

# Kvaliteta života i zdravlje sportaša s invaliditetom

---

Škrbac, Ines

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:655968>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

**KVALITETA ŽIVOTA I ZDRAVLJE SPORTAŠA S  
INVALIDITETOM**

Diplomski rad

Ines Škrbac

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2015.

## Sadržaj

1. Uvod .....	1
1.1 Invaliditet.....	1
1.2 Kvaliteta života i zdravlje.....	2
1.3 Značaj sporta za kvalitetu života i zdravlje .....	3
2. Cilj istraživanja .....	6
3. Problemi .....	6
4. Hipoteze .....	6
5. Metodologija .....	7
5.1 Sudionici.....	7
5.2 Instrumenti.....	10
5.3 Postupak.....	11
6. Rezultati .....	12
7. Rasprava .....	21
8. Zaključak.....	29
9. Literatura .....	30

## Kvaliteta života i zdravlje sportaša s invaliditetom

### Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlikuju li se procjene kvalitete života i zdravlja sportaša s invaliditetom s obzirom na vrstu i trajanje invaliditeta i na trajanje bavljenja sportom, te ispitati doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom. U istraživanju je sudjelovalo 73 osobe s invaliditetom koje su uključene u različite vrste sportova. U svrhu procjene kvalitete života i zdravstvenog statusa korišten je Indeks osobne kvalitete života kojim se ispituje subjektivna kvaliteta života, te upitnik WHOQOL-Bref koji je konstruirala Svjetska zdravstvena organizacija, a sastoji se od četiri domene: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Rezultati pokazuju da ne postoje značajne razlike u procjenama ukupne kvalitete života s obzirom na vrstu invaliditeta. Rezultati dobiveni upitnikom WHOQOL-Bref pokazuju da sudionici s oštećenjem sluha procjenjuju svoje tjelesno zdravlje boljim nego sudionici s tjelesnim invaliditetom. Također, sudionici s prirođenim invaliditetom postigli su više rezultate na domeni tjelesnog zdravlja i pripadnosti zajednici nego sudionici sa stečenim invaliditetom. Razlike s obzirom na trajanje bavljenja sportom značajne su na domenama psihičkog zdravlja i okoline, točnije sudionici koje se kraće vrijeme bave sportom postigli su više rezultate na tim domenama nego sudionici koji se duže vrijeme bave sportom. Značajnim prediktorima ukupne kvalitete života pokazale su se domene socijalnih odnosa i okoline. Utvrđeni su i razlozi zbog kojih se sudionici bave sportom, aktivnosti na koje je sport imao najpozitivniji učinak za njih, te faktori koji im olakšavaju ili otežavaju bavljenje sportom.

*Ključne riječi:* kvaliteta života, zdravlje, invaliditet, sport

### Quality of life and health of athletes with disabilities

#### Abstract

The purpose of this study was to examine if there are any differences in assessments of the quality of life and health of athletes with disabilities considering the type and onset of disability and the amount of time spent in doing sports and to examine the contribution of socio-demographic and health indicators to overall quality of life of athletes with disabilities. In this study 73 participants with disability, involved in different types of sports, were examined. Personal wellbeing index, which is provided for the assessment of subjective quality of life, and WHOQOL-Brief questionnaire, that is developed by World Health Organization and consists of four domains: physical health, psychological domain, social relationships and environment, were used to assess the quality of life and health status. Findings suggest that there are no significant differences in the assessments of overall quality of life considering the type of disability. Results on WHOQOL-Brief questionnaire suggest that participants with hearing impairment find their physical health to be better than participants with physical disability. Likewise, participants with congenital disability achieved higher scores in physical health domain and community-connectedness, than participants with acquired disability. Differences considering the amount of time spent in doing sports are significant in psychological and environment domains; moreover participants who spent less time doing sports have achieved higher scores in these domains than those who are involved in sports for a longer time. Social relationships and environment are shown to be significant predictors of overall quality of life. Reasons for the participation in sports, activities for which the sport has the most positive effect on and factors that facilitate or impede participation in sport have been identified.

*Key words:* quality of life, health, disability, sport

# 1.Uvod

## 1.1 Invaliditet

Prema Konvenciji Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, kojoj je potpisnica Republika Hrvatska, osoba s invaliditetom je ona koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (NN 06/07). Osobe s invaliditetom prisutne su na svim društvenim razinama, a zbog teškoća s kojima se susreću u svakodnevnom životu, nužna je velika pozornost i aktivnost svih sustava za unapređenje kvalitete života i izjednačavanje mogućnosti za ovu posebice vulnerabilnu populaciju.

Prema Izvješću o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (Benjak, 2014) u 2014. godini zabilježeno je 510 274 osoba s invaliditetom, pri čemu je 308 060 muškaraca, odnosno 60 % te 202 214 žena, odnosno 40%. Prema ovim podacima, osobe s invaliditetom čine 12% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske. Od toga, 52,7 % osoba je u radnoj aktivnoj dobi, 19 – 64 godine, dok je 39, 1% osoba u dobnoj skupini 65+. Invaliditet u dječjoj dobi (0-19 godina) ima udjel od 8, 2%. Vrste oštećenja koja uzrokuju invaliditet ili kao komorbiditetne dijagnoze pridonose stupnju funkcionalnog oštećenja osobe su:

- oštećenja lokomotornog sustava
- duševni poremećaji
- oštećenje drugih organa
- oštećenje središnjeg živčanog sustava
- intelektualne teškoće
- oštećenje glasovno govorne komunikacije
- oštećenje vida
- oštećenje sluha
- oštećenje perifernog živčanog sustava
- prirodene anomalije i kromosomopatije
- autizam
- višestruka oštećenja

Prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (NN64/01) najčešći uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose stupnju funkcionalnog oštećenja osobe

su oštećenja lokomotornog sustava i duševni poremećaji. U Republici Hrvatskoj zabilježeno je 28,2% osoba s invaliditetom koje imaju višestruka oštećenja koja pridonose funkcionalnom oštećenju osobe s invaliditetom (Benjak, 2014).

