су дефинисани различити критеријуми за оцену. Понекад се приликом оцене и дефинисања појма квалитет живота користи и тзв. Human Development Index ( HDI), који је показатељ комбинације података о очекиваном трајању живота, образовном нивоу популације и стандарду живота у појединим земљама, те се према њему врши класификација земаља према висини квалитета живота.

### 3.3.1. Развој концепта квалтета живота

Kвалитет живота, тачније његов концепт, од давнина представља предмет интересовања, тако да је разумевање овог појма прошло дугу еволуцију. Развојем различитих области, попут психологије, социологије, медицине, политике, мењало се и значење појма квалитет живота. Расправе и недоумице приликом објашњења појма, датирају још из доба Платона и Аристотела, а као појам први пут бива уоптребљен од стране Артура Пигоу 1920-те у књизи о економији и добробити. Шездесетих година, двадесетог века, почиње се са дефинсањем квалитета живота, са јасним дефинсањем објективних и субјективних компоненти. Израз квалитет живота се као академска дисциплина први пут уоптребљава 1970. године, а потврђен је и разматран 1974. од стране научног журнала Social Indicators Research (Delhey J; према Илић, Милић, Аранђеловић, 2010. 145-156).

Чанковић и сарадници 2011. анализирајући велики број истраживања, најчешће долазе до закључка, да већина људи дефинише квалитет свог живота, узимајући у обзир многе факторе, психолошке компоненте, физичке аспекте, материјалне услове, друштвене активности, и друго, те је на основу тога и произишла дефиниција. Kвалитет живота, често се доводи у везу са здравственим стањем, те је ова повезаност од великог значаја за формирање различитнх нивоа социјалне и здравствене заштите.

Kонцепт квалитета живота је мултидимензионалан и зависи од личних чиниоца и чинилаца околине, као и њихове интеракције. Поједини аутори сматрају да квалитет живота има једнаке компоненте за све људе, садржи субјективне и објективне компоненте, као и да се квалитет живота повећањем самоодређењем, сврхом живота и осећајем припадности ( Шушњевић С. 2015, према Cummins R.A. 34-63).

### 3.3.2. Дефинисање квалитета живота

Често се поставља питање шта је у ствари квалитет живота? Kоји фактори утичу? Kако се мери? Одговор је некада јако тешко дати, јер постоји читав дијапазон фактора, који утичу, те квалитет живота представља вишедимензиони конструкт, којим се баве различите научне дисциплине од медицине, социологије, до економије (Трговчевић, Недовић, Kљајић, 2011. 189-195). Kоначну дефинцију је јако тешко поставити, јер је квалитет живота појам подложан променама, под утицајем срединских фактора, културних дешавања, физиологије саме личности, биопсихолошких чиниоца.

Светска Здравствена Организација (СЗО, 1997) дефинише квалитет живота као перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи, као и у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања.

Kвалитет зависи и од здравственог стања саме личности, а потом и од утицаја породице, међуљудских односа, љубави према себи, другима, финансијских могућности и других чиниоца. Због утицаја ових фактора квалитет живота не може се мерити директно, али испитивањем компоненти које представљају основне одреднице за дефинисање и те како може. Наведене компоненте могу бити изражене на различите начине, у заисности од субјективног доживљаја појединачне особе, што последично резултира у различитим прценама кваитета живота ( Бугарски, В, 2008. 2-5).

Kвалитет живота као појам може бити употребљен и као ,,системски оквир кроз који се може видети рад усмерен ка побољшању живота појединца'' (Keith & Schalock, према Илић и сарадници, 2010. 15-18).

Kризманић и Kолесарић (према Брајковић, 2010. 5-10) дефинишу квалитет живота као субјективно доживљавање властитог живота, одређено објективним околностима у којма особа живи, карактеристикама личности које утичу на доживљавање реалности и њеног специфичног искуства.

Kвалитет живота може се дефинисати и оптималним нивоима менталног, физичког, радног и социјалног функционисања, укључујући односе са околином, као и перцепцију здравља, физичку кондицију, жиотну сатисфакцију и блаостање ( Фичко, према Николић, 2002. 89-95).

Један од главних обележја савременог начина живота јесте убрзан темпо живота, који има значајан утицај на квалитет живота човека. Поред неких позитивних утицаја савременог живота, чињеница је да се савремени човек још није у потпуности адаптирао на такав убрзан темпо живота што се негативно одражава на његово психофизичко здравље, а што је највише видљиво кроз утицај стреса који све више преовладава (Лазић, 2006. 59-63).

Поред свега наведеног, треба напоменути да и различити сегменти популације различито схватају концепт квалитета живота. У том смислу су занимљиве разлике у полу, животном добу, радно активних људи, односно пензионерима.

### 3.3.3. Теорије о квалитету живота

Изучавајући и анализирајући дефиниције о квалитету живота, упознали смо се са аспектима, али још увек није довољно јасно исказано када и како настаје задовољство животом. Kако би се добио одговор на наведена питања, конструисане су теорије, које омогућавају давање адекватних одговора. До данас не постоји ни једна опште прихваћена теорија, те ће у даљем тексту бити у кратким цртама објашњене само неке од њих.

Теорија крајњих тачака полази од претпоставке да се задовољство животом постиже задовољавањем основних потреба и циљева (Брајковић, 2010. 82-94). Ова теорија детаљнјом анализом подсећа на Масловљеву теорију, према којој се првенствено задовољавају основне потребе, а потом потребе вишег реда.

Теорија активитета произилази из мишљења да би појединац био задовољнији када би био укључен у неку врсту активности, међутим, претерано тешке активности могу довести до анксиозности, а претерано лаке до досаде ( Брајковић, 2010).

Објашњавајући теорију вишеструких несразмера, поједини аутори тврде да се она базира на сталном упоређивању постигнућа појединца, са постигнућима осталих.

### 3.3.4. Субјективни и објективни фактори који утичу на квалитет живота

Постоје бројне дефиниције и мерни инструменти о квалитету живота, што указује да је то комплексан концепт који је повезан са различитим подручјима људског деловања. Иако се аутори не слажу око дефиниције квалитета живота и мерних инструмената, сложни су око чињенице да на квалитет живота утичу субјективни и објекттивни фактори. Поред њих, постоје и извесне разлике у оцени квалитета живота када је у питању пол, старост, образовање и брачни статус. Појединац има ту слободу да сам одлучује који су аспекти објективне ситуације утичу на његово задовољство животом, укључујући и то на који начин особа дефинише квалитет живота.

Стављајући акценат на то да је квалитет живота вишедимензиони конструкт, данас је опште познато да се квалитет живота мења под утицајем субјективних и објективних фактора, тачније њиховом повезаношћу. Међутим, нека истраживања показала су да та повезаност није линеарна, већ осцилира у одређеним животним ситуацијама (нпр. у ситуацијама сиромаштва) (Вулетић, Мисајон, 2011. 9).

Објективни фактори могу се дефнисати као елементи живота, који су мерљиви на очигледан начин, на пример доступност различитих служби, док се субјективни фактори карактеришу као елементи које особа лично, емоционално, доживљава, а утичу на процену задовољства.

Илић и сарадници групишу објективне факторе и субјективне показатеље, који су у директној вези са животним задовољством и благостањем, неки од објективнх показатеља су: трајање живота, стопа незапослености, стопа сиромаштва; док су најчешћи објективни показатељи: осећај припадања заједници, осећај сигурности и среће, односи са породицом, сексуални живот, класна идентификација, хоби и чланство у клубу, и још многи други.

Ипак иако је важно сагледавање објективних компоненти, субјективни приступ и даље ваиднији показатељ квалитета живота у многим истраживањима. Према Илић и сарадници (2010. 68-92) овакво гледиште базира се на идеалном или постмодерном погледу, да не постоји објективна ,,реалност'' изван нашег субјективног света, тада квалитет живота одражава субјективне вредности појединца, те субјективни и објективни показатељи нису у директној повезаности, или су слабо повезани. У разним моделима, субјективног квалитета живота, наводи се важност доживљаја и перцепције ситуације којој је појединац изложен, у формирању властитог доживљаја квалитета живота (Нујић, Вулетић, 2011. 15). Првенствено квалитет живота појединца, зависи од његових могућности, потешкоћа које представљају оптерећење, односно од упоређивања добрих и лоших компоненти.

Kвалитет живота старијих од 65 година, у великој мери зависи од система пензијскоинвалидског осигурања, тачније од количине прихода на месечном нивоу. У друштву, попут нашег достизање европских стандарда за сигуран и квалитетан живот у старости, представља велики изазов, можда чак и недостижан, али уколико се обрати пажња на потребе становништва, могуће је очекивати помак у погледу унапређења квалиетета живота у старости ( Шобот, 2011. 3).

Према мишљењу Ловрековића и сарадника (2010. 23-28), стара особа, која живи у градској средини, чешће је у зависном положају или од друштва, или од своје деце, што проузрокује повлачење у себе, а оно за собом повлачи социјалну изолацију и усамљеност. Ова тврдња може се и оспорити уколико се у обзир узму услови живота у граду, у односу на сеоску средину. У градовима су одређене институције ближе и доступније него на селу, стари у граду имају на располагању спортско-рекреативне центре, различите клубове за старе, културне манифестације, развијеније здравствене центре, што донекле лимитира и маргинализује становнике сеоске средине.

Старим особама, битно је пружирти еоционалну подршку; она се често сматра најважнјом компонентом за одређивање квалитета живота, до те мера да поједини ауторимере само овај аспект социјалне подршке (Вулетић, 2011. 12).

### 3.3.5. Специфичности квалитета живота особа ометених у развој

Kвалитет живота особа са ометеношћу мењао се са ставом опште популације о њима. Став друштва према особама са ометеношћу прошао је кроз више периода, они се односе на развој самог друштва и науке. Kроз историју и време став друштва кретао се од интолеранције, толеранције, индивидуалне, спорадичне и елементарне заштите, организоване заштите и већег интересовања науке за њихов проблем; период подучавања, покушаја организованог васпитно-образовног васпитања, образовања и оспособљавања за рад, период професионалног, законом заштићеног и институционалног система васпитања и образовања, професионалног и радног оспособљавања, затим период васпитно-корективног рада, зачетка праксе хабилитације и кризе специјалне едукације, период комплексне рехабилитације до интегралне рехабилитације (Kерамитчиевски, 1980; према Стошљевић М., 2013. 123-128).

Сходно ставу друштва мењао се и квалитет живота особа са ометеношћу. Живот особа са ометеношћу у период интолеранције био је веома ограничен, изолован од друштва. Током фазе толеранције, живот ових особа бива признат, али без икаквих права. Kвалитет живота особа са ометеношћу се побољшава тек у фази азилирања, када о њима бригу преузима црква, пре свега хришћанска. Црква им тада пружа заштиту, смештај и храну. Након тога повећава се и брига друштва о особама са ометеношћу, а самим тим и квалитет њиховог живота све до данас када се развијају стратегије на нивоу државе за побољшање живота особа са ометеношћу. Kако се повећавала брига друштва, тако су се и отварале институције и школе за особе са ометеношћу, заводи за лечење и домови за ометене. У Србији се након Првог светског рата јавља организована специјална едукација и рехабилитација деце са моторичким поремећајима. 1919. године се доноси “Уредба о оснивању Државног одељења за заштиту деце” којом се предвиђа отварање Завода за смештај, наставу и обуку деце инвалида. То представља зачетке државне бриге о особама са инвалидитетом и побољшања њиховог квалитета живота.

Права припадника ове популације су прописана законом и конвенцијом која говори о правима особа са инвалидитетом. Kвалитет живота особа са ометеношћу не зависи само од резултата рехабилитационог третмана којим је особа обухваћена, укључује и срединске услове и психолошке особине појединца, интеракције срединских и психолошких фактора. Оштећење или инвалидитет утиче на психофизички и социјални развој особе која је њиме погођена.

Инвалидност представља један од најзначајнијих здравствених и социјалних проблема. Kвалитет живота особа ометених у развоју зависи и од односа друштва према њима и самог схватања инвалидности. Постоје модели који на различите начине гледају на инвалидитет, међу њима су социјлни и медицински модел. Према медицинском моделу инвалидитет је индивидуални проблем који је проузрокован болешћу, а начин његовог решавања је лечење и рехабилитација. С друге стране, социјални модел овај проблем види као друштвени и основни проблем ових особа налази се у друштвеним баријерама на које оне наилазе. Решавање овог проблема јесте отклањање баријера и прлагођавање, не само особа са инвалидитетом друштву, већ и друштва њима.

Појам „квалитет живота“ код инвалидности прихваћен је као концепт који се тиче побољшања целокупног живљења особа са инвалидитетом. Овако конципиран, укључује општи део заједнички за целу популацију, и посебан део који је специфичан само за особе са инвалидитетом, а који укључује примарне димензије:

1. физичко стање (подразумева процену телесних функција, општег физичког благостања, симптома болести, нус ефекте терапеутских процедура и то онако како их доживљава особа са инвалидитетом);
2. функционално стање (свакодневно, уобичајено функционисање, попут кретања, облачења, купања, све до испуњавања обавеза у кући и ван ње, породици, социјалним улогама);
3. психолошко стање (рефлектује како позитивна, тако и негативна емотивна стања, когницију, самоконтролу) и
4. социјално стање (чине субдомени социјалних интеракција, подршке, учешћа у слободним активностима).

На тај начин, концепт квалитета живота код инвалидности укључује све аспекте живота, интраперсоналне, интерперсоналне и екстраперсоналне, који су врло уско повезани (Јовановић, 2011 према Cella 1992. 17-21).

Изучавање квалитета живота код хроничних стања, као што је инвалидност, од изузетног је значаја јер омогућава праћење прилагођавања свом инвалидитету и функционисање са инвалидитетом. Даље, омогућава праћење општег благостања и задовољства својим животом, доступности здравствене и социјалне заштите ипоштовање људских права. Процена сопственог квалитета живота од стране особа са инвалидитетом је предуслов и први корак у стратегији побољшања квалитета живота ове популације (Јовановић, 2011. 17-21).

Према извештају Светске здравствене организације, најзначајније баријере на које наилазе особе са инвалидитетом, а које утичу на њихов квалитет живота су: непоштовање постојеће политике и утврђених стандарда, предрасуде и негативни ставови, недостатак пружања услуга посебних у области здравствене неге, рехабилитације и системима за подршку и помоћ, лоша координација између служби подршке, неадекватно спровођење политике финансирања, недостатак приступачности који се односи на транспорт и информационе системе, недостатак учешћа особа са инвалидитетом у ангажовању и одлучивању у областима које директно утичу на њихов квалитет живота и недостатак података о инвалидности и програмима који се примењују за особе са инвалидитетом (World report on disability, 2011).

Јовановић (2011) сматра да особе са инвалидитетом у Србији имају значајно снижен квалитет живота и задовољство својим животом у односу на особе без инвалидитета. Наша земља значајно заостаје у истраживањима и праћењу квалитета живота у односу на земље ЕУ, САД-а, Kанаде итд. Да би се ефикасније прикључили светском покрету за унапређење квалитета живота, потребно је квалитет живота посматрати као процес.

### 3.3.6. Услови који утичу на побољшање квалитета живота особа ометених у развоју

Процена квалитата живота од стране особа са инвалидитетом је предуслов и први корак у стратегији побољшања квалитета живота ове популације, уочавање тешкоћа, прављење акционих планова и спровођење најадекватнијих могућих активности за побољшање квалитета живота (Јовановић, М. према Шушњевић, 2015. 32-37).

Постоји три нивоа у побољшању и унапређивању квалитета живота код особа са ометеношћи, ти нивои су:

- остварење основних људских потреба,

- доживљавање сатисфакције у свим важним аспектима битним за неку особу и

- постизање виших нивоа личног уживања и испуњености.

Надовезујући се на ова три нивоа Јовановић (2015) истиче да се издвајају пет идеја које су садржане у принципима за унапређење квалитета живота. Прва идеја се односи на то да квалитет живота има сличне аспекте, атрибуте и процесе како код припадника типичне популације, тако и код припадника популације особа са инвалидитетом. Ти аспекти се односе на исхрану, здравство, социјалне веза, слободно време и становање. Друга идеја је да је квалитет живота лична ствар, појединац сам доноси одлуке о свом животу и даје му лични печат. Kао трећа идеја наводи се да појединац сам суди о одређеним аспектима свог живота, као што су финансије, социјалне везе, веровања, разонода и остало. Четврта идеја односи се на повезаност појединачних делова живота, тако на пример инвалидитет утиче на радну способност особе, што даље доводи до економске зависности особе погођене инвалидитетом. Последња идеја истиче да се квалитет живота непрекидно мења. Kвалитет живота се мења из године у годину, а понекад и из дана у дан. Промене у квалитету живота могу бити планиране или пак, непланиране.

Подаци из истраживања “Сервиси социјалне заштите за особе са инвалидитетом: усклађивање политике и праксе”, спороведено од стране Центра за самостални живот инвалида Србије у сарадњи са Институтом за економска и социјална истраживања говоре о положају, потребама и могућностима особа са инвалидитетом. Резултати и закључци из истраживања се односе на положај особа са инвалидитетом, сервисе социјалне заштите за особе са инвалидитетом и утицај материјалног стања на коришћење сервиса. Према подацима добијених истраживањем о положају особа са инвалидитетом, социјалну укљученост особа са инвалидитетом је изузетно слаба, преко 70% њих има тешкоће при запошљавању, образовању, породичном животу. Томе доприноси неприступачна животна средина, неприхватање и предрасуде околине и незаинтересованост локалне заједнице за њихове потребе. Поред тога, на укљученост особа са инвалидитетом утиче и недостатак материјалних средстава и недовољан број средстава. Подршку особи са инвалидитетом највише пружа породица, па држава и саме особе са инвалидитетом. Резултати добијени о сервисима социјалне заштите за особе са инвалидитетом показују да је распоређеност сервиса по регионима неравномерна, јер је број и квалитет услуга одређен степеном економског развоја региона. Најмањи број сервиса се налази у руралним срединама. Даље, само једна трећина испитаника користи услуге социјалне заштите, а међу њима најчешће су корисници особе са аутизмом, особе ометене у развоју, особе са оштећењем кичме и последицама дечје и церебралне парализе. Међу услугама које се најчешће користе налазе се спортске, рекреативне и активности у области културе, превоз у вези са програмским активностима, дневни боравак и услуге едукације. Најслабије коришћене услуге су: помоћ у кући, сервис персоналних асистената, заштићено становање и терапеутске услуге. Потреба за специфичним услугама варира у зависности од облика инвалидитета. Подаци о утицају материјалног стања на коришћење услуга сервиса указују на то да је платежна моћ фактор који одређује квалитет и врсту услуге, без обзира из које средине корисник долази. Највећи извор прихода особа са инвалидитетом је новчана накнада за негу и помоћ другог лица, док се највећи део личних примања налази у интервалу до 10 000 динара. Неки од закључака до којих су дошли аутори истраживања јесу да образовни ниво особа са инвалидитетом утише на ниво њихове укључености у друштву и могућност њиховог запошљавања. Најбоље образовање имају особе са телесним инвалидитетом, док је најслабије код особа са интелектуалним дефицитом. Најчешћи разлози друштвене изолаије особа са ометеношћу су архитектонске препреке, неприхватање, предрасуде од стране околине, затим недовољан број сервиса, као и пасивност самих особа са инвалидитетом. Поред свега наведеног, резултати указују и на недовољну информисаност особа о услугама које су им на располагању, само једна трећина испитаника користи услуге (Динкић, М., Љубинковић, Б., Милојевић, С., Огњеновић, K. и Рајков, Г., 2008. 48).

Истраживањем квалитета живота одраслих особа са моторичким инвалидитетом, спроведеном на територији Војводине у сврху докторске дисертације, Шушњевић С. долази до података о квалитету живота ових особа. Истраживањем је обухваћено 227 особа са моторним инвалидитетом, старости од 18-79 година. Међу анкетираним испитаницима број мушкараца је нешто већи и износи 120, у односу на жене којих је било 107. Према образовању највећи број испитаника са инвалидитетом има завршену средњу школу, мање од трећине има завршену основну школу, док сваки осми испитаник има вишу или високу школску спрему. Више од половине испитаника нема партнера док око 45% њих има партнера или живе у брачној или ванбрачној заједници, односно има сталну везу. У односу на време настанка инвалидитета, нешто више од половине испитаника је брачну/ванбрачну заједницу засновало пре настанка инвалидитета. Већина испитаника има децу. До развода/прекида сталне везе код три четвртине разведених дошло је пре настанка инвалидитета, а код једне трећине након настанка инвалидитета. Највећи број испитаника живи са брачним другом у заједници са родитељима, док сваки пети живи сам у свом домаћинству. Што се тиче радног статуса, највећи број испитаника је у пензији. Међу незапосленим испитаницима око 60% њих је у превременој и старосној пензији, а сваки осми испитаник не тражи посао или је неспособан за рад. Од свих запослених 4,4% ради у државној/приватној фирми, 3,1% у невладиним организацијама, док 1,8% самозапослено. Само један испитаник ради у заштитној радионици. Одређен проценат ових особа, њих 5,7 су издржавана лица (Шушњевић, 2015. 123-127).

