

Београдска дефектолошка школа
Вол. 20 (3), бр. 60, 701-713, 2014.

УДК 376.6
Примљен: 30.9.2014.
Прихваћен: 30.11.2014.
Стручни чланак

КЛАСИФИКАЦИЈА „НАСТАЈАЊЕ СИТУАЦИЈЕ ХЕНДИКЕПА“ КАО ОКВИР ЗА ПРОЦЕНУ И УНАПРЕЂЕЊЕ СОЦИЈАЛНЕ ПАРТИЦИПАЦИЈЕ*

Марија Цвијетић

Основна школа „6. октобар“, Кикинда

Светлана Славнић, Драгана Станимировић

Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Према савременим тумачењима, омећености представља резултат динамичке интеракције између способности и карактеристика особе, и карактеристика физичке и социјалне средине у којој ова особа учествује у различитим активностима. Један од првих концептуалних модела у коме је систематски разрађена класификација контекстуалних чинилаца који могу имати утицај на настајанак омећености/хендикепа је Квебешка класификација „Настајање ситуације хендикепа“ (Disability Creation Process – DCP, Fougeyrollas et al., 1999).

Класификација „Настајање ситуације хендикепа“ представља експланаторни модел последица обољења, траума и других поремећаја у оквиру којег се хендикеп посматра као производ деловања две узрочне димензије: карактеристика особе и карактеристика њеног окружења. Овај систематски модел људског развоја разматра интеракцију која постоји између личних чинилаца (стања система органа особе и њених функционалних карактеристика) и срединских чинилаца (олакшавајућих или отежавајућих), у детерминисању квалитета социјалне партиципације особе. Социјална партиципација је у оквиру

* Рад је проистекао из пројекта «Креирање протокола за процену едукативних потенцијала деце са сметњама у развоју као критеријума за израду индивидуалних, образовних програма» број 179025; финансира Министарство просвете и науке Републике Србије

ове класификације операционализована кроз концепт животињних навика, које чине свакодневне активности и друштвене улоге које особа или њен социокултурни контекст вреднују према карактеристикама те особе (старост, пол, социокултурни идентитет, итд.), а немоћност остваривања животињних навика доводи до настајка ситуације хендикейа код те особе. Специфично обележје ове класификације је то што она омогућава описивање ситуација који сваки од средњих чинилаца има на остваривање животињних навика особе, на континууму од потпуној факултативној до потпуној баријере.

Значај и употребљивост Квебешке класификације олега се у обезбеђивању прецизних и темељних података о квалитету функционисања особе у одређеном контексту, дајући на тај начин подлогу и смернице за планирање и реализацију интервенција на плану саме особе и њеног окружења, како би се функционисање особа са ометеношћу у друштву унапредило и повећао њихов квалитет живота.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: настајање ситуације хендикейа, социјална партиципација, особе са ометеношћу

УВОД

Историјски посматрано, однос друштва према особама са ометеношћу се радикално мењао – од одбацивања и понижавања, преко сажалевања и збрињавања, укључивања у едукативне и рехабилитационе процесе, до истицања значаја њихове партиципације у друштву, заједно са припадницима опште популације. Последњих деценија дошло је до промене самог конструкта ометености - од фокусирања на патологију или дефект унутар саме особе са хендикепом до потпуне уклопљености особе у ширу друштвену заједницу која разуме људско функционисање и ометеност. Овакав став је базиран на интеракцији између личних карактеристика и карактеристика окружења. На основу овакве теоријске подлоге, засновани су савремени приступи у дијагностици, класификацији, процени и планирању индивидуализоване подршке особама са ометеношћу (Buntinx, Schalock, 2010). Један од првих концептуалних модела у коме је систематски разрађена класификација контекстуалних чинилаца који могу имати утицај на настајак ометености/хендикейа је Квебешка класификација *Настајање ситуације хендикейа (Disability Creation Process – DCP, Fougereyrollas et al., 1999)*. Примена ове класификације може дати корисне смернице за планирање и реализацију, како непосредног рада са особама са

ометеношћу, тако и рада на обезбеђивању олакшавајућих и уклањању отежавајућих срединских фактора, како би се функционисање особа са ометеношћу у друштву унапредило и повећао њихов квалитет живота.