Osobe s invaliditetom su često suočene s fizičkim, psihološkim, socijalnim, obrazovnim, financijskim barijerama koje u velikoj mjeri negativno utječu na njihovu kvalitetu života. Mnogi faktori vezani uz invaliditet, i oni nevezani uz njega, u interakciji stvaraju veliki učinak na njihove živote. Najčešći prepoznati faktori, koji imaju veliki učinak na svakodnevni život su stupanj funkcionalnih ograničenja i sposobnost izvođenja dnevnih aktivnosti i životnih uloga, produženi tijek medicinskog liječenja i rehabilitacijskih intervencija, psihosocijalni stres povezan s nastalom traumom ili sam tijekom bolesti koji je ponekad teško predvidivog razvoja, utjecaj na obitelj i prijatelje, te pretrpljeni financijski gubici (npr. smanjeni prihodi, povećani medicinski računi) (Livneh i Antonak, 2005). Upravo je zadatak zdravstvene, socijalne, obrazovne te politike zapošljavanja, ali i znanstveno istraživačkih aktivnosti, smanjiti negativne implikacije ovih faktora na kvalitetu života osoba s invaliditetom, te njihovih obitelji.

## **1.2 Kvaliteta života i zdravlje**

Kvaliteta života je multidimenzionalan pojam koji predstavlja područje interesa mnogih znanstvenih disciplina, pa tako u literaturi postoji mnogo definicija i modela tog konstrukta, kao i teorija i upitnika za njegovo mjerenje (Vuletić i Misajon, 2011). Istraživači se u svojim raspravama još uvijek nisu složili oko jedne univerzalne definicije kvalitete života, a najveći nedostatak u interpretaciji mjerenja kvalitete života je nepostojanje „zlatnog standarda“ ili mjerne jedinice kako bi se mogla usporediti kvaliteta života različitih populacija, regija, te kroz vrijeme (Cummins, 1995; prema Crnković i Rukavina, 2012).

Osnivač međunarodne skupine znanstvenika i istraživača "International Well-Being Group" Robert Cummins (2003; prema Lovretić, Benjak i Vuletić, 2013) kvalitetu života smatra dualnim konstruktom koji obuhvaća objektivnu dimenziju, te za mjerenje i razumijevanje izazovnije subjektivnu dimenziju. Pri tome, subjektivnu kvalitetu života čini sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednica, dok objektivna dimenzija uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (Best i Cummins, 2000; prema Vuletić i Misajon, 2011). Širu definiciju kvalitete života daju i Felce i Perry (1993; prema Vuletić i Misajon, 2011) koji taj konstrukt smatraju sveukupnim općim blagostanjem koje se sastoji od objektivnih čimbenika i subjektivnog vrednovanja fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, pri čemu je obuhvaćen

osobni razvoj i svrhovita aktivnost, a sve je promatrano kroz pojedinčev osobni sustav vrijednosti. Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao individualnu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu (The WHOQOL Group, 1998; prema Benjak, 2010).

Osim što se na kvalitetu života osoba s invaliditetom gleda kao na rezultat rehabilitacijskog procesa, važno je napomenuti da kvaliteta života uključuje i interakciju okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca, što naposljetku i određuje procjenu subjektivne kvalitete života. Mjerenje kvalitete života najčešće se čini sveobuhvatnim ispitivanjem funkcionalnih sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja, kao i socijalnog i materijalnog stanja. Na taj način utvrđuju se pojedinačne potrebe osobe (Crnković i Rukavina, 2012).

Pojam zdravlja često se povezuje s kvalitetom života, te se koristi kao smjernica u procesu rehabilitacije osoba s invaliditetom. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je zdravlje kao stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutstvo bolesti (World Health Organization, 1946; prema Vuletić, Ivanković i Davern, 2011) pri čemu se takvom definicijom sugerira pozitivan pristup unapređenju blagostanja i kvalitete življenja

### **1.3 Značaj sporta za kvalitetu života i zdravlje**

Sport osoba s invaliditetom na svjetskoj je razini ustrojen na osnovi četiri kategorije invaliditeta: mentalna retardacija, tjelesna invalidnost, gluhoća i sljepoća. Zakon o sportu (NN 71/06, 150/08, 124/10, 124/11, 86/12 i 94/13) regulira osnivanje sportskih klubova i sportskih društava osoba s invaliditetom po vrstama invaliditeta koje utvrđuju Hrvatski paraolimpijski odbor i Hrvatski sportski savez gluhih, kao krovne sportske organizacije za sport osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj.

