

Nada Vaselić¹

*Univerzitet u Banjoj Luci,
Filozofski fakultet,
Studijska grupa za psihologiju
Banja Luka, Bosna i Hercegovina*

UDK 159.72:159.942.53

Originalni naučni rad**Branka Ivanović**

*IN fondacija,
fondacija za unapređenje socijalne inkluzije djece i mladih u Bosni i Hercegovini
Banja Luka, Bosna i Hercegovina*

NEPOVOLJNA ISKUSTVA I KVALITET ŽIVOTA DJECE OSNOVNOŠKOLSKOG UZRASTA U BiH²

Apstrakt

U savremenim istraživanjima rana nepovoljna iskustva su prepoznata kao rizičan faktor za fizičko i mentalno zdravlje adolescenata i odraslih. U ovom radu smo ispitivali povezanost ranih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvaliteta života djece. Ispitivanje je anonimno, urađeno na prigodnom uzorku djece školskog uzrasta. Provedeno je na uzorku od 1326 djece u BiH, uzrasta od 10 do 14 godina, 52% dječaka i 48% djevojčica. Primijenjena su tri mjerna instrumenta: Upitnik o opštim podacima, Lista pitanja o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu i Upitnik o zdravstvenom stanju djece i mladih. Rezultati pokazuju da je 23% ispitanika doživjelo jedno ili više nepovoljnih iskustava. Pet najučestalijih nepovoljnih iskustava od deset istraženih su: razvod roditelja, emocionalno zanemarivanje, emocionalno zlostavljanje, fizičko zanemarivanje i zlostavljanje. Rezultati pokazuju da postoji razlika u procjeni kvaliteta života djece sa i bez nepovoljnih iskustava. Djeca bez nepovoljnih iskustava procjenjuju kvalitet života boljim. Samoprocjena kvaliteta života opada sa povećanjem broja nepovoljnih životnih iskustava. Djevojčice i dječaci se ne razlikuju značajno u pogledu učestalosti nepovoljnih iskustava. Rezultati ukazuju na međusobnu povezanost više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Prisutnost nepovoljnih iskustava povećava rizik za fizičko i mentalno zdravlje pojedinaca tokom života. Nepovoljna iskustva su povezana sa kvalitetom života na svim uzrastima, tako što umanjuju opšti kvalitet života. Povećanjem broja nepovoljnih iskustava kvalitet života blago opada.

Ključne reči: rana nepovoljna iskustva, djeca od 10 do 14 godina, mentalno i fizičko zdravlje, kvalitet života

¹ Adresa autora: nada.vaselic@ff.unibl.org

² Napomena: Kinderpostzegels, Research on presence of ACEs in life of the children in BiH, broj projekta 12065816.

Uvod

Živimo u svijetu u kojem su djeca, adolescenti i njihove porodice izloženi nepovoljnim životnim iskustvima. Profesionalci, koji se bave mentalnim zdravljem, su zabrinuti zbog učestalosti i izloženosti djece nepovoljnim iskustvima. Postavlja se pitanje kako im na najbolji način pomoći. Posebno se razmatraju specifični aspekti nepovoljnih iskustava i njihove posljedice na psihofizičko zdravlje djece, te se istražuje način kako da se smanje negativni ishodi i osnaže njihovi adaptivni načini funkcionisanja (APA, 2008).

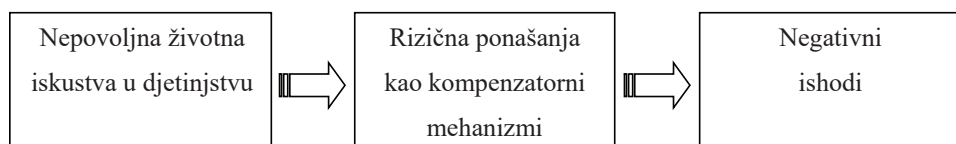
Prve studije o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu i njihovom uticaju na kasnije fizičko i mentalno zdravlje sprovedene su u SAD-u. Jedna od najpoznatijih studija objavljena je pod nazivom Adverse Childhood Experiences Study (*ACEs*; Felitti et al., 1998), provedena je u organizaciji Kaiser Permanente i Centers for Disease Control and Prevention, 1995–1997. godine u SAD-u. Istraživanje o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (Adverse Childhood Experiences) provedeno je na 17 000 odraslih ispitanika koji su odgovarali na pitanje da li su do svoje 18-te godine života imali neka od sljedećih 10 nepovoljnih iskustava: 1) fizičko zlostavljanje; 2) emocionalno zlostavljanje; 3) seksualno zlostavljanje; 4) emocionalno i fizičko zanemarivanje; 5) svjedočenje nasilju u porodici; 6) razvod roditelja; 7) odrastanje u porodici u kojoj jedan od roditelja zloupotrebljava alkohol i/ili drogu; 8) psihijatrijske bolesti; 9) suicidalnost i 10) odrastanje u porodici u kojoj je neko od članova bio u zatvoru. Navedena iskustva svrstana su u tri osnovne grupe koje se odnose na: 1) nasilje; 2) zanemarivanje i 3) porodičnu disfunkcionalnost. Ova nepovoljna iskustva Mildbruks i Odidž (Middlebrooks & Audage, 2008) povezivali su sa rizičnim ponašanjima i zdravstvenim stanjem odraslih ispitanika. Rezultati dalje pokazuju da veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povećava rizik za smetnje u emocionalnom i ponašajnom funkcionisanju, kao i fizičkom zdravlju. Emocionalne smetnje odnose se na ispoljavanje simptoma anksioznosti, depresivnosti, ljutnje, bijesa i drugih (Felitti, 2009). Smetnje ponašanja u ranom adolescentnom uzastu najčešće se ispoljavaju kroz stvaranje nezdravih navika kao što su pušenje i prekomjerna upotreba alkohola i droga (Virtanen et al., 2015; Felitti, 2009), nedovoljna fizička aktivnost (Fransson et al., 2012) i gojaznost (Rod, Grønbaek, Schnohr, Prescott, & Kristensen, 2009). Takođe, mogući su i razni oblici neprilagođenih ponašanja u kući i/ili školi, ili bježanje iz škole i kuće i sl. Podaci istraživanja ukazuju da što je više nepovoljnih iskustava to je veći negativni uticaj na zdravlje: dva i više nepovoljnih iskustava povezuju se sa somatskim problemima (Flaerty et al., 2013). Simptomi koji se ispoljavaju na fizičkom planu odnose se najčešće na psihosomatska stanja: glavobolje, stomačne bolove, osjećaj slabosti i umora. Psihosomatski simptomi predstavljaju sve tjelesne simptome koji se javljaju pod uticajem emocionalnih faktora, a uključuju jedan organski sistem obično pod kontrolom autonomnog nervnog sistema. Klasifikuju se s obzirom na organski sistem koji je dominantno uključen u simptomatologiju: gastrointestinalni, respiratorni, pseudoneurološki, kardiovaskularni, dermatološki i drugi (Vulić-Prtorić, 2005). U izraženom su komorbiditetu sa većinom internalizovanih

poremećaja posebno anksioznih i depresivnih. Takođe, djeca koja svjedoče nasilju u porodici pokazala su veće stope internalizovanih i eksternalizovanih ponašanja od djece koja ne svjedoče porodičnom nasilju, što dalje vodi ka mogućem razvoju maladaptivnih oblika ponašanja (Bair-Merritt, Blackstone, & Feudtner, 2006).

