

# Neke domene kvalitete života osoba s tjelesnim invaliditetom

---

Pavlović, Lora

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:278681>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

**Lora Pavlović**

**NEKE DOMENE KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S  
TJELESNIM INVALIDITETOM**  
DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**  
SOCIJALNI RAD

**Lora Pavlović**

**NEKE DOMENE KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S  
TJELESNIM INVALIDITETOM**  
DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc. Marko Buljevac

Zagreb, 2024.

## Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Kvaliteta života.....	1
2.1 Razumijevanje pojma kvalitete života- subjektivna i objektivna kvaliteta života .....	2
2.2. Definicije i dimenzije kvalitete života.....	5
3. Fizičko zdravlje.....	7
4. Psihičko zdravlje.....	11
5. Socijalni odnosi.....	13
6. Okolina.....	17
7. Hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata.....	19
8. Žene s tjelesnim invaliditetom.....	22
9. Zaključak.....	24

## *Neke domene kvalitete života osoba s tjelesnim invaliditetom*

*Ovaj diplomski rad istražuje kvalitetu života osoba s tjelesnim invaliditetom kroz četiri ključne dimenzije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Rad počinje definiranjem pojma kvalitete života i njegovih dimenzija, uzimajući u obzir subjektivne i objektivne pokazatelje. Zatim se definiraju i opisuju različite domene kvalitete života, počevši sa domenom fizičko zdravlje, koje je temelj svakodnevnog funkcioniranja, često ograničeno kod osoba s tjelesnim invaliditetom zbog povećane ovisnosti o drugima, smanjene mobilnosti i radne sposobnosti. Zatim se opisuju domena psihičkog zdravlja specifičnih potreba i izazova koje imaju osobe s tjelesnim invaliditetom. Socijalni odnosi su još jedna važna dimenzija, gdje se naglašava potreba za adekvatnom socijalnom podrškom i prevladavanjem diskriminacije koja može otežati integraciju osoba s invaliditetom u širu zajednicu. Okolina igra ključnu ulogu u omogućavanju ili ograničavanju sudjelovanja osoba s invaliditetom u svakodnevnom životu, uključujući pristupačnost fizičkih prostora, dostupnost kvalitetne medicinske i socijalne njege te mogućnosti za obrazovanje i rekreaciju.*

*Rad također posebno razmatra dvije specifične skupine osoba s tjelesnim invaliditetom: hrvatske ratne vojne invalide iz Domovinskog rata i žene s tjelesnim invaliditetom. Ove skupine suočavaju se s dodatnim izazovima zbog svojih karakteristika i položaja u društvu, što utječe na njihove specifične potrebe i kvalitetu života. Zaključak rada ističe potrebu za holističkim pristupom u unapređenju kvalitete života osoba s tjelesnim invaliditetom, uključujući rad na uklanjanju zapreka s kojim se oni susreću, ali također potrebu za osnaživanjem i ulaganjem resursa, kako bi se poboljšala njihova kvaliteta života i osigurala inkluzija u društvo. Rad naglašava i važnost uloge socijalnog rada u pružanju podrške i zagovaranju prava osoba s invaliditetom, čime se izravno doprinosi poboljšanju njihovih životnih uvjeta.*

*Ključne riječi: kvaliteta života, osobe s tjelesnim invaliditetom, fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, hrvatski ratni vojni invalidi, žene s tjelesnim invaliditetom,*

### *Some domains of quality of life of people with physical disabilities*

*This paper explores the quality of life of people with physical disabilities through four key dimensions: physical health, psychological health, social relations, and the environment. The paper begins by defining the concept of quality of life and its dimensions, taking into account both subjective and objective indicators. It then defines and describes different domains of quality of life, starting with the domain of physical health, which is the foundation of daily functioning and is often limited in people with physical disabilities due to increased dependence on others, reduced mobility, and work capacity. The domain of psychological health is then described, focusing on the specific needs and challenges faced by people with physical disabilities. Social relations are another important dimension, where the need for adequate social support and overcoming discrimination that can hinder the integration of people with disabilities into the broader community is emphasized. The environment plays a crucial role in enabling or restricting the participation of people with disabilities in daily life, including the accessibility of physical spaces, the availability of quality medical and social care, and opportunities for education and recreation.*

*The paper also specifically considers two distinct groups of people with physical disabilities: Croatian war veterans from the Homeland War and women with physical disabilities. These groups face additional challenges due to their characteristics and societal position, which affects their specific needs and quality of life. The conclusion of the paper highlights the need for a holistic approach to improving the quality of life for people with physical disabilities, including efforts to remove the barriers they face, as well as the need to empower and invest resources to enhance their quality of life and ensure their inclusion in society. The thesis also emphasizes the important role of social work in providing support and advocating for the rights of people with disabilities, which directly contributes to the improvement of their living conditions*

*Key words: quality of life, people with physical disabilities, physical health, psychological health, social relations, croatian war veterans, women with psysical disabilities*

## Izjava o izvornosti

Ja, Lora Pavlović, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Lora Pavlović

Datum: 10.9.2024.

## **1. Uvod**

Kvaliteta života osoba s tjelesnim invaliditetom postaje sve istraživanija tema u području socijalnog rada i socijalne politike, posebno u kontekstu suvremenog društva koje teži inkluziji i jednakopravnosti svih svojih članova.

Ovaj rad istražuje kako različite dimenzije kvalitete života utječu na osobe s tjelesnim invaliditetom, s posebnim naglaskom na međudjelovanje fizičkog i psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline. Kako bi se utvrdilo na koji način prisutnost invaliditeta obilježava različite domene života, koje su percepcije članova obitelji te utjecaj sustava formalne i neformalne podrške na osobu s invaliditetom, koristi se koncept kvalitete života (Brown i sur., 2006.).

Kvaliteta života osoba s invaliditetom općenito, a posebice s fokusom na tjelesni invaliditet, i dalje je nedovoljno definiran i istražen koncept, budući da se autori služe različitim pristupima i istražuju različite domene (Leutar i Buljevac, 2020.).

Kroz rad će se razmotriti teorijska podloga kvalitete života, analizirati trenutni status i izazovi s kojima se suočavaju osobe s tjelesnim invaliditetom, te istražiti uloga socijalnog rada u unapređenju njihovih životnih uvjeta.

Svrha ovog rada jest skrenuti pozornost na važnost unaprjeđenja kvalitete života osoba s tjelesnim invaliditetom kroz prikaz poteškoća koji imaju negativan utjecaj na njihov život i njegovu kvalitetu, ali i prikaz njihovih snaga koje im pomažu prevladavati te poteškoće. Dakle, potrebno je raditi na otklanjanju zapreka ali i osnaživanju resursa osoba s invaliditetom, kako bi se poboljšanje kvalitete života odgovorilo na sve specifične potrebe osoba s invaliditetom.

## **2. Kvaliteta života**

Kvaliteta života je pojam koji proučavaju razne znanstvene discipline, pri čemu mu svaka od njih daje različito značenje. Na primjer, u medicini se kvaliteta života odnosi na to koliko su očuvane funkcije pacijenta, u ekonomiji će se odnositi na životni



standard, a u politici u kojoj mjeri su zajamčene prava i slobode građana te dostupnost zdravstvene zaštite i obrazovanja (Katavić i sur., 2016.).

Također, pojam kvalitete života koristi se u svakodnevnom, kolokvijalnom govoru. U tome, širem smislu, pojam kvalitete života obuhvaća kako pojedinac procjenjuje „izvršnost“, odnosno blagostanje različitih segmenata svoga života. Ove procjene uključuju trenutačno raspoloženje, emocionalne odgovore na određene događaje u životu, osjećaje ispunjenosti i zadovoljstva životom te zadovoljstvo poslom i osobnim odnosima i slično (Theofilou, 2013.). No, vidljivo je da kvaliteta života uključuje šire značenje i zahtjeva opširniji odgovor nego klasično rutnisko pitanje na početku svakodnevnog razgovora: „Kako si?“ (Halauk, 2013.).

No, i u literaturi se pojam kvalitete života često referira kao pojam općenitog blagostanja. Ova dva pojma u literaturi su često ostavljena nedefinirana ili se koriste inkonzistentno ili naizmjenično. U nekim slučajevima, jedan pojam se koristi kako bi se definirao drugi (De Leo, 1998., prema Theofilou, 2013.). Nedostatak jasne definicije kvalitete života može se pripisati brojnim konceptualizacijama koje su se razvijale tijekom godina (Theofilou, 2013.). Dakle, različite perspektive vode do različitih konceptualizacija i metoda mjerenja, što onemogućava uspostavu čvrstog teorijsko-konceptualnog okvira za ovaj pojam.

### *2.1 Razumijevanje pojma kvalitete života- subjektivna i objektivna kvaliteta života*

Razumijevanje pojma kvalitete života prolazilo je kroz dugotrajnu evoluciju. Tokom povijesti, definicije pojma kvalitete života i način mjerenja uvelike su se mijenjali i razlikovali (Vuletić i sur., 2011.).

