

Радомир Б. Арсић

Учитељски факултет

Призрен – Лепосавић

УДК 371.3-053.2:81'233-056.263

376.1-056.263-053.2

371:311.1

DOI 10.7251/NSK1602041A

Оригинални научни рад

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ГЛУВЕ ДЕЦЕ У ПОСЕБНОМ СИСТЕМУ ОБРАЗОВАЊА У СРБИЈИ

***Апстракт:** Квалитет живота је нејасан и тешко дефинисан критеријум јер индивидуални циљеви, поред економских, културних, религијских и образовних фактора, имају доминантни утицај. Под квалитетом живота се обично описују фактори који имају утицај на животне услове друштва али и на појединца а уопштено се мисли на степен благостања сваке појединачне особе или групе људи.*

Рад покушава да представи и објасни разлике које се појављују у социјалној интеракцији и прилагођавању глуве и наглуве деце која се образују у посебним школама за децу оштећеног слуха а за време школовања се налазе у два различита дискуса: у својим породицама и у интернатима тих школа.

Рад проучава утицај губитка слуха на квалитет живота глуве деце и омладине старосног узраста 13 –18. године, користећи Педијатријски упитник о квалитету живота (Pediatric Quality of Life Inventory ТМ – PedsQL^{ТМ}). Резултати који су добијени показали су да ученици који се налазе у интернатима посебних школа боље оцењују свој квалитет живота у односу на ученике који се налазе у својим породицама.

***Кључне речи:** квалитет живота, глуво дете, породица, интернат, социјална заштита.*

Увод

Потпуни недостатак слуха (глувоћа) или тешко оштећење слуха, уколико се посматра искључиво на плану физичког развоја детета, не представља нарочито тежак недостатак. Међутим, последице које ова ометеност оставља на плану психосоцијалног развоја и изградње личности, пре свега на пољу комуникације и усвајања говорно-језичког система, глувоћу сврставају у један од најозбиљнијих хендикепа. Из тог разлога, проблеми особа са оштећењем слуха привлаче пажњу стручњака различитих профила. И данас се поставља питање стимулативније средине за децу оштећеног слуха, односно која средина представља стимулативнију ситуацију, породица детета или институција у којој се деца школују заједно са својим слушно оштећеним вршњацима.

Психосоцијалне тешкоће код особа оштећеног слуха обухватају како психичке тако и социјалне аспекте живота. Ови аспекти у себи обухватају и добар осећај о себи, осећање пријатности у друштву, контролу напетости и стреса, као и могућност испуњавања циљева у свом животу. Хиднли и сарадници (Hidnley, Hill, McGuigan & Kitson, 1994) наглашавају велики значај породице и то посебно, улогу родитеља у развоју детета оштећеног слуха и закључују да начин

комуникације између глуве деце и чујућих родитеља представља најважнији фактор у развоју комуникативних способности, социјалном развоју и постизању социјалне зрелости код ове деце.

Сам појам „квалитет живота“ први је употребио енглески економиста Артур Цецил Пигоу (Arthur Cecil Pigou) приликом описивања економског благостања (1920. године је издао књигу *Економика благостања*), а израз је постигао пуну популарност 1970. године, када га је и председник САД Џон Кенеди користио у описивању стања нације. Појам квалитет живота је настао као потенцијално обједињавање концепата који представљају циљ за услуге, као и њихову процену на утицаје народа дан за даном. Felase (1997), када говори о дефиницији појма квалитет живота, каже да ова дефиниција варира и окупља различите развојне промене код појединца и његовог идентитета, тако и у природи, искуству и животним стиливима. Он поставља фокус на филозофским услугама као што су: интеграција, одржавање односа и других веза, развој, као и могућност вођења типичног и социјалног живота.