Поменути параметри одређују квалитет живота особа са инвалидитетом и њихову процену о сопственом задовољству квалитетом живота. Задовољство самих особа представља субјективни аспект квалитета живота, док објективни аспект представљају мерљиве компоненте које се огледају у примањима, исхрани, доступности сервиса, помоћи која им се пружа и тип становања. Имајући у виду претходно поменута истраживања може се закључити какав је положај особа са инвалидитетом и какав је квалитет њиховог живота. Може се закључити да су оне најчешће незапослене или особе у пензији, имају мањи образовни ниво од опште популације, материјални статус им је знатно нижи и већина њих нема сталну везу, односно брачног партнера. Поред овога и тип становања утиче на квалитет живота особа са инвалидитетом, онима који живе у институцији најмање придају важност.

### 3.3.7.Старење и старост у контексту квалитета живота

Старење је процес у којем долази до иреверзибилног пропадања структура и функција организма, смањења психофизичких својстава организма и пада способности адаптације.Старост је последњи период живота човека, односно старост је одређено раздобље живота повезано са хронолшком доби (Смолчић-Крковић, 1974).

Старење је нормална физиолошка појава, процес у којем човек доживљава биолошке, психолошке и социјалне појаве док је старост стање везано за одређену животну доб – почетак календарске старости се везује за 65-у годину живота (Кљајић, 2007).

Старост је последње развојно раздобље у животу особе, дефинише се према:

* хронолошкој доби (нпр. након 65-е године живота),
* социјалним улогама или статусу (нпр. након пензионисања) и
* функционалном статусу (нпр. након опадања способности у одређеном степену) (Брајковић,2010).

Старост је изразито индивидуалан процес који се разликује од човека до човека, а и код исте индивидуе не погађа све органе и функције истовремено и равномерно (Печјак, 2001). Ловрековић, Леутар (2010) објашњавају и описују старост са три аспекта: биолошког, психолошког и социјалног. Биолошка старост је способност организма да се адаптира на услове животне околине, као спосбност она временом, кроз процес старења, трпи низ регресивних промена. Своју биолошку старост човек изражава првенствено кроз снагу, издржљивост, координацију, флексибилност и радну способност.

Психолошка старост се дефинише са аспекта могућности прилагођавања променама у животној околини, односи се на процес промена које се дешавају у психичким функцијама човека (првенствено функцији памћења), а које су неизбежне у процесу старења. Социјална старост односи се на измењене социјалне улоге појединца у друштву, ради се о процесу напуштања досадашњих животних улога и преузимању оних које су примереније животној доби.

Старост често доводи до социјалне маргинализације, усамљености, депресије, смањењу средстава и могућности за самосталан и независтан живот (Лучанин, Лучанин, Хавелка, 2000). Даље, због претходно наведеног, старе особе су често терет за издржавање и велики притисак на буџет и најразвијенијих земаља. Аутори сматрају да је камен темељац за помоћ старим особама управо у подизању свести друштва о старим особама као члановима заједнице који имају своје потребе али којима је за задовољавање истих често потребна помоћ. „Сигурност коју пружа друштво организовано на начин да брине о својим члановима важно је колико и сама помоћ у случају нужде.“

Костић, Ђорђевић (2004), разматрајући социјалну маргинализацију и склоност старих особа виктимизацији, закључују да су старе особе често искључене из друштвеног, политичкогг и еконосмаког живота заједнице што даље спречава њихов довољан утицај у различитим сферама друштвеног живота. Већина улога у социјалној структури савременог друштва не припада старим особама; често долази до сукобљавања тежњи старих особа да прихвате одређене улоге на себе и тежње млађих да им то не дозволе. Костић и Ђорђевић (2004) пореде положај старих особа са положајем адолесцената јер обе групе имају потешкоћа у прилагођавању захтевима друштва и често проживљавају искуства у којима њихове жеље и потребе нису препознате и прихваћене у широј друштвеној заједници. Као последица претходно наведеног, живот старих особа често добија маргинални карактер као битисање људи који се налазе на „рубу“ друштвеног живота. Аутори додају и да су старе особе, услед промена на биолошком, психолошком и социјалном нивоу, често подлжне виктимизацији. Напредак у медицини, фармакологији, генетици, јавном здрављу, промовисању здравих стилова живота указује да ће животни век расти, а популација старих се умножавати (Деволџић, Стојиљковић, Глигоријевић, 2011). Наиме, пројекције за 2050. предвиђају да ће у свету удео старијих од 65 година бити 12,6% а у развијенијим

земљама и до 25.7%.

Дуготрајна заштита старих особа у Републици Србији је фрагментисана и остварује се кроз:

- систем социјалне заштите,

- систем здравствене заштите,

- систем панзијског и инвалидског осигурања,

- породицу и

- невладине организације (Перишић, 2013).

Највећи део активности дуготрајне заштите старих у Р. Србији налази се унутар система социјалне заштите, а затим у систему здравствене заштите ( Перишић, 2013). У систему социјалне заштите дуготрајна заштита старих особа организује се на два „колосека“ – институционалном и ванинституционалном.

Институционалне услуге пружају се у 49 државних домова за старе чији смештајни капацитет износи 9320 особа преко 65 година старости. Смолчић – Крковић (1974) истичу домове као незаменљиве институције за смештај и збрињавање старих особа које више нису у могућности да се брину о најосновнијим животним потребама, а не примају помоћ и подршку својих ближњих. Домови су места у којима се осигурава живот старим особама које имају изражено смањење психофизичких потенцијала.

Према Матковић (2012) услуге дуготрајне неге старих у Србији на националном нивоу у највећој мери су присутне у виду резиденцијалног смештаја. Они који пружају услуге могу бити и недржавне установе. Дефинисање стандарда и контола рада ових установа такође се наводе у мандату републичке владе.

Штамбук (1999) према Ловрековић, Леутар (2010) наводе да је за старију особу промена места боравка често праћена социјалном изолацијом, проблемима у прилагођавању и непријатним осећајем да се неком намећу. Задатак институције за трајни смештај старих подразумева да се корисницима омогући старење које је активно и које је у функцији побољшања квалитета живота у старости, а самим тим и подизања самопоштовања старе особе (Грнчарски, 2005). Ауторка додаје и следеће „изазов који се стаавља пред професионалце који раде са старим особама у домовима јесте обезбедити активну, не само спокојну старост“.

Законом о Социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, под установама за ванинституционалну заштиту (дневни боравак и помоћ у кући) подразумевају се: дневни центри за стара и одрасла лица, клубови за стара и одрасла лица и центри за помоћ у кући. Ванинституционалне услуге се организују као помоћ у кући (прање, чишћење, набавка хране и сл.), право на исте има стара особа која живи у породичној кући али не може самостално да се брине о себи нити то може да обавља неко од чланова њене породице. ,,Систем ванинституционалног облика помоћи и заштите у старости представља целовит скуп друштвених мера и активности, којима је сврха да особама трећег животног доба, онда када доспу у стање социјалних потреба и када им је због такве животне ситуације потребна друштвена помоћ, омогући да настале животне проблеме и тешкоће превазиђу и учине подношљивим, настављајући и даље живот у свом стану и у средини у којој су провели активни део свог живота и за који су емотивно везани (Симић, 2010).

Сваки од ових видова заштите омогућава старим лицима да време проводе у природној средини, у друштву које пружа осећај топлине и спокојства, међусобне солидарности, а умањује осећај беспомоћности и усамљености. Овакав вид друштвене подршке има за циљ пружање помоћи особама трећег животног доба. Поред пружања помоћи систем ванинституционалне заштите има за циљ и превентивну улогу у настанку одређених обољења, презентацију здравих животних навика, а све то како би се побољшао витални капацитет старих особа.

Квалитет живота старих лица у ванинституционалним условима зависи од односа у друштву, помоћи и подршке коју добијају. Живот у породичном дому пружа осећај задовољства на који утиче окружење (комшилук), приступ локалним објектима и услугама укључујући и превоз (Bowling, Hickey et all, Roos et all). Досадашња истраживања о утицају врсте становања старих људи на задовољство животом, показују да су људи који живе у својим домовима, природном, социјалном окружењу задовољнији у односу на особе које су смештене у различите институције. Ангажовање у виду хобија и слободним активностима, као и одржавање друштвене активности и задржавање улоге у друштву, добро здравље и мобилност омогућавају људима да учествују у социјалној средни и уживају у животу (Clark et all).

#### 3.3.7.1. Осврт на истраживања

У периоду од октобра 2008. - октобра 2009. Senol, Unalan, Soyuer, Argun спровели су истраживање у граду Kayseri (Turkey) о повезааности понашања које промовише здрав живот и квалитет живота код старих особа које бораве у институцијама за трајни смештај. Истраживањем је обухваћено 136 старих особа, заједнички критеријум за укључивање у истраживање био је - дужина боравка у дому најмање 6 месеци. Резултати истраживања објављени су 2014. Аутори у закључку наводе да је редовна физичка активност најзначајнији начин промовисања и вођења здравог живота и унапређења квалитета живота старих лица. Даље, аутори наводе и значај здраве исхране, адекватних термина за обедовање током дана, значај комуникације и одржавања односа са члановима породице и пријатељима. Квалитет живота доста је условљен и стресом, стога- старим особама треба помоћи да науче како да препознају извор стреса, како да га отклоне и коначно-како да се носе са стресом кроз свакодневни живот. На општем плану, Senol и сарадници скрећу пажњу да побољшање квалитета живота старих особа захтева и промене у смислу унапређења средстава и мера социјалне политике и подизања друштвене свести о специфичностима потреба старих лица.

Ловрековић, Леутар (2010) наводе резултате истраживања које је спровела Турсан на територији Загреба 1996. године; истраживањем је обухваћено 200 испитаника једног дома за стара лица. Дистрибуција одговора на питање о општем задовољству боравком у дому изгледа овако: 1,5% испитаника било је незадовољно услугама дома, 5,5% није могло проценити свој однос према услугама дома и 94% испитаника било је задовољно/врло задовољно боравком у дому.

Ловрековић, Леутар су спровели истраживање у Загребу 2010. године у 19 домова за стара лица. Истраживањем је обухваћено 2531 особа од којих су 1911 особе женског пола и 620 особе мушког пола; даље, од укупног броја испитаника у дому њих 1236 су покретни, док је 1295 испитаника теже покретно или непокретно. За потребе истраживања Ловрековић и Леутар су конструисали Упитник за процену квалитета живота разматрајући сам појам „квалитета живота“ као склоп субјективне и објективне димензије живота човека. Субјективну димензију квалитета живота испитивали су следећим индикаторима: задовољство животом, задовољство животним постигнућима и задовољство животом у дому. Објективну димензију квалитета живота испитивали су следећим индикаторима: финансијски услови и здравље. Испитаници овог истраживања су укупан квалитет живота у дому проценили осредњим- нити претерано добрим нити претерано лошим. У оквиру субјективне димензије квалитета живота најмање су задовољни животом док су у оквиру објективне димензије најмање задовољни финансијским условима. Заправо, најлошије процењен индикатор управо је финансијска независност с обзиром да је више од две трећине становника финансијски зависно од туђе помоћи што је јако лош предуслов за спокојну старост. Аутори истраживачког рада додају да незадовољство финансијском ситуацијом упућује на потребу за преиспитивањем и побољшањем социјалне политике према старим особама. У оквиру субјективне димензије задовољство услугама дома је процењено кроз следеће показатеље: задовољство храном, задовољство услугама особља, задовољство смештајем и задовољство дружењем. Укупна процена задвољства услугама дома изгледа овако: -82,8 % испитаника је задовољно или врло задовоњно услугама дома, 17,2% испитаника је осредње задовољно услугама дома и -2% испитаника је незадовољно услугама дома.Доказана је статистички значајна, позитивна корелација измађу квалитета живота и задовољства услугама дома-особе које свој квалитет живота процењују бољим су задовољније услугама дома.

С обзиром на демографске карактеристике, постоје статистичке значајне разлике у задовољству животом особа трећег животног доба (Брајковић, 2010). Истраживањем је обухваћено 300 испитаника на теритотији Р. Хрватске од којих њих 140 борави у дому за стара лица, а преосталих 160 у породичној кући. Брајковић закључује да је најзначајнији предиктор квалитета живота старих особа активан смисао за хумор, а затим и особине личности- емоционално стабиле и екстравертне особе су задовољније квалитетом живота. Даље, аутор додаје и утицај самопроцене психичког здравља и самопроцене осамљености на квалитет живота. Такође, резултати истраживања су показали да на квалитет живота старих лица утиче и родитељски статус (особе које имају децу су задовољније животом) и местом становања (особе које станују у дому су задовољније квалитетом живота).

У опширном истраживању на територији Енглеске које је реализовано 2011. а у вези са подршком домовима за стара лица, обухваћено је 82 дома односно свега 46% од укупног броја домова који су позвани на учешће у истраживању. Резултати истраживања показују да су за побољшање рада домова, а са циљем унапређења квалитета живота корисника услуга дома, битна спољашња и унутрашња подршка. Спољашња подршка би се пружила, првенствено кроз лакши приступ средствима, мерама и поступцима здравствене и социјалне заштите. Унутрашња подршка би се најефикасније остварила побољшањем рада особља запосленог у дому и то кроз добро осмишљене и реализоване практичне тренинге.

У пероиду од 15.јула до 15.августа 2013 године спроведна је просечна студија анкетирањем особа старије животне доби, изнад 65 година, који живе на острву Мљету. Један део испитаника анкетиран је током њиховог доласка у амбуланту, а други део испитаника анкетиран је у њиховим домовима током обављања патронажних сестринских посета. Од укупно 60 испитаника у испитиваном узорку било је 26 мушкараца и 34 жена. Помоћ и нега у кући, као вид социјалне заштите, може бити један од начина решавања и ублажавања њихових проблема и представља добру форму бриге о старима. Поред тога што је значајна као начин решавања свакодневних, егсистенционалних проблема, она је и вид одржавања социјалног конкатка и социјалне подршке. Треба имати у виду да стара особа од друштва првенствено очекује да не буде заборављена, одбачена као некорисна, да се поштује њена личност и посебност. Готово сваки четврти испитаник у овом истраживању живи потпуно сам. Уз физиолошко опадање функција у старијој доби и хроничних болести, највећи психосоцијални проблем у овој доби је усамљеност старијих особа. Они су усаммљени, најчешће депресивни, најчешће не могу одржавати личну хигијену, не могу припремати храну, поспремити кућу. Велики број испитаника има потребу за додатним услугама здравствене неге за пружање помоћи у кући. Ово је нарочито истакнуто када се ради о све бројнијим хронично болесним и изнемоглим старим особама без породичног старања. Њима обично није потребна стална дневна медицинска помоћ, али им је потребна свакодневна помоћ у остваривању основних животних функција. Резултати анкетираним истраживањем старих особа које живе на острву показало је да је више од половине испитаника задовољно, незадовољно 8%, а јако незадовољно 5%. Истичу еколошке предности живљења на острву, матерјалну сигурност, али и допунске приходе из рада или риболова. Незадовољство изазива скупоћа живота на острву, лоша здравствена заштита, а самци као највећи проблем истичу усамљеност (Илић, Жупанић 2013).

У Европи, 35% процената жена и 13% мушкараца који су старији од 60 живе сами (UNDESA 2005). Овакво кретање у складу је са постојањем опште склоности и жеље да се у економски развијеним земљама живи самостално. Међутим, старије особе које живе било саме или домаћинствима од две дупло старије генерације (пример баке и деке које чувају унуке) имају тенденцију да буду у посебно неповољном положају у мање развијем регионима. У многим случајевима, то што неко живи сам није питање његовох или њеног избора, веч спољних околности, посебно за жене које живе и са мање вероватноће да ће наћи партнера у старијим годинама. Из истог разлога, ниво институционализације већи је за жене него за мушкарце у већини земаља. Институционална заштита, међутим, генерално се сматра за последњу меру за оне који су у сталној потреби за здравственом негом и помоћи. Многе старије особе више воле да живе самостално докле год је то могуће. Уз помоћ мањих мера, старијим особaма може се омогућити да остану код своје куће у релативно дугом периоду. У те мере могу да спадају помоћ за преурешивање куће како би се уклониле баријере и оне постале доступне за осебе са инвалидитетом. Осим тога, то могу бити мале мобилне услуге које се нуде у кући за остарела лица са смањеном могућношћу кретања, како што су достављање хране, помоћ у домаћинству, куповини и теренски фризер. За остарела лица са малим пензијама, финансијска помоћ може бити изводива, на пример у виду попуста на разне поправке или субвенцију за грејање. Да би се избегле непотребна институционализација остарелих лица којима често треба помоћ, породице треба да буду оснажене да пружају негу и подршку. У то може да спада нега терминално оболелог или нега у институцији за привремени смештај да би породице могле да оду на одмор. Такав подстицај за породице такође може да има и вид финансијске подршке.

### 3.3.8. Социјални развој и квалитет живота особа са сметњама у развоју

Социјалне вештине представљају вештине које људи користе да би комуницирали и успостављали односе са другим људима. Процес учења ових вештина назива се социјализација. По Рогер Елиотт-у аутору “Self Confidence Cоurce”, а према Одовић Г. (2008) шест вештина које представљају кључне социјалне вештине су:

1. Способност задржавања смирености или одржавање анксиозности на толерантномнивоу док се особа налази у одређеној социјалној ситуацији,
2. Вештина слушања саговорника,
3. Емпатија са другим особама и интересовање за њихове проблем,
4. Способност изградње адекватног одговора – понекад мже бити путем говора, понекад путем уобичајених реченица које се користе у комуникацији (знам, ми се разумемо и сл.), а понекад путем покрета тела и држања,
5. Знати како, колико много и када треба говорити о себи,
6. Успоставити са саговорником одговарајући контакт очима.

Под одговарајућим социјалним вештинама подразумевају разумевање и поштовање социјалних правила у смислу односа људи једних према другима. На пример, социјалне вештине подразумевају да особа зна када треба да успостави одговарајући контакт очима, а када не; како да започне и заврши конверзацију на одговарајуци начин; како да направи кратак разговор, те како да чита невербални говор и на који начин да одговори на њега.

Социјална неприлагођеност представља недостатак ових вештина. Особа која има недовољно развијене социјалне вештине сматра се социјално неприлагођеном. Међутим, многи оспоравају употребу термина социјална неприлагођеност. Особе које имају первазивне развојне менталне поремећаје попут аутизма, Аспергеровог синдрома могу имати остећене социјалне инеракције и често се описују као социјално неприлагођене. Многе особе са менталним поремећајима (попут шизофреније ) такође, имају тенденцију да буду социјално неприлагођене. Уз то, критеријуми социјалне неприлагођености варирају од културе до културе.

#### 3.3.8.1. Комуникација

Највећи део свог времена човек проводи у комуникацији с другим људима. Комуникација се најчешће дефинише као ”преношење или размена мисли, мишљења или информација путем говора, писања, или знакова”. Може се посматрати као двосмеран процес у коме постоји размена и прогрес мисли, осећања и идеја према обострано прихваћеном циљу или правцу (информација). Дакле комуникација се може дефинисати као процес размене идеја, мисли и осећања између две и више особа. Комуникација почиње свесном или подсвесном намером и доводи до одређене интеракције, повезивања, разумевања и повезивања учесника. Комуникација је заправо основ свих социјалних и интерперсоналних односа. Она је темељ људског учења, стварања и развоја. Приликом говорне комуникације поруке које се преносе су основа, а поред тога постоје још две компоненте које подразумевају коришћење гласа и тела.

Човек при интеракцијама, лицем у лице, највише обраћа пажњу на своје речи, па заборавља како при том извесну улогу имају и његови покрети, ставови и израз лица. Невербална комуникација састоји се од низа знакова од којих сваки има своје значење. Ми свакодневно комуницирамо помоћу тих знакова и “читамо” их код других људи, а да тога нисмо ни свесни. У већини случајева не знамо покрете и изразе лица који су карактеристични за нас. Многе гестове “упијамо” из социјалне средине у којој живимо и оне се током живота прилагођавају несвесним прихватањем друштвених обичаја. И наши урођени изрази су често значајно измењени услед друштвених притисака.