Терминолошка разграничења

Промене у терминологији у вези са ометеношћу произилазе из промена у схватању и конципирању те појаве током времена, што је углавном део ширих трансформација у политичкој или социјалној теорији и пракси. Називи попут *абнормални*, *дефектни*, *заостали* и *поремећени*, када је реч о особама са ометеношћу, данас се сматрају застарелим и неприхватљивим. Током прошлог века термин инвалидност уобичајено се повезивао са ратним искуством и социјалном позицијом ратних ветерана (Devlieger, 1999), а интересовање за особе са инвалидитетом углавном се сводило на могућност професионалне рехабилитације, у складу са тадашњим уобичајеним дефинисањем инвалидности као хроничног стања које ограничава способности особе да ради (Pfeiffer, 1999). Успон социјалног модела ометености и филозофије инклузије, као и појава различитих покрета за заступање права особа са инвалидитетом током протеклих неколико деценија, оставили су свој одраз на пољу односа према овим особама и утицали на промену доминантне терминологије у овој области. Данас је широко прихваћен *people first* принцип у означавању особа са ометеношћу, који подразумева уметање термина *особа* или *лице* испред назива врсте ометености, истичући у први план сличности ових особа са припадницима опште популације (они су, пре свега, особе), а не њихове тешкоће и ограничења (Љубеновић, 2007). Синтагма *особа/деца* са посебним потребама се, према савременим тумачењима, генерално сматра неадекватном, уз аргумент да се потребе особа са ометеношћу не разликују од потреба других особа, већ да их оне могу остварити на мање или више специфичан начин. Ипак, ова синтагма се и даље употребљава у пракси, углавном у контексту едукације и са недоследним значењем у смислу популације деце/ученика на коју се односи.

Прегледом научне и стручне литаратуре, као и различитих законских и других докумената, може се закључити да консензус по питању терминологије у пољу ометености не постоји, како у међународним оквирима, тако и код нас. Како у нашој земљи не постоји јединствен закон који би искључиво регулисао питање правног статуса особа са ометеношћу, ово питање је регулисано кроз читав низ законских решења у различитим областима живота, а као резултат тога не постоји

ни јединствено нормативно одређење овог појма (Петровић, 2006). У нашем законодавству користи се мноштво термина за означавање ове популације: *особе са инвалидитетом, деца и одрасли са сметњама у развоју; ученици са сметњама у развоју и инвалидитетом; деца, ученици и студенти са инвалидитетом; деца и млади са сметњама у развоју и одрасли са инвалидитетом*. Слична терминолошка конфузија постоји и у домаћој стручној и научној литератури - штавише, поједини аутори упоредо користе термине *деца са сметњама у развоју, деца са сметњама у развоју и деца са посебним потребама* за именовање исте популацију деце (Вујачић, 2006). Појам ометености треба разликовати од појма сметњи, који означава групу лакших оштећења, теже уочљивих, које се углавном могу отклонити путем рехабилитационог процеса.

У оквиру савремених дефиниција водећих светских организација које се баве питањем функционисања људи, ометеност (*disability*) се тумачи као резултат интеракције између карактеристика и способности особе и својстава њеног окружења (физичког, социјалног). Сматра се да ометеност постоји када особа са одређеним оштећењем није у могућности да учествује у истим активностима као особе опште популације, услед неусклађености између њених способности и капацитета, и захтева одређене активности или очекивања окружења. Овакво тумачење ометености одраз је био-психо-социјалног приступа, који је настао као интеграција два супротстављена модела ометености – медицинског и социјалног, и у оквиру кога се особа са ометеношћу посматра целовито – обједињавањем биолошке, психолошке и социјалне перспективе (WHO, 2001, INDCP, 1998). Истицање контекстуалне природе ометености и значаја социјалне партиципације видљиво је и у тексту Конвенције Уједињених нација о правима особа са ометеношћу, где се наводи да су особе са ометеношћу оне које имају дуготрајна физичка, ментална, интелектуална или сензорна оштећења која у интеракцији са различитим баријерама могу спречавати њихову пуну и ефикасну партиципацију у друштву на равноправној основи са другима (*Конвенција о правима особа са инвалидитетом*, 2007). Дакле, савремено виђење ометености велику важност придаје контекстуалним чиниоцима, наглашавајући њихово олакшавајуће или отежавајуће деловање на партиципацију особе са оштећењем у различитим животним активностима и ситуацијама.

