

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Марија Б. Нешић

**РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ АДОЛЕСЦЕНАТА НА
АЛТЕРНАТИВНОМ СТАРАЊУ**

докторска дисертација

Београд, 2025.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

Marija B. Nešić

**RESILIENCE AMONG ADOLESCENTS IN
ALTERNATIVE CARE**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2025.

МЕНТОР¹

др Весна Жунић-Павловић, редовни професор

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ:

др Марија Маљковић, доцент

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, председник

др Весна Жунић-Павловић, редовни професор

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, ментор

др Вера Петровић, доцент

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, члан

др Ивана Радовановић, ванредни професор

Криминалистичко-полицијски универзитет, члан

Датум одбране: _____

¹ Одлуком Наставно-научног већа Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију (бр. 3/235 од 23.12.2022. године) промењен је ментор за израду докторске дисертације.

Овај рад посвећујем својој породици која ми је била неизмерна подршка, ослонац и снага током свих изазова на овом путу.

Искрено захваљујем својој менторки на стручном вођењу, стрпљењу и посвећености, као и својом колегама и пријатељима на несебичној подршци и мотивацији током целокупног процеса рада. Посебну захвалност дугујем адолесцентима на домском и хранитељском смештају, као и васпитачима и саветницима за хранитељство који су својим учешћем и сарадњом омогућили израду ове докторске дисертације.

РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ АДОЛЕСЦЕНАТА НА АЛТЕРНАТИВНОМ СТАРАЊУ

САЖЕТАК

Резилијентност омогућава адолесцентима да, упркос изложености ризицима, превазиђу изазове и усмере свој развој ка позитивним исходима. Резилијентност укључује три компоненте које се односе на ризик, факторе резилијентности и позитивну адаптацију.

Циљ истраживања био је утврђивање улоге резилијентности у односу између трауматских догађаја, са једне, и проблема понашања и компетенције, са друге стране, код адолесцената на алтернативном старању.

Узорак истраживања чинило је 225 адолесцената на алтернативном старању, оба пола, узраста 14 до 21 године, на домском и хранитељском смештају. Подаци су добијени анализом службене документације и анкетирањем адолесцената. У истраживању су коришћени следећи инструменти: Листа трауматских догађаја (ACE), Модул резилијентности и развоја младих (RYDM) и Упитник за младе (YSR).

Резултати овог истраживања указују на значајне корелације између три компоненте резилијентности: трауматски догађаји су негативно повезани са факторима резилијентности и компетенцијом, а позитивно са проблемима понашања; фактори резилијентности су позитивно повезани са компетенцијом, а негативно са проблемима понашања. Применом структуралног моделирања добијени су следећи налази: трауматски догађаји имају директан ефекат на проблеме понашања ($\beta = .23, p < .05$) и индиректан ефекат који се остварује преко резилијентности ($\beta = .07, p < .05$); целокупан ефекат трауматских догађаја на компетенцију је индиректан и остварује се преко резилијентности ($\beta = -.35, p < .01$).

Истраживање указује на значај резилијентности у очувању и унапређивању компетенције, као и у ублажавању негативних исхода трауматских искустава. Ови налази могу послужити за креирање превентивних програма усмерених ка промовисању резилијентности и унапређивању позитивног развоја код адолесцената на алтернативном старању.

Кључне речи: резилијентност, алтернативно старање, хранитељски смештај, домски смештај, адолесценти, трауматски догађаји, проблеми понашања, компетенција

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Теоријски и методски приступи у превенцији и третману поремећаја понашања

RESILIENCE AMONG ADOLESCENTS IN ALTERNATIVE CARE

ABSTRACT

Resilience enables adolescents to overcome challenges and direct their development toward positive outcomes, despite being exposed to risks. Resilience includes three components related to risk, resilience factors, and positive adaptation.

The aim of the study was to determine the role of resilience in the relationship between traumatic events on one hand, and behavioral problems and competence on the other, in adolescents in alternative care.

The study sample consisted of 225 adolescents in alternative care, both genders, aged 14 to 21 year, in residential and foster care. Data were collected through the analysis of official documentation and surveys of adolescents. The following instruments were used in the study: Adverse Childhood Experiences (ACE) questionnaire, Resilience and Youth Development Module (RYDM), and Youth Self-Report (YSR).

The results of the study indicate significant correlations between the three components of resilience: traumatic events are negatively associated with resilience factors and competence, and positively with behavioral problems; resilience factors are positively associated with competence and negatively with behavioral problems. Structural modeling revealed the following findings: traumatic events have a direct effect on behavioral problems ($\beta = .227, p < .05$) and an indirect effect mediated by resilience ($\beta = .074, p < .05$); the overall effect of traumatic events on competence is indirect and achieved through resilience ($\beta = -.346, p < .01$).

The study highlights the importance of resilience in maintaining and enhancing competence, as well as reduction of negative outcomes of traumatic experiences. These findings can be used for the development of preventive programs aimed at promoting resilience and enhancing positive development among adolescents in alternative care.

Key words: resilience, alternative care, foster care, residential care, adolescents, traumatic events, behavioral problems, competence

Scientific field: Special Education and Rehabilitation

Scientific subfield: Theoretical and Methodical Approaches to the Prevention and Treatment of Behavioral Disorders

САДРЖАЈ

УВОД.....	1
I ТЕОРИЈСКИ ДЕО.....	3
1. РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ.....	4
1.1. Појам резилијентности	4
1.2. Пионирски подухвати проучавања резилијентности	4
1.3. Фазе научног проучавања резилијентности	7
1.4. Приступи у дефинисању и проучавању резилијентности	9
1.4.1. Резилијентност као исход	9
1.4.2. Резилијентност као црта личности.....	9
1.4.3. Резилијентност као процес.....	10
1.4.4. Интегративни приступи	10
1.4.4.1. Модел резилијентности од пет делова	10
1.4.4.2. Вишесистемски модел резилијентности.....	11
1.5. Компоненте проучавања резилијентности	12
1.5.1. Ризици – претње доброј адаптацији.....	12
1.5.2. Позитивна адаптација (позитивни исходи)	13
1.5.3. Фактори резилијентности	15
1.6. Приступи у истраживањима резилијентности	17
1.6.1. Приступ усмерен на варијабле	17
1.6.2. Приступ усмерен на особу	18
1.7. Социјално-еколошки модел и резилијентност	18
1.7.1. Биоеколошка теорија.....	19
1.7.2. Социјално-еколошки приступ резилијентности	20
1.8. Резилијентност у овом истраживању	21
2. АЛТЕРНАТИВНО СТАРАЊЕ.....	23
2.1. Појам и врсте алтернативног старања.....	23
2.2. Историјски контекст алтернативног старања у Србији.....	24
2.2.1. Домски смештај.....	25
2.2.2. Породични смештај	26
2.3. Распрострањеност алтернативног старања.....	27
2.4. Карактеристике деце и адолесцената на алтернативном старању	28
2.4.1. Пол.....	28
2.4.2. Узраст.....	29
2.4.3. Образовање.....	30
2.4.4. Сметње у развоју.....	31
2.4.5. Интернализовани и екстернализовани проблеми	32
2.4.6. Дијагностиковани ментални поремећаји	33
2.5. Карактеристике породица порекла деце и адолесцената на алтернативном старању...34	
2.5.1. Структура породице	34
2.5.2. Социо-економски статус породице.....	35
2.5.3. Злостављање и занемаривање у породици	36
2.5.4. Ментално здравље родитеља	37
2.5.5. Употреба супстанци од стране родитеља.....	37
2.6. Карактеристике смештаја деце и адолесцената на алтернативном старању	38
2.6.1. Разлог смештаја.....	38
2.6.2. Дужина трајања смештаја	39
2.6.3. Одржавање контакта са родитељима и другим члановима породице	39
2.6.4. Промена смештаја.....	40

3. ПРЕГЛЕД РЕЛЕВАНТНИХ ИСТРАЖИВАЊА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТИ	42
3.1. Студије о резилитности деце и адолесцената са трауматским искуствима	42
3.1.1. Ниво резилитности	44
3.1.2. Индивидуални фактори резилитности	44
3.1.3. Средински фактори резилитности	45
3.1.4. Испитивање односа између компоненти резилитности	45
3.2. Студије о резилитности деце и адолесцената на алтернативном старању	46
3.2.1. Ризици који негативно утичу на резилитност	48
3.2.2. Индивидуални фактори резилитности	49
3.2.3. Средински фактори резилитности	49
3.2.4. Нивои резилитности и развојни исходи	50
3.3. Преглед домаћих студија резилитности деце и адолесцената на алтернативном старању	51
II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО	53
1. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	54
1.1. Предмет истраживања	54
1.2. Циљеви и задаци истраживања	55
1.3. Хипотезе истраживања	55
2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	57
2.1. Време и место истраживања	57
2.2. Узорак истраживања	57
2.3. Варијабле истраживања	60
2.4. Инструменти истраживања	60
2.4.1. Упитник општих података	61
2.4.2. Листа трауматских догађаја – ACE (Adverse Childhood Experience Questionnaire) ...	61
2.4.3. Модул резилитности и развоја младих – RYDM (Resilience and Youth Development Module)	63
2.4.4. Упитник за младе – YSR (Youth Self Report)	64
2.5. Процедуре и поступак прикупљања података	67
2.6. Обрада података	68
3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	69
3.1. Резултати испитаника на скали ACE	69
3.2. Резултати испитаника на скали RYDM	71
3.3. Резултати испитаника на скали YSR	73
3.3.1. Резултати испитаника на YSR скали проблема	73
3.3.2. Резултати испитаника на YSR скали компетенције	77
3.4. Резултати корелационе анализе	79
3.4.1. Повезаност између скорова на ACE скали и скорова на RYDM скали	79
3.4.2. Повезаност између скорова на ACE скали и скорова на YSR скалама	79
3.4.3. Повезаност између скорова на RYDM и скорова на YSR скалама	81
3.4.4. Повезаност између скорова на YSR скали проблема и компетенције	82
3.5. Резултати регресионе анализе	83
3.6. Резултати анализе мреже	86
3.7. Резултати структуралног модела предикције	89
4. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА	93
4.1. Дискусија резултата о разликама у компонентама резилитности у зависности од демографских карактеристика	93
4.1.1. Разлике у изложености трауматским догађајима	93
4.1.2. Разлике у нивоу резилитности	94
4.1.3. Разлике у нивоу интернализованих, екстернализованих и комбинованих проблема	95

4.1.4. Разлике у нивоу компетенције.....	96
4.2. Дискусија резултата о предикторима позитивних и негативних исхода.....	97
4.2.1. Предиктори интернализованих проблема	97
4.2.2. Предиктори екстернализованих проблема	98
4.2.3. Предиктори комбинованих проблема	98
4.2.4. Предиктори компетенције.....	99
4.3. Дискусија резултата о повезаности између компонената резилијентности	100
4.3.1. Повезаност трауматских догађаја и резилијентности	100
4.3.2. Повезаност трауматских догађаја и проблема понашања	100
4.3.3. Повезаност трауматских догађаја и компетенције	101
4.3.4. Повезаност резилијентности и проблема понашања.....	101
4.3.5. Повезаност резилијентности и компетенције	102
4.3.6. Повезаност проблема понашања и компетенције.....	103
4.4. Дискусија резултата сложених образаца односа компонената резилијентности	104
4.4.1. Анализа мреже односа међу варијаблама.....	104
4.4.2. Медијациона улога резилијентности у односу трауматских искустава са проблемима понашања и компетенцијама	106
4.5. Доприноси и ограничења актуелног истраживања.....	108
ЗАКЉУЧАК.....	110
ЛИТЕРАТУРА.....	112
ПРИЛОЗИ	128
ПРИЛОГ БРОЈ 1	128
БИОГРАФИЈА АУТОРА	140
ИЗЈАВЕ	141
Изјава о ауторству	141
Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада	142
Изјава о коришћењу	143

ЛИСТА ТАБЕЛА

Табела 1 – Карактеристике мета-анализа и прегледа студија деце и адолесцената са трауматским искуствима	42
Табела 2 – Карактеристике мета-анализа и прегледа студија деце и адолесцената на алтернативном старању.....	46
Табела 3 – Структура узорка према установама и центрима ($N = 225$).....	57
Табела 4 – Демографске карактеристике узорка	58
Табела 5 – Структура узорка према карактеристикама смештаја	59
Табела 6 – Интерна конзистентност скале ACE и њених подскала.....	62
Табела 7 – Интеркорелација између скорова на скали трауматских догађаја и подскалама ACE упитника.....	62
Табела 8 – Интеркорелација између ајтема на скали ACE	62
Табела 9 – Интерна конзистентност скале RYDM	64
Табела 10 – Интеркорелација између скорова на подскалама RYDM скале	64
Табела 11 – Интерна конзистентност YSR скале	66
Табела 12 – Интеркорелација између скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама.....	66
Табела 13 – Интеркорелација између скорова на YSR скали компетенције и њеним подскалама.....	67
Табела 14 – Дескриптивни показатељи за скалу ACE и њене подске	69
Табела 15 – Учесталост појединачних трауматских догађаја (потврдних одговора)($N = 225$)	69
Табела 16 – Дистрибуција испитаника према нивоу ризика ($N = 225$)	70
Табела 17 – Корелације између узраста и скорова на скали ACE и њеним подскалама – Пирсонов коефицијент корелације.....	70
Табела 18 – Разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати <i>t</i> -теста	70
Табела 19 – Разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати <i>t</i> -теста	71
Табела 20 – Дескриптивни показатељи за скалу RYDM и њене подске	71
Табела 21 – Дистрибуција испитаника према нивоу резилијентности ($N = 225$)	72
Табела 22 – Корелације између узраста и скорова на скали RYDM и њеним подскалама – Пирсонов коефицијент корелације.....	72
Табела 23 – Разлике у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати <i>t</i> -теста	72
Табела 24 – Разлике у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати <i>t</i> -теста	73
Табела 25 – Дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу проблема и њене подске	73
Табела 26 – Дескриптивни показатељи <i>T</i> скорова за YSR скалу проблема и њене подске	74
Табела 27 – Рангови <i>T</i> скорова за YSR скалу проблема и њене подске ($N = 225$).....	74
Табела 28 – Корелације између узраста и скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама.....	75
Табела 29 – Разлике у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати <i>t</i> -теста	75
Табела 30 – Разлике у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати <i>t</i> -теста	76

Табела 31 – <i>Дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу компетенције и њене подске</i>	77
Табела 32 – <i>Рангови T скорова за YSR скалу компетенције и њене подске (N = 225)</i>	77
Табела 33 – <i>Корелације између узраста и скорова на YSR скали компетенције и њеним подскалама</i>	78
Табела 34 – <i>Разлике у скоровима на YSR скали компетенције и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати t-теста</i>	78
Табела 35 – <i>Разлике у скоровима на YSR скали компетенције и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати t-теста</i>	78
Табела 36 – <i>Корелације између скорова на скалама ACE и RYDM</i>	79
Табела 37 – <i>Корелације између скорова на скали ACE и YSR скали проблема</i>	80
Табела 38 – <i>Корелације између скорова на скали ACE и YSR скали компетенције</i>	80
Табела 39 – <i>Корелације скорова на RYDM скали и YSR скали проблема</i>	81
Табела 40 – <i>Корелације скорова на RYDM скали и YSR скали компетенције</i>	82
Табела 41 – <i>Корелације скорова на YSR скали проблема и компетенције</i>	82
Табела 42 – <i>Карактеристике модела регресије за интернализоване проблеме</i>	83
Табела 43 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за интернализоване проблеме</i>	83
Табела 44 – <i>Карактеристике модела регресије за екстернализоване проблеме</i>	83
Табела 45 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за екстернализоване проблеме</i>	84
Табела 46 – <i>Карактеристике модела регресије за комбиноване проблеме</i>	84
Табела 47 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за комбиноване проблеме</i>	84
Табела 48 – <i>Карактеристике модела регресије за активности</i>	84
Табела 49 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за активности</i>	85
Табела 50 – <i>Карактеристике модела регресије за социјалне односе</i>	85
Табела 51 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за социјалне односе</i>	85
Табела 52 – <i>Карактеристике модела регресије за образовно постигнуће</i>	85
Табела 53 – <i>Предикторске варијабле модела регресије за образовно постигнуће</i>	86
Табела 54 – <i>Матрица јачине повезаности између варијабли у мрежи</i>	88
Табела 55 – <i>Коефицијенти путања: ефекат трауматских догађаја на проблеме понашања</i>	90
Табела 56 – <i>Коефицијенти путања: ефекат трауматских догађаја на компетенције</i>	90
Табела 57 – <i>Проценат објашњене варијансе варијабли структуралног модела предикције</i>	92

ЛИСТА СЛИКА

Слика 1 – <i>Модел мреже испитиваних варијабли</i>	87
Слика 2 – <i>Мере централности свих испитиваних скала и подскала</i>	89
Слика 3 – <i>Резилијентност као медијатор односа трауматских догађаја и проблема понашања и компетенција</i>	91

УВОД

Резилијентност се дефинише на различите начине, те се у литератури помиње као исход, црта личности или динамичан процес. У савременој научној литератури резилијентност се дефинише као „процес позитивне адаптације појединца у ситуацијама ризика“ (Luthar et al., 2000, p.543). Овако дефинисана резилијентност обухвата три кључне компоненте: ризик, факторе резилијентности и позитивну адаптацију (Masten & Barnes, 2018). У последњих пет деценија, феномен резилијентности изучаван је кроз различите истраживачке методе и приступе у мерењу ових компоненти. С обзиром на то да резилијентност подразумева претходно постојање ризика (Masten, 2014a), честа су изучавања у популацији трауматизоване деце. Ова деца се сматрају једном од најугроженијих група у смислу да ризици могу да утичу на даљи развој и функционисање.

Једна од група која се суочава са значајним ризицима су адолесценти на алтернативном старању. Алтернативно старање подразумева смештај деце одвојено од родитеља (FICE Youth, 2010). У Србији се алтернативно старање пружа кроз обезбеђивање хранитељског или домског смештаја за ову децу. Одрастање без родитељске заштите чини их вулнерабилним у многим областима развоја и даљег живота. Велики број истраживања је показало да овакви услови живота могу оставити дугорочне последице на емоционални, психички и социјални развој деце и адолесцената. Раније студије у овој области углавном су се фокусирале на ризике, проблеме и изазове са којима се суочавају деца на алтернативном старању. Бројни налази су потврдили присуство различитих проблема у овој популацији, од развојних до проблема понашања и дијагностикованих менталних поремећаја, али исто тако и доказали да су нека деца, упркос изложености ризицима, успела да се адаптирају и одрже стабилно функционисање са мањим и никаквим погоршањима (Masten & Reed, 2002). Иако су ови налази корисни и омогућавају благовремено интервенисање у правцу смањења проблема, они не пружају довољно информација о факторима који омогућавају деци да се изборе са овим изазовима. Временом су истраживачи променили фокус са приступа усмереног ка дефициту ка приступу усмереном на снаге који отвара простор за истраживање и интервенисање у пољу превенције и промоције позитивног развоја.

У последњој деценији, истраживања резилијентности као мултидимензионалног конструкта, који укључује ризике, факторе и исходе, су бројна (Hu et al., 2015; Watters et al., 2023). Резултати ових истраживања потврђују да различити фактори могу ублажити негативне ефекте ризика и заштитити појединца од неповољних исхода (Fritz et al., 2018; Gartland et al., 2019; Latham et al., 2023). Литература обилује факторима резилијентности који могу бити индивидуални и средински. Прецизно одређивање ризика, селекција фактора и утврђивање критеријума за мерење исхода представљају најзначајније елементе у истраживању резилијентности.

Истраживања специфичних веза између ове три компоненте постају све чешћа у популацији адолесцената на алтернативном старању у свету, али у Србији су готово изостављена. Значај ових истраживања огледа се у бољем разумевању како резилијентност може допринети објашњењу односа између ризика и исхода како би се разумели механизми деловања и утврдила природа тих односа. Таква истраживања имају важну практичну примену у креирању превентивних програма и интервенција намењених промовисању резилијентности и развијању предности које ће помоћи адолесцентима на алтернативном старању да се изборе са трауматским искуствима и успешно се адаптирају. На овај начин било би могуће спречити развијање негативних исхода и омогућити адолесцентима на алтернативном старању да се успешно адаптирају и постигну свој позитиван развој.

У складу са тим, предмет овог истраживања је резилијентност адолесцената на алтернативним старању, док је основни циљ утврђивање улоге резилијентности у односима

између трауматских догађаја, са једне и проблема понашања и компетенције ових појединаца са друге стране. Истраживање компоненти резилијентности ће омогућити разумевање динамике развоја адолесцената на алтернативном старању што ће послужити као основа за планирање и дизајнирање будућих интервенција и подршке за ову популацију.

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ

1.1. Појам резилијентности

Идеја резилијентности бележи се од давнина чак у митовима, бајкама, легендама где су се главни јунаци суочавали са различитим недаћама (Masten & Reed, 2002). Традиционалне народне приче и бајке често приказују храбре ликове који се боре и супротстављају изазовима у тешким ситуацијама. Они успевају у животу захваљујући сналажљивости и труду, а понекад и неком магијском бићу. Међутим, у реалним животним причама дешавају се ситуације у којима се деца и млади суочавају са ризицима и упркос томе остану добро. Резилијентност произилази управо из оваквих „обичних“ и реалних прича (Masten, 2014a, p.3).

Реч резилијентност (eng. *resilience*) потиче од латинског глагола *resilire* што у буквалном преводу значи „одскочити“ (Windle, 2011), а у пренесеном значењу „опоравити се“. У домаћој литератури, као синоними и покушај превода за овај појам користе се термини отпорност и еластичност. Термин резилијентност је првобитно коришћен у природним наукама, као што су физика и инжењерске дисциплине, да опише својство материјала који се одупире пуцању и враћа у свој изворни облик након истезања и савијања (Masten, 2014a; Smyntyna, 2016). Нешто касније, термин је почео да се користи и у друштвеним, бихејвиоралним наукама како би се објаснила позитивна адаптација појединца у контексту ризика или недаћа (Masten, 2014a). У Меријам Вебстер речнику (Merriam-Webster, n.d.), резилијентност је дефинисана као „способност опоравка или прилагођавања недаћама или променама“. Даље, научно проучавање резилијентности постепено проширује поље разматрања и оквира почетног дефинисања.

Како је све почело? Током 70-их година 20. века, научници су открили да деца са повећаним ризиком од развоја психопатологије могу да постигну позитивне исходе упркос изложености ризицима. Ова открића променила су фокус истраживања са менталних болести на ментално здравље, наглашавајући факторе који промовишу позитиван развој упркос ризицима. На тај начин, истраживачи су успели да идентификују трајекторије позитивног развоја и значајно побољшају разумевање начина на које се може помоћи младима у ризику, што има велике импликације за будуће функционисање и здравље како појединаца тако и заједница (Shean, 2015). Истраживање резилијентности има корене у истраживању и теорији развоја детета, клиничким наукама и проучавању индивидуалних разлика међу појединцима. Историја истраживања резилијентности је уско везана за историју развојне психопатологије (Masten, 2014b).

1.2. Пионирски подухвати проучавања резилијентности

Како би се боље разумела основа резилијентности значајно је приказати кратак преглед разматрања резилијентности од стране кључних теоретичара и истраживача из области. Ауторка Менди Шејн (Shean, 2015) издвојила је најзначајније ауторе и анализирали њихов допринос проучавању резилијентности. То су: Мајкл Рутер (*Michael Rutter*), Норман Гармези (*Norman Garmezy*), Еми Вернер (*Emmy Werner*), Санија Лутар (*Suniya Luthar*), Ан Мастен (*Ann Masten*) и Мајкл Ангар (*Michael Ungar*).

Мајкл Рутер (Rutter, 2013, p. 474) је указивао да резилијентност подразумева када „неки појединци достижу релативно добре исходе упркос озбиљним стресовима и недаћама које су доживели, односно њихов исход је бољи од исхода појединаца који су претрпели иста искуства“. Једна од првих студија Рутера (Rutter, 1979, према Shean, 2015) је студија острва Вајт (*Isle of Wight study*) која је спроведена између 1964. и 1965. године. Резултати

истраживања показали су да је код деце без или са једним ризиком постојао 1% вероватноће да развију психијатријски поремећај, док је код деце са четири или више ризика та вероватноћа била 21%. У истој студији испитани су близанци чија је мајка имала дијагнозу схизофреније. Установљено је да је код близанца који је имао добар однос и наклоност родитеља постојала вероватноћа од 25% да развије психијатријски поремећај. Насупрот томе, близанац који није имао добар однос са родитељима имао је 75% вероватноће да развије психијатријски поремећај. Такође, Рутер (Rutter, 1998) је у својим истраживањима утврдио да рана психолошка депривација има већи негативан утицај на благостање детета него ускраћивање хране.

Норман Гармези (Garmezy, 1991) је дефинисао резилијентност као капацитет за опоравак односно адаптивно понашање које следи након стресног догађаја. Ауторка Шејн (Garmezy, 1987, Garmezy et al., 1984, према Shean, 2015) је анализирао рад Гармезија и издвојила две најзначајније студије. У првој студији која је спроведена у Минесоти идентификовано је да су код деце код које су одсутни проблеми понашања присутни протективни фактори. У другој студији, Гармези је покушао боље да разуме протективне и ризичне факторе код деце отпорне на стрес. Утврђено је да стабилност породице и породична кохезија модификују компетенцију и стрес. Деца из породица које су имале високу кохезију и стабилност била су интелигентнија, компетентнија и за њих је постојала мања вероватноћа да испоље проблеме када се нађу у ситуацијама високог стреса. Деца са ниском породичном кохезијом и стабилношћу су била мање интелигентна, мање компетентна и имала већу вероватноћу за испољавање проблема у ситуацијама стреса. Ови налази су Гармезија упутили на закључак да окружење значајно доприноси исходима деце у ситуацијама стреса и ризика.

Еми Вернер (Werner, 1982, према Shean, 2015) је дефинисала резилијентност као „капацитет појединца да се ефикасно носи са унутрашњим и спољашњим стресовима“. Ауторка је позната по лонгитудиналној студији (Werner, 1989) у којој је пратила 698 беба са острва Кауаи, анализирајући утицај ризичних фактора, стресних догађаја и протективних фактора на развој. На основу података који су прикупљени када су деца имала 18 и од 30 до 32 месеца установљено је да је трећина деце била „ризична“. Умерен до јак перинатални стрес, рођење у сиромаштву, необразованост мајке, конфликтно породично окружење, развод родитеља, алкохолизам или ментална болест родитеља посматрани су као ризици. Међутим, 10% деце, упркос овим ризицима, је показало високу резилијентност и развило се у одговорне младе особе без проблема понашања. Вернер (Werner, 1989) је идентификовала индивидуалне, породичне и протективне факторе на нивоу заједнице који су повезани са резилијентношћу. У каснијој студији из 1986. године, која је обухватила 545 испитаника, откривено је да ризици из детињства утичу на функционисање у одраслом добу. Фактори који су повећавали вероватноћу настанка проблема у одраслом добу су: мањи размак у годинама између деце, самохране мајке, одсуство оца, поремећаји породичног живота, одвајање од мајке, као и неодговарајућа брига о деци. Мушкарци, који су искусили ове ризике, имали су већу вероватноћу да имају кривични досије у одраслој доби. Како налази показују, жене су имале већу вероватноћу за малолетничку трудноћу, брачне конфликте, проблематичан однос са очевима и развод. Упркос ризицима које су искусили, неки појединци нису имали проблеме у функционисању и понашању и успели су да се суоче са стресом (Werner, 1989).

Санија Лутар са сарадницима (Luthar et al., 2000, p. 543) је дефинисала резилијентност као „динамичан процес позитивне адаптације у контексту значајних недаћа“. Они су указали на постојање два кључна услова резилијентности: изложеност значајној претњи и постизање позитивне адаптације. Као и претходни аутори, Лутар је сматрала да резилијентност није лична особина, већ резултат интеракције између детета и средине. У студији из 1991. године (Luthar, 1991) испитивала је стресне догађаје, компетенцију, модераторске варијабле

(интелигенцију, социјалне вештине, недостатак контроле, развој ега, позитивне животне догађаје) и интернализоване проблеме (депресију, анксиозност и депресивне тенденције) код 144 адолесцената из Конектиката. Идентификовано је деветоро деце која су имала висок ризик, али и висок ниво компетенције, те су сматрана резилијентном. Код те деце постојала је позитивна веза са фактором унутрашњег локуса контроле због чега су ова деца осећала снагу да контролишу и мењају догађаје. Током свог каснијег рада, Лутар са сарадницима (Luthar et al., 2003, према Shean, 2015) је 2003. године поредила 227 мајки које су имале проблем са злоупотребом супстанци са мајкама које су имале историју психопатологије. Резултати су показали да родитељска психопатологија предвиђа екстернализоване и интернализоване проблеме код деце, док је употреба дрога код мајки предвиђала екстернализоване проблеме код деце.

Ан Мастен (Masten, 2014b, р. 6) је дефинисала резилијентност као „капацитет динамичког система да се успешно прилагоди поремећајима који угрожавају функцију, одрживост или развој система“. Она је сматрала да у резилијентности нема ничега изузетног, односно ретких или посебних квалитета, већ је то „свакодневна магија“ обичних ресурса и процеса који се дешавају у животима деце, породица и заједница (Masten, 2001). У истраживању (Masten et al., 1999) на узорку од 205 деце и 10 година касније 189 адолесцената, ауторка је дефинисала три групе: резилијентна деца и адолесценти (одговарајућа компетенција, висок ниво недаћа), маладаптивна деца и адолесценти (ниска компетенција, висок ниво недаћа) и компетентна деца и адолесценти (одговарајућа компетенција, низак ниво недаћа). Налази овог истраживања су показали да су маладаптивни адолесценти имали проблеме у понашању, академском постигнућу и социјалном домену, као и ниско самопоштовање, негативну емоционалност и већу реактивност на стрес. Психосоцијални ресурси су били кључни фактор који је промовисао резилијентност. Такође, студија је показала да добри ресурси могу позитивно да утичу на компетенцију, чак и у контексту хроничних недаћа, док маладаптивни адолесценти имају тенденцију да више реагују на стрес, имају ниске ресурсе и веће проблеме са компетенцијама (Masten et al., 1999).

Мајкл Ангар (Ungar, 2008, р. 225) је дефинисао резилијентност као „капацитет појединца да, у контексту изложености значајним недаћама, било психолошким или срединским, „навигира“ свој пут до ресурса који промовишу здравље и благостање, као и капацитет породице, заједнице и културе да обезбеди те здраве ресурсе на културно значајне начине“. Његова дефиниција наглашава важност и појединца и окружења у процесу резилијентности, премештајући фокус са појединца на вишеструке системе са којима појединац ступа у интеракцију (Ungar et al., 2013). Ангар и сарадници (Ungar et al., 2007) спровели су истраживање у 14 међународних заједница које су биле изложене различитим ризицима (рат, сиромаштво, геноцид, насиље, маргинализација, зависност од дроге и алкохола, распад породице, менталне болести и рана трудноћа). У студији је учествовало 89 младих узраста од 12 до 23 године, а како би били сматрани резилијентним морали су да искусе најмање три културолошки значајна фактора ризика. Идентификовано је седам тензија резилијентности које могу постојати у свим културама: приступ материјалним ресурсима, односи, идентитет, моћ и контрола, социјална правда, културална приврженост и кохезија. У другој студији која је обухватила 1500 младих из 14 заједница са пет континената, показано је да су испитаници били под утицајем три фактора ризика. Анализа седам тензија је показала да млади могу превазићи те тензије само уколико су им доступни ресурси. Ангар (Ungar, 2011, 2013) наглашава важност окружења и предлаже социјално еколошко разумевање резилијентности. Он сугерише да ће појединац испољити резилијентност ако су му ресурси доступни у окружењу. Такође, важан процес у испољавању резилијентности је „навигација“ односно начин на који млади људи налазе пут до здравих

ресурса који су им потребни, а кључну улогу имају актери који контролишу ресурсе (Ungar, 2008).

1.3. Фазе научног проучавања резилијентности

Када се анализира литература о резилијентности, може се закључити да постоје четири фазе, односно четири таласа њеног проучавања (Masten, 2021; Masten & Barnes, 2018; Masten & Obradović, 2006; Prince-Embury, 2013; Wright et al., 2013).

За први фазу је карактеристично да су студије биле у форми студија случаја или дескрипције особа које и поред тога што су биле изложене високом ризику нису имале проблеме и добро су функционисале. Првој фази припадају и већ поменути пионирски подухвати проучавања резилијентности, које су реализовали научници који су се бавили развојем детета, а све то са циљем долажења до сазнања о етиологији озбиљних менталних поремећаја. Резултати многобројних студија, које су реализоване у овом периоду, указују да постоје деца која се успешно развијају упркос свим ризичним околностима са којима су се сусретала (Masten & Obradović, 2006). Након тога, наведена група деце је упоређивана са појединцима код којих је детектован висок ризик, а који су били мање успешни у свом развоју. Циљ таквих студија је био идентификација фактора ризика, корелата или предиктора, којима се може објаснити позитивна адаптација у ризичним ситуацијама или ситуацијама недаћа. На овај начин је покушано да се укаже на прве трагове резилијентности (Masten & Barnes, 2018). Фокус истраживача је био на процени индивидуалних или ситуационих разлика код деце, како би могли да се објасне различити исходи који се јављају код различите деце која се суочавају са сличним ризицима или недаћама. У том смислу су разматране две врсте корелата: (1) фактори који су повезани са позитивном адаптацијом на свим нивоима ризика који се често називају предности, компензаторни или промотивни фактори и (2) фактори од посебног значаја за позитивну адаптацију на високом нивоу ризика који се у литератури често називају протективни фактори (Wright et al., 2013).

Описујући прву фазу научног проучавања резилијентности, Рајт и сарадници (Wright et al., 2013) су истакли да се у њој разматрају обе врсте фактора и то у виду два модела деловања. За први модел је карактеристично да се усмерава на особу. У оквиру овог модела се идентификују резилијентни појединци како би се утврдиле разлике између појединаца који су искусили сличне ризике или недаће, а који достижу различите исходе. Са друге стране, када говоримо о другом моделу фокус је на испитивању везе између карактеристика појединаца и њиховог окружења које доприносе позитивним исходима када је присутан висок ниво ризика или недаће. Студије које су реализоване у оквиру ове фазе указују на листу корелата који доприносе позитивној адаптацији деце која се налазе под различитим ризицима.

Прва фаза научног истраживања резилијентности пружила је велики број идеја, метода и налаза о корелатима резилијентности. Међутим, било је неопходно да се разумеју механизми ових сложених процеса (Wright et al., 2013). Управо из тог разлога настаје друга фаза истраживања.

Рајт и сарадници (Wright et al., 2013) истичу да је у другој фази научног истраживања резилијентности циљ студија био разумевање начина на који фактори доприносе позитивним исходима. У овој фази се аутори усмеравају на истраживање модераторских и медијаторских процеса. У том смислу је фокус био на објашњењу протективних ефекта који делују само под одређеним условима (модераторски процеси) и објашњењу како ризик или протекција утичу на позитивну или негативну адаптацију (медијаторски процеси) (Masten, 2021). За разлику од прве фазе у којој је фокус на дескрипцији фактора који су повезани са резилијентношћу, друга фаза се усмерава на разумевање специфичних процеса који до ње воде. Студије се фокусирају на бидирекционе везе између детета и окружења и уопштавање закључака о

ризик и протективним факторима из једног окружења у друго или једног развојног периода у други. Налази студија која су реализоване у овом периоду указују да су многи фактори корисни у различитим условима ризика. Тако се истиче значај основних људских адаптивних система који олакшавају опоравак од недаћа као што су развој везивања, морални и етички развој, емоционална регулација. Поред тога, шири културни фактори као што су породичне мреже, верске организације и други друштвени системи имају значајну улогу. Указано је да су ризици који угрожавају развој ових система кључна претња адаптацији деце, те да способност опоравка и резилијентности зависи од обнављања ових система. Додатно, истраживачи су дошли до налаза да су протективни процеси контекстуално специфични. То практично значи да различити протективни фактори могу бити заштитни за различите појединце и групе у одређеним окружењима. На крају, исто дете може бити резилијентно у једном тренутку или окружењу, али не и у другом. Ови налази указују на кључан закључак, а то је да се деца различито адаптирају у различитим животним аспектима (Wright et al., 2013).

За трећу фазу научног истраживања резилијентности је карактеристично да истраживачи покушавају, користећи налазе студија из прве две фазе, да дизајнирају превентивне интервенције којима би се јачала резилијентност (Prince-Embury, 2013). Дакле, након што су открили кључне процесе повезане са резилијентношћу, истраживали су интервенције како би тестирали узрочну улогу тих процеса (Masten, 2021). Идеја за развијање ове фазе је настала из хитности за постизањем добробити деце која су одрасла у недаћама и ризицима, а за коју не би било сврсисходно да чекају на потпуно објашњење резилијентности (Masten & Obradović, 2006). Истраживачи су препознали да експерименти који подстичу позитивну адаптацију и спречавају проблеме код појединца високог ризика представљају моћну стратегију за тестирање теорије резилијентности и хипотетичких адаптивних процеса (Wright et al., 2013).

Прва три таласа научног истраживања резилијентности су углавном водили научници из клиничке психологије, психијатрије и људског развоја. Наведена три таласа су од изузетне важности јер су допринела постављању основног концепта и метода за проучавање резилијентности (Masten & Obradović, 2006).

Тренутно је актуелан четврти талас научног проучавања резилијентности. Према објашњењу Мастен и Барнс (Masten & Barnes, 2018) он је такође фокусиран на процесе резилијентности, али је интегративнији. У овој фази проучавања истраживачки фокус је разумевање резилијентности на више повезаних нивоа и сложених адаптивних система. Резилијентност се у овој фази истраживања сагледава као мултисистемска где се наглашава повезаност и интеракција различитих система (Masten, 2021; Ungar, 2021). У овој фази се акценат ставља на напредак инструмената за мерење процеса на више нивоа, а велика пажња се посвећује и статистичким методама за анализу података. С тим у вези, Мастен и Барнс (Masten & Barnes, 2018) истичу да је дошло до нове ере истраживања резилијентности, коју одликују епигенетичке студије родитељства као протективног процеса и истраживање социокултурних утицаја на развој мозга (Masten & Barnes, 2018). Психолошки стрес и стратегије суочавања са стресом постају фокус истраживања, јер представљају кључне аспекте у моделима резилијентности за децу и адолесценте. Психолошки и биолошки процеси реакције и опоравка од стреса имају централну улогу у разумевању последица дуготрајног излагања хроничном стресу. Последњи талас наглашава интеграцију биолошких, психолошких и социјалних перспектива, а заснован је на доказима из претходних таласа истраживања резилијентности (Wright et al., 2013).

1.4. Приступи у дефинисању и проучавању резилијентности

У литератури се разликују три приступа у дефинисању резилијентности: резилијентност као исход, црта личности или процес.

1.4.1. Резилијентност као исход

Први приступ у дефинисању резилијентности посматра резилијентност као исход. У оквиру овог приступа резилијентност се тумачи као способност младих да одрже функционалност, те да се понашају компетентно и поред свих ризика који су код њих присутни (Olsson et al., 2003). Постоје различити исходи који се користе за мерење резилијентности, посебно током адолесценције. Исходи који се најчешће изучавају су добро ментално здравље, благостање и социјална компетентност. Чињеница да постоје разнолики исходи који се истраживањима могу испитивати, довела је до ситуације да постоји и мноштво различитих дефиниција резилијентности. Управо је и наведена ситуација разлог зашто је дошло до конфузије о природи појма резилијентности (Olsson et al., 2003).

Заједничко за све дефиниције овог правца јесте постизање позитивних развојних исхода уместо негативних који су били очекивани услед присуства ризика (Pavlović i Žunić-Pavlović, 2012). Другим речима, појединац се може сматрати резилијентним када, упркос ризику, достигне позитивне исходе (Van Breda, 2018). У оквиру овог приступа постоје и одређене дилеме, па се може поставити питање да ли када се испитује више позитивних исхода, особа мора да их све достигне или само неке од њих. Ово питање је значајно јер особа може бити резилијентна када се процењује један исход, али не и у односу на други позитиван исход (Pavlović i Žunić-Pavlović, 2012). На основу прегледа литературе новијег датума, стиче се утисак да се овај приступ у дефинисању резилијентности мање користи.

1.4.2. Резилијентност као црта личности

Други приступ у дефинисању резилијентности посматра резилијентност као црту личности. У складу са овим приступом резилијентност је лични квалитет или особина личности која омогућава појединцу да се суочи са ризицима (Connor & Davidson, 2003). У литератури се често корени оваквог приступа везују за појам его-резилијентности који су развили Џин и Џек Блок (Jeanee and Jack Block). Его-резилијентност се односи на скуп особина које одражавају општу снажљивост и чврстину карактера, флексибилност функционисања као одговор на различите животне околности (Eisenberg et al., 2004; Luthar et al., 2000). Кључна идеја овог приступа је претпоставка да деца поседују поједине урођене квалитете, који им омогућавају да превазиђу ризике, те да контекст и време нису значајне варијабле. Овакав приступ има и једну кључну мањкавост, а то је чињеница да се резилијентност посматра као статична (непроменљива) карактеристика. Реч је о карактеристици са којом се људи рађају и која се не може променити без обзира на временски оквир и окружење у коме се појединац налази (Hill et al., 2024). У супротности са наведеним становиштем је закључак Рутера (Rutter, 2006, 2012, 2013) који на основу налаза различитих истраживања наводи да резилијентност није повезана са цртом личности или супериорнијим функционисањем, већ да она представља врсту адаптације. Наведени аутор је отворено критиковао идеје „супер деце“ или „нерањиве деце“ и сугерисао да је окружење катализатор разлика у достизању исхода.

Резилијентност као лична особина предмет је изучавања претежно у радовима у популацији одраслих него деце. Главна критика овог приступа односи се на посматрање резилијентности као стабилне и непроменљиве особине што имплицира да је особа која нема ову особину неуспешна (Windle, 2011) односно сама крива за негативне исходе (Masten et al.,

1990, према Luthar et al., 2000). Дакле, оспорена је претпоставка да резилијентност остаје константна током времена, те је указано да резилијентност може да се мења током времена, да опада или расте, односно да се разликује у зависности од врсте ризика и ситуације (Hill et al., 2024). Потом, упитна је била и њена константност у различитим окружењима (Hill et al., 2024), јер је потврђено, како је раније и поменуто, да појединци могу бити резилијентни у једном, али не и у другом окружењу (Wright et al., 2013). На основу изнетих критика, становиште је да резилијентност настаје из интеракције појединца са окружењем, а не као резултат урођених особина (Hill et al., 2024). У складу са напред наведеним становиштима, наставља се изучавање резилијентности, те истраживачи фокус стављају на факторе окружења, као и на интеракције појединца са окружењем.

1.4.3. Резилијентност као процес

Посматрање резилијентности као особине покренуло је бројна истраживања о њеним променама током времена и интеракцијама. Наведена ситуација је довела до становишта да је резилијентност најбоље посматрати као процес који је динамичан (Hill et al., 2024). Посматрање резилијентности као процеса негира постојање резилијентности као статичне особине или црте личности. У оквиру овог приступа се указује на динамичност процеса резилијентности што подразумева да се она мења у зависности од одређених услова и околности. Како су Хил и сарадници објаснили (Hill et al., 2024) два појединца могу да стигну до истог крајњег исхода, али пратећи различите трајекторије. Додатно, иако два појединца могу имати исто почетно стање они могу доћи до различитих трајекторија и великог броја различитих исхода. Разлог за овакву ситуацију су управо разноврсни динамички просеци који се одвијају код појединца. У складу са свим напред наведеним, јасно је да се овим приступом истиче да је резилијентност сложен конструкт који је посредован везом између ризика, протективних фактора и позитивних исхода, те да не можемо говорити о томе да одређени појединац једноставно има или нема резилијентност. Разумевање резилијентности као процеса подразумева процену ризика који чине појединца рањивим, протективних механизма који треба да побољшају одговор појединца на ризик и процену процеса адаптације (Olsson et al., 2003).

1.4.4. Интегративни приступи

Једно од решења проблематике различитог дефинисања резилијентности лежи у интегративном приступу који примењује шире организационе оквири резилијентности (Pavlović i Žunić-Pavlović, 2012). Један од аутора (Kumpfer, 1999, према Pavlović i Žunić-Pavlović, 2012) је понудио шест димензија тог оквира: (1) изазови који ремете функционисање појединца, (2) спољашње окружење појединца, (3) индивидуалне карактеристике појединца, (4) позитивни исходи односно адаптација, (5) интеракције између окружења и појединца и (6) интеракције између карактеристика појединца и позитивних исхода. На овај начин истраживачки налази се могу разврстати, лакше поредити и сумирати у три кључне области проучавања која се односе на изазове или ризике, факторе протекције (индивидуалне и спољашње) и позитивне исходе (адаптацију).

У литератури новијег датума могу се наћи и комплетни интегративни модели који пружају детаљније и сложеније увиде у погледу разумевања и развоја резилијентности.

1.4.4.1. Модел резилијентности од пет делова

Де Терте и сарадници (De Terte et al., 2009) применили су „Модел од пет делова“ у објашњењу резилијентности. Овај модел се састоји од пет компоненти које представљају

интеракцију окружења појединца, његових мисли, осећања, понашања и физичких реакција. Модел је признат као ефикасан у лечењу различитих психолошких поремећаја и представља део когнитивно-бихејвиоралне терапије, али аутори истичу и његово интегративно деловање у оквиру развоја резилијентности и разумевања како се појединци носе са последицама трауматских догађаја. Овај модел се може примењивати као оквир након настанка трауматског догађаја, али и за изградњу резилијентности пре него што дође до ризика. Компоненте модела су: когниција, емоције, понашање, физичке сензације, окружење.

Когниција. Когниција представља начин на који размишљамо или тумачимо догађаје. У контексту резилијентности, корисно је разумети како резилијентни људи размишљају, а когнитивне компонентне резилијентности укључују оптимизам, упорност, вештине решавања проблема и сналажљивост.

Емоције. Ова компонента подразумева емоционална искуства и осећања. За резилијентност је важна емоционална компетенција која појединцу омогућава да препозна и реагује на своја и туђа осећања.

Понашање. Понашање подразумева акције појединца које су резултат других делова модела. У контексту резилијентности појединци могу предузимати позитивне акције које ће им помоћи да савладају емоцију или проблеме.

Физичке сензације. Ове сензације појединци доживљавају као реакцију организма. У оквиру резилијентности могу бити корисни физичка активност, опуштање или сан као начин ослобађања стреса и побољшања менталног здравља.

Окружење. У интегративном моделу резилијентности окружење је проширено и конкретизовано тако да обухвата подршку породице, друштвену подршку и подршку заједнице што заједно доприноси развоју и одржавању резилијентности.

1.4.4.2. Вишесистемски модел резилијентности

Још један интегративни модел описан у литератури јесте „Вишесистемски модел резилијентности“ (Liu et al., 2017). Модел описује резилијентност као сложен систем који се састоји из три дела: основна резилијентност, унутрашња резилијентност и спољашња резилијентност.

Основна резилијентност. Овај први део резилијентности подразумева карактеристике личности (интра-индивидуални фактори) које се односе на резилијентност као особину. Ту припадају све особине које су стабилне током живота и служе као основа за интеракцију. То су биолошке карактеристике као што су пол и узраст, здравствене карактеристике и друге.

Унутрашња резилијентност. Други део обухвата карактеристике личности које су стечене кроз социјалне интеракције (интер-индивидуални фактори). Оне се односе на психолошку резилијентност која се гради кроз искуство и односе са другима. Ту припадају фактори као што су емоционална регулација, вештине комуникације, образовање, социјална компетенција и други.

Спољашња резилијентност. Трећи део резилијентности представљају околности из окружења (социјално-еколошки фактори) које помажу да се појединац прилагоди на животне тешкоће. Овај део се односи на резилијентност заједница и подразумева факторе као што су социо-економски статус, приступ услугама, чланство у групама и други.

Овај интегративни модел уважава претходне моделе резилијентности и покушава да их међусобно повеже указујући на динамичну природу резилијентности. Такође, модел наглашава значај праћења развоја резилијентности током времена како би се боље разумели ови фактори и њихова интеракција.

1.5. Компоненте проучавања резилијентности

Неколико аутора (Masten, 2021; Masten & Barnes, 2018; Masten & Reed, 2002; Ungar, 2019) указало је на три кључна питања која су обележила истраживања резилијентности. Прво је утврђивање ризика којима је појединац изложен и који потенцијално угрожавају његово функционисање. Друго питање односи се на анализу и процену начина на који се појединац развија и прилагођава у условима ризика, а треће је усмерено на идентификацију кључних фактора који доприносе успешној адаптацији и подстичу резилијентност.

На овај начин дефинисана су три основна критеријума за идентификовање резилијентности код појединца:

- 1) процена изложености ризицима који представљају претње доброј адаптацији појединца,
- 2) процена адаптације особе након изложености ризицима односно исхода које појединац постиже и
- 3) идентификација фактора који омогућавају успешну адаптацију.

С обзиром на то да резилијентност није могуће разматрати без постојања ризика или доказа опоравка и успешне адаптације (Masten, 2014a), ови критеријуми се могу сматрати кључним у истраживању резилијентности. У наставку текста укратко ће бити представљене све три компоненте.

1.5.1. Ризици – претње доброј адаптацији

Истраживање резилијентности захтева процену присуства ризика, како би се утврдило тј. осигурало да су испитаници у прошлости били изложени ризичним околностима или се са њима суочавају у садашњости (Ungar, 2019). Истраживачи су сагласни поводом ове компоненте, односно да је присуство ризика основни предуслов за разматрање резилијентности. Осим наведеног, јавила се потреба за прецизнијом операционализацијом концепта ризика, укључујући дефинисање његовог обима и врсте (Bakić, 2019).

Ризик представља повећану вероватноћу нежељеног тј. негативног исхода (Masten & Reed, 2002), док се фактор ризика односи на било који индивидуални или средински фактор који је повезан са повећаном вероватноћом појаве негативних исхода (Evans et al., 2013). То може бити један специфичан стресан догађај, попут губитка блиске особе или сложене животне ситуације, као што је живот у сиромаштву (Bakić, 2019). Ризици се сматрају антецедентима или предикторима који претходе негативним исходима и представљају значајну претњу функционисању појединца, што их чини кључним елементом у проучавању резилијентности (Windle, 2011).

Истраживања резилијентности обухватила су различите врсте претњи и ризика који могу утицати на функционисање и развој појединца. Међу њима најзаступљенији су превремено рођење, развод родитеља, злостављање и занемаривање деце, насиље у породици, родитељска болест или психопатологија, малолетничка трудноћа, сиромаштво, бескућништво и колективне трауме попут рата или природних катастрофа (Masten & Reed, 2002). У новијим истраживањима (нпр. Vinkers et al., 2020), посебна пажња посвећена је резилијентности у контексту пандемије COVID-19 вируса, која се препознаје као значајан фактор ризика.

У истраживањима ризици су се утврђивали на основу једног индикатора или су пак дефинисани кумулативни фактора ризика. Кумулативност ризика означава карактеристику гомилања или комбиновања укупних ефеката више ризика током времена (Masten & Reed, 2002). У литератури о резилијентности постоје два приступа проучавању кумулативности ризика. Први приступ усмерен је на бројање ризичних фактора у животу појединца, користећи табулатор. Други приступ користи сабирање негативних догађаја или процењује

њихову озбиљност током одређеног временског периода како би се добио ниво изложености стресним догађајима (Masten, 2014a).

Многобројна истраживања указују на то да искуства ризика, а нарочито кумулативни ризици, повећавају вероватноћу појаве једног или више нежељених исхода. Деца и адолесценти који су били изложени већем броју ризичних фактора чешће испољавају проблеме у понашању у поређењу са онима који су се суочили са мало или ниједним ризиком (Evans et al., 2013). У литератури се постављају различита питања у вези са проучавањем ризика у контексту резилијентности, укључујући дилеме о томе да ли треба анализирати стресна искуства која зависе искључиво од понашања појединца, да ли се фокусирати на тежину догађаја или их једноставно сабирати, као и да ли у обзир треба узети субјективне перцепције или објективне процене о стресности искуства (Masten & Reed, 2002).