Nepovoljna iskustva možemo smatrati potencijalnim stresorima. Lazarus i Koen (1977) klasifikuju stresore u tri opšte kategorije prema trajanju, veličini reakcije koju izazivaju i broju osoba na koje djeluju, na: kataklizmičke, lične i svakodnevne. Prema trajanju stresori se mogu klasifikovati na kratkotrajno i dugotrajno (Trebješanin, 2004). Dugotrajni stresori ili hronična nepovoljna iskustva i njihovo kumulativno djelovanje, čak i slabijeg intenziteta, mogu dovesti do stresnih reakcija i oslabljene psihofizičke funkcionalnosti. Zlostavljanje, zanemarivanje ili porodična disfunkcionalnost su nepovoljna životna iskustva ili porodični stresori, koji izazivaju najintenzivnije promjene u tzv. tranzitornim tačkama na prelazu iz jedne razvojne faze porodičnog ciklusa u drugu. Razvod roditelja u adolescentnom periodu znatno je rizičniji događaj za adolescenta nego za dijete koje je u mirnoj, latentnoj fazi razvoja (Mitić, 1997). Takođe, poznato je da dugotrajna stresna i traumatska iskustva značajno utiču na razvoj djeteta i njegovo zdravlje kasnije u životu, posebno ukoliko izostanu sigurni, stabilni i brižni odnosi u najbližem okruženju (Felitti, 2009). Djeca nisu u stanju da samostalno upravljaju dugotrajnim stresom što može voditi trajnim posljedicama. Najnovija istraživanja Univerziteta Wisconsin-Madison ukazuju na moguće genetske promjene usljed nepovoljnih ranih iskustava. Nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje direktno mijenjaju molekularnu strukturu i DNA djeteta, što ih biološki čini ranjivijim u kasnijem životu i sklonijim depresiji, anksioznosti, poremećajima raspoloženja i visokom riziku za bolesti zavisnosti (Papale, Seltzer, Madrid, Pollak, & Alisch, 2018).

Ohrabruje činjenica da negativni efekti ranih nepovoljnih iskustava mogu biti umanjeni podrškom brižnih odraslih. Kada se stvara osjećaj ugroženosti povećava se nivo hormona koji se otpušta i cirkuliše kroz tijelo. Pod dejstvom stresa aktivira se osa hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda što rezultira lučenjem kortizola koji reguliše veliki broj fizioloških procesa koji ublažavaju štetno djelovanje stresa na organizam (Guyton, 1988). Aktivacijom simpatikusa posredno se otpušta adrenalin i noradrenalin iz srži nadbubrežne žlijezde što izaziva povišenu srčanu frekvenciju, širenje zjenica, inhibiciju gastrointestinalnog sistema, vazokonstrikciju, širenje bronhiola i druge (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007). Produžena izloženost hormonima stresa utiče na funkcionisanje organizma na različite načine: smanjuje prag osjetljivosti na stres i organizam postaje preosjetljiv na različita nepovoljna iskustva. Visok nivo hormona stresa potiskuje imuni odgovor organizma i povećava upalne procese tako da osoba postaje osjetljiva na različite infekcije i stvara se podložnost za hronična oboljenja i autoimune bolesti. Na primjer, izloženost hroničnom stresu kod djece direktno utiče na razvojne neuropsihološke funkcije (pažnja, planiranje, učenje novih vještina), što dalje utiče na regulaciju odgovora na stres, te vodi ka hroničnom preopterećenju i mogućim organskim oboljenjima (Shonkoff & Garner, 2012). Adolescenti koji su tokom odrastanja bili izloženi dugotrajnim nepovoljnim iskustvima pokazuju rizična ponašanja, koja uključuju pušenje, prejedanje, zloupou-

trebu alkohola i droga, promiskuitetno ponašanje i sl. U kasnijem životu mogu imati poteškoća sa akademskim postignućima, ostvarivanjem podržavajućih emocionalnih i socijalnih kontakata i kontrolom ponašanja. Kada ovi adolescenti odrastu i postanu roditelji vjerovatno će imati manji kapacitet da ostvare stabilan i podržavajući odnos koji je potreban da bi zaštitili svoju djecu od daljnjih nepovoljnih iskustava, što ukazuje na transgeneracijski prenos rizičnih ponašanja koja se ispoljavaju kroz smanjena akademska postignuća, ugroženo zdravlje, oslabljene socijalne veze, loše porodične odnose i roditeljsku disfunkcionalnost (Shonkoff & Garner, 2012). Prema nalazima Felitija i saradnika (Felitti et al., 1998) nepovoljna životna iskustva u djetinjstvu, rizična ponašanja i negativni zdravstveni ishodi su međusobno povezani što je prikazano u shemi 1.



Shema 1. Nepovoljna životna iskustva, rizična ponašanja i negativni zdravstveni ishodi (Felitti et al., 1998)

Na psihološkom planu rezultati istraživanja ukazuju na dvije okvirne grupe mehanizama kroz koje se nepovoljna iskustva iz djetinjstva mogu tokom života transformisati u bolesti kao što su: hronične autoimune bolesti, kanceri, hronično opstruktivno plućne bolesti, učestale glavobolje, bolesti koje utiču na kvalitet života, ishemične bolesti srca i bolesti jetre (Felitti et al., 1998).

Prvu grupu mehanizama čine bolesti koje su nastale kao posljedica odlaganja, potiskivanja i održavanja kroz neadaptivne i rizične oblike ponašanja. Navedeni oblici ponašanja pružaju trenutno i djelimično olakšanje usljed emocionalnih problema prouzrokovanih nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu i predstavljaju kompenzatorne oblike ponašanja. Ova iskustva ostaju neprepoznata i gube se tokom vremena, a dodatno se prikrivaju osjećajem srama, tajnošću i socijalnim tabuima.

Drugu grupu mehanizama čine bolesti uzrokovane hroničnim stresom, kao što su hronična glavobolja ili bol u leđima, primarna plućna fibroza, osteoporoza i koronarne arterijske bolesti (Dong et al., 2004, prema Felitti, 2009). Prema nalazima Flaertia i sar. (Flaherty et al, 2006) stručnjaci i osobe koje rade sa djecom uglavnom ne prepoznaju i ne povezuju različite oblike nepovoljnih životnih iskustava sa aktuelnim ponašanjima djece.