При свакој интеракцији “емитујемо” емоционалне сигнале, а ти сигнали имају утицаја на особе око нас .Ако је особа социјално успешнија боље надгледа сигнале које упућује. До оваквог преноса долази због несвесног опонашања емоција које видимо на неком другом, помоћу несвесне моторичке мимикрије њихових израза лица, гестова, тона и других невербалних израза емоција.

Одговарајуће навике и одговарајуће понашање стичу се у породици и у школи. Деца уче на основу примера понашања особа које их окружују. Већина њихових ставова, попут начина на који изразавају своје погледе, уче од одраслих особа које их окружују и примењују их са свима са којима долазе у контакт током неизвесног пута кроз живот.

Оппше напомене за комуникацију са особама са сметњама у развоју:

* Увек се треба фокусирати на појединца, а не на ивалидност. Пажња треба да буде усмерена на особу, а затим на његов или њен инвалидитет (исправно је рећи “особа са сметњама у развоју” уместо “инвалид”).
* Сва помоћна средства као што су инвалидска колица, штаке, пси водичи итд. треба да се поштују као лична имовина особе са сметњама у развоју. Помоћна средства не треба користити, не треба се наслањати на њих, а такође не треба се играти са тим средствима и премештати их уколико није дато одобрење.
* Исправно је да се приликом комуникације са особама које имају сметње у развоју користе изрази каошто су: “Видимо се касније”, “Хајде да шетамо” и сл. што су чести изрази који се користе у свакодневној комуникацији.
* Као и у свим другим случајевима, уколико направите грешку у комуникацији са особама са сметњама у развоју, извините се, исправите грешку, наставите даље, али научите из грешке.

#### 3.3.8.2. Интерперсонални односи

Интерперсоналне вештине подразумевају навике, ставове, манире, појаву и понашање које ми користимо у односу на друге људе и имају утицаја на однос са њима. Понекаднедовољно схватамо колико су стварно важне интерперсоналне вештине. Развој

интерперсоналних вештина почиње у раном животном добу и под утицајем је породице, пријатеља и властите опсервације. Телевизија и филмови такође, имају утицај на ову област, али већина ових карактеристика стиче се поред родитеља или старатеља. Неки аспекти интерперсоналних вештина се чак наслеђују. Појава и неке персоналне црте су под великим утицајем гена.

У контекстуалном погледу, један од начина дефинисања интерперсоналне комуникације јесте њено поређење са д ругим облицима комуникације. У том смислу потребно је испитати на који начин су многи људи укључени у комуникацију, колико су физички близу један другом, колико сензорних канала користе, као и њихово пружање повратне информације. Интерперсонална комуникације се разликује од осталих облика комуникације у коју је укључено неколико учесника - особе су у непоср едној физичкој близини једни у односу на друге, многи чулни канали се користе, а повратна информација је непосредна. Треба напоменути да се у контекстуалном дефинисању комуникације не узима у обзир однос између актера у интеракцији.

Постоји много различитих односа међу људима. Неки истраживачи сматрају да дефиниције интерперсоналне комуникације морају узети у обзир ове разлике. Зато су предложили алтернативни начин дефинисања интерперсоналне комуникације који се зове развојни приказ. Из овог приказа, интерперсонална комуникација се дефинише као комуникација која се дешава међу људима који су познати једни другима одређено време. Још важнија јечињеница да ти људи виде једни друге као јединствене особе, а не као људе који једноставно делују из друштвених ситуација. Да би смо побољшали своје интерперсоналне вештине, прво морамо бити свесни шта смо ми из перспективе других људи са којима успостављамо неке односе. Навике којих нисмо свесни, поступци за које мислимо да су незапажени и друге ствари о нама које могу утицати на друге људе, немогуће је да променимо ако их нисмо свесни. Стручњаци и новатељи у домовима за смештај особа са сметњама у развоју треба да помогну корисницима да исправе лоше навике и развију адекватне интерперсоналне вештине.

Базични манири којима треба да се обуче особе са сметњама у развоју су:

* упознавање,
* љубазно захваљивање,
* давањеи примање комплимената итд..

Задржавање адекватних интерперсналних вештина подразумева:

* демонстрирање вестине слусање других особа и одговарања на питања,
* успостављање и одржавање блиских односа,
* склапање и одрзавање пријатељства.

#### 3.3.8.3. Организација времена

Успешно се организовати у времену значи да особа треба да буде способна да сачини сложенији план (календарко планирање) активности, да развије дневни распоред активности и понаша се у складу са њим. Осим тога, треба да одреди када треба да започне активности из дневног распореда да би стигла да је заврши на време. У стицању вештине организације времена неопходно је указати на важност организације времена у току дана. Потребно је помоћи особама са сметањама у развоју да саставе свој календар дужности и направе га тако да све дужности може извршавати на време. Тренинг за ову вештину базира се на инструкцији и дискусији о важности организације времена у току дана. Кораци које треба предузети када се врши тренинг за стицање вештине организација времена:

* продискутовати о различитим разлозима неопходности извршавања одређених активности на време.
* особама са инвалидитетом би требало помоћи да саставе свој календар дужности и направе га тако да све дужности могу извршавати на време.
* Потребно је објаснити која су одговарајућа извињења приликом закашњавања или одсуствовања са унапред договореног сусрета, састанка и сл.

#### 3.3.8.4. Социјалне вештине значајне за укључивање у радну средину

О значају социјалних вештина за интеграцију особа са сметњама у развоју у радну средину у првом реду говоре Извештаји о занимањима Међународне организације рада. Поред техничког знања специфичног за одређени посао и потребних вештина, опсег техничког знања и вештина, односа према раду и сарадницима као и особина, знања и вештина у области информационих технологија извештаји садрже, како се то у њима наводи, и “меке вештине”. Према извештају о занимањима Међународне организације рада “меке вештине” обухватају следеће :

1. Вештине комуникације: изражавање и извештавање на матерњем језику, исказивање става у дискусији, преговарање, страни језици.
2. Социјалне вештине: сарадња, способност за рад у тиму, комуникативност, решавање конфликата.
3. Когнитивне вештине: нумеричка писменост, аналитичност, разумевање, организованост, решавање проблема, спремност за иницијативу, креативност.

“Особе са инвалидитетом право и могућност на рад сматрају веома значајним и сматрају да им управо то омогућава да се саживе са властитим инвалидитетом и стално потврђују смисао постојања”. (Одовић исар., 2008.) Истраживања рађена у неким земљама указују да многе особе са сметњама у развоју могу обављати радне задатке на приближно истим нивоу као и особе које немају инвалидитет. Известан број особа са сметњама у развоју запошљава се у предузећима у отвореној привреди. Међутим, велики број њих изгуби посао јер се нису адекватно интегрисали у радну средину, иако им обављање задатака иде од руке (Греенспан 1981). Дакле, ова истраживања указују на социјалну дефицијентност код запослених. Такође, према подацима из литературе и код нас постоји ”велики број особа са сметњама у развоју, али и других људи, који су напустили посао због социјалне неприлагођенисти, односно немогућности адаптације на радном месту, а не јер нису способни за рад” (Стошљевић, Одовић, 1996).

Стручњаци који раде на развоју социјалних вештина суочавају се са два проблема:

1. Социјални развој не може бити третиран као једноставан сет вештина. Увек мора бити схваћен у контексту других понашања.
2. Однос услова под којим се уче социјалне вештине и услова у којима се примењују. Социјалне вештине особе са сметњама у развоју се реткопримењују под условима под којим су их учили.

Наравно, неке особе ће добро применити вештине непосредно после било којих услова у којим су их учили и већина тих особа неће омашити у запошљавању. Особа која губи послове због социјалних разлога обично је она особа којој је потребно да увежбава вештине под условима који су најсличнији оним на радном месту односно у радној средини. Зато је социјалне вештине значајне за интеграцију у радну средину најбоље учити управо у том окружењу. Постоје две стратегије које треба узети у обзир приликом развоја социјалних вештина запослених особа са сметњама у развоју.

### 3.3.9. Детерминанте квалитета живота особа са инвалидитетом

Када се ради о детерминантама које су према стручној и научној јавности узроци лошијег квалитета живота, мишљења су подељена и издваја се читав спектар различитих фактора. Тако Schalock (1997) на основу спроведених истраживања и обједињавања сазнања у подручју квалитета живота особа са интелектуалним оштећењима долази до закључка да су чиниоци квалитета живота особа са интелектуалним тешкоћама по правилу исти или слични као и код опше популације. Исти аутор дефинише модел индикатора квалитета живота ових особа који садржи осам кључних димензија: емоционална, материјална и физичка добробит, међуљудски односи, лични развој, самоодређење, социјална укљученост и остваривање права.

Светска здравствена организација је, уз дефиницију квалитета живота, која истиче важност субјективне евалуације произашле из културног, социјалног и срединског окружења, издвојила 6 широких подручја или домена квалитета живота. Главна подручја, заједно са серијом од 24 припадајућа субдомена, приказана су у Табели 1.

Табела 1: Домени квалитета живота Светске здравствене организације

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОДРУЧЈЕ** | **АСПЕКТИ ИНКОРПОРИРАНИ У ПОДРУЧЈА** |
|  | *Укупни квалитети живота и генерално здравље* |
| **ФИЗИКО ЗДРАВЉЕ** | Енергија и умор  Бол и нелагодност  Спавање и одмор |
| **ПСИХИКО ЗДРАВЉЕ** | Телесна схема и изглед  Негативна осећања  Самоповређивање  Mишљење, памћење и концентрација |
| **НИВО НЕЗАВИСНОСТИ** | Покретљивост  Свакодневне активности  Зависност од лекова и медицинске помоћи  Радни капацитет |
| **СОЦИЈАЛНЕ РЕЛАЦИЈЕ** | Персоналне релације  Социјална подршка  Сексуална активност |
| **OKРУЖЕЊЕ** | Финансијски извори  Слобода, физичка сигурност и безбедност  Здравље и друштвена брига: приступачност и квалитет  Кућно окружење  Могућности за стицање нових знања и вештина  Учешће и могућности за рекреацију/слободно време  Физичко окружење  (загађеност/бука/саобраћај/клима)  Транспорт |
| **ДУХОВНОСТ, РЕЛИГИОЗНОСТ, ПЕРСОНАЛНА ВЕРОВАЊА** | Религија/Духовност/Персонална веровања |

Извор: World Health Organization ( WHO), 1993.

Најчешће разматрана подручја која се налазе у општој литератури кроз која се испитује квалитет живота (Goode, 1998, према Братковић, 2006) су:

* социјални индикатори,
* главна животна подручја,
* важна животна догађања,
* психолошки фактори,
* психосоцијални фактори,
* обележја понашања и процена свеобухватног квалитета живота.

Социјални индикатори деле се на друштвене и индивидуалне. У друштвене спадају обележја заједнице као што су смртност, обољевање и стандарди живота. Индивидуални се односе на приходе, здравствени и породични статус. Главна животна подручја обухватају породични живот, суседство, активности слободног времена, религијска уверења, образовање, социјалне контакте и пријатељства. Важни животни догађаји су: заснивање брака,развод, болест, пензионисање, пресељење. Психолошки индикатори укључују решавање проблема, самопоштовање, постојаност и интензитет позитивних и негативних емоција. Психосоцијални индикатори подразумијевају социјалну интеракцију, контакте, социјалну подршку и стресс. Према споменутим ауторима, свеобухватни квалитет живота укључује самопроцену целокупног задовољства животом, задовољство квалитетом животних подручја, задовољство важним животним питањима, процену важности различитих подручја живота и животних питања. Комплексност различитих узрока (детерминанти) квалитета живота сагледаних кроз микро, мезо и макро план описују Renwick и сар. (2000) кроз холистички “концепт квалитета живота усресређен на саму особу”. Полазиште тога приступа је да појединци живе у склопу своје околине: физицког окружења, друштвених и културних група и заједница као и да у том контексту треба проматрати њихов квалитет живота. Холистички приступ подразумева да су различити аспекти појединца (физички, психолошки и духовни) у непрекидном динамичном међуодносу са различитим аспектима средине (као што су физички, друштвени, политички, културни и економски аспекти). Као резултат тога, појединци и окружења у којима они живе током одређеног времена (или пак читавог живота) утичу једни на друге, односно мењају једни друге. У том смислу се квалитет живота појединца посматра као комплексна, интегрирана целина која настаје из односа појединаца и његове околине. Унутар овог приступа квалитет живота се дефинише као “мера у којој особа има утицај на важне изборе у свом животу” (Renwick и др., 1994, стр. 35, према Renwick и др., 2000) а обухвата три главна подручја (Табела 2): битство, припадност и остварење, која опет обухватају девет подподручја квалитета живота.

Табела 2: Холистички концепт квалитете живљења усредотоцен на особу (Renwick, Browni Raphael, 2000 prema Братковић, 2006)

|  |  |
| --- | --- |
| Подручја и подподручја | Кратки опис аспекта живота |
| Битство | “Ко сам ја?” |
| Физичко битство | Физичко здравље, лична хигијена, исхрана, негованост изгледа, кондиција, опште физичко стање. |
| Психолошко битство | Психолошко здравље и прилагођавање, сазнање, осећаји, самопоуздање, слика о себи и самоконтрола. |
| Духовно битство | Животне вредности (осећај за добро и лоше), лични обрасци понашања, обогаћеност свакодневних животних искустава (нпр. кроз музику или природу), духовна веровања и слављење посебних животних догађаја (нпр. различити религијски и културни обичаји). |
| Припадање | “Повезаност са личном средином” |
| Физичка припадност | Осећај припадности личној средини– кући, школи/радном месту, суседству и заједници; поседовање приватног власништва; сигурност и приватност. |
| Социјална припадност | Постојање смислених, интимних односа с другима (нпр. партнером, пријатељима, породицом, сурадницима, комшијама и заједницом). |
| Припадност заједници | Доступност ресурса и могућности у заједници (нпр. адекватна примања, доступност здравствених и социјалних служби, образовања, запослења, рекреацијских програма, услуга, забаве и свих других друштвених догађања и активности). |
| Остварење | “Постизање личних циљева, нада, жеља,/тежњи” |
| Практично остварење | Вршење практичних, сврховитих активности (нпр. активности у домаћинству, плаћени или волонтерски рад, школски и други програми, самопомоћ/брига о себи у задовољавању здравствених и социјалних потреба, брига о другима). |
| Остварење кроз слободно време | Вршење рекреацијских или друштвених активности (планираних или непланираних); хобији; одмори од свакодневних рутина, одласци на годишње одморе – тј. активности које пружају опуштање и смањују стрес. |
| Развојно остварење | Сазнавање нових информација; побољшање или одржавање постојећих знања и вештина; ношење са животом; прилагођавање на промене у властитом животу. |

## 3.4. ЗНАЧАЈ ВИДЉИВОСТИ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Видљивост услуга социјалне заштите подразумева јавну доступност свих информација које су везане за пружање социјалне заштите одређеним друшвеним групама или појединцима. Све активности које су у вези са пружањем помоћи морају бити свима у сваком тренутку доступне. Јавно заступање се може дефинисати као стратегија којом се врши утицај на придобијање носиоца власти у креирању закона и прописа, одлучивања о расподели средстава и доношењу других одлука које утичу на животе људи. Представници локалне самоуправе и скупштине општине су они који доносе одлуке о успостављању социјалне заштите.

Медијска видљивост је комплексан и релативан појам који означава састав јавног комуницирања, који служе за преношење различитих информација широкој јавности. Улога медија на појединца и друштво је огромна, а информација има све већи значај у глобалном друштву. Медији нису само тековина времена у којем живимо, они су постали цивилизацијска потреба друштва, непосредан и директан узрочник промена начина размишљања и деловања.

Нема дилеме да се све више времена проводи испред неког од екрана, стога је дигитално присуство пласираног садржаја неминовно, односно, дигитална видљивост је неопходна. Нема озбиљног медија који не развија активност кроз коју креира идући корак, испробава нове облике комуникације, отвора могућности за бољи, интензивнији ангажман и изналази нови начини пласирања садржаја како би креирао богатије искуство за потенцијалног конзумената и обезбедио што успешнији пласман на тржишту.

### 3.4.1. Видљивост услуга социјалне заштите из угла корисника

Права корисника социјалне заштите одређена су у складу са међународним стандардима у овој области, који су утврђени ратификованим међународним конвенцијама. Право на информације је уско повезано са правом на учешће корисника у доношењу одлука. Без учешћа корисника, а када је корисник дете онда и његовог законског заступника, у процени стања, потреба и одлучивања о пружању потребне услуге, благовременог добијања свих обавештења која су му потребна за доношење одлуке као и пристанка на услугу, не може му се пружити услуга социјалне заштите, осим у случајевима предвиђеним законом. У последњих десет година у Србији се спроводи реформа система социјалне заштите која би требало да потпомогне развој мреже социјалних услуга и веће искоришћење услуга социјалне заштите.

Када је реч о пружању услуга социјалне заштите и њеним корисницима, најважније је како се они осећају, односно, у којој мери су они задовољни услугама које им се пружају. Што се тиче саме друштвене изолованости и искључености особа којима се пружа социјална заштита, у односу на времена која су иза нас, ситуација се позитивно променила. На територији Србије сваки град, регион или општина имају такве организације, то су подаци до којих смо дошли истражујући на ову тему. Међутим, само постојање таквих организација не гарантује да се корисници и даље не сусрећу са проблемима у пракси.

Стојановић (2011. 45-76) наводи да корисници сматрају да пуно услуга социјалног рада нису у адекватној мери развијене, није присутан довољан број корисника, а у доста општина услуге и не постоје. Корисници који бораве у домовима истичу да особе које су запослене у установама, нису довољно стручне и оспообљене за рад са овом популацијом. Сматрају да се у Србији не примењују савремени приступи у раду, јер их особље не познаје, што доводи у питање и поштовање права корисника. Такође, велики број одраслих са инвалидитетом остаје лишено могућности да задовољи своје потребе јер услуге које су им потребне не могу да се пруже у њиховом природном окружењу. Већина установа у којима се налазе корисници су ван места њиховог пребивалишта. Неопходно је обезбедити услове и развијати улуге да грађани своје потребе задовољавају у средини која их окружује, тј. у којој живе, на локалном нивоу. Један од актуелних проблема је и то да корисници у овакве установе нису смештени због недовољног капацитета, па се налазе на листама чекања.

### 3.4.2. Видљивост услуга социјалне заштите од стране друштене заједнице

Видљивост услуга социјалне заштите од стране дрштвене заједнице се може видети кроз мрежу центара за социјални рад, која је, како Стојановић (2011.) наводи код нас добро развијена. Свака општина има свој центар или одељење центра за социјални рад. Оснивач центра за социјални рад је општина, међутим, постоји двострука надлежност где Република сноси трошкове смештаја, финансирања запослених, као и надзор са законитошћу и стручним радом. Бирократија је један од проблема система социјалне заштите у Србији. Процедуре и потребна документација су у већини случајева најкомпликованији део целог процеса.

Установе и други облици организовања утврђени законом који обављају делатност, односно пружају услуге социјалне заштите сарађују са установама предшколског, основног, средњег и високог образовања, здравственим установама, полицијом, правосудним и другим државним органима, органима територијалне аутономије, односно органима јединица локалне самоуправе, удружењима и другим правним и физичким лицима. Сарадња у пружању услуга социјалне заштите остварује се првенствено у оквирима и на начин утврђен споразумима о сарадњи (Закон о социјалној заштити, 2011.,чл 7.). Када имамо у виду да је сарадња умрежена на том нивоу, стичемо утисак да су услуге социјалне заштите довољно видљиве и о њима се говори у друштвеној заједници.

### 3.4.3. Медијска видљивост услуга социјалне заштите

Да је тема квалитета живота особа са инвалидитетом у Србији у медијима скрајнута и да нема значај какав заслужује је познато, а на који начин је могуће поправити то стање и даље је прилична непознаница. Будући да је медијска слика новинарски конструкт, њене одлике и квалитет зависе од начина производње, односно од новинарског рада којим је настала.

Независно удружење новинара Србије (НУНС) уз подршку Министарства рада и социјалне политике реализовали су 2013.године пројекат „Социјално угрожени – невидљиви у друштву“. Дугорочни циљ пројекта усмерен је на повећање видљивости ових катерогија становништва. У првој фази пројекта сачињена је анализа медијског праћења социјално угрожених група у периоду од месец дана. У другој фази су новинари правили текстове и видео прилоге у којима кроз примере представљају положај ових група. У трећој фази, НУНС је израдио Водич о извештавању о социјално угроженим групама. Циљ овог пројекта је допринос развоју недискриминативног, коректног и објектиног извештавања о људима који су у систему социјалне заштите као корисници помоћи или услуга, као и допринос у смањивању предрасуда о овим категоријама становништва. Краткорочни циљ пројекта је специјализовање посебно млађих новинара и сензибилисање уредника за систематско праћење ових тема као и повећање броја медијских прилога.