У истраживањима резилијентности, често се као ризици испитују идентични догађаји различито именовани као недаће (енгл. *adversity*), неповољна искуства из детињства (енгл. *adverse childhood experiences* – ACE) или трауматски догађаји (енгл. *traumatic event*).

Недаће обухватају широк спектар околности или догађаја који представљају озбиљну претњу психичком или физичком благостању појединца, нарочито када се јављају већ у детињству (Bartlett et al., 2019). Ван Бреда (Van Breda, 2018) разликује две врсте недаћа: хроничне и акутне. Хроничне недаће су догађаји који трају дуго и имају утицај на целокупан живот појединца. Разликују се дисталне и проксималне хроничне недаће. Дисталне хроничне недаће су оне које немају јасно дефинисану почетну тачку и могу трајати од детињства до одраслог доба, попут сиромаштва или породичног насиља. Насупрот томе, проксималне хроничне недаће имају јасно дефинисан почетак и настављају се током дужег временског периода, као што су ратови или природне катастрофе. Акутне недаће, са друге стране, имају јасну почетну тачку, али су кратког трајања и мање утичу на живот појединца.

Неповољна искуства из детињства, према Центру за контролу и превенцију болести (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020), дефинишу се као „потенцијално трауматични догађаји који се дешавају у детињству (до 18 година)“. Ова искуства обухватају насиље, злостављање, занемаривање, сведочење насиљу у породици и заједници, као и суочавање са смрћу или покушајем самоубиства члана породице. Поред тога, односе се и на аспекте дејег окружења који могу угрозити осећај сигурности, стабилности и повезаности детета, као што су живот у домаћинству са особом која злоупотребљава супстанце или има проблеме менталног здравља, нестабилност због раздвајања родитеља или боравак родитеља или другог члана породице у затвору (CDC, 2020). Овај термин уведен је 1998. године након објављивања резултата студије о неповољним искуствима из детињства (*Adverse Childhood Experiences Study* – ACE Study) (Felitti et al., 1998). Ова студија прва је указала на снажну повезаност оваквих искустава са развојем бројних здравствених проблема (Bucci et al., 2015).

Трауматски догађај је према, Националној мрежи за трауматски стрес код деце (National Child Traumatic Stress Network, 2019), опасан или насилни догађај, често застрашујућ, који представља претњу за живот или телесни интегритет детета. Поред тога, сведочење таквом догађају који прети животу или сигурности вољене особе, такође може бити трауматично. Ово је нарочито значајно за децу, чији осећај сигурности зависи од тога колико се сигурним осећају људи за које су емоционално везана.

1.5.2. Позитивна адаптација (позитивни исходи)

Позитивна адаптација, као друга компонента резилијентности, дефинише се као „значајно боље функционисање од онога што би се очекивало у условима изложености ризику“ (Luthar, 2006, p. 746). Како би појединац, заједница или друштво били резилијентни, неопходно је да се у извесној мери прилагоде контексту високог ризика. То подразумева

остваривање позитивних исхода као крајњег резултата процеса резилијентности (Bakić, 2019). У литератури, неки аутори за ову компоненту користе и термине „добри или позитивни исходи“ (Masten & Reed, 2002) или једноставно „исходи“ (Ungar, 2019). Термин адаптација наглашава динамичан процес резилијентности, истичући да је реч о континуираном прилагођавању, а не само статичне исходе који се постижу након ризика (Bakić, 2019).

Два кључна питања у дефинисању адаптације су: који ниво адаптације или функционисања је неопходан да би се особа сматрала резилијентном и на који начин се позитивна адаптација испољава, односно који индикатори исхода треба да се испитају. Постоје три приступа одређивању одговарајућег нивоа адаптације након ризика (Masten et al., 1990):

- 1) постизање бољих исхода од очекиваних,
- 2) одржавање позитивног функционисања упркос ризику и
- 3) опоравак након изложености ризику.

Ипак, да би се ово питање у потпуности истражило, неопходна су лонгитудинална истраживања, која су мање заступљена у студијама резилијентности. Већина истраживања проучава резилијентност у једном тренутку, док су дугорочна праћења ређа, али не и сасвим изузета.

У досадашњим истраживањима утврђено је да не постоји једна универзална путања резилијентности, али је Мастен (Masten, 2014a) у својим радовима предложила четири могуће путање: (1) отпорност на стрес, (2) опоравак, (3) нормализација и (4) посттрауматски раст. Прва путања, отпорност на стрес, односи се на појединце који, чак и након акутне трауме, одржавају стабилно функционисање без значајних промена. Њихова адаптација може варирати, али остаје унутар здравих развојних граница. Друга путања, опоравак, описује особе које након трауме пролазе кроз период смањеног функционисања, али се временом враћају у нормално функционисање. Трећа путања, нормализација, подразумева побољшање функционисања након суочавања са недаћом. Ово је карактеристично за појединце који су раније живели у изузетно тешким условима и нису добро функционисали, али након трауме достижу просечан ниво функционисања. Четврта путања, посттрауматски раст, односи се на оне појединце који након трауме не само да се опораве већ постижу боље резултате него пре искуства, досежући оптимално функционисање.

Једна од најзначајнијих области варијабилности у истраживањима резилијентности односи се на избор индикатора који указују на позитивну адаптацију. Различити критеријуми се користе за процену позитивних исхода, укључујући социјална и образовна постигнућа, осећај среће или задовољства животом, али и одсуство негативних индикатора као што су проблеми менталног здравља или ризично понашање (Masten & Reed, 2002).

У бихејвиоралним истраживањима резилијентности, два најчешће коришћена критеријума су: (1) присуство компетенције или успеха у развојним задацима и (2) одсуство симптома психопатологије (Masten, 2014a; Shean, 2015).

Као индикатор позитивних исхода често се користи одсуство симптома проблема менталног здравља, јер су истраживања резилијентности првобитно покренута с циљем разумевања и спречавања ових проблема. У студијама које укључују децу са ризиком од проблема менталног здравља, позитивни исходи се очекују у форми одсуства или смањеног нивоа тих проблема (Masten, 2014a). Слично, код деце која су доживела озбиљне трауме, позитивни исходи се дефинишу као одсуство озбиљне психопатологије (Luthar, 2006).

У развојним студијама, позитивна адаптација се најчешће одређује кроз успешно испуњавање задатака који су карактеристични за одређени узраст. Ови развојни задаци одражавају очекивања у вези са понашањем и постигнућима која су призната у друштву (Masten, 2014a). Док су неки задаци универзални, попут учења ходања или говора, други су специфични за одређене културе и друштвене контексте. Кључно је да се позитивни исходи

посматрају у оквиру културних и социјалних оквира у којима се развој одвија (Shean, 2015). Развојни задаци могу укључивати спољашња достигнућа, попут академског успеха, али и унутрашње аспекте, као што су осећај идентитета или среће (Masten, 2014a).

Шејн (Shean, 2015) је указала на неколико кључних питања у мерењу позитивних исхода, а то су: разноврсност у приступу мерења позитивних исхода што отежава поређење налаза; комбиновати испитивање индикатора позитивног и негативног исхода јер само одсуство проблема не гарантује позитивно функционисање; временски период мерења исхода је веома важан јер процесу суочавања са проблемом претходи суочавање са емоцијама, тако да ће деца различито извештавати о искуству ако су га недавно доживела или пре дужег периода и имала времена да га обраде. Све ове разлике у начину мерења исхода не поништавају концепт резилијентности, али наглашавају важност прецизног одабира варијабли, тајминга и индикатора исхода у спровођењу истраживања и тумачењу резултата (Shean, 2015).

Шејн (Shean, 2015) истиче неколико кључних изазова у мерењу позитивних исхода. Први је разноликост приступа мерењу, што отежава упоређивање налаза различитих студија. Други изазов односи се на потребу комбинованог испитивања позитивних и негативних исхода, јер само одсуство проблема не значи нужно и позитивно функционисање. Трећи важан аспект је временски оквир мерења исхода – суочавање са проблемом подразумева и суочавање са емоцијама, па ће деца различито оцењивати искуства у зависности од тога да ли су их недавно доживела или су имала довољно времена да их обраде.

Иако ове разлике у приступу мерењу не умањују значај концепта резилијентности, оне наглашавају колико је важно пажљиво одабрати варијабле, временски оквир и индикаторе исхода како би истраживања била поуздана и резултати адекватно интерпретирани (Shean, 2015).

1.5.3. Фактори резилијентности

Нунез и сарадници (Nuñez et al., 2022) у свом прегледу истичу да се у литератури користе различити термини за именовање фактора који подстичу адаптацију. То су протективни фактори, промотивни фактори, позитивни фактори или снаге. Иако се ови појмови често користе као синоними, сваки од њих има специфично значење у оквиру своје области. Како би избегли терминолошке нејасноће и недоследности, аутори предлажу да се сви фактори који доприносе адаптацији обједињено називају факторима резилијентности.

Истраживања резилијентности су од самог почетка била фокусирана на разлике између деце изложене ризику, тј. оне која успевају да се успешно адаптирају и оне која у томе не успевају. Пионири у проучавању резилијентности веровали су да ће разумевање фактора који омогућавају некој деци да успешно превазиђу изазове и остану добро прилагођена помоћи у развоју ефикасних стратегија за превенцију и ублажавање негативних ефеката ризика. Као први корак, истраживачи су поредили појединце који су били изложени сличним ризицима, али су имали различите начине адаптације. Ова поређења довела су до идентификовања бројних фактора који утичу на адаптацију, укључујући личне особине, карактеристике породице, окружења и друге значајне аспекте живота (Masten, 2014a).

У каснијим истраживањима резилијентности, аутори су направили разлику између две врсте фактора: промотивних и протективних. Промотивни фактори доприносе бољим исходима уопштено, без обзира на присуство ризика, док су протективни фактори од посебне важности у ситуацијама високог ризика или недаћа, јер ублажавају њихов утицај на адаптацију (Masten & Barnes, 2018). Кључна разлика је у томе што се протективни фактори активирају када је ризик висок и модификују његов утицај на адаптацију. Промотивни фактори могу имати и ризичне и заштитне карактеристике, јер представљају супротне

крајеве истог континуума. На пример, низак социо-економски статус може представљати ризик, док висок статус делује као промотивни фактор (Wright et al., 2013).

У свом новијем раду, ауторка Мастен (Masten, 2021) наглашава да су различити фактори и процеси резилијентности истраживани и тестирани кроз бројне студије. Они обухватају спектар од неуробиолошких и психолошких аспеката појединца, преко релационих дијадних или групних, до културних уверења и политика на нивоу заједнице или друштва. Како је појединац увек повезан са ширим системима, тако су и ови фактори међусобно условљени. Ауторка истиче да су неки фактори чешће проучавани, вероватно зато што одражавају кључне адаптивне системе и способности, попут подршке и бриге од стране других или вештине решавања проблема. Упркос различитим приступима истраживања, она уочава сличности у факторима резилијентности који су идентификовани у контексту појединца, породице, школе, заједнице, културе и религије. Ови заједнички фактори укључују социјалну повезаност, осећај припадности, самоефикасност, оптимизам, вештине решавања проблема, осећај смисла и контроле, као и егzekутивне функције и лидерство.

У систематском прегледу студија које су обухватиле период од 2009. до 2023. године, Шафер и сарадници (Schäfer et al., 2024) анализирали су индивидуалне и срединске факторе резилијентности. С обзиром на велики број ових фактора, аутори су их груписали у одређене категорије ради прегледности. Индивидуални фактори резилијентности обухватају когнитивну и емоционалну регулацију, контролу понашања, стратегије суочавања, особине личности, економску ситуацију, образовање, емпатију, флексибилност, осећај смисла и захвалности, позитивна уверења, религиозну праксу и мудрост. Средински фактори укључују економску и стамбену стабилност, партнерске односе, социјалну интеграцију и учешће у заједници, социјалну подршку, климатске факторе, колективну ефикасност, услове окружења, као и осећај припадности и повезаности са заједницом.

Једна од кључних тема у истраживањима Рутера (Rutter, 2013) била је улога менталних карактеристика као протективних фактора, укључујући планирање, самоконтролу, саморефлексију, самопоуздање и одлучност. Према његовом мишљењу, особе које поседују ове особине боље управљају стресним ситуацијама. Поред тога, Рутер је посебно наглашавао значај социјалних односа, истичући да фактори као што су материнска топлина, квалитетни односи са сиблинзима и позитивна породична атмосфера могу пружити појединцу заштиту од развоја емоционалних и понашајних поремећаја.

Аутори Мастен и Барнс (Masten & Barnes, 2018) су, по узору на листу индивидуалних фактора резилијентности (Masten, 2018), дефинисали кључне породичне факторе који доприносе резилијентности. Ови фактори укључују: брижну и сензитивну породицу (негујуће чланове породице), блиске односе, емоционалну сигурност и осећај припадности (породична кохезија и приврженост), ефективне родитељске вештине и управљање породицом, способност адаптације и сналажења у изазовним ситуацијама, сарадничко решавање проблема и породичну флексибилност, планирање, као и вештине егzekутивних функција, вештине саморегулације и емоционалне равнотеже. Додатно, самопоуздање, свест о себи, позитиван породични идентитет, нада, оптимизам (позитивна породична перспектива) и вера у смисао живота истичу се као значајни за породичну отпорност. Породичне рутине, ритуали и организација улога такође играју важну улогу, као и повезаност са школом и заједницом. Један од најчешће проучаваних срединских фактора је социјална подршка, која је кључна за позитивне исходе у условима ризика. Она се мери кроз перцепцију доступности подршке од стране значајних особа, породице и пријатеља (Bakić, 2019).

Током више од пола века, саставља се списак фактора који су повезани са резилијентношћу и који доприносе позитивним исходима код младих који су искусили недаће (Masten, 2014a; Ungar, 2019). Велики број инструмената фокусира се на процену особина личности, али ове особине су само један аспект фактора који су доступни појединцу.

Поред њих, значајну улогу имају и породично окружење, заједница и шире друштвене околности. Инструменти који се користе за испитивање резилијентности не мере сам процес резилијентности, већ разматрају различите факторе који повећавају вероватноћу за позитивну адаптацију и доприносе добром функционисању појединца у условима ризика.

1.6. Приступи у истраживањима резилијентности

За разграничавање концептуалних оквира у истраживању резилијентности важна су два приступа. Ти приступи су приступ усмерен на варијабле и приступ усмерен на особу (Masten, 2001; Masten & Reed, 2002). Приступи резилијентности приказују функционални однос компоненти резилијентности, односно везе између ризика, критеријума позитивне адаптације и треће компоненте која доприноси доброј адаптацији, односно фактора резилијентности. Ови модели описују хипотетичке облике резилијентности и служе као путокази за одређивање потенцијалних интервенција (Masten, 2001). Ова два модела су одредила дизајн студија резилијентности које имају за циљ да објасне варијације међу исходима деце изложене високом ризику.

1.6.1. Приступ усмерен на варијабле

Приступ фокусиран на варијабле укључује три модела који објашњавају како протективни фактори могу мењати ефекте ризика на исход. Ти модели су компензаторни, протективни и модел изазова (Garmezy et al., 1984; Windle, 2011).

Компензаторни модел се фокусира на независан допринос ризика или протективних фактора исходу, испитујући њихове директне ефекте (Windle, 2011). Протективни фактори представљају противтежу факторима ризика. За протективне факторе је карактеристично да делују у супротном смеру у односу на факторе ризика, те да су независни од ефеката које производе ризици. За протективне факторе се истиче да могу бити корисни у условима високог и ниског ризика (Fergus & Zimmerman, 2005). У компензаторном моделу протективни фактори могу „надокнадити“ присуство ризичних фактора. То практично значи да, на пример, дете које се суочава са родитељским конфликтима има близак однос са бабом и дедом, те да тим односом надокнађује присуство ризичног фактора (Shean, 2015). За тестирање компензаторног модела се обично користи вишеструка регресија или моделирање структурних једначина (Windle, 2011).

Протективни модел се фокусира на истраживање како присуство протективних фактора утиче на смер и/или интензитет ризика (Windle, 2011). Протективни фактори ублажавају или смањују ефекте ризика на негативан исход (Fergus & Zimmerman, 2005). Овај модел подразумева интеракцију између ризичних и протективних фактора. То практично значи да, на пример, дете које живи у виском сиромаштву може имати кохезивно породично окружење које ублажава могућност негативног исхода (Shean, 2015). За тестирање протективног модела обично се користи вишеструка регресија у коју се укључују интеракције између ризика и протективних фактора. Интеракције могу бити „протективно-стабилизујуће“ и „протективно-реактивне“. „Протективно-стабилизујуће“ интеракције представљају ситуације у којима протективни фактор помаже да се неутралишу ефекти ризика, док „протективно-реактивне“ интеракције јесу ситуације у којима протективни фактор смањује, али не елиминише потпуно очекивану повезаност између ризика и исхода (Fergus & Zimmerman, 2005).

Модел изазова описује криволинијски однос између фактора ризика и исхода. Према овом моделу, излагање ниском и високом нивоу ризика је повезано са негативним исходима. Са друге стране, умерени ризици могу побољшати прилагођавање тако што су повезани са мање негативним или позитивним исходима (Fergus & Zimmerman, 2005; Windle, 2011).

Модел изазова се обично испитује нелинеарном мултиплом регресијом (Windle, 2011). Наведени модел се објашњава ставом да постоје одређени ризици који су корисни за децу и адолесцените. Корисност појединих ризика се оправдава тиме што они могу утицати на развој вештина суочавања, што у крајњем исходу доприноси да појединци науче како да те ризике превазиђу (Shean, 2015).

У већини студија резилијентности усмерених на варијабле најчешће се користе компензаторни или протективни модели за испитивање улоге протективних фактора, док се модел изазова користи ређе. Компензаторни и протективни модели су важни за дизајнирање превентивних интервенција. Када говоримо о компензаторном моделу он је заснован на становишту да довољан број протективних фактора може надокнадити ефекте једног или више фактора ризика. Такође, протективни модел је значајан за идентификовање фактора који могу ублажити ефекте ризика и креирање превентивних интервенција за децу и адолесцените изложене високим нивоима ризика (Masten, 2001).

1.6.2. Приступ усмерен на особу

Приступ усмерен на особу настао је из потребе да се пореде и утврде разлике између резилијентних и нерезилијентних појединаца. Суштина овог приступа је у идеји да се упореде следеће две групе: група појединаца који се упркос високом нивоу ризика успешно адаптирају и група појединаца чија адаптација није тако успешна, а ризик је такође висок. У овом приступу, јединица анализе нису варијабле, већ сами појединци (Windle, 2011). Раније поменута студија ауторке Вернер (Werner, 1989) са острва Кауаи представља пример приступа усмереног на особу.

Студије које су реализоване у оквиру овог приступа имају одређена ограничења. У том смислу главно ограничење јесте недостатак поређења са групом ниског ризика. Ова врста поређења је важна јер би се на тај начин могло утврдити да ли се резилијентна деца разликују од деце која добро функционишу, али немају висок ниво ризика (Masten, 2001). Две раније поменуте студије (Luthar, 1991; Masten et al., 1999) су биле усмерене на варијабле, али су истраживачи анализирали податке из угла приступа усмереног на особу. Тумачећи ове резултате у контексту извођења закључака о ова два приступа Мастен (Masten, 2001) је указала да компетентна деца ниског ризика и резилијентна деца високог ризика, која су се добро или просечно адаптирала, имају сличне протективне факторе укључујући боље интелектуално функционисање и квалитет родитељства и позитивнији селф концепт.

Сваки од приказаних приступа има своје предности и недостатке, а ауторка Мастен (Masten, 2001) указује на њих. Када говоримо о приступу који је усмерен на варијабле у њему се користе све предности статистичких анализа. Овај приступ је погодан за истраживање конкретних веза између ризика и исхода који имају импликације за интервенције. Међутим, овај приступ може занемарити укупне обрасце у животима појединаца и специфичне правилности које могу указати на потребу за интервенцијом. Са друге стране, када говоримо о приступу који је усмерен на појединца као предност се наводи његова корисност за идентификацију заједничких и необичних образаца који се развијају током времена и који су резултат вишеструких процеса и развојних ограничења. Недостатак овог приступа лежи у чињеници да може пропустити специфичне везе које би могле објаснити процес резилијентности.

1.7. Социјално-еколошки модел и резилијентност

Први истраживачи у проучавању резилијентности (70-их и 80-их година 20. века) су се фокусирали на децу која одрастају у неповољним условима и идентификовали одређене унутрашње снаге које су предвиђале позитивне исходе. Касније, концепт резилијентности

као процеса постао је предмет све већег интересовања међу истраживачима развоја детета. Они су своје разматрање резилијентности заснивали на радовима Бронфенбренера о развоју детета, узимајући у обзир како индивидуалне, тако и факторе окружења и њихову међусобну интеракцију.

Према Бронфенбренеровом моделу, адекватно окружење односно спољашњи фактори могу повећати вероватноћу да унутрашњи фактори појединца допринесу успешним развојним исходима (Ungar et al., 2013). Овај приступ допринео је развоју социјално-еколошког модела резилијентности (Ungar, 2011; Ungar et al., 2013).

1.7.1. Биоеколошка теорија

Биоеколошка теорија (Bronfenbrenner & Morris, 2006) представља ревизију Теорије еколошких система и везује се за период 80-их и 90-их година 20. века. Бронфенбренер и Морис (Bronfenbrenner & Morris, 2006) су истакли да је у ревизији додат нагласак на улогу појединца у контексту развоја, допуњујући основне карактеристике оригиналне теорије, док је улога окружења остала једнако важна.

Биоеколошки модел укључује четири главне компоненте: процес, појединац, окружење и време (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Bronfenbrenner & Morris, 2006; Tudge et al., 2009).

Процес. Развој појединца зависи од редовних реципрочних интеракција између појединца и његовог окружења које се одвијају током дужег временског периода. Ове интеракције, назване проксимални процеси, обухватају размену енергије између појединца и окружења у једном или оба смера (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Bronfenbrenner & Morris, 2006). Примери процеса су активности као што су игра, читање или учење (Bronfenbrenner, 1994). Ефекти ових процеса на развој могу бити позитивни или негативни у зависности од учесталости, квалитета и временског контекста интеракција (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Појединац. Кључне карактеристике појединца које утичу на проксималне процесе су захтеви, ресурси и сила. Захтеви као што су пол, старост и физички изглед утичу на то како окружење реагује на појединца, формирајући очекивања у почетним интеракцијама (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Tudge et al., 2009). Ресурси попут знања, способности, искуства и вештина утичу на учешће појединца у процесима (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Карактеристике силе обухватају бихејвиоралне диспозиције које могу подстицати (нпр. радозналост, респонзивност) или ометати (нпр. импулсивност или агресивност) проксималне процесе (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Бронфенбренер и Морис (Bronfenbrenner & Morris, 2006) истичу да, иако појединци могу имати исти приступ ресурсима, њихов развојни пут може да се разликује због различитих карактеристика силе.

Окружење. Окружење утиче на развој појединца кроз пет система: микросистем, мезосистем, егзосистем, макросистем и хроносистем. Успешан развој подразумева редовне интеракције са особама које су посвећене развоју детета током дужег времена (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Микросистем обухвата непосредно окружење појединца (породица, школа, вршњаци) и подразумева директне интеракције. Мезосистем се односи на односе интеракције између елемената микросистема (попут односа између породице и школе). Егзосистем обухвата непосредно окружење микросистема са којима елементи микросистема појединца ступају у директне интеракције (нпр. радно место родитеља). Макросистем подразумева шире социјално окружење укључујући културу, вредности и идеологије друштва (Bronfenbrenner, 1979).

Време. Промене током времена описује хроносистем. Време се представља кроз три нивоа: микро, мезо и макровреме. Микровреме се односи на континуитет догађаја у проксималним процесима, мезовреме на периодичност догађаја у ширем временском оквиру,

а макровреме на дугорочне промене и очекивања кроз генерације (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Све четири компоненте развоја су међусобно повезане и имају сложену интеракцију која обликује развој (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

1.7.2. Социјално-еколошки приступ резилијентности

Као што је Бронфенбренер усмерио истраживања развоја детета ка интеракцији између детета и његовог окружења, тако је и у области резилијентности дошло до сличног помака. Пажња се са вулнерабилности детета и његових унутрашњих снага преусмерила на спољашње факторе који помажу детету да се развије и превазиђе изазове у ситуацијама ризика (Ungar, 2011). Током одрастања деца и адолесценти су мање активни у достизању позитивних развојних исхода, те су такви исходи углавном последица подржавајућег окружења (Nešić, 2020).

Мајк Ангар (Ungar, 2011, 2013) стручњак за резилијентност са социјално-еколошког аспекта, наглашава значај ресурса из окружења који подржавају развој у неповољним условима. Попут Бронфенбренерове теорије, Ангарово разумевање резилијентности помера фокус са појединца на системске интеракције, истичући важност квалитета ових система за развој детета у ситуацијама ризика. Ангар (Ungar, 2013) у свом раду истиче да појединци морају имати приступ ресурсима који им помажу да се носе са ризицима, а окружење треба да омогући тај приступ у складу са културним контекстом. Овај приступ помера одговорност за неуспелу адаптацију са појединца на окружење које није пружио адекватне ресурсе. Како би се ови ресурси обезбедили, у литератури (Nešić, 2022) се помињу одређене претпоставке ефективности за креирање програма резилијентности и дају препоруке како окружење може понудити појединцу те ресурсе.

Ангар (Ungar, 2011) је, како би детаљније објаснио резилијентност као социјално-еколошки концепт, дефинисао четири основна принципа: децентралност, комплексност, атипичност и културолошку релативност. Принцип децентралности премешта фокус са детета на окружење и ресурсе које оно пружа. Комплексност подразумева разматрање различитих аспеката резилијентности, укључујући способност детета и окружења за коришћење ресурса, као и њихове интеракције. Атипичност наглашава значај контекста који може утицати на корисност протективних процеса, избегавајући једноставне процене понашања. Принцип културолошке релевантности акценат ставља на значај културе у дефинисању ресурса и вредности, које се могу разликовати у зависности од различитих културних контекста.

У дугогодишњем проучавању резилијентности Ангар (Ungar et al., 2013) је у контексту еколошких система, анализирао факторе који утичу на резилијентност у различитим екосистемима. Унутар микросистема, кључни фактори укључују породичну кохезију, адаптивност, родитељски стил, приступ решавању проблема и пренос вредности. Поред тога, позитивни односи са вршњацима, наставницима и локалним заједницама играју важну улогу у развоју резилијентности, јер појединци који добијају подршку ових људи често постижу боље развојне исходе. У мезосистему, Ангар је указао да деца постижу боље резултате када наставници и старатељи одржавају сталну комуникацију. Такође, деца из система социјалне заштите имају боље исходе када су социјални радници и здравствени радници усклађени. Међутим, истраживања резилијентности са аспекта мезосистемских интеракција су још увек ограничена. У егзосистему, иако појединац није директно укључен, интеракције унутар овог система могу позитивно утицати на развој детета, али и ова истраживања су и даље ограничена. На нивоу макросистема, утицаји на резилијентност постају комплексни. Пренос културних вредности игра значајну улогу, али је изолација појединих варијабли тешка. Истраживања су показала да се културне вредности преносе

између родитеља и деце, што указује на интеракције у микросистему, али и на шире друштвене вредности.

1.8. Резилијентност у овом истраживању

Због комплексности концептуализације резилијентности и различитих фаза њеног научног проучавања, кључно је на почетку дефинисати резилијентност. Ово је значајно како би се прецизирале њене основне одреднице и поставиле истраживачке основе за њено даље проучавање. У складу са савременим разматрањима резилијентности, у овом раду резилијентност се дефинише као процес позитивне адаптације појединца у ситуацијама ризика.

Позитивна адаптација, као што показују бихејвиорална истраживања, подразумева не само присуство позитивног исхода (као што је компетенција), већ и одсуство негативних исхода, као што су проблеми понашања. С обзиром да се у овом истраживању компетенција испитује као исход, важно је истаћи разлику конструкта резилијентности и компетенције који се често наводе као сродни термини.

Компетенција се дефинише као постизање успеха у развојним задацима који су очекивани за појединца у зависности од његовог узраста, пола, контекста, културе и друштва (Masten & Coatsworth, 1998). Ужа дефиниција компетенције подразумева конкретне области постигнућа, као што су образовно постигнуће, прихватање од стране вршњака и друго. Према Мастен (Masten, 2001) компетенција и резилијентност су повезани конструкти у оквиру ширег конструкта адаптације. Међутим, разлика између њих је у томе што се компетенција односи на друштвена очекивања за „просечно“ дете, док резилијентност подразумева да дете функционише боље од очекиваног, и то у условима ризика.

Лутар (Luthar, 2006) је указала на четири разлике између компетенције и резилијентности. Прво, резилијентност подразумева присуство ризика, док компетенција то не захтева. Друго, резилијентност обухвата и позитивне и негативне исходе прилагођавања (као што су одсуство проблема и присуство здравих образаца), док се компетенција фокусира искључиво на позитивне резултате. Треће, исходи резилијентности се често процењују кроз емоционалне и бихејвиоралне аспекте, док се компетенција обично мери преко манифестних понашања. Четврто, резилијентност је шири концепт који укључује аспекте компетенције у оквиру високих нивоа ризика.

Концептуални оквир за разумевање фактора резилијентности у овом истраживању заснован је на Моделу резилијентности који је развила Бони Бенард (Benard, 1991). Према моделу, свака особа има урођен капацитет за развој резилијентности и може развити унутрашње предности које помажу у суочавању са ризицима. Ове предности подељене су у четири области: социјална компетенција, вештине решавања проблема, аутономија и опажање сврхе, значења и будућности.

Социјална компетенција обухвата карактеристике, вештине и ставове који су важни за успостављање односа са другима. То укључује одговорност, поверење, вештине комуникације, емпатију, алтруизам и способност опраштања. Вештине решавања проблема укључују способности као што су планирање, флексибилност, критичко мишљење и сналажљивост. Аутономија подразумева развој позитивног идентитета, самоконтроле, адаптивног дистанцирања и отпора дисфункционалним групама, као и успешну реализацију постављених циљева, самоефикасност, свест о себи и смисао за хумор. Опажање сврхе, значења и будућности подразумева способност постављања циљева, образовне аспирације, мотивацију за постизањем успеха, као и развој интересовања, креативности и имажинације, наде, оптимизма и спиритуалности (Benard, 2004).

У свом разматрању резилијентности, Бенард (Benard, 2004) се усредсређује на начине и значај развијања ових унутрашњих предности. Она истиче да сви људи имају потенцијал за

њихов развој, али окружење има значајну улогу у њиховој активацији. Како ауторка даље објашњава, одрасли морају веровати у снаге деце и адолесцената и препознати да су управо они извори резилијентности који имају важне спољашње предности. Спољашње предности укључују (1) бригу и подршку, (2) позитивна и висока очекивања и (3) пружање могућности за смислено учешће у различитим животним активностима.

Брига и подршка подразумевају присуство особа које разумеју и подржавају дете, без осуђивања. Позитивна и висока очекивања могу усмерити понашање детета и мотивисати га да превазиђе сопствена ограничења. Пружање могућности за учешће је логичан след када се пруже висока очекивања. Одрасли треба да омогуће деци да изражавају своје ставове, доносе одлуке, решавају проблеме и активно учествују у свим аспектима живота породице, школе и заједнице (Benard, 1995).

На крају, када су у питању ситуације ризика које су неизбежне у истраживању резилијентности, популација адолесцената на алтернативном старању је изабрана као погодна за овај тип истраживања. Адолесценти на алтернативном старању су били изложени различитим ризицима и прошли кроз трауматске догађаје који су довели до њиховог измештања из породице.

У наредном поглављу биће описана ова врста старања, као и истакнуте специфичности деце и адолесцената, њихових породица и смештаја. Последње, треће поглавље је посвећено прегледу и анализи релевантних мета-анализа и прегледа у области резилијентности деце и адолесцената на алтернативном старању, као деце и адолесцента која имају искуство трауматских догађаја.

2. АЛТЕРНАТИВНО СТАРАЊЕ

Конвенција о правима детета прописује да свако дете има право на животни стандард који је у складу са његовим физичким, менталним, моралним, духовним и друштвеним развојем. Додатно се истиче да дететови родитељи или старатељи, у складу са способностима и финансијским могућностима, треба да осигурају услове који су неопходни за развој детета (UNICEF, 2016). Међутим, услед одлуке родитеља, њихове немогућности или одлуке државе, могу наступити околности у којима родитељи не могу да испуне своје обавезе. У тим ситуацијама деца остају без адекватне бриге и заштите и могу бити упућена на алтернативно старање (Petrovski et al., 2017).

2.1. Појам и врсте алтернативног старања

Алтернативно старање, алтернативна брига и алтернативно збрињавање се у домаћој литератури користе као преводи енглеског термина *alternative care*. Алтернативно старање је намењено деци без родитељског старања и подразумева „било који аранжман, формални или неформални, привремени или трајни, за дете које живи одвојено од родитеља“ (FICE Youth, 2010, р. 9). Намењено је деци без родитељског старања која се, према Смерницама Уједињених нација за алтернативно старање о деци (у даљем тексту: Смернице УН), одређују као „сва деца која не живе са макар једним родитељем (о којима се током ноћи не брине макар један родитељ), из било ког разлога или под било којим околностима“ (United Nations, 2010, тачка 29а).

Према Смерницама УН разликујемо формално и неформално алтернативно старање (United Nations, 2010, тачка 29b). Неформално старање се привремено или стално реализује у породичном окружењу. За њега је карактеристично да се реализује од стране сродника, пријатеља или других појединаца, и то на иницијативу детета, његових родитеља или друге особе, те да није наложено од стране одговарајућих органа и служби. Са друге стране, формално старање се односи на све врсте старања које се реализују у породичном или резиденцијалном окружењу. За разлику од неформалног, формално алтернативно старање је увек наложено од стране надлежних органа или служби, и може бити резултат административних или судских мера.

Алтернативно старање се разликује у односу на окружење у којем се одвија, те можемо говорити о пет облика. Први облик је сродничко старање (енгл. *kinship care*). Сродничко старање представља смештај у широј породици или код блиских породичних пријатеља који су детету познати, а по карактеру може бити формално или неформално. Други облик представља хранитељско старање (енгл. *foster care*). За хранитељско старање је карактеристично да се дете смешта у домаћинство породице која није дететова биолошка породица, те је важно нагласити да је реч о породици која је за пружање хранитељског старања одабрана и квалификована, али и да је надгледана од стране надлежног органа. Трећи облик су друге врсте породичног старања (енгл. *family-based*) или старање „налик породици“ (енгл. *family-like*). Четврти облик је резиденцијално старање (енгл. *residential care*). Ова врста алтернативног старања представља смештај у групном непородичном окружењу (нпр. прихватилишта, транзитни центри у ванредним ситуацијама или друге установе за дугорочни или краткорочни резиденцијални смештај, укључујући групне домове). На крају, постоје и облици самосталног живота уз надзор (енгл. *supervised independent living arrangements for children*) (United Nations, 2010, тачка 29c).

У тумачењима Смерница УН прави се разлика између породичног старања, резиденцијалног старања и облика самосталног живота уз надзор (Cantwell et al., 2012; NGO Working Group on Children without Parental Care in Geneva, 2013). Породично старање

обухвата сродничко и хранитељско старање, као и друге облике породичног старања („породична група за васпитање“, „заменеана породица“ и систем „патронат“). „Породична група за васпитање“ се користи за старање о деци која су напустила специјализоване установе, те деца добијају подршку особља установе у којој су боравила. За „заменеану породицу“ је карактеристично да се деца угошћавају у породици на одређено време, како би стекла искуства породичног живота. На крају систем „патронат“ представља смештај деце у породице, али под старатељством резиденцијалне установе. У овој ситуацији резиденцијална установа задржава право да управља старањем. У систему „патронат“ постоје и „патронатни родитељи“, који су од стране установе одабрани и припремљени да брину о деци (Gudbrandsson, 2004). Резиденцијално старање обухвата институционално и „налик породици“ старање. Институционално старање је старање у установама за децу, док старање „налик породици“ представља групно организовано старање, које је слично породици, а које се одвија изван домаћег окружења. Старање „налик породици“ може бити у форми „породичних интерната“ (мале породичне групе деце у већој институцији) или „дечјих села“ (домаћинства деце у склопу кућа одвојено од околне заједнице). Облици самосталног живота уз надзор подразумевају обезбеђивање смештаја старијој деци (младим особама). Ова врста смештаја се обично одвија у становима или хостелима, при чему корисници добијају неопходну подршку, а све то са циљем унапређења вештина и компетенција које су од значаја за самосталан живот.

У Србији, алтернативно старање регулисано је Законом о социјалној заштити (2011) и Породичним законом (2005). Породични закон Републике Србије, дефинише дете без родитељског старања, те се наводи да је реч о детету чији родитељи нису живи или су непознати, односно непознато је њихово боравиште. Даље се истиче да је дете без родитељског старања и дете чији су родитељи у потпуности лишени родитељског права или пословне способности, односно дете чији родитељи нису стекли пословну способност. Такође, уколико су родитељи лишени права на чување, подизање и васпитавање детета, те уколико се родитељи не старају о детету или се старају али на начин који није одговарајући сходно одредбама Породичног закона (2005, члан 113, тачка 3) говоримо о детету без родитељског старања. Услуга смештаја, као једна од мера алтернативног старања, дефинисана је Законом о социјалној заштити, а намењена је деци без родитељског старања или деци код које постоји ризик од губитка родитељског старања. У Србији, а сходно Закону о социјалној заштити (2011, члан 47) постоје следеће услуге смештаја: „породични смештај (смештај у сродничку, хранитељску и другу породицу за одрасле и старије), домски смештај (дом за смештај корисника, укључујући мале домске заједнице), смештај у прихватилиште и у складу са законом друге врсте смештаја“.

2.2. Историјски контекст алтернативног старања у Србији

Деца су остајала без родитељског старања још у првим облицима организовања друштвене заједнице, али су се разликовале реакције друштва на ове ситуације. Негативне реакције су укључивале одбацивање деце и мајки, уз репресиван однос према њима. Са друге стране, позитивне реакције, у којима је бригу о деци преузимала црква, државне институције или друге породице, постојале су у случајевима рата, смрти или болести родитеља (Lukić-Navelka i Seratlić, 2002).

Брига за сирочад, напуштену и злостављану децу кроз неформалну негу и усвајање има дугу историју. Организовани формални системи заштите, отварањем установа и оснивањем хранитељства, развијали су се касније, под утицајем друштвених и политичких фактора, као и промена перспектива посматрања детета (Dozier et al., 2012).

Превасходно као одговор на последице рата, крајем 19. и почетком 20. века у свету се започиње са организованом бригом о деци без родитељског старања. У овом периоду су деца

родитеља који су страдали у рату смештана на усвајање, у хранитељске, сродничке породице или специјализоване државне установе („сиротишта“). У другој половини 20. века, у законодавствима многобројних земаља, различити облици алтернативног старања, укључујући породични и институционални смештај, постају уобичајени (Lukić-Havelka i Seratlić, 2002).

У Србији, породични и домски смештај су признати као алтернативни облици старања за децу без родитељског старања. Смештај у прихватилиште је намењен само као привремено и ургентно решење за кризне ситуације. Дакле, резиденцијални смештај се препознаје у Србији као домски смештај, док се у оквиру породичног смештаја пружа услуга смештаја у хранитељске породице односно хранитељски смештај.

2.2.1. Домски смештај

Прва добротворна организација која се бавила помагањем напуштеној и сиромашној деци основана је крајем 19. века, након чега се формирају различита добротворна друштва за бригу о овој деци. У периоду након Првог светског рата, одговорност за бригу о деци без родитељског старања преузела је држава. Тада се у многим градовима (нпр. Неготин, Ужице, Сремска Каменица и Београд) оснивају домови за ратну сирочад. Након Другог светског рата Југославија је имала 253 дома за децу, од којих је 1967. године преостало њих 40. Како су могућности за одржавање и финансирање домовна биле ограничене, тако је у наведеном периоду била отежана заштита деце без родитељског старања (Lukić-Havelka i Seratlić, 2002). Редовни извори прихода за социјалну заштиту почињу да се обезбеђују од 1974. године, што је резултирало адаптацијом старих и изградњом нових домовна за децу у Београду, Нишу, Крушевцу, Сомбору, Врању, Ужицу и Бањи Ковиљачи. Додатно, 1975. године у Сремској Каменици отворени су објекти Дечјег села по узору на моделе Киндердорф организације (*SOS Kinderdorf*) (Lukić-Havelka i Seratlić, 2002).

Законом о социјалној заштити (2011) су дефинисани корисници домског смештаја, те се наводи да се он обезбеђује уколико није могуће или није у најбољем интересу да корисник остане у породици или да користи услуге у заједници, односно породични смештај. Овом врстом смештаја детету се задовољавају основне животне потребе, те се омогућава становање, здравствена заштита и приступ образовању. Домски смештај није предвиђен за децу млађу од три године, осим у изузетним случајевима. Истим законом (2011, члан 53) су дефинисане различите врсте домског смештаја: „стандардни смештај, смештај уз интензивну подршку, ургентни смештај, повремени смештај и друга врста домског смештаја“, те се наводи да услуге домског смештаја пружају лиценциране установе социјалне заштите. Ове установе, некада познате као домови за децу без родитељског старања, данас су препознате као установе за децу и младе.

У Србији установе које тренутно обезбеђују домски смештај деци и младима без родитељског старања су (Republički zavod za socijalnu zaštitu [RZSZ], 2023b): Дом за децу и омладину СОС Дечије село „Др Милорад Павловић“ (Сремска Каменица), Установа за децу и младе „Вера Благојевић“ (Бања Ковиљача), Установа за децу и младе „Вера Радивојевић“ (Бела Црква), Установа за децу и младе „Јефимија“ (Крушевац), Установа за децу и младе „Мирослав Антић-Мика“ (Сомбор), Установа за децу и младе „Споменак“ (Панчево), Установа за децу и младе „Станко Пауновић“ (Неготин), Установа за децу и младе „Христина Маркишић“ (Алексинац), Центар за заштиту одојчади, деце и омладине „Звечанска“ (Београд) и Дом за децу и омладину „Душко Радовић“ (Ниш).

2.2.2. *Породични смештај*

Из периода средњег века датирају први подаци о породичном смештају деце (Lukić-Havelka i Seratlić, 2002). Исти подаци се могу наћи у Карађорђевој законику из 1805. године, док је уредбом Министарства социјалне политике (1919. година) било регулисано да се напуштена деца која имају до 12 година старости смештају код сродника. Уколико смештање код сродника није било могуће, деца су се о трошку државе смештала у другу породицу. У ситуацијама када није било могуће да се сместе у другу породицу, деца су смештана у дом (Grujić, 2017). Значајно је истаћи и да су Правилником о колонијама за одојчад и малу децу из 1929. године у Милошевцу, Чортановцима и Чуругу основане прве здравствене дечје колоније, док је током Другог светског рата, породични смештај интензивно коришћен за збрињавање деце која су остала без родитеља. Закон о породичном смештају 1959. године је предвиђао да социјалне службе помажу хранитељским породицама и прате развој ове деце (Lukić-Havelka i Seratlić, 2002). Одредбе овог закона присутне су и данас у законима којима се регулише породична и социјална заштита.

Брига о деци без родитељског старања се развијала и модификовала у различитим периодима развоја друштва и историјским контекстима. У ранијим периодима је домски смештај био заступљенији, а многе хранитељске породице нису добијале накнаду за бригу о деци (Grujić, 2017). Почетком 21. века долази до реформе у систему социјалне заштите, те се Правилником о хранитељству (2008) уведе стандарди за заштиту деце на хранитељству.

Породични смештај је у нашој земљи регулисан Законом о социјалној заштити (2011). Овим законом је дефинисано да породични смештај деци и младима привремено пружа негу, заштиту и услове за развој у породичном окружењу. Породични смештај може трајати до завршетка школовања или најкасније до 26. године живота. Подразумева следеће облике који су наведени у Закону о социјалној заштити (2011, члан 49): „стандардни смештај, смештај уз интензивну подршку, ургентни смештај, повремени смештај и другу врсту смештаја у другу породицу“.

За децу и младе особе без родитељског старања када се говори о породичном смештају мисли се на институт хранитељства. Правилником о хранитељству (2008) је дефинисана и сврха хранитељства. Сврха хранитељства је да се обезбеди заштита, нега, образовање, васпитање и услови за развој у породичном окружењу. Важно је да се наведене активности спроводе у складу са најбољим интересом деце и младих, а све то у циљу њиховог повратка у биолошку породицу, оспособљавања за самостални живот или промене мере заштите. Истим правилником су прописане две врсте хранитељства (сродничко и несродничко). Уважавајући потребе и најбољи интерес детета, а како би се омогућило развијање односа који је што сличнији односу детета и биолошког родитеља, у Србији се наглашава значај обезбеђивања адекватне хранитељске породице (Pravilnik o hraniteljstvu, 2008). Управо су такав однос и искуство породичног живота главни разлози који дају предност хранитељству као облику алтернативног старања (Tanasićević i sar., 2020). Центар за породични смештај и усвојење припрема хранитељске породице за посао хранитеља и пружа подршку у процесу хранитељства, али обавља и друге релевантне активности. У нашој држави постоји шест центара за породични смештај и усвојење који се налазе у Београду, Крагујевцу, Нишу, Ћуприји, Милошевцу и Новом Саду (RZSZ, 2019a).

Планирање реформи социјалне заштите је у нашој земљи почело је 2000. године, а стратешки циљеви су се односили на деинституционализацију и трансформацију установа за смештај корисника. Деинституционализација, која представља развијање алтернатива за дуготрајни боравак у установама социјалне заштите, има за циљ промену решења у збрињавању ове популације. С тим у вези, тежи се смањењу броја корисника у установама за смештај, односно већем збрињавању корисника у породичном окружењу, али и развоју услуга за бригу које се спроводе у заједници. Када говоримо о трансформацији установа,

идеја је да се промене услови и начин њиховог рада, а све то са циљем побољшања положаја корисника (Rejaković i sag., 2016). Од 2002. године до данас, како би дошло до деинституционализације и трансформације, донете су бројне стратегије и измењени су одређени закони. Посебно је важно истаћи Стратегију деинституционализације и развоја услуга социјалне заштите у заједници за период 2022-2026. године (2022). Неке од кључних мера које су дефинисане кроз наведену стратегију су: формирање центара за децу, младе и породицу и повећавање броја корисника специјализованог, ургентног и повремениог хранитељства. Центри за децу, младе и породицу треба да пружају подршку породицама, како би се утицало на смањење ризика од институционализације. Када је реч о специјализованом, ургентном и привременом хранитељству, важно је нагласити да су наведене форме хранитељства законски препознате, али да у пракси нису заживеле.

2.3. Распрострањеност алтернативног старања

У 27 држава чланица Европске уније забележено је 2021. године укупно 758.018 деце и адолесцената на алтернативном старању, од чега је 302.979 збринуто на домском смештају и 421.810 на породичном смештају. Преостала деца и адолесценти (33.229) налазе се у „другом алтернативном смештају“. Исте године, у Уједињеном Краљевству је било 105.217 деце на алтернативном старању, од чега 78.467 на породичном, 15.340 на домском смештају и 11.410 на другој врсти алтернативног старања (UNICEF & Eurochild, 2021). Према подацима из Извештаја о заштити деце из 2023. године у Аустралији (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2024) 45.273 деце се налази на алтернативном старању, од којих се 40.388 (89.2%) налази на породичном смештају, а 4.310 (9.5%) деце и адолесцената на домском смештају.

Према истраживању (Petrowski et al., 2017) у ком су сумирани подаци о деци и адолесцентима на алтернативном старању у земљама широм света подељеним у регионе, уочава се да је највише деце на хранитељству у индустријским земљама (774.000 деце) у периоду од 2006. до 2013. године, као и Централној и Источној Европи и Заједници независних држава (657.000 деце) у периоду од 2010. до 2017. године. У Енглеској и Велсу, сроднички и хранитељски смештај сматра се најпожељнијим избором за смештај деце и адолесцената тако да се код њих мањи број деце смешта у оквиру институционалног типа. Највећи број деце и адолесцената на домском смештају је у Источној Азији и Пацифику (654.000 деце) у периоду од 2010. до 2012. године и Централној и Источној Европи и Заједници независних држава (629.000 деце) у периоду од 2010. до 2017. године (Petrowski et al., 2017).

У Србији је 2022. године забележено укупно 5.443 деце и адолесцената на алтернативном старању, од чега је 4.869 деце на породичном и 574 на домском смештају. Према доступним подацима Републичког завода за статистику, примећује се тренд постепеног опадања броја деце која се смештају на алтернативно старање када су у питању обе врсте смештаја (RZSZ, 2023a).

У литератури се наводи (Koenderink, 2019) да упоредни преглед стања алтернативног старања у различитим земљама има бројна ограничења што произилази из сложености поређења података. На првом месту аутор (2019) наводи да, због брзих промена у области дечје заштите, не располажу све земље актуелним подацима о алтернативном старању. Управо из наведених разлога се може поставити питање релевантности доступних информација. Даље се наводи да велики изазов представља коришћење различитих термина за исте врсте алтернативног старања или истог термина са различитим значењем. На пример, у одређеним земљама хранитељство званично не постоји, али систем старатељства у суштини функционише као хранитељство. Када је у питању домски смештај терминологија се такође разликује. Обично се користи термин резиденцијални смештај који се односи на

институционално збрињавање деце у великим групама. Међутим, у северозападној Европи и Сједињеним Америчким Државама такве велике групе у институцијама више не постоје, већ се резиденцијални смештај односи на мале групне домове налик породицама у заједницама (Koenderink, 2019).

Поред тога, упоређивање отежавају одређене категорије смештаја за које се, у неким земљама, не може утврдити да ли припадају породичном или резиденцијалном смештају (нпр. мале групе у установама налик породици), као и специфични смештајни аранжмани који се у неким земљама сматрају услугом јачања породице, а у другим подводе под алтернативно старање (UNICEF & Eurochild, 2021).

Упркос наведеним ограничењима, преглед стања децје заштите у свету (Koenderink, 2019) нуди упоредни приказ броја деце смештене на различитим врстама алтернативног старања као и одређених специфичности везаних за смештај. Извештај (Koenderink, 2019) показује да је у земљама Африке и Азије заступљенији домски смештај, док се у Америци, Аустралији и Европи, више примењује хранитељство. У земљама где је домски смештај учесталији, он је организован кроз мање групне домове.

Систем заштите деце се разликује у различитим државама. У том смислу за високоразвијене земље је карактеристично да се велика пажња посвећује очувању и јачању породице, те се деца, која нису у биолошким породицама, смештају у сродничке или хранитељске породице. У овим земљама, услуге су доминантно усмерене на помоћ породицама да брину о својој деци. Овакве активности за циљ имају заштиту деце, промоцију њиховог здравља и развоја, као и спречавање непотребног измештања деце пружањем подршке породицама у суочавању са стресним ситуацијама и обезбеђивањем основних ресурса. Са друге стране, у мање развијеним земљама, систем заштите деце је на знатно нижем нивоу, те се превасходно усмерава на институционално збрињавање или неформалну бригу од стране сродника. Чињеница да се од сродника очекивало да брину о деци уз минималну или без формалне подршке резултирала је порастом институционалног збрињавања (Groza et al., 2011).

2.4. Карактеристике деце и адолесцената на алтернативном старању

У наредном делу, представљен је преглед налаза значајних истраживања са фокусом на основне карактеристике деце и адолесцената на алтернативном старању, односно корисника хранитељског и домског смештаја. Приказане карактеристике односе се на пол, узраст, образовање, сметње у развоју, интернализоване и екстернализоване проблеме и дијагностиковане менталне поремећаје. За сваку карактеристику приказани су, уколико су доступни, прво налази компаративних студија различитог смештаја, а након тога и појединачних студија које се односе на несроднички хранитељски односно домски смештај у свету, а потом и у Србији.