U jednom američkom istraživanju analizirane su posljedice nepovoljnih iskustava u djetinjstvu na adolescentima između 12 i 17 godina. Rezultati su pokazali da vrijedi isto kao i za odrasle: što su više kao djeca bili izloženi različitim nepovoljnim uticajima, njihovo fizičko i psihičko stanje je bilo gore u ranoj mladosti. Istraživači su pritom posmatrali pojave poput neispunjavanja uslova za dalje školovanje ili probleme sa učenjem (Flaherty et al., 2006).

Povezanost nepovoljnih iskustava sa zdravstvenim ishodima primjećuje se vrlo rano, već na uzrastu od 4 do 6 godina (Flaherty et al., 2006). Prepoznavanje ovih nepovoljnih iskustava u ranom djetinjstvu je važno radi pravovremenog uvođenja mjera rane intervencije i prevencije.

Pojam „kvalitet života“ sve više je u upotrebi u psihologiji i srodnim disciplinama, iako ne postoji jednoznačno prihvaćena definicija ovog koncepta. Grupa za ispitivanje kvaliteta života Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1996) definisala je kvalitet života kao percepciju pojedinca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kome živi, kao i u odnosu na sopstvene ciljeve, očekivanja, standard i interesovanja. Definicija se odnosi na subjektivnu procjenu kvaliteta života u okvirima kulture i socijalne sredine u kojoj pojedinac živi i predstavlja psihološku kategoriju.

Imajući u vidu specifičan BiH kontekst u kojem su prisutne posljedice ratnih zbivanja i društvene tranzicije (siromaštvo, nesigurnost i nestabilnost), pretpostavili smo da su djeca koja odrastaju u ovakvom okruženju, u odnosu na djecu iz razvijenijih sredina, izložena većem broju nepovoljnijih iskustava koja prema teorijskim i empirijskim saznanjima mogu da budu jedan od faktora koji produkuje varijacije u emocionalnom, kognitivnom i konativnom funkcionisanju (Milosavljević, 1992). Cilj istraživanja je da identifikujemo prisutnost nepovoljnih iskustava na uzorku djece od 10 do 14 godina u BiH, te da dobijene podatke analiziramo u odnosu na samoprocjenu kvaliteta života.

Shodno navedenom, pretpostavili smo da više od polovine djece uzrasta od 10 do 14 godina u BiH ima iskustvo i prepoznaje različite oblike nepovoljnih životnih iskustava. Autori sličnog istraživanja u Holandiji identifikovali su 45.4% ispitanika, sa jednim ili više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, dok je njih 6.6% imalo četiri ili više (Vink, Van der Pal, Eekhout, Pannepakker, & Mulder, 2016). Pored toga, očekivali smo postojanje negativne povezanosti između nepovoljnih životnih iskustava (*ACE's*) djece i njihove samoprocjene kvaliteta života. Kvalitet života se odnosi na aktuelno fizičko i mentalno zdravlje. Rezultati holandskog istraživanja su potvrdili negativnu povezanost kvaliteta života i nepovoljnih životnih iskustava (Vink et al., 2016).

Metod

Uzorak i procedura

Ovo ispitivanje je provedeno anonimno, na prigodnom uzorku djece koja prate redovan nastavni program. Uzorkom je obuhvaćeno 1326 ispitanika uzrasta od 10 do 14 godina, 52% dječaka i 48% djevojčica. Ispitanici su učenici V (31%), VI (31.2%) i VII (37%) razreda osnovne škole. Prosječan uzrast ispitanika je 11 godina i 7 mjeseci. Podaci su prikupljeni u 13 osnovnih škola iz 7 mjesta i gradova u BiH: Derventa, Gornji Vakuf-Uskoplje, Brod, Mostar, Bijeljina, Bosansko Grahovo i Bugojno. Istraživanje je provedeno krajem 2017. godine, u školama koje su bile uključene u projekat koji je podržavala IN fondacija, fondacija za unapređenje so-

cijalne inkluzije djece i mladih u BiH. Ispitivanje su provodili edukovani volonteri, apsolvanti psihologije, tokom trajanja jednog školskog časa. Na kraju upitnika je bio pripremljen kontakt broj SOS dječjeg telefona za djecu koja su imala potrebu da o ovim pitanjima razgovaraju sa stručnom osobom. Roditelji ispitivne djece su bili upoznati sa ciljem i svrhom ovog ispitivanja. Ispitana su djeca čiji su roditelji bili saglasni da njihova djeca učestvuju u projektu.

Najveći broj ispitanika prolazi s odličnim (47.8%) i vrlo dobrim uspjehom (33.1%). Većina djece ima živa oba roditelja (97%), njih 91.6% živi u potpunim porodicama, a 5.3% djece ima razvedene roditelje, od kojih 6.8% živi sa majkom, a 2.1% sa ocem i 2.5% sa starateljima, dok je 0.6% označilo nešto drugo (institucionalni smještaj). Pojedina djeca (2.5%) izjasnila su se da jedan od njihovih roditelja boluje od neizlječive bolesti.

Instrumenti

Primijenjeni su sljedeći instrumenti:

Lista pitanja o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (Adverse Childhood Experience – ACE, TNO; Vink, van der Pal, Eekhout, Pannebakker & Mulder, 2016). Nastala je na osnovu liste, koja je u Holandiji upotrebljena za istraživanje 2010. godine. Holandski autori, koji su proveli istraživanje, prilagodili su listu pitanja uzrastu djece. Za potrebe ovog istraživanja ACE listu su prevela na srpski jezik tri nezavisna psihologa sa poznavanjem srpskog i engleskog jezika. Pri tome se vodilo računa da se sadržaj pitanja zadrži i bude što bliži originalnim pitanjima iz holandske verzije, a da se jezički i kulturološki prilagodi za potrebe istraživanja u BiH. Prije primjene prevedena lista pitanja je provjerena na odeljenju učenika petog razreda ($N = 26$) nakon čega su pitanja dodatno prilagođena. Primjer pitanja je: „Da li se plašiš zbog nečeg što tvoji roditelji rade ili ti govore? Imaš li osjećaj da te niko u kući ne voli, da nikome nisi važan i da niko za tebe nije zainteresovan?“ Djeca su procjenivala ponašanja u svojim porodicama na petostepenoj skali procjene koristeći odgovore od 1 – *ne, nikad se ne dešava*, 2 – *rijetko se dešava*, 3 – *ponekad se dešava*, 4 – *često se dešava* i 5 – *da, redovno se dešava*. Interna konzistentnost primjenjenog instrumenta mjerena Cronbach Alpha koeficijentom je .66.