Istraživanja koja se bave percepcijom kvalitete života započela su sredinom šezdesetih godina prošlog stoljeća, fokusirajući se na uspostavljanje povezanosti između ekonomskog rasta i socijalnog razvoja u suvremenim industrijskim društvima. Budući da su većinom nastala kao izolirani pokušaji definiranja određenih indikatora i dimenzija ovog pojma, s ciljem unapređenja instrumenata socijalne politike i planiranja društveno-ekonomskog razvoja, pojavila se potreba za njihovim dubljim i

detaljnijim razumijevanjem (Karajić, 1992.). Naime, sredinom dvadesetog stoljeća pojam kvalitete života uglavnom je podrazumijevao životni standard, a većina istraživanja koja su se bavila tom temom bila su provedena u području ekonomije. S povećanjem životnog standarda istraživanja su se usmjerila na područje sociologije, gdje su se opažala zadovoljenja osobnih i društvenih potreba (Vuletić i sur., 2011.). Tako su se šezdesetih godina dvadesetog stoljeća počeli razlikovati subjektivni od objektivnih pokazatelja kvalitete života (Lučev, 2008., prema Vuletić, 2011.). Tome svjedoče i brojna istraživanja provedena na temu kvalitete života od 1970-ih godina (Easterlin, 1974.; Duncan, 1975.; Diener, Oishi, 2000., prema Šiško, 2019.) koja su pokazala da s povećanjem standarda života u materijalnom smislu ne dolazi nužno do povećanja subjektivnog blagostanja.

Istraživači su zaključili da nakon postizanja određene razine, dohodak i drugi objektivni pokazatelji nisu snažno povezani sa subjektivnim blagostanjem (Inglehart, 2000; Gasper, 2007., prema Šiško, 2019.). Kada se osnovne materijalne potrebe zadovolje, ostale sfere života postanu znatno bitnije za subjektivno iskustvo kvalitete života (Šiško, 2019.).

Danas, i subjektivni i objektivni pokazatelji pomažu nam definirati koncept kvalitete života. Objektivni pokazatelji kvalitete života odnose se na objektivne ili društvene pokazatelje poput uvjeta rada i stanovanja, zdravstva, ekonomske stabilnosti i stupanj obrazovanja (Felce i Perry, 1995., prema Buljevac i sur., 2022.), dok subjektivni pokazatelji odražavaju poštivanje životnog iskustava osobe i odnose se na mogućnost donošenja individualnih izbora u životu (Cummins, 1996., prema Buljevac i sur., 2022.)

Kako bi istaknula važnost korištenja i subjektivnih i objektivnih pokazatelja zbog njihovog nadopunjavanja, autorica Slavuj (2012.) u svome radu navodi nekoliko prepreka i nedostataka u korištenju jednih i drugih pokazatelja. Iako su objektivni pokazatelji smatrani tzv. *čvrstim* pokazateljima koji mogu biti lako i precizno definirani, autorica navodi nekoliko nedostataka takvih pokazatelja. Nedostaci uključuju nemogućnosti ili poteškoće u uspoređivanju rezultata, činjenica da ne postoji konsenzus jer će različite osobe različito vrednovati istu stvar pa različito poimaju najvažnija životna područja. Također, vrlo je malen broj indikatora za koje se može sa

potpunom sigurnošću pretpostaviti da su *dobri* ili *loši*. No, subjektivni indikatori također imaju neke svoje nedostatke. Kao i kod objektivnih pokazatelja, njihova interpretacija može biti problematična. Uzrok tomu je što različitost među grupama, pojedinačima, mjestima i vremenima ima utjecaj na oblikovanje percepcija i stavova, ali te razlike ne smanjuju njihovu validnost i autentičnost. Također, u literaturi se skupina argumenata za ili protiv subjektivnih pokazatelja odnosi na pitanje njihove primjenjivosti. Teza koja stoji iza ovog argumenta jest da ljudi ne mogu uvijek znati što je za njih dobro ili loše, pa iz tog razloga nisu kompetentni procijeniti svoje uvjete života, niti bi njihove procjene trebale služiti kao osnova za oblikovanje javnih politika (Slavuj, 2012.).

Također, važno je uzeti u obzir da će osobe koje dolaze iz različitih kultura i različitih generacija imati drugačije shvaćanje kvalitete života, pa tako i osobe sa invaliditetom. Zato je potrebno promatrati osobu i u socijalnom kontekstu te isticati bitnost psihosocijalne perspektive (Rusac i sur., 2007.). Zatim, osobne odrednice kao što su dob, spol i socijalni status predstavljaju posredujuće varijable koje utječu na životne uvjete ljudi ali i na njihove osobne vrijednosti, očekivanja te subjektivno shvaćanje što je za njih dobro ili loša kvaliteta življenja (Hughes, 1993., prema Rusac i sur., 2007.).

Dosadašnja istraživanja kvalitete života kod osoba s tjelesnim invaliditetom naglašavaju važnost osobnih iskustava. Autori Albrecht i Devlieger (1999.) u svome istraživanju razmatraju „paradoks invaliditeta“ – zašto mnoge osobe s invaliditetom izvještavaju da imaju dobru ili izvrsnu kvalitetu života, a naizgled imaju veću vjerojatnost procijeniti svoju kvalitetu života niskom. U navedenom istraživanju, više od polovice ukupnih ispitanika doživljava svoju kvalitetu života dobrom ili izvrsnom. Faktori koji su ispitanici pridodali svojoj dobroj ili izvrsnoj kvaliteti života su emocionalna potpora drugih, kontrola vlastitog života, religija, pronalaženje životnog smisla i slično.

## 2.2. Definicije i dimenzije kvalitete života

Kao što je navedeno, pojam kvalitete života je vrlo teško definirati i u literaturi ne postoji jednoznačna definicija tog koncepta. Jedna od niza definicija, koja je ipak najraširenija i najprihvaćenija je definicija Svjetske zdravstvene organizacije. Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization*, WHO) definira kvalitetu života kao percepciju pozicije koju pojedinac ima u životu u specifičnom kulturološkom, društvenom te kontekstu okoline. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, koncept kvalitete života dijeli se na četiri dimenzije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalne odnose i okolinu. U tablici 2.1. su prikazane dimenzije koncepta kvalitete života i pripadajući indikatori (The WHOQOL Group, 1998.).

Tablica 2.1. Dimenzije i indikatori koncepta kvalitete života

<b>Dimenzije koncepta kvalitete života</b>	<b>Indikatori</b>
<b>Fizičko zdravlje</b>	Aktivnosti dnevnog života
	Ovisnost o medicinskim lijekovima i pomagalicama
	Energija i umor
	Mobilnost
	Bol i nelagoda
	Spavanje i odmor
	Radna sposobnost
<b>Psihičko zdravlje</b>	Negativni osjećaji
	Pozitivni osjećaji
	Samopoštovanje
	Duhovnost
	Religija i osobna vjerovanja
	Razmišljanje
	Učenje
	Memorija i koncentracija
	Slika o sebi
<b>Socijalni odnosi</b>	Socijalna podrška
	Osobni odnosi
	Seksualna aktivnost
<b>Okolina</b>	Financijska sredstva
	Sloboda i sigurnost
	Dostupnost i kvaliteta medicinske i socijalne njege

	Kućno okruženje	
	Prilike za stjecanje novih znanja i vještina	
	Prilika za sudjelovanje u rekreaciji i aktivnostima slobodnog vremena	
	Fizička okolina	Zagađenje
		Buka
		Promet
		Klima
		Prijevoz

Još jedna u literaturi često korištena definicija jest Eurostatova definicija. Prema Eurostatu (2024.), kvaliteta života mjeri se prema *8+1 dimezijama*. Osam od dimenzija odnosi se na sposobnost ljudi da teže dobrobiti prema vlastitoj definiciji po svojim vrijednostima i prioritetima. Te dimenzije su: materijalni uvjeti života, produktivnost i zaposlenje, obrazovanje, zdravlje, slobodno vrijeme i društveni odnosi, ekonomska i fizička sigurnost, upravljanje i osnovna prava te okoliš. Zadnja, deveta dimenzija odnosi se na osobnu percepciju kvalitete života, odnosno zadovoljstvo životom, emocije i smisao života, te se naziva „*opće životno iskustvo*“.

Autori Felce i Perry (1995.) pružaju definiciju kvalitete života kao cjelokupno opće blagostanje koje obuhvaća objektivne faktore i subjektivnu procjenu fizičkog, socijalnog, materijalnog i emocionalnog blagostanja. Ovo uključuje osobni razvoj i svrhovite aktivnosti, a ono se procjenjuje kroz osobni sustav vrijednosti pojedinaca.

Autor Schalock (2020.) navodi sljedeće domene kvalitete života s pripadajućim indikatorima:

1. Osobni razvoj (status obrazovanja te osobne, kognitivne, socijalne i praktične kompetencije)
2. Samoodređenje (autonomija)
3. Interpersonalni odnosi (interakcije u društvu, socijalna mreža, odnosi s obitelji, prijateljima i vršnjacima)
4. Socijalna uključenost (uključenost u zajednicu)
5. Prava (temeljna ljudska prava, poštovanje, državljanstvo, izbori, dostojanstvo)
6. Emocionalno blagostanje (niska razina stresa, općenito zadovoljstvo, užitak)

7. Tjelesno blagostanje (kvaliteta zdravstvenog statusa, svakodnevne aktivnosti, mobilnost)
8. Materijalno blagostanje (radni status, posjed).

### **3. Fizičko zdravlje**

Prema međunarodnoj definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije zdravlje je stanje općenitog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti (WHO, 2006., prema Vuletić, 2022.).