2.4.1. Пол

Налази једног броја истраживања показују да су дечаци и девојчице приближно једнако заступљени на хранитељском и домском смештају. Међутим, друга истраживања која указују на значајне разлике већином приказују да су заступљенији дечаци на домском, а девојчице на хранитељском смештају.

У прегледу истраживања (Leloux-Ormeeg et al., 2016), сумирани су и упоређени налази студија о карактеристикама деце и адолесцената школског узраста при пријему на три типа смештаја (хранитељски, групни смештај налик породици и домски смештај). Утврђено је да су на хранитељском смештају чешће заступљене девојчице, док у групном смештају налик породици доминирају дечаци, при чему проценат варира од 54% до 62%. Међутим, веома је

мало доказа о значајним полним разликама између хранитељског и групног смештаја, осим у истраживању аутора (Lee & Thompson, 2008) који наводе значају разлику у броју дечака у овим категоријама смештаја. Већина деце и адолесцената на домском смештају су дечаци, при чему проценат варира од 59% до 72%, али нису пронађене значајне разлике између хранитељског и домског смештаја по питању пола.

Прилично уједначену заступљеност оба пола на алтернативном старању потврдила су истраживања у Аустралији на узорку од 3.518 деце и младих у периоду од 2011. до 2016. године (Asif et al., 2024) и 345 деце и младих током периода од 2011. до 2018. године (Hu et al., 2024). За хранитељски смештај, према подацима из Сједињених Америчких Држава у периоду од 2012. до 2021. године, заступљеност дечака и девојчица готово да је непроменљива и скоро изједначена, те је 2021. године било 51% дечака и 49% девојчица, а претходних година 52% дечака и 48% девојчица (Kids Count Data Center, 2023a).

Што се тиче домског смештаја, на узорку од 208 адолесцената на домском смештају у Каталонији 2020. године забележено је 55.8% дечака и 44.2% девојчица, што је веома слично расподели у целој популацији деце на домском смештају (Montserrat et al., 2022). У Енглеској, преглед података (Elliot et al., 2018) од 2008. до 2014. године показао је да је више заступљених дечака (64%) у поређењу са девојчицама (36%) на домском смештају.

Истраживање у Хрватској током 2013/14. године на узорку од 228 корисника домског смештаја, узраста од 14 до 18 година, открило је да је на домском смештају 54% девојчица (Maurović, 2015).

У Србији, расподела корисника домског и хранитељског смештаја по полу годинама остаје непромењена. Према последње доступним подацима из 2018. године на хранитељском смештају забележено је 51.2% девојчица и 48.8% дечака (RZSZ, 2019a), док је на домском смештају исте године било 54.6% дечака и 45.4% девојчица (RZSZ, 2019b), а према новијим подацима из 2022. године на домском смештају задржан је исти тренд полне структуре, 53.3% дечака и 46.7% девојчица (RZSZ, 2023b).

2.4.2. Узраст

Истраживачи неретко користе различите старосне распоне, што отежава поређење података о узрасту деце и адолесцената на алтернативном старању. У истраживањима пажња се најчешће посвећује узрасту корисника при пријему на смештај, као и разликама између хранитељског и домског смештаја, те су такви налази и разматрани. Већи број истраживања указује да су на пријему у хранитељске породице чешће присутна деца млађег узраста, док су у домовима углавном деца старијег узраста односно адолесценти.

У претходно поменутом прегледу истраживања (Leloux-Ormeier et al., 2016) већина студија показује да су деца при пријему на хранитељски смештај имала између седам и 11 година старости. У групном смештају налик породици, старост при пријему кретала се од 10 до 12 година, док је на домском смештају старост била највиша, између 10 до 14 година. У поређењу са хранитељским смештајем, деца на пријему у домски смештај су значајно старија. Такође, у прегледу истраживања (Tittle et al., 2000) се потврђује да млађа деца чешће улазе у хранитељске породице, са просечним узрастом од пет година, док је на овом узрасту на пријему у домовима заступљено знатно мање деце.

Према званичним подацима у Аустралији (AIHW, 2024) скоро једна трећина деце (32%) на алтернативном старању је узраста од 10 до 14 година, док је сличан проценат деце узраста од пет до девет година (30%). Деца на домском смештају су старија од деце на хранитељском смештају, при чему је 87% деце на домском смештају било старости изнад 10 година, док је 45% деце на хранитељском смештају у тој категорији. Мање од 2% деце на домском смештају је било млађе од пет година, док је 24% ове деце на хранитељском смештају.

Када је у питању узраст деце на хранитељском смештају у Сједињеним Америчким Државама, од укупног броја деце у хранитељским породицама, дистрибуција узрасних група је следећа: деца млађа од годину дана (7%), од једне до пет година (34%), од шест до 10 година (22%), од 11 до 15 година (22%) и од 16 до 20 година (14%) (Kids Count Data Center, 2023b).

На хранитељском смештају у Србији (RZSZ, 2023a) је током протекле деценије, од 2013. до 2022. године, приближно иста расподела старосних група. Најбројнија су деца узраста од шест до 14 година, која су 2022. године чинила 52.7%. Потом следе адолесценти од 15 до 17 година (28.6%), потом деца узраста од три до пет година (12%), док је најмање деце млађе од две године (6.8%). Расподела старосних група деце у домовима од 2013. до 2022. године показује благе осцилације (RZSZ, 2023a). Примећује се благи пораст млађе деце, као и благо опадање броја деце старијег узраста. Најбројнија старосна група на домском смештају су деца узраста од шест до 14 година, која чине половину укупног броја деце у овој категорији, тако је 2022. године тај проценат износио 49.9%. Након тога, деца узраста од 15 до 17 година представљају трећину (37.6%) и само неколицина (по 6%) је у категоријама деце млађе од две године и од три до пет година старости.

2.4.3. Образовање

Када је образовање и школско постигнуће деце и адолесцената на алтернативном старању у питању, већина истраживања је показала да они имају нижа постигнућа у односу на вршњаке из опште популације. Разлике у врсти смештаја углавном указују да је ниже постигнуће присутније код деце и адолесцената на домском у односу на хранитељски смештај.

У прегледима студија (Luke & O'Higgins, 2018; Trout et al., 2008) утврђено је да адолесценти на алтернативном старању бележе нижа образовна постигнућа од адолесцената из опште популације. Утврђено је да они постижу резултате испод очекиваних за свој узраст, као и да се често суочавају са вишеструким ризицима у школском функционисању, укључујући промене школе, понављање разреда, суспензије и напуштање школовања (Trout et al., 2008). Дужина временаведеног у смештају показала се као значајна, те су млади који су били смештени најмање две године имали боља постигнућа од оних недавно смештених (Luke & O'Higgins, 2018). Такође, у је прегледу (Gypen et al., 2017) показано да деца на хранитељском смештају имају тешкоћа при завршетку школовања, запослењу, остваривању прихода у односу на своје вршњаке из опште популације.

У поменутом прегледу истраживања (Leloux-Ormeier et al., 2016) забележено је да се лошији школски успех и проблеми у когнитивном развоју ређе јављају код деце и адолесцената на хранитељском смештају у односу на домски смештај. У различитим студијама из прегледа потврђено је да је само једна трећина деце са хранитељства имала слабија образовна постигнућа. Са друге стране, од једне петине до половине броја деце и адолесцената на домском смештају имало је проблеме везане за школу, као што су ниска мотивација, кашњење у когницији, адаптивном понашању или говору.

Што се тиче образовног програма, истраживања показују да деца и адолесценти на алтернативном старању чешће похађају школе по специјалним програмима у односу на децу из опште популације, али и да се све више адолесцената на алтернативном старању школује по редовном програму. У мета-анализи (Scherr, 2007) на узорку од 25.692 деце и адолесцената на хранитељском смештају, утврђено је да је 31% похађало специјално образовање. У поређењу са вршњацима из опште популације, адолесценти на хранитељском смештају су пет пута више користили услуге специјалног образовања. У студијама исте мета-анализе, у којима је испитивано понављање разреда, на узорку 9.950 деце и адолесцената на

хранитељском смештају, утврђено је да је 33% њих макар једном понављало разред током школовања.

У већ поменутом истраживању у Хрватској, показало се да се већина адолесцената на домском смештају школовала по редовном програму (70%), док је 27% имало прилагођени програм, а само 2% специјални програм школовања (Maurović, 2015).

Подаци из Републике Србије (RZSZ, 2019a) показују да се повећава број деце и адолесцената на хранитељском смештају која похађају школу по редовном програму, као и да се повећава број младих који студирају, те је 2018. године 58.8% младих на хранитељском смештају било укључено у високо образовање. На домском смештају је такође присутно повећање броја деце и адолесцената који похађају редовну школу (RZSZ, 2023b), при чему 43% деце похађа редовну основну и средњу школу, док 20.3% похађа специјалну основну и 8.6% специјалну средњу школу. Током 2022. године 25% корисника домског смештаја је студирало (RZSZ, 2023b).

На узорку од 82 детета која су смештена у хранитељске породице у Србији, узраста од пет до 11 година, утврђено је да су сва деца укључена у редовни образовни систем (предшколску установу и основну школу), изузев два детета која похађају специјалну основну школу. Значајно је да две трећине њих остварују врло добар и одличан успех (69%) (Šilić, 2018). У истраживању (Burgund i sar., 2019) на узорку 1.466 адолесцената од 14 до 19 година на хранитељском смештају у Србији, утврђено је да су они, у поређењу са својим вршњацима из опште популације, имали значајно слабије школске успехе.

У још једном истраживању у нашој земљи (Burgund, 2016), на узорку од 47 адолесцената са домског смештаја и 103 адолесцената са хранитељског смештаја узраста од 16 до 22 године, утврђено је да је највећи број испитаника имало врло добар успех (32.5%), док су 21.9% били одлични, 25.2% добри, 7.9% довољни и 6.4% недовољни. Нису утврђене значајне разлике у школском успеху између врсти смештаја.

Савремени аутори истичу да је већина деце и адолесцената имала озбиљне тешкоће у образовању и пре пријема на смештај, те да одговарајући алтернативни смештај може да допринесе бољим образовним постигнућима (Žunić-Pavlović i Đurišić, 2024).

2.4.4. Сметње у развоју

Доступни подаци о сметњама у развоју код деце и адолесцената на алтернативном старању указују да су код корисника домског смештаја присутније сметње у развоју у односу на хранитељски смештај.

У истраживању (Slayter, 2016) у Сједињеним Америчким Државама показало се да 31% деце и адолесцената у систему социјалне заштите узраста до 18 година има сметње у развоју. Студија о учесталости сметњи у развоју код деце и адолесцената на алтернативном старању у Великој Британији (Hill et al., 2017) указује да је у Енглеској само 3% деце са сметњама у развоју, у Шкотској 12%, у Велсу 13.6% и у Северној Ирској 14%. У Аустралији (AIHW, 2024) у 2023. години за 72% деце на алтернативном старању су доступни подаци о сметњама у развоју, од којих је 21% пријављено са сметњама.

Резултати мета-анализе (Shannon et al., 2023) у Аустралији указују да су деца са интелектуалним и развојним сметњама у већем ризику за улазак у систем социјалне заштите, па тако и алтернативног старања. У Аустралији је током 2018. године 7.6% деце на алтернативном старању узраста до 14 година имало неку врсту сметње, најчешће интелектуалне и развојне сметње (4.5%), док се током 2021. године тај проценат повећао на 63%, од којих је 30% имало интелектуалне и развојне сметње. Ови подаци говоре да је у односу на општу популацију учесталост развојних сметњи код ове деце четири пута већа.

У прегледу истраживања (Tittle et al., 2000) је утврђено да се деца са сметњама у развоју (46%) учесталије смештају у хранитељске породице у поређењу са децом и

адолесцентима без сметњи (29%). У истом прегледу истакнуто је да је у Калифорнији, 63% деце и адолесцената са проблемима физичког здравља смештено у хранитељске породице, док је 35% њих без таквих проблема.

У Србији, према евиденцији из 2018. године (RZSZ, 2019a), 26.5% деце и адолесцената на хранитељском смештају је имало сметње у развоју. Примећује се да удео корисника са сметњама у развоју континуирано опада: 34.2% у 2014. години, 31.4% у 2015. години, 28.6% у 2016. години и 24.7% у 2017. години. Међу тим корисницима, највећи део чине деца и адолесценти са интелектуалним тешкоћама који представљају једну трећину од свих корисника са сметњама у развоју (RZSZ, 2019a). Када је у питању домски смештај, подаци из 2022. године (RZSZ, 2023b) показују да 50% деце и адолесцената има сметње у развоју, при чему су највише заступљене вишеструке сметње. Забележено је на домском смештају 2018. године 53% деце и адолесцената са сметњама у развоју, а 2020. године 51.9% (RZSZ, 2021). Међутим, на основу података увиђа се да овај број укључује и кориснике малих домских заједница, које су специјализоване за децу са сметњама у развоју. У складу са тим, верује се да је број деце са сметњама у развоју само на домском смештају мањи, али прецизан податак изостаје.

У студији спроведеној 2012. и 2013. године која је обухватила 347 деце и адолесцената до 18 година који се налазе на хранитељском и домском смештају у Србији, утврђено је да 18.2% њих има сметње у развоју. Најзаступљеније су биле интелектуалне сметње (10.1%) и вишеструка ометеност (4.6%) (Žegarac i sar., 2014).

2.4.5. Интернализовани и екстернализовани проблеми

Интернализовани и екстернализовани проблеми обухватају различите аспекте понашања и емоција и не подразумевају стриктне дијагностичке категорије. Иако обухватају широк спектар и различите начине испитивања, најчешће се истражују код деце и адолесцената на алтернативном старању. Налази већине истраживања упућују да деца и адолесценти на алтернативном старању испољавају интернализоване и екстернализоване проблеме, с тим да је већа учесталост обе врсте проблема забележена код корисника домског у односу на хранитељски смештај.

Истраживање у Грчкој (Andreopoulou et al., 2020) на узорку од 153 деце на алтернативним и родитељском старању, узраста од шест до 18 година утврдило је да деца на алтернативном старању имају виши ниво интернализованих, екстернализованих и укупних проблема понашања. Значајно чешће испољавали су повучено и депресивно понашање, али и склоност ка кршењу правила.

У раније поменутом прегледу истраживања (Leloux-Ormeer et al., 2016) забележено је да клиничку слику екстернализованих проблема испољава од 34% до 63% деце и адолесцената на хранитељском смештају, што представља најмање једну трећину корисника на овом смештају. На домском смештају, више од половине деце и адолесцената пријављује екстернализоване проблеме. Када су у питању интернализовани односно емоционални проблеми, проценат деце и адолесцената на хранитељском смештају са емоционалним проблемима је варирао од 14% до 45%, док је на домском смештају износио од 39% до 57%. Одређене студије из прегледа (James et al., 2012; Scholte & Van der Ploeg, 2010, према Leloux-Ormeer et al., 2016) су пронашле значајне разлике у погледу веће учесталости интернализованих и екстернализованих проблема код деце и адолесцената на домском смештају у поређењу са хранитељским смештајем.

У две мета-анализе (Li et al., 2019) циљ је био утврђивање разлика у проблемима деце и адолесцената на различитом смештају. Налази прве мета-анализе на узорку од 3.574 деце и адолесцената на алтернативном старању показали су да корисници домског смештаја имају виши ниво интернализованих проблема него корисници на хранитељству. У другој мета-

анализи на узорку од 13.048 деце и адолесцената на алтернативном старању откривено је да деца и адолесценти са домског смештаја пријављују виши ниво екстернализованих проблема у односу на децу и адолесценате из хранитељских породица.

У истраживању (James et al., 2012) на узорку од 1.191 деце и адолесцената на алтернативном старању, налази су показали да 63.1% њих на домском смештају достиже клинички опсег скорa на скали укупних проблема понашања, док је тај проценат за децу и адолесценате на хранитељском смештају 36%. Када су у питању екстернализовани проблеми, 62.1% деце и адолесцената на домском смештају припада клиничком опсегу за разлику од 33.3% њих на хранитељству. Интернализоване проблеме показује 39.2% деце и адолесцената на домском смештају у односу на 22.7% на хранитељском смештају.

У прегледу студија деце и адолесцената на хранитељском смештају (Vasileva & Petermann, 2018) показало се да је укупни удео интернализованих проблема на узорку од 555 деце и адолесцената био 28.6%, а од 532 њих 27.4% је испољавало екстернализоване проблеме у клиничком опсегу.

У поменутој студији (Žegarac i sar., 2014) на узорку деце и адолесцената на домском и хранитељском смештају у Србији, налази показују да 60.8% испитаника није испољавало проблеме понашања, за 23.3% нема података, а код преосталих испитаника су забележени проблеми у виду напада бесa (4.9%), туче са вршњацима (3.2%), бежања из школе (2.6%), скитње, бекства од куће и крађе (по 2.3%). Такође, 57.6% испитаника није имало емоционалне проблеме, док су код преосталих присутни импулсивност (4.6%), повлачење (4.3%), напетост (3.7%), енуреза (2.9%) и страхови (1.4%).

У раније поменутом истраживању у Србији (Šilić, 2018), подаци указују да се код деце на хранитељском смештају најчешће јављају екстернализовани проблеми. Приближно половина испитаника испољава агресивно понашање, 8% има изражене проблеме са агресивношћу, док 7% њих не испољава ни један вид агресивног понашања. Код више од половине испитиване деце утврђена је склоност ка кршењу правила понашања у школи и код куће, док је лагање, варање и уништавање ствари забележено код једне трећине њих. Делинквентна понашања испољава мали број деце (1.2%). Када је реч о интернализованим проблемима, примећено је да су они мање учестали код ове деце. За половину испитане деце није забележено ниједно понашање и емоционално реаговање из категорије повученост/депресивност.

2.4.6. Дијагностиковани ментални поремећаји

Када су у питању дијагностиковани ментални поремећаји, истраживања су се углавном базирала на утврђивању разлика у њиховој учесталости код деце и адолесцената на алтернативном старању у односу на децу и адолесценате из опште популације. На основу налаза већине оваквих истраживања, утврђена је већа учесталост менталних поремећаја код деце и адолесцената на алтернативном старању у односу на општу популацију.

Мета-анализа осам студија (Bronsard et al., 2016) на узорку од 3.104 деце и адолесцената на различитим врстама смештаја показала је преваленцију менталних поремећаја између 37% и 67% (просечна преваленција износила је 49%), односно да сваки други испитаник испуњава критеријуме за одређени ментални поремећај. Најчешће забележен ментални поремећај је дисруптивни поремећај, при чему је процена преваленције износила од 15% до 39%, укључујући поремећај понашања (6-28%) и опозициони пркосни поремећај (6-14%). Преваленција поремећаја пажње и хиперактивности износила је од 2% до 21%, док су се преваленције за анксиозни поремећај кретале од 4% до 32% и за депресивни поремећај од 3% до 38%. Пострауматски стресни поремећај бележио је најнижу преваленцију од 2% до 8%.

У прегледу истраживања (Engler et al., 2022) на узорку деце и адолесцената на хранитељском смештају, утврђено је да је од 32% до 80% деце имало дијагностиковани ментални поремећај. Најучесталији поремећаји су опозициони пркосни поремећај и поремећај понашања, а потом и депресивни поремећај, посттрауматски стресни поремећај и реактивни поремећај везивања. Забележена је и висока учесталост коморбидитета, а међу децом са дијагнозом неког менталног поремећаја (депресија, анксиозност и АДХД), 30.4% је имало дијагнозу две од три категорије поремећаја, док је 13% имало све три категорије.

Налази поменуте мета-анализе (Bronsard et al., 2016) и других прегледа студија (Dubois-Comtois et al., 2021; Engler et al., 2022) потврдили су да су код деце и адолесцената на смештају присутнији ментални поремећаји у односу на општу популацију, при чему деца на овом смештају имају три до четири пута већу вероватноћу за неком дијагнозом менталног поремећаја.

У једном прегледу студија (Evans et al., 2017) о самоубилачким идејама, утврђено је да је укупна преваленција код деце и адолесцената на алтернативном старању била 24.7% (узорак од 20.789). Покушаји самоубиства забележили су преваленцију од 3.6% (узорак од 382.342), док је самоубиство имало преваленцију до 0.27% (узорак од 9.321). У поређењу са општом популацијом, резултати овог прегледа указују на већи ризик од суицидалних исхода код деце и адолесцената на алтернативном старању.

Истраживање у Масачусетсу (Connor et al., 2004), на узорку од 397 деце на домском смештају, показало је да 49% деце и адолесцената има поремећаје понашања, 31% афективне и анксиозне поремећаје, 12% психотичне поремећаје и 8% друге поремећаје (као што су развојни поремећаји, тикови или поремећаји личности). Већина деце имала је више од једне психијатријске дијагнозе, при чему су девојчице чешће испољавале афективни и анксиозни поремећај, док су дечаци имали учесталије дијагнозе поремећаја понашања.

У истраживању у Норвешкој (Jozefiak et al., 2016) на узорку од 400 адолесцената на домском смештају, утврђено је да 76.2% испитаника испуњава критеријуме за најмање једну психијатријску дијагнозу. За разлику од других налаза, преваленција поремећаја понашања и опозиционо пркосног поремећаја је нижа него за депресивне поремећаје (37%), анксиозне поремећаје (34%), АДХД (32.3%) и Аспергеров синдром (23.2%).

Резултати раније поменутог истраживања међу децом на хранитељском смештају у Србији (Šilić, 2018) указују да су најучесталији проблеми са пажњом (65%). У још једном већ поменутом истраживању у Србији (Žegarac i sar., 2014), забележено је постојање неког психијатријског поремећаја код 9.7% испитаника на домском и хранитељском смештају.

2.5. Карактеристике породица порекла деце и адолесцената на алтернативном старању

Прегледом различитих истраживања могу се издвојити одређене специфичности везане за породице порекла, односно биолошке родитеље деце и адолесцената на алтернативном старању. Приказане карактеристике односе се на структуру, социо-економски статус породице, злостављање и занемаривање деце, ментално здравље родитеља и употребу супстанци од стране родитеља. За сваку карактеристику приказани су, уколико су доступни, прво налази компаративних студија различитог смештаја, а након тога и појединачних студија које се односе на несроднички хранитељски односно домски смештај у свету, а потом и у Србији.

2.5.1. Структура породице

Већина истраживања деце и адолесцената на алтернативном старању указује да имају живе родитеље, али да углавном потичу из једнородитељских породица.

У литератури се неретко помињу две фундаменталне студије о карактеристикама породица порекла деце на алтернативном старању и њихови налази се пореде са студијама новијег датума. Прва, реализована у Израелу (Oyserman et al., 1992) обухватила је 800 деце на хранитељском смештају и показала да је 73% деце имало родитеље током смештаја, док је 18% имало само једног или ниједног родитеља. Од родитеља који су били живи, 54% је било у браку, 33% разведено, 6% никада није било у браку. Друга значајна студија (Bebbington & Miles, 1989) укључила је 2.165 деце на алтернативном старању из Енглеске и показала да је за децу која живе са самохраним родитељем вероватноћа смештаја на алтернативно старање скоро осам пута већа у односу на децу која живе са оба родитеља. Такође, вероватноћа за смештај је два пута већа за децу чије су мајке млађе од 21 године и која потичу из вишечланих породица (са више од четворо деце).

Истраживање у Шведској (Franzén et al., 2008) које је обухватило 14.839 деце и адолесцената на алтернативном старању, потврдило је претходне налазе истичући да је вероватноћа за смештај изван породице три и по пута већа за децу самохраних родитеља. У студији (Berger, 2006) у Сједињеним Америчким Државама, на узорку од 234 мајке чија су деца на алтернативним старању, налази су показали да је већа вероватноћа измештања деце из породица са самохраним мајкама или мајкама које живе са ванбрачним партнерима. Такође, већи ризик од измештања детета присутан је и код породица које имају већи број деце која живе у домаћинству.

У прегледу истраживања у популацији деце и адолесцената на алтернативном старању (Leloux-Ormeeg et al., 2016), забележено је да 84% деце на хранитељском смештају има разведене родитеље, док је тај проценат за децу на домском смештају између 78 и 80%.

У већ поменутом прегледу истраживања (Tittle et al., 2000), резултати су показали да 46.3% деце и адолесцената на алтернативном старању потиче из породица у којима родитељи никада нису били у браку наспрам 36.2% овакве деце под родитељским старањем. Такође, забележено је да већина деце и адолесцената на смештају долази из једнородитељских породица. Ипак, у прегледу су истакнута и истраживања чији налази указују да је нешто већи број деце и адолесцената на хранитељском смештају из потпуних породица (41%) у односу на једнородитељске породице (33%).

2.5.2. Социо-економски статус породице

Већина налаза истраживања деце и адолесцената на алтернативном старању указују да они потичу из породица са ниским социо-економским статусом који подразумева незапосленост или ниска примања родитеља, као и сиромаштво.

У студији у Данској (Ejrnæs et al., 2011), на узорку од 14.503 деце и адолесцената на алтернативном старању, показало се да је већи број корисника на смештају имало незапослене мајке (82.5%) у односу на 26% деце из опште популације. Такође, примећује се да је у породицама деце која се налазе на алтернативном старању присутније сиромаштво у односу на децу и адолесценте који живе са својим родитељима. Резултати су показали да деца и адолесценти чије су мајке незапослене и примају социјалну помоћ имају већи ризик да буду смештена на алтернативно старање.

Истраживање у Сједињеним Америчким Државама (James et al., 2012) које је обухватило децу и адолесценте укључене у програм социјалне здравствене заштите за породице са ниским примањима, показало је да више од 80% деце и адолесцената на хранитељском и домском смештају живи у сиромаштву. Такође, ниска примања и сиромаштво породице утврђени су у још једном истраживању у Сједињеним Америчким Државама као значајни фактори који предвиђају смештај у хранитељске породице (Dvalishvili et al., 2024).

У прегледу истраживања (Simkiss et al., 2013) о факторима ризика за збрињавање деце у оквиру социјалне заштите, утврђено је да је низак социоекономски статус родитеља идентификован у свим студијама као ризичан фактор за децу која улазе у социјалну заштиту. Такође, исти налаз потврђен је у истраживању у Аустралији и Канади на узорку деце на алтернативном старању (O'Donnell et al., 2016).

Неколико студија из прегледа (Tittle et al., 2000) показало је да велики број деце и адолесцената на хранитељском смештају потиче из породица са ниским примањима, посебно оних које примају социјалну помоћ. Такође, према истом прегледу, забележено је да је 40% родитеља корисника на смештају незапослено у односу на 25% редовно запослених. Подаци показују да су деца и адолесценти из породица са стамбеним проблемима чешће смештена у хранитељске породице (46%) него деца из породица без ових проблема (27%).

У Србији, налази истраживања (Žegarac i sar., 2014) показали су висок проценат незапослености родитеља деце и адолесцената на смештају, при чему је 63.3% очева и 88% мајки незапослено. Такође, подаци из овог истраживања указали су да више од половине (61.1%) породица корисника на смештају није било у стању да задовољи основне потребе детета, док је 21.9% породица могло да задовољи само основне потребе, а само 4.9% и све потребе детета (Žegarac i sar., 2014).

2.5.3. Злостављање и занемаривање у породици

У бројним истраживањима у популацији деце и адолесцената на алтернативном старању, утврђено је да је већина њих пре смештаја на домски или хранитељски смештај доживела неки облик злостављања или занемаривања у својој породици.

Истраживања показују да од 5% до 45% деце и адолесцената на хранитељском и од 15% до 63% деце и адолесцената на домском смештају има историју физичког или емоционалног злостављања (Leloux-Ormeer et al., 2016). У Аустралији, налази студије су показали да је најзаступљенији облик међу корисницима на алтернативном старању физичко злостављање (Asif et al., 2024). У једном истраживању у Шпанији (Bernedo et al., 2014), на узорку од 104 деце и адолесцената на хранитељском смештају, 32.7% њих искусило је један од два облика злостављања. Поред тога, у истраживању у Шкотској (Minnis et al., 2006) на узорку од 182 деце и адолесцената на хранитељском смештају, 39% деце је било физички, а 77% њих емоционално злостављано. Супротно томе, у истраживању у Белгији (Vanschoonlandt et al., 2013) на узорку од 186 деце и адолесцената на хранитељском смештају забележена је ниска заступљеност злостављања (5.2%) у породицама порекла. У истраживању у Србији, подаци показују да је 11% деце и адолесцената на хранитељском и домском смештају доживело физичко, а 8.1% емоционално злостављање (Žegarac i sar., 2014).

Многе студије указују да је 10-11% деце и адолесцената на хранитељском смештају (Bernedo et al., 2014; James et al., 2012) и око 10% њих на домском смештају (James et al., 2012) било сексуално злостављано. Са друге стране, у истраживању у Шкотској (Minnis et al., 2006) показало се да је 28% деце и адолесцената из хранитељских породица доживело сексуално злостављање у својој породици порекла.

Преглед студија (Leloux-Ormeer et al., 2016) показује да је од једне четвртине до једне трећине деце и адолесцената на алтернативном старању претходно доживело занемаривање у породици. За децу и адолесценате на хранитељском смештају, заступљеност искуства занемаривања у породицама порекла креће се од 53.8% (Bernedo et al., 2014) до 75% (Minnis et al., 2006). На домском смештају, налази прегледа студија (Leloux-Ormeer et al., 2016) показују да заступљеност занемарене деце варира од 26 до 69%. У Аустралији, међу децом и адолесцентима на алтернативном старању, занемаривање је било присутно код 69.1% (Asif et al., 2024). У једном истраживању утврђена је нижа учесталост занемаривања међу децом и

адолесцентима на хранитељском смештају (21%) (Vanschoonlandt et al., 2013). У Србији, налази истраживања показују да је 70.9% деце и адолесцената на смештају доживело један или више облика занемаривања (напуштање 35.8%, неадекватан надзор 32.3% и здравствено и физичко занемаривање 31.1%) (Žegarac i sar., 2014).

Поред злостављања и занемаривања, насиље у породици, односно партнерско насиље коме деца сведоче, често је присутно у породицама порекла деце и адолесцената на алтернативном старању. Истраживања показују да око једне трећине породица из којих деца долазе на хранитељски смештај има проблем са овом врстом насиља (Yampolskaya et al., 2014), а преглед студија указује да се насиље у породици дешава у једној шестини породица деце смештене на алтернативно старање (Leloux-Ormeier et al., 2016).

2.5.4. Ментално здравље родитеља

Проблеми менталног здравља родитеља представљају важан фактор у контексту породичних проблема који утичу на смештај деце и адолесцената на алтернативно старање. Налази истраживања потврђују да родитељи деце и адолесцената на алтернативном старању имају проблеме менталног здравља.

Преглед истраживања (Leloux-Ormeier et al., 2016) показује да један од троје родитеља деце и адолесцената на хранитељском и домском смештају има неки проблем менталног здравља. У истом прегледу, подаци су показали да већи број деце и адолесцената на домском смештају има родитеља са проблемом менталног здравља, при чему су мајке чешће биле погођене (49%), него очеви (12%). Ови подаци потврђени су и у истраживању у Шведској (Nevriana et al., 2024) где се показало да деца и адолесценти који живе са родитељима који имају проблеме менталног здравља имају четири пута већу вероватноћу да буду смештена на алтернативно старање у односу на децу и адолесценате чији родитељи немају ове проблеме. Такође, показало се да је вероватноћа већа уколико мајка има проблеме менталног здравља.

У прегледу истраживања (Simkiss et al., 2013) и у истраживању у Аустралији и Канади (O'Donnell et al., 2016), као и Шведској (Straatmann et al., 2022) утврђено је да су проблеми менталног здравља родитеља били повезани са уласком деце и адолесцената у социјалну заштиту. У истраживању у Аустралији, утврђено је да су родитељи 22.7% деце и адолесцената на алтернативном старању имали проблеме менталног здравља (Asif et al., 2024).

Према подацима из прегледа (Tittle et al., 2000) деца и адолесценти чији родитељи имају емоционалне проблеме имају већу вероватноћу да буду смештена у хранитељске породице. Показано је да је 55% деце и адолесцената на хранитељском смештају имало родитеље са проблемима менталног здравља, у поређењу са 28% њих чији родитељи нису имали ове проблеме. Истраживања из прегледа су такође показала да мајке деце на смештају чешће имају дијагнозе менталних поремећаја које озбиљно угрожавају њихово родитељско функционисање, а многа измештања деце била су последица хоспитализације мајке у психијатријске установе након инцидената који су указивали на опасност за дете.

У Норвешкој, налази истраживања на узорку од 400 деце и адолесцената на домском смештају (Jozefiak et al., 2016), указују на присуство проблема менталног здравља мајке (36%) и оца (19%).

2.5.5. Употреба супстанци од стране родитеља

Према налазима већине истраживања уочава се да је употреба супстанци честа међу родитељима деце и адолесцената на алтернативном старању.

У истраживању (Yampolskaya et al., 2014) у Сједињеним Америчким Државама на узорку од 33.092 деце и адолесцената на алтернативном старању, утврђено је да је најмање

један од пет родитеља ове деце имао проблеме са употребом алкохола или дрога. Такође је у прегледу истраживања (Tittle et al., 2000) забележено да деца и адолесценти, чији родитељи имају проблеме са употребом супстанци, имају већи ризик од измештања из породице. У истраживању у Аустралији, подаци показују да је 66.9% родитеља деце и адолесцената на алтернативном старању имало проблема са употребом алкохола или дроге (Asif et al., 2024).

У прегледу истраживања (Simkiss et al., 2013) истакнуто је да су, у Сједињеним Америчким Државама, проблематична употреба дрога и алкохола од стране родитеља два честа разлога за стављање деце и адолесцената под социјалну заштиту. Такође, налази лонгитудиналне студије у Америци (Meinhofer & Angleró-Díaz, 2019) указали су да је од укупног броја деце и адолесцената на алтернативном старању, 23.4% имало родитеље који су употребљавали супстанце, те су због тога и измештени из породица.

У прегледу истраживања (Leloux-Ormeer et al., 2016), подаци указују да је чак 49% родитеља деце и адолесцената на домском смештају имало проблем са употребом дроге. У истраживању на узорку од 397 деце и адолесцената на домском смештају из Масачусетса (Connog et al., 2004) утврђено је да је 65% њих имало родитеља који је имао проблем са употребом алкохола, при чему је овај проблем чешћи у породицама девојчица него дечака. У Норвешкој, налази истраживања (Jozefiak et al., 2016), указују на присуство употребе дрога мајки (9.6%) и очева (11.8%) деце и адолесцената на домском смештају.

Подаци из истраживања у Србији (Žegarac i sar., 2014), показују да је 15.2% очева и 6.8% мајки деце и адолесцената на хранитељском и домском смештају имало проблем са употребом психоактивних супстанци.

2.6. Карактеристике смештаја деце и адолесцената на алтернативном старању

Прегледом истраживања могуће је издвојити кључне карактеристике које се тичу хранитељског и домског смештаја деце и адолесцената на алтернативном старању. Приказане карактеристике односе се на разлог смештаја, дужину трајања смештаја, одржавање контаката са родитељима и породицом и промену смештаја. За сваку карактеристику приказани су, уколико су доступни, прво налази компаративних студија различитог смештаја, а након тога и појединачних студија које се односе на несроднички хранитељски односно домски смештај у свету, а потом и у Србији.

2.6.1. Разлог смештаја

Разлози смештаја односе се на разлоге издвајања деце и адолесцената из породице порекла, а према већини истраживања увиђа се да су најучесталији разлози злостављање и занемаривање.

У прегледу стања деце заштите у различитим земљама света (Koenderink, 2019) увиђају се бројни разлози због којих се деца и адолесценти измештају из породица и збрињавају на алтернативно старање. Најчешће су то злостављање и занемаривање у породици порекла, али се могу наћи и други разлози као што је насиље у породици, болест родитеља (као што су ХИВ вирус или трауматизација услед ратног искуства), смрт родитеља, злоупотреба супстанци од стране родитеља, сиромаштво, инвалидитет детета, дискриминација и напуштање деце (посебно у Африци и неким азијским земљама).

Преглед истраживања (Tittle et al., 2000) указује да су физичко злостављање, емоционално злостављање и занемаривање најчешћи разлози за смештај деце и адолесцената на хранитељски смештај. Истраживања су такође показала да су млађа деца углавном смештена због занемаривања, док су адолесценти чешће смештани због злостављања и занемаривања. У мањем броју случајева (2-8%) разлози за смештај су били напуштање детета од стране родитеља и њихова неспремност за преузимање бриге о детету.

Према подацима из Сједињених Америчких Држава из 2022. године, најчешћи разлози смештаја деце и адолесцената у хранитељске породице били су занемаривање (62%), употреба супстанци од стране родитеља (33%), немогућност родитеља да испуњавају родитељске обавезе (13%) и физичко злостављање (13%) (U.S. Department of Health and Human Services, 2023).

У Србији, према званичним подацима (RZSZ, 2023a) неадекватно родитељско старање, које обухвата злостављање и/или занемаривање деце, представља најчешћи разлог смештаја корисника на домски и хранитељски смештај у последњих 10 година. Половина од броја деце са домског и хранитељског смештаја је измештено из породица због овог разлога. Остали чести разлози за смештај су одсуство родитељског старања, спреченост родитеља да врше родитељско право, немогућност родитеља да одговори на здравствене потребе детета.

У истраживању у Србији (Žegarac i sar., 2014), забележени разлози првог издвајања детета из породице били су занемаривање (45%), напуштање (36.9%), сиромаштво (27.7%), злостављање (12.7%), смрт родитеља (11.8%) као и потреба за додатном негом услед сметњи у развоју детета (10.7%) и други разлози који се односе на спреченост родитеља да обавља родитељску дужност (нпр. због здравствених проблема) (16.7%).

2.6.2. Дужина трајања смештаја

Према подацима истраживања увиђа се да већина деце и адолесцената на алтернативном старању борави дуже од две године на смештају, при чему није занемарљив ни број корисника који више година проведу.

Према подацима из 2021. године у Аустралији (AIHW, 2024) већина деце и адолесцената на алтернативном старању (82%) су у континуитету боравили на смештају више од годину дана, при чему 27% њих је боравило две до пет година, 41% више од пет година и 18% мање од годину дана.

У истраживању (NSW Department of Communities and Justice, 2020) на узорку од 2.828 деце и адолесцената смештених изван своје породице, подаци су показали да је 66% њих боравило на смештају више од шест година, 24% је било на смештају од три до шест година, 8% од једне до три године, док је само 2.4% деце боравило на смештају мање од годину дана.

Према подацима из Сједињених Америчких Држава из 2022. године, просечно трајање хранитељског смештаја било је приближно две године (U.S. Department of Health and Human Services, 2023).

У Србији, према подацима из 2022. године, у установама за децу и младе без родитељског старања од 2.119 корисника, 38.8% је боравило до две године, 28% две до пет година, 16.3% од шест до 10 година и 17.2% деце 11 и више година (RZSZ, 2023b). Ови подаци нису показали веће осцилације у односу на претходне године (RZSZ, 2017, 2022). У погледу хранитељског смештаја, приметна тенденција је да се дужина боравка деце и адолесцената током година повећава, с већим бројем деце која остају у хранитељским породицама више од 10 година. Према подацима из 2018. године (RZSZ, 2019a), од 3.142 деце и младих, 11.8% је боравило до годину дана, око 30% од једне до три године, 20% од четири до пет година, 20% од шест до девет година и 17.3% преко 10 година.

У истраживању у Србији (Žegarac i sar., 2014) утврђено је да је трајање првог смештаја у просеку било 13 месеци, другог 15 месеци, трећег осам месеци и четвртог 13 месеци.

2.6.3. Одржавање контакта са родитељима и другим члановима породице

Подаци истраживања показују да већина деце и адолесцената на алтернативном старању одржава контакте са породицом порекла. Контакти се одвијају различитом динамиком зависно од врсте контакта и члана породице са којим га одржавају.

У истраживању у Аустралији (Cashmore & Talyor, 2017) на узорку од 1.285 деце и адолесцената на алтернативном старању, утврђено је да је приближно половина (48.5%) на свим типовима смештаја имала контакт са оба родитеља, док 13% није имало контакт са њима. Са својим сиблинзима контакт је имало 48.9% деце и адолесцената, а више од половине имало је контакт са широм породицом. Деца и адолесценти на хранитељском смештају су имали више контакта са сиблинзима, док су деца и адолесценти на домском смештају најчешће остваривали контакт са мајком, сиблинзима и бабом или дедом. Према подацима овог истраживања учесталост дечијих контаката са породицом варира, при чему највећи број деце остварује контакт са члановима породице мање од једном месечно. Најчешћи облик контакта са родитељима и сиблинзима био је уживо под надзором, а телефонски контакт је остваривало свега 19% деце са мајком и 15% са оцем.

Резултати истраживања у Португалији, на узорку од 221 деце и адолесцената на хранитељском смештају, указују да њих 71.2% одржава контакте са породицом порекла (Delgado et al., 2017). У Норвешкој, на узорку од 254 деце и адолесцената на хранитељском смештају, подаци показују да већина њих комуницира са мајком (преко 90%) и оцем (преко 60%), при чему то раде углавном једном месечно са мајком или ређе са оцем (Skoglund et al., 2024). У прегледу студија у Сједињеним Америчким Државама, утврђено је да између 50 и 85% деце и адолесцената на хранитељском смештају имају посете од стране родитеља које се углавном одвијају једном месечно под стручним надзором (Ruiz-Romero et al., 2022). Такође, према подацима истраживања у Сједињеним Америчким Државама (Huefner et al., 2015), на узорку 350 деце и адолесцената на домском смештају, утврђено је да деца и адолесценти одржавају контакте са родитељима и другим члановима породице најчешће на свака четири дана.

У Србији (RZSZ, 2019a), од 3.142 деце и адолесцената на хранитељском смештају током 2018. године, 31.7% не одржава контакте са сродницима, 37.5% их одржава једном месечно и око 20% једном у три до шест месеци. Примећује се благи пораст корисника хранитељског смештаја који немају контакт са својим сродницима (RZSZ, 2019a). На домском смештају, од 2.119 корисника током 2022. године, 33.3% њих није имало контакт са сродницима, 30.1% их је виђало ретко, 18.6% повремено и 18.1% редовно (RZSZ, 2023b). Према истраживању из Србије (Žegarac i sar., 2014), 61.4% деце и адолесцената на хранитељском и домском смештају одржава контакт са родитељима и породицом. Контакте најчешће имају са сиблинзима (35.2%), мајком (30%) и оцем (21.3%). Контакт се најчешће одржава путем надгледаних посета (28.2%), одлазака у посете (16.4%) и телефона или поште (13.8%). Резултати још једног истраживања у Србији, на узорку од 76 деце и младих на хранитељском смештају, показују да око 80% њих има контакте са породицом порекла, при чему 43.5% одржава контакте редовно (Nešić i Žunić-Pavlović, 2023).

2.6.4. Промена смештаја

У истраживањима је често разматран број претходних смештаја као један од показатеља стабилности смештаја. Већина података указује на учесталост промене смештаја код деце и адолесцената на алтернативном старању.

У прегледу истраживања (Leloux-Ormeer et al., 2016), утврђено је да је скоро четвртина деце и адолесцената на смештају већ имала искуство претходног смештаја. Од њих, 29% је најмање четири пута променило смештај од првог упућивања. Када је у питању разлика у односу на врсту смештаја, у истом прегледу је утврђено да корисници групног смештаја налик породици значајно мање мењају смештај у поређењу са корисницима из хранитељских породица. Највећи број промена смештаја (најмање четири пута) бележи се код деце и адолесцената на домском смештају.

Истраживање у Канади (Esposito et al., 2014) на узорку од 29.040 деце и адолесцената на алтернативном старању, показује да 31% деце није мењало смештај, 25% је једном променило, 16% два пута, а 28% најмање три пута. У Аустралији (AIHW, 2020), према званичним подацима о алтернативном старању, од деце и адолесцената који су били на смештају дуже од две године, 62% је једном променило смештај, 20% два пута, 14% три или четири пута и 5% је променило пет и више пута. У Данској, током четворогодишњег периода праћења на узорку од 225 адолесцената на алтернативном старању, 33% корисника је променило смештај (Olsson et al., 2012), док су у Шведској на узорку од 213 деце и адолесцената на алтернативном старању, налази лонгитудиналне студије указали на промену смештаја код 47.5% корисника (Khoo et al., 2012). Такође, у Норвешкој је, на узорку од 70 деце и адолесцената на алтернативном старању, у периоду од осам година, 90% корисника променило првобитан смештај (Christiansen et al., 2010).

У истраживању у Сједињеним Америчким Државама (Jedwab et al., 2019) на узорку од 4.177 деце и адолесцената на хранитељском смештају, налази указују да је 53% њих променило свој првобитни смештај у периоду од три године праћења. У истраживању на узорку од 397 деце и адолесцената на домском смештају у Масачусетсу (Connor et al., 2004) 84% њих је имао два или више претходних смештаја пре доласка у домску установу.

У истраживању у Србији (Žegarac i sar., 2014), показано је да је 58% деце и адолесцената на домском и хранитељском смештају прекинуло први смештај, док 41.2% није променило смештај. Подаци указују на тенденцију преласка из других врста смештаја на хранитељски смештај. Такође, у студији на узорку од 151 корисника смештаја, који су се налазили на алтернативном старању у Србији, утврђено је да је 21.2% деце два пута променило смештај, док је 7.9% променило три или више пута (Burgund Isakov & Hrnčić, 2018). Према подацима још једног истраживања у Србији, на узорку од 133 деце и адолесцената на домском смештају, 70% њих је макар једном променило смештај (Žunić-Pavlović i Nešić, 2023).

3. ПРЕГЛЕД РЕЛЕВАНТНИХ ИСТРАЖИВАЊА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТИ

Током последње деценије све је више студија које испитују међузависност компонената резилијентности, као и факторе који на њу утичу. Такође, неретко се у студијама резилијентност испитује у популацији одраслих, при чему се сагледавају ризици из детињства који могу бити повезани. Међутим, присутна су и истраживања међу децом и адолесцентима. Када је реч о деци и адолесцентима на алтернативном старању, истраживања резилијентности су оскуднија у поређењу са истраживањем проблема и исхода ових младих.

У наредном поглављу представљени су резултати релевантних мета-анализа и прегледа истраживања који се баве резилијентношћу. Ови налази се могу сматрати свеобухватним јер пружају опширнији и бољи увид у све трендове везано за тему. Прво су приказане студије резилијентности деце и адолесцената са трауматским искуствима које пружају ширу слику, а потом следе и студије које се баве децом и адолесцентима на алтернативном старању које су важне за разумевање овог специфичног контекста. На почетку, табеларно су представљени основни подаци о одабраним мета-анализама и прегледима истраживања, а након тога су приказани основни налази који се односе на компоненте резилијентности, као и њихову међусобну повезаност.

3.1. Студије о резилијентности деце и адолесцената са трауматским искуствима

Основне карактеристике одабраних мета-анализа и прегледа студија резилијентности деце и адолесцената са трауматским искуствима приказане су у Табели 1.

Табела 1

Карактеристике мета-анализа и прегледа студија деце и адолесцената са трауматским искуствима

Аутори	Врста прегледа	Број студија	Период	Врста трауматских искустава	Циљ	Карактеристике узорка	
						Број	Узраст
Afifi & MacMillan, 2011	Наративни преглед	27	-2010	Физичко, сексуално и емоционално злостављање, занемаривање, излагање партнерском и породичном насиљу.	Испитивање протективних фактора који су повезани са резилијентношћу.	-	-
Fogarty et al., 2019	Систематски преглед	15	2005-2015	Изложеност партнерском насиљу у интимним везама.	Систематски преглед литературе о факторима који су повезани са емоционалном и бихејвиоралном резилијентношћу и позитивним функционисањем деце изложене партнерском насиљу у	9.512	0-12

				интимним везама.		
Fritz et al., 2018	Систематски преглед	22	1999- 2017	Вишеструке недаће које укључују: губитак значајне особе, породични конфликти, лоше родитељство, трауматски догађаји, хронични или животни стрес, невоље, окружење високог ризика, злостављање, неправилно поступање и/или занемаривање деце.	Идентификовање фактора резилијентности за које је потврђено да смањују ризик од психопатологије.	23.140 13-24
Gartland et al., 2019	Систематски преглед	30	2004- 2018	Изложеност социјалним недаћама.	Идентификовање студија које су испитивале резилијентност код деце изложене социјалним недаћама ради утврђивања како је резилијентност мерена и фактора који су повезани са позитивним исходима.	35.566 5-12
Hu et al., 2015	Мета- анализа	60	-2014	Изложеност недаћама.	Утврђивање повезаности резилијентности као црте личности и менталног здравља.	68.720 6-60
Latham et al., 2023	Систематски преглед	26	2005- 2019	Изложеност виктимизацији у детињству (злостављање, занемаривање, породично насиље и булинг).	Систематски преглед истраживања фактора резилијентности за психосоцијалне исходе током	50.148 18-25

					транзиције у одрасло доба.		
Morgan et al., 2022	Систематски преглед и мета-анализа	9	1985-2021	Изложеност негативним искуствима из детињства – „АСЕ“.	Синтеза података о повезаности између негативних искустава из детињства и резилијентности.	161.164	0-38
Nasvytienė et al., 2012	Мета-анализа	13	1992-2010	Изложеност емоционалном, физичком и/или сексуалном злостављању и занемаривању.	Утврђивање показатеља позитивног функционисања.	26.287	0-18
Watters et al., 2023	Мета-анализа	16	2009-2019	Историја трауме из детињства, злостављања или занемаривања.	Испитивање односа између трауматских догађаја из детињства, резилијентности и депресије.	18.732	6-50
Yule et al., 2019	Мета-анализа	118	1992-2017	Изложеност партнерском насиљу, злостављању, насиљу у заједници.	Процена снаге повезаности између протективних фактора и позитивне адаптације код деце и адолесцената изложених насиљу.	101.592	0-18

3.1.1. Ниво резилијентности

Налази мета-анализе Моргана и сарадника (Morgan et al., 2022) показали су значајну негативну повезаност између трауматских догађаја и резилијентности код адолесцената са трауматским искуствима. Ниво резилијентности је био нижи код испитаника са већом преваленцијом трауматских догађаја. Такође, код испитаника који су доживели ове догађаје постојала је мања вероватноћа да испоље резилијентност у поређењу са испитаницима без таквих искустава. Са друге стране, Фогарти и сарадници (Fogarty et al., 2019) нашли су да 20-90% деце изложене насиљу у породици испољава резилијентност.

3.1.2. Индивидуални фактори резилијентности

У прегледима студија резилијентности деце и адолесцената са трауматским искуствима издвајају се индивидуални фактори, који доприносе позитивним исходима након доживљених трауматских догађаја. У питању су темперамент (Fogarty et al., 2019; Nasvytienė et al., 2012), когнитивне вештине (Gartland et al., 2019; Nasvytienė et al., 2012), самопоуздање

(Latham et al., 2023), емпатија (Gartland et al., 2019). Вероватноћа је већа за децу и адолесценте који имају ефикасније саморегулаторне процесе да овладају кључним развојним задацима и адаптирају се након искустава трауматских догађаја (Yule et al., 2019). Такође, будућа оријентација појединца показала се као важна за вештине самосталног живота, при чему су млади који су бележили присуство овог фактора имали развијеније вештине за самостални живот. Сви ови фактори потврђено доприносе позитивном прилагођавању на доживљена трауматска искуства.

Аутори Насвитјене и сарадници (Nasvytienė et al., 2012) су указали да су индивидуалне карактеристике значајније повезане са адаптивним функционисањем злостављане деце у односу на срединске факторе. Супротно томе, у прегледу ауторке Афифи и МекМилан (Afifi & MacMillan, 2011) су истакле да су индивидуални фактори повезани са резилијентношћу након искуства злостављања деце, али слабијом корелацијом у односу на срединске факторе.