Sport i fizička aktivnost potvrđeni su kao ključni faktori za zdravlje i blagostanje (World Health Organisation, 2003; prema Robertson i Emerson, 2010). Sport obuhvaća sve oblike fizičke aktivnosti koje kroz neformalno i organizirano sudjelovanje, imaju za svrhu izražavanje ili poboljšanje fizičke sposobnosti i mentalne dobrobiti, formiranje socijalnih odnosa ili postizanje rezultata u natjecanjima na svim razinama (Council of Europe, 2001). Sport doprinosi poboljšanjima u zdravlju i kvaliteti života na način da razvija zdrave životne navike kod pojedinca (Eberhard, 2006; Hawkins i Look, 2006; prema Grandisson, Tetreault i Freeman, 2012), ojačava samopoštovanje, te socijalne kompetencije (Cartagno 2001; prema Grandisson, Tetreault i Freeman, 2012). Pozitivan utjecaj sporta utvrđen je kako za fizičko, tako i za mentalno zdravlje pojedinca. Fizički aktivne osobe imaju 20 – 30% manji rizik od prerane smrti, te do 50% manji rizik od razvoja kroničnih bolesti kao što su bolesti srca, moždani udar,

dijabetes te tumor. Što se mentalnog zdravlja tiče, fizička aktivnost smanjuje rizik od obolijevanja od kliničke depresije, a također može biti i učinkovit tretman za depresiju. Fizička aktivnost pridonosi i poboljšanju raspoloženja, smanjenju anksioznosti, te poboljšanju samopercepcije. Prednosti sporta i fizičke aktivnosti vrijede posebice za osobe s invaliditetom. Primjer je istraživanje provedeno u SAD-u kojim se ispitivao utjecaj sudjelovanja na Specijalnim igrama za osobe s intelektualnim poteškoćama. Istraživanje je pokazalo da je sudjelovanje bilo povezano sa poboljšanjima u socijalnoj kompetenciji. Također, duže vrijeme sudjelovanja bilo je povezano s većom aktivnošću, većim brojem hobija, poslova, odlaska u klubove, te većim brojem prijatelja (Dykens i Cohen, 1996; prema Robertson i Emerson, 2010). Za osobe s invaliditetom sport predstavlja most do novog života i može imati posebnu ulogu u svladavanju životnih izazova i prihvaćanju invaliditeta. Motivacija za bavljenje sportom ide daleko dalje od čisto fizičke razine. Sport je važan za održavanje fizičke sposobnosti, što naposljetku vodi do veće neovisnosti i manje ograničenja u svakodnevnom životu. Sport doprinosi aspektima kvalitete života kao što su samopouzdanje, samopoštovanje, integracija, interakcija, uspostavljanje kontakata, informiranje o suočavanju s invaliditetom. To znači da psihološki i socijalni aspekti tu imaju čak i veću ulogu nego kod sportaša koji nemaju invaliditet. Naposljetku, sport služi kao svojevrsna podrška ljudima u suočavanju sa svakodnevnim životnim situacijama, te stvara osjećaj neovisnosti (Čorić i Ljubotina, 2013). Istraživanje koje su proveli Motl, McAuley, Snook i Gliotoni (2009) pokazuje da je fizička aktivnost indirektno povezana s poboljšanjima u kvaliteti života kod oboljelih od multiple skleroze preko varijabli kao što su depresija, umor, bol, socijalna podrška i samoefikasnost kod suočavanja s multiplom sklerozom. Također, rezultati istraživanja koje se bavilo provjeravanjem razlika u psihološkom blagostanju osoba u invalidskim kolicima koje se bave sportom i osoba koje se ne bave sportom pokazalo je da su sportaši u invalidskim kolicima imali profile s pozitivnijim blagostanjem, s nižim razinama napetosti, depresije, ljutnje i zbunjenosti, te višim razinama energije nego osobe u kolicima koje se nisu bavile sportom. Sportaši su također pokazali značajno razvijenije vještine i pozitivniju percepciju zdravlja (Campbell i Jones, 1994).

Na kvalitetu psihosocijalne prilagodbe na invaliditet utječu i faktori povezani s vrstom i težinom invaliditeta. U istraživanju Crnković i Rukavina (2012) dobiveno je da su osobe s intelektualnim poteškoćama koje se bave sportom procijenile svoju kvalitetu života boljom nego osobe sa tjelesnim, slušnim i vidnim poteškoćama. Osobe s tjelesnim poteškoćama procijenile su svoje zdravlje lošijim od osoba s intelektualnim poteškoćama, te vidnim i slušnim oštećenjem.



Dob u kojoj se pojavljuje invaliditet je važna varijabla koja utječe na životna iskustva koja ga slijede kao i na fizičku samopercepciju i samopoštovanje (Sherill, 1997; prema Pensgaard i Sorensen, 2002). U preglednom radu o fizičkoj aktivnosti za pojedince sa senzornim oštećenjima i psihosocijalnim problemima Sorensen (1999; prema Pensgaard i Sorensen, 2002) ilustrira razliku između onih koji su rođeni bez sluha i onih koji su izgubili sluh tijekom života. Osobe nužno ne doživljavaju ograničenja u funkcioniranju u zajednici gdje je znakovni jezik sredstvo komunikacije, međutim pojedinci koji izgube sluh tijekom života mogu iskusiti probleme u komunikaciji u vlastitoj zajednici, kao i u zajednici gluhih.