Danas je bez sumnje istaknuto koliko je zdravlje značajno za cjelokupnu kvalitetu života za pojedinca ali i za skupine. Može se reći da bolest i narušeno zdravlje imaju multidimenzionalan utjecaj na kvalitetu života. Bolest ne samo da utječe na pojedinca u smislu fizičkih simptoma i time ograničava funkcioniranje, nego su tu nazočne i indirektno posljedice kao što je promjena u sposobnosti za rad, izolacija, gubitak samostalnosti i ovisnost o drugima i slično. Sve navedeno najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca (Vuletić, 2022.).

Zajednica saveza osoba sa invaliditetom hrvatske u suradnji sa 11 partnerskih saveza osoba sa invaliditetom provela je istraživanje o kvaliteti života osoba sa invaliditetom u Hrvatskoj. U istraživanju je sudjelovalo 596 sudionika, od kojih je 64% bilo osoba sa tjelesnim invaliditetom. Od ukupnog broja sudionika, njih nešto više od 23% smatra da im je fizičko zdravlje jako loše, dok čak 34,4% ispitanika smatra da im je fizičko zdravlje vrlo dobro i izvrsno (Širinić, 2021.).

Kada je u pitanju obavljanje svakodnevnih aktivnosti, što je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji jedan od indikatora dimenzije fizičkog zdravlja, rezultati navedenog istraživanja pokazuju da velik postotak ispitanika ne može obaviti svakodnevne aktivnosti bez pomoći druge osobe. Oko 46% ispitanika ima poteškoća pri ustaju iz kreveta ili stolice ili uopće to nisu u mogućnosti učiniti (12%), njih 38% navodi da imaju poteškoće u hranjenju, 21% ispitanika navodi da ne mogu samostalno obući ili skinuti odjeću, a 18% ne može obaviti nuždu samostalno. Skoro polovici ispitanika (49%) tuširanje ili kupanje predstavlja poteškoće. Također, još jedan

indikator pokazatelja fizičkog zdravlja jest ovisnost o medicinskim pomagalima (The WHOQOL Group, 1998.). Od ukupnog broja ispitanika njih 63% koristi neko ortopedsko ili drugo pomagalo. Značajno je primijetiti da je čak 42,2% ispitanika izrazilo potrebu za korištenjem pomagala koja nisu na listi HZZO-a, a čak 37,9% ispitanika izrazilo je potrebu za pomoći drugih osoba. Navedeni nalazi su slični podacima Izvješća o osoba sa invaliditetom u Republici Hrvatskoj (HZJZ, 2023.) prema kojemu 74,4% osoba sa invaliditetom koristi neku vrstu pomagala.

Sve odrasle osobe s tjelesnim invaliditetom, bez obzira na uzrok koji je doveo do invaliditeta ili tip invaliditeta, imaju zajednička ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti u različitim stupnjevima, kao što su briga o osobnim potrebama, sposobnost hodanja, izlaska van i slično. Štoviše, svaka osoba s tjelesnim invaliditetom različito vrednuje svakodnevne aktivnosti prema tome koliko su važne samo njoj. Stoga je identificiranje preferencija i ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti postalo ključno za pružanje odgovarajuće osnove za bolje zdravstvene skrbi za osobe s tjelesnim invaliditetom (Jovanović i sur., 2012.). Strum i suradnici (2021.) navode kako potrebe ispitanika ističu važnost dobrog zdravstvenog sustava s prilagođenom rehabilitacijom.

Da sport utječe na unapređenje kvalitete života opće je usvojena činjenica, kao što je znanstveno potvrđena tvrdnja multidimenzionalnog učinka kinezioloških aktivnosti na vlastitu procjenu kvalitete života osobe sa invaliditetom. No, osobe s invaliditetom, neovisno o vrsti oštećenja, najčešće prakticiraju način života koji je sjedilački što dovodi do povećanja funkcionalnih ograničenja vezanih uz prvotno oštećenje (Crnković i Rukavina, 2012.). To potvrđuju autori Cardinal, Kosma i McCubin (2009., prema Ćorić i Ljubotina, 2013.) koji navode da 77-88% odraslih osoba s tjelesnim invaliditetom ne vježba aktivno ili barem ne dovoljno da spriječi hipokinetičke poremećaje.

McVeigh i suradnici (2009.) proveli su istraživanje u kojemu su ispitivali povezanost kvalitete života i integracije u društvenu zajednicu kod osoba sa spinalnom ozljedom uključenih u sportske aktivnosti i onih koji nisu uključene u sportske aktivnosti. Rezultati su pokazali da osobe koje su uključene u sportske aktivnosti iskazuju veći stupanj uključenosti u zajednicu i veću kvalitetu života.

Istraživanja provedena u Hrvatskoj koja povezuju sport i kvalitetu života osoba s tjelesnim invaliditetom su pokazala vrlo slične rezultate. Autori Ćorić i Ljubotina (2013.) proveli su istraživanje na uzorku od 101 veterana Domovinskog rata sa tjelesnim invaliditetom. Istraživanje nije omogućilo zaključak da je isključivo bavljenje sportom kod veterana dovelo do procjene vlastite kvalitete životom kao zadovoljavajuće, ali samoprocjene veterana ukazuju kako bavljenje sportom pozitivno utječe na neke aspekte njihovog života, kao što je fizičko i psihičko zdravlje te socijalni život. Još jedno istraživanje provedeno u Hrvatskoj, autora Crnković i Rukavina (2013.) u kojem je sudjelovalo 175 ispitanika od kojih je 72 ispitanika osoba sa tjelesnim invaliditetom. U svrhu istraživanja korišten je WHOQOL-BREF upitnik. S obzirom na razlike u zadovoljstvu vlastitim životom, ispitanici iz kategorije osoba sa tjelesnim invaliditetom statistički se značajno razlikuju od ispitanika iz ostalih kategorija invaliditeta po pitanju zadovoljstva zdravljem, i to u pogledu da imaju manje bodova, dok se ostale kategorije međusobno ne razlikuju. Autori objašnjavaju navedene rezultate kao posljedicu činjenice da osobe s tjelesnim invaliditetom najčešće boluju od kroničnih bolesti što uzrokuje ovisnost o tuđoj pomoći, smanjenu radnu sposobnost, te smanjenje cjelokupne energije i pokretljivosti. No, ukupni rezultati istraživanja potvrđuju da bavljenje sportom ima pozitivnu povezanost sa svim domenama kvalitete života osoba sa invaliditetom, bez obzira na kategoriju. Zato je veoma važno da se osobe s invaliditetom uključuju u aktivnosti sporta, jer ono omogućava inkluziju u društvo i njegovu zajednicu te stjecanje nekih novih motoričkih i socijalnih sposobnosti i vještina čime osoba postiže maksimalnu moguću neovisnost svojih motoričkih sposobnosti u granicama njihovih funkcionalnih mogućnosti.

Još jedan indikator fizičkog zdravlja kao dimenzije kvalitete života prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji je radna sposobnost. Prema statističkim podacima Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje u 2023. godini, postotak zaposlenih osoba s invaliditetom u cjelokupnom broju svih zaposlenih iznosi 2,8%. Što se tiče zaposlenosti prema spolu, od ukupnog broja zaposlenih osoba s invaliditetom, 1.823 su muškarci (50,01%), a 1.822 žene s invaliditetom (49,99%), dakle jednako su prisutni na tržištu rada. Kada pogledamo vrstu radnog odnosa, 96,1% je zaposleno na temelju zasnivanja radnog odnosa, a 142 osobe 3,9% na temelju drugih poslovnih aktivnosti ( npr. registriranje trgovačkog društva, obrta, ugovor o djelu i drugo.). S



obzirom na vrstu invaliditeta, najveći broj zaposlenih čine osobe s kombiniranim teškoćama, njih 24,7%, a osobe sa tjelesnim invaliditetom čine 19,7% ukupno zaposlenih, odnosno njih 717.

Nezaposlenost osoba s invaliditetom predstavlja globalni problem. Prisutno je u svim zemljama, a posebno u nerazvijenim zemljama, zemljama u razvoju i tranzicijskim zemljama (Leutar i Milić Babić, 2008.). U Hrvatskoj je, usprkos poticajnim mjerama, zapošljavanje osoba s invaliditetom otežano, te one često postaju teret obitelji i socijalnih službi. Osobe s invaliditetom prve gube posao, a posljednje ga dobivaju, često zbog negativnih stavova, sažaljenja, predrasuda, zanemarivanja i omalovažavanja (Zovko, 2000.). Na temelju evidencije Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje (2023.) u Hrvatskoj je nezaposleno 11.297 osoba s invaliditetom, što iznosi 9,8% od ukupne populacije nezaposlenih osoba prijavljenih u evidenciji Zavoda. Od ukupnog broja nezaposlenih osoba sa invaliditetom, njih 16,9% su osobe s tjelesnim invaliditetom.

Još jedan statistički važan faktor pri proučavanju zaposlenosti osoba sa invaliditetom u Hrvatskoj jest radno iskustvo. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje uočljivo je da ukupno 3.057 ili 27,1% nezaposlenih osoba s invaliditetom nema radnog iskustva uopće, a njih 17,5% do godine dana radnog iskustva. Jedna u nizu prepreka tijekom zapošljavanja na tržište rada osobama s invaliditetom predstavlja i manjak radnog iskustva. Također, osobe sa invaliditetom koje su dulje vremena nezaposlene teže dođu do posla te izgube usvojena znanja i vještine stečene tijekom školovanja ili rade, što ih dovede do veće isključenosti, a posljedično i težem povratku na tržište rada (Hrvatski zavod za zapošljavanje, 2023.)