Светска здравствена организација (WHO, 1993) под квалитетом живота подразумева индивидуалну перцепцију сопствене позиције у животу, учешће у културном контексту и вредности у самом систему живота као и однос према сопственом циљу, очекивањима, стандардима и преокупацијама (Костић-Ивановић, 2015, стр. 20). Братковић (2002) одређује квалитет живљења особа са тешкоћама као одређену, као и у општој популацији, посредним и непосредним међусобним односима у друштву, политици, култури, васпитању и образовању, те врстама подршке. Исто тако, квалитет живљења особа са тешкоћама не одређује примарно њихова развојна тешкоћа (ометеност) већ услови и утицаји околине којима је особа изложена, укључујући и ставове социјалне средине (Ћиркигајић, Братковић, Репани, 2006). Hughes и др. (1995, према Братковић, 2002), на основу анализе литературе везане за квалитет живота на подручју социјалне психологије, менталног здравља, друштвене интеграције и запошљавања, издвојили су 15 основних димензија квалитета живота: 1. Психолошки осећај сопственог задовољства; 2. Социјална интеракција; 3. Рад и запослење; 4. Физички осећај задовољства и материјална добит; 5. Самоодређење, аутономија и лични избор; 6. Оспособљеност, друштвена прилагођеност и вештина животне самосталности; 7. Друштвена интеграција; 8. Социјални статус и еколошка свест; 9. Лични развој и испуњеност; 10. Становање; 11. Рекреација и слободно време; 12. Нормализација; 13. Индивидуални и социолошки демографски индикатори; 14. Грађанска одговорност; и 15. Примање потребне помоћи. Све ове, напред наведене димензије квалитета живота односе се на целокупну популацију, па и на особе са ометеношћу.

Истраживања која су спроведена код деце са ометеношћу, показала су да је оцена квалитета живота код њих много нижа у односу на децу која немају ометеност, али су и указали на то да различите ометености имају различит утицај на саму оцену квалитета живота као у целини, тако и у одређеним сегментима функционисања (Watson, Keith, 2002). Квалитет живота деце са ометеношћу

опadao је сразмерно тежини оштећења, али и присуством удружених сметњи или других болести, а истовремено је квалитет живота опadao и са узрастом испитиване деце, јер су адолесценти старијег узраста оцењивали нижим свој квалитет живота у односу на млађу децу. Код глуве деце, испитивање квалитета живота је нагло проширено последњих година, те је дошло до пораста радова на ову тему. Међутим, највећи број радова је усмерен на испитивање квалитета живота глуве деце код којих је извршена инплантација кохлеарног импланта као и његов утицај на квалитет живота (Остојић и др. 2010). Истраживање квалитета живота код деце са оштећењем слуха може да укаже на области функционисања и аспекте живота који захтевају додатну подршку и ангажовање стручњака, као и да допринесу бољем разумевању карактеристика и потреба ове деце (Škrbić et al, 2013).

Такође, многи истраживачи су испитивали разлике у квалитету живота између ученика који чују и глувих ученика (Umansky, A.M., Jeffe, D.B., Lieu, J.E, 2011) и нашли су резултате са значајним разликама у корист квалитета живота код деце која чују у односу на глуву децу, поготово на скали школског постигнућа где се сво показује сиромаштво квалитета глуве деце у односу на ону која чује. Оно што ови аутори наводе у свом истраживању, а које је значајно када се односи на глуве испитанике, и уопште глуву популацију, јесте да су глуви адолесценти који су користили индивидуални слушни апарат показали мањи резултат у оцењивању квалитета живота од глувих испитаника који нису користила никаква слушна помагала. Исти аутор ове резултате повезује са образовним статусом њихових родитеља, па се због тога овај закључак не може узети као референтан у закључивању. Lin и Niparko (2006) су испитивали квалитет живота код деце која су имала уграђен кохлеарни имплант, а Borujeni, Hatamizadeh и Vameghi (2015) су испитивали однос квалитета живота у односу на степен оштећења слуха код 255 адолесцената од 11 до 18 година и упоређивали га у односу на пол, старост деце и школско функционисање. Занимљиво је да су они добили резултате који су показали да је квалитет живота бољи код адолесцената који имају мање оштећење слуха, као и да девојке дају боље резултате на пољу физичког функционисања. Шкрбић и сарадници су у Србији, 2011. године испитивали 52 адолесцената са оштећењем слуха од 13 до 18 година и упоређивали га са резултатима 122 адолесцената без оштећења слуха, и утврдили су да глувоћа утиче на све аспекте квалитета њиховог живота. Munoz-Baell et al (2000) су објаснили да постоји велика разлика у проблемима који се појављују код деце која су рођена глува или су оштећење добили веома рано и деце код којих је оштећење слуха наступило знатно касније. Глувоћа код рођења одражава лингвистички проблем – недостатак комуникације која доводи до друштвеног одбијања, скромног образовања, тешкоћа у комуникацији, нижих радних места, нижих прихода, а који сви скупа, имају велики утицај на процену квалитета живота.