Budući da se sve više potiče inkluzija osoba s invaliditetom nužno je napredovati u znanju o faktorima povezanim s njihovim sudjelovanjem u sportu. Ipak, unatoč tome što su danas sportaši s invaliditetom prisutni u školskim dvoranama, fizičkim aktivnostima usmjerenim na oštećenja, kao i na važnim nacionalnim i internacionalnim natjecanjima kao što su Paraolimpijske igre (Porretta i Moore, 1997; prema Dorogi, Szabo i Boggar, 2008) još je uvijek premalo informacija o ovoj populaciji. Nastupi na sportskim natjecanjima i vrhunska sportska postignuća nisu osnovni ciljevi bavljenja sportom osoba s invaliditetom, ali mogu značajno doprinijeti senzibiliziranju javnosti za potrebe i probleme te populacije. Vrhunski sportaši, osvajači paraolimpijskih odličja postaju sportske zvijezde, medijski i statusno gotovo ravnopravne sportašima bez invaliditeta, te na taj način predstavljaju uzor i poticaj drugim osobama s invaliditetom za uključivanje u sportske aktivnosti kao putu socijalizaciji, rehabilitaciji i posljedično podizanju kvalitete života.

Istraživači i kliničari nastoje poboljšati kvalitetu života osoba s invaliditetom pri čemu se vode pretpostavkom da je to moguće postići razumijevanjem psiholoških i socijalnih prediktora kvalitete života, te prediktora ponašanja kod osoba s invaliditetom. Većina istraživanja koja se bavila ovim sadržajem pronalazi fizičku aktivnost kao modificirajuće ponašanje koje se povezuje s kvalitetom života osoba s invaliditetom.

## 2. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati razlikuju li se procjene kvalitete života i zdravlja sportaša s invaliditetom s obzirom na vrstu i trajanje invaliditeta i na trajanje bavljenja sportom, te ispitati doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom.

## 3. Problemi

1. Ispitati razlikuju li se procjene kvalitete života i zdravlja sportaša s invaliditetom s obzirom na vrstu i trajanje invaliditeta.
2. Ispitati razlikuju li se procjene kvalitete života i zdravlja sportaša s invaliditetom s obzirom na trajanje bavljenja sportom.
3. Ispitati doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom.

## 4. Hipoteze

*H1 (a)* : Očekuje se da će se osobe s tjelesnim oštećenjem procijeniti nižim svojom kvalitetom života i zdravstvenim statusom, nego osobe s vidnim i slušnim poteškoćama.

*H1 (b)* : Očekuje se da se procjene kvalitete života i zdravstvenog statusa osoba s vidnim i slušnim poteškoćama neće razlikovati.

*H1 (c)*: Očekuje se da će osobe koje imaju prirođeni invaliditet procijeniti višom svojom kvalitetom života i zdravstvenim statusom nego osobe koje su invaliditet stekle tijekom života.

*H2*: Očekuje se da će osobe koje se duže bave sportom procijeniti višom svojom kvalitetom života i zdravstvenim statusom nego osobe koje se bave sportom kraće vremensko razdoblje.

*H3*: Očekuje se da će psihičko zdravlje i socijalno funkcioniranje imati značajniji doprinos objašnjenju ukupne kvalitete života nego fizičko zdravlje.

## 5. Metodologija

### 5.1 Sudionici

U svrhu ovog istraživanja prikupljeni su podaci na prigodnom uzorku od 73 sudionika. Početni broj sudionika bio je 81, no zbog nedostatka podataka ili nepotpunih odgovora na pitanja iz danih upitnika osam sudionika nije uključeno u analizu podataka. Svi sudionici su sportaši s invaliditetom s područja grada Osijeka, točnije članovi klubova i udruga Saveza za sport i sportsku rekreaciju osoba s invaliditetom – Sporin, koji objedinjuje 8 članica: Boćarski klub osoba s invaliditetom „Osječki osmijeh“, Karate klub „Hvidra Osijek“, Plivački klub osoba s invaliditetom „Delfin“, Športski invalidski boćarski klub „Hvidra - Osijek“, Športski invalidski odbojkaški klub „HVIDR-a Osijek“, Šahovski klub „HVIDR-a Osijek“, Športska udruga slijepih „Svjetlost“ i Udruga osoba s invaliditetom za unapređenje kvalitete življenja i očuvanje zdravlja „Duga Osijek“. U istraživanju su sudjelovali i članovi Osječkog športskog saveza gluhih, a svi sudionici istraživanja anketirani su u suradnji s Odsjekom za sport Grada Osijeka. Dobni raspon sudionika kreće se od 18 do 75 godina, pri čemu je najčešća dob 51 godina ( $M=50,97$ ,  $SD=15,667$ ). Nadalje, 52 sudionika su muškarci (71,2%), dok je 21 sudionik ženskog spola (28,8 %). U Tablici 1. prikazana je struktura sudionika s obzirom na stupanj obrazovanja i bračni status.