*Развој и суштина класификације
„Настајање ситуације хендикейа“*

Године 1980. Светска здравствена организација је објавила Међународну класификацију оштећења, ометености и хендикепа (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH*), у циљу њене примене за описивање начина на које болест, поремећај или повреда утичу на живот особе (WHO, 1980). Са објављивањем ICIDH 1980. подигнута је свесност о важности прављења разлике између оштећења/обољења и њихових последица у форми ометености (Schalock et al., 2007). У оквиру овог класификационог система описане су три димензије: оштећење (*impairment*), ометеност (*disability*) и хендикеп (*handicap*). *Оштећење* је представљено као губитак или абнормалност одређене структуре или функције; *ометеност* као ограничење способности за извођење различитих активности на начин који се сматра нормалним, а које произилази из оштећења; док је *хендикей* описан као ограничење или немогућност остваривања улога које се сматрају нормалним за узраст, пол, социо-културни миље особе, које произилази из оштећења или ометености (WHO, 1980). У годинама након објављивања, ICIDH је била предмет бројних критика, углавном на рачун претпостављене узрочне везе између оштећења, ометености и хендикепа, као и недовољне разрађености нивоа хендикепа и контекстуалних фактора, као предуслова за усмеравање дела интервенција на средину у којој особа живи (Charigreau, Colvez, 1998). Једна од критика била је и да је ICIDH у ствари класификација особа са ометеношћу, пре него неутрална класификација људског функционисања (Ustun et al., 2003).

Као одговор на наведене критике, десетак година након објављивања започета је ревизија ICIDH. Рад на разради трећег нивоа ICIDH – нивоа *хендикейа* и срединских фактора, поверен је Квебешком одбору за Међународну класификацију оштећења, ометености и хендикепа (QCICIDH). Године 1999. након вишегодишњег рада, објављена је класификација *Настајање ситуације хендикейа* (*Disability Creation Process – DCP*), експланаторни модел последица обољења, траума и других поремећаја*. Тада је по први пут димензија срединских чинилаца уведена у један концептуални модел који илуструје однос

* У званичном преводу ове класификације који је дистрибуиран под покровитељством Министарства за социјална питања Републике Србије, синтагма *Disability Creation Process* преведена је као *Настајање ситуације хендикепа*, упркос уобичјеној пракси превођења речи *disability* као *онеспособљеност /ометеност /инвалидност*, те ћемо се у овом раду служити тим преводом

интеракције између оштећења, инвалидности и срединских чинилаца (Fougeyrollas et al., 1999). Разрада нивоа хендикеп у оквиру ове класификације, у односу на ICIDH, огледа се у напуштању линеарног модела по коме је хендикеп, пре свега, резултат оштећења и ометености, и тумачењу хендикеп као ситуационог резултата две узрочне димензије: карактеристика особе и карактеристика њеног окружења. Овај систематски модел људског развоја разматра интеракцију која постоји између личних чинилаца (стања система органа особе и њених функционалних капацитета) и срединских чинилаца (олакшавајућих или отежавајућих), у детерминисању учешћа особе у различитим активностима и животним ситуацијама.

Социјална партиципација је у оквиру ове класификације операционализована кроз концепт животних навика, које чине свакодневне активности и друштвене улоге које особа или њен социокултурни контекст вреднује према карактеристикама те особе (старост, пол, социокултурни идентитет, итд.). Животне навике омогућују преживљавање и развој особе у одређеном друштву, током читавог њеног живота и груписане су у 12 категорија: исхрана, стање тела, лична нега, комуникација, становање, кретање, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, посао и разонода. Ометање или немогућност остваривања тих свакодневних активности и друштвених улога особе доводи до *ситуације хендикеп*. Дакле, квалитет остваривања животних навика мери се на континууму - од пуног остваривања животних навика до ситуације потпуног хендикеп (Fougeyrollas et al., 1999).