Hintermaier (2010) је испитивао квалитет живота деце оштећеног слуха у редовним школама у којима се налазе ова деца (тзв. инклузивним школама) у Немачкој. Он је у свом истраживању нашао да је квалитет живота код деце са

лакшим оштећењем слуха скоро идентичан као и код њихових вршњака који чују, али је и указао да је квалитет живота код глуве деце уско повезан са факторима као што су комуникативна способност, интелигенција, академска постигнућа итд. Umanski и сарадници (2011) су константовали велике разлике у оцењивању квалитета живота између чујуће и глуве популације и то пре свега у школском и социјалном функционисању. Heward (2000) константује велике проблеме у психосоцијалним односима код глуве деце, самопоштовању, као и у укупној процени квалитета живота код глуве деце. Qyewumi et al. (2012) су нашли код глувих ученика много више проблема у понашању и социјалним вештинама у односу на популацију дјеце која чују, чиме је наметнут озбиљан изазов психосоцијалном развоју појединца са оштећеним слухом. Исти аутори (2013) указују на повезаност времена настанка глувоће са квалитетом њиховог живота.

Како смо навели, врло је мало истраживања у којима се испитивао квалитет живота у глумим заједницама (глумим културама). Нормално је да је оцењивање квалитета живота у популацији дјеце која чују, упоређујући је са глумом популацијом, доводило до појаве значајних разлика. Савулеску (Savulesku, 2002) описује да одрасли глуви не виде проблем у својој деци која су глува, јер глувоћу не доживљавају као инвалидитет, већ као дефинисање њиховог јединственог културног идентитета и јединственог начина комуникације. Исти аутор наводи да и многи глуви родитељи одбијају да својој деци (која су такође глува) уграде кохлеарни имплант, јер се на тај начин они одлучују за „најбољу перспективу живота“ своје деце. На овај начин они прихватају мишљење Јоhна Стурта Милла, филозофа и радикалног реформатора, који тврди да када наши поступци утичу само на себе, треба да буду слободни у томе и да изграде и делују на представу о томе шта је најбоље за наш живот (Savulesku, 2002).

Циљ нашег истраживања је био да се испита оцењивање квалитета живота глуве и наглуве деце која се за време свог школовања у посебним школама за децу оштећеног слуха, налазе у интернатима тих школа и процене квалитета живота глуве и наглуве деце која се исто тако школују у посебним школама за глуму децу, али у школу свакодневно долазе из својих породица. Рад има за циљ да испита разлике у процени квалитета живота између ова два подсистема у школовању, и да укаже на то који од ова два система пружа боље услове у развоју глуве деце, односно пружа боље услове у квалитету живота код ове популације. У складу са овим дефинисаним циљем постављена је општа хипотеза да се глуви и наглуви ученици који се школују у посебним школама за глуму децу, а за време школовања се налазе у својим, природним породицама процењују боље квалитет свог живота у односу на ученике који се за време свог школовања налазе у интернатима тих посебних школа. Испитивање је извршено поделом по полној структури, односно да ли пол утиче на процену квалитета живота те деце, узраст испитаника, као и на то да ли се појављује статистички значајна разлика у резултатима између адолесцената који се налазе у својим породицама и оних који се налазе у интернатима посебних школа.

Узорак испитивања је сачињавао 61 глуви и наглуви ученик основног образовања, старости од 8 до 13 година, оба пола. Узорак је подељен на две подгрупе: прву је сачињавао 31 глуви и наглувих ученика који су за време свог школовања смештени у интернате школа, а друга је чинила 30 ученика који су се за време свог школовања налазили у својим породицама. Сви ученици су похађали посебне школе за децу оштећеног слуха: ОШ „Радивој Поповић“ из Земуна (њих 30 који су користили интернатски смештај) и 31 ученика Школе за оштећене слухом-наглуве „Стефан Дечански“ из Београда (који су свакодневно долазили у школу из својих породица).