3.1.3. Средински фактори резилијентности

У различитим прегледима издвојени су одређени средински фактори који су значајни за унапређивање резилијентности и повезани са психосоцијалним исходима деце и адолесцената са трауматским искуствима. Може се увидети да се подршка социјалне средине проналази као најзначајнији фактор за остваривање психосоцијалних исхода (Latham et al., 2023). У домену породице, издвојени су породична подршка (Afifi & MacMillan, 2011; Fritz et al., 2018; Morgan et al., 2022; Yule et al., 2019), учешће у активностима (Morgan et al., 2022), добри и блиски односи са старатељима и члановима породице (Gartland et al., 2019; Nasvytienė et al., 2012), као и одређени фактори родитељства (Fritz et al., 2018) попут позитивних родитељских стилова (Gartland et al., 2019). Ментално здравље мајке је повезано са бољим прилагођавањем према налазима прегледа ауторке Фогарти и сарадника (Fogarty et al., 2019).

Од вршњачких фактора истакнута је подршка и близак однос са пријатељима као показатељ позитивног функционисања злостављане деце и адолесцената (Gartland et al., 2019; Nasvytienė et al., 2012; Yule et al., 2019). Од школских фактора то су безбедно школско окружење, позитивни и подржавајући односи са наставницима (Gartland et al., 2019; Yule et al., 2019) и школско ангажовање (Gartland et al., 2019; Yule et al., 2019). Позитивни односи са наставницима су повезани са бољим школским исходима, а односи са вршњацима могу да унапреде емоционалне и социјалне компетенције деце и адолесцената са трауматским искуствима (Yule et al., 2019).

Најмање пажње у студијама посвећено је факторима заједнице. Укљученост у религиозне активности (Gartland et al., 2019; Morgan et al., 2022; Yule et al., 2019) је утврђено као значајно за промовисање резилијентности и подстицање развоја духовности што је повезано са бољим функционисањем појединца. Такође, утврђено је да кохезивност заједнице повећава вероватноћу бољег развоја деце и адолесцената (Gartland et al., 2019; Yule et al., 2019).

3.1.4. Испитивање односа између компоненти резилијентности

Налази мета-анализе ауторке Ватерс и сарадника (Watters et al., 2023) показују да су трауматски догађаји, резилијентност и депресија значајно повезани. Најснажнија корелација је између депресије и резилијентности што потврђује значај ове повезаности и оправданост истраживања медијационе улоге резилијентности. Резултати показују да резилијентност делимично објашњава повезаност између трауматских догађаја и смањених симптома депресије. Трауматски догађаји су негативно повезани са резилијентношћу, а резилијентност

је негативно повезана са депресијом. Трауматски догађаји предвиђају смањену резилијентност и повећану депресију, док резилијентност предвиђа смањене симптоме депресије. Трауматски догађаји су свакако директно повезани са депресијом, али испитаници са вишим нивоом резилијентности показују смањене симптоме депресије.

У другој мета-анализи Хуа и сарадника (Hu et al., 2015) главни налази су указали да је резилијентност негативно повезана са негативним индикаторима менталног здравља, а позитивно са позитивним индикаторима менталног здравља. Ниво резилијентности је био нижи код испитаника са већим нивоима депресије, анксиозности или негативног афекта, док су виши нивои резилијентности забележени код испитаника са већим нивоима задовољства животом или позитивног афекта. Утврђено је да резилијентност доприноси да појединци постигну стање позитивног менталног здравља и смање негативне исходе. Конкретније, резилијентност смањује или ограничава негативан утицај недаћа или трауматских догађаја на ментално здравље. Узраст испитаника је модерирао везу између резилијентности и негативних индикатора менталног здравља при чему је код деце и адолесцената забележен слабији ефекат. Код мушког пола примећена је слабија јачина ефеката између резилијентности и менталног здравља, док су величине ефеката биле значајно јаче за испитанике који су били изложени трауматским искуствима.

3.2. Студије о резилијентности деце и адолесцената на алтернативном старању

Основне карактеристике одабраних мета-анализа и прегледа студија резилијентности деце и адолесцената на алтернативном старању приказане су у Табели 2.

Табела 2

Карактеристике мета-анализа и прегледа студија деце и адолесцената на алтернативном старању

Аутори	Врста прегледа	Број студија	Период	Врста смештаја	Циљ	Карактеристике узорка	
						Број	Узраст
Atak & Bebiş, 2024	Систематски преглед	14	2011-2021	Домски смештај	Компаративна анализа студија које су селектовале ризике који утичу на резилијентност адолесцената на домском смештају.	2.651	10-19
Costa et al., 2022	Систематски преглед	25	1911-2017	Домски смештај	Систематски преглед и методолошка евалуација актуелних студија ризичних и протективних фактора који су повезани са психосоцијалном адаптацијом адолесцената на домском смештају.	11.165	11-18
Fisher et al., 2023	Систематски преглед и мета-анализа	89	1975-2019	Хранитељски смештај	Утврђивање резилијентности, ризика и	121.869	0-19

					протективних фактора, као и њиховог утицаја на резилијентност младих на хранитељском смештају.		
Goemans et al., 2015	Мета-анализа	29	1978-2013	Хранитељски смештај	Испитивање развојних исхода (адаптивно функционисање и проблеми понашања) деце на хранитељском смештају.	2.904	0-18
Goemans et al., 2016	Мета-анализа	31	1978-2014	Хранитељски смештај Општа популација	Утврђивање разлика у когнитивном, адаптивном и бихејвиоралном функционисању деце на хранитељском смештају са децом у ризику у својим биолошким породицама и децом из опште популације.	8.030	0-18
Gypen et al., 2017	Систематски преглед	32	2004-2015	Хранитељски смештај	Утврђивање исхода младих бивших корисника хранитељског смештаја.	40.004	15-51
Haddow et al., 2021	Систематски преглед	10	1997-2015	Домски смештај Хранитељски смештај Сроднички смештај	Систематски преглед студија које истражују како позитивни вршњачки односи утичу на психолошке варијабле повезане са суочавањем и резилијентношћу код младих људи на алтернативном старању.	3.036	10-18
Kothari et al., 2020	Преглед опсега	41	2000-2019	Хранитељски смештај	Синтеза кључних индивидуалних и интерперсоналних фактора који су повезани са психосоцијалним функционисањем адолесцената на	13.730	13-19

					хранитељском смештају.		
Li et al., 2019	Мета-анализа	23	1995-2016	Домски смештај Хранитељски смештај	Утврђивање разлике у исходима између деце смештене на домски и хранитељски смештај.	13.630	6-30
Lou et al., 2018	Систематски преглед	15	2002-2017	Домски смештај	Испитивање резилијентности као и повезаности резилијентности и бихејвиоралних исхода, са посебним фокусом на ментално здравље у контексту домског смештаја.	983	5-19
Nuñez et al., 2022	Мета-анализа	12	2009-2019	Хранитељски смештај (период напуштања заштите)	Идентификовање фактора резилијентности међу младима на хранитељском смештају који се припремају да га напусте.	14.772	16-26
Parry et al., 2023	Наративни преглед	25	2017-2021	Домски смештај (и непосредно после напуштања смештаја)	Разумевање како интервенције, искуства и конструкти резилијентности могу унапредити развијање резилијентности на домском смештају.	3.198	7-30
Pinheiro et al., 2022	Систематски преглед	11	1997-2017	Домски смештај	Идентификовање фактора резилијентности који могу бити позитивно повезани са адаптацијом адолесцената на домском смештају.	948	11-19

3.2.1. Ризици који негативно утичу на резилијентност

У прегледу ауторке Атак и Бебис (Atak & Bebiş, 2024) издвојиле су индивидуалне и срединске ризичне факторе који представљају препреку развоју резилијентности код деце и адолесцената на алтернативном старању. Индивидуални су ниско самопоуздање, самопоштовање и самоефикасност, као и неразвијене вештине решавања проблема. Породични фактори су занемаривање и злостављање, болест родитеља, психопатологија и употреба супстанци од стране родитеља и низак социо-економски статус. Ванпородични

фактори су одсуство подршке домског или школског особља, сиромаштво, злостављање и вршњачко одбацивање, слаб школски успех и стигматизација.

У прегледу ауторке Коста и сарадника (Costa et al., 2022) издвојени су ризични фактори повезани са психосоцијалним функционисањем адолесцената на домском смештају. Индивидуални фактори су амбивалентно и избегавајуће везивање, ниско самопоштовање, негативне вештине решавања проблема, интелектуалне тешкоће, злостављање (сексуално и емоционално), занемаривање, суицидално понашање, ниско школско постигнуће, искуство прекида хранитељског смештаја или усвојења. Социјални фактори су одбацивање од стране вршњака, вршњачка виктимизација, модели вршњачког ризичног понашања, проблеми са наставницима, однос доминације од стране сиблинга, тешкоће социјалне комуникације и тешкоће у решавању социјалних проблема. Контекстуални фактори су живот у институцији, неповољна институционална клима, сиромаштво, удаљеност од родитеља, низак социоекономски статус родитеља, проблеми менталног здравља у породици, доступност дроге и алкохола на домском смештају и висок ниво свакодневног стреса.

3.2.2. Индивидуални фактори резилијентности

У прегледима студија међу адолесцентима на алтернативном старању (Atak & Bebiş, 2024; Haddow et al., 2021; Pinheiro et al., 2022), идентификоване су одређене индивидуалне вештине као што су вештине решавања проблема, регулација емоција, емпатија, когнитивне и социјалне вештине као значајне за развој резилијентности и позитиван развој младих на смештају. Такође, у прегледу ауторке Котари и сарадника (Kothari et al., 2020) идентификован је још један фактор који се односи на вештине за самостални живот. Све ове вештине су негативно повезане са интернализованим и екстернализованим проблемима (Pinheiro et al., 2022). Адолесценти који имају више развијене социјалне вештине способнији су да реше тешкоће и активно се суочавају са проблемима и недаћама (Costa et al., 2022).

Такође, позитивно размишљање, самопоуздање, самодетерминација и вера у себе су фактори који су у прегледима (Kothari et al., 2020; Parry et al., 2023) препознати као важни у подстицању резилијентности деце и адолесцената на смештају. Одређене психосоцијалне потребе (везивање, сигурност и осећај припадања) одређене су у прегледу (Kothari et al., 2020) да ублажавају ризике, а повезане су са психосоцијалним функционисањем адолесцената на смештају.

Образовне аспирације, способност читања, емоционална интелигенција и академски успех идентификовани су као индивидуални фактори који подстичу резилијентност у прегледу (Nunez et al., 2022).

3.2.3. Средински фактори резилијентности

Од породичних фактора у више прегледа (Kothari et al., 2020; Nunez et al., 2022) препознат је фактор блиски односи са члановима породице као значајан за развијање резилијентности. Резултати прегледа аутора Пинеира и сарадника (Pinheiro et al., 2022) су показали да адолесценти који су више повезани са породицом имају мање развијене интернализоване и екстернализоване проблеме.

Када су у питању ванпородични фактори, првенствено у школској средини, у више прегледа (Atak & Bebiş, 2024; Nuñez et al., 2022; Parry et al., 2023; Pinheiro et al., 2022) је утврђено да позитиван утицај на резилијентност има учешће у школским активностима и подршка од стране наставника. Поред тога, важност се придаје и утицају вршњака, те су у прегледима (Atak & Bebiş, 2024; Fisher et al., 2023; Parry et al., 2023; Pinheiro et al., 2022) идентификовани као значајни односи са вршњацима. Позитивни и подржавајући односи са вршњацима повезани су са већом срећом, нижом хиперактивношћу и депресијом,

позитивним развојем, компетенцијама, као и нижим нивоом психопатологије (Pinheiro et al., 2022). Налази прегледа Хадова и сарадника (Haddow et al., 2021) су показали да присуство позитивних уверења и осећања према вршњацима утиче да адолесценти имају боље исходе који упућују на резилијентност.

Средински фактори у домском или хранитељском окружењу су се понављали у више прегледа и упућивали на значајну повезаност са развојем резилијентности деце и адолесцената на смештају. У прегледима идентификовани су фактори: смештај са сиблинзима (Atak & Bebiş, 2024; Costa et al., 2022), стабилност смештаја (Fisher et al., 2023; Gypen et al., 2017; Nuñez et al., 2022), подржавајући односи са особљем и неговатељима (Costa et al., 2022; Parry et al., 2023; Pinheiro et al., 2022). Сви ови фактори су значајно предвиђали нижи ниво проблема у понашању и унапређивали просоцијално понашање (Pinheiro et al., 2022).

Поред тога, у прегледима се јављају и фактори везани за ширу заједницу који подразумевају значајне односе са одраслима из заједнице (Kothari et al., 2020), а који подстичу добро функционисање и прилагођавање адолесцената.

Генерално посматрано, налази прегледа (Costa et al., 2022) су показали да је више социјалних и контекстуалних фактора у односу на индивидуалне повезано са психосоцијалним прилагођавањем адолесцената. У прегледу ауторке Котари и сарадника (Kothari et al., 2020) истакнута је двосмерна природа фактора резилијентности и значајна улога интеракције индивидуалних и срединских фактора за адаптивно функционисање деце и адолесцената на смештају. Када су потребе адолесцената задовољене, развијене њихове вештине и снаге, то често води ка бољим исходима и квалитетнијим односима са значајним особама у њиховим животима. Такође, када адолесценти развијају и одржавају квалитетне односе, то утиче на прилике за унапређивање њихових вештина, снага и позитивних исхода.

3.2.4. Нивои резилијентности и развојни исходи

Када су у питању разлике у исходима у односу на општу популацију, налази прегледа ауторке Гипен и сарадника (Gypen et al., 2017) указују да се адолесценти на смештају суочавају са тешкоћама у свим областима исхода у поређењу са њиховим вршњацима из опште популације. Резултати мета-анализе ауторке Геманс и сарадника (Goemans et al., 2016) су показали да деца и адолесценти на хранитељском смештају имају нижи ниво когнитивног, адаптивног и понашајног функционисања и значајно више екстернализованих и укупних проблема понашања у односу на децу из опште популације, док у погледу интернализованих проблема нису пронађене значајне разлике.

У неколико прегледа (Atak & Bebiş, 2024; Lou et al., 2018; Li et al., 2019) забележено је да су адолесценти на домском смештају вулнерабилнији, те да испољавају више интернализованих и екстернализованих проблема у поређењу са адолесцентима који одрастају на хранитељском смештају или у својим породицама. У прегледу Лоа и сарадника (Lou et al., 2018) истакнуто је да је дужи боравак адолесцената на домском смештају повезан са смањеним бенефитима које произилазе из резилијентности, као и да разлика у интернализованим проблемима између адолесцената на хранитељском и домском смештају постаје већа када су дуже на смештају (Li et al., 2019).

Како налази мета-анализе ауторке Геманс и сарадника показују (Goemans et al., 2015), функционисање деце и адолесцената на хранитељском смештају се није побољшало током њиховог боравака на хранитељском смештају. Студије са већим узорцима су указале да је присутан развој ка негативном адаптивном функционисању. Налази мета-анализа о проблемима понашања нису показали ни повећање ни смањење интернализованих, екстернализованих и укупних проблема понашања. Студије су показале да деца и

адолесценти често улазе на смештај са високим нивоом проблема понашања, те се ти проблеми током боравка не смањују.

У прегледу ауторки Атак и Бебиш (Atak & Bebiš, 2024) утврђено је да адолесценти са нижим нивоом резилијентности испољавају више проблема понашања и менталног здравља. Резултатима прегледа Лоа и сарадника (Lou et al., 2018) је утврђено да је виши ниво резилијентности повезан са бољим исходима као што су боље академско постигнуће, осећај среће, боље благостање, нижи општи стрес, као и смањени ризици од проблема понашања.

Налази студија које су обухваћене прегледом ауторке Пери и сарадника (Parry et al., 2023) указују да адолесценти на домском смештају испољавају умерене и високе нивое резилијентности. Међутим, у једној студији из овог прегледа је утврђено да имају значајно нижи ниво резилијентности у поређењу са адолесцентима на хранитељском смештају. Виши ниво резилијентности примећен је код одређених група испитаника (мушки пол и млађи узраст). У прегледу ауторке Фишер и сарадника (Fisher et al., 2023) је утврђена мања укупна резилијентност код деце и адолесцената на хранитељском смештају у односу на њихове вршњаке на родитељском старању.

3.3. Преглед домаћих студија резилијентности деце и адолесцената на алтернативном старању

Када су у питању истраживања резилијентности у Србији, може се запазити да није заступљено много таквих студија, а посебно у популацији адолесцената на алтернативном старању. Један број аутора се бави овом темом, али углавном у студије укључују младе при напуштању алтернативног старања. Истраживања компоненти резилијентности и њихове повезаности на нашем подручју нису забележена, већ је резилијентност углавном испитивана као особина личности. Може се пронаћи пар истраживања која се баве испитивањем исхода деце и адолесцената на алтернативном старању, те се као таква могу довести у везу са компонентама резилијентности. Налази релевантних истраживања из Србије биће приказани у наставку, као и једно значајно истраживање из региона, односно Хрватске.

Истраживање (Burgund, 2016) реализовао 2015. године било је усмерено на младе на алтернативном старању који су у процесу напуштања смештаја. Узорак је чинило 151 младих на домском и хранитељском смештају у Србији. Према добијеним резултатима, млади у просеку имају висок ниво резилијентности. Постоји значајна разлика између скора резилијентности и врсте смештаја при чему млади са хранитељског смештаја имају више скорове. Утврђена је повезаност између резилијентности и добростања (процена здравственог стања, менталног здравља и доживљаја сигурности). Како налази указују, млади на алтернативном старању са веома добрим и добрим менталним здрављем су резилијентнији од оних са нижим проценама менталног здравља. Такође, испитаници који немају психијатријску дијагнозу имају виши скор резилијентности од младих који имају дијагнозу.

Друго истраживање (Damnjanović, 2012) реализовано је током 2009/10. године на узорку 216 деце и адолесцената на домском и хранитељском смештају у Србији. Налази су показали да су интернализовани и екстернализовани проблеми присутнији код деце и адолесцената на домском смештају у односу на хранитељски смештај. Код деце на обе врсте смештаја присутнији су интернализовани проблеми који се односе на депресивне и анксиозне поремећаје у односу на екстернализоване проблеме. Истраживањем је утврђено да ови проблеми значајно нарушавају квалитет живота деце на алтернативном старању, посебно код деце на домском смештају код којих је забележен нижи ниво квалитета живота.

У још једном истраживању (Šilić, 2018) које је реализовано током 2014/15. године у коме је учествовало 82 детета на хранитељском смештају у Србији испитивано је ментално здравље ове деце. Налази су показали да деца на смештају имају више проблема менталног

здравља, те да испољавају више екстернализованих проблема и проблема пажње. Значајно више проблема менталног здравља показују испитаници који су при пријему били старијег узраста и који су краће били на смештају. Утврђено је да су ризици пре смештаја утицали на ментално здравље деце, као и да прихваћеност и посвећеност од стране хранитељске породице утиче на смањење емоционалних и проблема понашања код ове деце. Такође, посвећеност и прихваћеност хранитеља може да ублажи ефекте ризика на исходе у понашању деце.

Једна значајна студија из региона (Maurović, 2015) реализована је током 2013/14. године, на узорку 228 адолесцената, узраста од 14 до 18 година, који се налазе на домском смештају у Републици Хрватској. У истраживању испитане су све три компоненте резилијентности. Резултати указују да је међу адолесцентима присутан висок ниво ризика, високе вредности протективних фактора и релативно добри исходи, што је довело до закључка ауторке да је присутан процес резилијентности. Ризици (животни догађаји и свакодневне бриге) и недостатак учествовања у хобијима и активностима у школи и заједници утврђени су као предиктори екстернализованих проблема. Подаци даље показују да испољавању интернализованих проблема доприносе демографске варијабле (женски пол), ризици и спољашњи протективни фактори, док унутрашњи фактори нису имали значајан утицај на објашњење ових проблема. Повезаност са школом, осећај припадања и добри односи у школи истакнути су као протективни фактори који доприносе спречавању интернализованих проблема. Као предиктори позитивног исхода односно академске компетенције утврђени су женски пол, присуство циљева и тежњи код адолесцената, као и програм школовања. Када је у питању објашњење осећаја среће, резултати показују да највећи утицај на овај позитиван исход имају спољашњи протективни фактори.

II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

1. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

1.1. Предмет истраживања

Предмет истраживања је резилијентност адолесцената на алтернативном старању. Под адолесцентима на алтернативном старању подразумевају се адолесценти који се налазе на породичном и домском смештају (формално алтернативно старање).

Резилијентност је процес позитивне адаптације појединца у ситуацијама ризика и подразумева три компоненте: ризик односно претњу позитивној адаптацији, факторе резилијентности и позитивну адаптацију.

Истраживањем су обухваћени ризици који се најчешће доводе у везу у истраживањима резилијентности, а односе се на трауматске догађаје у детињству. Трауматски догађаји у детињству су специфична неповољна искуства која су се догодила особама млађим од 18 година и обухватају искуства злостављања, занемаривања и породичне дисфункције (CDC, 2020).

Фактори резилијентности у овом истраживању подразумевају унутрашње и спољашње предности. Спољашње предности су подршка и могућности окружења појединца које олакшавају здрав и успешан развој. У овом истраживању односе се на брижне односе, висока очекивања и могућности за значајно учешће у својој биолошкој породици, дому или хранитељској породици, школи, заједници и вршњачкој групи. Унутрашње предности су личне снаге појединца које су повезане са здравим и успешним развојем (Hanson & Kim, 2007). Према Моделу резилијентности (Benard, 1995) сви појединци имају способност да се промене и развијају, а важну улогу у томе имају спољашње предности које утичу на подстицање унутрашњих предности. Подржавајуће окружење помаже појединцу да задовољи основне потребе што доводи до стварања и јачања унутрашњих предности.

Позитивна адаптација испитује се путем одсуства негативних исхода (проблема понашања) и присуства позитивног исхода (компетенције). Проблеми понашања класификују се у две групе синдрома: интернализовани и екстернализовани проблеми. Интернализовани проблеми обухватају проблеме унутар особе и односе се на анксиозност-депресивност, повученост-депресивност и соматске притужбе. Екстернализовани проблеми подразумевају конфликте са другима и односе се на агресивно понашање и кршење правила понашања. Поред ове две групе, присутна је још једна група проблема – комбиновани проблеми који не припадају у потпуности ни интернализованим ни екстернализованим проблемима, а односе се на социјалне проблеме, проблеме мишљења и проблеме пажње (Achenbach & Rescorla, 2001). Компетенција подразумева позитивно функционисање и односи се на ангажовање у активностима и пословима, као и успешност њиховог обављања, остваривање социјалних односа и постизање образовног постигнућа (Achenbach & Rescorla, 2001).

Иако није могуће испитати сам процес резилијентности (с обзиром да ризик није наступио у време реализовања истраживања) за потребе рада испитане су везе између три компоненте резилијентности како би се након тога испитала њена улога у односима између компоненти. Посреднички модели се примењују како би се идентификовали путеви који објашњавају како је предиктор варијабла повезана са варијаблом исхода (Baron & Kenny, 1986; Frazier et al., 2004). Варијабла може да буде потенцијални медијатор ако је емпиријски повезана са предиктором и исходом. С обзиром да је различитим истраживањима утврђена повезаност резилијентности са трауматским догађајима, као и многобројним развојним исходима, може се сматрати да резилијентност испуњава услове да буде испитана као потенцијална посредна варијабла.

1.2. Циљеви и задаци истраживања

Основни циљ истраживања је утврђивање улоге резилијентности у односу између трауматских догађаја, са једне стране и са друге, проблема понашања и компетенције.

Посебни циљеви су:

1. Утврђивање разлика у трауматским догађајима, резилијентности, проблемима понашања и компетенцији у зависности од демографских карактеристика;
2. Утврђивање предиктивног значаја демографских карактеристика, трауматских догађаја и резилијентности за проблеме понашања и компетенцију;
3. Утврђивање директних и индиректних веза између трауматских догађаја, резилијентности, проблема понашања и компетенције;
4. Утврђивање значајности медијационог ефекта резилијентности на однос између трауматских догађаја и проблема понашања односно компетенције.

Постављени циљеви остварују се путем следећих задатака:

1. Испитивање метријских карактеристика коришћених инструмената;
2. Прикупљање демографских података (пол, узраст и тип смештаја);
3. Процена изложености трауматским догађајима у детињству;
4. Процена унутрашњих и спољашњих предности;
5. Процена екстернализованих, интернализованих и комбинованих проблема;
6. Процена компетенције (учешћа у активностима, остваривања социјалних односа и образовног постигнућа);
7. Испитивање разлика у изложености трауматским догађајима у зависности од пола, узраста и типа смештаја;
8. Испитивање разлика у резилијентности у зависности од пола, узраста и типа смештаја;
9. Испитивање разлика у проблемима понашања у зависности од пола, узраста и типа смештаја;
10. Испитивање разлика у компетенцији у зависности од пола, узраста и типа смештаја;
11. Испитивање повезаности између трауматских догађаја и резилијентности;
12. Испитивање повезаности између трауматских догађаја са једне стране и са друге, проблема понашања и компетенције;
13. Испитивање повезаности између резилијентности са једне стране и са друге, проблема понашања и компетенције;
14. Процена структуре односа између трауматских догађаја, резилијентности, проблема понашања и компетенције применом анализе мреже;
15. Испитивање медијационе улоге резилијентности између трауматских догађаја и проблема понашања односно компетенције применом структуралног моделирања.

1.3. Хипотезе истраживања

На основу постављених циљева изведене су следеће хипотезе:

1. Постоје значајне разлике у трауматским догађајима, резилијентности, проблемима понашања и компетенцији у зависности од пола, узраста и типа смештаја.
2. Постоје значајне разлике у предикторима интернализованих, екстернализованих, комбинованих проблема и компетенције.

3. Трауматски догађаји су негативно повезани са резилијентношћу и компетенцијом, а позитивно са проблемима понашања.
4. Резилијентност је позитивно повезана са компетенцијом, а негативно са проблемима понашања.
5. Трауматски догађаји имају директан ефекат на проблеме понашања и компетенцију и индиректан ефекат преко резилијентности.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1. Време и место истраживања

Истраживање је реализовано у периоду од марта 2021. године до марта 2022. године у седам установа за смештај деце и младих без родитељског старања и три центра за породични смештај и усвојење у Србији. Установе за смештај деце и младих без родитељског старања у којима је реализовано истраживање су: Центар за заштиту одојчади, деце и омладине „Звечанска“ (Београд – РЈ Дом „Јован Јовановић Змај“, РЈ Дом „Моша Пијаде“, РЈ Дом „Дринка Павловић“, РЈ Матерински дом), Дом за децу и омладину СОС Дечје село „Др Милорад Павловић“ (Сремска Каменица), Установа за децу и младе „Вера Благојевић“ (Бања Ковиљача), Установа за децу и младе „Вера Радивојевић“ (Бела Црква), Установа за децу и младе „Јефимија“ (Крушевац), Установа за децу и младе „Споменак“ (Панчево), Дом за децу и омладину „Душко Радовић“ (Ниш). Центри за породични смештај и усвојење у којима је реализовано истраживање су: ЦПСУ Београд, ЦПСУ Крагујевац и ЦПСУ Нови Сад.

2.2. Узорак истраживања

Узорак истраживања чини 225 адолесцената на алтернативном старању, оба пола (мушког 48.9% и женског 51.1%), узраста 14 до 21 године ($AC = 16.87$, $CD = 1.92$). Први подузорак чине адолесценти на домском смештају ($n = 133$), а други адолесценти на хранитељском смештају ($n = 92$). У Табели 3 приказана је дистрибуција узорка према установама за смештај деце без родитељског старања и центрима за породични смештај и усвојење.

Табела 3

Структура узорка према установама и центрима ($N = 225$)

Установе за смештај	Домски смештај ($n = 133$)		Хранитељски смештај ($n = 92$)	
	f	%	f	%
Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд	49	21.7		
„Душко Радовић“, Ниш	13	5.8		
Дечје село „Др Милорад Павловић“, Сремска Каменица	27	12.0		
„Вера Благојевић“, Бања Ковиљача	2	0.9		
„Вера Радивојевић“, Бела Црква	23	10.2		
„Јефимија“, Крушевац	12	5.3		
„Споменак“, Панчево	7	3.1		
Центар за породични смештај и усвојење, Београд			40	17.7
Центар за породично смештај и усвојење, Нови Сад			13	5.8
Центар за породични смештај и усвојење, Крагујевац			39	17.3

У Табели 4 приказане су основне демографске карактеристике узорка. Применом хи-квадрат теста нађене су значајне разлике у полној структури два подузорка ($\chi^2 = 8.87$, $df = 1$, $r_v = .20$, $p < .01$). У подузорку адолесцената на домском смештају је већа заступљеност дечака (57.1%) у односу на подузорак адолесцената на хранитељском смештају (37.0%). Просечан узраст корисника на домском смештају је 16.68 ($CD = 1.83$), а корисника на хранитељском смештају 17.13 ($CD = 2.04$). Применом т-теста нису нађене значајне узрастне разлике између два подузорка ($t = -1.71$, $df = 223$, $p > .05$). Код 13.3% адолесцената присутне су сметње и поремећаји у развоју и то: интелектуалне тешкоће (9.3%), моторичке сметње и поремећаји (1.3%), сензорне сметње и поремећаји (0.9%), вишеструке сметње и поремећаји (0.9%) и

друго (0.9%). Сметње и поремећаји у развоју су значајно учесталији код корисника на домском него на хранитељском смештају ($\chi^2 = 6.25$, $df = 1$, $r_v = .17$, $p < .01$). Од укупног броја адолесцената из узорка, 6.2% има дијагностиковане менталне поремећаје. Ментални поремећаји су значајно учесталији код адолесцената на домском у односу на адолесценате на хранитељском смештају ($\chi^2 = 7.03$, $df = 1$, $r_v = .18$, $p < .01$). Адолесценти који нису укључени у образовање у 6.2% случајева завршили су средњу школу (4.0% адолесцената на домском и 2.2% на хранитељском смештају), а 1.3% адолесцената не похађа школу (сви су на домском смештају). Већина испитаника из укупног узорка (више од половине на домском смештају и сви на хранитељском смештају) се школује у редовним школама, при чему су најзаступљенији испитаници који похађају редовне средње школе (52.0%). У укупном узорку су заступљени и адолесценти који се школују у високом образовању (9.8%). Половина од укупног броја адолесцената из узорка потиче из потпуних породица порекла у смислу да има оба родитеља (54.2%). Између два подузорка нема значајних разлика у структури породице ($\chi^2 = 4.83$, $df = 3$, $p > .05$). Већина испитаника из укупног узорка има више од једног сиблинга (87.3%), док једна четвртина њих (25.0%) има и више од четири сиблинга. Нема значајних разлика у броју сиблинга између два подузорка ($\chi^2 = 6.99$, $df = 4$, $p > .05$).

Табела 4

Демографске карактеристике узорка

Варијабле	Домски смештај ($n = 133$)		Хранитељски смештај ($n = 92$)		Укупно ($N = 225$)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Пол						
Мушки	76	57.1	34	37.0	110	48.9
Женски	57	42.9	58	63.0	115	51.1
Сметње у развоју						
Да	24	18.0	6	6.5	30	13.3
Не	109	82.0	86	93.5	195	86.7
Ментални поремећаји						
Да	13	9.8	1	1.1	14	6.2
Не	120	90.2	91	98.9	211	93.8
Укљученост у образовање						
Да	121	91.0	87	94.6	208	92.4
Не	12	9.0	5	5.4	17	7.6
Врста образовања						
Специјално основно	7	5.3	-	-	7	3.1
Редовно основно	30	22.6	13	14.1	43	19.1
Специјално средње	18	13.5	-	-	18	8.0
Редовно средње	61	45.9	56	60.9	117	52.0
Високо	4	3.0	18	19.6	22	9.8
Курс	1	0.8	-	-	1	0.4
Структура породице						
Оба родитеља	79	59.4	43	46.7	122	54.2
Само мајка	28	21.1	27	29.3	55	24.4
Само отац	11	8.3	6	6.5	17	7.6
Оба родитеља умрла	15	11.3	16	17.4	31	13.8
Број сиблинга						
Нема	11	8.3	16	17.4	27	12.1
Има једног	36	27.1	27	29.3	63	28.1
2-3	49	36.8	29	31.5	78	34.8
4-5	16	12.0	13	14.1	29	12.9
6 и више	20	15.0	7	7.6	27	12.1
Не зна	1	0.8	-	-	1	0.4

У Табели 5 представљена је структура узорка према карактеристикама смештаја. Пре пријема на смештај, 41.8% адолесцената живело је у породици порекла, док су остали били на некој врсти алтернативног смештаја. Два подузорка се значајно разликују према врсти претходног смештаја ($\chi^2 = 47.43$, $df = 4$, $r_v = .46$, $p < .001$), тако што је значајно мање адолесцената на домском смештају (28.6%) претходно живело у породици порекла у односу на адолесценате на хранитељском смештају (60.9%). На пријему на тренутни смештај, адолесценати су били узраста од 0 до 14 година, при чему је просечна старост износила 10.45 ($СД = 4.59$). Нађене су значајне разлике између два подузорка у погледу узраста на пријему на тренутни смештај ($t = 8.50$, $df = 223$, $p < .001$), при чему су корисници на домском смештају били старији ($AC = 12.34$, $СД = 3.38$) у односу на кориснике на хранитељском смештају ($AC = 7.73$, $СД = 4.75$). Према трајању тренутног смештаја, половина од броја испитаника из укупног узорка бележи да на смештају борави од једне до шест година (52.9%). На домском смештају су најзаступљенији корисници који бораве у дому од једне до две (36.8%) и од три до шест година (33.8%), док су међу испитаницима у хранитељским породицама најбројнији они који су дуже на смештају и то од 13 до 15 година (22.8%). Подршка током боравка на смештају пружа се за 64.0% корисника из укупног узорка. На домском смештају најбројнији су корисници којима се пружа подршка трећег или четвртог степена (66.2%), док на хранитељском смештају највише корисника нема потребе за подршком (64.1%). У укупном узорку половина од броја корисника је најмање једном мењала смештај (56.0%). У подзоруку адолесцената на домском смештају знатно је мање учешће оних који нису мењали смештај (27.8%) у односу на подзорак адолесцената на хранитељству (67.4%). Разлике између два подузорка у учесталости промене смештаја су значајне ($\chi^2 = 37.19$, $df = 4$, $r_v = .41$, $p < .001$). У оба подузорка, заступљеност адолесцената који су на смештају са сиблинзима је приближно половини од укупног броја. Разлике између подузорака у учесталости заједничког смештаја са сиблинзима нису значајне ($\chi^2 = 2.8$, $df = 1$, $p > .05$). Када је реч о одржавању директних контаката, 24.0% адолесцената не размењује посете са члановима породице и рођацима. Заступљеност адолесцената који имају редовне директне контакте је скоро три пута већа код корисника на хранитељству (32.6%) у односу на кориснике на домском смештају (12.8%). Разлике између подузорака у учесталости одржавања директних контаката су значајне ($\chi^2 = 15.11$, $df = 3$, $r_v = .26$, $p < .01$). Од укупног броја адолесцената из узорка, 21.3% нема индиректне контакте (телефоном) са члановима породице и рођацима. Између два подузорка нема значајних разлика у учесталости индиректних контаката ($\chi^2 = 4.21$, $df = 3$, $p > .05$).

Табела 5

Структура узорка према карактеристикама смештаја

Варијабле	Домски смештај ($n = 133$)		Хранитељски смештај ($n = 92$)		Укупно ($N = 225$)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Претходни смештај						
Породица порекла	38	28.6	56	60.9	94	41.8
Хранитељска породица	48	36.1	12	13.0	60	26.7
Сродничка породица	2	1.5	12	13.0	14	6.2
Дом	21	15.8	9	9.8	30	13.3
Прихватилиште	24	18.0	3	3.3	27	12
Трајање тренутног смештаја						
Мање од годину дана	4	3.0	-	-	4	1.8
1-2 године	49	36.8	9	9.8	58	25.8
3-6 година	45	33.8	16	17.4	61	27.1
7-9 година	15	11.3	17	18.5	32	14.2

10-12 година	13	9.8	16	17.4	29	12.9
13-15 година	3	2.3	21	22.8	24	10.7
Више од 15 година	4	3.0	13	14.1	17	7.6
Степен подршке						
Нема	22	16.5	59	64.1	81	36.0
Први	8	6.0	1	1.1	9	4.0
Други	15	11.3	3	3.3	18	8.0
Трећи	50	37.6	12	13.0	62	27.6
Четврти	38	28.6	17	18.5	55	24.4
Број промена смештаја						
Ниједном	37	27.8	62	67.4	99	44.0
Једном	43	32.3	18	19.6	61	27.1
Два пута	29	21.8	9	9.8	38	16.9
Три пута	15	11.3	2	2.2	17	7.6
Четири и више пута	9	6.8	1	1.1	10	4.4
Смештај са сиблинзима						
Да	56	42.1	42	45.7	98	43.6
Не	77	57.9	50	54.3	127	56.4
Директни контакти са родитељима и породицом						
Никада	32	24.1	22	23.9	54	24.0
Ретко	38	28.6	14	15.2	52	23.1
Повремено	46	34.6	26	28.3	72	32.0
Редовно	17	12.8	30	32.6	47	20.9
Индиректни контакти са родитељима и породицом						
Никада	25	18.8	23	25.0	48	21.3
Ретко	28	21.1	14	15.2	42	18.7
Повремено	38	28.6	19	20.7	57	25.3
Редовно	42	31.6	36	39.1	78	34.7

2.3. Варијабле истраживања

У истраживању су испитиване следеће варијабле:

Зависне варијабле су: скорови на ACE (*Adverse Childhood Experience Questionnaire*) скали и њеним подскалама, скорови на RYDM (*Resilience and Youth Development Module*) скали и њеним подскалама и скорови на YSR (*Youth Self Report*) скали проблема и компетенције и њиховим подскалама.

Независне варијабле су: демографске варијабле (пол, узраст, сметње у развоју, ментални поремећаји, укљученост у образовање, врста образовања, структура породице, број сиблинга) и карактеристике смештаја (претходни смештај, трајање тренутног смештаја, степен подршке, број промена смештаја, смештај са сиблинзима, директни и индиректни контакти са родитељима и породицом).

2.4. Инструменти истраживања

У истраживању су коришћена четири инструмента и то су: Упитник општих података, Листа трауматских догађаја, Модул резилијентности и развоја младих и Упитник за младе. Инструменти су дати у прилогу (Прилог 1). Приложен је пример упитника за кориснике домског смештаја. Упитници за кориснике хранитељског смештаја разликују се само у варијаблима које се односе на хранитељски, а не домски смештај.

2.4.1. Упитник општих података

Упитник општих података посебно је формиран за потребе истраживања. Садржи 16 питања из два домена: демографске карактеристике и карактеристике смештаја. Демографске карактеристике обухваћене варијаблама су: пол, узраст, сметње у развоју, ментални поремећаји, образовање, структура породице и број сиблинга. Варијабле које се односе на карактеристике смештаја су: претходни смештај, узраст при пријему на тренутни смештај, трајање тренутног смештаја, степен подршке, број промене смештаја, смештај са сиблинзима и одржавање директних и индиректних контаката са родитељима и члановима породице. Упитник су попуњавали матични васпитачи корисника домског смештаја и саветници за хранитељство корисника хранитељског смештаја на основу података из службене документације.

2.4.2. Листа трауматских догађаја – ACE (*Adverse Childhood Experience Questionnaire*)

ACE скала (*Adverse Childhood Experience Questionnaire* – ACE; Felitti et al., 1998) коришћена је за испитивање искуства трауматских догађаја које су испитаници доживели током детињства. За потребе истраживања коришћена је првобитна верзија ове скале (Felitti et al., 1998). Скала се састоји од 10 питања чији су одговори понуђени у дихотомној форми који указују на присуство или одсуство искуства конкретног трауматског догађаја (0 = не, 1 = да). Налази претходних истраживања (Teixeira, 2019) указују на умерену и високу поузданост подскала ACE скале, при чему алфа коефицијент износи од .68 до .90. Друга истраживања (Dube et al., 2004) говоре о нешто мањој поузданости мереној капа коефицијентом, те за укупан скор скале ACE износи .36 - .60, док се за подскеле креће од .55 до .86.

ACE скала има три подскеле и укупан скор трауматских догађаја односно укупан скор на скали ACE. Подскеле су категорисане према врстама трауматских догађаја: Злостављање (три ајтема којима се испитује искуство вербалног, физичког и сексуалног злостављања), Занемаривање (два ајтема који се односе на физичко и емоционално занемаривање) и Породична дисфункција (пет ајтема којима се испитује развод/раздвојеност родитеља, партнерско насиље, коришћење алкохола или дрога од стране родитеља, историја психопатологије родитеља и извршење казне затвора према родитељима или члановима породице). Потврдни одговори („да“) сваког ајтема се сабирају како би се добио укупан скор на скали ACE. Изложеност било ком понуђеном трауматском догађају бележи се као један поен. Овај скор је мера кумулативне изложености трауматским догађајима током детињства, те представља број доживљених трауматских догађаја. Што је скор већи, односно што је испитаник имао више трауматских искустава, већи је ризик за развијање менталних, социјалних и других проблема.

По угледу на студије у којима је коришћена ACE скала (нпр. Hughes et al., 2018; UNICEF, 2019) коришћена је категоризација скорова на следећи начин: нема догађаја (скор је 0), један догађај, два или три догађаја (скор 1-3) и више од четири догађаја (скор 4-10), те се на тај начин дефинише ниво ризика од негативних исхода: низак (један трауматски догађај), умерен (два/три трауматска догађаја) и висок (више од четири трауматска догађаја) (ACES Aware, 2020). Укупан скор на скали ACE већи од четири сматра се клинички значајним и повезан је са дугорочним последицама по здравље (Hughes et al., 2017) и четири до 12 пута већим ризиком за злоупотребу алкохола, дрога, депресију или покушај самоубиства (Felitti et al., 1998).

Упитник су попуњавали матични васпитачи корисника домског смештаја и саветници за хранитељство корисника хранитељског смештаја. Упитник је доступан за употребу.

У Табели 6 приказана је интерна конзистентност ACE скале, односно њених подскала и укупног скор на скали ACE. Поузданост инструмената тестирана је Кронбаховим алфа

коефицијентом. Примећује се ниска до умерена поузданост подскала ACE скале, као и умерена поузданост укупног скорa на скали ACE.

Табела 6

Интерна конзистентност скале ACE и њених подскала

Скале и подскале	Број ајтема	Кронбахова алфа
Злостављање	3	.62
Занемаривање	2	.48
Породична дисфункција	5	.47
Трауматски догађаји – укупан скор	10	.62

У Табели 7 приказане су корелације између подскала, као и укупног скорa на скали ACE. Нађене су значајне високе корелације између укупног скорa на скали ACE и подскале Злостављање ($r = .73, p < .01$), као и подскале Породична дисфункција ($r = .81, p < .01$) и умерена корелација са подскалом Занемаривање ($r = .51, p < .01$). Може се констатовати да је оправдано рачунати укупан скор на скали ACE, с обзиром да је ова скала значајно повезана са осталим подскалама.

Табела 7

Интеркорелација између скорова на скали трауматских догађаја и подскалама ACE упитника

Варијабле	1	2	3
1. Злостављање			
2. Занемаривање	.23**		
3. Породична дисфункција	.36**	.12	
4. Трауматски догађаји – укупан скор	.73**	.51**	.81**

Напомена. ** $p < .01$.

У Табели 8 приказане су корелације између свих трауматских догађаја. Унутар подскале Злостављање примећује се значајна корелација високе јачине између физичког и вербалног злостављања ($r = .71, p < .01$) што је уједно и најјача корелација целе скале. У оквиру подскале Занемаривање, физичко и емоционално занемаривање значајно корелирају, али ниске јачине ($r = .32, p < .01$). За подскалу Породичне дисфункције примећује се мање значајних корелација између ајтема и то ниске јачине. Варијабле које се односе на следеће трауматске догађаје: раздвојени или разведени родитељи, сексуално злостављање, емоционално занемаривање и физичко занемаривање не корелирају са другим варијаблама или су повезане само са једном варијаблом.

Табела 8

Интеркорелација између ајтема на скали ACE

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Вербално злостављање									
2. Физичко злостављање	.71**								
3. Сексуално злостављање	.01	.09							
4. Емоционално занемаривање	.33**	.26**	.02						
5. Физичко занемаривање	.07	.12	-.14*	.32**					
6. Раздвојени или разведени родитељи	-.02	-.01	.00	-.03	-.07				
7. Партнерско насиље родитеља	.31**	.43**	.12	.12	.10	.02			
8. Претерано коришћење алкохола или дрога од стране родитеља	.16*	.20**	.02	.03	.18**	.08	.29**		
9. Историја психопатологије родитеља или члана породице	.19**	.18**	-.04	.00	.01	-.01	.15*	.19**	

10.Извршење казне затвора према родитељима или члановима породице	.16*	.25**	.03	.07	.01	.09	.30**	.23**	.14*
--	------	-------	-----	-----	-----	-----	-------	-------	------

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

2.4.3. Модул резилијентности и развоја младих – RYDM (Resilience and Youth Development Module)

RYDM скала коришћена је за испитивање резилијентности, односно унутрашњих и спољашњих предности (*Resilience and Youth Development Module – RYDM*; Zheng et al., 2019). Ова скала је део великог пројекта испитивања здравља деце (*California Healthy Kids Survey – CHKS*) који се спроводи у калифорнијским школама сваке године од стране Института за истраживање здравља деце у Калифорнији (*California Institute for Children's Health Research*). Скала има две верзије, за основношколски и средњошколски узраст. Претходним истраживањима утврђене су добре метријске карактеристике скале. Кронбахов алфа коефицијент за укупну скалу износи .89, за унутрашње предности .81 и спољашње предности .87 (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015), а подаци скорашње студије (Le, 2020) показују вредности подскала од .84 до .93 што указује на врло високу поузданост.

За потребе овог истраживања коришћена је верзија скале RYDM за средњошколски узраст (верзија јесен 2020, пролеће 2021). Из оригиналне верзије скале RYDM коришћене су подскеле које се односе на окружење вршњака, породице, заједнице, укупне унутрашње и спољашње предности, као и скала укупне резилијентности. Додатно, при поручивању инструмента (с обзиром да је у новијим верзијама инструмента изостављена скала школе) од стране аутора инструмента, а према захтеву аутора истраживања, додата је подскала која се односи на школу. Поред тога, упитник је прилагођен од стране аутора истраживања тако што је додата и подскала која се односи на окружење дома односно хранитељске породице.

Инструмент који је примењен у овом истраживању садржи 67 питања. Састоји се од две скале: Унутрашње предности и Спољашње предности. Сабирањем одговора на ове две скале добија се скала Резилијентност – укупан скор. Скала Унутрашње предности има укупно 23 ајтема који се односе на следеће подскеле: Кооперација и комуникација, Самоефикасност, Емпатија, Способност решавања проблема, Свест о себи и Циљеви и тежње (нпр. „Имам високе циљеве и очекивања за себе“; „Мој живот има смисао“). Због малог броја питања која чине ове подскеле, у даљем раду ће бити коришћена само скала укупног скор на унутрашњим предностима. Скала Спољашње предности садржи укупно 44 ајтема разврстаних у пет подскала: Школа („У школи радим занимљиве активности“), Вршњаци („Има пријатеља мојих година коме је заиста стало до мене“), Породица порекла („У мојој породици постоји особа која очекује да поштујем правила“, Дом или хранитељска породица („У дому помажем у доношењу одлука“) и Заједница („Изван дома и школе постоји одрасла особа којој верујем“). Сви ајтеми се процењују на четворостепеној скали Ликертовог типа са понуђеним одговорима од 1 – „нимало тачно“ до 4 – „потпуно тачно“.

Сабирањем одговора на ајтемима подскала унутрашњих предности добија се скор унутрашњих предности, а сабирањем одговора на ајтемима подскала спољашњих предности добија се скор спољашњих предности. Сабирањем скор унутрашњих и спољашњих предности добија се укупан скор резилијентности. На основу аритметичке средине скорова одређују се нивои унутрашњих и спољашњих предности и укупан ниво резилијентности: висок $AC > 3.00$, умерен $AC = 2.00 - 3.00$ и низак $AC < 2.00$.

Упитник су попуњавали адолесценти, односно корисници домског и хранитељског смештаја. Добијена је лиценца за коришћење инструмента (License Agreement CHKS Module 01.26.17.) који је двоструким преводом преведен на српски језик.

Према подацима из Табеле 9 о интерној конзистентности овог упитника може се увидети да све подскеле имају високу или веома високу поузданост мерену Кронбаховим коефицијентом који се креће од .79 до .96.

Табела 9

Интерна конзистентност скале RYDM

Скале и подскеле	Број ајтема	Кронбахова алфа
Школа	11	.93
Вршњаци	6	.79
Породица порекла	9	.96
Дом или хранитељска породица	9	.87
Заједница	9	.91
Спољашње предности	44	.94
Унутрашње предности	23	.89
Резилијентност – укупан скор	67	.95

У Табели 10 приказане су корелације између подскела RYDM скале. Јасно се уочава да све варијабле међусобно значајно корелирају што значи да све подскеле мере исти конструкт и да је оправдано рачунати укупан скор резилијентности. Значајно је истаћи корелације врло високе јачине између укупног скорa резилијентности и скорa унутрашњих ($r = .92, p < .01$) и спољашњих предности ($r = .93, p < .01$).

Табела 10

Интеркорелација између скорова на подскалама RYDM скале

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7
1. Школа							
2. Вршњаци	.31**						
3. Породица порекла	.23**	.31**					
4. Дом или хранитељска породица	.56**	.48**	.22**				
5. Заједница	.39**	.42**	.30**	.38**			
6. Спољашње предности	.70**	.64**	.69**	.69**	.73**		
7. Унутрашње предности	.56**	.59**	.32**	.58**	.54**	.71**	
8. Резилијентност – укупан скор	.68**	.66**	.55**	.69**	.69**	.93**	.92**

Напомена. ** $p < .01$.

2.4.4. Упитник за младе – YSR (Youth Self Report)

YSR скала (*Youth Self Report* – YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) је део Ахенбаховог система емпиријски засноване процене (*Achenbach System of Empirically Based Assessment* – ASEBA) којим се испитују проблеми и компетенције деце и адолесцената узраста од 11 до 18 година. YSR скала се састоји од скале Проблеми и скале Компетенције. Претходним истраживањима утврђене су добре метријске карактеристике скале. За скалу компетенције је нешто мања поузданост због специфичности њених подскела, те се Кронбахов алфа коефицијент се креће од .55 до .75, док се за скалу проблема бележи висока поузданост подскела која износи од .71 до .95 (Achenbach & Rescorla, 2001). Новијим истраживањима потврђена је висока интерна конзистенција свих подскела скале проблема (Кронбахова алфа од .74 до .93) (Ebesutani et al., 2011).

Скала Проблеми (112 ајтема) обухвата осам синдром-специфичних подскела које се односе на интернализоване проблеме (Анксиозност-депресивност, Повученост-депресивност, Соматске притужбе), екстернализоване проблеме (Агресивно понашање, Кршење правила понашања) и оне који не припадају искључиво ни интернализованим ни

екстернализованим, односно тзв. комбиновани проблеми (Социјални проблеми, Проблеми мишљења, Проблеми пажње). Пример ајтема за сваку синдром-специфичну подскалу су: Анксиозност-депресивност („Пуно плачем“), Повученост-депресивност („Осећам се преморено без правог разлога“), Соматске притужбе („Имам ноћне море“), Агресивно понашање („Често се тучем“), Кршење правила понашања („Конзумирам алкохол без знања одраслих“), Социјални проблеми („Осећам се усамљено“), Проблеми мишљења („Радим ствари које други сматрају чудним) и Проблеми пажње („Тешко мирно седим“). Одговори на свим питањима дати су на тростепеној скали Ликертовог типа (0 – „нетачно“, 1 – „делимично тачно“, 2 – „врло тачно“). Сви одговори се дају у односу на искуство испитаника у протеклих шест месеци.