Закључци реализованог пројекта су да су медији који су обухваћени мониторингом релативно заинтересовани за теме из области социјалне заштите и социјално угрожене грађане. У дневним новинама и на порталу Б92 има свакодневно написа, а новинске агенције и недељници су мање склони овој врсти тема. Спектар тема је разноврстан, али нема систематског извештавања који се плански реализује. Извештавање је најчешће коректно, али повремено је уочљива разлика између наслова и садржине текста. Новинари и уредници нису довољно сензибилисани за осетљиве теме, што се види по недостатку адекватних проверљивих извора и често неадекватном речнику и непознавању основа система социјалне заштите. Недовољно се истиче едукативна улога коју би медији требало да имају извештавајући о социјално угроженим грађанима.

Истражујући о овој теми они нису наишли на текстове који би им пружили садржајније податке о медијској видљивост услуга социјале заштите у Србији. Аутори овог истраживања сматрају да је из тог ралога неопходно интензивније праћење и извештавање о овој теми. Неке од препорука НУНС-а након реализованог пројекта је да је неопходна едукација новинара и уредника за разумевање, праћење и презентацију информација о људима у систему социјалне заштите, корисника, штићника и пружилаца социјалних услуга. Они итичу да примери добре праксе најактивније подстичу ужу и ширу друштвену заједницу на деловање, зато их треба популаризовати. Такође сматрају да стална сарадња медија, државних организација и НВО доприноси бољем третману социјално угрожених грађана и подстиче акције за разумевање и помоћ, па је зато неопхподна стална комуникација. Надлежни у сектору и установама социјалне заштите требало би редовно да организују брифинге за уреднике и скрећу пажњу на најважније теме. Једна од идеја је да се додељују и пригодна годишња признања новинарима, активистима НВО И запосленима у систему социјалне заштите. Они сматрају да би могли да на тај начин да значајно поспеше сарадњу и допринесу квалитетнијем извештавању о овом сектору.

# 4. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

Узорак испитаника који су одговарали на упитнике чинило је укупно 500 испитаника. Од тога, 257 особа су корисници услуга социјане заштите, а 243 особе су други чланови друштвене заједнице. Међу корисницима услуга социјалне заштите, 113 особа (44%) је женског пола, а 144 (56%) особе су мушког пола. Међу другим члановима друштвене заједнице, 138 (56.8 %) особа је женског, а 105 (43.2%) мушког пола (Табела 1).

Табела 1.: Структура узорака особа које су попуњавале упитник с обзиром на коришћење услуга социјалне заштите и на пол.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Подузорак** | **N** | **%** | **Пол** | **N** | **%** |
| Корисници услуга социјалне заштите | 257 | 51.4 | Женски | 113 | 44.0 |
| Мушки | 144 | 56.0 |
| Други чланови друштвене заједнице | 243 | 48.6 | Женски | 138 | 56.8 |
| Мушки | 105 | 43.2 |
| Укупно | 500 | 100 |  | | |

Из Табеле 1 може да се види да је узорак чинио приближно једнак број особа које су корисници услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице. Такође, може се видети да су у подузорцима са приближно једнаком учесталошћу заступљена оба пола.

У Табели 2 приказана је старосна структура подузорака особа које су корисници услуга социјалне заштите и дртугих чланова друштвене заједнице.

Табела 2.: Старосна структура подузорака испитаника који су попуњавали упитнике

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Старост | Корисници услуга социјалне заштите | | Други чланови друштвене заједнице | |
| N | % | N | % |
| до 20 година | 2 | 0.8 | 3 | 1.2 |
| 21-35 година | 54 | 21.0 | 65 | 26.7 |
| 36-50 година | 87 | 33.9 | 101 | 41.6 |
| 51-65 година | 78 | 30.4 | 69 | 28.4 |
| 66 и више година | 36 | 14.0 | 5 | 2.1 |
| Укупно | 257 | 100 | 243 | 100 |

Из Табеле 2. можемо да видимо да су у оба подузорка најзаступњеније особе старости између 36 и 50 година, затим по заступњености следе особе старости од 21 до 35 година и од 51 до 65 година, док су са најмањом учесталошћу заступљене особе до 20 година и старије од 65 година.

У Табели 3. приказана је образовна структура подузорака особа које су корисници услуга социјалне заштите и дртугих чланова друштвене заједнице.

Табела 3.: Образовна структура подузорака испитаника који су попуњавали упитнике

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ниво образовања | Корисници услуга социјалне заштите | | Други чланови друштвене заједнице | |
| N | % | N | % |
| Основна школа | 48 | 18.7 | 22 | 9.1 |
| Средња школа | 125 | 48.6 | 113 | 46.5 |
| Виша школа / Факултет | 84 | 32.7 | 106 | 43.6 |
| Укупно | 257 | 100 | 243 | 100 |

Испитана је статистичка значајност у нивоу образовања између ова два подузорка испитаника. Резултат Хи – квадрат теста показује да постоји статистички значајна разликa у нивоу образовања између подузорака (χ2 = 14.429, df = 3, p = 0,002). Из Табеле 3. уочавамо да је међу корисницима услуга социјалне заштите већа заступљеност особа које су завршиле само основни ниво образовања (18.7%) него што је то случај међу другим члановима друштвене заједнице (9.1 %), док је међу другим члановима друштвене заједнице већи проценат особа које су завршиле вишу школу или факултет (43.6 %) него међу корисницима услуга социјалне заштите (32.7 %).

У Табели 4. приказана је структура подузорака особа које су корисници услуга социјалне заштите и дртугих чланова друштвене заједнице с обзиром на место становања.

Табела 4.: Структура подузорака испитаника који су попуњавали упитнике с обзиром на место становања

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Место становања | Корисници услуга социјалне заштите | | Други чланови друштвене заједнице | |
| N | % | N | % |
| Београд | 179 | 69.6 | 168 | 69.1 |
| Нови Сад | 41 | 16.0 | 40 | 16.5 |
| Ниш | 37 | 14.4 | 35 | 14.4 |
| Укупно | 257 | 100 | 243 | 100 |

Из Табеле 4. можемо да видимо да је у оба подузорка већина испитаника из Београда – њих мало више од две трећине, док је око једне трећине испитаника у оба подузорка из Новог Сада и Ниша.

**ОБРАДА ПОДАТАКА**

У обради података користили смо мере дескриптивне статистике и статистике закључивања. Коришћене мере дескриптивне статистике су фреквенције и проценти.

У оквиру статистике закључивања, за утврђивање статистичке значајности разлика у одговорима на упитнике између појединих група испитаника користили смо Хи – квадрат тест и мултиваријатну анализу варијансе.

За утврђивање димензија коришћених упитника користили смо поступак анализе главних компонената.

**Резултати анализе медијских садржаја**

У обухваћеном временском периоду, од фебруара до јула 2018. године, утврдили смо укупно 447 садржаја у медијима који су се односили на кориснике услуга социјалне заштите. Приликом анализе медијских садржаја узели смо у обзир следеће варијабле: тип медија, извор саопштења, конотацију садржаја, величину садржаја (текста), ко извештава (корисцници социјалних услуга, неко други, или и корисници и неко други) и место дешавања садржаја о којима се извештава. Следи приказ резултата који се односе на наведене карактеристике медијских садржаја.

**Тип медија**

Анализом су обухваћени следећи медији: штампа, телевизија и интернет и радио. У Табели 5. приказане су фреквенције садржаја које смо регистровали у појединим типовима медија у обухваћеном временском раздобљу.

Табела 5. : Учесталост садржаја који се односе на кориснике услуга социјалне заштите у појединим типовима медија

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Тип медија | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Штампа | 25 (25.3) | 22 (29.3) | 10 (28.6) | 21 (38.9) | 22 (31.4) | 50 (43.9) | 150 (33.6) |
| Ел. медији – телевизија | 64 (64.6) | 50 (66.7) | 23 (65.7) | 29 (53.7) | 45 (64.3) | 58 (50.9) | 269 (60.2) |
| Интернет и радио | 10  (10.1) | 3  (4.0) | 2 (5.7) | 4 (7.4) | 3 (4.3) | 6 (5.3) | 28 (6.3) |
| Укупно | 99 (100.00) | 75 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 447 (100.00) |

Из Табеле 5. можемо да видимо да су садржаји посвећени темама о корисницима услуга социјалне заштите највише заступљени на телевизији (и другим електронским медијима) на којој је приказано скоро две трећине (60 %) садржаја, затим следе штампани медији у оквиру којих је садржано око једне трећине (33 %) садржаја. На интернету и радију приказано је мање од 10 процената (6 %) анализираних садржаја. Када се посматрају засебно садржаји приказани у појединим месецима, можемо да видимо да наведен однос важи у свим месецима, односно да је највише садржаји о корисницима услуга социјалне заштите приказано на телевизији, затим следи штампа, а најмање је ових садржаја приказано на интернету и на радију.

**Извор саопштења**

Анализирали смо ко је био извор датих саопштења. У Табели 6. приказане су фреквенције саопштења чији су извори били министраство, новинари, или стручни кадар и корисници услуга.

Табела 6. : Фреквенције и проценти саопштења о корисницима услуга социјалне заштите које су дали поједини извори

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Извор саопштења | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Министарство | 28 (28.3) | 32 (42.7) | 12 (34.3) | 21 (38.9) | 10 (14.3) | 37 (32.5) | 140 (31.3) |
| Новинари | 39 (39.4) | 35 (46.7) | 18 (51.4) | 10 (18.5) | 32 (45.7) | 48 (42.1) | 182 (40.7) |
| Стручни кадар и корисници услуга | 32 (32.3) | 8  (10.7) | 5 (14.3) | 23 (42.6) | 28 (40.0) | 29 (25.4) | 125 (28.0) |
| Укупно | 99 (100.00) | 75 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 447 (100.00) |

Из Табеле 6. може се видети да нема великих разлика у заступњености појединих извора саопштења о корисницима услуга социјалне заштите. Најчешће су то новинари – они су извор у око 41 % анализираних садржаја. Затим следе представници министарства који су извор у 31 % садржаја, а нешто ређе су извор саопштења стручни кадар и корисници услуга социјалне заштите – у 28 % садржаја. При томе, ако посматрамо засебно поједине месеце, видимо да се однос заступљености појединих извора садржаја мења, мада не знатно, тако да су у једном месецу (мају) најчешћи извор садржаја стручни кадар и корисници услуга, а у другим месецима су то новинари, док министарство није најчешћи извор саопштења ни у једном обухваћеном месецу.

**Конотација садржаја**На основу анализе садржаја утврдили смо да ли је њихова конотација позитивна, негативна, или неутрална. У Табели 7. приказане су фреквенцје и проценти садржаја одређене конотације.

Табела 7. : Фреквенције и проценти садржаја одређене конотације

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Конотација | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Позитивна | 45 (45.5) | 38 (50.7) | 22 (62.9) | 12 (22.2) | 26 (37.1) | 64 (56.1) | 207 (46.3) |
| Негативна | 39 (39.4) | 32 (42.7) | 10 (28.6) | 35 (64.8) | 32 (45.7) | 34 (29.8) | 182 (40.7) |
| Неутрална | 15 (15.2) | 5  (6.7) | 3 (8.6) | 7 (13.0) | 12 (17.1) | 16 (14.0) | 58 (13.0) |
| Укупно | 99 (100.00) | 75 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 447 (100.00) |

Прегледом вредности у Табели 7. можемо утврдити да је приближно половина анализираних садржаја позитивне конотације (46 %). Међутим, проценат садржаја са негативном конотацијом је такође висок и износи 41 %. Садржаји неутралне конотације су релативно ретки, и такву конотацију има 13 % садржаја.

**Дужина текста**

Следећа карактеристика садржаја коју смо анализирали је величина текста. У Табели 8. приказане су фреквенцје и проценти текстова одређене дужине.

Табела 8. : Фреквенције и проценти текстова одређене дужине

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Дужина текста | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Краћи | 25 (25.3) | 28 (43.1) | 9 (25.7) | 10 (18.5) | 9 (12.9) | 22 (19.3) | 103 (23.6) |
| Средњи | 36 (36.4) | 22 (33.8) | 16 (45.7) | 28 (51.9) | 25 (35.7) | 62 (54.4) | 189 (43.3) |
| Опширнији | 38 (38.4) | 15  (23.1) | 10 (28.6) | 16 (29.6) | 36 (51.4) | 30 (26.3) | 145 (33.2) |
| Укупно | 99 (100.00) | 65 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 437 (100.00) |

Из Табеле 8. видимо да међу текстовима посвећеним корисницима услуга социјалне заштите преовлађују текстови средње дужине (43%), затим следе опширнији текстови (33%), а најмање су заступљени кратки текстови (24%).

**Ко извештава**

Следеће што смо анализирали је на чијим извештајима су засновани представњени садржаји. Приказ Табеле 9. наводи фреквенције и проценте садржаја који су засновани на извештајима самих корисника услуга социјалне заштите, неких других особа, или и корисника услуга социјалне заштите и других особа.

Табела 9. : Фреквенције и проценти садржаја заснованих на извештајима корисника социјалних услуга, односно других особа

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Ко извештава | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Корисници услуга говоре о себи | 42 (42.4) | 34 (45.3) | 12 (34.3) | 15 (27.8) | 15 (21.4) | 35 (30.7) | 153 (23.6) |
| Неко други говори о њима | 50 (50.5) | 35 (46.7) | 19 (54.3) | 34 (63.0) | 49 (70.0) | 69 (60.5) | 256 (43.3) |
| И корисници услуга и друге особе | 7 (7.1) | 6  (8.0) | 4 (11.4) | 5 (9.3) | 6 (8.6) | 10 (8.8) | 38 (33.2) |
| Укупно | 99 (100.00) | 75 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 447 (100.00) |

Подаци у Табели 9. показују да су садржаји најчешће засновани на извештајима других особа о корисницима услуга социјалне заштите (43 % садржаја). Затим по учесталости следе садржаји који су засновани на извештајима и корисника услуга социјалне заштите о њима самима и на извештајима других особа о њима ( 33 % садржаја). У око једној четвртини анализираних садржаја (24 %) извештачи су само корисници услуга социјалне заштите.

**Место дешавања садржаја о којима се извештава**

Анализирали смо у којем се типу насеља одигравају активности о којима се извештава. У Табели 10. приказане су фреквенције и проценти садржаја који се односе на активности у Београду, у другим већим градовима и у мањим градовима или селима.

Табела 10. : Фреквенције и проценти садржаја који се односе на активности у појединим врстама насеља

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Временски период | | | | | | |
| Насеље | Фебруар | Март | Април | Мај | Јун | Јул | Укупно |
|  | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Београд | 48 (48.5) | 34 (45.3) | 12 (34.3) | 28 (51.9) | 25 (35.7) | 53 (46.5) | 200 (44.7) |
| Други већи градови | 42 (42.4) | 30 (40.0) | 21 (60.0) | 20 (37.0) | 41 (58.6) | 40 (35.1) | 194 (43.4) |
| Мањи градови / села | 9 (9.1) | 11  (14.7) | 2 (5.7) | 6 (11.1) | 4 (5.7) | 21 (18.4) | 53 (11.9) |
| Укупно | 99 (100.00) | 75 (100.00) | 35 (100.00) | 54 (100.00) | 70 (100.00) | 114 (100.00) | 447 (100.00) |

Према подацима приказаним у Табели 10., проценти садржаја који се односе на активности у Београду и у другим већим градовима су приближно исти и износе 45 односно 43 процента. Знатно мањи проценат садржаја (12 %) односи се на активностима које се одигравају и мањим градовима или селима.

**Резултати добијени применом упитника**

Упитницима које смо конструисали за потребе овог истраживања настојали смо да испитамо мишљење особа о присутности информација о корисницима услуга социјалне заштите и услугама које им се нуде у медијима, као и њихов став о томе да ли, и у коликој мери, те информације, као и саме услуге социјалне заштите, доприносе побољшању квалитета живота тих особа.

Упитници које смо конструисали састоје се од по седамнаест тврдњи. Испитаници су изражавали степен слагања са датим тврдњама тако што су бирали један од понуђених одговора на скали Ликертовог типа. Од тога, четири тврдње су истоветне у оба упитника, док се остале тврдње разликују, јер се односе на различите аспекте мишљеља које смо настојали да утврдимо у две обухваћене групе испитаника. Следи приказ одговора добијених на поједина питања из упитника, а затим резултати поређења одговара различитих категорија испитаника унутар два подузрка (корисници услуга соцјалне зааштите и други чланови друштвене заједнице) и поређење одговора особа које су чиниле ова два узорка.

**Резултати добијени упитником намењеним корисницима услуга социјалне заштите**

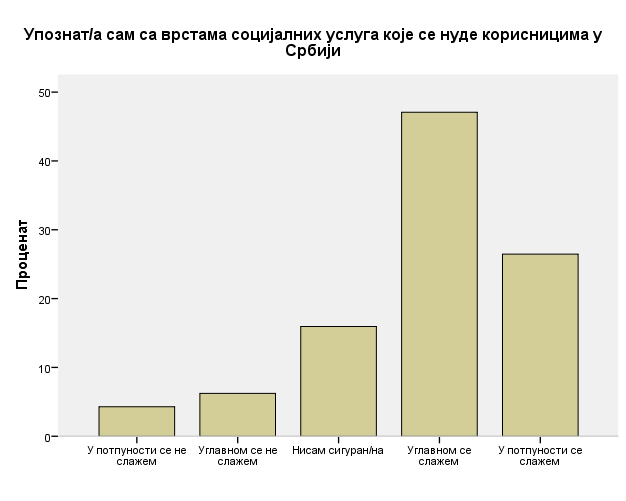
**Упознатост са услугама социјалне заштите у земљи**

Прва тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији”.

У Табели 11. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 1. приказани су проценти добијених одговора.

Taбела 11.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 11 | 4.3 |
| Углавном се не слажем | 16 | 6.2 |
| Нисам сигуран/на | 41 | 16.0 |
| Углавном се слажем | 121 | 47.1 |
| У потпуности се слажем | 68 | 26.5 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 1.: Проценти одговори корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији”

Из Табеле 11. и Графика 1. видимо да приближно три четвртине корисника услуга социјалне заштите сматра да су упознати са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији (определили су се за одговоре „Углавном се слажем“ или „У потпуности се слажем“). Шеснаест процената испитаника није сигурно и погледу своје информисаности. Око 10 % испитаника се, или углавном, или у потпуности, не слаже са тим да је упознато са врстама услуга социјалне заштите у нашој земљи.

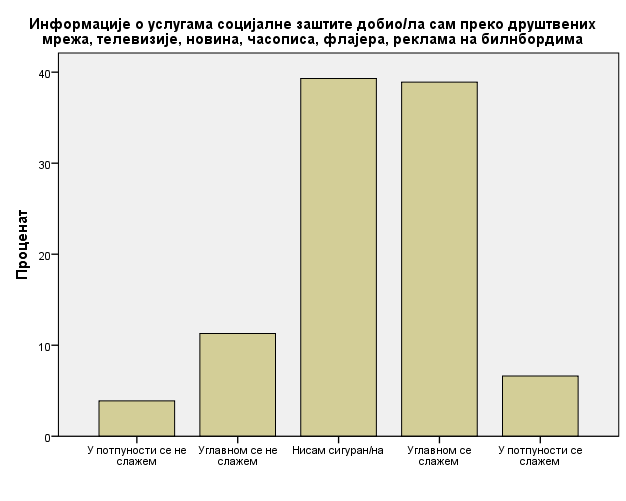
**Извори из којих корисници добијају информације о услугама социјалне заштите**

Друга тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко друштвених мрежа, телевизије, новина, часописа, флајера, реклама на билнбордима”. У Табели 12. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 2. приказани су проценти добијених одговора.

Taбела 12.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко друштвених мрежа, телевизије, новина, часописа, флајера, реклама на билнбордима”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 10 | 3.9 |
| Углавном се не слажем | 29 | 11.3 |
| Нисам сигуран/на | 101 | 39.3 |
| Углавном се слажем | 100 | 38.9 |
| У потпуности се слажем | 17 | 6.6 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 2.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко друштвених мрежа, телевизије, новина, часописа, флајера, реклама на билнбордима”



Из Табеле 12. и Графика 2. можемо да видимо да приближно 45% корисника износи да су о услугама социјалне заштите сазнали из различитих врста медија и преко друштвених мрежа. Велики проценат испитаника (39%) није сигуран да ли су о услугама социјане заштите сазнали из медија и преко друштвених мрежа, док око 15 % корисника износи да нису о услугама социјалне заштите сазнали из наведених извора.