Подаци о степену оштећења слуха узети су из персоналних досијеа ученика, односно школске документације, и узорак је био уједначен по степену оштећења слуха, односно сви испитаници су имали оштећење слуха у границама од 41 до 60 децибела, што их је сврстало у категорију умереног оштећења слуха. И један од испитаника није имао уграђен кохлеарни имплант, већ су само користили индивидуалне слушне апарате. Истраживање није угрозило права испитаника, а подаци који су добијени заштићени су и доступни су само истраживачу. Испитаници су били информисани о истраживању и сврси истраживања, тајности података, а законски заступници (родитељи и директори школа) су дали свој пристанак за спровођење овог истраживања.

За потребе овог истраживања коришћен је Педијатријски упитник о квалитету живота (Pediatric Quality of Life Inventory™ – PedsQL™) верзија 4.0., овај упитник припада групи генеричких упитника који служе за процену квалитета живота деце узраста од 8 до 13 година и садржи 23 питања која су разврстана у четири скале, а одговори су груписани од 0 до 4. Скале су: *Емоционално функционисање* (8 питања); *Социјално функционисање* (5 питања); *Школско функционисање* (5 питања) и *Физичко функционисање* (5 питања). Скорови упитника су дескриптивно обрађени за групу глувих и наглувих ученика у интернату и групу глувих и наглувих ученика из породица, и приказани су кроз проценте и фреквенције за сваку област и питање у оквиру испитаване области. Упитник је преведен на српски језик и културолошки прилагођен, а скала одговора садржи пет нивоа бодовања: 0 = никад не представља проблем; 1 = скоро никад не представља проблем; 2 = понекад представља проблем; 3 = често представља проблем; 4 = скоро увек представља проблем. При обради података, врши се обрнуто бодовање и линеарна трансформација у 0 – 100 скалу (0=100; 1=75; 2=50; 3=25; 4=0), тако да виши резултати уједно представљају и оцену бољег квалитета живота. Резултати (скорови) скала се рачунају као сума ставки подељених бројем одговора. Обрадом добијених резултата добијају се скорови четири субскеале и три сумарна сора. Сумарни скор физичког здравља одговара субскеали физичког функционисања, док је за сумарни скор психосоцијалног здравља рачуна просек одговора на субскеалама емоционалног, социјалног и функционисања у школи. Укупан скор скале представља количник збира свих ставки и укупних одговора на свим скалама.

За испуњавање упитника било је потребно између 5 и 20 минута, јер се приликом испуњавања упитника користило попуњавање у мањим групама, читање питања и њихова интерпретација као и коришћење знаковног језика, како би свако питање било детаљно схваћено од стране сваког глувог испитаника.

Статистичка анализа добијених резултата обухватала је дескриптивну статистику и статистичку анализу (Кронбахов алфа t-тест и Пирсонов коефицијант корелације). Све статистичке анализе су вршене у статистичком програму SSPS 19.

Табела број 1. Подела испитаника по полу и месту становања

	N	%
Дечаци	28	45,9
Девојчице	33	54,1
За време школовања су у својим породицама	31	50,8
За време школовања се налазе у интернату	30	49,2

Табела број 1 показује да од укупног броја испитаника, девојчице чине бројнију групацију (33 или 54,1%) у односу на дечаке. А група испитаника која се за време свог школовања налази у својим породицама и интернатима посебних школа скоро су изједначене (50,8% у односу на 49,2%).