Tablica 1. Struktura sudionika s obzirom na stupanj obrazovanja i bračni status (N=73)

<b>Stupanj obrazovanja</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nezavršena osnovna škola	4	5,5
Završena osnovna škola	7	9,6
Završena srednja škola	48	65,8
Završena viša škola	6	8,2
Završena visoka škola	3	4,1
Završen fakultet	5	6,8

  

<b>Bračni status</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Samac	17	23,3
Oženjen/udana	46	63,0
Vanbračna zajednica	3	4,1
Razveden/a	2	2,7
Udovac/udovica	5	6,8

Iz Tablice 1. može se vidjeti da najveći broj sudionika ima završenu srednju školu (N=48; 65,8 %), te da najmanje sudionika ima završenu visoku školu (N=3; 4,1%). Podaci o bračnom statusu sudionika pokazuju da je najveći broj njih u braku (N=46; 63%), te da je najmanje sudionika razvedeno (N=2; 2,7%). Ovim radom obuhvaćene su osobe s oštećenjem vida (sljepoća, znatna slabovidnost), oštećenjem sluha (gluhoća, naglušost), tjelesnim invaliditetom (stečeni ili

prirođeni gubitak ekstremiteta, nepokretnost), oštećenjem kao posljedicom kroničnih bolesti i ostalo. U Tablici 2. prikazana je struktura uzorka s obzirom na vrstu invaliditeta.

Tablica 2. Struktura sudionika prema vrsti invaliditeta (N=73)

<b>Vrsta invaliditeta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Oštećenje vida (sljepoća, znatna slabovidnost)	19	26,0
Oštećenje sluha (gluhoća, naglušost)	19	26,0
Tjelesni invaliditet	22	30,1
Invaliditet kao posljedica kronične bolesti	9	12,3
Ostalo	4	5,5

Iz Tablice 2. je vidljivo da se najveći broj sudionika izjasnio o tjelesnom invaliditetu (N=22; 30,1%), dok jednak broj sudionika (N=19; 26%) ima oštećenje vida, što obuhvaća sljepoću i znatnu slabovidnost, te oštećenje sluha (gluhoća i naglušost). Manji broj sudionika navodi invaliditet kao posljedicu kronične bolesti (N=9; 12,3%), dok se o ostalim vrstama invaliditeta izjasnilo najmanje sudionika (N=4; 5,5%). Podaci o trajanju invaliditeta pokazuju da 45,2% (33) sudionika ima prirođeni invaliditet, a 54,8% (40) sudionika ima stečeni invaliditet.

Trajanje sudjelovanja u sportu, odnosno godine bavljenja sportom kreću se u rasponu od 1 do 57 godina, pri čemu je najčešći broj godina bavljenja sportom 20,79 (M=20,79, SD=17,161). U kategoriju sudionika koji se bave sportom kraće vrijeme, odnosno 15 i manje godina svrstano je 53,4% (39) sudionika, dok je u kategoriji onih koji se sportom bave duže vrijeme, odnosno 16 i više godina 46,6% (34) sudionika.

U istraživanju su sudjelovali sudionici koji se bave različitim vrstama sportova, a neki od njih bave se i s više od jednom vrstom sporta. Sudionici su sveukupno naveli 19 vrsta sportova, a zastupljenost pojedinih sportova prikazana je u Tablici 3.

Tablica 3. Zastupljenost sportova kojima se sudionici bave (N=73)

<b>Vrsta sporta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
kuglanje	15	20,5
pikado	13	17,8
nogomet	10	13,7
plivanje	9	12,3
karate	7	9,6
šah	5	6,8
badminton	4	5,5
streljaštvo	4	5,5
sjedeća odbojka	4	5,5
gimnastika	4	5,5
rukomet	3	4,1
biciklizam	2	2,7
boćanje	2	2,7
košarka	2	2,7
odbojka	2	2,7
atletika	1	1,4
tenis	1	1,4
viseća kuglana	1	1,4
kajak mirne vode	1	1,4

Podaci iz Tablice 3. pokazuju da se najviše sudionika bavi kuglanjem (N=15; 20,5%), zatim pikadom (N=13; 17,8%), nogometom (N=10; 13,7%), te plivanjem (N=9; 12,3%). Najmanje sudionika (N=1; 1,4%) bavi se sportovima kao što su atletika, tenis, viseća kuglana i kajak mirne vode. Sudionici su također naveli podatke o uspjehu u sportu, pri čemu se broj osvojenih medalja kretao u rasponu od 0 do 100, dok je najčešće navedeno po 9 osvojenih medalja (M=9,12, SD=19,213). Nadalje, sudionici koji su se potvrdno izjasnili o upotrebi pomagala (N=27; 37%), naveli su i koju vrstu pomagala koriste. U Tablici 4. Nalazi se prikaz svih navedenih pomagala.

Tablica 4. Zastupljenost i vrste pomagala kojima se sudionici koriste ( N=37)

<b>Pomagalo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Naočale	8	11,0
Invalidska kolica	7	9,6
Proteza	4	5,5
Bijeli štap	2	2,7
Slušni aparat	2	2,7
Štake	2	2,7
Kontaktne leće	1	1,4
Ortopedske cipele	1	1,4
<b>Ukupno</b>	<b>27</b>	<b>37</b>

## 5.2 Instrumenti

U istraživanju je korišten upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja, a služio je za prikupljanje sociodemografskih podataka (spol,dob, razina obrazovanja, bračni status), podataka o invaliditetu (vrsta i trajanje invaliditeta, korištenje pomagala), te podataka o bavljenju sportom (koliko dugo se osoba bavi sportom, uspjeh u sportu, motivacija za bavljenje sportom, te otežavajući/olakšavajući faktori za bavljenje sportom).