Током развоја DCP, идентификовани су и категорисани елементи укључени у сваки домен (домен личних и фактора окружења и животних навика). У изради Квебешке класификације учествовали су бројни стручњаци, али и организације, установе и стручна удружења, што је резултирало исцрпношћу класификације и добром „покривеношћу“ свих категорија. У оквиру личних фактора, дата је номенклатура система органа и функционалних капацитета особе, срединских чинилаца који могу имати утицај на осваривање животних навика, као и листа самих животних навика – свакодневних активности и друштвених улога које појединац потенцијално реализује. Оно што је специфично обележје ове класификације је темељна разрађеност сегмента који се односи на факторе окружења и који обухвата све димензије окружења (социјалне, културне, политичке, физичке) у којима особа живи и омогућава описивање утицаја који сваки од срединских чинилаца има на остваривање животних навика особе, на континууму од потпуног фацитатора до потпуне баријере. Фацитаторима се називају фактори окружења који допри-

носе остваривању животних навика када су у интеракцији са личним факторима, док су баријере фактори који ометају реализовање животних навика када су у интеракцији са личним факторима одређене особе (Fougeyrollas et al., 1999).

Према поставкама овог модела, немогуће је донети закључак о постојању ситуације хендикепа (ограничења социјалне партиципације) на основу процене функционалних способности особе, без узимања у обзир срединских варијабли у конкретној животној ситуацији за ту особу. Димензија срединских чинилаца представља, из ове перспективе, кључну варијаблу која омогућује разликовање личних капацитета од достигнућа на плану остваривања животних навика. У складу са схватањем да коришћење негативних термина у описивању особа са ометеношћу (наглашавање онога што ове особе не могу) представља извор стигме, допринос Квебешке класификације огледа се и у доследном коришћењу позитивне терминологије када се говори о класификацији система органа, способности и животних навика (Charireau, Colvez, 1998).

*Скала за процену животних навика
(The Assessment of Life Habits – LIFE-H)*

Скала за процену животних навика (Noreau, Fougeyrollas, Vincent, 2002) развијена је на теоријској бази Квебешке класификације, у циљу процене квалитета социјалне партиципације особа са ометеношћу, независно од типа оштећења. Скала омогућава процену нивоа остваривања животних навика (свакодневних активности и друштвених улога) разврстаних у 12 поменутих категорија DCP модела. У оквиру категорија животних навика обухваћене су активности које особа реализује свакодневно (нпр. устајање, узимање хране), као и оне које се реализују са различитом учесталостју (нпр. тражење посла, одређене рекреативне активности). Остваривање неких животних навика неопходно је за преживљавање особе (нпр. спавање, одржавање хигијене), док реализација других може бити ствар избора самог појединца.

Скала LIFE-H базирана је на два концепта: нивоу тешкоћа у реализовању животне навике и типу потребне помоћи (без помоћи, помоћ асистивног уређаја, адаптација и/или помоћ друге особе). Скор за сваки ајтем (активност или друштвену улогу) креће се од 0 до 9, при чему скор 0 указује на потпуно неостваривање те животне навике, а скор 9 на оптималну партиципацију – реализовање животне навике без тешкоћа и помоћи (Noreau et al, 2007). Такође, Скала предвиђа и самопроцену особе

са ометеношћу по питању задовољства сопственим нивоом остваривања одређене животне навике.

Више истраживачких студија дало је позитивну оцену психометријских својстава ове скале, као и верзије LIFE-H за децу узраста од 5 до 13 година (Noreau et al, 2007; Desrosiers et al, 2004). Ајтеми од којих се Скала састоји прецизно су формулисани, што обезбеђује њену једноставну и релативно брзу примену. Такође, коришћењем ове скале добијају се подаци квалитету партиципације особе са ометеношћу у појединачним животним навикама, категоријама животних навика, као и профиле целокупне социјалне партиципације, што може бити значајан водич у планирању и креирању интервенција усмерених на достизање оптималне партиципације особе.

Евалуација и моћућности примене Квебешке класификације

Поље примене Квебешке класификације веома је широко – може се користити у области клиничке и стручне интервенције (процена потреба, креирање индивидуализованих планова услуга, евалуација резултата и праћење напретка особе); у области социјалне политике (евалуација у циљу добијања одређених накнада и услуга, или приступа програмима), за управљање, вођење и евалуацију програма и политика; за развијање база епидемиолошких и демографских података, у истраживањима на тему квалитета живота, социјалне интеграције и сл. Она такође омогућава праћење утицаја неке од промена личних или срединских чинилаца, на ситуацију остваривања животних навика или њиховог неостваривања (ситуацију хендикепа) (Fougeyrollas et al., 1999).