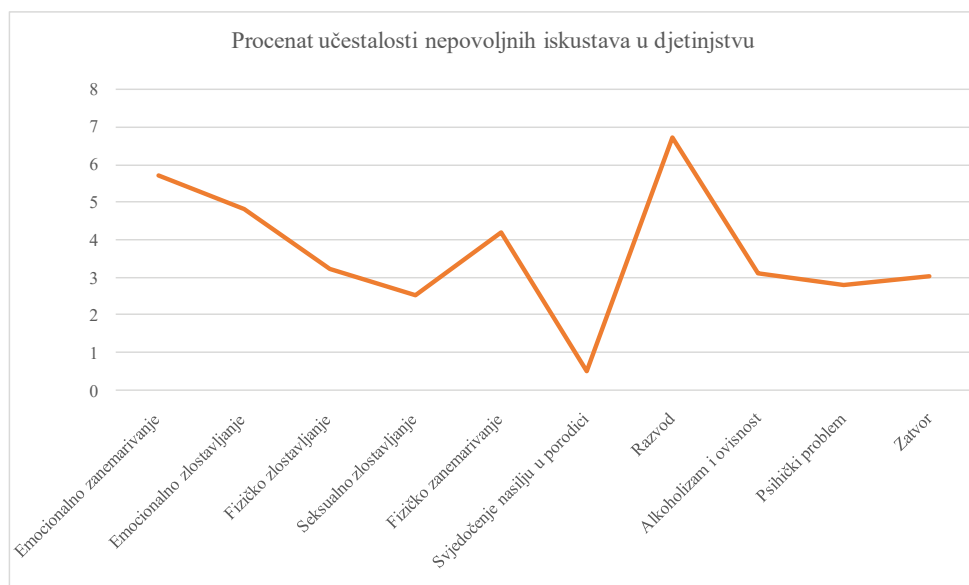
Upitnik o zdravstvenom stanju djece i mladih (Kidscreen-10 Index; Ravens-Sieberer et al., 2005). Ravens-Sieberer je vodila ekspertsku grupu (KINDSCREEN Group Europe, 2006) koja je radila na izradi upitnika razvijenog u sklopu evropskog projekta „Skrining i promocija zdravstvenog kvaliteta života djece i mladih – perspektive evropskog javnog zdravstva“ koji je finansirala Evropska komisija, a proveden je u periodu 2001–2004. godine. Na našem uzorku primijenjena je verzija za djecu i mlade uzrasta od 8 do 18 godina. Od tri dostupne verzije „Kidscreen-a“ odlučile smo se za najkraću „Kidscreen-10“, jer smo pretpostavile da je najprimjenjivija uzrastu djece u našem uzorku. Ova verzija sadrži 10 pitanja koja se odnose na subjektivni doživljaj psihofizičkog i socijalnog funkcionisanja djeteta u prošloj sedmici. Vremenska dimenzija je bila u izvornoj verziji, pa smo je zadržale i u ovom ispitivanju s obzirom na uzrast djece i eventualnu teškoću da sagledaju i generalizuju lična iskustva u dužem vremenskom periodu. Nakon prevoda ovog upitnika na

srpski jezik, koji su radila tri psihologa sa poznavanjem engleskog i srpskog jezika, uradili smo pilot istraživanje. Upitnik je primijenjen na učenicima gradske škole, V razreda ($N = 26$) nakon čega je izvršeno dodatno prilagođavanje. Primjer pitanja je: „Da li si prošle sedmice uživao sa svojim prijateljem/prijateljicom?“ Djeca su odgovarala na petostepenoj skali. Maksimalan skor u ovom upitniku je 50. Interna pouzdanost mjerena Cronbach Alpha koeficijentom je niska .53. Pretpostavljamo da je jedan od razloga niske pouzdanosti mali broj ajtema, da djeca tog uzrasta nemaju dovoljno iskustva sa upitnicima samoprocjene što je povezano sa uzrastom i zrelošću djece. Interna konzistentnost originalne verzije testa izražena preko koeficijenta interne konzistencije (α) iznosi .82, što ukazuje na problem nedovoljne prilagođenosti testa lokalnom kontekstu.

Upitnik konstruisan za potrebe istraživanja. Upitnik o sociodemografskim osobinama ispitanika sastojao se od osam ajtema, koji su se odnosili na: pol, uzrast, razred, školski uspjeh, potpunost porodice, zdravstveno stanje roditelja i porodični status.

Rezultati

Najveći broj djece (77.1%) izjasnio se da nije imao nijedno navedeno nepovoljno iskustvo. Podaci o učestalosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu pokazuju da je 23% ispitanika doživjelo jedno ili više nepovoljnih iskustava: 15.2% je doživjelo jedno nepovoljno iskustvo, 4.7% dva, a znatno je manje onih koji su imali tri i više nepovoljnih iskustava (3.1%).



Grafik 1. Učestalosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

Najučestalije neželjeno iskustvo djece je razvod roditelja (6.7%), zatim emocionalno zanemarivanje (5.7%), emocionalno zlostavljanje (4.8%), fizičko zanemarivanje (4.2%) itd. Najmanje se javlja svjedočenje nasilju u porodici za koje se izjasnilo svega 0.5% ispitane djece (Grafik 1).

Tabela 1

Rezultati analize razlika u samoprocjeni psihofizičkog i socijalnog funkcionisanja djece koja su doživjela nepovoljna životna iskustva u odnosu na djecu bez nepovoljnih životnih iskustava

		Upitnik o zdravstvenom stanju djece i mladih – Kidscreen-10 Index						
Nepovoljna životna iskustva		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Hedge's g</i>
EZ	Da	60	39.43	6.34	6.48	1031	.000	1.11
	Ne	1243	44.81	4.78				
FZ	Da	39	40.87	6.30	4.77	1298	.000	0.78
	Ne	1261	44.69	4.87				
SZ	Da	35	40	5.52	5.53	1284	.000	0.95
	Ne	1251	44.69	4.93				
EZN	Da	76	39.75	6.32	6.96	1298	.000	1.07
	Ne	1224	44.88	4.70				
FZN	Da	52	40.80	7.05	3.97	1296	.000	0.79
	Ne	1246	44.72	4.84				
SNP	Da	5	42.40	3.50	0.97	1289	.330	0.44
	Ne	1286	44.57	4.98				
RR	Da	85	44.29	5.14	0.55	1283	.585	0.06
	Ne	1200	44.60	4.98				
AZ	Da	39	41.05	5.49	4.47	1299	.000	0.73
	Ne	1262	44.65	4.94				
PP	Da	37	38.21	7.59	5.23	1294	.000	1.35
	Ne	1261	44.77	4.75				
ZT	Da	36	42.02	5.59	3.11	1294	.002	0.53
	Ne	1260	44.63	4.94				

Napomena. EZ – emocionalno zlostavljanje; FZ – fizičko zlostavljanje; SZ – seksualno zlostavljanje; EZN – emocionalno zanemarivanje; FZN – fizičko zanemarivanje; SNP – svjedočenje nasilju u porodici; RR – razvod roditelja; AZ – alkoholizam i zavisnost; PP – psihički problemi; ZT – zatvor.