**Indeks osobne kvalitete života** (PWI; Personal Wellbeing Index; International Wellbeing Group, 2013) je instrument namijenjen mjerenju subjektivne kvalitete života. Upitnik sadrži sedam skala Likertovog tipa kojima se mjeri zadovoljstvo životom, a koje se po domenama procjenjuje na skali od 1 do 10 s definiranim krajnjim točkama. Vrijednosti se kreću od 0 što znači potpuno nezadovoljstvo, do 10 što znači potpuno zadovoljstvo određenim područjem. Sedam domena subjektivne kvalitete života koje su obuhvaćene PWI upitnikom su slijedeće: zadovoljstvo životnim standardom, zadovoljstvo zdravljem, zadovoljstvo postignućima u životu, zadovoljstvo odnosima s bližnjima, zadovoljstvo osjećajem sigurnosti, zadovoljstvo osjećajem pripadanja zajednici i zadovoljstvo osjećajem sigurnosti u budućnosti (International Wellbeing Group, 2013). Prilikom bodovanja svaka se domena može analizirati kao zasebna varijabla ili se bodovi svih sedam domena mogu zbrojiti kako bi se dobila aritmetička sredina rezultata koja predstavlja ukupni rezultat, odnosno Indeks osobne kvalitete života (PWI) (International Wellbeing Group, 2013). Kako bi se omogućila lakša usporedba s rezultatima na različitim skalama originalne vrijednosti se transformiraju u standardizirani oblik, odnosno na postotak skalnog maksimuma (%SM) što daje procjenu kvalitete života na bodovnoj skali od 0 do 100. Istraživanja pokazuju da je skala od deset mogućih odgovora psihometrijski najprikladnija, tj. ima veću osjetljivost i veću standardnu devijaciju rezultata što je čini korisnijom od skala s

manjim brojem mogućih odgovora. Također, smatra se da daje rezultate koji najviše odgovaraju onima u stvarnoj populaciji (International Wellbeing Group, 2013). PWI također ima zadovoljavajuće metrijske karakteristike, pri čemu je Cronbach alpha između 0,70 i 0,85. Korelacije između domena su često umjerene i oko 0,30 do 0,55 (International Wellbeing Group, 2013).

**Upitnik WHOQOL-BREF** (WHOQOL-BREF; World Health Organization Quality of Life-Brief Version questionnaire; World Health Organization, 1998) predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100 koji je izradila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života, a sadrži ukupno 26 čestica. Iz originalnog upitnika odabrane su 24 čestice (po jedna iz svake facete) koje opisuju kvalitetu života, dvije čestice iz opće facete koje opisuju kvalitetu života u cijelini, te opće zdravlje. Percepcija kvalitete života boduje se u četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, te okolina. Skala je usmjerena pozitivno što ukazuje da veći broj bodova znači veću kvalitetu života. Bodovi se transformiraju, te se za svaku domenu nalaze na skali od 1 do 100 kako bi se omogućila usporedba domena koje su nejednake po broju čestica (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004). Svako se pitanje boduje Likertovom skalom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje), a uzima se da ispitanici s vrijednošću većom od 60% skalnog maksimuma (SM) u pojedinoj domeni imaju dobru kvalitetu života u istoj domeni, a oni s vrijednošću ispod 60% SM lošu kvalitetu života te specifične domene (Crnković i Rukavina, 2012). Psihometrijska istraživanja su pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i validan instrument, te visoko korelira s WHOQOL-100, oko 0,89. Koeficijent pouzdanosti za domene tjelesnog, psihičkog zdravlja i okoline iznosi  $\alpha > 0,75$ , dok je za domenu socijalnih odnosa taj koeficijent  $\alpha = 0,68$  (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004). Zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja ovom se upitniku daje prednost pred WHOQOL-100. Osim dobrih metrijskih karakteristika, te dostupnosti na hrvatskom jeziku ovaj upitnik se koristio i stoga što je već primjenjivan kod osoba s intelektualnim poteškoćama (Picardi i sur., 2006; prema Crnković i Rukavina, 2012), osobama s tjelesnim oštećenjem (Jang i sur., 2004; prema Crnković i Rukavina, 2012), osobama s vidnim oštećenjem (Bekibele i Gureje, 2008; prema Crnković i Rukavina, 2012), te osobama sa slušnim oštećenjem (Fellinger i sur., 2005; prema Crnković i Rukavina, 2012).

### **5.3 Postupak**

Nakon što je nacrt istraživanja prihvaćen od strane Etičkog povjerenstva Filozofskog fakulteta u Osijeku, započela je provedba istraživanja. Kontaktirani su sportski savezi i udruge osoba s invaliditetom na području grada Osijeka. Nakon dobrovoljnog pristanaka članova

sportskih saveza i udruga, istraživanje je provedeno u njihovim prostorijama u vremenu dogovorenom s predstavnicima udruga. Prije samog provođenja istraživanja sudionici su upoznati s ciljem, načinom i svrhom provođenja istraživanja. Svim sudionicima pročitane su jednake upute koje su se nalazile na početku upitnika, te im se još jednom naglasilo da je njihovo sudjelovanje dobrovoljno i anonimno, te da u svakom trenutku mogu odustati. Osobama sa slušnim oštećenjem upute je na hrvatskom znakovnom jeziku prenijela predstavnica udruge. Sudionici su ispunjavali set upitnika koji je obuhvaćao upitnik sociodemografskih podataka, podataka o invaliditetu i podataka o bavljenju sportom, Indeks osobne kvalitete života i Upitnik WHOQOL-BREF. Osobe s vidnim oštećenjem, te osobe sa smanjenom funkcionalnom sposobnošću gornjih ekstremiteta ispunjavale su upitnike uz pomoć asistenta, dok su ostali sudionici samostalno ispunjavali. Vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika ovisilo je o vrsti i težini oštećenja sudionika, te po potrebi dodatnim pojašnjenjima za ispunjavanje upitnika.