За разлику од ранијих експликативних модела (нпр. ICIDH), који вуку корене из здравственог или медицинског контекста, те су првенствено фокусирани на личне компоненте, DCP модел је развијен са намером да идентификује узроке настајања социјалне искључености, фокусирајући се упоредо на потенцијале и ограничења особе, као и позитивне и негативне аспекте њеног окружења. Експликативни модел настајања ситуације хендикепа и предложени систем класификације је по својој суштини сложен, јер је намењен систематском тумачењу људске стварности примењиве на све, а не само на циљне групе које су вештачки дефинисане услед бирократских захтева или захтева административног система. Као такав, он је у складу са глобалним, холистичким, систематским, еколошким и дестигматизационим приступом личности (Fougeyrollas et al., 1999). Такође, овај модел ни на који начин не имплицира сталност ограничења у партиципацији, већ препознаје и омогућава

мерење промена у остваривању животних навика, те је стога примењив на акутне или хроничне фазе сваког облика патологије (а не само на трајне последице оштећења).

За идентификовање и мерење ограничења у социјалној партиципацији уобичајено се користи поређење са „нормом“, дакле са партиципацијом особа истог пола, сличног узраста и социо-културног порекла, без здравственог проблема/оштећења. Овај метод може бити адекватан за базичне активности неопходне за преживљавање, али поставља се питање о применљивости овог принципа на активности и улоге које имају значај за одређену особу, док некој другој особи нису привлачне (нпр. одређене рекреативне активности). У оквиру DCP модела, социјална партиципација је описана као оптимално остваривање животних навика (свакодневних активности и друштвених улога) вреднованих од стране особе или њеног социо-културног окружења (Fougeyrollas et al., 1999). Овакав начин дефинисања партиципације у DCP одражава важност избора, вредности, жеља и значајности коју одређена активност или улога имају за саму особу.

Такође, ова класификација дала је значајан допринос развоју Међународне класификације функционисања, ометености и здравља Светске здравствене организације (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, 2001*), у смислу да се домени партиципације у ICF у великој мери поклапају са категоријама животних навика у Квебешкој класификацији (Noreau et al., 2004).

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Фокусирање на индивидуална функционална ограничења је дуги низ година био основа за ускраћивање могућности за учествовање особа са ометеношћу у различитим активностима и животним ситуацијама (Barnes, Mercer, 2005). У том контексту, интервенције су биле усмерене готово искључиво на мењање особе, како би се уклопила у захтеве и очекивања окружења, што код особа са значајним анатомским или функционалним оштећењима најчешће није било могуће. Последњих неколико деценија дошло је до суштинских промена у конципирању ометености, те се она данас посматра као производ динамичке интеракције између способности и капацитета особе и карактеристика физичке и социјалне средине у којој ова особа живи и учествује у различитим активностима.

Квебешки модел *Настајања ситуације хендикепа* био је први који је јасно артикулисао како фактори окружења утичу на социјалну пар-

тиципацију особа са ометеношћу (Verdonschot et al., 2009). Овај модел разматра органске и функционалне последице болести, повреда и других облика нарушавања људског интегритета и развоја, и њихову интеракцију са срединским варијаблама, у циљу евалуације квалитета социјалне партиципације особе, дајући на тај начин подлогу за планирање и реализацију интервенција на плану саме особе и њеног окружења.