Rezultati t-testa (Tabela 1) pokazuju da postoji statistički značajna razlika između djece koja su imala jedno ili više nepovoljnih iskustava i onih koja to nisu, osim za varijable svjedočenje nasilju, razvod i kazna zatvora jednog od roditelja.

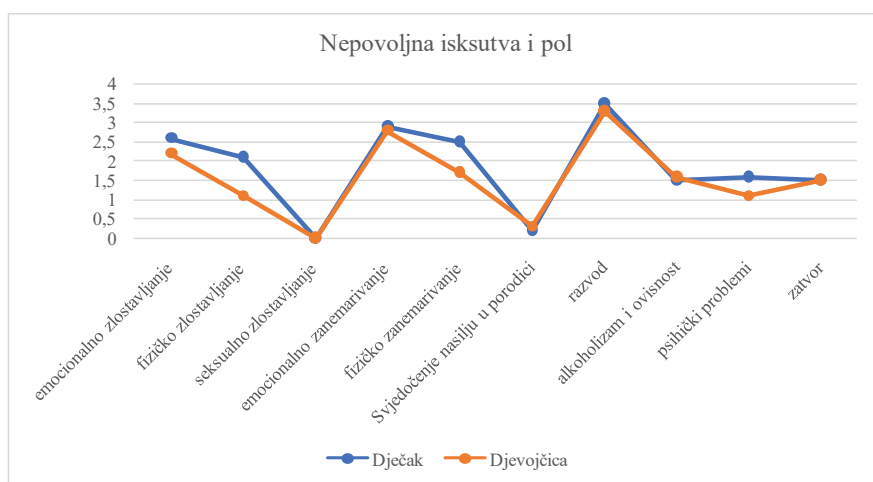
Tabela 2
Korelacije nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

	FZ	SZ	EZN	FZN	SNP	RR	AZ	PP	ZT
EZ	.26**	.09**	.36**	.22**	.03	-.01	.08*	.13**	.06*
FZ		.08*	.56**	.15**	.17**	.04	.14*	.04	.04
SZ			.08**	.09**	-.01	-.01	.19**	.09**	.14**
ENZ				.18**	.12**	.02	.12**	.09**	.07*
FZN					.15**	.04	.15**	.08**	.09**
SNP						.10**	.28**	-.01	.17**
RR							.10**	.06*	-.01
AZ								.04	.11**
PP									.10**

Napomena. EZ – emocionalno zlostavljanje; FZ – fizičko zlostavljanje; SZ – seksualno zlostavljanje; EZN – emocionalno zanemarivanje; FZN – fizičko zanemarivanje; SNP – svjedočenje nasilju u porodici; RR – razvod roditelja; AZ – alkoholizam i zavisnost; PP – psihički problemi; ZT – zatvor; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Nepovoljna iskustva se rijetko javljaju izolovano. Najčešće uzajamno djeluju najmanje dva negativna iskustva i oni su međusobno povezani.

U Tabeli 2 su prikazane međusobne povezanosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Statistički značajni podaci su dobijeni pomoću Fišer Egzakt testa (*Fisher's exact test*), a povezanost između varijabli je predstavljena Cramerovim V koeficijentom. Kod ispitanika koji su doživjeli nepovoljna iskustva vidljiva su brojna preklapanja unutar različitih kategorija ispitivanih nepovoljnih iskustava. Najznačajnija preklapanja imaju: 1) fizičko zlostavljanje i emocionalno zanemarivanje; 2) emocionalno zlostavljanje i emocionalno zanemarivanje; 3) emocionalno zlostavljanje koje se preklapa sa fizičkim zlostavljanjem i fizičkim zanemarivanjem i 4) emocionalno zanemarivanje sa fizičkim zanemarivanjem.

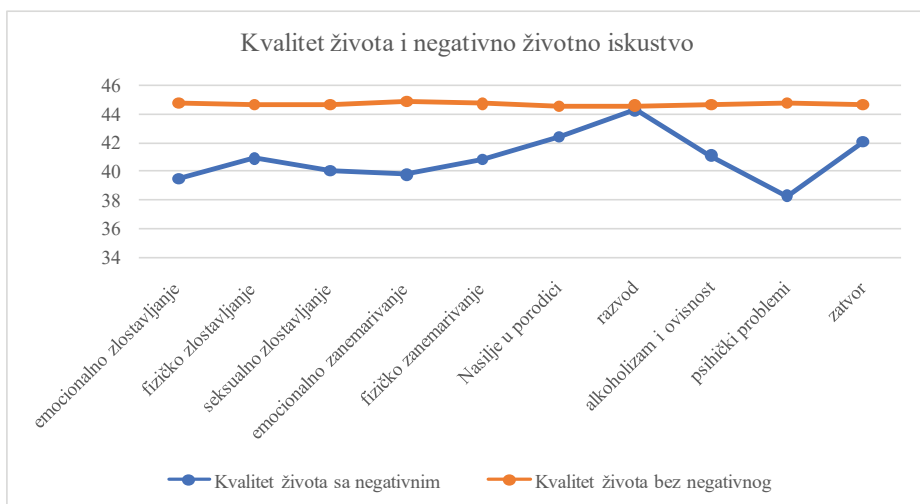


Grafik 2. Procenat učestalosti nepovoljnih iskustava u odnosu na pol

Grafik 2 prikazuje učestalost negativnih životnih iskustava odvojeno za djevojčice i dječake. Analiza podataka nepovoljnih iskustava djece po polu ukazuje na značajnu razliku između dječaka i djevojčica u odnosu na samoprocjenu seksualnog zlostavljanja. Neočekivano, rezultati ukazuju da su dječaci više izloženi seksualnom zlostavljanju od djevojčica. Hi-kvadrat test nezavisnih uzoraka (uz korekciju neprekidnosti prema Jejtisu), $\chi^2(1, N = 1383) = .90, p = .001, \Phi = -.09$ pokazao je mali uticaj ($\Phi = -.09$; Grafik 2).

U ovom istraživanju smo ispitivali odnos kvaliteta života i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, poredeći grupu djece bez nepovoljnih iskustava sa grupom djece koja su imala jedno ili više nepovoljnih iskustava. Procjena kvaliteta života djece bez nepovoljnih iskustava pokazuje prosječnu vrijednost od 44.7, dok je kod djece sa nepovoljnim iskustvima ta vrijednost niža i u prosjeku iznosi 40.9.

Nepovoljna iskustva djece su povezana sa njihovom procjenom kvaliteta života na svim uzrastima. Najmanja razlika u kvalitetu života je u odnosu na razvod roditelja, a najveća razlika u kvalitetu života je prisutna u odnosu na kategoriju psihičkih problema roditelja (Grafik 3).