## 6. Rezultati

Rezultati istraživanja prikazani su kroz tri skupine podataka, pri čemu se prva skupina odnosi na podatke o motivaciji sudionika za bavljenje sportom, aktivnostima za koje sport ima najpozitivniji utjecaj, te prikazom faktora za koje sudionici navode da olakšavaju ili otežavaju njihovo bavljenje sportom. Druga skupina podataka odnosi se na rezultate testiranja razlika u kvaliteti života i zdravlju sportaša s invaliditetom, dok se treća skupina podataka odnosi na prikaz rezultata o doprinosu sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom. Statistički postupci korišteni u analizi podataka obuhvaćaju standardne mjere deskriptivne statistike, jednostavnu analizu varijance, multivarijantnu analizu varijance, te hijerarhijsku regresijsku analizu.

*a) Razlozi za bavljenje sportom, faktori koji olakšavaju i otežavaju bavljenje sportom, te aktivnosti za koje bavljenje sportom ima najpozitivniji utjecaj*

Razlozi zbog kojih se sudionici bave sportom ispitani su jednim pitanjem otvorenog tipa pri čemu su sudionici mogli navesti jedan ili više razloga zbog kojih se bave sportom. Podaci o razlozima prikazani su u Tablici 5 . Najviše sudionika (N=36;49,3%) navelo je da se sportom bave zbog zdravlja, te isto toliko njih zbog druženja. Najmanje sudionika (N=4; 5,5%) navodi ostvarivanje boljih rezultata i priznanja, te način života kao razlog zbog kojeg se bave sportom. Ostali razlozi koje su sudionici naveli su ljubav prema sportu (N=12; 16,4%), psihofizička korist (N=11;15,1%), ispunjavanje slobodnog vremena (N=9;12,3%), održavanje pokretljivosti (N=11;15,1%), te putovanja (N=5;6,9%).



Tablica 5. Razlozi za bavljenje sportom

<b>Razlog</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Zdravlje	36	49,3
Druženje	36	49,3
Ljubav prema sportu	12	16,4
Psihofizička korist	11	15,1
Održavanje pokretljivosti	11	15,1
Ispunjavanje slobodnog vremena	9	12,3
Putovanja	5	6,9
Ostvarivanje boljih rezultata i priznanja	4	5,5
Način života	4	5,5

Nadalje, sudionici su pitanjem višestrukog izbora upitani da navedu jednu aktivnost za koju smatraju da je bavljenje sportom za njih imalo najpozitivniji utjecaj. Ti podaci prikazani su u Tablici 6. Vidljivo je kako najviše sudionika (N=32; 43,8%) smatra međuljudske interakcije i odnose područjem za koje bavljenje sportom ima najpozitivniji utjecaj. Također veći broj sudionika (N=31;42,5%) navodi da je sport najpozitivnije utjecao na njihovu pokretljivost. Manji broj sudionika (N=6;8,2%) smatra da je sport imao najpozitivniji učinak na području učenja i primjena znanja, dok je najmanje sudionika procijenilo da je sport najpozitivnije utjecao na mogućnost obavljanja kućanskih poslova (N=3; 4,1%) i osobnu njegu (N=1; 1,4%).

Tablica 6. Zastupljenost aktivnosti za koje bavljenje sportom ima najpozitivniji utjecaj (N=73)

<b>Aktivnosti</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Učenje i primjena znanja	6	8,2
Pokretljivost	31	42,5
Međuljudske interakcije i odnosi	32	43,8
Obavljanje kućanskih zadataka	3	4,1
Osobna njega	1	1,4

Postojanje faktora koji olakšavaju ili otežavaju bavljenje sportom ispitano je kroz dva pitanja u kojima se ukoliko sudionici odgovore potvrdno od njih tražilo da navedu jedan ili više takvih faktora. U Tablici 7. prikazani su podaci o olakšavajućim faktorima. O postojanju olakšavajućih faktora za bavljenje sportom potvrdno se izjasnilo 64,4% (47) sudionika, pri čemu je najveći broj sudionika (18) naveo podršku i razumijevanje okoline (podrazumijeva obitelj, prijatelje, članove kluba, trenere) kao faktor koji im olakšava bavljenje sportom. Nadalje, kao olakšavajuće faktore sudionici navode postojanje i dostupnost prostora za treniranje (9), zatim ljubav prema sportu (7), blizinu mjesta stanovanja i sportskih prostora (6), prijateljstvo (4), te mogućnost prijevoza do sportskih prostora (1).