Autorice Leutar i Milić Babić (2008.) u svom radu ispitale su zadovoljstvo životom i radni status kod osoba sa invaliditetom, na prigodnom uzorku od kojih je preko 75% ispitanika osoba s tjelesnim invaliditetom te su podaci pokazali da je 49,33% ispitanika koji su zaposleni zadovoljni svojim životom, dok je samo 28,07% ispitanika koji su nezaposleni izrazilo zadovoljstvo svojim životom. Također, osim što su manje zadovoljni životom, nezaposleni ispitanici osjećali su intenzivniji osjećaj nesretnosti u odnosu na zaposlene ispitanike. Istraživanja potvrđuju da je zaposlenost veoma je važna u poboljšanju kvalitete života kod osoba sa invaliditetom.

#### 4. Psihičko zdravlje

Psihičko zdravlje je, kao i fizičko, veoma važno za svakog pojedinca, te je jedno od dimenzija kvalitete života prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Iako vrlo često psihičko zdravlje utječe na fizičko, i obrnuto, prema istraživanju (Širinić, 2021.) psihičko i fizičko zdravlje mogu se značajno razlikovati kod pojedinaca. U navedenom istraživanju 34,4% ispitanika navodi da su vrlo dobrog ili izvrsnog fizičkog zdravlja, dok njih 56,4% smatra kako im je psihičko zdravlje vrlo dobro ili izvrsno.

Istraživanja pokazuju da su osobe s invaliditetom u povećem riziku od opće populacije po pitanju narušenog mentalnog zdravlja (Honey i sur., 2010., prema Sangster Jokić i Bartolac, 2018.). Život s povredama, kroničnim bolestima ili dugoročnim onesposobljenjem može donijeti mnoga dodatna opterećenja, poput rizika od pogoršanja zdravlja, promjena u načinu života, stigmatizaciju, smanjenje socijalne podrške i sudjelovanja, te socijalnu izolaciju.

Socijalni čimbenici koji se povezuju sa slabijim mentalnim zdravljem se odnose na socijalne barijere i manju socijalnu mobilnost zbog isključenosti s tržišta rada i većih troškova koji su povezani s invaliditetom (Sangster Jokić i Bartolac, 2018.).

Još neki čimbenici koji pridonose većoj prisutnosti mentalnih problema kod osoba s invaliditetom, prema analizi podataka prikupljenih 2018. godine u Americi putem telefonske ankete (Cree, 2020.), su siromaštvo, ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, izolacija i nedostatak podrške za poboljšanje mentalnog zdravlja. U navedenom istraživanju također je istražena je prisutnost teškoća mentalnog zdravlja među osobama s invaliditetom i bez invaliditeta. Rezultati su pokazali kako je kod osoba s invaliditetom 4,6 puta veća prisutnost problema mentalnog zdravlja nego kod osoba koje su bez invaliditeta. Konkretno, 32,9% osoba s invaliditetom prijavilo je određene teškoće mentalnog zdravlja, a samo 7,2% osoba koje su bez invaliditeta je prijavilo iste probleme (Cree, 2020.).

Autori Ljubičić i suradnici (2022.) u svom radu navode kako pojavnost tjelesnog invaliditeta dovodi do snažnih emocionalnih reakcija. Taj kompleksan obrazac osobnih

reakcija povezan je s određenim okolnostima, ljudima, stvarima i situacijama koje pojedinac smatra važnima. Kod identifikacije emocionalnih potreba osoba s tjelesnim invaliditetom važno je promotriti emocije i u kontekstu društvenih odnosa. Dakle, trebalo bi ih sagledati kao osnovu ponašanja u kontekstu okruženja kojemu osoba pripada. Spektar navedenih oblika emocija je širok, i obuhvaća emocije koje pripadaju samoj osobi (npr. osjećaj tuge, straha, srama, krivnje) te one emocije povezane sa bliskom društvenom okolinom (npr. divljenje, poštovanje, prijezir). Dakle, okruženje unutar kojeg živi osoba sa invaliditetom predstavlja objektivnu stvarnost u kojoj se nastoje održati u ravnoteži dva sustava percepcije i vrijednosti, a to su sustav osobe s tjelesnim invaliditetom i sustav osoba u njenom okruženju. Sve to čini emocionalni život veoma kompleksan dinamični sustav koji je u neprekidnoj interakciji s okolinom u kojoj osoba s invaliditetom živi. Unutar te interakcije cilj je zadovoljenje vlastitih osnovnih životnih potreba. U situacijama kada se to ne može postići, dolazi do narušavanja emocionalne ravnoteže, gubitka zadovoljstva i pojave negativnih emocija što narušava mentalno zdravlje osobe (Hanková i Vávrová, 2016., prema Ljubičić i sur., 2022.) Također, emocionalne potrebe osoba s tjelesnim invaliditetom i njihova emocionalna dobrobit može biti ugrožena jer nisu prihvatile vlastiti invaliditet, nemaju dovoljnu podršku okoline, te zbog stigmatizacije, diskriminacije i negativnog percipiranja društva (Baker i Namavar, 2021., prema Ljubičić i sur., 2022.)

Duhovnost i religioznost su također indikatori psihičkog zdravlja prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Navedeni indikatori su na vrlo važnom mjestu kao pomoć kod savladavanja tjeskobnih i strahom ispunjenih životnih kriza i teških situacija. Neka istraživanja koja se bave religioznošću pokazuju kako u vrijeme životnih poteškoća vjera postane intenzivnija nego prije te ljudi postaju okrenuti dimenziji čovjeka koja je duhovna (Leutar, 2001.). Iako na našim područjima navedeni indikatori nisu dovoljno istraženi u kontekstu kvalitete života osoba sa tjelesnim invaliditetom, svakako mogu biti vrlo značajni elementi kvalitete života pojedinca.

Psihičko zdravlje je svakako veoma kompleksan i slojevit konstrukt, te se osobe sa invaliditetom suočavaju sa specifičnim psihičkim opterećenjima u nastojanju da održe svoju emocionalnu dobrobit. Kod istraživanja kvalitete života osoba sa tjelesnim invaliditetom vrlo je važno osvrnuti se na psihičko zdravlje kao indikator te ga dodatno istražiti na području Hrvatske. Ključno je prepoznati potrebe za podrškom mentalnog

zdravlja osoba sa tjelesnim invaliditetom kako bi se ono unaprijedilo, rezultirajući u poboljšanju ukupne kvalitete života.

## **5. Socijalni odnosi**

Socijalni odnosi predstavljaju treću dimenziju kvalitete života prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Kada promatramo socijalno okruženje, možemo zaključiti da je kvaliteta socijalnih odnosa osoba s invaliditetom i njihovo okruženje u velikoj mjeri povezano sa osobnom razinom sreće i dobrobiti (Leutar i Buljevac, 2020.), a razina kvalitete socijalnih odnosa je bitan indikator sreće kod osoba s invaliditetom (Marinić i Brkljačić, 2008., prema Šarčević Ivić-Hofman i sur., 2021.). Također, socijalna podrška važan je element prilagodbe društvu, a predstavlja prisutnost ili dostupnost osoba na koje se pojedinac može osloniti, koje o njemu brinu, cijene ga i vole (Sarason i sur., 1993., prema Šarčević Ivić-Hofman i sur., 2021.). Može se opisati kao niz pozitivnih utjecaja koji dolaze iz bliskih veza s drugim ljudima, a koji pomažu pojedincu da se nosi s različitim izazovima i stresnim situacijama u životu. Socijalna podrška iskazuje se kroz angažiranost i konkretne aktivnosti, kao što je pružanje emocionalne potpore, poticanje samopoštovanja te obavljanje poslova umjesto osobe u krizi (Furlan i sur., 2005., prema Šarčević Ivić-Hofman i sur., 2021.). Kao što je navedeno u poglavlju o psihičkom zdravlju kao dimenziji kvalitete života, osobe sa fizičkim invaliditetom često se susreću sa brojnim izazovima pri obavljanju svojih životnih aktivnosti što utječe na njihov emocionalni život i potrebna im je specifična socijalna podrška. Garcia, Pieta-Flores i Rosenberg (2008., prema Leutar i Buljevac, 2020.) navode sljedeće oblike podrške namijenjene osobama s invaliditetom: neformalna, formalna, neformalna i formalna te izostanak podrške. Neformalna podrška odnosi se na podršku od članova socijalne mreže, te je vođena osobnim motivima osobe koja je pruža, ovisna je o težini i vrsti invaliditeta i izvorima podrške, te se manifestira putem emocionalne, informacijske, fizičke, materijalne i druge podrške. Formalna podrška najčešće nastupa kada sustav neformalne podrške ne može zadovoljiti potrebe osobe s invaliditetom jer osobi treba podrška stručnjaka i njihove usluge ili se javi potreba za određenim financijskim sredstvima koja mogu ostvariti