Имајући у виду савремене тенденције дефинисања ометености као реципрочне интеракције између окружења и функционалних ограничења особе, фокус проблема премешта се са недостатака саме особе на квалитет њеног функционисања у одређеном контексту и на пружање подршке која ће унапредити индивидуално функционисање унутар тог контекста, како кроз унапређење способности саме особе, тако и кроз модификовање окружења (Wehmeier, 2003). Дакле, потребно је уложити напоре у мењање друштвено-економске организације, као и друштвених ставова и колективних представа; учинити доступним ресурсе и услуге који компензују функционалне разлике и прилагодити начине за остваривање животних навика. Овакве промене су неопходне како би се достигла друштвено-политичка једнакост у односу на животне навике или на поље учешћа у друштву, а која је предвиђена у повељама о људским правима (Fougeyrollas et al., 1999). У контексту таквих настојања, употребљивост Квебешке класификације огледа се у обезбеђивању прецизних и темељних података о партиципацији особе са ометеношћу у активностима у њеном окружењу и (не)остваривању одређених друштвених улога, на основу чега је могуће формулисати план подршке тој особи, како би се унапредила њена инклузија, партиципација и лични успон. У реализацији тог процеса, важно је размотрити аспирације, потребе и жеље самих особа са ометеношћу и у том правцу усмерити интервенције, како би се овим особама обезбедили услови за партиципацију без дискриминације, што је како законска, тако и морална обавеза савременог друштва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barnes, C., & Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment & Society*, 19(3), 527-545.
2. Buntinx, W. H., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
3. Chapiroeu, F., & Colvez, A. (1998). Social disadvantage in the international classification of impairments, disabilities, and handicap. *Social Science & Medicine*, 47(1), 59-66.
4. Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougheyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Validity of the assessment of life habits in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 177-182.
5. Devlieger, P. J. (1999). From handicap to disability: Language use and cultural meaning in the United States. *Disability & Rehabilitation*, 21(7), 346-354.
6. Fougheyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J., st Michel, G. (1999) Kvebeška klasifikacija - nastajanje situacije hendikepa. Beograd: Ministarstvo za socijalna pitanja Republike Srbije
7. Ljubenić, M. J. (2007). „ Oštećenje“, „ ometenost“, „ hendikep“: ideologija jezika deficita. *Sociologija*, (XLIX No 1), 45-64.
8. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougheyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability & Rehabilitation*, 26(6), 346-352.
9. Noreau, L., Fougheyrollas, P., & Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3), 113-118.
10. Noreau, L., Lepage, C., Boissiere, L., Picard, R., Fougheyrollas, P., Mathieu, J., ... & Nadeau, L. (2007). Measuring participation in children with disabilities using the Assessment of Life Habits. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(9), 666-671.
11. Petrović, J. (2007). Language of invalidity and dominant theoretical frames of its study as an indicator of the social status of disabled people. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Prištini*, (36), 259-270.
12. Pfeiffer, D. (1999). The problem of disability definition: again. *Disability & Rehabilitation*, 21(8), 392-395.
13. Savet UN (2007) Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom
14. Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Journal Information*, 45(2).

15. Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability & Rehabilitation*, 25(11-12), 565-571.
16. Verdonchot, M. M., De Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64.
17. Vujačić, M. (2006). Problemi i perspektive dece sa posebnim potrebama. Beograd: *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 38(1), 190-204
18. Wehmeyer, M. L. (2003). Defining mental retardation and ensuring access to the general curriculum. *Education and training in developmental disabilities*, 38(3), 271-282.
19. World Health Organization. (2001) International classification of functioning, disability and health. Geneva
20. na interakcijama između ličnih i karakteristika okruženja. World Health Organization. (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.

**CLASSIFICATION „DISABILITY CREATION PROCESS“
AS A FRAMEWORK FOR ASSESSMENT
AND IMPROVEMENT OF SOCIAL PARTICIPATION**

MARIJA CVIJETIĆ¹, SVETLANA SLAVNIĆ², DRAGANA STANIMIROVIĆ²

¹Primary School „6. oktobar“, Kikinda

²University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation

SUMMARY

According to modern interpretations, disability is the result of dynamic interaction between personal skills and capacities, and characteristics of physical and social environment in which person participates in different activities. One of the first conceptual models which has systematically elaborated the classification of contextual factors that may influence the occurrence of disability/handicap is the Quebec classification: „Disability Creation Process“ - DCP (Fougeyrollas et al., 1999).

Classification „Disability Creation Process“ presents an explanatory model of consequences of disease, trauma and other disorders in which handicap is seen as product of two causal dimensions: individual's characteristics and characteristics of his/her environment. This systematic model of human development considers the interaction that exists between personal features (state of organ systems and functional capacities) and environmental factors (mitigating or aggravating) in determining the quality of social participation of person. Within this classification, social participation is operationalized through concept of life habits that are daily activities and social roles recognized by person or his/her socio-cultural context according to the characteristics of that person (age, sex, socio-cultural identity, etc.) and the impossibility of accomplishing life habits leads to occurrence of handicap situation for that person. Specific feature of this classification is that it allows description of the impact that each of environmental factors has on realization of life habits, on a continuum from complete facilitator to complete barrier.

The importance and usefulness of the Quebec classification is reflected in the provision of accurate and detailed information about the quality of the person's functioning in a specific context, thereby giving background and guidance for planning and implementation of interventions focused on actual persons and their environment, aimed at improving the functioning of people with disabilities in society and enhancing their quality of life.

KEYWORDS: *Disability Creation Process, social participation, people with disabilities*