На основу одговора рачунају се скорови за сваку синдром-специфичну подскалу. Сабирањем скорова на синдром-специфичним подскалама које се односе на интернализоване проблеме добија се скор интернализованих проблема, сабирањем скорова на синдром-специфичним подскалама које се односе на екстернализоване проблеме добија се скор екстернализованих проблема и сабирањем скорова на синдром-специфичним подскалама које се односе на комбиноване проблеме добија се скор комбинованих проблема. Сабирањем скорова на свим подскалама добија се укупан скор проблема. Виши скорови на подскалама указује на веће присуство проблема. Како би се утврдили рангови проблема, сирови скорови се трансформишу у Т скорове са средњом вредношћу 50 и стандардном девијацијом 10, те се тако утврђује нормални ≤ 64 , гранични $65 \leq 69$ и клинички ≥ 70 опсег проблема.

Скала компетенције (20 ајтема) састоји се из три подске: Активности, Социјални односи и Образовно постигнуће. Ајтеми подске Активности представљају комбинацију отворених питања за навођење омиљених спортова, хобија, послова/задатака, као и питања са одговорима на тростепеној скали Ликертовог типа (0 – „мање од просека“, 1 – „просечно“, 2 – „више од просека“) за бележење времена и успешности у наведеним спортовима и хобијима и успешности у извршавању задатака. Ајтеми подске Социјални односи односе се на комбинацију отворених питања за навођење организација/клубова, питања са одговорима на тростепеној скали Ликертовог типа (0 – „мање од просека“, 1 – „просечно“, 2 – „више од просека“) за бележење активности у тим организацијама/клубовима, затворених питања са понуђеним одговорима (број блиских пријатеља и учесталост дружења са њима); као и питања са одговорима на тростепеној скали Ликертовог типа (0 – „лошије“, 1 – „просечно“, 2 – „боље“) за поређење слагања са сиблинзима, родитељима, вршњацима и оцене самосталности. Ајтеми подске Образовно постигнуће подразумева одговоре на четворостепеној скали Ликертовог типа (0 – „недовољан“, 1 – „испод просека“, 2 – „просечан“, 3 – „изнад просека“) за бележење успеха за предмете у школи. Поред тога, део скале подразумева и отворена питања за описивање проблема, брига и најбољих ствари о себи.

Сабирањем броја спортова, хобија, обавеза, просечних оцена времена и успешности у спорту, хобијима и успешности у обављању обавеза добија се скор подске Активности. Сабирањем броја организација, просечних оцена активности у организацијама, броја пријатеља, учесталости дружења, слагања са другима и самосталности израчунава се скор подске Социјални односи. Скор на подскали Образовно постигнуће добија се када се израчуна просечна оцена постигнутих успеха на наведеним предметима у школи. Сабирањем скорова на овим подскалама добија се укупан скор на скали компетенције, а већи скор подразумева већу компетенцију. За потребе утврђивања рангова компетенције, сирови скорови се трансформишу у Т скорове са средњом вредношћу 50 и стандардном девијацијом 10, те се тако утврђује нормални > 40 , гранични $37 \leq 40$ и клинички < 37 опсег компетенција.

Добијена је лиценца за коришћење инструмента (Licence #1970-08-01-19). Упитник су попуњавали адолесценти, односно корисници домског и хранитељског смештаја. Иако је упитник намењен за узраст од 11 до 18 година, у неким истраживањима (Cruz et al., 2014) су

укључени и испитаници старијег узраста (до 21 године старости), а с обзиром да код популације деце на алтернативном старању често зрелост не достиже календарски узраст, проширен је узрасни опсег испитаника.

У Табели 11 приказана је интерна конзистентност YSR скале и њених подскала. Може се приметити да све подскеле за процену проблема имају високе или веома високе вредности Кромбаховог алфа коефицијента (.73 – .96) што говори о високој поузданости. Нешто слабија поузданост је забележена за подскеле компетенције која се креће од ниске до високе (.51 – .86).

Табела 11

Интерна конзистентност YSR скале

Скале и подскеле	Број ајтема	Кронбахова алфа
Анксиозност-депресивност	13	.81
Повученост-депресивност	8	.73
Соматске притужбе	10	.81
Интернализовани проблеми	31	.90
Агресивно понашање	17	.87
Кршење правила понашања	15	.86
Екстернализовани проблеми	32	.93
Социјални проблеми	11	.78
Проблеми мишљења	12	.81
Проблеми пажње	9	.76
Комбиновани проблеми	32	.91
Проблеми – укупан скор	95	.96
Активности	6	.62
Социјални односи	6	.51
Образовно постигнуће	1	.86
Компетенција – укупан скор	13	.70

Корелације између скала и подскала проблема представљене су у Табели 12. Примећује се да све варијабле значајно корелирају. Нађене су значајне високе корелације између скорa интернализованих проблема и подскала синдрома Анксиозност-депресивност ($r = .93, p < .01$), Повученост-депресивност ($r = .88, p < .01$) и Соматске притужбе ($r = .79, p < .01$). Такође, између скорa екстернализованих проблема и подскала синдрома Агресивно понашање ($r = .96, p < .01$) и Кршење правила понашања ($r = .95, p < .01$) утврђене су високе корелације. Високе корелације су утврђене и између скорa комбинованих проблема и подскала Социјални проблеми ($r = .89, p < .01$), Проблеми мишљења ($r = .89, p < .01$) и Проблеми пажње ($r = .88, p < .01$). Укупни скор проблема је високим корелацијама повезан са интернализованим ($r = .89, p < .01$), екстернализованим ($r = .89, p < .01$) и комбинованим проблемима ($r = .96, p < .01$). На основу ових налаза може се констатовати да је оправдано рачунати скор интернализованих, екстернализованих, комбинованих и укупних проблема јер су повезани са свим подскалама.

Табела 12

Интеркорелација између скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Анксиозност-депресивност											
2. Повученост-депресивност	.74**										
3. Соматске притужбе	.59**	.54**									
4. Интернализовани	.93**	.88**	.79**								

[illegible]

Табела 13
Интеркорелација између скорова на YSR скали компетенције и њеним подскалама

2.5. Процедуре и поступак прикупљања података

За један део истраживања (Упитник општих података и Листа трауматских догађаја) подаци су прикупљани од стране матичних васпитача корисника домског смештаја и саветника за хранитељство. Извор података је била стручна документација и досијеи корисника смештаја. Критеријуми за селекцију корисника били су: узраст од 14 до 21 године и психо-физичко стање односно способност испитаника за самостално попуњавање упитника (што подразумева изостанак тежих тешкоћа у развоју). Селекцију су радили васпитачи и саветници за хранитељство који су упитнике обележавали шифрама како би знали за које кориснике су попуњавали податке и који учествују у истраживању.

хранитељског смештаја. Адолесценти који су учествовали у истраживању су исти они за које су васпитачи и саветници за хранитељство попуњавали и шифровали упитнике. Они су им прочитали делове из Упутства за реализацију истраживања који су се односили на њих. Сви испитаници су добровољно учествовали у истраживању. Самостално су попуњавали упитнике у просторијама матичних установа и тренутног смештаја, изузев једне установе (ЦПСУ Нови Сад) где је попуњавање упитника обављено онлајн путем Гугл упитника (*Google Forms*). Време потребно за попуњавање упитника било је од 30 до 60 минута у зависности од упитника и детета. Након реализованог истраживања сви упитници су враћени аутору. Из првобитног узорка изостављено је шест испитаника, корисника домског смештаја, чији упитници нису били у потпуности попуњени.

2.6. Обрада података

За анализу и обраду података коришћен је софтверски пакет за обраду података у друштвеним наукама (*Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, Version 23.0*), као и софтверски пакет за моделирање структуралних једначина.

За опис узорка и основне резултате коришћене су мере дескриптивне статистике: фреквенција, проценти, аритметичка средина и стандардна девијација. Поузданост примењених инструмената мерена је следећим показатељима: Кронбах алфа коефицијент, скјунис, стандардна грешка скјуниса, куртозис, стандардна грешка куртозиса. Према класификацији коефицијента поузданости (Gottens et al., 2018), Кронбах алфа коефицијент може да буде распоређен према следећим категоријама: веома низак ($\leq .30$), низак (.31-.60), умерен (.61-.75), висок (.76-.90) и веома висок (.91-1.00). У циљу утврђивања статистичке значајности хоризонталног одступања од нормалне расподеле коришћен је стандардизовани скјунис (*SdSk*), док је у циљу утврђивања статистичке значајности вертикалног одступања од нормалне расподеле коришћен стандардизовани куртозис (*SdKu*). Вредности стандардизованог скјуниса и куртозиса веће од распона од -1.96 до 1.96 ($p < .05$) и од -2.58 до 2.58 ($p < .01$) указују на одступање од нормалне расподеле.

Интеркорелације између скала и подскала сваког инструмента рачунате су помоћу Пирсоновог коефицијента корелације. За тестирање значајности корелација коришћен је Пирсонов коефицијент корелације који се тумачи на следећи начин: занемарљива повезаност (.00-.10), ниска повезаност (.10-.39), умерена повезаност (.40-.69), висока повезаност (.70-.89) и веома висока повезаност (.90-1.00) (Schober et al., 2018). За тестирање разлика у демографским карактеристикама и карактеристикама смештаја у два подузорка према типу смештаја коришћен је Биваријатни хи-квадрат тест (снага везе утврђена је преко Крамеровог В коефицијента), док је т тест за независне узорке употребљен за тестирање разлика у скоровима на скалама у односу на пол и тип смештаја.

За утврђивање веза између главних компоненти (трауматски догађаји, резилијентност, проблеми понашања и компетенција), као и јачине и смера повезаности коришћена је корелациона анализа, а као мера повезаности коришћен је Пирсонов коефицијент корелације. За испитивање доприноса пола, година старости, трауматских догађаја, резилијентности у предвиђању испољавања проблема понашања и компетенција коришћена је вишеструка линеарна регресија.

Како би се стекао целокупан увид у међусобне повезаности главних компоненти примењена је метода анализе мреже (енг. *network analysis*), те се јачина односа мерила путем коефицијента оптерећења, а важност односа мерама централности. Структурално моделирање коришћено је за тестирање релација од трауматских догађаја (егзогене варијабле) преко резилијентности (медијаторске варијабле) до проблема понашања и компетенције (ендогене варијабле). Структурално моделирање рађено је у R програму помоћу *Lavaan* пакета. Добијени резултати представљени су табеларно и графички.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У овом поглављу приказани су резултати истраживања који су организовани у седам потпоглавља. У прва три потпоглавља представљени су резултати дескриптивне статистике на скалама ACE, RYDM, YSR и њиховим подскалама, као и разлике у резултатима испитаника на скалама у односу на узраст, пол и тип смештаја. Четврто потпоглавље односи се на резултате корелационих анализа које су рађене ради испитивања повезаности између ACE, RYDM и YSR скале и њихових подскала. Резултати регресионе анализе приказани су у петом потпоглављу где је испитиван предиктивни значај пола, узраста, типа смештаја, трауматских догађаја, унутрашњих и спољашњих предности за проблеме понашања и компетенцију. Шесто потпоглавље чини анализа мреже где су подробније приказане повезаности и динамика односа међу испитиваним варијаблама. У последњем, седмом поглављу приказани су резултати структуралног модела предикције где је испитана улога резилијентности у објашњењу односа између трауматских догађаја и проблема понашања, као и компетенције.

3.1. Резултати испитаника на скали ACE

У Табели 14 приказани су дескриптивни показатељи за скалу ACE и њене подске. Просечан број доживљених трауматских догађаја у породици порекла током детињства је четири ($AC = 4.39$, $CD = 2.15$). На основу вредности стандардизованих скјунеса и куртозиса примећује се да расподела на подскалама Занемаривање и Злостављање и укупном скору на скали ACE одступа од нормалне изузев подске Породична дисфункција где не одступа. Код подске Занемаривање скјунес је негативан што значи да има пуно високих скорова, док је код осталих подскала позитиван што подразумева веће присуство нижих скорова. Негативна вредност куртозиса на свим подскалама и укупном скору на скали ACE говори о платокуртичној расподели која је више зарављена и има мање средњих скорова.

Табела 14

Дескриптивни показатељи за скалу ACE и њене подске

Варијабле	Мин.	Макс.	AC	CD	Ск	СГ _{Ск}	Сд _{Ск} *	Ку	СГ _{Ку}	Сд _{Ку} **
Злостављање	0	1	0.30	0.31	0.32	0.16	2.0*	-1.57	0.32	-4.91**
Занемаривање	0	1	0.68	0.37	-0.71	0.16	-4.43**	-0.84	0.32	-2.62**
Породична дисфункција	0	1	0.43	0.27	0.29	0.16	1.81	-0.63	0.32	-1.97*
Трауматски догађаји – укупан скор	1	9	4.39	2.15	0.35	0.16	2.19*	-0.96	0.32	-3.00**

Напомена: СД_{Ск} – стандардизовани скјунис, СД_{Ку} – стандардизовани куртозис; * $p < 0.5$, ** $p < .01$

Подаци о учесталости појединачних трауматских догађаја, приказани у Табели 15, говоре о различитој заступљености појединачних трауматских догађаја. Према врстама трауматских догађаја, у складу са претходно приказаним налазима, истиче се већа учесталост занемаривања у односу на остале врсте трауматских искустава. У узорку адолесцената на алтернативном старању највише је заступљено искуство емоционалног занемаривања у детињству (78.2%), а најмање сексуално злостављање (2.7%).

Табела 15

Учесталост појединачних трауматских догађаја (потврдних одговора) (N = 225)

Варијабле	f	%
Вербално злостављање	108	48.0
Физичко злостављање	86	38.2
Сексуално злостављање	6	2.7

Емоционално занемаривање	176	78.2
Физичко занемаривање	132	58.7
Раздвојени или разведени родитељи	150	66.7
Партнерско насиље између родитеља	108	48.0
Претерано коришћење алкохола или дрога од стране родитеља или члана породице	102	45.3
Историја психопатологије родитеља или члана породице	65	28.9
Извршење казне затвора према родитељима или члановима породице	55	24.4

Висок ниво ризика који означава искуство четири или више трауматских догађаја присутан је код 56.4%, умерен ниво који се односи на искуство два или три трауматска догађаја забележен је код 38.2%, а низак ниво, односно искуство једног трауматског догађаја код 5.3% адолесцената из узорка (Табела 16).

Табела 16

Дистрибуција испитаника према нивоу ризика (N = 225)

Нивои ризика	<i>f</i>	%
Низак	12	5.3
Умерен	86	38.2
Висок	127	56.4

На основу добијених вредности корелација у Табели 17 примећује се да не постоје значајне повезаности узраста односно година старости испитаника у тренутку истраживања са скоровима на скали ACE и њеним подскалама.

Табела 17

Корелације између узраста и скорова на скали ACE и њеним подскалама – Пирсонов коефицијент корелације

Варијабле	<i>r</i>
Злостављање	-.08
Занемаривање	.01
Породична дисфункција	-.10
Трауматски догађаји – укупан скор	-.09

Такође се примећује у Табели 18 да не постоје значајне разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама у односу на пол испитаника.

Табела 18

*Разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати *t*-теста*

Варијабле	Пол	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>t</i> (<i>df</i> = 223)	<i>p</i>
Злостављање	мушки	0.29	0.31	-0.39	.693
	женски	0.30	0.31		
Занемаривање	мушки	0.71	0.35	1.16	.247
	женски	0.66	0.39		
Породична дисфункција	мушки	0.41	0.24	-0.87	.387
	женски	0.44	0.29		
Трауматски догађаји – укупан скор	мушки	4.35	2.02	-0.31	.757
	женски	4.43	2.28		

Разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама нису забележене ни у односу на тип смештаја (Табела 19). За подскалу Злостављање Левенов тест је значајан што указује

да варијансе између група нису једнаке, те је приказан резултат т-теста и број степени слободе за неједнаке варијансе.

Табела 19

Разлике у скоровима на скали ACE и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати т-теста

Варијабле	Тип смештаја	АС	СД	t (df)	p
Злостављање	домски	0.32	0.33	1.60 (209.69)	.111
	хранитељски	0.26	0.29		
Занемаривање	домски	0.69	3.37	0.17 (223)	.864
	хранитељски	0.68	0.37		
Породична дисфункција	домски	0.45	0.25	1.56 (223)	.121
	хранитељски	0.39	0.28		
Трауматски догађаји – укупан скор	домски	4.59	2.16	1.70 (223)	.089
	хранитељски	4.10	2.13		

3.2. Резултати испитаника на скали RYDM

У Табели 20 приказани су дескриптивни показатељи за скалу RYDM и њене подске. Примећује се да вредности стандардизованог скјуниса одступају од нормалне расподеле код већине подске. Изузев подске Школа и Породица порекла, док вредност стандардизованог куртозиса одступа само код подске Породица порекла, а на осталим је његова расподела нормална. Код свих подске RYDM скале скјунес је негативан што указује на присуство високих скорова. Код већине подске вредност куртозиса је негативна односно присутна је платокуртична расподела изузев код подске Школа, Вршњаци и Дом или хранитељска породица где је позитиван и указује на лептокуртичну расподелу и више средњих скорова.

Табела 20

Дескриптивни показатељи за скалу RYDM и њене подске

Варијабле	Мин.	Макс.	АС	СД	Ск	СГ _{Ск}	Сд _{Ск}	Ку	СГ _{Ку}	Сд _{Ку}
Школа	1	4	2.98	0.76	-0.81	0.16	-1.12	0.26	0.32	0.81
Вршњаци	1	4	3.06	0.65	-0.65	0.16	-4.06**	0.00	0.32	0.00
Породица порекла	1	4	2.52	1.04	-0.18	0.16	-1.12	-1.33	0.32	-4.16**
Дом или хранитељска породица	2	4	3.44	0.54	-1.03	0.16	-6.44**	0.50	0.32	1.56
Заједница	1	4	2.78	0.82	-0.51	0.16	-3.19**	-0.53	0.32	-1.66
Спољашње предности	2	4	2.95	0.53	-0.40	0.16	-2.50*	-0.50	0.32	-1.56
Унутрашње предности	2	4	3.12	0.49	-0.49	0.16	-3.06**	-0.31	0.32	-0.97
Резилијентност – укупан скор	2	4	3.04	0.48	-0.43	0.16	-2.69**	-0.35	0.32	-1.09

Напомена: СД_{Ск} – стандардизовани скјунис, СД_{Ку} – стандардизовани куртозис; * $p < 0.5$, ** $p < .01$

Како је приказано у Табели 21, висок ниво резилијентности, који подразумева просечну оцену скорa већу од 3, присутан је код 56.9%, умерен ниво (просечна оцена скорa од 2 до 3) заступљен је код 41.3%, док је низак ниво са просечном оценом мањом од 2 забележен код 1.8% адолесцената из узорка.

Табела 21*Дистрибуција испитаника према нивоу резилијентности (N = 225)*

Нивои резилијентности	<i>f</i>	%
Низак	4	1.8
Умерен	93	41.3
Висок	128	56.9

Повезаност узраста испитаника и скорова на скали RYDM и њеним подскалама приказана је у Табели 22. Примећује се да узраст испитаника значајно позитивно корелира са скоровима на подскалама Вршњаци ($r = .15, p < .05$), Унутрашње предности ($r = .25, p < .01$) и укупним скором резилијентности ($r = .16, p < .05$).

Табела 22*Корелације између узраста и скорова на скали RYDM и њеним подскалама – Пирсонов коефицијент корелације*

Варијабле	<i>r</i>
Школа	-.05
Вршњаци	.15*
Породица порекла	.04
Дом или хранитељска породица	.06
Заједница	.08
Спољашње предности	.06
Унутрашње предности	.25**
Резилијентност – укупни скор	.16*

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

У Табели 23 приказани су резултати тестирања значајности полних разлика у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама. Нађене су значајне полне разлике у скоровима на подскали Вршњаци ($t = -2.13, df = 223, p < .05$) у правцу виших скорова код девојчица ($AC = 3.15, CD = 0.62$) у односу на дечаке ($AC = 2.97, CD = 0.67$).

Табела 23*Разлике у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати т-теста*

Варијабле	Пол	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>t</i> (<i>df</i> = 223)	<i>p</i>
Школа	мушки	2.98	0.78	-0.06	.955
	женски	2.98	0.74		
Вршњаци	мушки	2.97	0.67	-2.13	.034
	женски	3.15	0.62		
Породица порекла	мушки	2.52	1.03	-0.06	.953
	женски	2.53	1.06		
Дом или хранитељска породица	мушки	3.44	0.54	-0.04	.966
	женски	3.44	0.54		
Заједница	мушки	2.80	0.80	0.29	.773
	женски	2.77	0.84		
Спољашње предности	мушки	2.94	0.52	-0.32	.746
	женски	2.96	0.55		
Унутрашње предности	мушки	3.08	0.49	-1.31	.192
	женски	3.16	0.50		
Резилијентност – укупан скор	мушки	3.01	0.47	-0.86	.390
	женски	3.06	0.48		

Када су у питању резултати тестирања значајности разлика у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама у односу на тип смештаја на више подскала присутне су значајне разлике (Табела 24). Примећују се значајне разлике у скоровима на подскалама Вршњаци ($t = -4.46$, $df = 223$, $p < .01$), Дом или хранитељска породица ($t = -3.41$, $df = 223$, $p < .01$), Унутрашње предности ($t = -3.84$, $df = 223$, $p < .01$) и укупном скору резилијентности ($t = -2.76$, $df = 223$, $p < .01$). Испитаници на хранитељском смештају имају веће скорове на овим подскалама (Вршњаци $AC = 3.29$; Дом или хранитељска породица $AC = 3.59$; Унутрашње предности $AC = 3.27$; Резилијентност – укупни скор $AC = 3.14$) у односу на испитанике на домском смештају (Вршњаци $AC = 2.91$; Дом или хранитељска породица $AC = 3.34$; Унутрашње предности $AC = 3.02$; Резилијентност – укупни скор $AC = 2.96$).

Табела 24

Разлике у скоровима на скали RYDM и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати t-теста

Варијабле	Тип смештаја	AC	CD	$t (df = 223)$	p
Школа	домски	3.02	0.77	0.92	.357
	хранитељски	2.93	0.74		
Вршњаци	домски	2.91	0.64	-4.46	.000
	хранитељски	3.29	0.60		
Породица порекла	домски	2.57	1.01	0.83	.410
	хранитељски	2.46	1.09		
Дом или хранитељска породица	домски	3.34	0.55	-3.41	.001
	хранитељски	3.59	0.49		
Заједница	домски	2.70	0.85	-1.69	.093
	хранитељски	2.89	0.76		
Спољашње предности	домски	2.91	0.54	-1.39	.165
	хранитељски	3.01	0.53		
Унутрашње предности	домски	3.02	0.46	-3.84	.000
	хранитељски	3.27	0.54		
Резилијентност – укупни скор	домски	2.96	0.47	-2.76	.006
	хранитељски	3.14	0.47		

3.3. Резултати испитаника на скали YSR

3.3.1. Резултати испитаника на YSR скали проблема

У Табели 25 приказани су дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу проблема и њене подске. Вредности скјунеса одступају од нормалне расподеле код свих подскала и све показују позитивне вредности односно пуно ниских скорова. Вредности куртозиса не одступају од нормалне расподеле само код подскала Повученост-депресивност и Проблеми пажње где је присутна и негативна вредност што указује на платокуртичну расподелу са мало средњих скорова. За све остале подске присутне су позитивне вредности куртозиса као и лептокуртична расподела са пуно средњих скорова.

Табела 25

Дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу проблема и њене подске

Варијабле	Мин.	Макс.	AC	CD	Ск	$CG_{Ск}$	$Cd_{Ск}$	Ку	$CG_{Ку}$	$Cd_{Ку}$
Анксиозност-депресивност	0	23	5.40	4.65	1.04	0.16	6.50**	0.96	0.32	3.00**
Повученост-	0	15	4.18	3.29	0.74	0.16	4.62**	-0.06	0.32	-0.19

депресивност										
Соматске притужбе	0	15	1.86	2.96	2.14	0.16	13.37**	4.47	0.32	13.97**
Интернализирани проблеми	0	43	11.44	9.53	1.09	0.16	6.81**	0.77	0.32	2.41*
Агресивно понашање	0	31	7.77	6.39	1.25	0.16	7.81**	1.34	0.32	4.19**
Кршење правила понашања	0	27	5.64	5.57	1.42	0.16	8.87**	1.77	0.32	5.53**
Екстернализовани проблеми	0	55	13.41	11.41	1.41	0.16	8.81**	1.94	0.32	6.06**
Социјални проблеми	0	18	4.17	3.90	1.21	0.16	7.56**	1.40	0.32	4.37**
Проблеми мишљења	0	23	4.08	4.29	1.57	0.16	9.81**	2.97	0.32	9.28**
Проблеми пажње	0	16	6.00	4.02	0.44	0.16	2.75**	-0.60	0.32	-1.87
Комбиновани проблеми	0	57	14.25	10.84	1.10	0.16	6.87**	1.25	0.32	3.91**
Проблеми – укупан скор	0	155	39.10	29.01	1.20	0.16	7.50**	1.68	0.32	5.25**

Напомена: $СД_{СК}$ – стандардизовани скјунис, $СД_{КУ}$ – стандардизовани куртозис; * $p < 0.5$, ** $p < .01$

У Табели 26 приказани су дескриптивни показатељи Т скорова за YSR скалу проблема и њене подскеле.

Табела 26

Дескриптивни показатељи Т скорова за YSR скалу проблема и њене подскеле

Варијабле	Мин.	Макс.	АС	СД	Ск	$СГ_{СК}$	$Сд_{СК}$	Ку	$СГ_{КУ}$	$Сд_{КУ}$
Анксиозност-депресивност	38.38	87.84	50	10	1.04	0.16	6.50**	0.96	0.32	3.00**
Повученост-депресивност	37.30	82.91	50	10	0.74	0.16	4.62**	-0.06	0.32	-0.19
Соматске притужбе	43.73	94.32	50	10	2.14	0.16	13.37**	4.47	0.32	13.97**
Интернализирани проблеми	38.00	83.10	50	10	1.09	0.16	6.81**	0.77	0.32	2.41*
Агресивно понашање	37.84	86.33	50	10	1.25	0.16	7.81**	1.34	0.32	4.19**
Кршење правила понашања	39.88	88.35	50	10	1.42	0.16	8.87**	1.77	0.32	5.53**
Екстернализовани проблеми	38.25	86.45	50	10	1.41	0.16	8.81**	1.94	0.32	6.06**
Социјални проблеми	39.31	85.48	50	10	1.21	0.16	7.56**	1.40	0.32	4.37**
Проблеми мишљења	40.51	94.09	50	10	1.57	0.16	9.81**	2.97	0.32	9.28**
Проблеми пажње	35.07	74.85	50	10	0.44	0.16	2.75**	-0.60	0.32	-1.87
Комбиновани проблеми	36.85	89.44	50	10	1.10	0.16	6.87**	1.25	0.32	3.91**
Проблеми – укупан скор	36.52	89.95	50	10	1.20	0.16	7.50**	1.68	0.32	5.25**

Напомена: $СД_{СК}$ – стандардизовани скјунис, $СД_{КУ}$ – стандардизовани куртозис; * $p < 0.5$, ** $p < .01$

У Табели 27 приказана је дистрибуција адолесцената у односу на ранг остварених Т скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама. Сирови скорови конвертовани су у Т скорове при чему је аритметичка средина износила 50, а стандардна девијација 10. Највећа заступљеност адолесцената у категорији клиничког ранга за проблеме понашања забележена је за интернализоване (10.7%) и екстернализоване проблеме (10.7%) у односу на комбиноване проблеме. Када су у питању специфични синдроми највећа заступљеност адолесцената у категорији клиничког ранга присутна је за агресивно понашање (6.7%), кршење правила понашања (6.7%) и соматске притужбе (6.7%), док је најмања за социјалне проблеме (4.0%).

Табела 27

Рангови Т скорова за YSR скалу проблема и њене подскеле (N = 225)

Варијабле	Нормалан		Граничан		Клинички	
	f	%	f	%	f	%
Анксиозност-депресивност	202	89.8	11	4.9	12	5.3
Повученост-депресивност	199	88.4	16	7.1	10	4.4
Соматске притужбе	207	92.0	3	1.3	15	6.7

Агресивно понашање	199	88.4	11	4.9	15	6.7
Кршење правила понашања	199	88.4	11	4.9	15	6.7
Социјални проблеми	198	88.0	18	8.0	9	4.0
Проблеми мишљења	204	90.7	10	4.4	11	4.9
Проблеми пажње	202	89.8	10	4.4	13	5.8
Интернализовани проблеми	190	84.4	11	4.9	24	10.7
Екстернализовани проблеми	192	85.3	9	4.0	24	10.7
Комбиновани проблеми	192	85.3	13	5.8	20	8.9
Проблеми – укупан скор	198	88.0	6	2.7	21	9.3

У Табели 28 представљена је корелација узраста испитаника и скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама. Према подацима уочава се да је узраст значајно негативно повезан са скоровима на подскалама Агресивно понашање ($r = -.16, p < .05$), Кршење правила понашања ($r = -.13, p < .05$) и Екстернализовани проблеми ($r = -.16, p < .05$).

Табела 28

Корелације између узраста и скорова на YSR скали проблема и њеним подскалама

Варијабле	<i>r</i>
Анксиозност-депресивност	-.04
Повученост-депресивност	-.01
Соматске притужбе	.07
Интернализовани проблеми	.00
Агресивно понашање	-.16*
Кршење правила понашања	-.13*
Екстернализовани проблеми	-.16*
Социјални проблеми	-.09
Проблеми мишљења	-.10
Проблеми пажње	-.12
Комбиновани проблеми	-.12
Проблеми – укупан скор	-.10

Напомена. * $p < .05$

Резултати испитивања значајности полних разлика у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама (Табела 29) указују да су значајне разлике пронађене у скоровима на подскали Соматске притужбе ($t = -2.30, df = 202.66, p < .05$) при чему су присутни виши скорови код девојчица ($AC = 2.30, CD = 3.41$) у односу на дечаке ($AC = 1.40, CD = 2.34$). Такође, значајне разлике су присутне и у скоровима на подскали Кршење правила понашања ($t = 3.25, df = 194.59, p < .01$) али у правцу виших скорова код дечака ($AC = 6.85, CD = 6.34$) у односу на девојчице ($AC = 4.47, CD = 4.45$). За подскале Соматске притужбе, Агресивно понашање, Кршење правила понашања и Екстернализовани проблеми је Левенов тест значајан што указује да варијансе између група нису једнаке, те је приказан резултат т-теста и број степени слободе за неједнаке варијансе.

Табела 29

Разлике у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати т-теста

Варијабле	Пол	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Анксиозност-депресивност	мушки	4.97	5.07	-1.36 (223)	.174
	женски	5.82	4.19		
Повученост-депресивност	мушки	3.98	3.54	-0.87 (223)	.383
	женски	4.37	3.04		
Соматске притужбе	мушки	1.40	2.34	-2.30 (202.66)	.022

	женски	2.30	3.41		
Интернализирани проблеми	мушки	10.35	9.76	-1.68 (223)	.095
	женски	12.48	9.23		
Агресивно понашање	мушки	8.07	7.57	0.68 (188.73)	.497
	женски	7.49	5.04		
Кршење правила понашања	мушки	6.85	6.34	3.25 (194.59)	.001
	женски	4.47	4.45		
Екстернализовани проблеми	мушки	14.93	13.45	1.95 (187.54)	.053
	женски	11.96	8.87		
Социјални проблеми	мушки	4.51	4.31	1.28 (223)	.201
	женски	3.84	3.44		
Проблеми мишљења	мушки	4.10	4.70	0.08 (223)	.934
	женски	4.05	3.89		
Проблеми пажње	мушки	6.20	4.49	0.76 (223)	.450
	женски	5.82	3.53		
Комбиновани проблеми	мушки	14.81	12.30	0.50 (223)	.617
	женски	13.71	9.20		
Проблеми – укупан скор	мушки	40.09	33.08		
	женски	38.15	24.61	0.44 (223)	.659
	женски	10.25	3.91		

У Табели 30 приказани су резултати тестирања значајности разлика у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама у односу на тип смештаја. Присутне су значајне разлике на свим подскалама изузев подскале Соматске притужбе. Дакле, значајне разлике су пронађене у скоровима на подскалама Анксиозност-депресивност ($t = 3.66$, $df = 223$, $p < .01$), Повученост-депресивност ($t = 4.38$, $df = 218.27$, $p < .01$), Интернализовани проблеми ($t = 3.77$, $df = 223$, $p < .01$), Агресивно понашање ($t = 4.41$, $df = 223$, $p < .01$), Кршење правила понашања ($t = 6.39$, $df = 222.96$, $p < .01$), Екстернализовани проблеми ($t = 5.62$, $df = 222.65$, $p < .01$), Социјални проблеми ($t = 6.53$, $df = 222.78$, $p < .01$), Проблеми мишљења ($t = 4.77$, $df = 222.42$, $p < .01$), Проблеми пажње ($t = 3.40$, $df = 215.92$, $p < .01$), Комбиновани проблеми ($t = 5.58$, $df = 222.96$, $p < .01$) и Проблеми – укупан скор ($t = 5.60$, $df = 222.37$, $p < .01$). Испитаници на домском смештају на овим подскалама имају веће скорове у односу на испитанике на хранитељском смештају. За скале Повученост-депресивност, Кршење правила понашања, Екстернализовани проблеми, Социјални проблеми, Проблеми мишљења, Проблеми пажње, Комбиновани проблеми и Проблеми – укупан скор је Левенов тест значајан што указује да варијансе између група нису једнаке, те је приказан резултат т-теста и број степени слободе за неједнаке варијансе.

Табела 30

Разлике у скоровима на YSR скали проблема и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати т-теста

Варијабле	Тип смештаја	АС	СД	t (df)	p
Анксиозност-депресивност	домски	6.32	4.83	3.66 (223)	.000
	хранитељски	4.08	4.04		
Повученост-депресивност	домски	4.92	3.44	4.38 (218.27)	.000
	хранитељски	3.11	2.75		
Соматске притужбе	домски	2.14	2.88	1.69 (223)	.091
	хранитељски	1.46	3.06		
Интернализирани проблеми	домски	13.38	9.67	3.77 (223)	.000
	хранитељски	8.64	8.64		
Агресивно понашање	домски	9.19	6.97	4.41 (223)	.000
	хранитељски	5.73	4.80		
Кршење правила понашања	домски	7.35	5.86	6.39 (222.96)	.000

	хранитељски	3.15	3.99		
Екстернализовани проблеми	домски	16.54	12.29	5.62 (222.65)	.000
	хранитељски	8.88	8.15		
Социјални проблеми	домски	5.40	4.11	6.53 (222.78)	.000
	хранитељски	2.39	2.74		
Проблеми мишљења	домски	5.11	4.58	4.77 (222.42)	.000
	хранитељски	2.59	3.33		
Проблеми пажње	домски	6.72	4.22	3.40 (215.92)	.001
	хранитељски	4.97	3.49		
Комбиновани проблеми	домски	17.23	11.52	5.58 (222.96)	.000
	хранитељски	9.95	8.06		
Проблеми – укупан скор	домски	47.14	30.48	5.60 (222.37)	.000
	хранитељски	27.47	22.21		

3.3.2. Резултати испитаника на YSR скали компетенције

У Табели 31 приказани су дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу компетенције и њене подске. Вредности скјунеса одступају од нормалне расподеле код свих подскала изузев код укупног скорa компетенције. Негативна вредност скјунеса бележи се код подске Образовно постигнуће што указује на присуство високих скорова, док остале подске имају позитивне вредности. Вредности куртозиса код свих подскала не одступају од нормалне расподеле и позитивне су, осим за подскалу Активности где је вредност негативна и указује на платокуртичну расподелу са мало средњих скорова.

Табела 31

Дескриптивни показатељи сирових скорова за YSR скалу компетенције и њене подске

Варијабле	Мин.	Макс.	АС	СД	Ск	СГ _{Ск}	Сд _{Ск}	Ку	СГ _{Ку}	Сд _{Ку}
Активности	0	11	4.05	2.75	0.44	0.16	2.75**	-0.24	0.32	-0.75
Социјални односи	0	10	4.41	2.01	0.34	0.16	2.12*	0.13	0.32	0.41
Образовно постигнуће	0	3	1.82	0.66	-0.69	0.16	-4.31**	0.58	0.32	1.81
Компетенција – укупан скор	1	22	10.27	3.96	0.25	0.16	1.56	0.13	0.32	0.41

Напомена: Сд_{Ск} – стандардизовани скјунис, Сд_{Ку} – стандардизовани куртозис; * $p < 0.5$, ** $p < .01$

Као и код YSR скале проблема, сирови скорови конвертовани су у Т скорове при чему је аритметичка средина износила 50, а стандардна девијација 10. Минимум скорова испитаника на скали Компетенције био је 26.61, а максимум 79.57. У Табели 32 приказана је дистрибуција испитаника у односу на ранг остварених Т скорова на YSR скали компетенције. У категорији клиничког ранга заступљено је 12.4% адолесцената из узорка.

Табела 32

Рангови Т скорова за YSR скалу компетенције и њене подске (N = 225)

Компетенција	f	%
Нормалан	184	81.8
Граничан	13	5.8
Клинички	28	12.4

На основу добијених података о корелацијама између узраста и скорова на YSR скали компетенције и њеним подскалама уочава се да не постоје значајне повезаности (Табела 33).

Табела 33*Корелације између узраста и скорова на YSR скали компетенције и њеним подскалама*

Варијабле	<i>r</i>
Активности	.01
Социјални односи	.02
Образовно постигнуће	.00
Компетенција – укупан скор	.02

У Табели 34 приказане су полне разлике у скоровима испитаника на YSR скали компетенције и њеним подскалама. Међутим, како подаци показују, нема значајних полних разлика у скоровима адолесцената на YSR скали компетенције и њеним подскалама. За подскалу Активности је Левенов тест значајан што указује да варијансе између група нису једнаке, те је приказан резултат т-теста и број степени слободе за неједнаке варијансе.

Табела 34*Разлике у скоровима на YSR скали компетенције и њеним подскалама у односу на пол испитаника – резултати т-теста*

Варијабле	Пол	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Активности	мушки	4.14	2.51	0.44 (219.63)	.658
	женски	3.97	2.97		
Социјални односи	мушки	4.42	2.09	0.13 (223)	.894
	женски	4.39	1.93		
Образовно постигнуће	мушки	1.74	0.68	-1.62 (223)	.106
	женски	1.88	0.62		
Компетенција – укупан скор	мушки	10.30	4.04	0.11 (223)	.915
	женски	10.25	3.91		

У Табели 35 приказани су резултати тестирања значајности разлика у скоровима на YSR скали компетенције и њеним подскалама у односу на тип смештаја. Примећују се значајне разлике у скоровима на подскалама Образовно постигнуће ($t = -2.23$, $df = 223$, $p < .05$) у правцу већег скорa испитаника на хранитељском ($AC = 1.93$, $CD = 0.60$) у односу на домски смештај ($AC = 1.73$, $CD = 0.69$), као и у укупном скору компетенције ($t = -2.00$, $df = 223$, $p < .05$) такође са вишим скоровима адолесцената на хранитељском ($AC = 10.91$, $CD = 3.91$) у односу на домски смештај ($AC = 9.84$, $CD = 3.96$).

Табела 35*Разлике у скоровима на YSR скали компетенције и њеним подскалама у односу на тип смештаја – резултати т-теста*

Варијабле	Тип смештаја	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>t (df = 223)</i>	<i>p</i>
Активности	домски	3.88	2.73	-1.14	.256
	хранитељски	4.30	2.77		
Социјални односи	домски	4.22	2.04	-1.65	.100
	хранитељски	4.67	1.94		
Образовно постигнуће	домски	1.73	0.69	-2.23	.027
	хранитељски	1.93	0.60		
Компетенција – укупан скор	домски	9.84	3.96	-2.00	.047
	хранитељски	10.91	3.91		

3.4. Резултати корелационе анализе

У следећим табелама представљени су налази испитивања повезаности између ACE, RYDM и YSR скале и њихових подскала, при чему су коришћени сирови скорови ових скала.

3.4.1. Повезаност између скорова на ACE скали и скорова на RYDM скали

Сасвим очекивано су све подскеле ACE скале негативно повезане са свим подскалама RYDM скале. Међутим, како је приказано у Табели 36, нису све корелације значајне. Свака подскала ACE корелира са различитим подскалама RYDM скале. Подскала Злостављање значајно негативно корелира са подскалама Вршњаци, Заједница, скоровима Спољашњих предности, Унутрашњих предности и укупним скором резилијентности. Подскала Занемаривање је значајно негативно повезана са подскалама Школа, Породица порекла, скором Спољашњих предности и укупним скором резилијентности. Подскала Породична дисфункција значајно негативно корелира са подскалама Дом или хранитељска породица, скором Унутрашњих предности и укупним скором резилијентности. Укупан скор на скали ACE значајно је негативно повезан са свим подскалама RYDM скале изузев подскеле Заједнице. Све значајне корелације су ниског интензитета.

Табела 36

Корелације између скорова на скалама ACE и RYDM

RYDM	ACE			
	Злостављање	Занемаривање	Породична дисфункција	Трауматски догађаји – укупан скор
Школа	-0.1	-.14*	-.11	-.16*
Вршњаци	-.13*	-.11	-.10	-.16*
Породица порекла	-.11	-.21**	-.08	-.17*
Дом или хранитељска породица	-.02	-.13	-.15*	-.15*
Заједница	-.13*	-.07	-.01	-.09
Спољашње предности	-.15*	-.20**	-.12	-.21**
Унутрашње предности	-.16*	-.11	-.18**	-.22**
Резилијентност – укупан скор	-.17*	-.17*	-.16*	-.23**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.4.2. Повезаност између скорова на ACE скали и скорова на YSR скалама

У Табели 37 приказани су резултати корелационе анализе између скорова на скалама ACE и YSR. У питању су очекиване позитивне корелације, али ниске јачине. Значајно је запазити да се корелације разликују у зависности од врсте траума. Злостављање позитивно корелира са подскалама Агресивно понашање, Кршење правила понашања, скором екстернализованих проблема, Проблеми пажње, скором комбинованих проблема и укупним скором проблема. Занемаривање није значајно повезано ни са једном подскалом YSR скале. Породична дисфункција је позитивно повезана са подскалама Социјални проблеми, Проблеми пажње, скором комбинованих проблема и укупним скором проблема. Укупан скор трауматских догађаја позитивно корелира са скоровима на подскалама Анксиозност-депресивност, Агресивно понашање, Кршење правила понашања, скором екстернализованих проблема, Социјални проблеми, Проблеми мишљења, Проблеми пажње, скором комбинованих проблема и укупним скором проблема.

Табела 37*Корелације између скорова на скали ACE и YSR скали проблема*

YSR скала проблема	ACE			
	Злостављање	Занемаривање	Породична дисфункција	Трауматски догађаји – укупан скор
Анксиозност-депресивност	.13	.04	.11	.14*
Повученост-депресивност	.02	-.01	.08	.05
Соматске притужбе	.10	.03	.10	.12
Интернализовани проблеми	.10	.03	.11	.12
Агресивно понашање	.21**	.09	.12	.20**
Кршење правила понашања	.17**	.12	.12	.19**
Екстернализовани проблеми	.20**	.11	.13	.20**
Социјални проблеми	.12	.11	.19**	.21**
Проблеми мишљења	.12	.07	.11	.14*
Проблеми пажње	.23**	.09	.21**	.26**
Комбиновани проблеми	.18**	.10	.19**	.23**
Проблеми – укупан скор	.18**	.09	.16*	.21**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Резултати тестирања значајности корелација између скорова на скали ACE и YSR скали компетенције (Табела 38) очекивано указују на негативне корелације. Све значајне корелације су ниске јачине. Подскала Злостављање значајно негативно корелира са подскалом Активности и укупним скором компетенције. Подскала Занемаривање је негативно повезана са Социјалном скалом и укупним скором компетенције. Подскала Породичне дисфункције нема значајних корелација ни са једном ACE подскалом. Укупан скор трауматских догађаја негативно корелира са подскалама Активности, Социјалном скалом и укупним скором компетенције.

Табела 38*Корелације између скорова на скали ACE и YSR скали компетенције*

YSR скала компетенције	ACE			
	Злостављање	Занемаривање	Породична дисфункција	Трауматски догађаји – укупан скор
Активности	-.13*	-.10	-.07	-.14*
Социјални односи	-.11	-.14*	-.11	-.16*
Образовно постигнуће	-.03	-.10	-.10	-.11
Компетенција – укупан скор	-.15*	-.15*	-.12	-.19**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.4.3. Повезаност између скорова на RYDM и скорова на YSR скалама

У Табели 39 приказани су резултати корелационе анализе између скорова на YSR скали проблема и RYDM скали. Нађене су значајне корелације ниске до приближно умерене јачине између подскала RYDM скале и подскала YSR скале проблема изузев подскале Породице порекла. Подскала Школа је значајно негативно повезана са подскалама Кршење правила понашања и скором екстернализованих проблема. Подскала Вршњаци значајно је повезана са свим подскалама на YSR скали проблема изузимајући Соматске притужбе. Исто важи и за подскалу Дом или хранитељска породица. Подскала Заједница је повезана са већином подскала YSR скале проблема изузев Соматских притужби, скором интернализованих проблема и Проблема мишљења. Скор спољашњих предности значајно корелира са свим подскалама YSR скале проблема осим подскала Анксиозност-депресивност, Соматске притужбе, Интернализовани проблеми и Проблеми мишљења. Подскале Унутрашње предности и укупан скор резилијентности су значајно повезани са свим подскалама YSR скале проблема изузев подскале Соматске притужбе.

Табела 39

Корелације скорова на RYDM скали и YSR скали проблема

YSR скала проблема	RYDM							
	Ш	В	П	Д/Х	З	СП	УП	РЕЗ
Анксиозност-депресивност	-.04	-.16*	.02	-.18**	-.14*	-.12	-.19**	-.16*
Повученост-депресивност	.12	-.22**	-.11	-.20**	-.14*	-.21**	-.23**	-.24**
Соматске притужбе	.03	.02	.08	-.09	.00	.02	-.06	-.02
Интернализовани проблеми	-.06	-.15*	-.00	-.19**	-.12	-.12	-.19**	-.17*
Агресивно понашање	-.12	-.32**	-.10	-.20**	-.17**	-.23**	-.35**	-.31**
Кршење правила понашања	-.17*	-.38**	-.07	-.29**	-.20**	-.27**	-.39**	-.36**
Екстернализовани проблеми	-.15*	-.36**	-.09	-.25**	-.20**	-.26**	-.39**	-.35**
Социјални проблеми	-.04	-.27**	-.03	-.20**	-.17**	-.17**	-.31**	-.26**
Проблеми мишљења	-.03	-.18**	-.02	-.16*	-.11	-.12	-.21**	-.18**
Проблеми пажње	-.12	-.27**	-.10	-.15*	-.21**	-.22**	-.37**	-.32**
Комбиновани проблеми	-.07	-.27**	-.06	-.19**	-.18**	-.19**	-.33**	-.28**
Проблеми – укупан скор	-.10	-.29**	-.06	-.23**	-.18**	-.22**	-.34**	-.30**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$; Ш – школа, В – вршњаци, П – породица порекла, Д/Х – дом или хранитељска породица, З – заједница, СП – спољашње предности, УП – унутрашње предности, РЕЗ – укупан скор резилијентности.

Када је у питању повезаност скорова на RYDM скали и YSR скали компетенције (Табела 40) примећују се очекиване позитивне корелације. Све подскале су значајно повезане, а јачина повезаности се креће од ниске до умерене (од .15 до .58). Значајна умерена корелација присутна је између укупног скорa резилијентности и укупног скорa компетенције ($r = .58, p < .01$).

Табела 40*Корелације скорова на RYDM скали и YSR скали компетенције*

RYDM	YSR скала компетенције			
	Активности	Социјални односи	Образовно постигнуће	Компетенција – укупан скор
Школа	.22**	.34**	.28**	.37**
Вршњаци	.22**	.44**	.31**	.42**
Породица порекла	.17**	.19**	.17**	.25**
Дом или хранитељска породица	.17*	.39**	.22**	.35**
Заједница	.33**	.48**	.15*	.50**
Спољашње предности	.32**	.50**	.31**	.53**
Унутрашње предности	.34**	.49**	.34**	.54**
Резилијентност – укупан скор	.36**	.54**	.35**	.58**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.**3.4.4. Повезаност између скорова на YSR скали проблема и компетенције**

Корелације приказане у Табели 41 указују на очекивану негативну повезаност између подскала на YSR скали проблема и скали компетенције. За подскалу Соматске притужбе нису нађене значајне корелације са подскалама компетенције, док подскале Анксиозност-депресивност, Повученост-депресивност и скор интернализованих проблема значајно негативно корелирају са скором на подскали Социјални односи и укупним скором компетенције. Подскале Агресивно понашање, Кршење правила понашања и скор екстернализованих проблема значајно негативно корелирају са свим подскалама и укупним скором компетенције. Социјални проблеми и проблеми мишљења су негативно повезани са подскалом Социјални односи и укупним скором компетенције, док су Проблеми пажње и укупан скор проблема повезани са свим подскалама и укупним скором компетенције. Скор комбинованих проблема корелира са свим подскалама компетенције изузев подскале Образовно постигнуће. Све значајне корелације су ниске јачине.

Табела 41*Корелације скорова на YSR скали проблема и компетенције*

YSR скала проблема	YSR скала компетенције			
	Активности	Социјални односи	Образовно постигнуће	Компетенција – укупан скор
Анксиозност-депресивност	-.10	-.25**	-.03	-.20**
Повученост-депресивност	-.06	-.22**	-.11	-.17*
Соматске притужбе	-.00	-.12	-.03	-.07
Интернализовани проблеми	-.07	-.23**	-.06	-.18**
Агресивно понашање	-.19**	-.22**	-.15*	-.27**
Кршење правила понашања	-.18**	-.18**	-.23**	-.26**
Екстернализовани проблеми	-.20**	-.21**	-.20**	-.28**
Социјални проблеми	-.10	-.29**	-.06	-.22**
Проблеми мишљења	-.09	-.16*	-.07	-.15*
Проблеми пажње	-.18**	-.29**	-.14*	-.29**
Комбиновани проблеми	-.14*	-.27**	-.10	-.25**
Проблеми – укупан скор	-.15*	-.26**	-.14*	-.26**

Напомена. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.5. Резултати регресионе анализе

Вишеструком линеарном регресијом испитан је предиктивни значај пола, узраста, типа смештаја, трауматских догађаја, унутрашњих и спољашњих предности за проблеме понашања и компетенцију адолесцената. У наставку су приказани регресиони модели за интернализоване, екстернализоване, комбиноване проблеме, као и све подскеле скале компетенције.

Како је приказано у Табели 42, скупом предикторских варијабли може се објаснити 11% варијансе интернализованих проблема ($F = 3.48$, $df = 8$, $p = .001$, $R^2 = .11$).

Табела 42

Карактеристике модела регресије за интернализоване проблеме

Критеријум	F	df	p	R	R^2	кориговани R^2
Интернализовани проблеми	3.48	8	.001	.34	.11	.08

Примећује се да су значајни предиктори интернализованих проблема (Табела 43) тип смештаја адолесцената и пол, те да више оваквих проблема имају испитаници на домском смештају ($\beta = .24$, $p < .001$) и женског пола ($\beta = .17$, $p < .05$). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са интернализованим проблемима.

Табела 43

Предикторске варијабле модела регресије за интернализоване проблеме

Предиктори	B	$SE B$	β	t	p
Пол	3.16	1.26	.17	2.51	.013
Године старости	0.31	0.33	.06	0.94	.349
Тип смештаја	4.60	1.32	.24	3.50	.001
Злостављање	1.11	2.16	.04	0.51	.607
Занемаривање	0.29	1.74	.01	0.16	.869
Породична дисфункција	1.56	2.49	.04	0.62	.533
Спољашње предности	0.35	1.68	.02	0.21	.835
Унутрашње предности	-3.12	1.89	-.16	-1.64	.101

Како налази показују (Табела 44) скупом предикторских варијабли може се објаснити 23% варијансе екстернализованих проблема ($F = 8.14$, $df = 8$, $p < .001$, $R^2 = .23$).