**Мишљење корисника услуга социјалне заштите о томе да ли се у медијима довољно говори и пише о услугама социјалне заштите**

Следећа тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „Сматрам да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у мом окружењу“. У Табели 13. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 3. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 13.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Сматрам да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у мом окружењу“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 55 | 21.4 |
| Углавном се не слажем | 35 | 13.6 |
| Нисам сигуран/на | 51 | 19.8 |
| Углавном се слажем | 82 | 31.9 |
| У потпуности се слажем | 34 | 13.2 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 3.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Сматрам да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у мом окружењу“

Из Табеле 13. и Графика 3. можемо да видимо да приближно 45% корисника сматра да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у нашој земљи. Око једне трећине испитаника сматра да су у медијима недовољно заступљени садржаји о услугама социјане заштите, док око једне петине корисника није сигурно да ли су ти садржаји довољно заступљени у медијима.

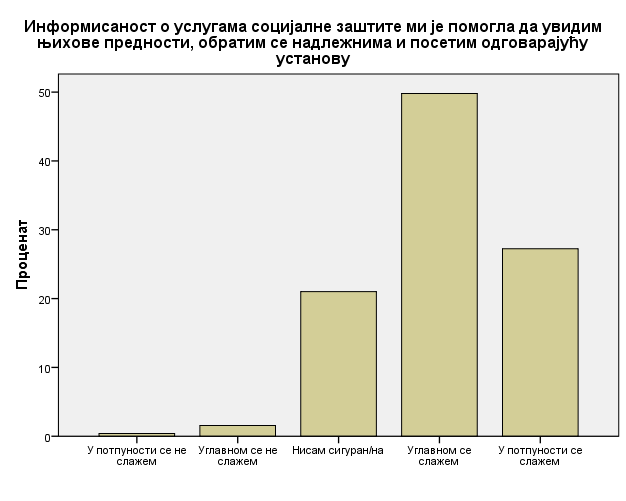
**Информисаност о услугама социјалне заштите као помоћ у остваривању права на њих**

Следећа тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „Информисаност о услугама социјалне заштите ми је помогла да увидим њихове предности, обратим се надлежнима и посетим одговарајућу установу“. У Табели 14. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 4. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 14.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Информисаност о услугама социјалне заштите ми је помогла да увидим њихове предности, обратим се надлежнима и посетим одговарајућу установу“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 1 | 0.4 |
| Углавном се не слажем | 4 | 1.6 |
| Нисам сигуран/на | 54 | 21.0 |
| Углавном се слажем | 128 | 49.8 |
| У потпуности се слажем | 70 | 27.2 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 4.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Информисаност о услугама социјалне заштите ми је помогла да увидим њихове предности, обратим се надлежнима и посетим одговарајућу установу“



Из Табеле 14. и Графика 4. можемо да видимо да велика већина испитаника (приближно 77 %) углавном или у потпуности сматра да им информисаност о услугама социјалне заштите помаже у започињању поступка за остваривање права на њих. Око једне петине испитаника није сигурно, а само 2% испитаника не сматра да им информисаност о услугама социјалне заштите представља помоћ у остваривању права на њих.

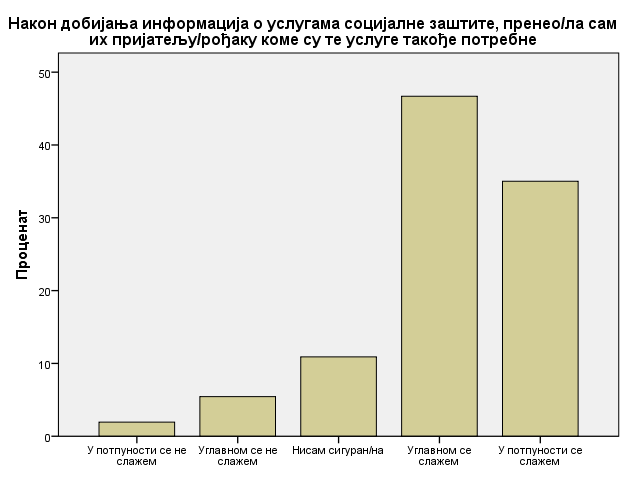
**Дељење информација о услугама социјалне заштите међу потенцијалним корисницима**

Следећа тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „Након добијања информација о услугама социјалне заштите, пренео/ла сам их пријатељу/рођаку коме су те услуге такође потребне“. У Табели 15. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 5. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 15.: Фреквенције и проценти одговора корисника на тврдњу „Након добијања информација о услугама социјалне заштите, пренео/ла сам их пријатељу/рођаку коме су те услуге такође потребне“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 5 | 1.9 |
| Углавном се не слажем | 14 | 5.4 |
| Нисам сигуран/на | 28 | 10.9 |
| Углавном се слажем | 120 | 46.7 |
| У потпуности се слажем | 90 | 35.0 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 5.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Након добијања информација о услугама социјалне заштите, пренео/ла сам их пријатељу/рођаку коме су те услуге такође потребне“

Из Табеле 15. и Графика 5. можемо да видимо да корисници услуга социјалне заштите у великом броју (са овом тврдњом се углавном или у потпунсти слаже око 82 % испитаника) међусобно, а и са потенцијалним корисницима услуга социјалне заштите деле информације које сазнају о тим услугама. Није сигурно у погледу ове тврдње око 11 % испитаника, а њих приближно 7 % не дели информације са другим корисницима.

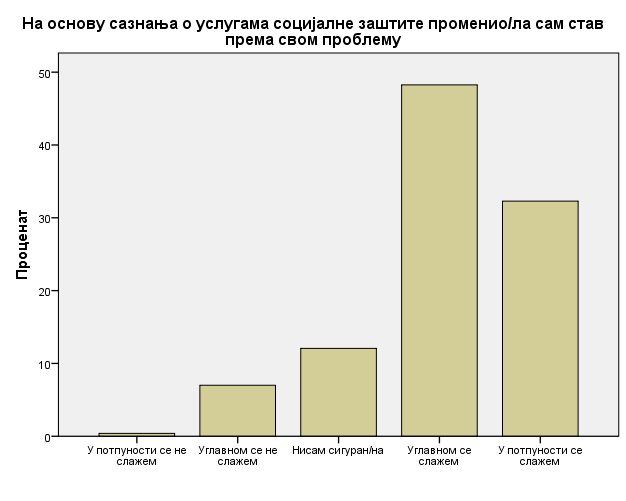
**Улога информација о услугама социјалне заштите у промени става према властитом проблему корисника услуга**

Следећа тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласила je „ На основу сазнања о услугама социјалне заштите променио/ла сам став према свом проблему“. Табели 16. приказује фреквенцу и проценат добијених одговора. На Графику 6. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 16.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „На основу сазнања о услугама социјалне заштите променио/ла сам став према свом проблему“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 1 | 0.4 |
| Углавном се не слажем | 18 | 7.0 |
| Нисам сигуран/на | 31 | 12.1 |
| Углавном се слажем | 124 | 48.2 |
| У потпуности се слажем | 83 | 32.3 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 6.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „ На основу сазнања о услугама социјалне заштите променио/ла сам став према свом проблему“

Из Табеле 16. и Графика 6. видимо да се приближно 80% корисника, углавном или у потпуности, слаже са тврдњом да су њихова сазнања о услугама социјалне заштите допринела да промене став о свом проблему. У погледу овога није сигурно око 12% корисника, а 7 % се не слаже, углавном или у потпуности, са овом тврдњом.

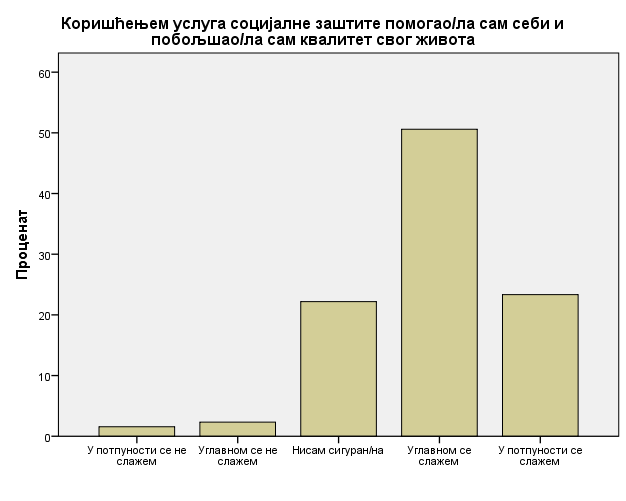
**Улога коришћења услуга социјалне заштите у побољшању квалитета живота**

У Табели 17. и на Графику 7. приказане су фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите помогао/ла сам себи и побољшао/ла сам квалитет свог живота“.

Табела 17.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите помогао/ла сам себи и побољшао/ла сам квалитет свог живота“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 4 | 1.6 |
| Углавном се не слажем | 6 | 2.3 |
| Нисам сигуран/на | 57 | 22.2 |
| Углавном се слажем | 130 | 50.6 |
| У потпуности се слажем | 60 | 23.3 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 7.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите помогао/ла сам себи и побољшао/ла сам квалитет свог живота“



Из Табеле 17. и Графика 7. видимо да приближно три четвртине (74%) корисника социјалних услуга сматра да је коришћење тих услуга позитивно утицало на квалитет њиховог живота. Око једне петине испитаника (22%) није сигурно, а 4 % испитаника сматра, углавном или у потпуностии, да коришћењем социјалних услуга нису помогли себи, ни побољшали квалитет свог живота.

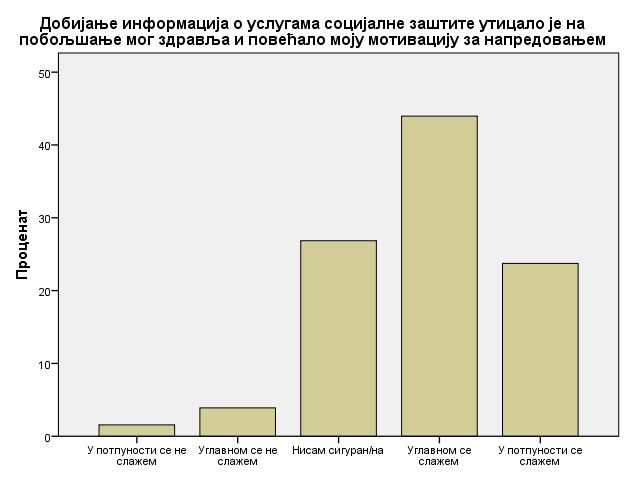
**Улога информација о услугама социјалне заштите у побољшању здравља и мотивације**

Једна од тврдњи из упитника за кориснике услуга социјалне заштите гласила је „Добијање информација о услугама социјалне заштите утицало је на побољшање мог здравља и повећало моју мотивацију за напредовањем“. У Табели 18. и на Графику 8. приказане су фреквенције и проценти одговора испитаника на ту тврдњу.

Табела 18.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Добијање информација о услугама социјалне заштите утицало је на побољшање мог здравља и повећало моју мотивацију за напредовањем“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 4 | 1.6 |
| Углавном се не слажем | 10 | 3.9 |
| Нисам сигуран/на | 69 | 26.8 |
| Углавном се слажем | 113 | 44.0 |
| У потпуности се слажем | 61 | 23.7 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 8.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Добијање информација о услугама социјалне заштите утицало је на побољшање мог здравља и повећало моју мотивацију за напредовањем“

Из Табеле 18. и Графика 8. видимо да већина испитаника, њих приближно 68% , углавном или у потпуности, сматра да су информације о услугама социјалне заштите позитивно допринеле њиховом здрављу и њиховој мотивацији за напредовањем. Са овом тврдњом се не слаже 5% корисника услуга социјалне заштите, а 27% није сигурно да ли су информације о услугама социјалне заштите допринеле њиховом здрављу и мотивацији за напредовањем.

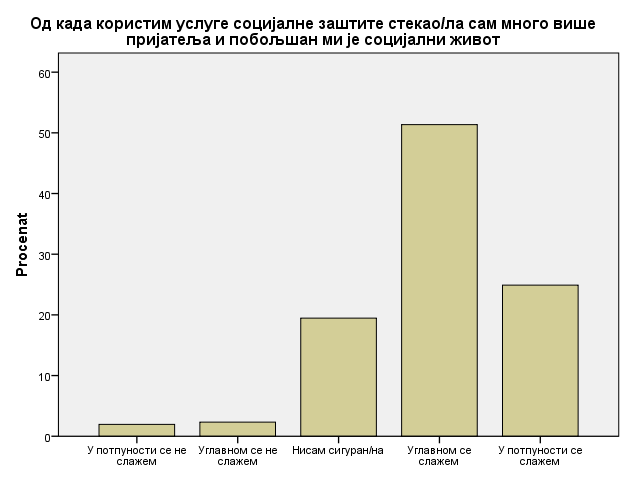
**Улога коришћења услуга социјалне заштите у социјалном животу корисника**

Следећа тврдња из упитника за кориснике услуга социјалне заштите гласила је „Од када користим услуге социјалне заштите стекао/ла сам много више пријатеља и побољшан ми је социјални живот“. У Табели 19. и на Графику 9. приказане су фреквенције и проценти одговора испитаника на ту тврдњу.

Табела 19.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Од када користим услуге социјалне заштите стекао/ла сам много више пријатеља и побољшан ми је социјални живот“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 5 | 1.9 |
| Углавном се не слажем | 6 | 2.3 |
| Нисам сигуран/на | 50 | 19.5 |
| Углавном се слажем | 132 | 51.4 |
| У потпуности се слажем | 64 | 24.9 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 9.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Од када користим услуге социјалне заштите стекао/ла сам много више пријатеља и побољшан ми је социјални живот“



Из Табеле 19. и Графика 9. може се видети да приближно три четвртине испитаника (76%) изражава да се, углавном или у потпуности, слаже са тим да је кроз коришћење услуга социјалне заштите дошло до повећања квалитета њиховог социјалног живота и да су стекли већи број пријатеља. Једна петина испитаника није сигурна да ли је коришћење услуга социјалне заштите утицало да њихов социјални живот. Мали број испитаника, приближно 4%, сматра да коришћење услуга социјалне заштите није допринело унапређењу њиховог социјалног живота.

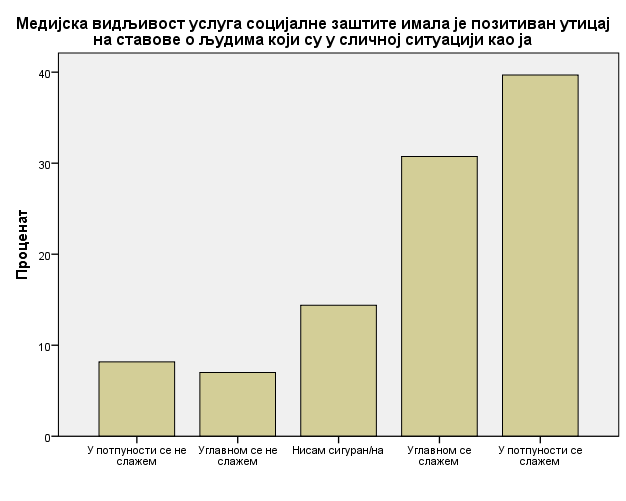
**Улога медијске видљивости услуга социјалне заштите у промовисању позитивних ставова о корисницима тих услуга**

Последња тврдња из упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите гласи: „Медијска видљивост услуга социјалне заштите имала је позитиван утицај на ставове о људима који су у сличној ситуацији као ја“. У Табели 20. и на Графику 10. приказане су фреквенције и проценти одговора испитаника на ту тврдњу.

Табела 20.: Фреквенције и проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Медијска видљивост услуга социјалне заштите имала је позитиван утицај на ставове о људима који су у сличној ситуацији као ја“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 21 | 8.2 |
| Углавном се не слажем | 18 | 7.0 |
| Нисам сигуран/на | 37 | 14.4 |
| Углавном се слажем | 79 | 30.7 |
| У потпуности се слажем | 102 | 39.7 |
| Укупно | 257 | 100 |

График 10.: Проценти одговора корисника услуга социјалне заштите на тврдњу „Медијска видљивост услуга социјалне заштите имала је позитиван утицај на ставове о људима који су у сличној ситуацији као ја“

Из Табеле 20. и Графика 10. видимо да се приближно 71% испитаника слаже да медијска видљивост услуга социјалне заштите доприноси томе да друштво развија позитивнији став према корисницима тих услуга. Око 14 % испитаника није сигурно, а приближно 15% не сматра да присуство у медијима садржаја о услугама социјалне заштите доприноси позитивним друштвеним ставовима о корисницима тих услуга.

**Резултати добијени упитником намењеним члановима друштвене заједнице**

**Упознатост са услугама социјалне заштите у земљи**

Прва тврдња из упитника намењеног члановима друштвене заједнице гласи „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији”. У Табели 21. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 11. приказани су проценти добијених одговора.

Taбела 21.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 15 | 6.2 |
| Углавном се не слажем | 16 | 6.6 |
| Нисам сигуран/на | 54 | 22.2 |
| Углавном се слажем | 115 | 47.3 |
| У потпуности се слажем | 43 | 17.7 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 11.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији”



Из Табеле 21. и Графика 11. видимо да већина испитаника, њих 65% извештава да су упознати, у потпуности или углавном, са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији. Око једне петине (22%) испитаника није сигурно и погледу своје информисаности. Око 13 % испитаника се, или углавном, или у потпуности, не слаже са тим да је упознато са врстама услуга социјалне заштите које се нуде грађанима наше земље.

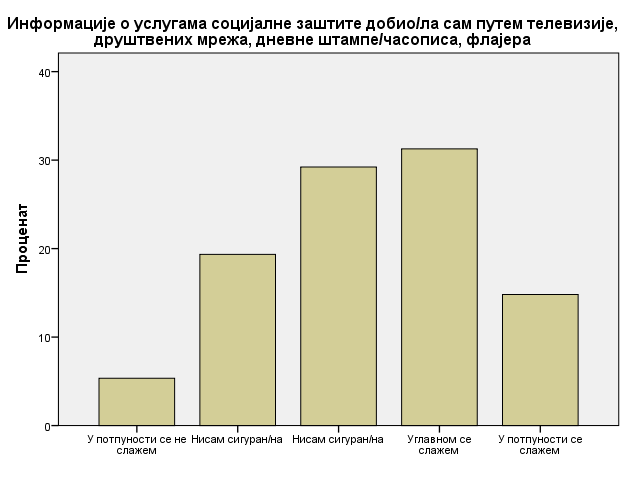
**Извори из којих чланови друштвене заједнице сазнају о услугама социјалне заштите**

Друга тврдња из упитника намењеног члановима друштвене заједнице гласи: „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам путем телевизије, друштвених мрежа, дневне штампе/часописа, флајера”. У Табели 22. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 12. приказани су проценти добијених одговора.

Taбела 22.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам путем телевизије, друштвених мрежа, дневне штампе/часописа, флајера”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 13 | 5.3 |
| Углавном се не слажем | 47 | 19.3 |
| Нисам сигуран/на | 71 | 29.2 |
| Углавном се слажем | 76 | 31.3 |
| У потпуности се слажем | 36 | 14.8 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 12.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам путем телевизије, друштвених мрежа, дневне штампе/часописа, флајера”



Из Табеле 22. и Графика 12. можемо да видимо да приближно 46% испитаника износи да су о услугама социјалне заштите сазнали из различитих врста медија и преко друштвених мрежа. Приближно једна трећина испитаника (29%) није сигурна да ли су о услугама социјане заштите сазнали из медија и преко друштвених мрежа, док приближно четвртина испитаника износи да нису о услугама социјалне заштите сазнали из ових извора.

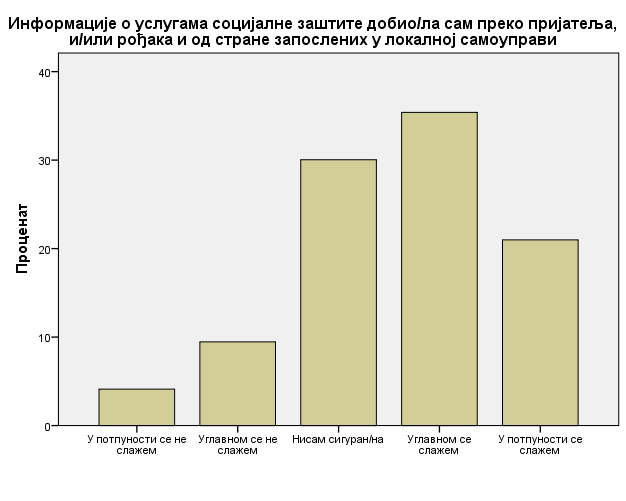
**Пријатељи, рођаци и запослени у локалној самоуправи као извор информација о услугама социјалне заштите**

Следеће питање у упитнику гласи: „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко пријатеља, и/или рођака и од стране запослених у локалној самоуправи**“.** У Табели 23. и на Графику 13. приказане су фреклвенције и проценти добијених одговора.