Grafik 3. Kvalitet života u odnosu na nepovoljna životna iskustva

Rezultati ukazuju na to da ispitanici percipiraju niži kvalitet života ukoliko su izloženi emocionalnom, fizičkom i seksualnom zlostavljanju (Grafik 3). Kvalitet života se razlikuje u odnosu na izloženost emocionalnom i fizičkom zanemarivanju. Značajne razlike u kvalitetu života su pronađene i kod djece čiji roditelji zloupotrebljavaju alkohol i drogu, ispoljavaju psihičke probleme ili su na odsluženju kazne u zatvoru. Kod svjedočenja nasilju u porodici i razvoda roditelja nisu pronađene statistički značajne razlike.

Tabela 3

Ukupni broj nepovoljnih životnih iskustava i kvalitet života

Ukupni broj nepovoljnih životnih iskustava	Kvalitet života	
	sa razvodom <i>M (SD)</i>	bez razvoda <i>M (SD)</i>
0	0.00	45.26 (4.53)
1	45.10 (4.07)	42.91 (4.55)
2	41.77 (8.68)	38.85 (6.43)
3	44.40 (1.51)	39.68 (6.99)
4	45.50 (.07)	37.6 (7.84)
5	34.33 (8.32)	36.33 (3.78)

Diskusija i zaključak

U posljednjih nekoliko decenija aktuelna su istraživanja ranih nepovoljnih iskustava djece koja mogu imati negativne posljedice na psihofizičko zdravlje u adolescentskoj i odrasloj dobi (Felitti et al., 1998). Podaci ovog istraživanja na prigodnom uzorku djece u BiH ($N = 1326$) ukazuju da je skoro jedna četvrtina (23%) ispitane djece doživjela nepovoljna iskustva, dok je 3.1% djece doživjelo tri i više takvih iskustava, iako na osnovu svakodnevnog prakse pretpostavljamo da su nepovoljna iskustva u realnom životu prisutnija nego što su podaci pokazali. Nepovoljna iskustva neki ispitanici ne prepoznaju kao takva ili ih svjesno prikrivaju, što se djelimično može pripisati uzrastu (10–14 godina) i njihovoj zavisnosti i povezanosti sa roditeljima. Dva najznačajnija nalaza Felitijeve studije (Felitti, 2002) pokazuju da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu mnogo više prisutna nego što su prepoznata i priznata. Prema Felitiju (Felitti, 2002) ovi problemi su istovremeno prisutni i destruktivni, ali je teško priznati njihovo prisustvo, a još je teže s njima se nositi. S obzirom na druge dostupne rezultate iz razvijenih zemalja, a imajući u vidu naš društveni kontekst, pretpostavili smo da će rezultati ovog istraživanja pokazati višu ili približno sličnu zastupljenost nepovoljnih iskustava kod djece u BiH. Inostrani podaci (Felitti et al., 1998; Vink et al., 2016) pokazuju značajno veću zastupljenost nepovoljnih iskustava (oko 50%), od toga je 17,4% ispitanika doživjelo tri i više nepovoljnih iskustava na tom uzrastu.

Pet najzastupljenijih nepovoljnih iskustava u našem istraživanju (Grafik 1) rangirani su: 1) razvod (6.7%); 2) emocionalno zanemarivanje (5.7%); 3) emocionalno zlostavljanje (4.8%); 4) fizičko zanemarivanje (4.2%) i 5) fizičko zlostavljanje (3.2%).

Prvo rangirano nepovoljno iskustvo za djecu je razvod braka roditelja, kao i u sličnom istraživanju provedenom u Holandiji (2016), gdje je učestalost razvoda braka roditelja skoro četiri puta veća u odnosu na podatke za BiH. Prema podacima Eurostata (Eurostat, 2018) godinu omjer sklopljenih i razvedenih brakova u Holandiji bio je 2 na 1000 osoba, dok je taj omjer za BiH iznosio 0.6 na 1000 osoba. Iako

je razvod braka roditelja u BiH znatno niži u odnosu na evropski prosjek, ta činjenica ne umanjuje doživljaj razvoda braka roditelja kao jednog od najnepovoljnijih iskustava za djecu. Međutim, iako je u grupi djece razvedenih roditelja primjetan nešto niži kvalitet života, ta razlika je najmanja u odnosu na ostala nepovoljna iskustva. Taj podatak se može objasniti time da činom razvoda braka i razdvajanjem roditelja prestaju svađe i netrpeljivost, a u nekim slučajevima i različiti oblici nasilja. Time se opšta porodična klima smiruje što ublažava subjektivni doživljaj stresne situacije koja obično traje duže vrijeme, a što posljedično utiče na percepciju kvaliteta života. U potpunim porodicama do izražaja dolaze tri vrste emocionalnih veza: između bračnih partnera, roditelja i djece, i između same djece. Porodice u kojima nedostaje bilo koja od ovih veza, se smatraju nepotpunim. Nepotpuna porodica je, ne samo ona u kojoj nedostaje jedan od roditelja, već i ona u kojoj su majka i otac prisutni, ali ne postoji adekvatna emocionalna veza između njih, ili između njih i djece. Pored potpune porodične organizacione strukture, za zdrav razvoj djece od posebnog značaja je psihološko prisustvo i ulaganje svih članova porodice (psihološka dimenzija) i njihovo uzajamno djelovanje (interaktivna dimenzija) (Piorowska-Petrović, 1990). Ukoliko je nepotpuna porodica funkcionalna i potrebe djece na adekvatan način zadovoljene, efekti razvoda kao potencijalnog rizičnog faktora se znatno smanjuju. Nepovoljna životna iskustva mogu egzistirati u potpunim i nepotpunim porodicama.

Emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje visoko su zastupljeni kao najučestaliji oblici nasilja, a samim tim i nepovoljna rana iskustva u životima djece. Ta iskustva djeca slabije prepoznaju i uglavnom ih normalizuju. Jedan od razloga neprepoznavanja i/ili prikrivanja može biti: uzrast i kognitivni razvoj koji podrazumijeva zavisnost od roditelja i subjektivan stav prema njima i porodičnom okruženju, zatim porodična zatvorenost, te sram i socijalna izolovanost posebno u disfunkcionalnim porodicama koji takve oblike ponašanja prikrivaju i održavaju unutar porodica. Nepovoljni događaji i situacije u okviru porodice su teški za verbalizaciju i samozvještavanje djece, jer bude stid i strah. Kada su djeca dugo izložena zanemarivanju, zlostavljanju i porodičnim problemima pojavljuju se simptomi, odnosno tijelo „progovara“ umjesto njih. Sljedeće moguće objašnjenje može se odnositi na društvene, tradicionalne i kulturološke obrasce, te na siromašne i slabo razvijene zajednice kao što je i BiH. U našem tradicionalnom društvu, o ovim temama se javno nedovoljno progovara te uglavnom ostaju u domenu porodične tajne, što potvrđuju i rezultati stranih istraživača. Prema nalazima sličnih istraživanja nizak nivo obrazovanja, nezaposlenost i niska porodična primanja su varijable koje nezavisno i konzistentno koreliraju sa zdravljem, a koriste se kao mjera socioekonomskog statusa (Metzler, Merrick, Klevens, Ports, & Ford, 2017).