Табела 44

Карактеристике модела регресије за екстернализоване проблеме

Критеријум	F	df	p	R	R^2	кориговани R^2
Екстернализовани проблеми	8.14	8	.000	.48	.23	.20

Значајни предиктори екстернализованих проблема су тип смештаја и унутрашње предности (Табела 45). Конкретно, унутрашње предности негативно предвиђају екстернализоване проблеме ($\beta = -.28$, $p < .01$) односно испитаници који имају мање присутне унутрашње предности имају виши ниво ових проблема. Такође, екстернализовани проблеми су учесталији код испитаника на домском смештају ($\beta = .23$, $p < .001$). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са екстернализованим проблемима.

Табела 45*Предикторске варијабле модела регресије за екстернализоване проблеме*

Предиктори	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Пол	-1.32	1.40	-.06	-0.94	.347
Године старости	-0.30	0.37	-.05	-0.76	.451
Тип смештаја	5.33	1.47	.23	3.63	.000
Злостављање	4.46	2.40	.12	1.85	.065
Занемаривање	1.15	1.93	.04	0.59	.554
Породична дисфункција	0.15	2.78	.00	0.05	.957
Спољашње предности	-0.38	1.87	-.02	-0.20	.838
Унутрашње предности	-6.36	2.11	-.28	-3.01	.003

У Табели 46 приказани налази показују да се скупом предикторских варијабли може објаснити 20% варијансе комбинованих проблема ($F = 6.69$, $df = 8$, $p < .001$, $R^2 = .20$).

Табела 46*Карактеристике модела регресије за комбиноване проблеме*

Критеријум	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	R^2	кориговани R^2
Комбиновани проблеми	6.69	8	.000	.45	.20	.17

Као и за екстернализоване проблеме, значајни предиктори комбинованих проблема су тип смештаја и унутрашње предности (Табела 47). Више комбинованих проблема имају адолесценти на домском смештају ($\beta = .25$, $p < .001$), као и испитаници са мање развијеним унутрашњим предностима ($\beta = -.27$, $p < .01$). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са комбинованим проблемима.

Табела 47*Предикторске варијабле модела регресије за комбиноване проблеме*

Предиктори	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Пол	0.44	1.36	.02	0.32	.748
Године старости	-0.06	0.36	-.01	-0.16	.874
Тип смештаја	5.58	1.42	.25	3.92	.000
Злостављање	2.47	2.33	.07	1.06	.291
Занемаривање	1.56	1.88	.05	0.83	.407
Породична дисфункција	3.56	2.69	.09	1.32	.188
Спољашње предности	1.15	1.81	.06	0.63	.528
Унутрашње предности	-6.01	2.05	-.27	-2.93	.004

У Табели 48 приказано је да предикторске варијабле објашњавају 14% варијансе учешћа у активностима ($F = 4.53$, $df = 8$, $p < .001$, $R^2 = .14$).

Табела 48*Карактеристике модела регресије за активности*

Критеријум	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	R^2	кориговани R^2
Активности	4.53	8	.000	.38	.14	.11

Налази (Табела 49) су показали да унутрашње предности позитивно предвиђају учешће у активностима, те да се испитаници који имају развијенију ову врсту предности више ангажују у активностима ($\beta = .26$, $p < .01$). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са учешћем у активностима.

Табела 49*Предикторске варијабле модела регресије за активности*

Предиктори	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Пол	-0.30	0.36	-.05	-0.84	.399
Године старости	-0.09	0.09	-.06	-0.97	.335
Тип смештаја	-0.06	0.37	-.01	-0.17	.864
Злостављање	-0.65	0.61	-.07	-1.06	.289
Занемаривање	-0.24	0.49	-.03	-0.48	.629
Породична дисфункција	0.18	0.71	.02	0.26	.796
Спољашње предности	0.65	0.48	.13	1.37	.172
Унутрашње предности	1.45	0.54	.26	2.69	.008

Како је приказано у Табели 50, скупом предикторских варијабли може се објаснити удео варијансе од 30% за објашњење социјалних односа ($F = 11.43$, $df = 8$, $p < .001$, $R^2 = .30$).

Табела 50*Карактеристике модела регресије за социјалне односе*

Критеријум	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	R^2	кориговани R^2
Социјални односи	11.43	8	.000	.54	.30	.27

Значајни предиктори социјалних односа су спољашње ($\beta = .29$, $p < .001$) и унутрашње предности ($\beta = .29$, $p < .001$), те испитаници који имају више развијене ове предности остварују боље резултате на социјалним односима (Табела 51). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са скором на подскали Социјални односи.

Табела 51*Предикторске варијабле модела регресије за социјалне односе*

Предиктори	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Пол	-0.17	0.24	-.04	-0.73	.464
Године старости	-0.08	0.06	-.08	-1.28	.202
Врста смештаја	-0.10	0.25	-.02	-0.41	.679
Злостављање	-0.05	0.40	-.01	-0.11	.908
Занемаривање	-0.24	0.32	-.04	-0.73	.464
Породична дисфункција	-0.11	0.47	-.01	-0.24	.814
Спољашње предности	1.09	0.31	.29	3.46	.001
Унутрашње предности	1.18	0.35	.29	3.31	.001

Према налазима у Табели 52, скупом предикторских варијабли може да се објасни 15% варијансе образовног постигнућа ($F = 4.64$, $df = 8$, $p < .001$, $R^2 = .15$).

Табела 52*Карактеристике модела регресије за образовно постигнуће*

Критеријум	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	R^2	кориговани R^2
Образовно постигнуће	4.64	8	.000	.38	.15	.11

У Табели 53 може се уочити да су унутрашње предности значајан предиктор образовног постигнућа. Унутрашње предности позитивно предвиђају образовно постигнуће, те испитаници са више развијеном овом врстом предности постижу боље резултате на подскали образовног постигнућа ($\beta = .22$, $p < .05$). Остали испитивани предиктори нису значајно повезани са образовним постигнућем.

Табела 53*Предикторске варијабле модела регресије за образовно постигнуће*

Предиктори	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Пол	0.10	0.08	.07	1.14	.254
Године старости	-0.03	0.02	-.07	-1.14	.257
Врста смештаја	-0.10	0.09	-.07	-1.08	.281
Злостављање	0.13	0.15	.06	0.92	.359
Занемаривање	-0.08	0.12	-.05	-0.71	.477
Породична дисфункција	-0.16	0.17	-.07	-0.96	.338
Спољашње предности	0.17	0.11	.14	1.52	.130
Унутрашње предности	0.30	0.13	.22	2.32	.022

3.6. Резултати анализе мреже

Како би се стекао целокупан увид у међусобне повезаности свих испитиваних варијабли примењена је метода анализе мреже (енг. *network analysis*). Ова статистичка метода омогућава процену сложених образаца односа, као и структуре мреже како би се откриле кључне карактеристике мреже. Варијабле су приказане као чворови (енг. *nodes*) у мрежи, линије између њих којима су повезане представљају ивице мреже или бридове (енг. *edges*) које преносе информације о правцу и снази односа између чворова. Однос између чворова може да буде позитиван или негативан. Мрежа може да има две врсте ивица, усмерене (у којима стрелица указује на једносмерни утицај) и неусмерене (у којима је приказана међусобна веза, али без смера утицаја) (Hevey, 2018).

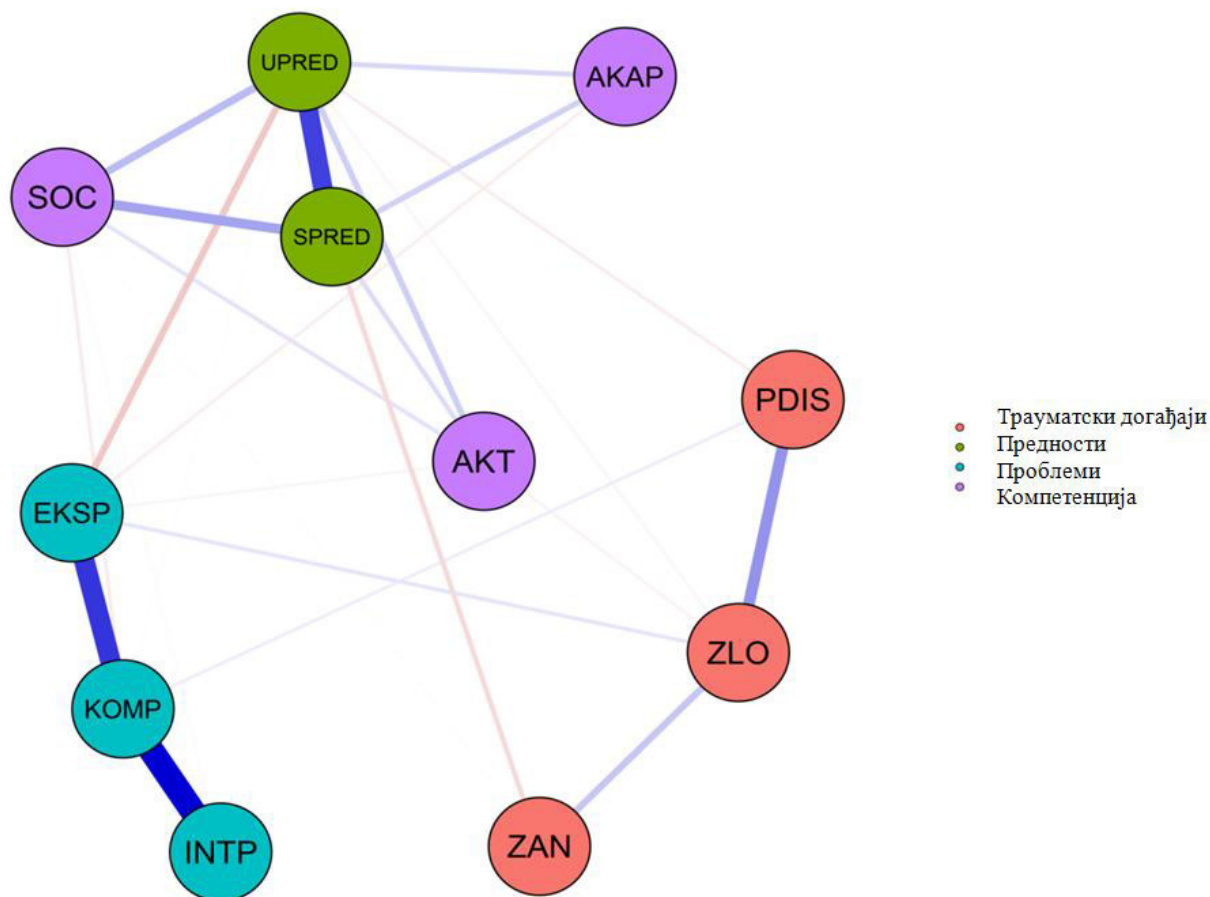
Велики број чворова који се разматра у анализама подразумева да ће бити и велики број ивица које се процењују што даље имплицира да процене могу да буду врло нестабилне и дати лажне повезаности. Како би се предупредио овај проблем у анализи се примењује нека од метода регуларизације односно пенализације како би се контролисала сложеност модела мреже, при чему истраживачи постављају сами параметре мреже (Hevey, 2018).

У анализи мреже, која ће у наставку бити приказана, примењен је метод пенализације LASSO (*Last Absolute Shrinkage and Selection Operator*) за коју је утврђено да елиминише неважне и лажне повезаности и представља само најважније односе у подацима, при чему се користи графички приказ ове методе (енг. *lasso*) (Friedman et al., 2008). За одређивање параметара мреже коришћена је метода EBIC (*Extended Bayesian Information Criterion*) којом се преферирају ретке мреже односно једноставнији модели са мање ивица (Hevey, 2018). Комбиновањем ове две методе у анализи је примењен EBIClasso метод пенализације како би се обезбедила успешнија процена мреже са мањом вероватноћом грешке, а узимајући у обзир комплексност података.

Слика 1 представља приказ модела мреже испитиваних варијабли. Величина и густина боја линија (ивица) варирају тако да одражавају променљиву снагу односа између варијабли. Ивице су неусмерене што значи да узрочност у односима није претпостављена, те се ивице тумаче као везе између варијабли. Мрежа садржи позитивне (плаве линије) и негативне (црвене линије) повезаности између варијабли.

Визуелни преглед мреже открива да су варијабле груписане на очекивани начин, те да се мрежа дели на три групе: трауматски догађаји, проблеми понашања и унутрашње и спољашње предности заједно са скалама компетенције. Примећује се да је веза између унутрашњих и спољашњих предности веома јака и позитивна. Подскеле компетенције нису међусобно директно повезане изузев Социјалних односа и подскеле Активности слабијом позитивном везом. Подскеле Социјални односи и Образовно постигнуће посредно су повезане путем везе са Унутрашњим и Спољашњим предностима. Веза између проблема је јака и позитивна, при чему су Комбиновани проблеми повезани са Интернализованим и

Екстернализованим, али и представљају њихову посредну везу с обзиром да није забележена директна веза између Интернализованих и Екстернализованих проблема. Такође, трауматски догађаји су позитивно повезани, али тако да је Злостављање повезано и са Занемаривањем и са Породичном дисфункцијом који између себе нису повезани, већ им везу посредује управо подскала Злостављање.



Слика 1

Модел мреже испитиваних варијабли

Напомена: Плава линија представља позитивне корелације, црвена линија негативне корелације, док дебљина линије означава јачину корелације; ZAN – занемаривање; ZLO – злостављање; PDIS – породична дисфункција; UPRED – унутрашње предности; SPRED – спољашње предности; AKT – учешће у активностима; SOC – социјални односи; AKAP – образовно постигнуће; EKSP – екстернализовани проблеми; KOMP – комбиновани проблеми; INTP – интернализовани проблеми.

Када се посматрају везе предности са осталим групама, уочава се следеће: Унутрашње и Спољашње предности су позитивно повезане са свим подскалама компетенције; са трауматским догађајима се бележе негативне везе, при чему су Спољашње предности повезане само са подскалом Занемаривање, док су Унутрашње предности повезане слабом везом и са Злостављањем и са Породичном дисфункцијом, а са Занемаривањем су посредно повезане преко Спољашњих предности; са проблемима су повезане само Унутрашње предности и то са Екстернализованим проблемима негативном везом.

Од свих подскала компетенције само је подскала Активности повезана са трауматским догађајима и то негативном, слабом везом са подскалом Злостављање. Подскале Социјални односи и Образовно постигнуће нису повезане са подскалама

трауматских догађаја. Подскеле компетенције су на следећи начин повезане са проблемима: подскеле Образовно постигнуће и Активности су негативно повезане са Екстернализованим проблемима слабом везом, док је подскала Социјални односи негативном, такође слабом везом повезана са Комбинованим проблемима.

Трауматски догађаји су позитивно повезани са проблемима на следећи начин: подскала Злостављање са Екстернализованим проблемима, подскала Породична дисфункција са Комбинованим проблемима, док подскала Занемаривање није повезана са проблемима.

Одређене варијабле у мрежи су високо позитивно повезане и то Комбиновани проблеми са Интернализованим (0.65), као и са Екстернализованим проблемима (0.52). Такође, Унутрашње и Спољашње предности су се показале као високо повезане (0.49). Изразито ниска негативна повезаност уочава се између Унутрашњих предности и Комбинованих проблема, Социјалних односа и Занемаривања, Социјалних односа и Интернализованих проблема. Интернализовани проблеми нису повезани у мрежи ни са једним другим чвором осим преко Комбинованих проблема, као и са Социјалним односима веома ниском негативном везом. Вредности коефицијената оптерећења који говоре о јачини повезаности између варијабли приказане су у Табели 54.

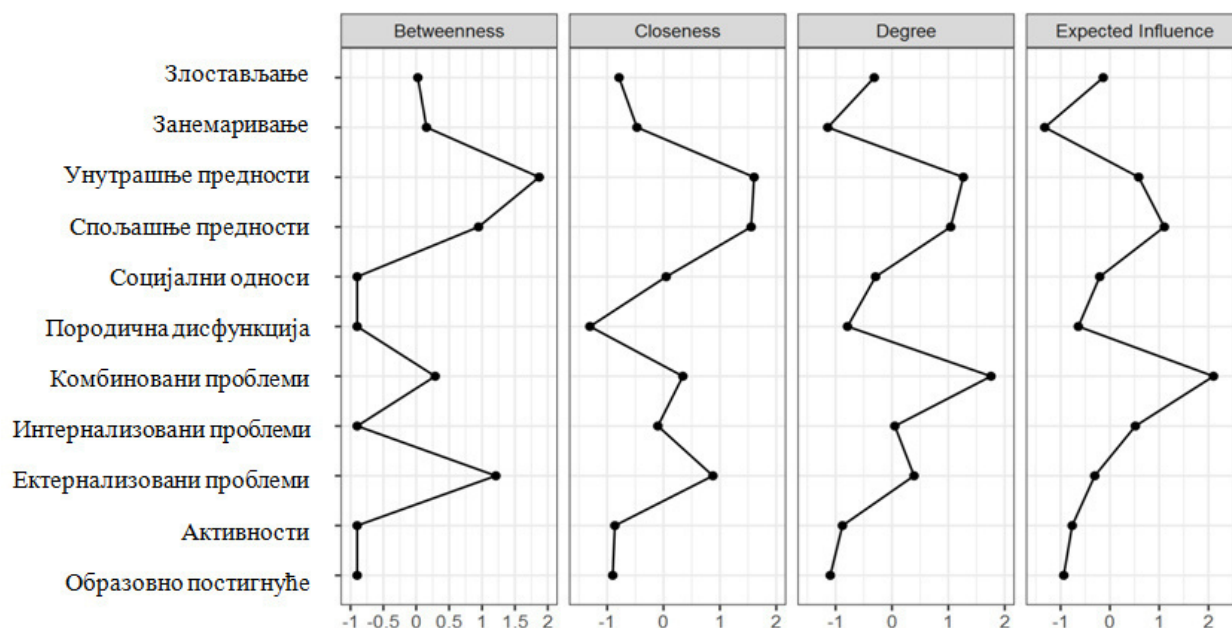
Табела 54

Матрица јачине повезаности између варијабли у мрежи

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Злостављање										
2. Занемаривање	.14									
3. Породична дисфункција	.27	.00								
4. Унутрашње предности	-.02	.00	-.05							
5. Спољашње предности	.00	-.09	.00	.49						
6. Интернализовани проблеми	.00	.00	.00	.00	.00					
7. Екстернализовани проблеми	.06	.00	.00	-.14	.00	.00				
8. Комбиновани проблеми	.00	.00	.04	-.01	.00	.65	0.52			
9. Активности	-.03	.00	.00	.12	.09	.00	-.02	.00		
10. Социјални односи	.00	-.01	.00	.17	.23	-.01	.00	-.05	.00	
11. Образовно постигнуће	.00	.00	-.01	.10	.12	.00	-.04	.00	-.05	.00

Приказани резултати дају процену јачине повезаности и показују путеве посредовања уколико две варијабле нису директно повезане. Међутим, како би се стекао увид у релативну важност чворова у односу на остале чворове у мрежи, као и способност чворова да утичу на динамику односа у мрежи, испитују се мере централности.

У даљој анализи, испитане су следеће мере централности које се односе на међусобност (енг. *betweenness*), блискост (енг. *closeness*), степен (енг. *degree*) и очекиван утицај (енг. *expected influence*) (Borgatti, 2005; Freeman, 1979, Robinaugh et al., 2016). Међусобност је мера која пружа информације о томе колико је чвор важан на просечном путу између других парова чворова. Блискост означава меру колико је чвор близак односно удаљен од других чворова у мрежи, а може се тумачити и као мера очекиваног времена доласка до осталих чворова. Степен централности је мера која подразумева број веза чвора од интереса са другим чворовима у мрежи. Очекиван утицај је мера која се користи за процену колико чвор од интереса остварује утицај на остале чворове у мрежи у смислу природе и снаге тог утицаја. Вредности мера централности приказане су на Слици 2.



Слика 2

Мере централности свих испитиваних скала и подскала

Највећу вредност мере међусобности имају унутрашње предности што означава да су ове предности важне за везе које други чворови имају између себе, те да представљају неку врсту моста или посредника између осталих чворова у мрежи. Унутрашње и спољашње предности имају највећу вредност мере блискости што подразумева да ови чворови имају краћу просечну удаљеност од осталих чворова и да њихово активирање може брзо остварити утицај на промене у било ком делу мреже. Највећу вредност централности степена имају комбиновани проблеми, а потом и унутрашње предности што се може објаснити тиме да су окружени јаким директним везама са околним чворовима. Комбиновани проблеми имају највећу централност очекиваног утицаја.

3.7. Резултати структуралног модела предикције

Повезаност трауматских догађаја, резилијентности и проблема понашања утврђена је претходним корелационим анализама. На основу тих резултата потврђено је да су трауматски догађаји негативно повезани са резилијентношћу и компетенцијама, а позитивно са проблемима понашања, као и да је резилијентност негативно повезана са проблемима понашања, а позитивно са компетенцијама. Такође, у складу са претходно приказаним налазима, проблеми понашања и компетенције негативно корелирају.

У циљу испитивања улоге резилијентности у објашњењу односа између трауматских догађаја и проблема понашања, као и компетенција, разматран је ефекат медијације. Улога резилијентности као медијатора значила би да трауматски догађаји своје ефекте на проблеме понашања односно компетенције остварују преко резилијентности (трауматски догађаји доводе до промене резилијентности, што даље има ефекта на проблеме понашања односно компетенције).

За детаљнију анализу међуодноса између трауматских догађаја, проблема понашања, компетенција и резилијентности коришћено је структурално моделирање у програмском окружењу R, помоћу пакета *Lavaan* (енг. *latent variable analysis*). Основна предност

структуралног моделирања јесте што се варијабле моделирају као латентне, те се на тај начин смањује варијанса грешке. Четири варијабле од интереса (трауматски догађаји, проблеми понашања, компетенције и резилијентност) су дефинисане као латентне варијабле. Те латентне варијабле су формиране помоћу следећих манифестних варијабли (индикатора): трауму чине злостављање, занемаривање и породична дисфункција; резилијентност чине спољашње и унутрашње предности; проблеме понашања чине интернализирани, екстернализовани и комбиновани проблеми и на крају компетенције чине активности, социјални односи и образовно постигнуће. Овај аспект модела се назива мерни модел и представља композицију латентних варијабли и њихових манифестних индикатора. Овај аспект модела има задовољавајуће коефицијенте јер све манифестне варијабле имају висока засићења на кореспондирајућим латентним варијаблама (злостављање 1.0, занемаривање 0.60, породична дисфункција 0.70, спољашње предности 1.0, унутрашње предности 0.92, интернализирани проблеми 1.0, екстернализовани проблеми 1.1, комбиновани проблеми 1.4, активности 1.0, социјални односи 1.1) изузев образовног постигнућа (0.2). Ови коефицијенти указују на снажније везе између манифестне и припадне латентне варијабле (када је коефицијент ближи 1.0).

Односи између четири латентне варијабле називају се структурални модел и представљају главни део анализа. Проблеми понашања и компетенције су критеријуми, резилијентност је медијатор и трауматски догађаји предиктор. Како би се испитао потенцијални медијациони ефекат резилијентности, у моделу су истовремено моделиране две медијационе стазе:

1. од трауматских догађаја преко резилијентности до проблема понашања и
2. од трауматских догађаја преко резилијентности до компетенција.

Резултати су показали да модел има добру подесност ($\chi^2 = 67.61$; $df = 47$, $p < .05$; $CFI = .977$; $TLI = .967$; $RMSEA = .044$; $SRMR = .049$) на шта указују фит индекси и то: индекс компаративног фитовања (CFI) и Такер-Луисов индекс (TLI) треба да буду већи од .95, док Квадратни корен просечне квадриране грешке апроксимације ($RMSEA$) и стандардизовани средњи квадратни остатак ($SRMR$) мањи од 0.5.

Табела 55

Коефицијенти путања: ефекат трауматских догађаја на проблеме понашања

Ефекат	β	S.E.
Трауматски догађаји → проблеми понашања (директни ефекат)	.23*	3.98
Трауматски догађаји → резилијентност	-.33**	0.25
Резилијентност → проблеми понашања	-.22**	1.41
Трауматски догађаји → проблеми понашања (индиректни ефекат)	.07*	1.30

Напомена: β – стандардизовани регресиони коефицијент; * $p < .05$, ** $p < .01$; S.E. – стандардна грешка.

Табела 56

Коефицијенти путања: ефекат трауматских догађаја на компетенције

Ефекат	β	S.E.
Трауматски догађаји → компетенције (директни ефекат)	-.04	0.60
Трауматски догађаји → резилијентност	-.33**	0.25
Резилијентност → компетенције	1.05**	0.45
Трауматски догађаји → компетенције (индиректни ефекат)	-.35**	0.69

Напомена: β – стандардизовани регресиони коефицијент; * $p < .05$, ** $p < .01$; S.E. – стандардна грешка.

У Табелама 55 и 56 су приказани стандардизовани регресиони коефицијенти за одговарајуће путање. Резултати показују да су проблеми понашања позитивно предвиђени трауматским догађајима ($\beta = .23$, $p < .05$), а негативно резилијентношћу ($\beta = -.22$, $p < .01$).

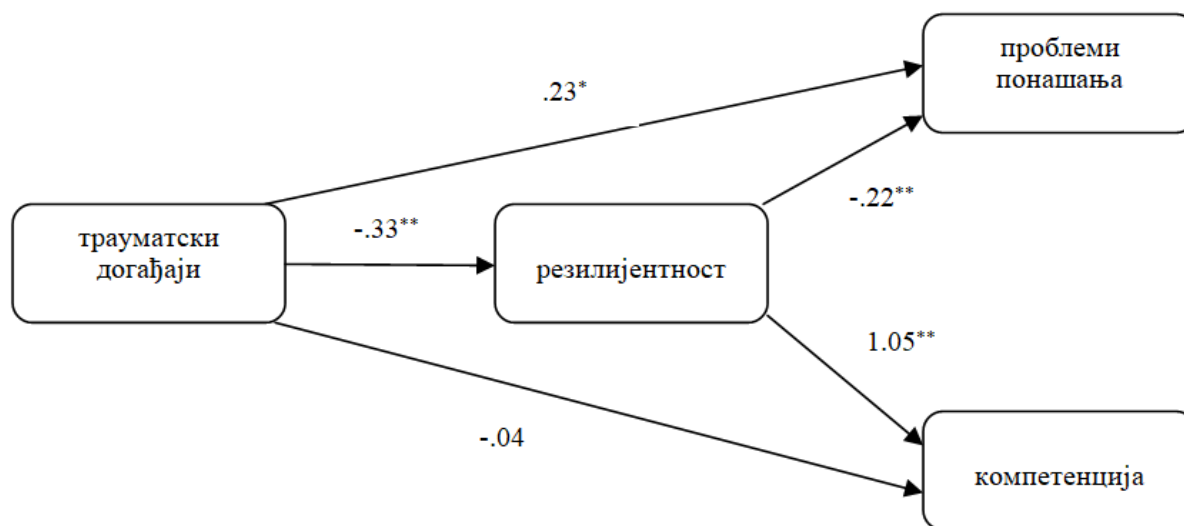
Такође, компетенције су позитивно предвиђене резилијентношћу ($\beta = 1.05, p < .01$), али у моделу трауматски догађаји нису директни и значајни предиктор компетенција. На крају, резилијентност је значајно негативно предвиђена траумама ($\beta = -.33, p < .01$).

Тестирана су два ефекта медијације, односно индиректни ефекти траума на проблеме понашања и компетенције, а преко резилијентности. Оба ефекта су значајна: на проблеме понашања ($\beta = .07, p < .05$), а на компетенције ($\beta = -.35, p < .01$). Дакле, резултати показују да постоји значајан медијациони ефекат резилијентности на однос између трауматских догађаја и проблема понашања, као и на однос између трауматских догађаја и компетенција, при чему је за компетенције индиректни ефекат много већи него за проблеме понашања.

У првом случају у питању је парцијална медијација, пошто је директни ефекат трауматских догађаја на проблеме понашања (када се парцијализује варијанса резилијентности) и даље значајан. Другим речима: ефекат трауматских догађаја на понашајне проблеме се само делимично остварује преко резилијентности. Трауматски догађаји неповољно делују на резилијентност, а умањење резилијентности доводи до веће учесталости проблема понашања. Међутим, истовремено постоји и директан ефекат трауматских догађаја на повећање проблема понашања (који није посредован резилијентношћу).

У другом случају у питању је потпуна медијација. Директни ефекат трауматских догађаја на компетенције, када се парцијализује варијанса резилијентности, није значајан. Другим речима: целокупни ефекат трауматских догађаја на компетенције се остварује искључиво преко резилијентности, односно у потпуности је посредован резилијентношћу. Може се закључити да трауматски догађаји неповољно делују на компетенције тако што негативно делују на резилијентност, при чему директан ефекат трауматских догађаја на компетенције није забележен.

Медијациони ефекти су графички приказани на Слици 3.



Слика 3

Резилијентност као медијатор односа трауматских догађаја и проблема понашања и компетенција

Напомена: * $p < .05$, ** $p < .01$

У моделу је контролисан и узраст испитаника који је позитивно повезан са унутрашњим предностима ($\beta = .55$, $p < .01$, $S.E. = 0.01$), али није са екстернализованим проблемима. Ове стазе су моделиране на основу претходних резултата и утврђених значајних корелација између ових варијабли. Такође, моделирана је и корелација две критеријумске варијабле, проблема понашања и компетенција која је у претходним анализама показана као значајна, али у моделу се није показала као значајна.

Коефицијенти детерминације, односно проценти објашњене варијансе свих варијабли у моделу које су регресирале на неке друге варијабле, су утврђени за све варијабле изузев за компетенције и комбиноване проблеме (Табела 57). Резултати показују да модел објашњава 42% варијансе варијабле Злостављања, 11% Занемаривања, 29% Породичне дисфункције, 67% Спољашњих предности, 74% Унутрашњих предности, 69% Интернализованих проблема, 58% Екстернализованих проблема, 14% Активности, 32% Социјалних односа, 12% Образовног постигнућа, 11% Резилијентности и 14% Проблема понашања.

Табела 57

Процент објашњене варијансе варијабли структуралног модела предикције

Варијабле	R^2
Злостављање	.420
Занемаривање	.107
Породична дисфункција	.288
Спољашње предности	.666
Унутрашње предности	.743
Интернализовани проблеми	.686
Екстернализовани проблеми	.581
Активности	.144
Социјални односи	.322
Образовно постигнуће	.116
Резилијентност	.109
Проблеми понашања	.136

4. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

У наредном поглављу представљена је дискусија резултата овог истраживања. Прво је дискутовано о појединачним компонентама резилијентности и њиховим разликама у зависности од пола, узраста и типа смештаја. Потом је представљена дискусија о предикторима позитивних и негативних исхода. Након тога следи део о повезаности компонената резилијентности како би се на крају надовезала дискусија о сложеним односима између компонената резилијентности.

4.1. Дискусија резултата о разликама у компонентама резилијентности у зависности од демографских карактеристика

4.1.1. Разлике у изложености трауматским догађајима

Резултати ове студије указују да су сви адолесценти на алтернативном старању имали трауматска искуства, а више од половине њих је искусило четири и више трауматских догађаја у породици порекла током детињства. Ови налази се уклапају у опште трендове у литератури о адолесцентима који су доживели неповољна искуства у детињству и налазе се у систему социјалне заштите (McCrae, 2019; Oláh et al., 2023), а посебно оне на алтернативном старању (Leloux-Ormeier et al., 2016; Pinheiro et al., 2024). Истраживања показују да су деца и адолесценти на алтернативном старању, односно домском и хранитељском смештају, често претрпела више трауматских догађаја него њихови вршњаци који живе у својим породицама (Leloux-Ormeier et al., 2016).

Посебно је важно напоменути да је чак 78.2% адолесцената на алтернативном старању у овом истраживању било изложено емоционалном занемаривању. Иако је емоционално занемаривање често мање препознато у поређењу са физичким или сексуалним злостављањем, налази овог истраживања говоре у прилог његовој високој заступљености. Истраживања показују да оно може имати подједнако штетне ефекте на развој деце, укључујући ниско самопоуздање, осећај неадекватности и потешкоће у успостављању здравих односа (Schore, 2001). Ови налази наглашавају потребу за систематским интервенцијама усмереним ка побољшању добробити деце и адолесцената на алтернативном старању које не циљају искључиво физичко злостављање, већ и занемаривање, посебно емоционалне аспекте који често остају непримећени. Ово је делом у складу са претходно доступним подацима о разлозима смештаја деце и адолесцената на алтернативно старање у Србији. Неадекватно родитељско старање, односно злостављање и/или занемаривање деце био је разлог за смештање половине од броја деце у домовима и хранитељским породицама (RZSZ, 2023a). Када се посматрају разлози за смештање деце и адолесцената у алтернативне видове старања на нивоу Европе и света, до конзистентних и поузданих процена је тешко доћи, најчешће услед методолошких разлика истраживања у различитим државама (Petrovski et al., 2017). Међутим, уколико упоредимо ове податке са неким проценама разлога за смештање деце на хранитељство у Сједињеним Америчким Државама (U.S. Department of Health and Human Services, 2023), тренд је сличан, па се тако занемаривање сврстава у водеће узроке (62% током 2022. године). Такође, емоционално злостављање потврђено је као веома учестала врста трауматских догађаја у другим истраживањима у популацији адолесцената који се налазе у систему социјалне заштите (Oláh et al., 2023), на домском или хранитељском смештају (Collin-Vezina et al., 2011).

Ипак, посебно важно јесте то што у оквиру ове студије нису нађене разлике у изложености трауматским догађајима у односу на тип смештаја. Ово упућује на релативно уједначену изложеност трауматским искуствима која касније могу довести до различитих врста проблема, као што су интернализовани, екстернализовани и комбиновани. Ови налази

потврђују резултате ранијих истраживања да нису присутне разлике у преваленцији и инциденцији трауматских догађаја у односу на тип смештаја (Gray et al., 2015). Тако, уколико се разлике у екстернализованим, интернализованим и комбинованим проблемима адолесцената на различитим врстама алтернативног старања јаве, можемо претпоставити да до њих не долази услед различите изложености трауматским догађајима пре смештаја. Слично овоме, иако су друга истраживања показала да постоје одређене полне разлике у изложености трауматским искуствима, као што је сексуално злостављање које се чешће среће код девојчица (Finkelhor et al., 2009; Katz et al., 2017) у овом истраживању није забележен значајан утицај пола на изложеност различитим врстама трауматских догађаја. Такође, налази лонгитудиналне студије на узорку младих од 10 до 15 година старости на хранитељском и домском смештају у земљама Африке и Азије потврђују налаз да нису присутне полне разлике у преваленцији и инциденцији трауматских догађаја (Gray et al., 2015). Осим тога, нису нађене ни узрасне разлике у изложености трауматским догађајима.

4.1.2. Разлике у нивоу резилијентности

Адолесценција је период великих емоционалних и социјалних промена, а присуство резилијентности може играти централну улогу у томе како адолесценти реагују на трауматска искуства. У склопу овог истраживања, висок ниво резилијентности присутан је код више од половине испитаника (56.9%), док је умерен ниво заступљен код 41.3%. Висок ниво резилијентности на узорку деце и адолесцената на алтернативном старању потврђен је и ранијим истраживањима (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015). Међутим, јављају се важне разлике у појединачним аспектима спољашњих и унутрашњих предности. На старијим узрастима јавља се већа перципирана предност у виду подршке и прихватања од стране вршњака, као и већи степен унутрашњих предности (који се односе на самоефикасност, виши степен емпатије, способност решавања проблема и слично) и укупне резилијентности. Свеукупно, резултати указују да је ниво резилијентности нижи на млађем узрасту, што може повећати ризик од последица изложености трауматским искуствима. Ови налази су сагласни са појединим истраживањима у којима се јавља значајна позитивна веза између узраста и укупне резилијентности, међутим, само код адолесцената на хранитељском смештају (Daining & DePanfilis, 2007; Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015). Додатно, резултат је и у линији са истраживањем обављеним на нашем простору, а у склопу којег се није јавила разлика у резилијентности спрам узраста, али ни пола (Burgund Isakov & Hrnčić, 2021). Ипак, важно је имати у виду да се ови резултати не поклапају са налазима неких других студија (Parry et al, 2023) где се јавља виши степен резилијентности на млађим, насупрот старијим узрастима.

Поред узраста, нађене су значајне полне разлике које указују да се подршка вршњака као спољашња предност резилијентности смањује када су у питању дечаци. Другим речима, налази указују на мању развијеност вршњачке мреже подршке код дечака који су на алтернативном старању, што даље упућује на повећане проблеме социјализације него када су девојчице у питању. Овај резултат је у складу са претходним истраживањима која показују да девојчице чешће и траже социјалну подршку и развијају мреже које им помажу у суочавању са траумом (Kneavel, 2021). Друга истраживања су долазила до различитих налаза по питању полних разлика у заступљености резилијентности код адолесцената на алтернативном старању, тако да су одређене студије указивале на више скорове резилијентности код девојчица на обе врсте смештаја (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015), девојчица на хранитељском (Daining & DePanfilis, 2007; Tumlin et al, 2023) и дечака на домском смештају (Sölva et al., 2023).

Највише разлика, ипак, када је у питању како резилијентност као таква, тако и у склопу њених појединачних аспеката, јавља се у поређењу врсте алтернативног старања

односно типа смештаја. Налази указују на тренд ниже укупне резилијентности код адолесцената на домском смештају. Разлике између адолесцената на домском и хранитељском смештају показују да испитаници из хранитељских породица имају виши ниво резилијентности, што је у складу са ранијим налазима домаћих студија (Burgund, 2016; Burgund Isakov & Hrnčić, 2021), али и налазима који указују на важност породичне стабилности и емоционалне подршке у развоју резилијентности (Perry, 2006; Pinheiro et al., 2022). Домски смештај, где су интерперсонални односи често фрагментирани и где адолесценти могу имати мање индивидуализоване пажње, не пружа исту врсту емоционалне подршке као хранитељске породице. Конкретније, на нивоу унутрашњих предности разлике указују да оне опадају код адолесцената на домском смештају. Исто тако, предности самог смештаја мање су присутне за домски, што имплицира да кључне карактеристике хранитељског смештаја као што су стабилнији и ближи односи са хранитељском породицом, доприносе вишим нивоима резилијентности код адолесцената на овом типу смештаја.

Додатно, и подршка кроз вршњачку групу расте у склопу хранитељских породица, што може бити знак већег степена социјализације, изградње стабилнијих и чвршћих односа које адолесценти имају прилику да развију када су смештени у хранитељске породице.

Међутим, у склопу демографских података јасно се види да је период трајања тренутног смештаја краћи за адолесценате на домском, него што је за адолесценате на хранитељском смештају. Ово јесте у складу са студијама у оквиру којих је дужина времена проведеног у тренутном смештају описана као фактор који је повезан са повишеном резилијентношћу деце и адолесцената, односно да је дужи боравак у истом дому водио и бољем свеукупном функционисању (Barnsley, 2011). Такође, у претходним студијама утврђено је да је трајност хранитељског смештаја повезана са позитивнијим исходима у функционисању адолесцената (Lou et al., 2018), односно да је стабилност алтернативног старања значајно повезана са бољим социо-емоционалним исходима (Asif et al., 2024).

Наведени резултати су у складу са налазима ранијих студија и у региону (Burgund, 2016; Burgund Isakov & Hrnčić, 2021) које указују да млади на алтернативном старању у просеку имају висок ниво резилијентности, али да постоји значајна разлика између скорога резилијентности и типа смештаја, где млади у хранитељским породицама постижу више скорове. Ово подржавају и налази страних прегледа (Parry et al., 2023) који указују да млади на домском смештају испољавају умерене и високе нивое резилијентности, али да ипак имају значајно нижи ниво резилијентности у поређењу са онима на хранитељском смештају. Међутим, ни ови налази нису сасвим потврђени кроз друга истраживања, па тако у једној студији (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015), аутори не добијају повезаност типа смештаја и нивоа резилијентности.

4.1.3. Разлике у нивоу интернализованих, екстернализованих и комбинованих проблема

У овом истраживању, заступљеност адолесцената са граничним и клинички значајним скоровима на скали интернализованих проблема (15.6%) је нешто већа у поређењу са онима који имају повишене скорове на скалама које мере екстернализоване (14.7%) и комбиноване (14.7%) проблеме. У литератури о проблемима адолесцената на алтернативном старању конзистентни су налази о већој учесталости екстернализованих проблема, као што су агресија и кршење правила, као и интернализованих проблема, укључујући анксиозност и депресију (Collin-Vezina et al., 2011; Dubois-Comtois et al., 2021; Nilsen et al., 2021; Tordön et al., 2019). Међутим, подаци добијени овим истраживањем разликују се у односу на друге налазе истраживања (James et al., 2012; Leloux-Ormeier et al., 2016) где је забележена већа учесталост екстернализованих у односу на интернализоване проблеме код адолесцената на алтернативном старању.

Екстернализовани проблеми у виду кршења правила су значајно учесталији код дечака, што је у складу са широком литературом која указује да дечаци чешће реагују на стрес екстернализацијом, док девојчице показују склоност ка интернализованим проблемима (Ding et al., 2017; Liu, 2004; Nsabimana, 2016). У склопу овог истраживања показује се да су соматске притужбе значајно чешће код девојчица, што је у складу са ранијим истраживањима на општој популацији која указују на тенденцију девојчица да соматизују стрес и емоционалне тешкоће (Zahn-Waxler et al., 2000). У прилог овим резултатима иду резултати истраживања који указују на полне разлике између дечака и девојчица када су у питању екстернализована и интернализована понашања међу злостављаном децом и адолесцентима (Maschi et al., 2008; Mennen et al., 2010). Међутим, постоје и подаци који говоре супротно овим налазима, указујућу да девојчице на алтернативном старању значајно више испољавају екстернализоване проблеме у односу на дечаке (Andreopoulou et al., 2020).

Узрасне разлике имплицирају да су и кршење правила понашања, али и агресивно понашање, те уопштено говорећи екстернализовани проблеми, значајно учесталији код млађих адолесцената, што се може довести и у везу са аспектима резилијентности за које смо приметили да са узрастом расту. Другим речима, старији адолесценти показују мању склоност ка агесији и кршењу правила што упућује на специфичну потребу ка раду са млађим узрастима приликом унапређења њихове добробити, узевши у обзир да агесија, проблеми са правилима и генерално екстернализовани проблеми могу бити реакција на претходно доживљена трауматска искуства. Поред тога, може се претпоставити да је на млађим узрастима период од измештања из породице порекла на алтернативно старање до тренутка испитивања краћи, а самим тим нестабилност и интензиван период прилагођавања на нову средину могу водити развоју екстернализованих проблема, и представљати механизам превазилажења стресора насталих услед ових контекстуалних промена. Међутим, налази истраживања говоре и о супротним трендовима истичући да су проблеми менталног здравља чешћи међу старијим адолесцентима у систему социјалне заштите (Marinković & Basković, 2007; Nilsen et al., 2021), као и да су екстернализовани проблеми више заступљени код старијих адолесцената на алтернативном старању (Li et al., 2019). Такође, једно истраживање је показало да је вероватноћа слабијих психолошких исхода значајно већа за децу старијег узраста на алтернативном старању (Asif et al., 2024). Са друге стране, неке мета-анализе и систематски прегледи (Gutterswijk et al., 2020; Dubois-Comtois et al., 2021; West et al., 2023) нису показали значајан ефекат пола и узраста на проблеме менталног здравља и проблеме понашања код адолесцената на алтернативном старању.

Резултати студије указују да су готово сви проблеми израженији код адолесцената на домском смештају у односу на оне из хранитељских породица, што је такође у складу са претходним налазима који показују да адолесценти на домском смештају показују виши степен вулнерабилности и учесталије проблеме у односу на оне на хранитељском смештају или код куће (Cheung et al., 2011; Gutterswijk et al., 2020; Lou et al., 2018), што се може објаснити и мањком индивидуалне пажње и емотивне подршке на овој врсти алтернативног старања (Stein, 2006). Резултати о присуству интернализованих проблема, као што су анксиозност и депресија, такође су у складу са мета-анализама које показују да деца и адолесценти на домском смештају имају више нивое ових проблема у поређењу са онима на хранитељству (Li et al., 2019). Ово је у складу и са резултатима који указују да домски смештај предвиђа значајно лошије исходе за анксиозност и депресију у поређењу са децом и адолесцентима са хранитељства (Hudek, 2018).

4.1.4. Разлике у нивоу компетенције

Компетенција, која обухвата социјалне односе, образовна постигнућа и учешће у активностима, често може да буде угрожена код адолесцената на алтернативном старању. У

овом истраживању утврђено је да се већина испитаника (81.8%) налази у категорији нормалног ранга компетенција, што значи да су постигли резултате који указују на просечан ниво компетенција у односу на општу популацију. Гранични ранг, који означава ризик од могућих проблема, обухвата 5.8% испитаника, док се 12.4% адолесцената из узорка налази у клиничком рангу, што указује на значајне проблеме у домену компетенције и потенцијално потребу за додатном подршком или интервенцијом. Ови резултати показују да је значајан део узорка у клиничкој категорији, што може указивати на изазове са којима се ова популација суочава у домену компетенција и њихове функционалности. То је у складу са налазима претходног истраживања (Lanaïs et al., 2024) у којем се потврђује већа вулнерабилност у домену социјалне компетенције код деце и адолесцената на алтернативном старању.

У овом истраживању нису нађене значајне разлике у нивоу компетенције у зависности од пола и узраста адолесцената. Супротно томе, налази поменутог истраживања (Lanaïs et al., 2024) указали су на значајне разлике према полу који говоре у прилог већој вулнерабилности дечака у свим областима развоја, па тако и у домену социјалне компетенције.

Како подаци овог истраживања показују, испитаници на хранитељском смештају показују значајно боље резултате на подскали Образовно постигнуће у поређењу са онима са домског смештаја. То је у складу са претходним истраживањем (Leloux-Ormeier et al., 2016) у коме је потврђено да деца и адолесценти са хранитељског смештаја имају боља образовна постигнућа у односу на децу са домског смештаја. Адолесценти из хранитељских породица имају виши ниво компетенције уопште, што се може објаснити већом могућношћу за успостављање стабилних односа са одраслима и вршњацима. У хранитељским породицама, адолесценти су вероватно изложени позитивнијим моделима понашања и подржавајућем окружењу, што им омогућава да развију вештине као што су емпатија, сарадња и социјална прилагодљивост. Објашњења овог налаза су у складу са поставкама Болбијеве теорије везивања и његовим налазима (Bowlby, 1988) да деца из стабилнијих породичних окружења имају боље шансе за успех у школи и друштву. Насупрот томе, адолесценти на домском смештају често немају прилику да развију дубље емоционалне везе са старатељима или вршњацима, што може довести до социјалне изолације и смањених вештина у социјалним интеракцијама (Stein, 2006), последично и паду мотивације и подршке у остваривању образовних постигнућа. Другим речима, ово се може повезати са индивидуализованијим приступом и већом подршком коју хранитељске породице пружају у образовном контексту. Разлика између различитих типова смештаја указује на то да су породична стабилност и емоционална подршка кључни фактори за успех у образовном контексту.

4.2. Дискусија резултата о предикторима позитивних и негативних исхода

4.2.1. Предиктори интернализованих проблема

Добијени резултати показују да су значајни предиктори интернализованих проблема пол и тип смештаја. Тако, испитаници на хранитељском смештају и женског пола имају виши ниво интернализованих проблема. Полне разлике јесу у складу са налазима претходних истраживања која указују да девојчице имају већу склоност ка интернализованим проблемима, као што су анксиозност и депресија, у поређењу са дечацима, те су два пута веће шансе да девојчице испоље ове проблеме (Zahn-Waxler et al., 2000). Разлог за овакве полне разлике могу бити различити фактори који утичу на развој емоционалних и когнитивних процеса код дечака и девојчица, али и пре свега процес социјализације.

Као други важан предиктор интернализованих проблема издвојио се тип смештаја. Резултати су показали да више интернализованих проблема имају испитаници на домском смештају. Претходна истраживања су такође утврдила да домски смештај предвиђа значајно

лошије исходе за интернализоване проблеме, конкретно анксиозност и депресију, у поређењу са хранитељским (Hudek, 2018). Ово се може објаснити тиме да је у установама присутнија већа дистанца са одраслима, мање су прилике за личнији и слободнији однос, док су рутине, правила и систем понашања прописани, те се адолесценти чешће могу осетити усамљенији, несигурнији у таквом окружењу.

Важно је истаћи да трауматска искуства, спољашње и унутрашње предности, нису значајно повезани са интернализованим проблемима у овом моделу. Овај налаз је у супротности са очекивањима узевши у обзир да претходне студије указују на значајну улогу траума у развоју депресивности и анксиозности код адолесцената (Ji, 2024), а посебно на алтернативном старању (Barnsley, 2011). Једно могуће објашњење за ову неусклађеност са претходним налазима може бити специфичност узорка и контекста истраживања. Могуће је да су ефекти трауме на интернализоване проблеме посредовани другим факторима који нису директно обухваћени овим моделом, као што су квалитет релација са хранитељима, присуство подршке у школском окружењу (Pinheiro et al., 2022) или индивидуални механизми суочавања које млади развијају током времена. Ови фактори могу деловати као заштитни и ублажити директан утицај трауматских искустава на развој интернализованих проблема, што у коначном исходу смањује њихову предиктивну снагу у овом моделу.

4.2.2. Предиктори екстернализованих проблема

У овом истраживању су као значајни предиктори екстернализованих проблема издвојени тип смештаја и унутрашње предности. Испитаници на домском смештају показују виши ниво екстернализованих проблема у односу на оне на хранитељском смештају што је у складу са налазима претходних истраживања (James et al., 2012; Li et al., 2019).

Поред тога, унутрашње предности су показале заштитни ефекат, са негативним утицајем на екстернализоване проблеме. Добијени налази сугеришу да предности попут вештина решавања проблема, емпатије, самоефикасности значајно утичу на смањење ризика од екстернализованих проблема. Овај налаз је у складу са претходним истраживањем (Atak & Vebis, 2024) у којима је утврђено да су вештине решавања проблема, које припадају унутрашњим предностима, веома значајан предиктор резилијентности адолесцената на домском смештају, те као такве делују у правцу смањења проблема. Иако су други предиктори као што су трауматска искуства и породична дисфункција били очекивани значајни фактори у предвиђању екстернализованих проблема (Sölva et al., 2023), њихов утицај није био значајан у овом моделу.

Међутим, треба имати у виду и да у резултатима није добијена разлика међу половима када је у питању испољавање екстернализованих проблема. Ово може указивати на то да и девојчице, нарочито у специфичним условима као што су хранитељски и домски смештај, такође могу испољавати екстернализоване облике понашања као одговор на стресне и трауматичне ситуације.

4.2.3. Предиктори комбинованих проблема

Као значајни предиктори комбинованих проблема издвојени су тип смештаја и унутрашње предности. Виши ниво комбинованих проблема показао се код адолесцената на домском смештају. То је у складу са истраживањем (Moretti et al., 2024) где је потврђено да адолесценти са историјом домске заштите имају више социјалних проблема у смислу нижих резултата социјалних интеракција, социјалне независности и социјалних вештина у односу на адолесценате из хранитељских и биолошких породица. Аутори ове налазе објашњавају природом веза које се успостављају на домском смештају јер се социјалне вештине уче, а у овом окружењу су мање прилике за остваривање стабилних веза и односа што може

резултирати поремећајима у њиховом остваривању. Такође, налази још једне студије (Moreno-Manso et al., 2020) су указали да деца и адолесценти на домском смештају имају значајне тешкоће у контроли пажње и менталној флексибилности. У истој студији утврђене су одређене индивидуалне карактеристике и способности као предиктори проблема егzekутивних функција које имају сличности са комбинованим проблемима у овом истраживању. Истраживања сугеришу да су деца и адолесценти на домском смештају често изложена нестабилности, недостатку индивидуалне пажње и мањку емоционалне подршке, што може погоршати постојеће потешкоће и утицати на свеобухватно погоршање њиховог менталног здравља (Stein, 2006). Такође, испитаници који поседују развијене унутрашње предности показују мањи интензитет комбинованих проблема, што сугерише да је јачање ових капацитета кључно за ублажавање проблема понашања.