Taбела 23.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „ Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко пријатеља, и/или рођака и од стране запослених у локалној самоуправи**“.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 10 | 4.1 |
| Углавном се не слажем | 23 | 9.5 |
| Нисам сигуран/на | 73 | 30.0 |
| Углавном се слажем | 86 | 35.4 |
| У потпуности се слажем | 51 | 21.0 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 13.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко пријатеља, и/или рођака и од стране запослених у локалној самоуправи”



Из Табеле 23. и Графика 13. можемо да видимо да се више од половине испитаника (56%), у потпуности или углавном, слаже са тврдњом да информације о услугама социјалне заштите стичу од пријатеља, рођака и запослених у локалној самоуправи. Дакле, овај пут информисања је заступљенији од пута преко медија, за који смо, у претходном питању, видели да је присутан код 46% испитаника. У погледу тога да ли сазнања о услугама социјалне заштите добијају од пријатеља, рођака и запослених у локалној самоуправи несигурно је 30% испитаника, а 14% испитаника се не слаже, у потпуности, или углавном, да о услугама социјалне заштите сазнаје од наведених особа.

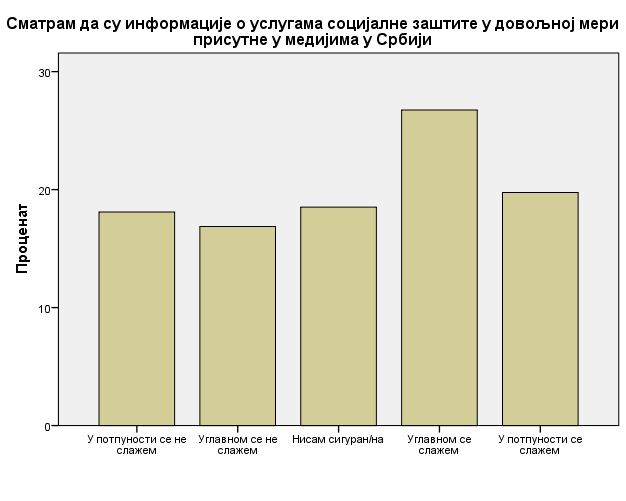
**Мишљење испитаника о томе да ли су у медијима довољно присутне информације о услугама социјалне заштите**

Следећа тврдња из упитника намењеног члановима друптвене заједнице гласила je „Сматрам да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у Србији“. У Табели 24. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 14. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 24.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Сматрам да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у Србији“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 44 | 18.1 |
| Углавном се не слажем | 41 | 16.9 |
| Нисам сигуран/на | 45 | 18.5 |
| Углавном се слажем | 65 | 26.7 |
| У потпуности се слажем | 48 | 19,8 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 14.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „ Сматрам да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у Србији“



Из Табеле 24. и Графика 14. можемо да видимо да приближно 47% испитаника сматра да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у нашој земљи. Око једне трећине испитаника (35%) сматра да су у медијима недовољно присутне информације о услугама социјане заштите, док око једне петине (18.5%) испитаника није сигурно да ли су те информације довољно заступљене у медијима.

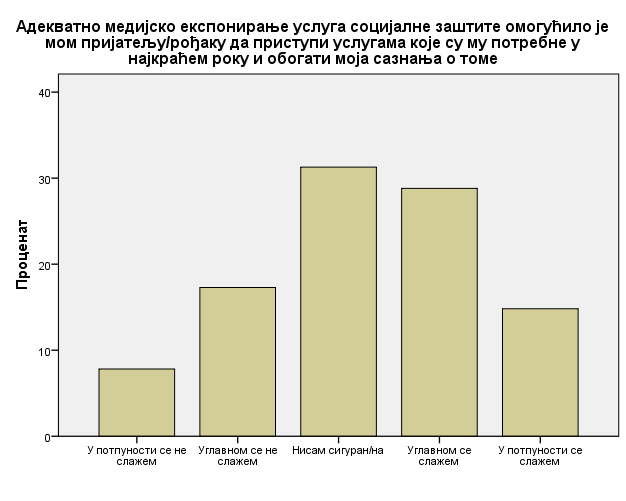
**Улога медијских информација о услугама социјалне заштите у остваривању права на те услуге и обогаћивању сазнања о њима**

Следећа тврдња из упитника намењеног члановима друптвене заједнице гласила je „Адекватно медијско експонирање услуга социјалне заштите омогућило је мом пријатељу/рођаку да приступи услугама које су му потребне у најкраћем року и обогати моја сазнања о томе“. У Табели 25. приказани су фреквенције и проценти добијених одговора. На Графику 15. приказани су проценти добијених одговора.

Табела 25.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Адекватно медијско експонирање услуга социјалне заштите омогућило је мом пријатељу/рођаку да приступи услугама које су му потребне у најкраћем року и обогати моја сазнања о томе“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 19 | 7.8 |
| Углавном се не слажем | 42 | 17.3 |
| Нисам сигуран/на | 76 | 31.3 |
| Углавном се слажем | 70 | 28.8 |
| У потпуности се слажем | 36 | 14.8 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 15.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Адекватно медијско експонирање услуга социјалне заштите омогућило је мом пријатељу/рођаку да приступи услугама које су му потребне у најкраћем року и обогати моја сазнања о томе“



Из Табеле 25. и Графика 15. можемо да видимо да приближно 44% испитаника сматра да информације о услугама социјалне заштите у медијима омогућавају особама да правовремено почну да користе те услуге и обогаћују њихова сазнања у том погледу. Приближно једна трећина испитаника (31%) није сигурна у вези са овом улогом медијских информација о услугама социјалне заштите. Око једне четвртине испитаника сматра у потпуности, или углавном, да медијске информације о услугама социјалне зашите не помажу особама да правовремено почну да их користе и да не обогаћују сазнања особа о тим услугама.

**Улога коришћења услуга социјалне заштите у побољшању квалитета живота**

У Табели 26. и на Графику 16. приказане су фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите корисници у значајној мери поспеше квалитет свог живота“.

Табела 26.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите корисници у значајној мери поспеше квалитет свог живота“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 9 | 3.7 |
| Углавном се не слажем | 14 | 5.8 |
| Нисам сигуран/на | 35 | 14.4 |
| Углавном се слажем | 116 | 47.7 |
| У потпуности се слажем | 69 | 28.4 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 16.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Коришћењем услуга социјалне заштите корисници у значајној мери поспеше квалитет свог живота“



Из Табеле 26. и Графика 16. видимо да приближно три четвртине (76%) испитаника сматра да коришћење услуга социјалне заштите позитивно доприноси квалитету живота корисника. У погледу тога није сигурно 14% испитаника. Приближно 10% испитаника се не слаже, у потпуности, или углавном, са тиме да коришћење услуга социјалне заштите доприноси позитивно квалитету живота особа.

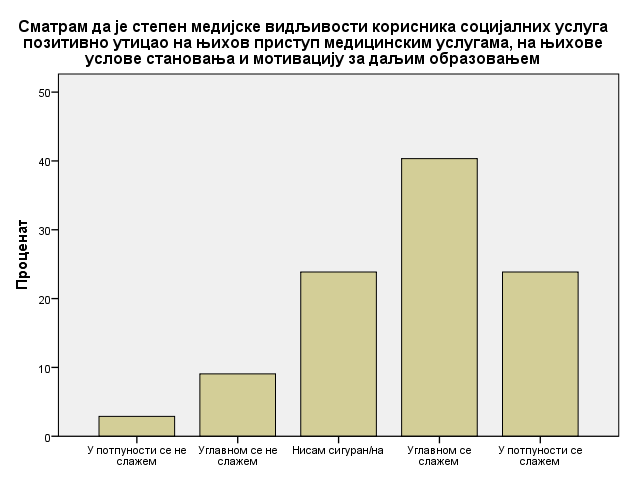
**Улога медијске видљивости корисника услуга социјалне заштите у побољшању њихових здравствених, стамбених и образовних могућности**

Следећа тврдња односила се на мишљење о томе да медијска видљивост корисника услуга социјалне заштите доприноси побољшању њихових могућности приступа медицинским услугама, услова становања и мотивације за даљим образовањем. Фрелквенције и проценти одговора испитаника приказани су у Табели 27. и на Графику 17.

Табела 27.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихов приступ медицинским услугама, на њихове услове становања и мотивацију за даљим образовањем“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 7 | 2.9 |
| Углавном се не слажем | 22 | 9.1 |
| Нисам сигуран/на | 58 | 23.9 |
| Углавном се слажем | 98 | 40.3 |
| У потпуности се слажем | 58 | 23.9 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 17.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „ Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихов приступ медицинским услугама, на њихове услове становања и мотивацију за даљим образовањем“



Из Табеле 27. и Графика 17. видимо да 63% испитаника сматра да степен медијске видљивости корисника услуга социјалне заштите доприноси побољшању њихових могућности приступа медицинским услугама, побољшању њихових стамбених услова и порасту њихове мотивације за даљим образовањем. Са овим се не слаже 12% испитаника, док њих 24% није сигурно у погледу тога.

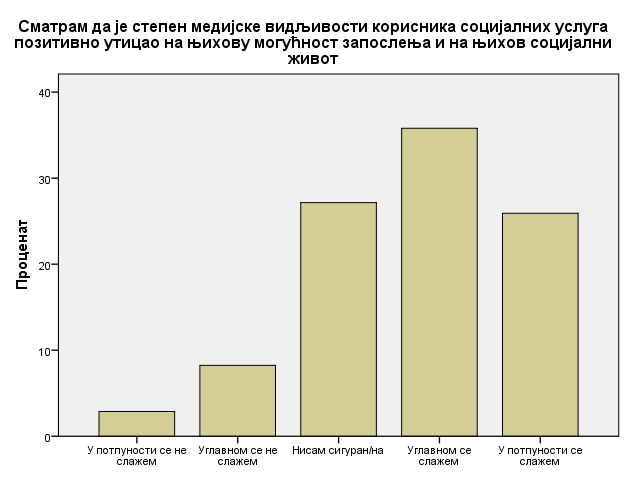
**Улога медијске видљивости корисника услуга социјалне заштите у побољшању њихових могућности запослења и њиховог социјалног живота**

Следећа тврдња односила се на мишљење о томе да ли медијска видљивост корисника услуга социјалне заштите доприноси побољшању њихових могућности запослења и њиховог социјалног живота. Фрелквенције и проценти одговора испитаника приказани су у Табели 28. и на Графику 18.

Табела 28.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихову могућност запослења и на њихов социјални живот“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 7 | 2.9 |
| Углавном се не слажем | 20 | 8.2 |
| Нисам сигуран/на | 66 | 27.2 |
| Углавном се слажем | 87 | 35.8 |
| У потпуности се слажем | 63 | 25.9 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 18.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихову могућност запослења и на њихов социјални живот“



Према подацима приказаним у Табели 28. и на Графику 18. видимо да приближно 62% испитаника сматра да степен медијске видљивости корисника услуга социјалне заштите доприноси побољшању њихових могућности запослења и побољшању њиховог социјалног живота.. Са овим се не слаже 11% испитаника, а приближно трећина (27%) није сигурна у погледу тога.

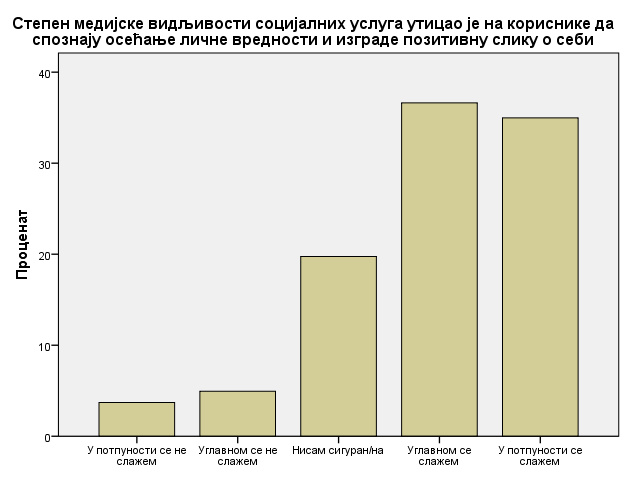
**Улога медијске видљивости социјалних услуга у изградњи доживљаја личне вредности и позитивне слике о себи њихових корисника**

Следећа тврдња у упитнику гласи „Степен медијске видљивости социјалних услуга утицао је на кориснике да спознају осећање личне вредности и изграде позитивну слику о себи“. Фрелквенције и проценти одговора испитаника приказани су у Табели 29. и на Графику 19.

Табела 29.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Степен медијске видљивости социјалних услуга утицао је на кориснике да спознају осећање личне вредности и изграде позитивну слику о себи“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 9 | 3.7 |
| Углавном се не слажем | 12 | 4.9 |
| Нисам сигуран/на | 48 | 19.8 |
| Углавном се слажем | 89 | 36.6 |
| У потпуности се слажем | 85 | 35.0 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 19.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Степен медијске видљивости социјалних услуга утицао је на кориснике да спознају осећање личне вредности и изграде позитивну слику о себи“



Према подацима приказаним у Табели 29. и на Графику 19. видимо да већина испитаника, њих 72%, сматра да је степен медијске видљивости социјалних услуга допринео да корисници тих услуга изграде осећање личне вредности и позитивну слику о себи. Мали број испитаника, њих приближно 9%, не слаже се, у потпуности или углавном, док око једне петине испитаника (19.8%) није сигурно, да ли медијска видљивост социјалних услуга има наведене ефекте.

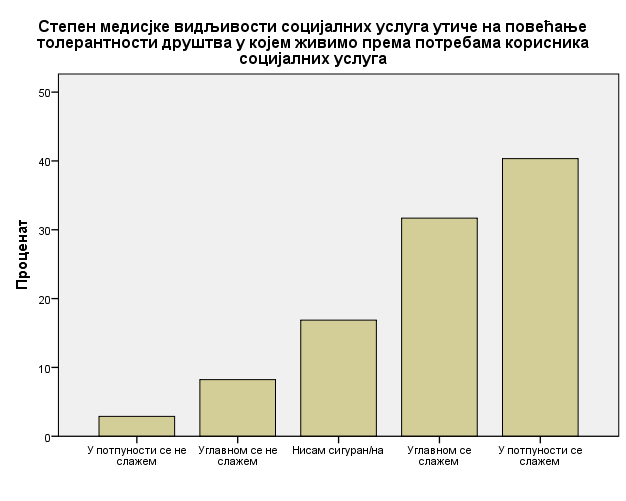
**Улога медијске видљивости социјалних услуга у повећању толерантности друштва према потребама корисника социјалних услуга**

Последња тврдња у упитнику гласи „Степен медисјке видљивости социјалних услуга утиче на повећање толерантности друштва у којем живимо према потребама корисника социјалних услуга“. Фрелквенције и проценти одговора испитаника приказани су у Табели 30. и на Графику 20.

Табела 30.: Фреквенције и проценти одговора испитаника на тврдњу „Степен медијске видљивости социјалних услуга утиче на повећање толерантности друштва у којем живимо према потребама корисника социјалних услуга“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Одговор | N | % |
| У потпуности се не слажем | 7 | 2.9 |
| Углавном се не слажем | 20 | 8.2 |
| Нисам сигуран/на | 41 | 16.9 |
| Углавном се слажем | 77 | 31.7 |
| У потпуности се слажем | 98 | 40.3 |
| Укупно | 243 | 100 |

График 20.: Проценти одговора испитаника на тврдњу „Степен медијске видљивости социјалних услуга утиче на повећање толерантности друштва у којем живимо према потребама корисника социјалних услуга“



Према подацима приказаним у Табели 30. и на Графику 20. видимо да, као и код претходног питања, већина испитаника, њих 72%, сматра да степен медијске видљивости социјалних услуга доприноси већој толерантности друштва према потребама корисника ових услуга. Приближно 11% испитаника се са не слаже, у потпуности или углавном, са овом тврдњом, док 17 % испитаника није сигурно у погледу тога.

**Анализа главних компонената упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите**

Извршили смо анализу главних компонената са директном облимин ротацијом упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите да бисмо утврдили да ли се издвајају засебне димензије које упитник мери. Анализа главних компонената је показала постојање две компоненте које заједно објашњавају 59.10 % укупне варијансе. Засићења ставки на издвојеним компонентама (Матрица обрасца) приказана су у Табели 31.

Табела 31.: Засићења ставки упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите на две издвојене компоненте (Матрица обрасца)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ставка | Компонента 1 | Компонента 2 |
| 1. Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији | **.361** | .338 |
| 1. Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко друштвених мрежа, телевизије, новина, часописа, флајера, реклама на билнбордима | -.026 | **.877** |
| 1. Сматрам да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у мом окружењу | -.065 | **.917** |
| 1. Информисаност о услугама социјалне заштите ми је помогла да увидим њихове предности, обратим се надлежнима и посетим одговарајућу установу | **.639** | .152 |
| 1. Након добијања информација о услугама социјалне заштите, пренео/ла сам их пријатељу/рођаку коме су те услуге такође потребне | **.555** | -.138 |
| 1. На основу сазнања о услугама социјалне заштите променио/ла сам став према свом проблему | **.718** | .111 |
| 1. Коришћењем услуга социјалне заштите помогао/ла сам себи и побољшао/ла сам квалитет свог живота | **.920** | -.164 |
| 1. Добијање информација о услугама социјалне заштите утицало је на побољшање мог здравља и повећало моју мотивацију за напредовањем | **.801** | .057 |
| 1. Од када користим услуге социјалне заштите стекао/ла сам много више пријатеља и побољшан ми је социјални живот | **.733** | .172 |
| 1. Медијска видљивост услуга социјалне заштите имала је позитиван утицај на ставове о људима који су у сличној ситуацији као ја | **.373** | **.523** |

Напомена: Наглашена су засићења која су већа или једнака вредности .35

Засићења приказана у Табели 31. указују да се прва компонента односи на личну информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите и на њој висока засићења показују ставке 1, 4, 5, 6, 7, 8 и 9 (ставка 10 има засићење веће од .35 на овој компоненти, али више засићење на другој компоненти, па је стога сврставамо у другу компоненту). Друга компонента обухвата ставке 2, 3 и 10 и односи се на мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите и о њиховим ефектима на друштвене ставове према корисницима услуга социјалне заштите. У складу са наведеним, образовали смо супскалу коју смо назвали Лична информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите (ставке 1,4, 5, 6, 7, 8 и 9) и супскалу Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима (ставке 2, 3 и 10).

**Анализа главних компонената упитника намењеног члановима друштвене заједнице**

Такође смо извршили анализу главних компонената са директном облимин ротацијом упитника намењеног члановима друштвене заједнице. Анализа главних компонената је показала постојање два фактора који заједно објашњавају 70.73 % укупне варијансе. Засићења ставки на издвојеним компонентама (Матрица обрасца) приказана су у Табели 32.

Табела 32.: Засићења ставки упитника намењеног члановима друштвене заједнице на две издвојене компоненте (Матрица обрасца)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ставка | Компонента 1 | Компонента 2 |
| 1. Упознат/а сам са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији | -.133 | **.875** |
| 1. Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам путем телевизије, друштвених мрежа, дневне штампе/часописа, флајера | -.076 | **.910** |
| 1. Информације о услугама социјалне заштите добио/ла сам преко пријатеља, и/или рођака и од стране запослених у локалној самоуправи | .118 | **.675** |
| 1. Сматрам да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у Србији | .150 | **.742** |
| 1. Адекватно медијско експонирање услуга социјалне заштите омогућило је мом пријатељу/рођаку да приступи услугама које су му потребне у најкраћем року и обогати моја сазнања о томе | .277 | **.686** |
| 1. Коришћењем услуга социјалне заштите корисници у значајној мери поспеше квалитет свог живота | **,729** | .119 |
| 1. Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихов приступ медицинским услугама, на њихове услове становања и мотивацију за даљим образовањем | **.859** | .099 |
| 1. Сматрам да је степен медијске видљивости корисника социјалних услуга позитивно утицао на њихову могућност запослења и на њихов социјални живот | **.874** | .060 |
| 1. Степен медијске видљивости социјалних услуга утицао је на кориснике да спознају осећање личне вредности и изграде позитивну слику о себи | **.852** | -.006 |
| 1. Степен медисјке видљивости социјалних услуга утиче на повећање толерантности друштва у којем живимо према потребама корисника социјалних услуга | **,860** | -.117 |

Напомена: Наглашена су засићења која су већа или једнака вредности .35

Засићења приказана у Табели 32. указују да се прва компонента односи на добробит коју од информација о услугама социјалне заштите имају њихови корисници и на њој висока засићења показују ставке 6, 7, 8, 9 и 10. Друга компонента обухвата ставке 1, 2, 3, 4 и 5 и односи се на мишљење о доступности информација о услугама социјалне заштите. У складу са наведеним, образовали смо супскалу коју смо назвали Добробит од информација о услугама социјалне заштите за њихове кориснике (ставке 6, 7, 8, 9 и 10) и супскалу Мишљење о доступности информација о услугама социјалне заштите (ставке 1, 2, 3, 4 и 5).