putem priznanja prava u sustavu formalne podrške. Dakle, za osobu s invaliditetom, pored individualne i osobne razine socijalne podrške, koja se odnosi na obitelj, prijatelje i ostale bliske osobe, važno je sagledati i društvenu razinu koja se odnosi na potporu u sklopu zajednice, odnosno na procese socijalne integracije (Berkman i Glass 2000., prema Šarčević Ivić-Hofman i sur., 2021.) Zajednica u kojoj su ljudi međusobno povezani i pružaju jedni drugima podršku, gdje se svaki član osjeća prihvaćeno i dio grupe, predstavlja snažno integriranu zajednicu koja može adekvatno odgovoriti na potrebe svih svojih članova, bez obzira na njihove razlike. Prema Weaferu (2010., prema Leutar i Buljevac, 2020.) neki problemi s kojima se osobe s invaliditetom suočavaju pri uključenosti u zajednicu su: nerazumijevanje i grubost osoba iz okoline, pristupačnost, problem prijevoza, nedostupnost sustava formalne podrške, nejednak pristup informacijama, socijalna izolacija i osobne teškoće. Zato je važno razlikovati pojam prisutnosti u zajednici, koji podrazumijeva korištenje usluga i dobara unutar zajednice koji su dostupni svima, i pojam uključenost u zajednicu, koji podrazumijeva biti dio zajedničke mreže osoba s i bez invaliditeta. Osoba s invaliditetom ne mora biti uključena u život zajednice ukoliko u njoj ne nalazi socijalnu mrežu s osobama bez invaliditeta, bez obzira na to koristi li određene resurse zajednice. Sama prisutnost osoba s invaliditetom često ukazuje na integraciju, ali ne i na uključenost (Leutar i Buljevac, 2020.). Zato je važno isticati dokaze uključenosti u zajednicu, koji su sljedeći:

1. biti prihvaćen osobom neovisno o invaliditetu
2. postojanje značajnih i recipročnih socijalnih odnosa
3. uključenost u aktivnosti zajednice
4. odgovarajući uvjeti stanovanja
5. zaposlenje
6. primanje formalne i neformalne podrške (Hall, 2005., prema Leutar i Buljevac, 2020.)

Istraživanje Leutar i Štambuk (2007.) pokazalo je da osobe s invaliditetom i njihove obitelji najviše podrške dobivaju od supružnika, a potom od roditelja i prijatelja. Interesantno je primijetiti da je rodbina manje važna u pružanju razumijevanja i podrške od prijatelja. Ovi rezultati podupiru novija sociološka istraživanja koja pokazuju da rodbinske veze gube na važnosti i vrijednosti s porastom modernizacije

društva. Ispitanici se rjeđe savjetuju s rodbinom i primaju manje podrške od nje nego od prijatelja. Iza šire obitelji i kolega s posla, slijede institucije. Među institucijama, ispitanici najviše podrške ostvaruju od Crkve, potom od nevladinih organizacija, socijalnih i obrazovnih ustanova, te na kraju od političara i predstavnika županija. Općenito, ljudi su najmanje zadovoljni podrškom političara i predstavnika vlasti. Također, osobe s invaliditetom i njihove obitelji izrazili su veliko nezadovoljstvo socijalne podrške koja im je pružena od Zavoda za socijalnu skrb. Iako do nezadovoljstva često dolazi uslijed prevelike opterećenosti zbog velikog broja korisnika i obujma posla, loših radnih uvjeta, i dalje smanjuje kvalitetu rada Zavoda pri pružanju usluga svojim korisnicima (Urbanc, 1999., prema Leutar, 2007.)

U istraživanju autorice Šarčević Ivić-Hofman i suradnica (2021.) su ispitivale koliko socijalna podrška prijatelja i obitelji te individualan stupanj otpornosti osoba s invaliditetom doprinose objašnjenju njihovog zadovoljstva svojim životom i količinom nade u budućnost. Rezultati su pokazali da je zadovoljstvo životom umjereno pozitivno povezano s otpornosti, socijalnom podrškom te nadom u budućnost. Autorice su također istražile u kojoj mjeri se nada u budućnost i zadovoljstvo životom mogu predvidjeti na osnovu socijalne podrške (podrške od strane obitelji i prijatelja) te otpornosti. Rezultati su pokazali da su otpornost, socijalna podrška prijatelja i socijalna podrška obitelji statistički značajni, pozitivni prediktori zadovoljstva životom.

Nadalje, vrlo je važno obratiti pažnju na socijalnu podršku starijih osoba sa tjelesnim invaliditetom, a na to ukazuje istraživanje Rusac i suradnica (2007.). Autorice su u svom istraživanju ispitivale formalne i neformalne izvore podrške. Rezultati su pokazali kako starije osobe imaju znatno oskudniju socijalnu mrežu i manju socijalnu podršku od mlađih osoba sa tjelesnim invaliditetom. Navedeno se očituje u izvorima informacija vezanih uz svoja osobna prava jer oni ukazuju na to da postoje različite socijalne mreže. Starijim osoba s tjelesnim invaliditetom mediji su primarni izvori informacija, dok su mlađim ispitanicima to udruge za osobe s invaliditetom. Također, autorice su utvrdile da postoje znatne razlike među starijim i mlađim osobama s invaliditetom u načinu na koji provode slobodno vrijeme s obitelji i prijateljima. Osobe s invaliditetom koje su mlađe češće provode vrijeme s prijateljima, dok starije osobe to čine rjeđe. Također, mlađe osobe s invaliditetom provode više vremena s obitelji

nego starije osobe, jer su stariji često samci, više ne žive sa drugim članovima obitelji te se rjeđe međusobno posjećuju. Ovi rezultati su konzistentni s istraživanjem Newsona i Schultta (1996., prema Rusac i sur.,2007.) koje je pokazalo da tjelesno oštećenje kod osoba starijih od 65 godina dovodi do smanjenog broja prijateljskih kontakata i manje socijalne podrške, što rezultira nižim životnim zadovoljstvom. Također, konzistentno s navedenim istraživanjem autorica Leutar i Štambuk (2007.) i starije osobe s invaliditetom najviše podrške dobivaju od djece, potom od supružnika i rodbine. Iza rodbine slijedi Crkva, pa prijatelji. Na posljednjem mjestu je formalni sektor, uključujući udruge, centre za socijalnu skrb, te predstavnike vlasti na županijskoj i državnoj razini, koji pružaju najmanje podrške.

Još jedan indikator ove dimenzije kvalitete života jest seksualna aktivnost. Seksualnost je važno obilježje svakog čovjeka i ono obuhvaća način na koji ga on doživljava i izražava, misli, želje, emocije, vrijednosti, identitet, ulogu i odnose, pa tako i osoba s invaliditetom (Alberta Health Service, 2009.; Parchomiuk, 2012.; Kramers-Olen, 2016.; Tugut i sur., 2016., prema Buljevac, 2023.). Istraživanja koja se bave temom seksualnosti osoba s invaliditetom i istraživanja o pravu na seksualnost je malo, te o tome govori autor Buljevac u svome istraživanju (2023.). Navedeno istraživanje imalo je cilj pružiti uvid u određena obilježja seksualnosti osoba s invaliditetom i njihovo pravo na seksualnost kroz perspektivu njih samih te osoba zaposlenih u sustavu formalne podrške. Rezultati su pokazali da se seksualnost osoba s invaliditetom može podijeliti u dvije skupine čimbenika koji ju određuju; čimbenici koji se vežu uz samu osobu s invaliditetom (npr. vrsta invaliditeta, ranija iskustva, slika o sebi) i čimbenici vezani u okolini osobe s invaliditetom (npr. podrška koju osoba dobiva), koji imaju međusoban utjecaj. Posebno čimbenici vezani uz okolinu utječu na osobe s invaliditetom, pa čak i stvore nove čimbenike vezane za njih. Jedan podatak jest da se čak polovica ispitanika koji su osobe s invaliditetom, dakle njih 51,7%, susretala se s komentarima o seksualnosti osoba s invaliditetom koji su bili negativni, a koji su bili upućeni njihovoj nesposobnosti za seksualne i partnerske odnose, neprivlačnosti i osporavanju seksualnosti. Rezultati ovog i ranijih istraživanja su pokazala da nema razlike između seksualnosti većeg broja osoba s invaliditetom od seksualnosti osoba bez invaliditeta. Potrebno je omogućiti osobama s invaliditetom da ostvaruju svoja

prava na seksualnost i sustavno raditi na tome da se prepreke koje im to onemogućavaju uklone.