Резултати истраживања

Поузданост упитника је израчуната уз помоћ коефицијента Кронбах алфе у узорку деце оштећеног слуха, и на целокупном узорку су добијени следећи резултати:

Табела број 2. Кронбахов алфа коефицијент конзистетности за скалу у целини и подскале

О мом здрављу и активностима	0,820
О мојим осећањима	0,701
Како се слажем са другима	0,742
О проблемима у школи	0,729
Укупно	0,748

Табела број 2 приказује Кронбахов алфа коефицијент конзистетности субскале и скале у целини. На нашем узорку скала у целини има добру унутрашњу конзистетност, јер Кронбахов коефицијент алфа износи 0,748. Такође, и свака од субскала посебно показује висок степен поузданости јер се Кронбахов алфа коефицијент креће од 0,701 до 0,820. На основу добијених резултата (Кронбах алфа < 0,70) се може закључити постојање могућности групног поређења.

Проверена је и факторска анализа кроз вредност Kaiser-Meyer-Olkinovog показатеља, који је износио 0,792, што премашује препоручену вредност од 0,6

(Kaiser, 1970, 1974). Исто тако Бартлетов тест сверичности (Bartlett, 1954) је показао статистичку значајност и износи 694,389, односно статистичка значајност је на 0,000.

Просечне вредности и стандардна девијација на скалама и субскалама коришћеног упитника, на основу самопроцене адолесцената оштећеног слуха који се за време свог школовања налазе у својим породицама и оних који се за време школовања налазе у интернатима посебних школа за децу оштећеног слуха, приказана је у Табели 3.

Табела бр. 3. Квалитет живота глуве деце из породице и из интерната

	Глува деца у породици			Глува деца у интернату			
	31			30			
	α	AS/M	SD	α	AS/M	SD	p
Укупан скор скале	0,885	49,354	15,369	0,928	51,433	17,911	0,005
Физичко здравље	0,801	9,129	4,372	0,795	8,333	3,906	0,002
Психосоцијално здавље	0,679	7,806	3,553	0,706	8,433	3,847	0,026
Емоционална супскала	0,648	10,741	3,838	0,752	11,333	4,113	0,010
Социјална супскала	0,649	10,419	4,064	0,814	10,133	4,746	0,005
Супскала школа	0,705	11,258	4,090	0,724	13,200	4,405	0,005

На свим скалама и субскалама, адолесценти са оштећеним слухом, који се за време свог школовања налазе у интернату посебне школе за децу оштећеног слуха, проценили су квалитет живота вишим у односу на децу оштећеног слуха која се за време школовања налазе у својим породицама. Разлика између просечних скорова на целој скали као и на субскалама била је на нивоу статистичке значајности ($p = 0,026$). Коefицијент поузданости резултата добијених на основу самопроцене адолесцената оштећеног слуха који се за време школовања налазе у својим породицама, кретали су се од 0,64 на емоционалној субскали, до 0,80 на субскали физичког здравља. Код адолесцената који су за време свог школовања смештена у интернату школе за глуву децу, добијени су мање изражени резултати, јер су се они кретали у распону од 0,70 на субскали психосоцијално здравље до 0,81 на социјалној субскали. Резултати који су добијени су и очекивани, јер су глуви адолесценти у интернатима посебне школе много боље социјално прилагођени и уопште прилагођенији и мање захтевни од адолесцената који бораве у својим породицама, због рестриктивних услова у којима они бораве током свог школовања.

Процена квалитета живота је указала да адолесценти који се за време свог школовања налазе у својим породицама, оцењују нижим просечним скоровима свој квалитет живота у односу на ученике који бораве у интернатима посебних школа (Табела 4).

Табела бр. 4. Корелације између процене квалитета живота прве и друге групе испитаника

Скале	Глува деца у породици	Глува деца у интернату
Укупан скор скале	0,51	0,62
Физичко здравље	0,37	0,50
Психосоцијално здравље	0,51	0,61
Емоционална субскала	0,53	0,59
Социјална субскала	0,33	0,54
Супскала школа	0,62	0,51

Сагласност између процена деце оштећеног слуха који се за време свог школовања налазе у својим породицама или у интернатима посебних школа за глуву децу, израчуната је преко Пирсоновог коефицијента корелације - r (Табела 4.). Након обраде резултата, ниском сагласношћу сматране су вредности коефицијента корелације $r < 0,40$; умерена од 0,41 – 0,60; висока од 0,61 – 0,80 и врло висока од 0,81 – 1 (Varni et al, 2007). Највиша сагласност код одговора деце оштећеног слуха који се налазе у својим породицама добијена је на субскали функционисања у школи ($r = 0,62$, висока) а најнижа на социјалној субскали ($r = 0,33$, ниска) и скали физичког здравља ($r = 0,37$, ниска). Све остале добијене вредности биле су у нивоу умерене сагласности.