**Поређење одговора корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице**

Као што смо раније навели, упитници су садржали по четири питања која су истоветна за кориснике услуга социјалне заштите и за друге чланове друштвене заједнице. Испитали смо постојање статистички значајне разлике у одговорима ових група испитаника применом Хи – квадрат теста. У овим анализама смо извршили сажимање категорија одговора „У потпуности се не слажем“ и „Углавном се не слажем“ и категорија одговора „У потпуности се слажем“ и „Углавном се слажем“.

У Табели 33. приказани су одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на питање о властитој информисаности о услугама социјане заштите у нашој земљи.

Табела 33.: Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу о личној упознатости са врстама социјалних услуга које се нуде у нашој земљи.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подузорак | Не слажем се | Нисам сигуран/на | Слажем се |
| Корисници услуга социјалне заштите | 10.5 % | 16.0 % | 73.5 % |
| Други чланови друштвене заједнице | 11.6% | 19.0% | 69.4% |

Хи-квадрат тест је показао да нема статистички значајне разлике између корисника услуга социјалне заштите и других особа у погледу тога како процењују властиту информисаност о услугама социјалне заштите (Хи-кведрат (df) = 4.43 (2), p = .109). Подаци указују да и једна и друга група испитаника опажа да су добро информисани у вези са тим услугама.

У Табели 34. приказани су одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите добили из медија и преко друштвених мрежа.

Табела 34.: Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите добили из медија и преко друштвених мрежа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подузорак | Не слажем се | Нисам сигуран/на | Слажем се |
| Корисници услуга социјалне заштите | 15.2 % | 39.3.0 % | 45.5 % |
| Други чланови друштвене заједнице | 24.7% | 29.2 % | 46.1% |

Хи-квадрат тест је показао да постоји статистички значајна разлика између корисника услуга социјалне заштите и других особа у одговорима на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите добили у медијима и преко друштвених мрежа (Хи-кведрат (df) = 9.41 (2), p = .009). Подаци у Табели 34. указују да корисници услуга социјалне заштите, чешће него друге особе, нису сигурни да ли су информације о услугама социјалне заштите добили из медија и преко друштвених мрежа, док други чланови друштвене заједнице, чешће од корисника услуга социјалне заштите, износе да информације о услугама социјалне заштите нису добили из медија и преко друштвених мрежа.

У Табели 35. приказани су одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите довољно заступљене у медијима у нашој земљи.

Табела 35.: Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите довољно заступљене у медијима у нашој земљи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подузорак | Не слажем се | Нисам сигуран/на | Слажем се |
| Корисници услуга социјалне заштите | 35.0 % | 19.8 % | 45.1 % |
| Други чланови друштвене заједнице | 35.0.6% | 18.5% | 46.5% |

Хи-квадрат тест је показао да нема статистички значајне разлике између корисника услуга социјалне заштите и других особа у погледу слагања са тврдњом о довољној заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима у нашој земљи. (Хи-кведрат (df) = .16 (2), p = .921). У обе групе испитаника присутна су поларизована мишљења, односно велики проценат особа које се слажу да су информације о услугама социјалне заштите довољно присутне у нашим медијима и мањи, али такође велики, проценат особа које се са тим не слажу, односно сматрају да ове информације нису довољно заступљене у нашим медијима.

У Табели 36. приказани су одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да коришћење услуга социјалне заштите доприноси побољшању калитета живота корисника.

Табела 36.: Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да коришћење услуга социјалне заштите доприноси побољшању калитета живота корисника

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подузорак | Не слажем се | Нисам сигуран/на | Слажем се |
| Корисници услуга социјалне заштите | 3.9 % | 22.2.0 % | 73.9 % |
| Други чланови друштвене заједнице | 9.5% | 14.4 % | 76.1% |

Хи-квадрат тест је показао да постоји статистички значајна разлика између корисника услуга социјалне заштите и других особа у одговорима на тврдњу да коришћење услуга социјалне заштите доприноси побољшању квалитета живота корисника (Хи-кведрат (df) = 10.06 (2), p = .007). Док се у обе групе велики проценат испитаника (око три четвртине) слаже са овом тврдњом, међу корисницима услуга, у односу на друге особе, више је оних који нису сигурни да ли коришћење ових услуга доприноси побољшању квалитета живота. Са друге стране, међу другим члановима друштвене заједнице чешће се него што је то случај међу корисницима услуга социјалне заштите, среће мишљење да коришћење услуга социјалне заштите не доприноси побољшању квалитета живота њихових корисника, мада у обе групе овакво мишљење изражава мали проценат испитаника.

**Поређење одговора корисника услуга социјалне заштите на супскалама упитника**

Као што смо раније навели, образовали смо две супскале упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите. То су супскале: 1) Лична информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите и 2) Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима. Испитали смо да ли на супскалама постоје разлике међу корисницима услуга социјалне заштите у зависности од пола, нивоа образовања и година живота. Аритметичке средине и стандардне девијације установљене на целокупном узорку и у појединим подузорцима приказане су у Табели 37.

Табела 37.: Аритметичке средине и стандардне девијације установљене на узорку у целини и у појединим подузорцима на супскалама упитника за кориснике услуга социјалне заштите.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Лична информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите | | Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима | |
|  | М | SD | M | SD |
| Групе |  |  |  |  |
| Узорак у целини | 3.96 | .62 | 3.41 | .97 |
| Пол |  |  |  |  |
| Женски | 3.96 | .67 | 3.29 | .96 |
| Мушки | 3.95 | .58 | 3.50 | .98 |
| Старосне групе |  |  |  |  |
| До 50 година | 3.86 | .59 | 3.46 | .96 |
| 51 и више година | 4.08 | .64 | 3.33 | .98 |
| Ниво образовања |  |  |  |  |
| Основна школа | 4.24 | .57 | 3.42 | .91 |
| Средња школа или факултет | 3.89 | .62 | 3.40 | .99 |

Легенда: М – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

У Табели 37. можемо да видимо да корисници услуга социјалне заштите своју информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите у просеку позитивно процењују – средња вредност на узорку у целини је приближно 4. што одговара одговоу „Углавном се слажем“ и одражава да су испитаници углавном задовољни својом информисаношћу и повољно процењују добробит коју имају од тих информација. Просечна вредност оговора на узорку у целини на супскали Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима је нижа, износи 3.41, што указује да корисници услуга социјалне заштите, у просеку, процењују степен заступљености садржаја о услугама социјалне заштите и друштвене ефекте тих садржаја као осредње.

У Табели 38. приказани су резултати мултиваријатне анализе варијансе за тестирање разлика међу групама испитаника обзиром на пол, године живота и ниво образовања, на супскалама упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите.

Табела 38: Резултати мултиваријатне анализе варијансе за тестирање разлика међу групама испитаника обзиром на пол, године живота и ниво образовања, на супскалама упитника намењеног корисницима услуга социјалне заштите

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Лична информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите | | Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима | |
|  | F(df) | p | F(df) | P |
| Пол | .768 (1) | 0,382 | 3.385 (1) | 0,061 |
| Године живота | **1.667(1)\*** | 0,034 | .481(1) | 0,478 |
| Ниво образовања | **3.967(1)\*** | 0,001 | ,326(1) | 0,559 |

\*p<0,05

Подаци у Табели 38. показују да постоје статистички значајне разлике у Личној информисаности и добробити од информација о услугама социјалне заштите између испитаника обзиром на старост и на ниво образовања. Не постоје статистички значајне разлике између мушких и женских испитаника на овој супскали, као ни разлике обзиром на пол, године живота и ниво образовања на супскали Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима.

Аритметичке средине приказане у Табели 37. показују да корисници услуга социјалне заштите који су старији од 50 година опажају своју информисаност о услугама социјалне заштите и властиту добробит од тих информација и услуга повољније, у односу на млађе кориснике. Корисници који су завршили основну школу опажају своју информисаност и добробит од услуга социјалне заштите позитивније од корисника који су завршили више нивое образовања.

**Поређење одговора особа који нису корисници услуга социјалне заштите на супскалама упитника**

Испитали смо да ли на супскалама упитника намењеног особама које нису корисници услуга социјалне заштите постоје разлике у зависности од пола, нивоа образовања и година живота. Аритметичке средине и стандардне девијације установљене на узорку у целини и у појединим подузорцима приказане су у Табели 39.

Табела 39.: Аритметичке средине и стандардне девијације установљене на узорку у целини и у појединим подузорцима на супскалама упитника за особе које нису корисници услуга социјалне заштите

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Добробит од информација о услугама социјалне заштите за њихове кориснике | | Мишљење о доступности информација о услугама социјалне заштите | |
|  | М | SD | M | SD |
| Групе |  |  |  |  |
| Узорак у целини | 3.86 | .88 | 3.39 | .94 |
| Пол |  |  |  |  |
| Женски | 3.87 | .88 | 3.37 | .97 |
| Мушки | 3.85 | .89 | 3.41 | .90 |
| Старосне групе |  |  |  |  |
| До 50 година | 3.86 | .90 | 3.38 | .96 |
| 51 и више година | 3.86 | .82 | 3.40 | .90 |
| Ниво образовања |  |  |  |  |
| Основна школа | 3.92 | .86 | 3.66 | .68 |
| Средња школа или факултет | 3.85 | .89 | 3.35 | .96 |

Легенда: М – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

У Табели 39. можемо да видимо да особе које нису корисници услуга социјалне заштите на супскали Добробит од информација о услугама социјалне заштите за њихове кориснике у просеку ту добробит позитивно процењују (просечна вредност одговора за узорак у целини је 3.86 од максималне вредности 5). Просечна вредност оговора на узорку у целини на супскали Мишљење о доступности информација о услугама социјалне заштите је нижа, износи 3.39, слично вредности на аналогној супскали добијеној на узорку корисника услуга социјалне заштите. Дакле, као и корисници услуга социјалне заштите, и друге особе дају средњу оцену доступности информација о услугама социјалне заштите кроз медије и друге изворе.

У Табели 40. наведени су резултати мултиваријатне анализе варијансе за тестирање разлика међу групама испитаника обзиром на пол, године живота и ниво образовања, на супскалама упитника намењеног особама које нису корисници услуга социјалне заштите.

Табела 40: Резултати мултиваријатне анализе варијансе за тестирање разлика међу групама испитаника обзиром на пол, године живота и ниво образовања, на супскалама упитника намењеног особама које нису корисници услуга социјалне заштите

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Добробит од информација о услугама социјалне заштите за њихове кориснике | | Мишљење о доступности информација о услугама социјалне заштите | |
|  | F(df) | P | F(df) | P |
| Пол | .776 (1) | 0,379 | .122 (1) | 0,727 |
| Године живота | 2.453(1) | 0,119 | .744(1) | 0,389 |
| Ниво образовања | .140(1) | 0,708 | 1.005(1) | 0,317 |

Подаци приказани у Табели 40. наводе да није присутна статистички значајна разлике међу особама које нису корисници услуга социјалне заштите на супскалама упитника у зависности од пола, година живота и нивоа образовања. Дакле, без обзира на ове варијабле, особе које нису корисници услуга социјалне заштите у просеку повољно процењују добробит коју од информација о услугама социјалне заштите имају корисници тих услуга, а придају средњу оцену доступности информација о услугама социјалне заштите кроз медије и друге, неформалне изворе.

# 5. ЗАКЉУЧЦИ

Циљ овог истраживања је био откриће односа између медијске транспарентности услуга социјалне заштите и квалитета живота корисника услуга. Урађена је дескрипција, класификација и типологизација услуга социјалне заштите које се остварују унутар социјалних група и анализирано информисање јавности о њима, посредством медија, у циљу побољшања квалитета живота особа ометених у развоју. Узорак испитаника је чинио приближно једнак број особа које су корисници услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице. Такође, може се видети да су у подузорцима са приближно једнаком учесталошћу заступљена оба пола.

Пратећи циљеве, задатке и постављене хипотезе истраживања, а на основу добијених и обрађених резултата, најпре анкетног испитивања корисника услуга, извели смо закључак да је г**енерална хипотеза истраживања у овој докторској дисертацији која гласи: „Што су услуге социјалне заштите видљивије, то је ефикаснија њихова примена и тиме омогућен виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју“ прихваћена** на основу следећих података:

* Приближно три четвртине корисника услуга социјалне заштите сматра да су упознати са врстама социјалних услуга које се нуде корисницима у Србији, а око половине корисника износи да су о услугама социјалне заштите сазнали из различитих врста медија и преко друштвених мрежа
* Велика већина испитаника углавном или у потпуности сматра да им информисаност о услугама социјалне заштите помаже у започињању поступка за остваривање права на њих
* Корисници услуга социјалне заштите у великом броју међусобно, а и са потенцијалним корисницима услуга социјалне заштите деле информације које сазнају о тим услугама
* Приближно 80% корисника, углавном или у потпуности, слаже са тврдњом да су њихова сазнања о услугама социјалне заштите допринела да промене став о свом проблему
* Три четвртине корисника социјалних услуга сматра да је коришћење тих услуга позитивно утицало на квалитет њиховог живота
* Већина испитаника, углавном или у потпуности, сматра да су информације о услугама социјалне заштите позитивно допринеле њиховом здрављу и њиховој мотивацији за напредовањем
* Три четвртине испитаника изражава да се, углавном или у потпуности, слаже са тим да је кроз коришћење услуга социјалне заштите дошло до повећања квалитета њиховог социјалног живота и да су стекли већи број пријатеља
* Око три четвртине испитаника слаже да медијска видљивост услуга доприноси томе да друштво развија позитивнији став према корисницима тих услуга.
* Мишљење корисника услуга социјалне заштите о томе да ли се у медијима довољно говори и пише о услугама социјалне заштите је подељено, приближно 45% корисника сматра да се о услугама социјалне заштите довољно говори и пише у медијима у нашој земљи, док око једна трећине испитаника сматра да су у медијима недовољно заступљени садржаји. Имајући то у виду и **прва посебна хипотеза истраживања „Што је већа видљивост услуга социјалне заштите, то је већа могућност повратне информације о квалитету услуга“ је потврђена.**

Резултати добијени упитником намењеним члановима друштвене заједнице наводе на следеће закључке:

* Већина испитаника, њих 65% извештава да су упознати са врстама социјалних услуга које се нуде грађанима у Србији. Приближно половина испитаника износи да су о услугама социјалне заштите сазнали из различитих врста медија и преко друштвених мрежа. Више од половине испитаника се слаже са тврдњом да информације о услугама социјалне заштите стичу од пријатеља, рођака и запослених у локалној самоуправи. Дакле, овај пут информисања је заступљенији од пута преко медија
* Приближно половина испитаника сматра да су информације о услугама социјалне заштите у довољној мери присутне у медијима у нашој земљи, док око једне трећине испитаника сматра да су у медијима недовољно присутне информације о услугама социјане заштите
* Три четвртине испитаника сматра да коришћење услуга социјалне заштите позитивно доприноси квалитету живота корисника, а 63% испитаника сматра да степен медијске видљивости корисника услуга доприноси побољшању њихових могућности приступа медицинским услугама, побољшању њихових стамбених услова, могућношћу запослења и даљег образовања **што потврђује трећу посебну хипотезу која гласи: „Што је виши ниво квалитета живота особа ометених у развоју, то је друштена одговорност у целини на вишем нивоу“**
* Већина испитаника сматра да степен медијске видљивости корисника услуга социјалне заштите доприноси порасту њихове мотивације и побољшању њиховог социјалног живота, а три четвртине испитаника сматра да би допринео да корисници тих услуга изграде осећање личне вредности и позитивну слику о себи.
* Већина испитаника, њих 72%, сматра да степен медијске видљивости социјалних услуга доприноси већој толерантности друштва према потребама корисника ових услуга **што потврђује четврту посебну хипотезу гласи: „Што су социјалне услуге видљивије, то се више мења свест људи и изграђује толерантније друштво“.**

Анализирајући прес клипинг објаве можемо истаћи следеће закључке:

* Када је у питању тип медија, садржаји посвећени темама о корисницима услуга социјалне заштите највише су заступљени на телевизији и другим електронским медијима на којима је приказано скоро две трећине садржаја, затим следе штампани медији у оквиру којих је садржано око једне трећине садржаја
* Извор саопштења су најчешће новинари, затим следе представници министарства, а нешто ређе су извор саопштења стручни кадар и корисници услуга социјалне заштите
* Приближно половина анализираних садржаја позитивне конотације, међутим, проценат садржаја са негативном конотацијом је такође висок и износи 41 %. Садржаји неутралне конотације су релативно ретки.
* Међу текстовима посвећеним корисницима услуга социјалне заштите преовлађују текстови средње дужине. Садржаји су најчешће засновани на извештајима других особа о корисницима услуга социјалне заштите
* Садржаја који се односе на активности у Београду и у другим већим градовима су приближно исти, док се знатно мањи проценат садржаја односи се на активностима које се одигравају и мањим градовима или селима.

Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу о личној упознатости са врстама социјалних услуга које се нуде у нашој земљи су показали да нема статистички значајне разлике између корисника услуга социјалне заштите и других особа у погледу тога како процењују властиту информисаност. Подаци указују да и једна и друга група испитаника опажа да су добро информисани у вези са тим услугама.

Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите добили из медија и преко друштвених мрежа показују да постоји статистички значајна разлика. Подаци указују да корисници услуга социјалне заштите, чешће него друге особе, нису сигурни да ли су информације о услугама социјалне заштите добили из медија и преко друштвених мрежа, док други чланови друштвене заједнице, чешће од корисника услуга социјалне заштите, износе да информације о услугама социјалне заштите нису добили из медија и преко друштвених мрежа.

Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да су информације о услугама социјалне заштите довољно заступљене у медијима у нашој земљи показали су да нема статистички значајне разлике. У обе групе испитаника присутна су поларизована мишљења, односно велики проценат особа које се слажу да су информације о услугама социјалне заштите довољно присутне у нашим медијима и мањи, али такође велики, проценат особа које се са тим не слажу, односно сматрају да ове информације нису довољно заступљене у нашим медијима.

Одговори корисника услуга социјалне заштите и других чланова друштвене заједнице на тврдњу да коришћење услуга социјалне заштите доприноси побољшању калитета живота корисника је показао да постоји статистички значајна разлика. Док се у обе групе велики проценат испитаника слаже са овом тврдњом, међу корисницима услуга, у односу на друге особе, више је оних који нису сигурни да ли коришћење ових услуга доприноси побољшању квалитета живота. Са друге стране, међу другим члановима друштвене заједнице чешће се него што је то случај међу корисницима услуга социјалне заштите, среће мишљење да коришћење услуга социјалне заштите не доприноси побољшању квалитета живота њихових корисника, мада у обе групе овакво мишљење изражава мали проценат испитаника.

Корисници услуга социјалне заштите своју информисаност и добробит од информација о услугама социјалне заштите у просеку позитивно процењују. Мишљење о заступљености информација о услугама социјалне заштите у медијима и њиховим друштвеним ефектима је нижа, што указује да корисници услуга социјалне заштите, у просеку, процењују степен заступљености садржаја о услугама социјалне заштите и друштвене ефекте тих садржаја као осредње.