## 6. Okolina

Okolina čini posljednju dimenziju kvalitete života prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Indikatori ove dimenzije su sigurnost i sloboda. Danas je u Republici Hrvatskoj to temeljno pravo svakog čovjeka, a prava osoba s invaliditetom dodatno štiti Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. Prema Konvenciji, diskriminacija na osnovi invaliditeta označava svako razlikovanje, isključivanje ili ograničavanje na osnovi invaliditeta koje ima svrhu ili učinak spriječiti korištenje svih ljudskih prava i temeljnih sloboda na ekonomskom, političkom, društvenom socijalnom, kulturnom i svakom drugom području, na ravnopravnoj osnovi s drugima, uključujući i uskraćivanje razumne prilagodbe (Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008., čl. 2.). Tijekom 2023. godine Pravobranitelju za osobe s invaliditetom u Republici Hrvatskoj podnijeto je 147 pritužbi na diskriminaciju po osnovi invaliditeta od kojih se većina, njih 132, odnosila na utvrđivanje kršenja prava i sumnje na diskriminaciju sukladno Zakonu o suzbijanju diskriminacije. I u 2023. godini, kao i od 2020., najveći broj pritužbi na diskriminaciju zbog invaliditeta odnosio se na pristup dobrima i uslugama. Najčešći problemi su fizička nepristupačnost prostora za pružanje javnih i drugih usluga, održavanje događanja u nepristupačnim zgradama i nepristupačnost javnog prijevoza (Pravobranitelj za osobe s invaliditetom, 2023.). Australian Human Rights Commission (2012., prema Leutar i Buljevac, 2020.) navodi neke sustave u kojima osobe s invaliditetom najčešće doživljavaju diskriminaciju:

1. zapošljavanje- poteškoće u samom zasnivanju radnog odnosa, izostanak razumne prilagodbe radnog mjesta i uvjeta, otežano i onemogućeno napredovanje i obrazovanje
2. obrazovanje- nejednak pristup obrazovanju koje je dostupno za sve
3. smještaj- nemogućnost kupovine vlastite imovine



4. pristup uslugama- nejednak pristup uslugama u zajednici
5. pristup javnim mjestima- pristupačnost javnim površinama te pravnim osobama koje pružaju formalnu podršku

Dostupnost i kvaliteta medicinske i socijalne njege je također jedan od indikatora kvalitete života u dimenziji okoline. Autorice Šogorić i sur. (2018.) u svome radu navode da dostupnost zdravstvenog sustava obuhvaća uz prostornu i specijalističku pristupačnost unutar odjela i zdravstvenih ustanova, kako bi osobe s invaliditetom imale sveobuhvatan pristup zdravstvenim uslugama. Prostorna pristupačnost postiže se tehničkim rješenjima u projektiranju i gradnji građevina. To omogućuje osobama s invaliditetom, bez obzira je li trajan ili privremen, smanjenom pokretljivošću te intelektualnim, senzornim i psiho-socijalnim teškoćama neometano pristupanje, boravak, kretanje i rad u građevinama, jednako kao i ostalim osobama. Drugi oblik pristupačnosti je pravičnost, odnosno jednakopravnost, koja osigurava jednak pristup i mogućnosti za sve osobe, bez obzira na dob, spol ili pokretljivost, čime se omogućuje postizanje osnovnih ljudskih prava na kretanje i uključivanje u društveni, gospodarski i kulturni život zajednice.

Važnost pristupačnosti sustava zdravstva, navode autorice (Šogorić i sur., 2018.), ističe i članak 69. Ustava Republike Hrvatske koji naglašava obavezu zaštite zdravlja ljudi, prirode i okoliša, čime se naglašava nužnost osiguravanja adekvatnog okruženja za osobe s invaliditetom. Ono uključuje omogućavanje kvalitetnog i ravnopravnog života u zajednici te ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu. Kako bi se to postiglo, potrebno je započeti s integriranjem ciljeva nediskriminacije i socijalnog uključivanja u sve dokumente prostornog uređenja na lokalnoj i državnoj razini. To uključuje donošenje propisa i provođenje planova koji promiču pristupačnost, primjenu univerzalnog dizajna u gradnji, edukaciju stručne i opće javnosti te razvoj svijesti o zajedničkoj pripadnosti prostoru i zajednici. Također, autorice predlažu uspostavu mehanizama procjene i samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom i navode kako će time neovisnost i kvaliteta života osoba s invaliditetom, kao i kvaliteta zdravstvenog sustava, biti unaprijeđena.

Nadalje, kao što je navedeno u poglavlju „socijalni odnosi“ osobe s invaliditetom stavljaju socijalnu skrb na posljednje mjesto izvora podrške (Leutar i sur., 2007.,

Leutar i Štambuk, 2007.), također, rezultati istraživanja autorica Leutar i sur. (2008.) u kojima su ispitanici bili osobe s invaliditetom i članovi njihovih obitelji, pokazalo je kako je 31,6% ispitanika vrlo nezadovoljno razumijevanjem stručnjaka u socijalnoj skrbi, a njih samo 25% bilo je zadovoljno ili više nego zadovoljno uslugama centra za socijalnu skrb, a njih 37,9% je nezadovoljno ili izrazito nezadovoljno. Prema autoricama, kako bi se poboljšala kvaliteta života osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj potreban je intenzivniji i aktivniji rad i angažiranost oko osoba s invaliditetom i njihovih obitelji, za što je potreban veći broj stručnjaka, što uključuje socijalne radnike, defektologe, logopede, radne terapeute, medicinske sestre i druge. Autorice predlažu da se to može postići većim izdvajanjima iz proračuna za zapošljavanje i edukaciju stručnih osoba. Također, korištenjem različitih metoda rada dolazi do poboljšanja kvalitete života osoba s invaliditetom. Navedene metode uključuju znanja i vještine koje socijalni radnici posjeduju, a vezani su uz poznavanje pravnih izvora znanja iz srodnih područja, timski rad, vještine komunikacije i savjetodavni rad (Leutar i Marković, 2011.)

U Hrvatskoj osobama s invaliditetom može biti pružena podrška u sustavu socijalne skrbi kroz različite oblike: u zavodima za socijalni rad kroz koordiniranje postupaka stjecanja određenih prava (npr. osobna invalidnina, doplatak za pomoć i njegu) i pružanje usluga (npr. smještaj, psihosocijalna podrška), u udrugama kroz realizaciju programa namijenjenih za ostvarivanje i promicanje prava, u centrima za odgoj i obrazovanje, centrima za pružanje usluga u zajednici te centrima za rehabilitaciju (Leutar i Buljevac, 2020.).

## **7. Hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata**

Ratovi uvijek ostavljaju dugoročne i teške posljedice na društvo, od razaranja zemlje, usporenosti gospodarskog oporavka, te invaliditet koji je nastao kao posljedica ranjavanja ili teških traumatskih iskustava (Leutar i Buljevac, 2020.).

Kod hrvatskih ratnih vojnih invalida do oštećenja je došlo uslijed ranjavanja u Domovinskom ratu. Prema tome, hrvatski ratni vojni invalid (HRVI) iz Domovinskog

rata je hrvatski branitelj s najmanje 20% oštećenja organizma radi rane ili ozljede dobivene tijekom obrane suvereniteta Republike Hrvatske, bolesti ili pogoršanja bolesti kao posljedice sudjelovanja u ratu i zatočeništva u logoru ili drugom neprijateljskom objektu (Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, NN 121/17, čl. 12). Unutar kategorije hrvatskih ratnih vojnih invalida, posebno je socijalno osjetljiva skupina 100%-tnih HRVI I. skupine, koja obuhvaća hrvatske branitelje iz Domovinskog rata s 100%-tnim oštećenjem organizma kojima je za redovan život potrebna njega i pomoć druge osobe. Brojke hrvatskih ratnih invalida Domovinskog rata su različite u različitim izvorima, jedan od njih je Registar Osoba s invaliditetom koji navodi 34 610 HRVI, od čega ih je 475 I. skupine (Vlada RH, 2005., prema Buljevac i Leutar, 2020.).

Danas hrvatski ratni vojni invalidi Domovinskog rata imaju specifičan položaj u društvu zbog njihovog odnosa sa samim društvom, koji autori Komar i Vukušić (2004.) prikazuju u sljedeće tri faze:

1. „faza medenog mjeseca“ – braniteljima se iskazuje velika zahvalnost i koriste se svi dostupni resursi za njihovu potporu
2. „faza otrežnjenja“ – smanjenje financijske i socijalne potpore kao posljedica preispitivanja tereta zbrinjavanja stradalih u ratu
3. „faza negacije“ – danas prisutna faza tijekom koje se u društvu minimaliziraju rezultati rata kojeg branitelji percipiraju kao neželjen podsjetnik i otežanje okretanju prema boljoj budućnosti

U istraživanju autorica Jašarević i Leutar (2010.) u kojem je sudjelovalo 17 hrvatskih ratnih vojnih invalida (raspon invaliditeta od 30 do 90% oštećenja organizma) koji su ispitani metodom polustrukturiranog intervjua, rezultati su pokazali prisutnost nekoliko kategorija koje vojni invalidi identificiraju u odnosu društva prema njima: stigmatizaciju, nezadovoljavajuće zakonodavno i političko stanje, nezadovoljavajući društveni položaj, stigmatizaciju, medijsko stereotipiziranje, nezadovoljstvo sustavom braniteljske skrbi, te potrebu za društvenom participacijom. Iako procjenjuju da je njihov položaj u društvu nezadovoljavajući jer smatraju da sustav skrbi braniteljske skrbi nije dovoljno razvijen te zbog nepovoljnog zakonodavnog i političkog stanja,

velik broj invalida Domovinskog rata oslanja se na obitelj i najbliže prijatelje kako bi pronašla osjećaj dostojanstva i zaštite, koji djeluju kao njihovi vanjski zaštitni čimbenici. Jednom djelu ispitanika važni su i unutarnji zaštitni faktor koje oni prepoznaju, a to su samopoštovanje, osjećaj osobnog ponosa i korisnosti, koje pronalaze kroz aktivnosti koje ih opuštaju i zadovoljavaju moralno, posebno u nedostatku zaposlenosti. Autorice navode i neke smjernice za poboljšanje položaja invalida Domovinskog rata, a one uključuju usklađivanje zakona sa stvarnim situacijama u kojima se oni nalaze. To zahtijeva uključivanje stručnjaka i osoba koje su sudjelovale u ratu, kako bi problematiku gledali iz perspektive invalida. Također, uvođenje specifične i individualizirane zdravstvene skrbi kako bi se spriječilo pogoršanje zdravlja i povećanje invaliditeta te osiguralo dostojanstveno postupanje i olakšalo njihovo životno funkcioniranje.