Закључак

Квалитет живота представља сложен појам кога различите струке и аутори користе и тумаче на различите начине. Међутим, код свих је сагласност да се ради о појму који обухвата знатан број објективних и субјективних чинилаца за задовољење потреба и самоперцепције појединца. Квалитет живота може да буде проблем код деце оштећеног слуха, јер се може оспорити важност комуникације, односно њихово свакодневно учешће у комуникацији са чујућом средином. Ово, пре свега, што последице оштећења слуха укључују и смањену способност комуникације, кашњења у развоју говора и језика, стигму и друштвену изолацију ове деце, те се њихов квалитет живота не може, у начелу, оценити као повољан. Тако да се данас процена квалитета живота може представити као интегрални део праћења развоја и исхода рехабилитације и едукације деце са оштећењем слуха и говора.

Процена квалитета живота дата од стране самих ученика са оштећењем слуха, представља додатни изазов, јер претпоставља и њихов одређени ниво когнитивног развоја, као и развоја говорних и језичких функција. То је и био разлог за ово истраживање, као и за то што је циљна група била узраста од 13 до 18 година, јер смо сматрали да они поседују довољну језичку и когнитивну компоненту да схвате сврху испитивања, као и да разумеју шта се од њих тражи. Наравно да је приликом испитивања био присутан и преводилац за гестовни говор, који је свако питање (као и могуће одговоре) увек преводио на гестовни говор, да би деца боље разумела.

Добијени су резултати који су показали да адолесценти оштећеног слуха који се за време свог школовања налазе у интернату посебне школе за глуву децу, имају повољније мишљење о квалитету живота, без обзира што су у заштићеној средини (интернату), у односу на адолесцените који се за време школовања налазе у својим породицама. Показало се да у скоро свим аспектима добијени нижи одговори у односу на квалитет живота код адолесцената из породица, мада би резултати требало да буду повољнији за ове адолесцените, односно очекивања о вишем задовољству квалитета живота ових испитаника у односу на испитанике из интерната.

Ови резултати су значајни и због тога што су сва досадашња истраживања квалитета живота била у поређењу популације која чује са адолесцентима оштећеног слуха, и да су увек те разлике биле очигледне на страни популације која нема проблем са слухом. Ми смо у раду покушали да извршимо испитивање мишљење о квалитету живота самих адолесцената оштећеног слуха из два посебна система смештаја за време свог школовања и који су у посебном систему образовања, односно похађају посебне школе за децу оштећеног слуха. Претежно умерена сагласност која је добијена овим истраживањем може да утиче на глобално побољшање живота глувих адолесцената, односно њихово побољшање квалитета живота, као и на препознавање свих изазова који се постављају пред родитеље, али и пред установе у којима бораве адолесценти оштећеног слуха, као и стручњака који се баве њиховом рехабилитацијом и едукацијом.

Литература

- Bartlett, M. S. (1954). *A note on multiplying factors for various chi-squared approximations*. Journal of the Royal Statistical Society, Series B 16: 296–298.
- Bratković, D. (2002.): *Kvaliteta življenja osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom u obiteljskim i institucionalnim uvjetima života*. Disertacija. Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Borujeni, S.S., Hatamizadeh, N, Vameghi, R., Karaskian, A. (2015). *Hearing Loss Related Quality of Life in Adolescents with Hearing Loss*, Iranian Rehabilitation Journal, Vol. 13, Issue 1, Spring 2015.
- Čirkinagić, S., Bratković, D., Repani, I. (2006). *Objektivni pokazatelji kvalitete življenja dece sa teškoćama u standardnim i specijalizovanim udomiteljskim obiteljima*, Zbornik radova sa 6. međunarodnog seminara „Živjeti zajedno”, Savez defektologa Hrvatske, Varaždin, pp. 289–300.
- Felice, D. (1997). *Defining and applying the concept of quality of life*, Journal of Intellectual Disability Research, vol. 41, part 2, pp. 126–135.
- Hindley, P.A., Hill, P.D., McGuigan, S., Kitson, N. (1994). *Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: a prevalence study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1994 Jul;35(5): 917–934.
- Hintermair M. (2010). *Quality of life of mainstreamed hearingimpaired children - results of a study with the Inventory of Life Quality of Children and Youth (ILC)*.

- Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vol. 38(3):189–19.
- Heward, W.L. (2000). *Exceptional children: An introduction to special Education*. New Jersey: Prentice. Essays in education.
- Jovanović, M. (2013). *Socijalni aspekt kvaliteta života osoba sa telesnim invaliditetom*. Gradska biblioteka „Atanasije Stojković” Ruma.
- Kostić-Ivanović, V. (2015). *Истражувања на квалитетот на живот кај лица со попреченост во Р.Македонија. Zbornik Unapređenje kvaliteta života dece i mladih*. Udruženje za podršku i kreativni razvoj dece i mladih i Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli, Ohrid.
- Kaiser, H.F. (1970). *A secound generation little jiffy*. Psihometrika, 35 (4): 401–415.
- Kaiser, H.F. (1974). *An index of Factorial Simplicity*. Psihometrika, 39 (1): 31–36.
- Lin FR, Niparko K. *Measuring health-related quality of life after pediatric cochlear implantation: A systematic review*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70:1695–1706.
- Savulesku, J. (2002). *Deaf lesbians, “designer disability,” and the future of medicine*, Journal of Medical Ethic, Volume 325, 771–773 (sa sajta: jme.bmjournals.com) <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7367.771> (Published 05 October 2002).
- Škrbić R, Milankov V, Veselinović M, Todorović A. (2013). *Impact of hearing impairment on quality of life of adolescents*. Medicinski pregled vol. 66(1-2):32–39.
- Ostojić S, Đoković S, Mikić B, Mirić D, Andrić- Filipović S, Mikić M. (2010). *Uticao kohlearnog implanta na promene u kvalitetu života gluvih osoba*. Beogradska defektološka škola, No 3, pp 445–455.
- Oyewumi, A. (2012). *Analysis of emotional and behavioural disorder among primary school children with hearing impairment*. Nigerian Journal of Clinical and Counseling psychology, Vol. 18.
- Oyewumi, A., Akangbe, Taiwo A. & Olufemi (2013). *Personality Factors as Correlates of Perceived Quality of Life among Adolescents with Hearing Impairment in Selected Secondary Schools in Lagos State*. Nigeria Journal of Education and Practice Vol.4, No.9.
- Varni, J., Limbers, C., Burwinkle, T. (2007). *How young can children reliably and valid self-report their health-related quality of life?* HealthQual Life Outcoms, 2007; 5: 1.
- Umansky, A.M., Jeffe, D.B., Lieu, J.E. (2011). *The HEAR-QL: Quality of Life Questionnaire for Children with Hearing Loss*. Journal of the American Academy of Audiology, Volume 22, Number 10, pp. 644–653(10).
- Watson, S., Keith, K. (2002). *Comparing quality of life of schoolage children with and without disability*. Ment Retard; 40 (4): 304–312.

Radomir Arsić

QUALITY OF LIFE OF DEAF CHILDREN IN SPECIAL EDUCATION SYSTEM IN SERBIA

Summary

The quality of life is a criterion which is vague and difficult to define, for individual goals in addition to economic, cultural, religious and educational factors, have a dominant influence. The quality of life usually includes factors that have an impact not only on the living conditions of society but on the individual, too, and generally it is referred to the level of welfare of each person or group of people.

The paper tries to present and explain the differences that occur in social interaction and adaptation of deaf and hard of hearing children who are educated in special schools for hearing impaired children and who are situated in their families and in these boarding schools, during their schooling.

This paper explores the impact of hearing loss on the quality of life of deaf children and youth ages 13-18, using Pediatric Quality of Life Inventory™ – PedsQL™. The results show that students who are in special boarding schools better assess their quality of life compared to students who are in their families.

Key words: *quality of life, deaf child, family, boarding school, social protection.*