U našem uzorku je na četvrtom mjestu fizičko zanemarivanje, što je najvjerovatnije u izvjesnoj mjeri povezano sa porodičnim nasiljem i socioekonomskim stanjem porodica.

Na petom mjestu je fizičko zlostavljanje, koje djeca jasno prepoznaju jer se dešava na konkretnom nivou, dok je svjedočenje nasilju suptilniji oblik i odvija se indirektno, pa je u našem uzorku ostalo neprepoznato. Tako, na primjer, istraživački nalazi pokazuju da studenti koji su u djetinjstvu živjeli uz nasilnog oca (nad maj-

kom) i koji su i sami bili fizički zlostavljeni, zlostavljanje majke su doživljavali težim i stresnijim od vlastitog fizičkog zlostavljanja (Pećnik, 2003). S obzirom na ovaj istraživački podatak, naše rezultate, koji se odnose na svjedočenje porodičnom nasilju, mogli bismo objasniti uzrastom djece, to jest, da su naši ispitanici još uvijek značajno vezani za porodicu, te nedovoljno senzibilizirani da kroz samoizvještavanje otvoreno i iskreno opišu stanje i odnose u porodici. Ovakva i slična iskustva u našem društvu još uvijek se smatraju porodičnim i intimnim pitanjima koja ostaju u okviru porodice.

Kada poredimo sva mjerena nepovoljna iskustva, u odnosu na pol (Grafik 2) nema statistički značajnih razlika između dječaka i djevojčica, osim za seksualno zlostavljanje. Prema našim podacima dječaci su imali više iskustava vezanih za seksualno zlostavljanje, što nije slučaj u većini istraživanja koja se bave temom seksualnog zlostavljanja (Letić i Ivanović, 2012). Kvalitativna analiza podataka je pokazala da se seksualno zlostavljanje dječaka pretežno odnosilo na izlaganje seksualnim sadržajima (pornografija) i posmatranju seksualnih scena odraslih što se može objasniti seksualnom radoznalošću, koja je primjerena razvojnoj fazi. Veću izloženost dječaka navedenim sadržajima možemo objasniti različitim društvenim stavovima prema polnosti dječaka i djevojčica. Dok se dječaci unutar porodice prešutno bodre u seksualnoj radoznalosti, za djevojčice se ista ponašanja smatraju neprimjerenim, te ih opterećuju sramom i osjećanjem krivice. Dječaci se i sami međusobno podstiču i hvale govoreći o takvim iskustvima, što je u našem društvenom kontekstu uglavnom socijalno prihvatljivo, iako se na taj način podržavaju rodni stereotipi. S druge strane djevojčice se uzdržavaju i manje govore o seksualnim iskustvima da bi se zaštitile od kritike, srama i osude odraslih.

U našem uzorku 7.7% djece je izjavilo da ima dva ili više nepovoljnih iskustava, pa smo istražili koja se od tih nepovoljnih iskustava češće udruženo pojavljuju. Najčešće su udruženi fizičko zlostavljanje i zanemarivanje sa emocionalnim zlostavljanjem i zanemarivanjem, što ukazuje na porodičnu disfunkcionalnost koju često prate i drugi faktori rizika kao što su: alkoholizam i bolesti zavisnosti, psihičke bolesti roditelja, te seksualno uznemiravanje i zlostavljanje. To združeno prisustvo u različitim međuodnosima čini veći rizik za mentalno i fizičko zdravlje njenih članova, a posebno djece (Tabela 2).

S obzirom da smo identifikovali prisustvo nepovoljnih iskustava u životima djece dalje smo nastojali utvrditi kakav je odnos između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i percepcije kvaliteta života. Kvalitet života smo ispitali u odnosu na aktuelno fizičko i mentalno zdravlje, i socijalni status kroz samoprocjenu djece.

Podaci istraživanja ukazuju na statistički značajne razlike u samoprocjeni kvaliteta života između grupa ispitanika sa i bez nepovoljnih iskustava (Tabela 1). Razlike su zabilježene na svim mjerenim varijablama osim za svjedočenje nasilju, razvod roditelja i kaznu zatvora jednog od roditelja. Svjedočenje porodičnom nasilju djeca ovog uzrasta, najvjerovatnije prikrivaju, jer se s njim teško nose, budući da se radi o njima bliskim i emotivnim odnosima sa važnim životnim figurama. Razvod roditelja i kazna zatvora jednog od roditelja najvjerovatnije dovode do smanjenja nivoa konflikata i smirivanja porodične situacije nakon udaljavanja jednog roditelja iz

porodice. Prema ovim nalazima treba imati određenu rezervu jer se odnose na mali broj ispitanika ($N = 85$) u odnosu na cjelokupan uzorak.

Rezultati holandskog istraživanja pokazuju da se djeca koja su imala dva ili više nepovoljnih iskustava osjećaju manje vitalno i zdravo (Vink et al., 2016).

Ovi rezultati ukazuju na to da su djeca u BiH izložena različitim faktorima rizika koji umanjuju kvalitet života, te bi prilikom daljnjih istraživanja procjene kvaliteta života bilo važno uzeti u obzir funkcionalno stanje porodice i faktore iz šireg društveno-ekonomskog konteksta (socioekonomski status, uslovi stanovanja, stepen sigurnosti u zajednici i sl.) za koje pretpostavljamo da mogu biti povezani sa ovom varijablom. Takođe, u ovom istraživanju nismo primijenili nijedan upitnik koji bi mjerio lične karakteristike djece, jer sva djeca sa nepovoljnim iskustvima ne reaguju na isti način. Osobine temperamenta u znatnoj mjeri određuju kako će dijete odreagovati na nepovoljno životno iskustvo. Djeca sa „problematičnim temperamentom“ su ranjivija i kod njih je veća vjerovatnoća da će se pojaviti različiti problemi u ponašanju (Rutter, 1981). S obzirom na nisku pouzdanost mjernih instrumenata dobijene rezultate bi trebalo prihvatiti sa određenim oprezom i u narednim istraživanjima unaprijediti i bolje prilagoditi mjerne instrumente. Procedura prilagođavanja je primijenjena u gradskoj školi u kojoj djeca često imaju priliku da učestvuju u sličnim istraživanjima, a uzorkom su obuhvaćena djeca iz različitih sredina, uglavnom manjih, koja nisu imala prethodnih iskustava sa sličnim ispitivanjima. Pored toga, treba imati u vidu uzrast djece i nivo kognitivne i socijalno-emocionalne razvijenosti tipičan za ovaj uzrast. U budućim istraživanjima navedene dileme mogle bi se razjasniti primjenom iste baterije testova na adolescentima rane, srednje i kasne adolescencije. Iako je ispitivanjem obuhvaćen veliki uzorak, pokazalo se da je neuravnotežen, pa je poređenje ove dvije grupe ispitanika sa i bez negativnih iskustava moglo značajnije uticati na rezultate, u smislu povećanog rizika od pojave statističke greške tipa 1 (Rusticus & Lovato, 2014). Uzorkom su obuhvaćena školska djeca uglavnom bez percipiranih nepovoljnih životnih iskustava, tako da bi grupu djece sa nepovoljnim iskustvima trebalo dopuniti iz drugih institucija (zdravstvene, centri za socijalni rad, organizacije koje se bave djecom u riziku i sl.). Rezultate bi trebalo provjeriti u narednim istraživanjima sa ujednačenim grupama uz adekvatno prilagođavanje instrumenata i pažljivo formiranje uzorka.