Prema njihovoj samopercepciji, hrvatski ratni vojni invalidi Domovinskog rada ističu ovih 6 područja koji utječu na njihovo dostojanstvo:

1. socijalna jednakost
2. valorizacija prošlih iskustava i osobnog doprinosa općem dobru
3. očuvanje tradicije i sjećanja na Domovinski rat
4. društvena participacija
5. zaštitna uloga države
6. poštivanje osnovnih ljudskih prava (Leutar i Jašarević, 2013.)

Matić (2017.) ispitala je kvalitetu života 100%-tnih HRVI I. skupine s obzirom na razinu posttraumatskih stresnih simptoma i zdravstveno stanje. U istraživanju je sudjelovalo 130 muških članova Udruge 100%-tnih hrvatskih ratnih vojnih invalida I. skupine. Rezultati su pokazali da su vojni invalidi ocjenjuju srednjom ocjenom kvalitetu svog života. Autorica objašnjava ovaj rezultat teorijom homeostaze, prema kojoj odmakom vremena dolazi do vraćanja kvalitete života na razinu koja je predhodila (Cummins, 2000., prema Matić, 2017.). Kako su ispitanici navodili u istraživanju, raspon trajanja invaliditeta kod 100%-tnih HRVI iznosi od 20 do 26 godina. Prema tome, sudionici ovog istraživanja usmjerili su se na druge pozitivne aspekte života što ih je dovelo do zadovoljstva kvalitetom života.

Rezultati ljestvice simptoma traume pokazuju da većina ispitanih vojnih invalida nema značajnu razinu posttraumatskih stresnih simptoma (PTSS). Također, statistički je pronađena značajna pozitivna povezanost ukupnog zdravstvenog stanja i kvalitete života prema kojoj su vojni invalidi boljeg ukupnog zdravstvenog stanja zadovoljniji svojom kvalitetom života. Vojni invalidi koji nemaju problema u socijalnom funkcioniranju i ne trpe tjelesne bolove, a svoje opće zdravlje percipiraju boljim ujedno su i zadovoljni kvalitetom svojih života. Kvaliteta života pozitivno je povezana i s dimenzijama vitalnosti i energija te psihičko zdravlje što znači da se povećanjem vitalnosti i energije i boljim psihičkim zdravljem povećava i kvaliteta života.

## **8. Žene s tjelesnim invaliditetom**

Povijesno gledano, žene s invaliditetom bile su zanemarene u mnogim bitnim pitanjima koja se tiču žena općenito, ali i osoba s invaliditetom, te su iz tog razloga nisu bile tema ni ženskih pokreta niti pokreta za prava osoba s invaliditetom (Bratković i sur., 2013.). Navedeno je vidljivo i unutar znanstvene zajednice u kojoj prevladava jednostran pristup istraživanjima koji zanemaruje specifična obilježja žena i ne pridaje dovoljno pozornosti rodnoj podjeli (Traustadottir, 2004., prema Bratković i sur., 2013.). Iako žene s invaliditetom u osnovi imaju jednake potrebe i prava kao žene bez invaliditeta, one vrlo rijetko imaju jednake mogućnosti te im je teže pristupiti čak i tradicionalnim ženskim ulogama (Traustadottir, 2004., prema Bratković i sur., 2013.). Kao što žene nisu homogena skupina, ni osobe s invaliditetom nisu univerzalna kategorija. Među njima se posebno izdvajaju žene s invaliditetom, koje su višestruko deprivirane i dvostruko diskriminirane. Njihov složeni položaj dodatno je otežan u ekonomskoj sferi, što dovodi do trostruke diskriminacije na tržištu rada zbog spola, invaliditeta i nepovoljnih radnih uvjeta. Žene s invaliditetom su viđene kao rizični ekonomski subjekti te slabo tražena i cijenjena snaga na tržištu rada, postavlja se pitanje koliko će još resursa biti potrebno da se njihov status modificira (Brstilo i Haničar., 2010.). Majke s invaliditetom su posebno ranjiva skupina na tržištu rada jer imaju vrlo male šanse za zapošljavanje, čak i na nepuno radno vrijeme, što ih stavlja

u lošiju financijsku situaciju u odnosu na druge obitelji i otežava im ostvarivanje prava na svakodnevnu pomoć (Hermes, 2007., prema Levačić i Leutar, 2011.). Također, žene s tjelesnim invaliditetom češće su diskriminirane u ostvarivanju kvalitetne zdravstvene skrbi. Radi invaliditeta često su izostavljene iz rutinskih zdravstvenih pregleda. Standardna medicinska oprema često nije prilagođena za preglede osoba s tjelesnim invaliditetom koje imaju specifične potrebe koje nemaju invaliditet (Currie, 1996., prema Tarandek i sur., 2009. ). Kao primjer možemo navesti istraživanje Mele i sur. (2005., prema Tarandek i sur., 2009.) o pristupačnosti pregleda dojki za žene s tjelesnim invaliditetom. Žene su istaknule mnogobrojne probleme, poput loše dostupnosti prijevoza do medicinskih ustanova, teških ulaznih vrata, nepristupačnih svlačionica, kao i financijske, arhitektonske, okolinske barijere te prepreke u stavovima i ponašanju koje otežavaju pristup zdravstvenim uslugama. Također, istraživanje provedeno u Hrvatskoj o dostupnosti ginekoloških pregleda ženama s tjelesnim invaliditetom, pokazalo je da ukupno 67.233 žene s tjelesnim invaliditetom imaju pristup samo 242 ginekološka stola koja mogu koristiti bez pomoći druge osobe, dakle 3,6 stola na 1.000 žena. Važno je istaknuti da se čak 26,45% tih stolova nalazi u privatnim ginekološkim ordinacijama, poliklinikama i tvrtkama koje pružaju ginekološke usluge (Draušnik i Benjak, 2016.).

Potreba za osobnom pomoći u svakodnevnim aktivnostima stvara dodatnu ranjivost za zlostavljanje. Dakle, invaliditet nije zaštitni čimbenik protiv zlostavljanja; naprotiv, često smanjuje emocionalnu i fizičku otpornost žene. Navedeno ukazuje na potrebu za razvojem instrumenata za prepoznavanje zlostavljanja prilagođenih osobama s invaliditetom, kao i na razvoj i testiranje intervencija koje bi pomogle ženama s invaliditetom da prepoznaju zlostavljanje, zaštite se u zlostavljačkim situacijama te se udalje iz potencijalno zlostavljačkih odnosa i situacija (Hassouneh-Phillips i Curry, 2002.). Postoji niz taktika za zlostavljanje žena koje su izravno povezane s fizičkim invaliditetom, poput uskraćivanja ortopedskih pomagala, lijekova i nužne osobne pomoći te zatvaranja na nepristupačna mjesta (Nosek i sur., 2001.)

Sve navedene teškoće s kojima se žene s tjelesnim invaliditetom susreću svakako su faktori koji utječu na kvalitetu njihovih života. Važno je napomenuti kako su u literaturi istraživanja kvalitete života usmjerena na žene s tjelesnim invaliditetom malobrojna, a na području Republike Hrvatske nepostojeća. Prema tome, žene s

tjelesnim invaliditetom, koje se suočavaju s višestrukim preprekama u svakodnevnom životu, ostaju nedovoljno prepoznate i zanemarene. Uključivanje njihovih iskustava u znanstvena istraživanja nije samo pitanje ravnopravnosti, već i važan element u osiguranju sveobuhvatne i pravedne društvene zajednice.

## **9. Zaključak**

Cilj ovog rada bio je opisati neke domene kvalitete života osoba s tjelesnim invaliditetom kroz četiri dimenzije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Svaka od ove četiri dimenzije ima svoje specifičnosti te je ukupna kvaliteta života rezultat njihove isprepletenosti. Međudjelovanje ovih dimenzija stvara kompleksni sustav koji oblikuje iskustvo života osoba s tjelesnim invaliditetom. Poboljšanje kvalitete njihovih života zahtijeva holistički pristup, gdje se sve dimenzije uzimaju u obzir i međusobno usklađuju kako bi došlo do stvaranja podržavajućeg okruženja koje omogućava osobama s invaliditetom dostojanstven život i ostvarenje svih njihovih potencijala. Fizičko zdravlje predstavlja osnovu za svakodnevno funkcioniranje, a problemi s kojima se osobe s tjelesnim invaliditetom susreću unutar te domene su povećana ovisnost o drugima pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, manjak energije i umor, te smanjenje mobilnosti i radne sposobnosti. Psihičko zdravlje, koje uključuje emocionalne aspekte kao što su samopoštovanje i pozitivni i negativni osjećaji, također je ugroženo zbog stigmatizacije i osjećaja socijalne izoliranosti koje često prati tjelesni invaliditet. Socijalni odnosi, koji su važan aspekt ljudskog života, mogu biti narušeni zbog prepreka u fizičkom okruženju, neadekvatne socijalne podrške ili diskriminacije, što dodatno otežava integraciju osoba s invaliditetom u širu zajednicu. Okolina, uključujući pristupačnost fizičkih prostora, dostupnost i kvalitetu medicinske i socijalne njege, kao i mogućnosti za obrazovanje i rekreaciju, igra ključnu ulogu u omogućavanju ili ograničavanju sudjelovanja osoba s tjelesnim invaliditetom u svakodnevnom životu.

Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s tjelesnim invaliditetom može biti od velike važnosti za poboljšanje njihove kvalitete života. Socijalni radnici djeluju kao posrednici između osoba s invaliditetom i društvenih resursa, pomažući im da pristupe

pravima i uslugama koje im pripadaju. Oni pružaju emocionalnu podršku, savjetovanje i educiraju osobe s invaliditetom o njihovim pravima, što može značajno povećati njihovu autonomiju i samopouzdanje. Također, socijalni radnici bi trebali aktivno zastupati njihova prava i zagovarati za prilagodbu okoline i uklanjanje fizičkih i društvenih barijera koje otežavaju svakodnevni život ovih osoba. Kroz suradnju s drugim stručnjacima, institucijama i obiteljima, socijalni radnici trebaju osiguravati da se osobe s tjelesnim invaliditetom tretiraju s dostojanstvom i da im se omogući punopravno sudjelovanje u društvenom životu, čime se direktno doprinosi poboljšanju njihove kvalitete života.



## 10. Popis literature

1. Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social science & medicine*, 48(8), 977-988.
2. Bratković, D., Mihanović, V., & Dulčić, A. (2013). Društveni položaj žena s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(1), 164-180.
3. Brown, R. I., MacAdam-Crisp, J., Wang, M., & Iarocci, G. (2006). Family quality of life when there is a child with a developmental disability. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 3(4), 238-245.
4. Brstilo, I., & Haničar, E. (2011). Trostruka diskriminacija žena s invaliditetom na tržištu rada. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47(1), 87-97.
5. Buljevac, M., Liber, P., & Previšić, A. (2022). Kvaliteta života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama i njihovih roditelja: spoznaje i specifičnosti. *Ljetopis socijalnog rada*, 29(3), 381-411.
6. Buljevac, M. (2023). Seksualnost i osobe s invaliditetom. Zagreb: *Pravobranitelj za osobe s invaliditetom*.
7. Cardinal, B. J., Kosma, M. A. R. I. A., & McCubbin, J. A. (2004). Factors influencing the exercise behavior of adults with physical disabilities. *Medicine and science in sports and exercise*, 36(5), 868-875.
8. Cree, R. A. (2020). Frequent mental distress among adults, by disability status, disability type, and selected characteristics—United States, 2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69.
9. Ćorić, O., & Ljubotina, D. (2013). Kvaliteta života ratnih veterana s tjelesnim invaliditetom koji igraju sjedeću odbojku. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 387-414.
10. Crnković, I., & Rukavina, M. (2013). Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(1), 12-24.

11. Draušnik, Ž., & Benjak, T. (2016). Analiza dostupnosti ginekoloških pregleda ženama s tjelesnim invaliditetom u Republici Hrvatskoj. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 12(47), 15-18.
12. Eurostat (2023.) Quality of life. Preuzeto 15.6.2024. na mrežnoj stranici Eurostata <https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life/information-data>
13. Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
14. Halauk, V. (2013). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, (7), 251-257.
15. Hassouneh-Phillips, D., & Curry, M. A. (2002). Abuse of women with disabilities: State of the science. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 96-104.
16. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022.). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj-2023. Preuzeto 29.6.2024. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/04/Bilten - osobe s invaliditetom 2023..pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/04/Bilten_-_osobe_s_invaliditetom_2023..pdf)
17. Pravobranitelj za osobe s invaliditetom (2023.) *Izvješće o radu Pravobranitelja za osobe s invaliditetom*. Zagreb.
18. Jašarević, T., & Leutar, Z. (2010). SAMOPERCEPCIJA DRUŠTVENOG POLOŽAJA INVALIDA DOMOVINSKOG RATA. Društvena istraživanja.
19. Jovanović, M., Lakićević, M., Stevanović, D., Milić-Rasić, V., & Slavnić, S. (2012). Community-based study of health-related quality of life in spinal cord injury, muscular dystrophy, multiple sclerosis, and cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 34(15), 1284-1290.
20. Karajić, N. (1992). Važnost pojedinih komponenata kvalitete života. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 1(4), 485-499.
21. Katavić, Z. (2016). Kvaliteta života paraplegičara. *Zdravstveni glasnik*, 2(2), 57-64.
22. Komar, Z. & Vukušić, H. (2004.). Posttraumatski stresni poremećaj u populaciji hrvatskih branitelja - precijenjen ili ignoriran problem?. U:

- Kaliterna Lipovčan, Lj. & Šakić, V. (ur.), *Hrvatsko društvo danas: psiho-socijalni procesi*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 103-116.
23. Leutar, Z. (2001). Religioznost obitelji u Hrvatskoj, Austriji i Poljskoj. *Bogoslovska smotra*, 71(1), 85-107.
24. Leutar, Z., & Buljevac, M. (2020). *Osobe s invaliditetom u društvu*. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
25. Leutar, Z., & Marković, E. (2011). Social work with people with disabilities in Croatia: A qualitative study. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 10(1), 1-24.
26. Leutar, Z., & Milić Babić, M. (2008). Pravo na rad i osobe s invaliditetom u Hrvatskoj. *Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja*, 46(2 (180)), 161-186.
27. Leutar, Z., Ogresta, J., & Milić Babić, M. (2008). *Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške*. Zagreb: Pravni fakultet.
28. Leutar, Z., & Jašarević, T. (2013). Dignity and war disabled veterans. In: Soshana M, (ed.), *Disability and chronic disease*. Jerusalem: Nova publishers, 259-276.
29. Leutar, Z., & Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43(1), 47-61.
30. Ljubičić, M., Šipić, A., Šare, S., & Gusar, I. (2022). Psihološka dimenzija tjelesnog invaliditeta. *Sestrinski glasnik*, 27(3), 189-197.
31. Levačić, M., & Leutar, Z. (2011). Iskustvo roditeljstva osoba s tjelesnim invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47(2), 42-57.
32. Matić, G. (2017). *Kvaliteta života 100%-tnih hrvatskih ratnih vojnih invalida I. skupine* (Doctoral dissertation, Hrvatski studiji).
33. McVeigh, S. A., Hitzig, S. L., & Craven, B. C. (2009). Influence of sport participation on community integration and quality of life: a comparison between sport participants and non-sport participants with spinal cord injury. *The journal of spinal cord medicine*, 32(2), 115-124.
34. Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19, 177-189.

35. Rusac, S., Štambuk, A., & Leutar, Z. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku*, 14(3-4), 327-346.
36. Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1).
37. The WHOQOL Group. (1998.). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
38. Sangster Jokić, C., & Bartolac, A. (2018). The stress experience and mental health among persons with physical disabilities: A minority stress perspective. *Socijalna psihijatrija*, 46(1), 26-57.
39. Schalock, R. L. (2020). The quality of life supports model: Components and applications key note address. *17th International Conference on Positive Behavior Supports Miami*, Florida-March 12, 2020.
40. Slavuj, L. (2012). Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria*, 17(1), 73-92.
41. Sturm, C., Gutenbrunner, C. M., Egen, C., Geng, V., Lemhöfer, C., Kalke, Y. B., ... Bökel, A. (2021). Which factors have an association to the Quality of Life (QoL) of people with acquired Spinal Cord Injury (SCI)? A cross-sectional explorative observational study. *Spinal Cord*, 59(8), 925–932.
42. Šarčević Ivić-Hofman, K., Veseličić, B., & Smolčić Jerković, I. (2022). Povezanost socijalne podrške i otpornosti osoba s invaliditetom sa zadovoljstvom životom i nadom u budućnost. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 31(4), 725-744.
43. Širinić, D. (2021). ISTRAŽIVANJE KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM U HRVATSKOJ: PRVI REZULTATI. Zagreb: SOIH.
44. Šiško, J. (2019). *Kvaliteta života roditelja djece s teškoćama u razvoju*. Doktorska disertacija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
45. Šogorić, S., Sanković, M., Štefančić, V., & Vitale, K. (2018). Osobe s invaliditetom–test pristupačnosti sustava zdravstva. *Acta Medica Croatica: Časopis Akademije Medicinskih Znanosti Hrvatske*, 72(2), 199-204.

46. Tarandek, T., Joković Oreb, I., & Pinjatela, R. (2009). Kvaliteta zdravstvene zaštite žena s motoričkim poremećajima. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), 29-36.
47. Vuletić, G. (2022). Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 8(2), 226-234.
48. Vuletić, G., Benjak, T., Brajković, L., Brkljačić, T., Davern, M., Golubić, R., Ivanković, D., Jokić-Begić, N., Kaliterna, L.J., Ivana, L., Markanović, D., Misajon, R., Mišura, D., Mustajbegović, J., Nujić, S., Prizmić Larsen, Z., Sjerobabski Masnec, I., Šincek, D., Vuger Kovačić, D. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet.
49. Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihove obitelji. *Narodne novine*, 121/2017.
50. Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. *Narodne novine, Međunarodni ugovori*, 6/2007., 5/2008.
51. Zakon o suzbijanju diskriminacije, *Narodne novine*, br. 85/08, 112/12.
52. Zovko, G. (2000). Socijalna skrb o invalidima u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 7(3), 273-287.