Истраживања у овом домену указују на то да развој унутрашњих предности може бити посебно важан за адолесцените на алтернативном старању јер умањује ризик од развоја комбинованих проблема. Упркос значајној улози унутрашњих предности, важно је напоменути да трауматска искуства нису показала значајну повезаност са комбинованим проблемима. Ово указује на потребу за радом са адолесцентима у коме се не фокусира само на ублажавање последица траума, већ и на јачање унутрашњих предности који могу ублажити ефекте ових негативних искустава.

4.2.4. Предиктори компетенције

Унутрашње предности су значајан предиктор учешћа у активностима, социјалних односа и образовног постигнућа. Поред тога, спољашње предности су значајан предиктор добрих социјалних односа. Могуће објашњење ових налаза лежи у томе што успешан развој унутрашњих предности може довести до активнијег укључивања адолесцената у различите активности и позитивнијих социјалних односа (Haddow et al., 2021), што је од кључног значаја у контексту алтернативног старања где су деца и млади често суочени са бројним изазовима у изградњи социјалних веза и одржавању здравих односа. Са друге стране, позитивно социјално окружење и подржавајући односи са вршњацима и заједницом показали су се као важни фактори у развоју просоцијалног понашања и компетенција код адолесцената на домском смештају (Pinheiro et al., 2022). Додатно, претходне студије указују на кључан значај спољашње подршке од стране школе и наставника који подржавају адолесцените у развоју њихових емоционалних, когнитивних и социјалних вештина припремајући их за будуће изазове и одлуке (Pinheiro et al., 2024). Испитаници који имају развијене унутрашње и спољашње предности показују већу способност адаптације и социјалне интеграције, чиме су потврђени налази истраживања који указују на кључну улогу разиљентности у развоју социјалних компетенци (Hass & Graydon, 2009).

Када је у питању образовно постигнуће, утицај унутрашњих предности као значајног предиктора наглашава њихову улогу у академском успеху што је и у линији са претходним трендовима (Novotný & Křeménková, 2016). Ови налази сугеришу да је развој унутрашњих предности, као што су способност самоефикасности, увиђање смисла и мотивације, те вештине решавања проблема, значајан фактор за образовни успех. Налази кореспондирају истраживањима која указују да млади који излазе из система алтернативног старања, а показују висок степен компетенција у једном или неколико различитих домена, истовремено показују и висок степен могућности адаптације и резилентности (Yates & Grey, 2012). Такође, налази овог истраживања су у складу са подацима студије из Хрватске (Maurović, 2015) где је утврђено да објашњењу образовне компетенције највише доприноси унутрашња предност – циљеви и тежње.

Ипак, остали предиктори, укључујући тип смештаја и трауматска искуства, нису значајно повезани са образовним постигнућима у овом истраживању. Ово указује на

могућност да иако ови фактори могу имати индиректан утицај на образовне исходе кроз своју улогу у обликовању унутрашњих предности и мотивације адолесцената, они сами по себи не представљају директне предикторе. Ови резултати тако не подржавају налазе и закључке других студија које истичу да тип старања, као и дужина и стабилност истог могу да се доведу у везу са образовним исходима као што су изостанак са наставе и учестала промена школа (Zorc et al., 2013).

4.3. Дискусија резултата о повезаности између компонената резилијентности

4.3.1. Повезаност трауматских догађаја и резилијентности

У овом истраживању, значајно је да су све подскеле ACE скале показале негативну корелацију са скалама резилијентности. Овај налаз је очекиван и конзистентан са ранијим истраживањима (Ding et al., 2017; Faircloth, 2017). Он указује на то да адолесценти који су доживели више трауматских догађаја у детињству имају знатно мање капацитета за развој унутрашњих предности, али и недостатак спољашњих предности које су кључне за адаптацију и успешно суочавање са изазовима у адолесценцији и каснијем животу. Такође, претходно истраживање на узорку адолесцената на домском смештају (Collin-Vezina et al., 2011) је утврдило да су адолесценти који су доживели четири или пет облика трауматских догађаја имали мање развијене индивидуалне, релационе и факторе заједнице који су неопходни за развијање резилијентности.

Када је реч о појединачним трауматским догађајима, резултати нашег истраживања показују да су сви типови, од злостављања, занемаривања и породичне дисфункције, били повезани са смањеним укупним скором резилијентности. Налаз је потврђен ранијим истраживањем код адолесцената на домском смештају (Collin-Vezina et al., 2011) и адолесцената уопште (Arslan, 2016). Увиђа се да су појединачни трауматски догађаји различито повезани са подскалама резилијентности. Злостављање је значајно негативно повезано са вршњацима и заједницом, занемаривање са школом и породицом порекла, док су породичне дисфункције значајно негативно повезане са домом и хранитељском породицом. Само је злостављање значајно негативно повезано са обе врсте предности, док је занемаривање повезано само са спољашњим, а породична дисфункција са унутрашњим предностима. Налази истраживања (Kisiel et al., 2017) показују да су адолесценти на хранитељском смештају, који су били изложени вишеструким траумама, показивали мање снага, а посебно индивидуалних предности и из окружења породице порекла.

4.3.2. Повезаност трауматских догађаја и проблема понашања

Трауматски догађаји такође су показали значајне позитивне корелације са интернализованим, екстернализованим и комбинованим проблемима. Код интернализованих проблема значајне везе су нађене само за анксиозност-депресивност и укупан скор трауматских догађаја. Ови налази нису у складу са претходним истраживањима, на узорку деце на алтернативном старању (Hudek, 2018) и адолесцената уопште (Ji, 2024), која су указала да се злостављање, а посебно емоционално, показало као значајно за анксиозност и депресију односно интернализоване проблеме. Екстернализовани проблеми уопште, као и кршење правила и агресивно понашање посебно, значајно су повезани са укупним скором трауматских догађаја и са злостављањем. Злостављана деца и адолесценти, а посебно физички, могу бити склонија агресивнијем понашању на основу модела родитеља (Magalhães & Camilo, 2023). Комбиновани проблеми уопште и проблеми пажње су значајно повезани са укупним скором трауматских догађаја, злостављањем и породичном дисфункцијом. Социјални проблеми и проблеми мишљења су значајно повезани са укупним скором

трауматских догађаја, док су додатно социјални проблеми повезани и са породичном дисфункцијом.

Ипак, важно је истаћи да се поједине врсте трауматских догађаја јављају са другачијим склопом последица које остављају на адолесценте на алтернативном старању. Тако, злостављање је повезано са највише симптома проблема, док се породична дисфункција једина може довести у везу са већим степеном социјалних проблема, вероватно услед мањка позитивних примера изградње здравих међуљудских односа и образаца везаности. Занемаривање се не доводи у везу ни са једним обликом проблема код адолесцената, што није случај у претходним истраживањима у популацији адолесцената у систему социјалне заштите (Oláh et al., 2023).

4.3.3. Повезаност трауматских догађаја и компетенције

Трауматски догађаји су у овом истраживању очекивано негативно повезани са скалама компетенције. За компетенцију уопште значајне везе су пронађене за злостављање, занемаривање и укупан скор трауматских догађаја.

Активности и социјални односи су значајно повезани са укупним скором трауматских догађаја, док су додатно активности повезане са злостављањем, а социјални односи са занемаривањем. Последице занемаривања адолесцената огледају се у неспособности успостављања здравих односа у будућности, као и смањеним квалитетом тих односа (Haslam & Taylor, 2022). Када је у питању злостављање, објашњење негативне везе са учешћем у активностима се проналази у могућем повлачењу из позитивних активности адолесцената са оваквим искуством. Интересантно је да се у везу са образовним постигнућем не може довести ни једна врста доживљеног трауматског догађаја. То је у складу са претходним истраживањем (Hindman et al., 2024) међу децом и адолесцентима на алтернативном старању где се указује на основу тог резултата да онда било која врста трауматског искуства може утицати негативно на академска постигнућа. Међутим, у нашем истраживању се образовно постигнуће уопште не доводи у значајну везу са трауматским догађајима као таквим.

4.3.4. Повезаност резилијентности и проблема понашања

Резултати истраживања указују на комплексан и значајан однос између резилијентности и различитих проблема код адолесцената на алтернативном старању. Када се посматрају појединачне подске, значајан налаз је негативна повезаност школе као аспекта спољашњих предности са кршењем правила понашања и екстернализованим проблемима. Овај резултат сугерише да позитивна школска искуства, укључујући подршку од наставника и учешће у школским активностима, могу значајно допринети смањењу проблема понашања код адолесцената на алтернативном старању. То је у складу са претходним истраживањима која говоре у прилог значаја позитивног односа са наставницима за просоцијално понашање и смањење ризика од проблема адолесцената на домском смештају (Pinheiro et al., 2022). Другим речима, недостатак подршке у школи чини адолесценте подложнијим кршењу правила.

Други значајан налаз јесте повезаност вршњачке мреже подршке као аспекта спољашњих предности са свим проблемима изузев соматским притужбама. Негативна повезаност са проблемима указује да адолесценти на алтернативном старању који имају позитивне и подржавајуће вршњачке односе показују мање симптома интернализованих, екстернализованих и комбинованих проблема. Истраживања потврђују ове налазе да позитивни узор и односи са вршњацима предвиђају ниже проблеме код адолесцената на домском смештају (Pinheiro et al., 2022). У случају адолесцената на алтернативном старању, вршњачка подршка може деловати као компензаторни механизам за недостатак стабилности

у породичном животу, омогућавајући адолесцентима да се осећају прихваћено и подржано чак и у окружењу које је често испуњено неизвесношћу и променама. Међутим, недостатак оваквих позитивних односа може довести до осећаја изолације, повећања депресивности и развоја различитих проблема.

Даље се увиђа да породица порекла није значајно повезана ни са једним проблемом што није у складу са налазима мета-анализе Јула и сарадника (Yule et al., 2019) која наглашава да су односи са родитељима често важан извор подршке посебно млађим корисницима смештаја. Може се претпоставити да предности из других окружења, као што су школа или вршњаци, компензују ову везу.

Аспекти спољашњих предности који се тичу типа алтернативног старања, односно дома или хранитељске породице, такође су негативно повезани са већином проблема, што указује на то да стабилни и подржавајући односи у оквиру окружења у коме адолесцент борави играју значајну улогу у превенцији проблема понашања (Dubois-Comtois et al., 2021). Ово је у складу са ранијим налазима који показују да стабилни породични односи и конзистентна подршка и контрола од стране неговатеља значајно предвиђају ниже проблеме понашања код адолесцената на домском смештају (Pinheiro et al., 2022). Из тога произилази да се унапређењем карактеристика алтернативног старања може потенцијално утицати и на смањење проблема с којима се адолесценти на алтернативном старању суочавају. Даље, обрасци корелација тако упућују да приликом разумевања резилијентности није пресудан примарни породични контекст, већ све што ван њега може да допринесе да адолесцент развије адекватне механизме за превазилажење трауматског искуства. То је делом у складу са ранијим прегледом (Yule et al., 2019) у оквиру којег су испитивани фактори који доприносе резилијентности и притом идентификовани, поред саморегулације, подршка школе и подршка вршњака.

Заједница је значајно негативно повезана са екстернализованим проблемима. Када су у питању интернализовани проблеми заједница је значајно повезана са симптомима анксиозности-депресивности и повучености-депресивности, али не и укупним интернализованим проблемима. Такође, повезана је значајно и са проблемима пажње, социјалним проблемима и комбинованим проблемима, као и укупним проблемима.

Спољашње предности показују значајне негативне корелације са већином проблема, што указује на то да подршка из заједнице, као и вршњачка, карактеристике алтернативног старања, могу деловати као важни заштитни фактори. Међутим, утицај спољашњих предности је ограничен када су у питању интернализовани проблеми уопште, што сугерише да је за решавање ових проблема неопходна директнија и лична интервенција. Унутрашње предности су значајно негативно повезане са свим проблемима, изузев соматских притужби. Овај налаз је у складу са резултатима претходних истраживања у популацији адолесцената на домском смештају (Pinheiro et al., 2022). Адолесценти који имају развијене унутрашње предности имају већу способност да се носе са стресом и емоционалним изазовима, што доприноси бољем психолошком благостању и мањем ризику од проблема понашања. Тиме се указује да јачање унутрашњих предности треба бити централна компонента интервенција намењених адолесцентима на алтернативном старању.

4.3.5. Повезаност резилијентности и компетенције

Резултати указују да су адолесценти са вишим нивоима резилијентности показали бољу компетенцију односно боље социјалне односе, учешће у активностима и образовно постигнуће. Присутна је значајна умерена корелација између укупног скорa резилијентности и укупног скорa компетенције. Налази иду у прилог низу других резултата истраживања који доводе у везу више нивое резилијентности и боље академско постигнуће (нпр. Lou et al., 2018).

У складу са очекивањима, сви аспекти резилијентности су показали значајне позитивне корелације са свим доменима компетенције. У мета-анализи Јула и сарадника (Yule et al., 2019) потврђен је овај налаз, при чему се наглашава важност спољашњег окружења. Позитивни односи са наставницима, родитељима и другим члановима породице и вршњацима повезани су са бољим образовним резултатима, а посебно је истакнута улога вршњака као важног извора подршке који може подстаћи развој социјалних компетенција. Такође, мета-анализа је показала да одређене унутрашње предности као што су регулација емоција, позитивна слика о себи, самоефикасност доприносе компетентности у емоционалном, социјалном и образовном функционисању. Када је реч о окружењу заједнице, иако је овај фактор најмање истраживан, наглашена је важност кохезивности заједнице, прихватања од стране њених чланова, што може подстакнути укључивање у активности, али и развој компетентности и постигнућа.

Значај школе и вршњака истакнути су и у другим истраживањима у којима је указано на значај повезаности са школом у постизању образовног постигнућа адолесцената на хранитељском смештају (Somers et al., 2020). Потом, вршњачка подршка не само да обезбеђује социјалну мрежу која може деловати као извор емоционалне сигурности и прихватања, већ и подстиче адолесценате да учествују у друштвеним активностима и развијају своје социјалне способности (Pinheiro et al., 2024). Ово је посебно важно за адолесценате на алтернативном старању, где подршка вршњака може деловати као компензаторни фактор за нестабилне породичне односе. Друга истраживања (Haddow et al., 2021; Pinheiro et al., 2022; Somers et al., 2020) су такође потврдила значај позитивних односа и везаности за вршњаке и њихову повезаност са резилијентношћу адолесцената на алтернативном старању.

Укупно гледано, резултати указују на важност интеграције унутрашњих и спољашњих ресурса у развоју компетенције код адолесцената на алтернативном старању. Подршка из различитих социјалних контекста, укључујући школу, вршњачке односе и заједницу, заједно са личним ресурсима као што су унутрашње предности, игра пресудну улогу у развоју и одржавању позитивних понашања и образовних успеха.

4.3.6. Повезаност проблема понашања и компетенције

Резултати овог истраживања указују да су проблеми понашања значајно негативно повезани са компетенцијом односно да адолесценати са вишим нивоом проблема понашања имају лошију компетенцију. Примећује се да су укупна компетенција и социјални односи повезани са свим врстама проблема и симптома, док су образовно постигнуће и учешће у активностима са екстернализованим проблемима, комбинованим односно проблемима пажње и укупним проблемима понашања. Међутим, у неким истраживањима није утврђена повезаност између образовног постигнућа и проблема понашања код деце и адолесцената на алтернативном старању (Lewis & Bullock, 2016), док је у неким потврђена веза са интернализованим проблемима (Hindman et al., 2024).

У литератури (Chen et al., 2022), веза између проблема понашања и образовног постигнућа објашњава се путем неколико модела. Први модел истиче да проблеми понашања доводе до лоших односа са вршњацима и наставницима, што негативно утиче на постигнуће. Други модел налаже да лоше постигнуће може предвидети касније проблеме понашања, док трећи модел указује на обострани узајамни утицај. Четврти модел објашњава повезаност путем трећег фактора који утиче на проблеме понашања и постигнуће.

4.4. Дискусија резултата сложених образаца односа компонената резилијентности

4.4.1. Анализа мреже односа међу варијаблама

Резултати анализе мреже указују на релативно очекиване обрасце груписања варијабли где се оне организују у три основне групе, и то: (1) трауматски догађаји (злостављање, занемаривање, породична дисфункција), (2) унутрашње и спољашње предности заједно са компетенцијом и (3) проблеми понашања (екстернализовани, интернализовани, и комбиновани проблеми). Овакав начин груписања, као и јачина веза између самих група и појединачних чворова, је очекиван и у складу са теоријским разматрањима резилијентности при чему се варијабле групишу налик компонентама резилијентности (Masten, 2014a; Masten & Barnes, 2018). Изузетак је компетенција која се, ипак сасвим очекивано, при успостављању веза са варијаблама груписала уз предности. Сама позиција чворова указује на релативну јасноћу у одвајању ових категорија, али и на њихове међусобне везе.

Прва група, трауматски догађаји, повезана је углавном позитивним везама међу подскалама злостављања, занемаривања и породичне дисфункције. Примећујемо да злостављање има директну позитивну повезаност и са занемаривањем и са породичном дисфункцијом, али занемаривање и породична дисфункција нису директно међусобно повезани. Овакав специфичан распоред веза имплицира да злостављање функционише као посредник, односно да оно чини мост између занемаривања и породичне дисфункције, омогућавајући тим трауматским искуствима да имају заједнички ефекат. Овај налаз подржава концепт кумулативности ризика (Masten & Reed, 2002). На пример, аутори (Felitti et al., 1998) у свом истраживању о негативним искуствима у детињству указују да већи број различитих типова трауматских догађаја има кумулативни ефекат на ризик од депресије, анксиозности и проблема понашања у одраслом добу. То потврђује њихову идеју да различити типови траума могу функционисати синергијски и утицати на ментално здравље на сложеније начине. У овом случају, образац веза имплицира да када адолесцент доживљава и злостављање, оно је често у контексту породичне дисфункције или занемаривања, и та искуства функционишу у синергији. Дакле, не само да се ризик од негативних последица повећава због више врста трауме, већ и њихова међусобна интеракција кроз злостављање може водити ка компликованијим исходима, као што су екстернализовани и комбиновани проблеми (што видимо из корелација са овим проблемима). То има значајне импликације за интервенције у раду са адолесцентима који су доживели трауматске догађаје, те истраживачи и стручњаци који раде са децом треба да обрате пажњу на овакве „посредничке” трауме (као што је злостављање у овом случају), јер оне могу функционисати као „окидачи” за шире и дубље негативне ефекте, посебно у контексту других ризика као што су занемаривање и породична дисфункција.

Детаљним прегледом односа чворова, јасно је да су трауматски догађаји позитивно повезани са проблемима, али не и на исти начин за све врсте трауматских догађаја. На пример, злостављање је једино повезано са екстернализованим проблемима, док је породична дисфункција повезана са комбинованим проблемима. Ова разлика у повезаности може се објаснити различитим механизмима на којима различити типови трауме утичу на понашање адолесцената. Злостављање често води ка агресивном и нарушавајућем понашању јер код деце и адолесцената активира одбрамбене механизме који се манифестују кроз агресију и кршење правила, што је у складу са бројним студијама које истражују последице злостављања (McGuigan et al., 2018; Strathearn et al., 2020). Породична дисфункција, са друге стране, може довести до комплекснијих проблема, јер укључује и емоционалне и бихејвиоралне компоненте које утичу на опште функционисање детета. Један од занимљивијих аспеката ових резултата је и да занемаривање није директно повезано ни са

једном врстом проблема, што је у супротности са неким претходним истраживањима која указују на то да се занемаривана деца сусрећу са бројним тешкоћама у функционисању док су на хранитељском смештају, али и да злостављана деца имају више проблема понашања у односу на њих (Marquis et al., 2008). Такође, у супротности је и са налазима истраживања које је потврдило повезаност између занемаривања и интернализованих и екстернализованих проблема код адолесцената укључених у систем социјалне заштите (Cohen & Thakur, 2021). Међутим, овај налаз може указивати и на то да ефекти занемаривања могу бити посредовани другим факторима, као што су спољашње и унутрашње предности, што је сугерисано посредним везама у мрежи.

Са друге стране, из приказаних резултата уочава се да постоји јак, позитиван однос између унутрашњих и спољашњих предности. Налаз сугерише да адолесценти који имају развијене унутрашње предности (нпр. вештине решавања проблема, самоефикасност, емпатија) имају тенденцију да такође буду окружени снажним спољашњим предностима, као што су на пример брижни односи са хранитељима, пријатељима и наставницима. То је у складу са очекивањима и са ранијим прегледима, који указују на повезаност спољашњих предности (нпр. афективна везаност са одраслима и вршњацима, те јака социјална мрежа уопште) са унутрашњим предностима (нпр. самоефикасност и самопоуздање) и исходима менталног здравља као што су депресија и анксиозност (Haddow et al., 2021). Такође, резултат је у складу са постављеним теоријским моделима, социјално-еколошким приступом резилијентности (Ungar, 2011), као и моделом резилијентности (Benard, 1995).

Још један важан аспект је да унутрашње предности показују негативну везу са екстернализованим проблемима, што сугерише да развој унутрашњих предности смањује вероватноћу развоја ових проблема понашања. Тиме још једном добијамо потврду налаза претходних студија који сугеришу да су индивидуалне вештине, као што су социјалне вештине или емпатија, негативно повезане са екстернализованим проблемима (Pinheiro et al., 2022). Такође, налаз је у складу са претходним истраживањем које показује да је развој унутрашњих капацитета кључан за адаптацију деце и адолесцената који су доживели трауматска искуства (Cicchetti & Rogosch, 1997). Спољашње предности, попут развоја брижних односа са другима, доприносе стварању повољних услова за развој унутрашњих предности. Интересантно је приметити да су спољашње предности, иако важне за компетенције, слабије повезане са проблемима понашања. Објашњење би могло указивати на то да је социјална подршка важна за развој социјалних вештина и образовних исхода, али да унутрашње предности имају примарни утицај на смањење проблема понашања.

Када су у питању саме компетенције, укључујући социјалне односе, учешће у активностима и образовно постигнуће, сасвим очекивано су значајно повезане са предностима. Социјални односи су позитивно повезани са учешћем у активностима што може да указује да је учешће у социјалним активностима повезано са бољим социјалним вештинама, али и обрнуто. Овај налаз је у складу са истраживањима која показују да учешће у ваншколским активностима може побољшати социјалну интеграцију и развити просоцијалне вештине (Oberle et al., 2019). Такође, налази истраживања су показали да одређени догађаји као што је постојање значајне везе са другим особама или учествовање у активностима могу бити пресудни на животном путу адолесцената на хранитељском смештају и утицати да се развије резилијентност (Drapeau et al., 2007). Учесће у активностима је једино негативно повезано са трауматским искуствима, односно злостављањем. Може се претпоставити се адолесценти на овај начин превазилазе своја негативна искуства укључујући се у интеракције са другима и тиме окупирају своје слободно време. Са друге стране, социјални односи и образовно постигнуће нису директно повезани са трауматским искуствима, што је занимљиво јер се у ранијим разматрањима показује да деца на хранитељском смештају због утицаја значајних траума имају слабије образовно постигнуће (Berardi & Morton, 2017). Овај налаз би могао указивати на то да су у овом узорку

унутрашње и спољашње предности од кључне важности за образовни успех, чиме се још једном истиче значај њиховог развоја. Образовно постигнуће и учешће у активностима су негативно повезани са екстернализованим проблемима, док су социјални односи негативно повезани са комбинованим проблемима. Објашњење налаза може да буде у правцу да им учешће у активностима, а посебно спортским, помаже у ослобађању енергије, што резултира нижим нивоом екстернализованих проблема. Такође, образовно постигнуће може да мотивише особу, учини је задовољнијом, што даље делује у истом правцу смањења екстернализованих проблема.

Иако ови налази пружају важне увиде, треба узети у обзир да је у склопу ове студије коришћена анализа мреже која представља корелациону методу која не имплицира узрочно-последичне везе. На пример, јаке везе између унутрашњих и спољашњих предности и компетенције не значе нужно да оне узрокују побољшање компетенције, већ је могуће да су појединци са бољим компетенцијама способнији да изграде те предности.

4.4.2. Медијациона улога резилијентности у односу трауматских искустава са проблемима понашања и компетенцијама

Резултати структуралног модела предикције показали су значајне и сложене односе између трауматских догађаја, резилијентности и исхода, односно проблема понашања и компетенције. Кроз анализе је јасно уочено да трауматски догађаји имају значајан негативан утицај на резилијентност, што је резултат који је у складу са великим бројем претходних истраживања која су испитивала последице траума на капацитет особе да се адаптира на стрес (Rutter, 2012). Штавише, утврђено је да вишеструка искуства злостављања и занемаривања имају значајан негативан утицај на резилијентност код адолесцената на домском смештају (Collin-Vezina et al., 2011). То значи да изложеност трауматским догађајима код адолесцената на алтернативном старању може имати дугорочне последице на њихову способност да се прилагоде изазовима и стресорима током боравка у алтернативним облицима старања и касније током живота.

Резултати ове студије показују да резилијентност делује као медијатор у односима између трауматских догађаја и проблема понашања, као и између трауматских догађаја и компетенција. Овај медијациони ефекат резилијентности је делимичан када је у питању веза између трауматских догађаја и проблема понашања, што имплицира да трауматски догађаји имају значајан директан утицај на повећање проблема понашања, чак и када се у обзир узме утицај резилијентности. Ова веза је очекивана на основу претходних истраживања која указују на то да су деца која су доживела трауматско искуство подложнија развоју проблема понашања, укључујући и различите интернализоване и екстернализоване проблеме (Ding et al., 2017; Greeson et al., 2014; Rynoos et al., 2014). Ово јесте у складу са налазима истраживања трауматских искустава адолесцената, а који указују да резилијентност делимично посредује у односу између психолошког злостављања и бихејвиоралних и емоционалних проблема (Arslan, 2016), као и у односу између трауматских догађаја и симптома депресије (Ding et al., 2017; Watters et al., 2023). Такође, у студији на узорку адолесцената из Кине (Ji, 2024) утврђено је да резилијентност делимично посредује у вези између емоционалног злостављања и депресије. Трауматско искуство, као што је злостављање, повећава ризик од депресије код адолесцената, тако што лоши односи између родитеља и детета штетно утичу на изградњу односа са наставницима и вршњацима, чиме се нарушавају спољашње предности резилијентности и долази до нижих нивоа социјалне подршке као и осећаја беспомоћности што може допринети развоју депресије (Ji, 2024). У још једном истраживању (Goldstein et al., 2013) на узорку одраслих корисника социјалне заштите утврђено је да резилијентност компензује ефекте злостављања и тако смањује симптоме депресије.

Једно од могућих објашњења ове директне везе између траума и проблема понашања може бити и неуробиолошке природе, при чему студије сугеришу да траума може изазвати промене у функционисању ХПА осе (осовина хипоталамус-хипофиза-надбубрежна жлезда), што доводи до симптома хроничног стреса и повећаног нивоа кортизола (Gunnar & Quevedo, 2007). Ове промене могу даље утицати на регулацију емоција и понашања, што објашњава директан ефекат траума на проблеме у понашању независно од резилијентности. Осим тога, у једној студији која је показала да се резилијентност јавља као делимични посредник између негативних животних догађаја и психолошког благостања код адолесцената (Faircloth, 2017) наводи се да осећај сврхе може служити као „амортизер стреса“. У складу с тиме, будућа истраживања могу се усмерити и на разматрање везе резилијентности и других позитивних психолошких варијабли, као што је осећај сврхе.

Међутим, од потенцијално још већег значаја јесте и резултат да резилијентност делује као медијатор у односу између траума и компетенције. Ефекат трауматских догађаја на компетенцију је у потпуности посредован резилијентношћу, што значи да деца која развију високу резилијентност успевају да сачувају и унапреде своју компетенцију упркос трауматским искуствима. Пуно посредовање резилијентности у односу између трауматских догађаја и компетенција указује на то да деца која развију резилијентност имају већу вероватноћу да успешно превазиђу негативне ефекте траума и остваре успех у социјалним и академским доменима.

Дакле, из анализе резултата, уочава се јасно да су трауматски догађаји значајан предиктор проблема понашања што потврђује значајну улогу трауматских догађаја у развоју проблема понашања код адолесцената на алтернативном старању. Директан ефекат траума на проблеме понашања је очекиван и добро документован у литератури (Ding et al., 2017; Wingo et al., 2010). Посебно, у популацији адолесцената корисника социјалне заштите и на алтернативном старању утврђена је повећана вероватноћа развијања проблема понашања услед искуства трауматских догађаја (Hudek, 2018; McCrae, 2019). Резултати ове студије додатно потврђују ове налазе, али истовремено истичу да је део ефекта траума посредован смањењем резилијентности. Овај посредовани ефекат резилијентности указује на то да, иако траума има директан утицај на понашање, деца са већим капацитетом за резилијентност могу бити делимично заштићена од негативних исхода траума. Са друге стране, резултати показују да трауматски догађаји нису директан и значајан предиктор компетенције, већ да овај однос у потпуности посредује резилијентност. Овај налаз указује на кључну улогу резилијентности у очувању и развоју компетенције код адолесцената изложених трауматским догађајима. Адолесценти који успеју да развију високе нивое резилијентности могу превазићи негативне ефекте траума и постићи успех у социјалном и академском контексту. Студије које су истраживале везу између траума и компетенција код адолесцената указују на то да они који развију резилијентност често показују боље резултате у школи и веће социјалне вештине (Novotný & Křeménková, 2016).

На основу коефицијената детерминације, добили смо и увид у то колико успешно модел објашњава промене у свакој од варијабли на основу односа с другим варијаблама. Тако, резултати показују да модел објашњава 42% варијансе за варијаблу злостављања, што указује да се значајан део промене у перцепцији злостављања може објаснити овим моделом, али опет остаје већи проценат варијансе које модел не може да објасни. За породичну дисфункцију модел објашњава нешто мање 29% варијансе, док је прилично мањи проценат варијансе за варијаблу занемаривања (11%) што говори о томе да је ова варијабла под утицајем и других варијабли које нису део модела. Слично, модел објашњава 67% варијансе за спољашње предности и 74% за унутрашње предности, што указује на то да се промене у овим димензијама резилијентности могу добро објаснити моделом. Са друге стране, нижи проценти објашњене варијансе за активности (14%), социјалне односе (32%) и образовно постигнуће (12%) указују на то да су ови аспекти компетенције вероватно под утицајем

многих других фактора који нису укључени у овај модел. Образовно постигнуће, на пример, може бити под утицајем бројних спољашњих фактора као што су квалитет школске средине, подршка наставника и лични интерес за учење. Варијанса објашњена за интернализоване (69%) и екстернализоване проблеме (58%) је релативно висока, што указује да модел добро објашњава промене у овим димензијама проблема. Ово је у складу са истраживањима која указују да су интернализовани и екстернализовани проблеми уско повезани са трауматским искуствима и капацитетом за резилијентност (Compas et al., 2001). Високи проценти објашњене варијансе указују на то да су трауматски догађаји и резилијентност важни фактори у разумевању проблема понашања код деце која су била изложена трауматским искуствима.

4.5. Доприноси и ограничења актуелног истраживања

Истраживање представља значајан допринос у разумевању трауматских искустава, резилијентности, проблема и компетенције, укључујући специфичне разлике према полу, узрасту и типу смештаја, код адолесцената на алтернативном старању у Србији. Узевши у обзир да су оваква истраживања малобројна када говоримо о адолесцентима на алтернативном старању у Србији, ово истраживање представља допринос корпусу знања о учесталости различитих проблема и изазова с којима се адолесценти сусрећу како на домском, тако и на хранитељском смештају. Такође, истраживање има велики допринос савременом проучавању резилијентности као процеса, с обзиром да су операционализоване све три компоненте, испитана њихова повезаност и специфични односи.

Посебан допринос овог истраживања јесте у идентификовању медијационе улоге резилијентности између трауматских догађаја са којима се адолесценти на алтернативном старању сусрећу и проблема односно компетенција. Ови налази имају значајне практичне импликације јер пружају основу за развој програма фокусираних на јачање резилијентности као кључне стратегије за унапређење благостања адолесцената на алтернативном старању. Такође, резилијентност се показала као значајна за проблеме понашања јер, иако трауматски догађаји имају директан утицај на проблеме, адолесценти са развијеном резилијентношћу могу бити делимично заштићени од негативних исхода ових догађаја. То значи да резилијентност има улогу у смањењу проблема понашања код адолесцената на алтернативном старању.

Ипак, важно је и истаћи одређена ограничења овог истраживања и узети их у обзир приликом тумачења резултата. Прво ограничење јесте релативно мали узорак и начин селекције. Иако је истраживање рађено у више домова и центара за породични смештај и усвојење, узорак адолесцената је релативно мали због чега се резултати не могу генерализовати на укупну популацију корисника на смештају у систему социјалне заштите. Пошто је истраживање рађено током трајања пандемије, неке установе и центри нису прихватили позив да учествују у истраживању што је утицало на величину узорка. Друго ограничење тиче се начина прикупљања података. Подаци о адолесцентима и њиховим породицама, као и подаци о историји смештаја у систему социјалне заштите прикупљени су из документације. Добро би било да се у будућим истраживањима ови подаци прикупе и из других извора. С обзиром да је методологија истраживања заснована делом на самопроцени адолесцената (при мерењу резилијентности и проблема), важно је имати у виду да ово може увести пристрасност, јер испитаници могу потценити или преувеличати своја искуства услед субјективних перцепција или жеље да дају социјално пожељне одговоре.

Још једно ограничење односи се на мерне инструменте. На пример, могуће је да скалом АСЕ нису обухваћени неки важни трауматски догађаји (нпр. вршњачко насиље). Поред унутрашњих и спољашњих предности које процењује скала RYDM, могуће је да

постоје и други важни фактори резилијентности. Квалитативна истраживања могу дати одговоре на ова питања.

Такође, важно ограничење је корелациона природа истраживања. Будући да је истраживање корелационо, није могуће са сигурношћу закључити о узрочно-последичним односима између варијабли. Иако су утврђене значајне повезаности између трауматских догађаја, унутрашњих и спољашњих предности и исхода, немогуће је тврдити да су, на пример, трауме директно узроковале проблеме понашања или довеле до резилијентности. С тиме у вези је управо и релативно кратак временски оквир истраживања. Будући да је истраживање крос-секвенцијално, ово ограничава могућност праћења промена у трајању и разумевања динамичких процеса који утичу на резилијентност и развој адолесцената. Поред тога, важно је нагласити да су ефекти трауматских догађаја на проблеме понашања сложени и често дугорочни. Истраживања указују на то да се негативни ефекти трауме могу манифестовати и годинама након иницијалног догађаја, нарочито ако деца не добију адекватну подршку (McLaughlin et al., 2014), због чега је пожељно пратити ове варијабле током времена.

ЗАКЉУЧАК

На основу резултата овог истраживања може се извести неколико кључних закључака који се односе на испуњеност циљева и хипотеза. Сви постављени циљеви су остварени, а добијени налази пружају значајне увиде у сложеност и важност развоја резилијентности код адолесцената на алтернативном старању.

Добијени резултати показују да не постоје значајне разлике у изложености трауматским догађајима у односу на пол, узраст и тип смештаја. Са друге стране, нађене су значајне разлике у нивоу резилијентности, проблема понашања и компетенције у зависности од демографских карактеристика адолесцената. Ниво резилијентности је значајно виши код адолесцената који су старији и на хранитељском смештају. Проблеми понашања су учесталији код адолесцената који су млађи и на домском смештају. Виши ниво компетенције имају адолесценти на хранитељском смештају. Тиме је **прва хипотеза о разликама у трауматским догађајима, резилијентности, проблемима понашања и компетенцији у зависности од пола, узраста и типа смештаја потврђена.**

Значајни предиктори интернализованих проблема су женски пол и домски смештај. Значајни предиктори екстернализованих и комбинованих проблема су домски смештај и мање развијене унутрашње предности. Значајни предиктори компетенције су унутрашње и спољашње предности. Наведени резултати указују да је **друга хипотеза, која је гласила да постоје значајне разлике у предикторима интернализованих, екстернализованих, комбинованих проблема и компетенције, потврђена.**

Трауматски догађаји су значајно негативно повезани са унутрашњим, спољашњим предностима, као и укупним скором резилијентности. Трауматски догађаји су значајно негативно повезани са учешћем у активностима, социјалним односима и укупним скором компетенције, али не и са образовним постигнућем. Трауматски догађаји су значајно позитивно повезани са интернализованим, екстернализованим и укупним проблемима понашања. На основу тога може се закључити да је **трећа хипотеза којом је претпостављено да су трауматски догађаји негативно повезани са резилијентношћу и компетенцијом, а позитивно са проблемима понашања потврђена.**

Спољашње, унутрашње предности и укупан скор резилијентности су значајно позитивно повезане са укупном компетенцијом и сваком њеном подскалом. Спољашње предности су значајно негативно повезане са екстернализованим проблемима, али не и са интернализованим проблемима. Унутрашње предности и укупан скор резилијентности су значајно негативно повезане са свим проблемима понашања. Наведени резултати указују да је **четврта хипотеза која упућује да је резилијентност позитивно повезана са компетенцијом, а негативно са проблемима понашања, потврђена.**

Трауматски догађаји имају директан ефекат на проблеме, а индиректан ефекат остварују на проблеме преко резилијентности. Трауматски догађаји немају директан ефекат на компетенцију, а индиректан ефекат на компетенцију такође остварују преко резилијентности. На основу тога може се закључити да је **пета хипотеза, која је гласила да трауматски догађаји имају директан ефекат на проблеме понашања и компетенцију и индиректан ефекат преко резилијентности, потврђена.**

Свеукупно, истраживање пружа драгоцене увиде у улогу резилијентности у животима адолесцената на алтернативном старању. Резултати указују на то да, иако трауматски догађаји имају значајан негативан утицај на проблеме понашања, резилијентност има кључну улогу у очувању и унапређењу компетенције, као и у ублажавању негативних ефеката ових искустава. Ови налази имају важне импликације за развој програма превенције који треба да буду фокусирани на јачање резилијентности код адолесцената, узимајући у обзир специфичне демографске карактеристике као што су пол, узраст и тип смештаја. Јачање резилијентности може значајно допринети бољој адаптацији и развоју адолесцената на

алтернативном старању, нарочито у оквиру домског смештаја где су изазови с којима се адолесценти сусрећу значајнији у односу на адолесцените на хранитељском смештају. На тај начин обезбеђују им се веће шансе за успешан и здрав развој, чак и у условима ризика и изазова какве носи алтернативно старање.

Импликације за праксу и будућа истраживања

Резултати указују на потребу за комплексним интервенцијама које комбинују јачање унутрашњих и спољашњих предности, са посебним акцентом на унапређење резилијентности кроз програме који подржавају развој социјалних вештина, самопоуздања и ефикасног управљања трауматским искуствима. Ови налази истичу важност мултидисциплинарног приступа у раду са адолесцентима на алтернативном старању, где комбинација личне подршке и јачања социјалних веза може значајно смањити ризик од развоја проблема понашања. Такође, значајно је превентивне програме са циљем унапређивања резилијентности усмерити ка млађим адолесцентима који су у већем ризику за развој проблема, као и адолесцентима на домском смештају.

Како би се превазишла ограничења овог истраживања, препоручује се неколико смерница за будућа истраживања. Пре свега, потребно је применити лонгитудинални дизајн који би омогућио праћење промена током времена и боље разумевање узрочно-последичних односа између трауматских догађаја, резилијентности и исхода. Такође, коришћење вишеструких извора података, као што су процене наставника, старатеља и самих адолесцената, може побољшати валидност добијених података и пружити комплетнију слику, што би допринело бољој интерпретацији налаза и смањењу пристрасности која се може јавити код самопроцена. Било би корисно испитати и друге трауматске догађаје који се нису десили у прошлости, већ у садашњем тренутку, те увидети да ли се тада улога резилијентности мења. Додатно, будућа истраживања требало би да се фокусирају на испитивање других могућих исхода као што су на пример зависничка понашања у случају негативних исхода или осећај задовољства животом као позитивни исход, како би се увидела улога резилијентности.

ЛИТЕРАТУРА

1. ACES Aware. (2020). *ACE screening clinical workflows, ACEs and toxic stress risk assessment algorithm, and ACE-associated health conditions: For pediatrics and adults*. <https://www.acesaware.org/wp-content/uploads/2019/12/ACE-Clinical-Workflows-Algorithms-and-ACE-Associated-Health-Conditions-ADA.pdf>
2. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
3. Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
4. Andreopoulou, O., Skiadopoulos, S., Drakou, Z., & Gourzis, P. (2020). Behavioural and emotional profile of children in residential care in Greece. *Psychiatriki*, 31(4), 321-331. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.314.321>
5. Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
6. Asif, N., Breen, C., & Wells, R. (2024). Influence of placement stability on developmental outcomes of children and young people in out-of-home care: Findings from the Pathways of Care Longitudinal Study. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106145>
7. Atak, N. T., & Bebiş, H. (2024). Risk factors affecting the psychological resilience of adolescents in institutional care: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(3), 252-264. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23782>
8. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2024). *Child protection Australia 2022–23*. Australian Government. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/04055637-d163-4c7e-8923-ab5107d6b0cf/child-protection-australia-2022-23.pdf?v=20240927003139&inline=true>
9. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2020). *Child protection Australia 2018–19*. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/3a25c195-e30a-4f10-a052-adbfd56d6d45/aihw-cws-74.pdf?v=20231128150437&inline=true>
10. Bakić, H. (2019). Resilience and disaster research: Definitions, measurement, and future directions. *Psihologijske teme*, 28(3), 529-547. <https://doi.org/10.31820/pt.28.3.4>
11. Barnsley, S. E. (2011). *An examination of factors contributing to resilience among children and youths in out of home care in Ontario*. [Doctoral dissertation, University of Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/265b041d-ce35-41e9-9c3e-81db970f6601/content>
12. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
13. Bartlett, J. D., & Sacks, V. (2019). Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it is critical to understand why. *Child Trends*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18206.89921>
14. Bebbington, A., & Miles, J. (1989). The background of children who enter local authority care. *The British Journal of Social Work*, 19(5), 349-368. <https://doi.org/10.1093/bjsw/19.5.349>
15. Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Far West Laboratory for Educational Research and Development & the Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities
16. Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd Regional Educational Laboratory.
17. Benard, B. (1995). *Turning it around for all youth: From risk to resilience*. Clearinghouse on Urban Education, Institute for Urban and Minority Education.

18. Berardi, A., & Morton, B. M. (2017). Maximizing academic success for foster care students: A trauma-informed approach. *Journal of At-Risk Issues*, 20(1), 10-16.
19. Berger, L. M. (2006). Children living out-of-home: Effects of family and environmental characteristics. *Children and Youth Services Review*, 28(2), 158-179. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.02.006>
20. Bernedo, I. M., Salas, M. D., Fuentes, M. J., & García-Martín, M. A. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.022>
21. Borgatti, S. P. (2005). Centrality and network flow. *Social Networks*, 27(1), 55-71. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2004.11.008>
22. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
23. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
24. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (pp. 37-43). Freeman.
25. Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 115-125. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>
26. Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Volume 1: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). John Wiley & Sons.
27. Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
28. Bucci, M., Gutiérrez Wang, L., Koita, K., Purewal, S., Silvério Marques, S., & Burke Harris, N. (2015). *Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire user guide*. Center for Youth Wellness.
29. Burgund Isakov, A., i Hrnčić, J. (2018). Preparedness for emancipation of youth leaving alternative care in Serbia. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 9(1), 83-107. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs91201818121>
30. Burgund Isakov, A., i Hrnčić, J. (2021). Resilience among youth in the process of preparation for leaving alternative care. *Journal of Social Service Research*, 47(1), 88-103. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1717716>
31. Burgund, A. (2016). *Uticaj ličnih i sredinskih faktora na mlade u procesu pripreme za napuštanje alternativnog staranja* [doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu]. NaRDus. <https://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/8476/Disertacija.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
32. Burgund, A., Jović, N., Krnjaić, Z., Pucarević, B., Rajić, M., Skrobić, L., Videnović, M., i Žegarac, N. (2019). Hraniteljstvo i dobrobit adolescenata: Istraživanje za unapređenje politika i praksi. Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka.
33. Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I., & Quinn, N. (2012). *Moving forward: Implementing the 'Guidelines for the alternative care of children'*. Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland.
34. Cashmore, J., & Taylor, A. (2017). *Children's family relationships in out-of-home care. Pathways of care longitudinal study: Outcomes of children and young people in out-of-home care. Research report number 9*. NSW Department of Family and Community Services.
35. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *About adverse childhood experiences*. https://www.cdc.gov/aces/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html

36. Chen, C.-C., Cheng, S.-L., Xu, Y., Rudasill, K., Senter, R., Zhang, F., Washington-Nortey, M., & Adams, N. (2022). Transactions between problem behaviors and academic performance in early childhood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9583. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159583>
37. Cheung, C., Goodman, D., Leckie, G., & Jenkins, J. (2011). Understanding contextual effects on externalizing behaviors in children in out-of-home care: Influence of workers and foster families. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 2050-2060. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.036>
38. Christiansen, Ø., Havik, T., & Anderssen, N. (2010). Arranging stability for children in long-term out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 913-921. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.03.002>
39. Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 797-815. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001442>
40. Cohen, J. R., & Thakur, H. (2021). Developmental consequences of emotional abuse and neglect in vulnerable adolescents: A multi-informant, multi-wave study. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104811. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104811>
41. Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
42. Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
43. Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510. <https://doi.org/10.1023/B:JCFS.0000044730.66750.57>
44. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
45. Costa, M., Mota, C. P., & Matos, P. M. (2022). Predictors of psychosocial adjustment in adolescents in residential care: A systematic review. *Child Care in Practice*, 28(1), 52-81. <https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1680533>
46. Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2014). A short form of the Portuguese version of the Youth Self-Report. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1114-1127. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9770-x>
47. Damnjanović, M. V. (2012). *Karakteristike kvaliteta života i mentalnog zdravlja dece i adolescenata koji su u sistemu socijalne zaštite* [doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu]. NaRDus. <https://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/2417/Disertacija.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
48. Daining, C., & DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29(9), 1158-1178. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.04.006>
49. Davidson-Arad, B., & Navaro-Bitton, I. (2015). Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 59, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.09.023>
50. De Terte, I., Becker, J., & Stephens, C. (2009). An integrated model for understanding and developing resilience in the face of adverse events. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 3(1), 20-26. <https://doi.org/10.1375/prp.3.1.20>

51. Delgado, P., Carvalho, J. M. S., Pinto, V. S., & Oliveira, J. (2017). Carers and professionals' perspectives on foster care outcomes: The role of contact. *Journal of Social Service Research*, 43(5), 533-546. <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1340392>
52. Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J., & Yang, S. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of Affective Disorders*, 211, 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.056>
53. Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shaffer, C. (2012). Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 6(1), 1-25. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2011.01033.x>
54. Drapeau, S., Saint-Jacques, M.-C., Lépine, R., Bégin, G., & Bernard, M. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence*, 30(6), 977-999. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.01.005>
55. Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
56. Dubois-Comtois, K., Bussières, E.-L., Cyr, C., St-Onge, J., Baudry, C., Milot, T., & Labbé, A.-P. (2021). Are children and adolescents in foster care at greater risk of mental health problems than their counterparts? A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 127, 106100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106100>
57. Dvalishvili, D., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2024). Childhood poverty and foster care placement: Implications for practice and policy. *Child Abuse & Neglect*, 154, 106926. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106926>
58. Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2011). The youth self report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 338-346. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546041>
59. Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A., Valiente, C., Losoya, S. H., Guthrie, I. K., & Thompson, M. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, 75(1), 25-46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00652.x>
60. Ejrnæs, M., Ejrnæs, M., & Frederiksen, S. (2011). Risk factors of entry in out-of-home care: An empirical study of Danish birth cohorts, 1981–2003. *Child Indicators Research*, 4(1), 21-44. <https://doi.org/10.1007/s12187-010-9066-2>
61. Elliott, M., Staples, E., & Scourfield, J. (2018). The characteristics of children and young people in residential care in Wales. *Child Care in Practice*, 24(3), 317-330. <https://doi.org/10.1080/13575279.2017.1319798>
62. Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 255-264. <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>
63. Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Collin-Vézina, D., Shlonsky, A., & Sinha, V. (2014). The stability of child protection placements in Québec, Canada. *Children and Youth Services Review*, 42, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.015>
64. Evans, G. W., Li, D., & Sepanski Whipple, S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
65. Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt, and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.020>
66. Faircloth, A. (2017). Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being. [Doctoral dissertation, Georgia Southern University].