Подаци показују да постоје статистички значајне разлике у личној информисаности и добробити од информација о услугама социјалне заштите између испитаника обзиром на старост и на ниво образовања. Корисници услуга који су старији од 50 година опажају своју информисаност о услугама и властиту добробит од тих информација и услуга повољније, у односу на млађе кориснике. Корисници који су завршили основну школу опажају своју информисаност и добробит од услуга позитивније од корисника који су завршили више нивое образовања

Као и корисници услуга социјалне заштите, и друге особе дају средњу оцену доступности информација о услугама социјалне заштите кроз медије и друге изворе, повољно процењују добробит коју од информација о услугама социјалне заштите имају корисници тих услуга, а придају средњу оцену доступности информација о услугама социјалне заштите кроз медије и друге, неформалне изворе. **На основу извршене анализе можемо закључити да је друга хипотеза која гласи: „Што је могућност повратне информације већа, то је омогућен већи простор за креирање нових и усавршавање постојећих услуга“ делимично прихваћена, јер свакако зависи од много више фактора.**

# ЛИТЕРАТУРА

1. Anđelić-Bakula, M. et al. (2011). Physical Disabilities and Quality of Life, Coll Antropol.
2. Анђелковић, П, (2013). Образована и(ли) манипулативна функција средстава масовног комуницирања у глобалном друштву. Зворник радова филозофског факултета у Приштини, Универзитет у Приштини, Филозофски факултет Косовска Миторивца.
3. Аврамовић, С. (2008). Социјална заштита, ЦИД, Београд.
4. Baird, G. (2008.) Assessment and investigation of children with developemental language disorder, Norbury F.C., Tomblin J.B., Bishop V.M.D. (Eds.), Understanding Developemental Language Disorders From Theory to Practice. Psychology Press, New York.
5. Бугарски, В., Биро, М., Нововић, З. (2008). Повезаност квалитета живота и депресивнх обележја код пацијената на хемодијализном третману; Примењена психологија, Одсек за психологију, Филозофски факултет Нови Сад, вол.1.
6. Братковић, Д., Розман, Б. (2006). Чимбеници квалитете живљења особа с интелектуалним тешкоћама. Хрватска ревија за рехабилитацијска истраживања.
7. Братковић, Д. (2005). Kвалитета живљења одраслих особа с интелектуалним тешкоћама. У: Братковић, Д. (Ур.): Запошљавање уз подршку (23-27). Удруга за промицање инклузије, Загреб.
8. Брајковић, Л. (2010). Показатељи задовољства животом у трећој животној доби; докторска дисертација, Медицински факултет, Свеучилиште у Загребу.
9. Bowling, A. and Gabrieal, Z. (2004). An integrated model of quality of life. Social indicators research,6, 1- 36
10. Van der Vilen, H. и Стојановић, С. (2011). Квалтет живота: оквир као полазна тачка за наша постигнућа. Приручник за пружаоце социјалних услуга за особе са интелектуалним тешкоћама у Србији.
11. Вулетић, Г., Mисајон, Р. (2011). Субјективна квалитета живота; ; Квалитет живота и здравље, Свеучилиште J.J. Strossmayer у Осијеку, Филозофски факултет.
12. Глумбић, Н. (2006.) Одрасле особе са аутизмом. Издавачка агенција “Град”, Београд, Република Србија
13. Голубовић, Ш., Максимовић, Ј. (2008). Улоге и задаци учитеља у процесу инклузивног образовања. Педагошка стварност.
14. Голубовић, С. (2004). Первазивна и патолошка патологија в.к., Савез дефектолога, Заједница Црбије и Црне Горе.
15. Grinspan, S., Vider, S., Simon, R. (2010). Дете са посебним потребама, подстицање интелектуалног и емоционалног развоја. Каруповић д.о.о. Београд.
16. Грнчарски, Т., Ћоповић, А.(2013). Практикум – услуга предах смештај за децу са сметњама у развоју. Покраински завод за социјалну заштиту. Нови Сад.
17. Грнчарски, Т., (2005). Радно-окупациона терапија или радно окупационе активности – могућност за побољшање квалитета живота старијих особа на смештају у установи социјалне заштите. Осми национални геронтолошки конгрес- Врњачка Бања, Геронтолошко друштво Србије. Доступно на: <http://www.pzsz.gov.rs/Tanja_Radna_Terapija>
18. Димитријевић, Б. (2014). Услуге у заједници као подршка родитељима у пружању дуготрајне неге деци и младима са инвалидитетом. Годишњак Факултета политичких наука.
19. Динкић, М., Љубинковић, Б., Милојевић, С., Огњеновић, К. и Рајков, Г. (2008). Сервиси социјалне заштите намењени особама са инвалидитетом: усклађивање политике и праксе, Центар за самостални живот инвалида Србије, Београд.
20. Деволџић, М., Стојиљковић, Ј., Глигоријевић, В. (2011), Старост становништва

земаља југоисточне Европе из нове перспективе, Зборник радова са Међународног скупа;Трећи конгрес српских геогрофа, Бања Лука, стр. 365-371.

1. Ђукић, Н. (2012). Друштвена улога медија- контрола друштвене реалности. Политеиа, Факултет политичких наука, Универзитет у Бања Луци, Република Српска, БиХ.
2. Закон о социјалној заштити (“Сл.гласник РС” број 24/11).
3. Изетбеговић A. (2006.) Приручник Водич кроз инклузију у образовању. Друштво уједињених грађанских акција“Дуга” Сарајево.
4. Илић, И., Милић, И., Аранђеловић, М. (2010). Процена квалитета животасадашњи припступи; Преглени рад, Mедицински факултет, Ниш.
5. Илић, Б., Жупанић, М. (2013). Квалитет живота старих људи у руралној средини, Здравствено велеучилиште Загреб.
6. Ишпановић- Радојковић, В. (2007). Нове тенденције у специјалној едукацији и рехабилитацији, Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
7. Јовић, С. (2011). Медицинска рехабилитација особа са моторичким поремећајима. Клиника за рехабилитацију ,,Др Мирослав Зотовић’’, Београд.
8. Јовановић, И. (2011). Људска права особа са инвалидитетом Право на рад. Право на рад особа са инвалидитетом - Асистивне технологије у Србији, (стр.17-21), Нови Сад: Екуменска хуманитарна организација.
9. Kane, R.A. Kling, K.C., Bershadsky, B., Kane, R.L., Giles, K., Degenholtz, H.B. et al.(2003): Quality of life measures for nursing home residents. Journal of Gerontology.
10. Kane, R.L. i Kane, R.A. (2001): Emerging issues in chronic care. U Binstock, R.H. i
11. Kоковић Д., (2017). Друштво и медијски изазови: увод у социологију масовних комуникација, Нови Сад: Филозофски факултет.
12. Кошутић, М., Ћутрић, С., Мишчевић, К., и Малешевић, Д. (2013). Обука неговатељица за рад са децом са сметњама у развоју. Покрајински завод за социјалну заштиту, Нови Сад, Република Србија.
13. Костић, М., Ђорђевић, Р. (2004). Виктимизација старих особа као припадника посебне маргиналне групе. Темида бр. 2 стр. 3- 14.
14. Kризманић, М. и Kолерсарић, В. (1989). Покушај концептуализације појма “квалитета живота”. Примијењена психологија.
15. Кљајић, В. (2007), Социјална геронтологија. Школска књига Загреб.
16. Лазор, М., Марковић, С., Николић, С. (2008.) Приручник за рад са децом са сметњама у развоју. Новосадски хуманитарни центар, Нови Сад.
17. Лазић, А. (2006) Квалитет живота спорташа с инвалидитетом, Свеучилиште у Загребу: Кинезиолошки факултет.
18. Ловрековић, М., Леутар, З. ( 2010). Квалитет живота особа у домовима за старије и немоћне особе у Загребу; Социјална екологија, загреб, вол. 1.
19. Лучанин, Д., Деспотовић-Лучанин, Ј., Хавелка, М. (2000). Потребе старијих особа за цјеловитим услугама скрби у локлној заједници. Ревија за социјлну политику, 7 стр. 19-27.
20. Матковић, Г. (2009). Дневни боравак као право услуга у систему социјалне заштите. Становништво.
21. Матковић, Г. & Страњковић, М. (2016). Мапирање услуга социјалне заштите у надлежности јединица локалних самоуправа у Републици Србији. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва, Влада Републике Србије.
22. Матковић, Г., (2012). Дуготрајна нега старих у Србији стање,политике и дилеме. Годишњак Факултета политичких наука, бр. 1 - Становништво, стр. 1-18.
23. Министарство рада, запошљавања, борачка и социјалне политике, Сектор за заштиту особа са инвалидитетом. (2014). Водич кроз права особа са инвалидитетом Републици Србији, Национална организација особа са инвалидитетом Србије, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Република Србија, Београд.
24. Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Европска унија и Уницеф. (2013). Становање уз подршку за младе који се осамостаљују и особе са инвалидитетом: смернице за успостављање и пружање услуге, Републички завод за социјалну заштиту, Београд, Република Србија.
25. Милићевић, М. (2015). Kвалитет живота породица са дететом са ометеношћу. Београдска дефектолошка школа, Вол.21, Но.2.
26. Недовић, Г., Одовић, Г., Рапаић, Д. (2010.) Развој социјалних вештина код особа са сметњама у развоју. Друштво дефектолога Србије, Београд.
27. Николић, Е. (2002). Утицај појединих компоненти здравља на квалитет живота старих; Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, докторска дисертација.
28. Нујић, С., Вулетић, Г. (2011). Однос емоционалне контроле, перципираног стреса и особне квалитете живота; ; Квалитет живота и здравље, Свеучилиште J.J. Strossmayer у Осијеку, Филозофски факултет.
29. Независно удружење новинара Србије уз подршку Министарства рада и социјалне политике (2013). Водич за извештавање о социјално угроженом становништву, Независно удружење новинара Србије, Београд.
30. Петровић, Б., Стојисављевић, Д., Лукић, Д. (2016). Становање уз подршку особа са инвалидитетом у Србији- неки показатељи услуга, Теме, vol. 40, br. 1.
31. Печјак, В. (2001). Психологија треће животне доби. Загреб: Просвјета.
32. Перишић, Н., (2013). Дуготрајна заштита старих у систему социјалне сигурности у Србији. Годишњак Факултета политичких наука бр.9 – Социјална политика и рад, стр. 157-175. Факултет политичких наука, Београд.
33. Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл.гласник РС“, број 42/13).
34. Потић, Б., Давидивић, М., Милошевић, Д., Деспотовић, Н., Здравковић, С., Томић, С. (2010). Побољшање квалитета живота код старих особа; Зборник радова, саопштења и постера, Осми национални геронтолошки конграс, Врњачка Бања, Посебно издање часописа Геронтологија, феронтолошко друштво Срије, Београд.
35. Рапаић, Д. (2005). Перспективе и нови модели школовања деце са моторичким поремећајима. Школовање деце са моторичким поремећајима, Дефектолошки факултет, универзитет у Београду, БИГ штампа, Београд.
36. Рончевић, Н., Стојадиновић, А., Batrnek-Антонић, Д. (2013). Деца улице. Српски архив за целокупно лекарство.
37. Републички завод за социјалну заштиту. (2017). Деца у систему социјалне заштите, Извештај Републичког завода за социјану заштиту, Београд, Република Србија.
38. Renwick, R., Brown, I., Raphael, D. (2000). Person – Centered Quality of Life: Contributions From Canada to an International Understanding. U: Keith, K.D., Schalock, R.L. (Ed.): Cross – Cultural Perspectives on Quality of Life (5-21). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
39. Сузић, Н. (2008). Увод у инклузију, ХБС, Бања Лука.
40. Симић, М. (2010). Скрипта из геронтологије; Универзитет у Београду, Факултет политичких наука, Београд.
41. Смолчић-Крковић (1974). Геронтологија. Загреб:Савез друштава социјалних радника СР Хрватске.
42. Стошљевић, Л., Николић,С., Рапаић, Д. (1997). Соматопедија, Научна књига, Београд.
43. Стошљевић, Л., и Одовић, Г. (1996). Професионално осопособљавање телесно инвалидних лица. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
44. Стошљевић, М. (2013). Основи специјалне едукације и рехабилитације особа са моторичким поремећајима. Београд: Друштво дефектолога Србије.
45. Стојновић С., Hans van der Vilen. (2011). Приручник за пружаоце социјалних услуга за особе са интелектуалним тешкоћама у Србији, Балкански фонд за локалне иницијативе, Београд, Република Србија.
46. Clark, P. and Bowling, A. (1989). Observational study of quality of life in NHS nursing homes and a long- stay ward for the elderly, 9, 23- 48.
47. Schalock, R.L. (1997). Can the Concept of Quality of Life Make a Difference? U: Schalock, R.L. (Ed.): Quality of Life. Application to Persons With Disabilities (245-267). Washington DC: American Association on MentalRetardation.
48. Seymour, J.E., Kumar, A., Froggat, K. (2011). Do nursing homes for older people have the support they need to provide end of life care? Amixed methods enquiry in England. Palliat Med. 25(2): 125-138.
49. Татијана Грнчарски, Анђелија Ћоповић. (2013). Практикум- услуга предах за децу са сметњама у развоју, Покраински завод за социјалну заштиту, Нови Сад, Република Србија.
50. Трговчевић, С., Недовић, Г., Kљајић, Д. (2012). Парадокс инвалидитета: Висок квалитет живота упркос свему. У: Димић, Н. (Ур.). Зборник резимеа са: Дани дефектолога (69). Златибор: Друштво дефектолога Србије.
51. Тамаш, М. Д. (2015). Тип становања и квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу, Докторка дисертација, Београд: Факултет за спеијалну едукацију и рехабилитацију.
52. Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J., St Michel, G. (1999). Kvebeška klasifikacija: nastajanje situacije hendikepa, INDCP/CSICIDH.
53. Holmes D. (2005). Communication Theory: Media, Technology and Society, Sage Publications. London.
54. Хрњица, С. (2011.) Деца са сметњама у развоју, потребе и подршке. Full Moon Далматинска 57. Београд.
55. Хрњица, С. и сар. (2007). Школа по мери детета, Институт за психологију, Save the children UK, Канцеларија у Београду.
56. Cummins, R.A. (2005): Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research.
57. Чанковић, С., Николић, Е., Чанковић, Д., Радић, И., Хархај, С. (2011). Квалиете живота-теоријски приступ; Здравствеа заштита, Комора здравствених установа Србије, Београд, бр.5.
58. Шобот, А. ( 2011). Демографски оквир родне неравноправости; Геронтологија 1/2013, Геронтолошко друштво Србије, Београд.
59. Шушњевић, С. (2015). Квалитет живота одраслих особа са моторним инвалидитетом на територији Војводине, Докторска дисертација, Нови Сад: Медицински факултет.
60. Шушњевић, С. (2015). Квалитет живота одраслих особа са моторним инвалидитетом на територији Војводине, Докторска дисертација, Нови Сад: Медицински факултет.
61. WHO (1997). WHOQOL, Measuring Quality of Life, Division of Mental health, and prevention of substance abduse, WHO доступно на<http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>
62. WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO: Switzerland, Geneva.
63. WHOQOL Group: World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995, 41:1403-9.
64. World Report on Disability (2011), World Health Organization, ISBN-13: 978-92-4-156418-2, Geneva.

Интернет извори:

1. <http://www.prihvatiliste.rs>
2. <http://www.zavodsz.gov.rs>

# ПРИЛОГ 1

**Upitnik namenjen korisnicima usluga socijalne zaštite o stepenu medijske vidljivosti socijalnih usluga u Srbiji**

Pred Vama se nalazi niz izjava. Pročitajte pažljivo svaku izjavu i odlučite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Zaokružite sledeće tvrdnje, zavisno od nivoa slaganja, odnosno neslaganja:

U POTPUNOSTI SE SLAŽEM - 5

UGLAVNOM SE SLAŽEM - 4

NISAM SIGURAN/NA - 3

UGLAVNOM SE NE SLAŽEM - 2

U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM - 1

Ne postoje tačni ili netačni odgovori. Samo Vi možete reći koja su Vaša uverenja, zato Vas molim da označite ono u šta zaista verujete. Zaokružite tvrdnju koja pokazuje stepen Vašeg slaganja ili neslaganja sa datim izjavama. Molim Vas da odgovorite na svako pitanje. Istraživanje je anonimno i podaci se isključivo koriste u istraživačke svrhe. Hvala!

1. Pol

* Ženski
* Muški

1. Starost



1. Nivo obrazovanja

* Osnovna škola
* Srednja škola
* Viša škola/fakultet



1. Mesto stanovanja



1. Upoznat/a sam sa vrstama socijalnih usluga koje se nude korisnicima u Srbiji

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Informacije o uslugama socijalne zaštite dobio/la sam preko društvenih mreža



* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. O uslugama socijalne zaštite sam mnogo saznao/la preko televizije

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. O uslugama socijalne zaštite čitao/la sam u novinama/časopisima

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Informacije o uslugama socijalne zaštite sam dobio/la na osnovu flajera, reklama na bilbordima

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Smatram da se o uslugama socijalne zaštite dovoljno govori i piše u medijima u mom okruženju

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Informisanost o uslugama socijalne zaštite mi je pomogla da uvidim njihove prednosti i obratim se nadležnima

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Nakon dobijanja informacija o uslugama socijalne zaštite, preneo/la sam ih prijatelju/rodjaku kome su te usluge takođe potrebne

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Posle saznanja o uslugama socijalne zaštite rešio/la sam da posetim odgovarajuću ustanovu

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Na osnovu saznanja o uslugama socijalne zaštite promenio/la sam stav prema svom problemu

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Korišćenjem usluga socijalne zaštite pomogao/la sam sebi

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Nakon dobijenih informacija o uslugama socijalne zaštite i korišćenjem istih, poboljšao/la sam kvalitet svog života

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Dobijanje informacija o uslugama socijalne zaštite uticalo je na poboljšanje mog zdravlja

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Dobijene informacije o uslugama socijalne zaštite su uticale na povećanje moje motivacije za napredovanjem

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Od kad koristim usluge socijalne zaštite stekao sam mnogo više prijatelja

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Saznanje o uslugama socijalne zaštite i korišćenje istih imalo je bitan uticaj na moj socijalni život

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Medijska vidljivost usluga socijalne zaštite imala je pozitivan uticaj na stavove o ljudima koji su u sličnoj situaciji kao ja

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

# ПРИЛОГ 2

**Upitnik namenjen članovima društvene zajednice o stepenu medijske vidljivosti socijalnih usluga u Srbiji**

Pred Vama se nalazi niz izjava. Pročitajte pažljivo svaku izjavu i odlučite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Zaokružite sledeće tvrdnje, zavisno od nivoa slaganja, odnosno neslaganja:

U POTPUNOSTI SE SLAŽEM - 5

UGLAVNOM SE SLAŽEM - 4

NISAM SIGURAN/NA - 3

UGLAVNOM SE NE SLAŽEM - 2

U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM - 1

Ne postoje tačni ili netačni odgovori. Samo Vi možete reći koja su Vaša uverenja, zato Vas molim da označite ono u šta zaista verujete. Zaokružite tvrdnju koja pokazuje stepen Vašeg slaganja ili neslaganja sa datim izjavama. Molim Vas da odgovorite na svako pitanje. Istraživanje je anonimno i podaci se isključivo koriste u istraživačke svrhe. Hvala!

1. Pol

* Ženski
* Muški

1. Starost



1. Nivo obrazovanja

* Osnovna škola
* Srednja škola
* Viša škola/fakultet



1. Mesto stanovanja



1. Upoznat/a sam sa vrstama socijalnih usluga koje se nude građanima u Srbiji

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Informacije o uslugama socijalne zaštite dobio/la sam putem televizije



* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Informacije o uslugama socijalne zaštite dobio/la sam putem društvenih mreža

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Informacije o uslugama socijalne zaštite dobio/la sam putem dnevne štampe/časopisa, flajera

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Informacije o uslugama socijalne zaštite dobio/la sam preko prijatelja i/ili rodjaka

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Informisanost o uslugama socijalne zaštite od strane zaposlenih u lokalnoj samopravi je najznačajniji izvor informacija onima kojima su usluge potrebne

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Smatram da su informacije o uslugama socijalne zaštite u dovoljnoj meri prisutne u medijima u Srbiji

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Adekvatno medijsko eksponiranje usluga socijalne zaštite omogućilo je mom prijatelju/rodjaku da pristupi uslugama koje su mu potrebne u najkraćem roku

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Medijsko eksponiranje usluga socijalne zaštite je obogatilo moja saznanja o uslugama za koje do tada nisam znao da postoje

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Korišćenjem usluga socijalne zaštite korisnici u značajnoj meri pospeše kvalitet svog života

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Smatram da je stepen medijske vidljivosti korisnika socijalnih usluga pozitivno uticao na njihov pristup medicinskim uslugama

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Smatram da je stepen medijske vidljivosti korisnika socijalnih usluga pozitivno uticao na njihove uslove stanovanja

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Smatram da je stepen medijske vidljivosti korisnika socijalnih usluga pozitivno uticao na njihovu motivaciju za daljim obrazovanjem

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Smatram da je stepen medijske vidljivosti korisnika socijalnih usluga pozitivno uticao na njihovu mogućnost zaposlenja

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Smatram da je stepen medijske vidljivosti korisnika socijalnih usluga pozitivno uticao na njihov socijalni život



* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem



1. Stepen medijske vidljivosti socijalnih usluga uticao je na korisnike da spoznaju osećanje lične vrednosti i izgrade pozitivnu sliku o sebi

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem

1. Stepen medijske vidljivosti socijalnih usluga utiče na povećanje tolerantnosti društva u kojem živimo prema potrebama korisnika socijalnih usluga

* U potpunosti se slažem
* Uglavnom se slažem
* Nisam siguran/na
* Uglavnom se ne slažem
* U potpunosti se ne slažem