Reference

- American Psychological Associate, Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents. (2008). *Children and Trauma: Update for mental health professionals*. Preuzeto sa <http://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). Physical Health Outcomes of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Pediatrics*, 117, e278.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller G. E. (2007). Psychological stress and disease. *The Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685–1687.

- Eurostat, the statistical office of the European Union (2018). Crude marriage rate enad crude divorce rate. Preuzeto: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00206&language=en>
- Fransson, E., Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., & Väänänen, A. (2012). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: An individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women. *American Journal of Epidemiology*, 176(12), 1078–1089.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health: Turning gold into lead. Department of Preventive Medicine at Kaiser Permanente Medical Care Program in San Diego. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
- Felitti V. J. (2009). Adverse Childhood Experiences and Adult Health. *Academic Pediatrics* 9, 131–132.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., 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://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)
- Flaherty, E. G., Thompson, R., Litrownik, A. J., Theodore, A., English, D. J., Black, M. M., & Dubowitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(12), 1232–1238.
- Guyton, A. C. (1988). *Medicinska fiziologija*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). *Environmental stress*. New York: Plenum.
- KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents – Handbook*. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Letić, N. i Ivanović, B. (2012). *Istraživanje o iskustvima mladih u Bosni i Hercegovini vezanim za različite oblike nasilja i traume u djetinjstvu* (Izveštaj IN fondacija). Preuzeto sa <http://www.infondacija.org/wp-content/uploads/2016/01/Istrazivanje-o-iskustvima-mladih-u-BiH-vezanim-za-razlicite-oblike-nasilja-i-traume-u-djetinjstvu.pdf>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experience and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149.
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The Effects of Childhood Stress on Health across the Lifespan*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Milosavljević, B. (1992). *Porodica i mladi*. Banja Luka: Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci.
- Mitić, M. (1997). *Porodica i stress – između poraza i nade*. Beograd: Institut za psihologiju.
- Papale, L. A., Seltzer, L. J., Madrid, A., Pollak, S. D., & Alisch, R. S. (2018). Differentially methylated genes in saliva are linked to childhood stress. *Scientific reports*, 8(1), 1–7.
- Pećnik, N. (2003). *Međugeneracijski prijenos zlostavljanja djece* (2. izdanje). Jastrebar-sko: Naklada Slap.

- Piorkowska-Petrović, K. (1990). *Dete u nepotpunoj porodici*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W.,... KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353–364.
- Rod, N. H., Grønbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., & Kristensen, T. S. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 266(5), 467–475.
- Rusticus, S., & Lovato, C. (2014). Impact of Sample Size and variability on the Power and Type I Error Rates of Equivalence Tests: A Simulation Study. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 19(11), 2.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 323–356.
- Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232–246.
- Trebešanin, Ž. (2004). *Rečnik psihologije*. Beograd: Stubovi kulture.
- Vink, R., Van der Pal, S., Eekhout, I., Pannepakker, F., & Mulder, T. (2016). *Ik heb al veel meegemaakt. Ingrijpende jeugdervaringen (ACE) bij leerlingen in groep 7/8 van het regulier basisonderwijs* (TNO Report No. R11157). Preuzeto sa <https://www.tno.nl/nl/over-tno/nieuws/2016/11/ingrijpende-jeugdervaringen-leerlingen-groep-7-en-8-in-kaart/> (prevedeno sa holandskog na srpski jezik u sklopu projekta).
- Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Madsen, I. E. H., Lallukka, T., Ahola, K.,...Kivimäki, M. (2015). Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *British Medical Journal*, 350.
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – Procjena valjanosti. *Suvremena psihologija*, 8(2), 211–227.
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Geneva: World Health Organization.

Nada Vasečić³

*University of Banja Luka,
Faculty of Philosophy,
Department of Psychology
Banja Luka, Bosnia and Herzegovina*

Branka Ivanović

*IN Foundation,
foundation for improvement of social inclusion of children and youth
in Bosnia and Herzegovina
Banja Luka, Bosnia and Herzegovina*

ADVERSE EXPERIENCES AND QUALITY OF LIFE OF SCHOOL-AGE CHILDREN IN B&H

Abstract

In modern research, early adverse experiences are recognized as a risk factor for the physical and mental health of adolescents and adults. This survey researched the correlation between early adverse childhood experiences and children's quality of life. The poll-type anonymous survey was done on a suitable sample of school-age children, including 1326 children in B&H aged 10-14 years, 52% boys and 48% girls. Three measuring instruments were applied: General Information Questionnaire, List of adverse childhood experiences, as well as Health Questionnaire for children and young people. The results indicate that 23% of respondents had one or more adverse experiences. The five most frequent adverse experiences out of the ten researched are: divorced parents, emotional neglect, emotional abuse, physical neglect, and physical abuse. The results show a difference in the assessment of the quality of life of children with and without adverse experiences. The children without adverse experiences assess their quality of life better. The self-assessment of the quality of life drops as the number of adverse life experiences grows. There is no considerable difference between girls and boys in terms of the frequency of adverse experiences. The results indicate a mutual correlation between several adverse childhood experiences. The presence of adverse experiences increases the risk to physical and mental health in an individual's life. Adverse experiences are related to the quality of life in all ages as they lower the general quality of life. With the number of adverse experiences growing, the quality of life slightly drops.

Keywords: early adverse experiences, children aged 10-14 years, mental and physical health, quality of life

Primljeno: 22. 06. 2018.

Primljena korekcija: 16. 08. 2018.

Prihvaćeno za objavljivanje: 10. 09. 2018.

³ Corresponding author email: nada.vaselic@ff.unibl.org