- <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=2450&context=etd>
67. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
 68. Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
 69. FICE Youth. (2010). *Guidelines for the alternative care of children: A tool for reviewing the United Nations framework with children – Children's guide*. <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Guidelines%20for%20the%20Alternative%20Care%20of%20Children%20-%20A%20Tool%20for%20Reviewing.pdf>
 70. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
 71. Fisher, R. N., Sepehry, A. A., & Maglio, A.-S. T. (2023). Prevalence of resilience, risk, and protective factors in children and youth in foster care: A systematic and meta-analytic review. *The Journal of Individual Psychology*, 79(3), 240-274. <https://doi.org/10.1353/jip.2023.a909958>
 72. Fogarty, A., Wood, C. E., Giallo, R., Kaufman, J., & Hansen, M. (2019). Factors promoting emotional-behavioural resilience and adjustment in children exposed to intimate partner violence: A systematic review. *Australian Journal of Psychology*, 71(4), 375-389. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12242>
 73. Franzén, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1043-1059. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl380>
 74. Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
 75. Freeman, L. C. (1979). Centrality in social networks: Conceptual clarification. *Social Networks*, 1(3), 215-239. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(78\)90021-7](https://doi.org/10.1016/0378-8733(78)90021-7)
 76. Friedman, J., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics*, 9(3), 432-441. <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxm045>
 77. Fritz, J., De Graaff, A. M., & Caisley, H. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 19(9), 230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
 78. Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111. <https://doi.org/10.2307/1129837>
 79. Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-05>
 80. Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afifi, T. O., MacMillan, H., Herrman, H., Bulford, E., & Brown, S. J. (2019). What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ Open*, 9(4), e024870. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870>
 81. Goemans, A., van Geel, M., & Vedder, P. (2015). Over three decades of longitudinal research on the development of foster children: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 121-134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.003>

82. Goemans, A., van Geel, M., van Beem, M., & Vedder, P. (2016). Developmental outcomes of foster children: A meta-analytic comparison with children from the general population and children at risk who remained at home. *Child Maltreatment*, 21(3), 198-217. <https://doi.org/10.1177/1077559516657637>
83. Goldstein, A. L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.007>
84. Gottems, L. B. D., Carvalho, E. M. P. D., Guilhem, D., & Pires, M. R. G. M. (2018). Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3000. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000>
85. Gray, C. L., Pence, B. W., Ostermann, J., Whetten, R. A., O'Donnell, K., Thielman, N. M., & Whetten, K. (2015). Prevalence and incidence of traumatic experiences among orphans in institutional and family-based settings in 5 low-and middle-income countries: A longitudinal study. *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 395-404. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-15-00093>
86. Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Layne, C. M., Belcher, H. M. E., Ostrowski, S. A., Kim, S., Lee, R. C., Vivrette, R. L., Pynoos, R. S., & Fairbank, J. A. (2014). Traumatic childhood experiences in the 21st century. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(3), 536-556. <https://doi.org/10.1177/0886260513505217>
87. Groza, V. K., Bunkers, K. M., & Gamer, G. N. (2011). Ideal components and current characteristics of alternative care options for children outside of parental care in low-resource countries. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 163-189. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00632.x>
88. Grujić, D. (2017). *Teorija i praksa hraniteljstva u Srbiji: Stručnim radom do blagostanja deteta*. Centar za porodični smeštaj i usvojenje.
89. Gudbrandsson, B. (2004). *Children in institutions: Prevention and alternative care*. Council of Europe, Working Group on Children at Risk in Care. <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Children%20in%20Institutions%20-%20Prevention%20and%20Alternative%20Care.pdf>
90. Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 145-173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
91. Gutteriswijk, R. V., Kuiper, C. H. Z., Lautan, N., Kunst, E. G., van der Horst, F. C. P., Stams, G. J. J. M., & Prinzie, P. (2020). The outcome of non-residential youth care compared to residential youth care: A multilevel meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 113, 104950. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104950>
92. Gypen, L., Vanderfaellie, J., De Maeyer, S., Belenger, L., & Van Holen, F. (2017). Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Children and Youth Services Review*, 76, 74-83. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.035>
93. Haddow, S., Taylor, E. P., & Schwannauer, M. (2021). Positive peer relationships, coping and resilience in young people in alternative care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 122, 105861. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105861>
94. Hanson, T. L., & Kim, J. O. (2007). *Measuring resilience and youth development: the psychometric properties of the Healthy Kids Survey*. National Center for Education Evaluation and Regional Assistance.
95. Hass, M., & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among successful foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 457-463. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.001>
96. Haslam, Z., & Taylor, E. P. (2022). The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105510. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105510>
97. Hevey, D. (2018). Network analysis: A brief overview and tutorial. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 6(1), 301-328. <https://doi.org/10.1080/21642850.2018.1521283>

98. Hill, L., Baker, C., Kelly, B., & Dowling, S. (2017). Being counted? Examining the prevalence of looked-after disabled children and young people across the UK. *Child & Family Social Work*, 22(1), 287-295. <https://doi.org/10.1111/cfs.12239>
99. Hill, Y., Dolezal, M. L., Nordbeck, P. C., Den Hartigh, R. J., Pincus, D., Kiefer, A. W., & Ricca, B. P. (2024). Moving from traits to the dynamic process: The next steps in research on human resilience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2431733>
100. Hindman, E., Rowland, G., & Hassmén, P. (2024). Relationships between behavior symptoms and academic performance in out-of-home care children who are Aboriginal. *Children and Youth Services Review*, 163(1), 107764. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107764>
101. Hu, N., Gelaw, Y. A., Katz, I., Fernandez, E., Falster, K., Hanly, M., Newton, B. J., Stephensen, J., Hotton, P., & Lingam, R. (2024). Developmental trajectories of socio-emotional outcomes of children and young people in out-of-home care – Insights from data of Pathways of Care Longitudinal Study (POCLS). *Child Abuse & Neglect*, 149, 106196. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106196>
102. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
103. Hudek, N. (2018). *Risk and resilience in the internalizing outcomes of children in out-of-Home Care*. [Doctoral dissertation, University of Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/d91364f8-a6cc-4b40-b7aa-94a557151896/content>
104. Huefner, J. C., Pick, R. M., Smith, G. L., Stevens, A. L., & Mason, W. A. (2015). Parental involvement in residential care: Distance, frequency of contact, and youth outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1481-1489. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9953-0>
105. Hughes, K., Ford, K., Davies, A., Homolova, L., & Bellis, M. (2018). *Sources of resilience and their moderating relationships with harms from adverse childhood experiences.: Report 1: Mental illne*. Public Health Wales NHS Trust. https://common.bangor.ac.uk/system/files/uploaded_files/news/School%20of%20Healthcare%20Sciences/2018/01/ace_resilience_report_en_pdf_11162.pdf
106. Hughes, K., Ford, K., Davies, A., Homolova, L., & Bellis, M. (2018). *Sources of resilience and their moderating relationships with harms from adverse childhood experiences.: Report 1: Mental illne*. https://common.bangor.ac.uk/system/files/uploaded_files/news/School%20of%20Healthcare%20Sciences/2018/01/ace_resilience_report_en_pdf_11162.pdf
107. James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2012). Characteristics and behavioral outcomes for youth in group care and family-based care: A propensity score matching approach using national data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144-156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>
108. Jedwab, M., Xu, Y., Keyser, D., & Shaw, T. V. (2019). Children and youth in out-of-home care: What can predict an initial change in placement? *Child Abuse & Neglect*, 93, 55-65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.009>
109. Ji, L. (2024). Childhood emotional abuse and depression among Chinese adolescent sample: A mediating and moderating dual role model of rumination and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106607. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106607>
110. Jozefiak, T., Sønnichsen Kayed, N., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
111. Katz, C. C., Courtney, M. E., & Novotny, E. (2017). Pre-foster care maltreatment class as a predictor of maltreatment in foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(1), 35-49. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0476-y>

112. Khoo, E., Skoog, V., & Dalin, R. (2012). In and out of care: A profile and analysis of children in the out-of-home care system in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 900–907. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.019>
113. Kids Count Data Center. (2023b). *Children in foster care by age group in the United States*. The Annie E. Casey Foundation. <https://datacenter.aecf.org/data/tables/6244-children-in-foster-care-by-age-group#detailed/1/any/false/2048,574,1729,37,871,870,573,869,36,868/1889,2616,2617,2618,2619,122/12988,12989>
114. Kids Count Data Center. (2023a). *Children in foster care by gender in the United States*. The Annie E. Casey Foundation. <https://datacenter.aecf.org/data/tables/6245-children-in-foster-care-by-gender#detailed/1/any/false/2048,574,1729,37,871,870,573,869,36,868/14,15,112/12990,12991>
115. Kisiel, C., Summersett-Ringgold, F., Weil, L. E. G., & McClelland, G. (2017). Understanding strengths in relation to complex trauma and mental health symptoms within child welfare. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 437–451. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0569-4>
116. Kneavel, M. (2021). Relationship between gender, stress, and quality of social support. *Psychological Reports*, 124(4), 1481–1501. <https://doi.org/10.1177/0033294120939844>
117. Koenderink, F. (2019). *Alternative care for children around the globe: A desk review of the child welfare situation in all countries in the world*. Why family-based solutions.
118. Kothari, B. H., Blakeslee, J., & Miller, R. (2020). Individual and interpersonal factors associated with psychosocial functioning among adolescents in foster care: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 118, 105454. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105454>
119. Lanais, K., Gnanamanickam, E., Maclean, M., & Segal, L. (2024). Investigating the impact of Out-of-Home Care on early childhood development. *Child Abuse & Neglect*, 154, 106856. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106856>
120. Latham, R. M., Newbury, J. B., & Fisher, H. L. (2023). A systematic review of resilience factors for psychosocial outcomes during the transition to adulthood following childhood victimisation. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 946–965. <https://doi.org/10.1177/15248380211048452>
121. Le, L. (2020). *Vietnamese Resilience Assessment: Exploratory and Confirmatory Factor Analysis for Scale Validation* [Doctoral dissertation, Chapman University]. <https://doi.org/10.36837/chapman.000113>
122. Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review*, 30(7), 746–757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.002>
123. Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C. H., Swaab, H., & Scholte, E. M. (2016). Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2357–2371. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0418-5>
124. Lewis, C. G., & Bullock, L. M. (2016). Youth residing in out-of-home placements: Examination of behavior and academic achievement. *The Journal of Special Education Apprenticeship*, 5(1). <https://doi.org/10.58729/2167-3454.1050>
125. Li, D., Chng, G. S., & Chu, C. M. (2019). Comparing long-term placement outcomes of residential and family foster care: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(5), 653–664. <https://doi.org/10.1177/1524838017726427>
126. Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93–103. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
127. Liu, J. J. W., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>
128. Lou, Y., Taylor, E. P., & Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 89, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.010>

129. Luke, N., & O'Higgins, A. (2018). Is the care system to blame for the poor educational outcomes of children looked after? Evidence from a systematic review and national database analysis. *Children Australia*, 43(2), 135-151. <https://doi.org/10.1017/cha.2018.22>
130. Lukić-Havelka, D., i Seratlić, D. (2002). Razvoj zaštite dece bez roditeljskog staranja u domovima za decu i u drugoj porodici. U B. Kuzmanović (Ur.), *Deca bez roditeljskog staranja* (str. 7-56). Univerzitet u Beogradu, Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta.
131. Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x>
132. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). John Wiley & Sons.
133. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
134. Magalhães, E., & Camilo, C. (2023). Maltreatment history and internalizing and externalizing symptoms in out-of-home care: A three-level meta-analysis. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(2), 89-103. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a10>
135. Marinkovic, J. A., i Backovic, D. (2007). Relationship between type of placement and competencies and problem behavior of adolescents in long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 216-225. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.08.004>
136. Marquis, R. A., Leschied, A. W., Chiodo, D., & O'Neill, A. (2008). The relationship of child neglect and physical maltreatment to placement outcomes and behavioral adjustment in children in foster care. *Child Welfare*, 87(5), 5-25.
137. Maschi, T., Morgen, K., Bradley, C., & Hatcher, S. S. (2008). Exploring gender differences on internalizing and externalizing behavior among maltreated youth: Implications for social work action. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(6), 531-547. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0139-8>
138. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.227>
139. Masten, A. S. (2014a). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
140. Masten, A. S. (2014b). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
141. Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
142. Masten, A. S. (2021). Resilience in developmental systems: Principles, pathways, and protective processes in research and practice. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (pp. 113-134). Oxford Academic.
143. Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
144. Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
145. Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
146. Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143-169. <https://doi.org/10.1017/s0954579499001996>

147. Masten, A., & Coatsworth, D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
148. Masten, A., & Reed, M. G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 117-131). Oxford University Press.
149. Maurović, I. (2015). *Otpornost adolescenata u dječjim domovima* [doktorska disertacija, Univerzitet u Zagrebu]. <https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/ocjenski-rad/395409>
150. McCrae, J. S., Bender, K., Brown, S. M., Phillips, J. D., & Rienks, S. (2019). Adverse childhood experiences and complex health concerns among child welfare-involved children. *Children's Health Care*, 48(1), 38-58. <https://awspntest.apa.org/doi/10.1080/02739615.2018.1446140>
151. McGuigan, W. M., Luchette, J. A., & Atterholt, R. (2018). Physical neglect in childhood as a predictor of violent behavior in adolescent males. *Child Abuse & Neglect*, 79, 395-400. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.008>
152. McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
153. Meinhofer, A., & Angleró-Díaz, Y. (2019). Trends in foster care entry among children removed from their homes because of parental drug use, 2000 to 2017. *JAMA Pediatrics*, 173(9), 881-883. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1738>
154. Mennen, F. E., Brensilver, M., & Trickett, P. K. (2010). Do maltreated children who remain at home function better than those who are placed? *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1675-1682. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.07.010>
155. Merriam-Webster. (n.d.). Resilient. In *Merriam-Webster.com dictionary*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilient>
156. Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0452-8>
157. Montserrat, C., Llosada-Gistau, J., García-Molsosa, M., & Casas, F. (2022). The subjective well-being of children in residential care: Has it changed in recent years? *Social Sciences*, 11(1), 25. <https://doi.org/10.3390/socsci11010025>
158. Morgan, C. A., Chang, Y. H., Choy, O., Tsai, M. C., & Hsieh, S. (2022). Adverse childhood experiences are associated with reduced psychological resilience in youth: A systematic review and meta-analysis. *Children*, 9(1), 27. <https://doi.org/10.3390/children9010027>
159. Moreno Manso, J. M., García-Baamonde Sánchez, M. E., Guerrero Barona, E., Guerrero Molina, M., García-Baamonde Sánchez, M. E., Guerrero Barona, E., & Guerrero Molina, M. (2020). Emotional, behavioural and executive functioning problems in children in residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3596. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103596>
160. Moretti, M. P., Ibarra Ureta, N. L. E., & Torrecilla, N. M. (2024). Social skills and behavioral problems in children with a history of institutionalization and foster care. *Acta Colombiana de Psicología*, 27(2), 1-17. <https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.2.1>
161. Nasvytienė, D., Lazdauskas, T., & Leonavičienė, T. (2012). Child's resilience in face of maltreatment: A meta-analysis of empirical studies. *Psichologija*, 46, 7-26. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2012.46.809>
162. National Child Traumatic Stress Network. (2019). *What is a traumatic event? National Child Traumatic Stress Network*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
163. Nilsen, S. A., Askeland, K. G., Joseph Loro, D. P., Iversen, A. C., Havnen, K. J. S., Bøe, T., & Heradstveit, O. (2021). Mental health, adverse life events and health service use among Norwegian youth in the child welfare system: Results from a population-based study. *Child & Family Social Work*, 26(4), 601-616. <https://doi.org/10.1111/cfs.12842>

164. Nešić, M. (2020). Ključne odrednice konstrukta rezilijentnosti. *Socijalna misao*, (98), 59-73.
165. Nešić, M. (2022). Pretpostavke efektivnosti programa izgradnje rezilijentnosti sistema. *Temida*, 25(2), 199-218. <https://doi.org/10.2298/TEM2202199N>
166. Nešić, M., i Žunić-Pavlović, V. (2023). Kontakti dece i mladih na hraniteljskom smeštaju sa porodicom porekla. *Research in Pedagogy*, 13(2), 267-277. <https://doi.org/10.5937/IstrPed2302267N>
167. Nevriana, A., Kosidou, K., Hope, H., Wicks, S., Dalman, C., Pierce, M., & Abel, K. M. (2024). Parental mental illness and the likelihood of child out-of-home care: A Cohort study. *Pediatrics*, 153(3), e2023061531. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061531>
168. NGO Working Group on Children without Parental Care in Geneva. (2013). *Identifying basic characteristics of formal alternative care settings for children: A discussion paper – March*. Better Care Network, Family for Every Child, International Social Service, Save the Children, & SOS Children's Villages International.
169. Novotný, J. S., & Křeménková, L. (2016). The relationship between resilience and academic performance at youth placed at risk. *Vztah Mezi Resiliencí a Školním Výkonem U Dospívajících, Vyrůstajících v Rizikovém Prostředí*, 60(6), 553-566.
170. Nsabimana, E. (2016). *The process of institutionalization-deinstitutionalization and children's psychological adjustment in Rwanda: Parents matter*. [Doctoral dissertation, the University of Fribourg]. <https://folia.unifr.ch/unifr/documents/305333>
171. NSW Department of Communities and Justice, Insights, Analysis and Research. (2020). *Placement stability: Children and young people in OOHC. Evidence to action note number 7*. NSW Department of Communities and Justice.
172. Nuñez, M., Beal, S. J., & Jacquez, F. (2022). Resilience factors in youth transitioning out of foster care: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S72-S81. <https://doi.org/10.1037/tra0001096>
173. Oberle, E., Ji, X. R., Guhn, M., Schonert-Reichl, K. A., & Gadermann, A. M. (2019). Benefits of extracurricular participation in early adolescence: Associations with peer belonging and mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(11), 2255-2270. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01110-2>
174. O'Donnell, M., Maclean, M., Sims, S., Brownell, M., Ekuma, O., & Gilbert, R. (2016). Entering out-of-home care during childhood: Cumulative incidence study in Canada and Australia. *Child Abuse & Neglect*, 59, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.011>
175. Oláh, B., Fekete, Z., Kuritárné Szabó, I., & Kovács-Tóth, B. (2023). Validity and reliability of the 10-item Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-10) among adolescents in the child welfare system. *Frontiers in Public Health*, 11, 1258798. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258798>
176. Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
177. Olsson, M., Egelund, T., & Høst, A. (2012). Breakdown of teenage placements in Danish out-of-home care. *Child & Family Social Work*, 17(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00768.x>
178. Oyserman, D., Benbenishty, R., & Ben-Rabi, D. (1992). Characteristics of children and their families at entry into foster care. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 199-211. <https://doi.org/10.1007/BF00705892>
179. Parry, S., Cox, N., Andriopoulou, P., Oldfield, J., Roscoe, S., Palumbo-Haswell, J., & Collins, S. (2023). Mechanisms to enhance resilience and post-traumatic growth in residential care: A narrative review. *Adversity and Resilience Science*, 4(1), 1-21. <https://doi.org/10.1007/s42844-022-00074-w>
180. Pavlović, M., i Žunić-Pavlović, V. (2012). Koncept rezilijentnosti u savremenoj literaturi. *Nastava i vaspitanje*, 2, 232-246.

181. Pejaković, L., Zajić, G., Dakić, B., Lončar, D., Milošević, S., i Spasenić, Ž. (2016). *Deinstitucionalizacija u Srbiji - ostvareni rezultati i preporuke za dalje unapređenje procesa*. Republički zavod za socijalnu zaštitu.
182. Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The Neurosequential Model of Therapeutics. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). The Guilford Press.
183. Petrowski, N., Cappa, C., & Gross, P. (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results. *Child Abuse & Neglect*, 70, 388-398. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.026>
184. Pinheiro, M., Magalhães, E., & Baptista, J. (2022). Adolescents' resilience in residential care: A systematic review of factors related to healthy adaptation. *Child Indicators Research*, 15(3), 819-837. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09883-4>
185. Pinheiro, M., Magalhães, E., & Baptista, J. (2024). Resilience in residential care: A qualitative study based on the voices of adolescents. *Children and Youth Services Review*, 162, 107694. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107694>
186. Porodični zakon Republike Srbije, Službeni glasnik Republike Srbije br. 6/15. (2005).
187. Pravilnik o hraniteljstvu, Službeni glasnik Republike Srbije br. 66/22. (2008).
188. Prince-Embury, S. (2013). Translating resilience theory for assessment and application with children, adolescents, and adults: Conceptual issues. In S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 9-16). Springer.
189. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Liang, L.-J., Vivrette, R. L., Briggs, E. C., Kisiel, C., Habib, M., Belin, T. R., & Fairbank, J. A. (2014). Modeling constellations of trauma exposure in the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S9-S17. <https://doi.org/10.1037/a0037767>
190. Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2017). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2016. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/1155/%D0%B8%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D1%98-%D0%BE-%D1%80%D0%B0%D0%B4%D1%83-%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0-%D0%B7%D0%B0-%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D1%98-%D0%B4%D0%B5%D1%86%D0%B5-%D0%B8-%D0%BC%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%85-%D0%B7%D0%B0-2016-%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D1%83.pdf>
191. Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2022). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2021. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/2351/izvestaj-o-radu-ustanova-za-decu-i-mlade-2021.pdf>
192. Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2021). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2020. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/2161/izvestaj-o-radu-ustanova-za-smestaj-dece-i-mladih-za-2020.pdf>
193. Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ). (2019a). *Sintetizovani izveštaj o radu centara za porodični smeštaj i usvojenje za 2018. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/1875/izvestaj-o-radu-centara-za-porodicni-smestaj-i-usvojenje-za-2018.pdf>
194. Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ). (2019b). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2018. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/1876/izvestaj-o-radu-ustanova-za-decu-i-mlade-u-2018.pdf>
195. Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ). (2023a). *Deca u sistemu socijalne zaštite 2022*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/2587/deca-u-ssz-2022-final-2672023.pdf>

196. Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ). (2023b). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2022. godinu*. <https://www.zavodsz.gov.rs/media/2573/izvestaj-o-radu-ustanova-za-decu-i-mlade-2022.pdf>
197. Robinaugh, D. J., Millner, A. J., & McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 747–757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>
198. Ruiz-Romero, K. J., Salas, M. D., Fernández-Baena, F. J., & González-Pasarín, L. (2022). Is contact with birth parents beneficial to children in non-kinship foster care? A scoping review of the evidence. *Children and Youth Services Review*, 143, 106658. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106658>
199. Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 465-476. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00343>
200. Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1–12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
201. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
202. Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience – clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
203. Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press.
204. Scherr, T. G. (2007). Educational experiences of children in foster care: Meta-analyses of special education, retention, and discipline rates. *School Psychology International*, 28(4), 419-436. <https://doi.org/10.1177/0143034307084133>
205. Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
206. Shean, M. (2015). *Current theories relating to resilience and young people. A literature review*. Victorian Health Promotion Foundation. <https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/Current-theories-relating-to-resilience-and-young-people.pdf>
207. Šilić, V. (2018). *Mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu: Uloga kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja* [doktorska disertacija, Univerzitet u Novom Sadu]. NaRDus. <https://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/id/44834/Disertacija.pdf>
208. Schäfer, S. K., Supke, M., Kausmann, C., Schaubruch, L. M., Lieb, K., & Cohrdes, C. (2024). A systematic review of individual, social, and societal resilience factors in response to societal challenges and crises. *Communications Psychology*, 2(1), 92. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00138-w>
209. Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
210. Shannon, J., Wilson, N. J., & Blythe, S. (2023). Children with intellectual and developmental disabilities in out-of-home care: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), 1-20. <https://doi.org/10.1155/2023/2422367>
211. Simkiss, D. E., Stallard, N., & Thorogood, M. (2013). A systematic literature review of the risk factors associated with children entering public care. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 628-642. <https://doi.org/10.1111/cch.12010>
212. Skoglund, J., Mabile, G., & Thörnblad, R. (2024). Contact with parents from childhood to adulthood – longitudinal study of children in kinship care and non-kinship care. *European Journal of Social Work*, 27(3), 464-477. <https://doi.org/10.1080/13691457.2023.2208768>

213. Slayter, E. (2016). Youth with disabilities in the United States child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 64, 155-165. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.03.012>
214. Smyntyna, O. (2016). Cultural resilience theory as an instrument of modeling human response to global climate change. *RIPARIA*, 2, 1-20. <https://doi.org/10.25267/RIPARIA.2016.v2.01>
215. Sölva, K., Haselgruber, A., & Lueger-Schuster, B. (2023). Resilience in the face of adversity: classes of positive adaptation in trauma-exposed children and adolescents in residential care. *BMC Psychology*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01049-x>
216. Somers, C. L., Goutman, R. L., Day, A., Enright, O., Crosby, S., & Taussig, H. (2020). Academic achievement among a sample of youth in foster care: The role of school connectedness. *Psychology in the Schools*, 57(12), 1845-1863. <https://doi.org/10.1002/pits.22433>
217. Stein, M. (2006). Research review: Young people leaving care. *Child and Family Social Work*, 11(3), 273-279. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00439.x>
218. Straatmann, V. S., Jackisch, J., Brännström, L., & Almquist, Y. B. (2022). Associations between out-of-home care and mental health disorders within and across generations in a Swedish birth cohort. *SSM - Population Health*, 18, 101115. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101115>
219. Strategija deinstitucionalizacije i razvoja usluga socijalne zaštite u zajednici za period 2022–2026. godine, Službeni glasnik Republike Srbije br. 12. (2022).
220. Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4), e20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
221. Tanasijević, J., Borisavljević, T., i Jakšić, I. (2020). Hraniteljstvo kao podrška razvoju rezilijentnosti kod dece na porodičnom smeštaju. *Socijalna politika*, 2, 33-53. <https://doi.org/10.22182/sp.22020.2>
222. Teixeira, A. R. I. (2019). *Validation of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire* [Master's thesis, Universidade Lusófona do Porto]. <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/790999ff-a302-4feb-a883-3e2166597e23/content>
223. Tittle, G., Harris, G., & Poertner, J. (2000). *Factors that predict the decision to place a child*. Children and Family Research Center, School of Social Work, University of Illinois, Urbana-Champaign.
224. Tordön, R., Svedin, C. G., Fredlund, C., Jonsson, L., Priebe, G., & Sydsjö, G. (2019). Background, experience of abuse, and mental health among adolescents in out-of-home care: a cross-sectional study of a Swedish high school national sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(1), 16-23. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1527397>
225. Trout, A. L., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R., & Epstein, M. H. (2008). The academic status of children and youth in out-of-home care: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 979-994. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.019>
226. Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*, 1(4), 198–210. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x>
227. Tumlin, K. I., Crowley, A., Turner, B., Riley, E., & Lyons, J. (2023). Detection of traumatic stress in the presence of traumatic experiences: The role of resilience factors in foster care children five years or younger. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00610-w>
228. Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
229. Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>

230. Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 255-266. <https://doi.org/10.1177/1524838013487805>
231. Ungar, M. (2019). Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104098>
232. Ungar, M. (2021). Modeling multisystemic resilience: Connecting biological, psychological, social and ecological adaptation in contexts of adversity. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (pp. 6-31). Oxford Academic.
233. Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W. M., Armstrong, M. I., & Gilgun, J. F. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 287-310.
234. Ungar, M., Ghazinour, M., & Richter, J. (2013). Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 348-366. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12025>
235. UNICEF. (2019). *Studija negativnih iskustava u detinjstvu (ACE Studija). Istraživanja o negativnim iskustvima u detinjstvu u Srbiji*. https://www.unicef.org/serbia/media/10711/file/Studija_negativnih_iskustava_u_detinjstvu_ACE.pdf
236. UNICEF & Eurochild. (2021). *Better data for better child protection systems in Europe: Mapping how data on children in alternative care are collected, analysed and published across 28 European countries: Technical report of the DATACARE project*. <https://eurochild.org/uploads/2022/02/UNICEF-DataCare-Technical-Report-Final.pdf>
237. UNICEF. (2016). *Konvencija o pravima deteta*. <https://www.unicef.org/serbia/media/3186/file/Konvencija%20o%20pravima%20deteta.pdf>
238. United Nations. (2010). *Guidelines for the alternative care of children*. <https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/4972cb2e-62e1-4ae8-a0bc-b0e27fe3ea97/101203-UN-Guidelines-en-WEB.pdf>
239. U.S. Department of Health and Human Services. (2023). *The AFCARS Report* (30). <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/afcars-report-30.pdf>
240. Van Breda, A. D. (2018). A critical review of resilience theory and its relevance for social work. *Social Work*, 54(1), 1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
241. Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 716-724. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.015>
242. Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, development, and mental health in abused and neglected preschool children in foster care: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443-458. <https://doi.org/10.1177/1524838016669503>
243. Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V., & van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
244. Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
245. Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
246. West, D., Luys, E., Gypen, L., Van Holen, F., & Vanderfaeillie, J. (2023). Behavior problems in foster care, systematic review of associated factors. *Children and Youth Services Review*, 155(1), 107240. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107240>

247. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
248. Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 411-414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>
249. Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). Springer.
250. Yampolskaya, S., Sharrock, P., Armstrong, M. I., Strozier, A., & Swanke, J. (2014). Profile of children placed in out-of-home care: Association with permanency outcomes. *Children and Youth Services Review*, 36(4), 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.11.018>
251. Yates, T. M., & Grey, I. K. (2012). Adapting to aging out: Profiles of risk and resilience among emancipated foster youth. *Development and Psychopathology*, 24(2), 475-492. <https://doi.org/10.1017/s0954579412000107>
252. Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 406-431. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1>
253. Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12(3), 443-466. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003102>
254. Zakon o socijalnoj zaštiti, Službeni glasnik Republike Srbije, br. 117/22 – odluka US. (2011).
255. Žegarac, N., Burgund, A., i Milanović, M. (2014). Uzorak dece na smeštaju – rezultati istraživanja. U N. Žegarac (Ur.), *U lavirintu socijalne zaštite: Pouke istraživanja o deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju* (str. 151-215). Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka i Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu.
256. Zheng, H., Larson, D., & Hanson, T. (2019). *Secondary CHKS scoring key, 2018-19*. WestEd.
257. Zorc, C. S., O'Reilly, A. L. R., Matone, M., Long, J., Watts, C. L., & Rubin, D. (2013). The relationship of placement experience to school absenteeism and changing schools in young, school-aged children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 35(5), 826-833. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.02.006>
258. Žunić-Pavlović, V., i Đurišić, M. (2024). Obrazovni status dece i mladih sa problemima ponašanja na domskom smeštaju. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 23(3), 233-250. <https://doi.org/10.5937/specedreh23-49298>
259. Žunić-Pavlović, V., i Nešić, M. (2023). Učestalost i prediktori promene smeštaja dece i mladih bez roditeljskog staranja. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 74(188), 555-569. <https://doi.org/10.2298/ZMSDN2388555Z>

ПРИЛОЗИ
ПРИЛОГ БРОЈ 1

УПИТНИК бр. 1 – Упитник општих података (за васпитаче)

ШИФРА ИСПИТАНИКА

Поштовани,

Пред Вама се налази упитник о социодемографским и карактеристикама смештаја адолесцената (узраста од 14 до 21 године) на алтернативном старању. Молим Вас да одговорите на свако питање.

Хвала.

У горњи десни угао уписати шифру за одређеног испитаника која се састоји од иницијала (почетно слово имена, почетно слово презимена) и године рођења испитаника (на пример. М. П. 1995).

Назив установе/радне јединице у оквиру установе: _____

Датум попуњавања:

1. Пол детета а) Мушки б) Женски
2. Старост детета _____ (број година)
3. Школа:
 - а) не иде у школу
 - б) специјална основна школа
 - с) редовна основна школа
 - д) специјална средња школа
 - е) редовна средња школа
 - ф) високо образовање
 - г) завршио школовање
4. Разред који тренутно похађа: _____ (уписати разред)
5. Школски успех претходне школске године:
 - а) недовољан
 - б) довољан
 - с) добар
 - д) врлодобар
 - е) одличан
6. Сметње у развоју:
 - а) не
 - б) да

ОКРЕНИТЕ ДРУГУ СТРАНУ

7. Присутне сметње у развоју су: (уколико нема сметњи прескочити питање и прећи на следеће питање)
- а) моторичке сметње и поремећаји
 - б) сензорне сметње и поремећаји
 - в) менталне тешкоће/психијатријски поремећаји
 - г) интелектуалне тешкоће
 - д) вишеструке сметње
 - е) друго _____ (уписати сметњу)
8. Степен подршке који је процењен за дете:
- а) први
 - б) други
 - в) трећи
 - г) четврти
9. Са колико година је дете дошло у дом? _____ (уписати број година)
10. Где је дете боравило пре доласка у дом:
- а) биолошка породица
 - б) хранитељска породица
 - в) сродничка породица
 - г) други дом
 - д) прихватилиште
 - е) нешто друго _____
11. Колико пута је дете мењало смештај пре доласка у дом: _____ (уписати број пута)
12. Колико дуго је дете у дому: _____ (уписати број година)
13. Родитељи детета:
- а) има оба родитеља
 - б) има само једног родитеља _____ (уписати мајка или отац)
 - в) оба родитеља су умрла
14. Да ли дете има сиблинге (брата или сестру):
- а) нема
 - б) има _____ (упишите број ако има више)
15. Одржавање контаката са родитељима и члановима породице:
- | Контакт уживо | Контакт телефоном |
|---------------|-------------------|
| а) никада | а) никада |
| б) ретко | б) ретко |
| в) повремено | в) повремено |
| г) редовно | г) редовно |
16. Да ли се брат или сестра (ако их има) налазе на смештају у истом дому:
- а) не
 - б) да

УПИТНИК бр. 2 – Листа трауматских догађаја (за васпитаче)

У горњи десни угао уписати шифру за одређеног испитаника која се састоји од иницијала (почетно слово имена, почетно слово презимена) и године рођења испитаника (на пример. М. П. 1995).

Поштовани,

Пред Вама се налази листа трауматских догађаја које су испитаници можда доживели током живота од својих родитеља или других одраслих особа са којима су живели. Потребно је да за сваки трауматски догађај одговорите са ДА или НЕ (обележавањем знака + или √ у понуђеном пољу) зависно од тога да ли је испитаник искусио такав догађај. Хвала!

	ДА	НЕ
1. Вербално злостављање (вређање, претње и понижавање детета)		
2. Физичко злостављање (гурање, шамарање, шутирање, гађање детета)		
3. Сексуално злостављање (додиривање детета или сексуални однос са дететом)		
4. Емоционално занемаривање (недостатак у пружању љубави, подршке и заштите)		
5. Физичко занемаривање (запостављање здравља детета – храна, одећа, здравствена заштита)		
6. Раздвојени или разведени родитељи		
7. Насиље у породици		
8. Претерано коришћење алкохола или дрога од стране родитеља или члана породице		
9. Родитељи или чланови породице са историјом психопатологије (менталне болести, депресија или покушај самоубиства)		
10. Родитељи или чланови породице у затвору		

УПИТНИК бр. 3 – Модул резилијентности и развоја младих

Здраво,

Попуњавање овог упитника је добровољно и анонимно. То значи да не мораш да га попуниш ако не желиш. Уколико одлучиш да га попуниш у горњи десни угао напиши своје иницијале (почетно слово свог имена и почетно слово презимена) и годину рођења (нпр. М.П. 1995). То ће бити твоја шифра како би остао анониман. На основу твојих одговора сазнаћемо више о твојим искуствима у школи, дому, породици, суседству и са пријатељима. Сви твоји одговори биће строго поверљиви и нико неће моћи да их види.

Прочитај пажљиво **упутство** за попуњавање упитника.

1. Ово није тест. Нема тачних и погрешних одговора.
2. На сва питања треба да одговориш заокруживањем броја који показује колико се слажеш/не слажеш са датим тврдњама односно колико се оне односе на тебе (колико су тачне/нетачне). Погледај у табели шта који број означава.
3. Важно је да покушаш да одговориш на сва питања најискреније што можеш.
4. Немој да уписујеш своје име на упитнику.

Означи колико су тачне следеће тврдње за твоју ШКОЛУ и ствари које радиш у њој.

У мојој школи, постоји наставник или друга одрасла особа...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
1. којој је заиста стало до мене.	1	2	3	4
2. која ме похвали када нешто добро урадим.	1	2	3	4
3. која примети када ме нема у школи.	1	2	3	4
4. која увек жели да дам све од себе.	1	2	3	4
5. која ме слуша када имам нешто да кажем.	1	2	3	4
6. која верује да ћу успети.	1	2	3	4
У школи...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
7. Радим занимљиве активности.	1	2	3	4
8. Помажем у одлучивању о активностима или правилима у одељењу.	1	2	3	4
9. Радим ствари које су важне.	1	2	3	4
10. Имам право да кажем како ствари функционишу.	1	2	3	4
11. Помажем у одлучивању о активностима или правилима у школи.	1	2	3	4

Колико су тачне следеће тврдње О ТЕБИ?

	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
12. Имам високе циљеве и очекивања за себе.	1	2	3	4
13. Планирам да завршим средњу школу.	1	2	3	4
14. Планирам да упишем факултет или вишу школу након средње школе.	1	2	3	4
15. Радујем се успешној каријери.	1	2	3	4
16. Знам где могу да се обратим за помоћ ако имам проблем.	1	2	3	4
17. Покушавам да решим проблеме тако што причам о њима или их запишем.	1	2	3	4
18. Могу да решим своје проблеме.	1	2	3	4
19. Не очекујем много од себе у будућности.	1	2	3	4
20. Могу да урадим већину ствари ако се потрудим.	1	2	3	4
21. Могу да радим са неким ко има другачије мишљење од мог.	1	2	3	4
22. Постоји много ствари које добро радим.	1	2	3	4
23. Уважавам идеје других ученика.	1	2	3	4
24. Осећам се лоше када је неко повређен.	1	2	3	4
25. Покушавам да разумем кроз шта пролазе други људи.	1	2	3	4
26. Када ми треба помоћ, нађем некога са ким могу да разговарам.	1	2	3	4
27. Уживам да радим заједно са својим вршњацима током часа.	1	2	3	4
28. Када у школи радим у групи, учествујем подједнако као и остали.	1	2	3	4
29. Залажем се за себе не угрожавајући друге.	1	2	3	4
30. Покушавам да разумем како се други људи осећају и како размишљају.	1	2	3	4
31. Верујем у своју способност да решим озбиљне проблеме.	1	2	3	4
32. Мој живот има смисао.	1	2	3	4
33. Разумем своја расположења и осећања.	1	2	3	4
34. Када нешто урадим – знам зашто сам то урадио.	1	2	3	4

Колико су тачне следеће тврдње о твојим ПРИЈАТЕЉИМА?

Имам пријатеља мојих година ...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
35. коме је заиста стало до мене.	1	2	3	4
36. који разговара са мном о мојим проблемима.	1	2	3	4
37. који ми помаже када ми је тешко.	1	2	3	4

Моји пријатељи...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
38. често упадају у невоље.	1	2	3	4
39. покушавају да поступају исправно.	1	2	3	4
40. су добри у школи.	1	2	3	4

Колико су тачне следеће тврдње о ДОМУ у ком си тренутно смештен или васпитачима и одраслима који су задужени за тебе?

У дому, постоји васпитач или друга одрасла особа...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
41. која очекује да поштујем правила.	1	2	3	4
42. која је заинтересована за моје школске обавезе.	1	2	3	4
43. која верује да ћу успети.	1	2	3	4
44. која разговара са мном о мојим проблемима.	1	2	3	4
45. која увек жели да дам све од себе.	1	2	3	4
46. која ме слуша када имам нешто да кажем.	1	2	3	4

У дому...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
47. Радим забавне ствари и идем на забавна места са васпитачима и другим одраслим особама.	1	2	3	4
48. Радим ствари које су важне.	1	2	3	4
49. Помажем у доношењу одлука.	1	2	3	4

Колико су тачне следеће тврдње о члановима твоје ПОРОДИЦЕ?

У мојој породици, постоји особа...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
50. која очекује да поштујем правила.	1	2	3	4
51. која је заинтересована за моје школске обавезе.	1	2	3	4
52. која верује да ћу успети.	1	2	3	4
53. која разговара са мном о мојим проблемима.	1	2	3	4

54. која увек жели да дам све од себе.	1	2	3	4
55. која ме слуша када имам нешто да кажем.	1	2	3	4

Кад сам код куће...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
56. Радим забавне ствари и идем на забавна места са неким чланом моје породице.	1	2	3	4
57. Радим ствари које су важне.	1	2	3	4
58. Помажем у доношењу одлука.	1	2	3	4

Следеће тврдње односе се на особе из твог СУСЕДСТВА или ЗАЈЕДНИЦЕ односно одрасле особе које нису твоји родитељи, старатељи или васпитачи...

Изван дома и школе, постоји одрасла особа...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
59. којој је заиста стало до мене.	1	2	3	4
60. која ме похвали када нешто добро урадим.	1	2	3	4
61. која примети када сам узнемирен због нечега.	1	2	3	4
62. која верује да ћу успети.	1	2	3	4
63. која увек жели да дам све од себе.	1	2	3	4
64. којој верујем.	1	2	3	4

Изван дома и школе...	нимало тачно	мало тачно	прилично тачно	много тачно
65. Члан сам клубова, спортских тимова, црквених или других организација и групних активности.	1	2	3	4
66. Бавим се музиком, уметношћу, књижевношћу, спортом или другим хобијем.	1	2	3	4
67. Помажем другим људима.	1	2	3	4

Хвала ти на труду и помоћи!

УПИТНИК бр. 4 – Упитник за младе

У горњи десни угао напиши своје иницијале (почетно слово свог имена и почетно слово презимена) и годину рођења (нпр. М.П. 1995). То ће бити твоја шифра како би остао анониман. Пред тобом се налазе питања која се односе на ствари које волиш, активности у којима учествујеш и школски успех. Слободно напиши одговоре на предвиђеним местима означеним цртицама. Молимо да одговориш на сва питања.

1. Наведи спортове у којима највише волиш да учествујеш (нпр. пливање, фудбал, вожња бициклом, клизање, пецање и сл.):

а. Ниједан спорт

б. _____

в. _____

г. _____

У поређењу са другима твојих година, колико времена проводиш бавећи се сваком од тих спортова?

Мање од
просека

Просечно

Више од
просека

0

1

2

0

1

2

0

1

2

У поређењу са другима твојих година, колико си успешан/на у свакоме од тих спортова?

Мање од
просека

Просечно

Више од
просека

0

1

2

0

1

2

0

1

2

2. Наведи своје омиљене хобије, активности и игре, осим спортова (нпр. карте, књиге, музика, аутомобили, рачунари и сл.):

а. Ниједан

б. _____

в. _____

г. _____

У поређењу са другима твојих година, колико времена проводиш бавећи се сваком од тих активности?

Мање од
просека

Просечно

Више од
просека

0

1

2

0

1

2

0

1

2

У поређењу са другима твојих година, колико си успешан/на у свакој од тих активности?

Мање од
просека

Просечно

Више од
просека

0

1

2

0

1

2

0

1

2

3. Наведи све организације, клубове, тимове или групе којима припадаш:

а. Ниједан

б. _____

в. _____

г. _____

У поређењу са другима твојих година, колико си активан/на у сваком од њих?

Мање
активан/на

Просечно
активан/на

Више
активан/на

0

1

2

0

1

2

0

1

2

4. Наведи све послове или задатке које имаш - укључујући плаћене и неплаћене задатке (нпр. чување деце, спремање кревета, раду у продавници, итд):

У поређењу са другима твојих година, колико их добро извршаваш?

	Лошије од просека	Просечно	Боље од просека
а. Ниједан			
б. _____	0	1	2
в. _____	0	1	2
г. _____	0	1	2

5. Колико имаш блиских пријатеља (неукључујући браћу и сестре)

- а) ниједног
- б) једног
- с) двоје или троје
- д) четворо или више

6. Колико пута недељно се виђаш са пријатељима ван редовне школске наставе? (неукључујући браћу и сестре)

- а) мање од једном
- б) једном или два пута
- с) три пута или више

7. У поређењу са другима твојих година, колико добро се:

- а. Слажеш са својом браћом и/или сестрама
- б. Слажеш са другим вршњацима
- в. Слажеш са родитељима
- г. Радиш нешто самостално

Лошије	Просечно	Боље
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

8. Успех у школским предметима

- а. Не идем у школу јер _____

Означи успех за сваки предмет који учиш:

	Неуспех	Испод просека	Просечно	Изнад просека
б. Српски језик	0	1	2	3
в. Историја и друштвене науке	0	1	2	3
г. Математика	0	1	2	3
д. Биологија, хемија, физика	0	1	2	3
_____	0	1	2	3
_____	0	1	2	3
_____	0	1	2	3
_____	0	1	2	3

(Други предмети нпр. информатика, страни језици и слични предмети, не наводити овде физичко васпитање, ликовно и сл.)

9. Имаш ли неку болест, физичку неспособност или хендикеп?

- а) не
- б) да

Опиши:

10. Опиши све бриге и проблеме које имаш везано за школу:

11. Опиши све друго што те брине:

12. Опиши најбоље ствари о себи:

У следећем делу се налази списак тврдњи које описују одређена мишљења, понашања и осећања младих. Молимо те да сваку реченицу пажљиво прочиташ и размислиш у којој мери су оне тачне за тебе **сада или у последњих 6 месеци**.

		Нетачно	Делимично тачно	Врло тачно
1.	Понашам се превише детињасто за своје године.	0	1	2
2.	Конзумирам алкохол без знања одраслих.	0	1	2
3.	Пуно се препирем.	0	1	2
4.	Што започнем, не довршим.	0	1	2
5.	У мало чему уживам.	0	1	2
6.	Волим животиње.	0	1	2
7.	Волим да се хвалим.	0	1	2
8.	Не могу да се концентришем и усмерим пажњу на нешто.	0	1	2
9.	Не могу да се ослободим неких мисли (опсесија).	0	1	2
10.	Тешко мирно седим.	0	1	2
11.	Превише сам зависан/на од одраслих.	0	1	2
12.	Осећам се усамљено.	0	1	2
13.	Осећам се збуњено или сметено.	0	1	2
14.	Пуно плачем.	0	1	2
15.	Прилично сам искрен/а.	0	1	2
16.	Груб/а сам и понашам се злочесто према другима.	0	1	2
17.	Пуно сањарим.	0	1	2
18.	Намерно се покушавам повредити или убити.	0	1	2
19.	Тражим пуно пажње.	0	1	2
20.	Уништавам своје ствари.	0	1	2
21.	Уништавам туђе ствари.	0	1	2
22.	Не слушам родитеље, старатеље и друге одрасле особе.	0	1	2
23.	Непослушан/на сам у школи.	0	1	2
24.	Не једем колико бих требао/ла.	0	1	2

25.	Не слажем се са другом децом.	0	1	2
26.	Не осећам се кривим/ом када урадим нешто што не бих требао/ла.	0	1	2
27.	Љубоморан/на сам.	0	1	2
28.	Кршим правила куће, у школи и на другим местима.	0	1	2
29.	Бојим се одређених животиња, ситуација или места, осим школе.	0	1	2
30.	Бојим се одласка у школу.	0	1	2
31.	Бојим се да бих могао/ла помислити или урадити нешто лоше.	0	1	2
32.	Осећам да морам бити савршен/а.	0	1	2
33.	Осећам да ме нико не воли.	0	1	2
34.	Осећам да ме други прогоне.	0	1	2
35.	Осећам се безвредно или мање вредно.	0	1	2
36.	Често се случајно повредим.	0	1	2
37.	Често се тучем.	0	1	2
38.	Често ме задиркују.	0	1	2
39.	Дружим се са децом која често упадају у невоље.	0	1	2
40.	Чујем звукове или гласове за које други мисле да не постоје.	0	1	2
41.	Реагујем без претходног размишљања.	0	1	2
42.	Радије бих био/била сам/сама него са другима.	0	1	2
43.	Лажем или варам друге.	0	1	2
44.	Грицкам нокте.	0	1	2
45.	Нервозан/на сам или напет/а.	0	1	2
46.	Имам нервозне покрете или трзаје.	0	1	2
47.	Имам ноћне море.	0	1	2
48.	Друга деца ме не воле.	0	1	2
49.	Имам потешкоћа са учењем.	0	1	2
50.	Превише сам плашљив/а или болешљив/а.	0	1	2
51.	Осећам вртоглавицу или ошамућеност.	0	1	2
52.	Имам претерани осећај кривице.	0	1	2
53.	Превише једем.	0	1	2
54.	Осећам се преморено без правог разлога.	0	1	2
55.	Имам превише килограма.	0	1	2
56.	Телесни проблеми без познатих медицин. узрока:	0	1	2
	а) Тегобе или болови (не главобоље или бол у стомаку)	0	1	2
	б) Главобоље	0	1	2
	с) Мучнина, осећај слабости	0	1	2
	д) Проблеми са очима (не они који се исправљају ношењем наочара)	0	1	2
	е) Осипи или други проблеми са кожом	0	1	2
	ф) Болови у стомаку	0	1	2
	г) Повраћање	0	1	2
	h) Друго (опиши):	0	1	2
57.	Физички нападам људе.	0	1	2
58.	Бодем кожу или друге делове тела.	0	1	2
59.	Могу се понашати прилично пријатељски.	0	1	2
60.	Волим пробати нове ствари.	0	1	2
61.	Лошег сам успеха у школи.	0	1	2
62.	Имам слабу координацију или сам неспретан/на.	0	1	2
63.	Радије сам у друштву старијих него са вршњацима.	0	1	2
64.	Радије сам у друштву млађих него са вршњацима.	0	1	2
65.	Одбијам да говорим.	0	1	2
66.	Непрестано понављам одређене радње.	0	1	2
67.	Бежим из дома.	0	1	2
68.	Често вриштим.	0	1	2
69.	Тајанствен/а сам, волим задржати ствари за себе.	0	1	2
70.	Видим ствари за које други мисле да не постоје.	0	1	2

71.	Сметен/а сам или се лако збуним.	0	1	2
72.	Волим палити ствари.	0	1	2
73.	Спретан/на сам са рукама.	0	1	2
74.	Правим се важан/на или се лудирам.	0	1	2
75.	Превише сам стидљив/а или плашљив/а.	0	1	2
76.	Спавам мање од већине младих.	0	1	2
77.	Спавам више од већине младих током дана и/или ноћу.	0	1	2
78.	Тешко се концентришем и лако ми је одвратити пажњу.	0	1	2
79.	Имам проблема са говором.	0	1	2
80.	Борим се за своја права.	0	1	2
81.	Крадем из дома.	0	1	2
82.	Крадем ван дома.	0	1	2
83.	Гомилам ствари које ми нису потребне.	0	1	2
84.	Радим ствари које други сматрају чудним.	0	1	2
85.	Моје би идеје други сматрали чуднима.	0	1	2
86.	Тврдоглав/а сам.	0	1	2
87.	Нагло мењам расположења или осећања.	0	1	2
88.	Уживам када сам са другим људима.	0	1	2
89.	Сумњичав/а сам.	0	1	2
90.	Псујем и користим просте речи.	0	1	2
91.	Размишљао о самоубиству.	0	1	2
92.	Волим да засмејавам друге.	0	1	2
93.	Превише причам.	0	1	2
94.	Често задиркујем друге.	0	1	2
95.	Лако планем, ражестим се.	0	1	2
96.	Превише размишљао о сексу.	0	1	2
97.	Претим другима да ћу их повредити.	0	1	2
98.	Волим да помажем другима.	0	1	2
99.	Пушим, жваћем или шмрчем дуван.	0	1	2
100.	Имам потешкоће са спавањем.	0	1	2
101.	Бежим из школе, имам неоправдане изостанке.	0	1	2
102.	Немам пуно енергије.	0	1	2
103.	Несрећан/на сам, тужан/на или депресиван/на.	0	1	2
104.	Гласнији/сам од већине других вршњака.	0	1	2
105.	Користим дроге у немедицинске сврхе (неукључујући дуван или алкохол).	0	1	2
106.	Волим бити праведан према другима.	0	1	2
107.	Уживам у доброј шали.	0	1	2
108.	Волим уживати у животу.	0	1	2
109.	Настојим да помажем другима када могу.	0	1	2
110.	Желео/ла бих да сам другог пола.	0	1	2
111.	Настојим да се не уплићем у везе са другима.	0	1	2
112.	Пуно се бринем.	0	1	2

Молимо да напишеш и све друго што описује твоја осећања, понашања и интересе:

Хвала ти на труду и помоћи!

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Марија Нешић (рођена Марковић) је рођена 23. октобра 1987. године у Београду где је завршила основну школу и Дванаесту гимназију са одличним успехом. Школске 2006/07. године уписала је, као редован буџетски студент, основне академске студије на Универзитету у Београду – Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, студијски програм Превенција и третман поремећаја понашања. Дипломирала је 20. септембра 2010. године са просечном оценом 9.33. Тиме је стекла стручно звање дипломирани дефектолог. Школске 2010/11. године је уписала мастер академске студије на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, студијски програм Превенција и третман поремећаја понашања, на којима је са просечном оценом 10.00 положила све испите предвиђене наставним планом за мастер академске студије и на завршном испиту са оценом 10.00 успешно одбранила мастер рад на тему *Превенција зависности од интернета у популацији ученика основних школа* и тиме стекла академски назив мастер дефектолог. Школске 2012/13. године уписала је докторске студије на Универзитету у Београду – Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, студијски програм Специјална едукација и рехабилитација, као редован буџетски студент и положила све испите са просечном оценом 10.00. Веће научних области друштвено-хуманистичких наука, на седници одржаној 19.03.2019. године, донело је Одлуку о прихватању теме докторске дисертације.

Од априла 2011. године до октобра 2021. године била је запослена на Универзитету у Београду – Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију на радном месту сарадника у звању сарадника у настави, а након тога и асистента за ужу научну област Теоријски и методски приступи у превенцији и третману поремећаја понашања. Од 2022. године запослена је у Основној школи „Младост“ на Новом Београду на радном месту стручног сарадника – дефектолога.

Марија Нешић је до сада објавила 71 научни рад и то: један рад у категорији М24, осам радова у категорији М33, 11 радова у категорији М34, три рада у категорији М44, шест радова у категорији М51, четири рада у категорији М52, четири рада у категорији М63 и 34 рада у категорији М64.

ИЗЈАВЕ

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора **Марија Нешић**
Број индекса **2012/5001**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом **РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ АДОЛЕСЦЕНАТА НА АЛТЕРНАТИВНОМ СТАРАЊУ**

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 10.02.2025.

Марија Нешић

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора **Марија Нешић**

Број индекса **2012/5001**

Студијски програм **Специјална едукација и рехабилитација**

Наслов рада **РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ АДОЛЕСЦЕНАТА НА АЛТЕРНАТИВНОМ
СТАРАЊУ**

Ментор проф. др **Весна Жунић-Павловић**

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 10.02.2025.

Марија Нешић

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом: **РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ АДОЛЕСЦЕНАТА НА АЛТЕРНАТИВНОМ СТАРАЊУ**

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци. Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 10.02.2025.

Марија Кешел

1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.
2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.
3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.
4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.
5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.
6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.