Tablica 7. Olakšavajući faktori za bavljenje sportom (N=47)

<b>Faktori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Podrška i razumijevanje okoline (obitelj, prijatelji, članovi kluba, treneri)	18	24,7
Blizina mjesta stanovanja i sportskih prostora	6	13,3
Postojanje i dostupnost prostora za treniranje	9	12,3
Ljubav prema sportu	7	9,6
Prijateljstvo	4	5,5
Mogućnost prijevoza do sportskih prostora	1	1,4
<b>Ukupno</b>	<b>47</b>	<b>64,4</b>

Podaci o otežavajućim faktorima prikazani su u Tablici 8. O postojanju otežavajućih faktora za bavljenje sportom potvrdno se izjasnilo 37% (27) sudionika. Najviše sudionika (8) navodi nedostatak financijskih sredstava, kao i neprilagođene objekte i prostore (8) kao faktore koji im otežavaju bavljenje sportom. Poteškoće u bavljenju sportom za sudionike također predstavljaju zdravstveno stanje (5), narušeni međuljudski odnosi (3), te udaljenost mjesta stanovanja od grada (1), kao i nedovoljna popraćenost sportaša s invaliditetom (1).

Tablica 8. Otežavajući faktori za bavljenje sportom (N=27)

<b>Faktori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nedostatak financijskih sredstava	8	11,0
Nepriprilagođeni objekti i prostori	8	11,0
Zdravstveno stanje	5	6,8
Narušeni međuljudski odnosi	3	4,1
Udaljenost mjesta stanovanja od grada	1	1,4
Nedovoljna popraćenost sportaša s invaliditetom	1	1,4
<b>Ukupno</b>	<b>27</b>	<b>37</b>

*b) Razlike u kvaliteti života i zdravlju sportaša s invaliditetom*

Kako bi se omogućio jasniji prikaz podataka i lakša usporedba rezultata na različitim skalama, vrijednosti dobivene na oba upitnika (Indeks osobne kvalitete života i WHOQOL-Bref) transformirane su u standardne vrijednosti od 0 do 100, odnosno na postotak skalnog maksimuma (%SM). Na cijelom uzorku od 73 sportaša s invaliditetom učinjena je analiza

podataka s obzirom na ukupan indeks osobne kvalitete života što je prikazano u Tablici 9. Prema teoriji homeostaze granica ispod koje se smatra da je narušena kvaliteta života je 60 % SM (Cummins, 2000; prema Benjak 2010) , te su sudionici prema tom kriteriju grupirani u dvije kategorije.

Tablica 9. Prikaz broja sudionika s obzirom na ukupni indeks osobne kvalitete života (N=73)

<b>Indeks osobne kvalitete života</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 60 % SM	23	31,5
≥ 60% SM	50	68,5
<b>Ukupno</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Iz Tablice 9. se može vidjeti kako dvadeset i tri sportaša s invaliditetom (31,5%) ima ukupan indeks osobne kvalitete života  $PWI < 60\%$  SM, dok pedeset sudionika (68,5%) ima  $PWI \geq 60\%$  SM.

Prije korištenja navedenih statističkih testova provjeren je normalitet distribucija varijabli Indeks osobne kvalitete života, te četiri domene WHOQOL – Bref upitnika. Kolmogorov – Smirnovljevim testom utvrđen je normalitet distribucija za dvije domene upitnika WHOQOL – Bref, domenu psihičkog zdravlja i domenu okoline. Za varijable Indeks osobne kvalitete života, te za preostale dvije domene upitnika WHOQOL - Bref, domenu tjelesnog zdravlja i domenu socijalnih odnosa nije utvrđen normalitet distribucija, ali su te tri distribucije asimetrične u istom smjeru, tj. negativno asimetrične. Međutim, neki autori ističu kako je Kolmogorov – Smirnovljev test robustan, stoga će se ovdje u obzir uzeti i vrijednosti asimetričnosti i spljoštenosti varijabli. Prema autorima Lomax i Hahs – Vaughn (2012) indeksi spljoštenosti i asimetričnosti koji se nalaze u rasponu od +/- 2 smatraju se dovoljnima da se utvrdi normalitet distribucije. Budući da su vrijednosti asimetričnosti i spljoštenosti za sve navedene varijable u zadovoljavajućem rasponu (od +/-2) u obradi podataka prikupljenih ovim istraživanjem koristit će metode parametrijske statistike.

Daljnja analiza podataka učinjena je sa svrhom provjeravanja razlika u zdravlju i kvaliteti života sportaša s invaliditetom s obzirom na vrstu invaliditeta. Kako bi se odgovorilo na taj problem provedeno je nekoliko jednostavnih analiza varijanci čiji rezultati su prikazani u Tablici 10.

Tablica 10. Deskriptivni podaci varijabli korištenih u analizi i rezultati jednostavne analize varijance za tri skupine sudionika s obzirom na vrstu invaliditeta u domenama i ukupnoj kvaliteti života, te post-hoc analiza rezultata (N=58)

Vrsta invaliditeta		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F(df)</i>	Post-hoc (Scheffe)
Indeks osobne kvalitete života	1.Oštećenje vida	18	73,33	16,280	1,512(2,55)	
	2.Oštećenje sluha	19	63,60	20,714		
	3.Tjelesni invaliditet	21	71,49	17,458		
	Ukupno	58	69,48	18,416		
<b>WHOQOL-Bref</b>						
Tjelesno zdravlje	1.Oštećenje vida	18	73,61	17,925	3,601* (2,55)	2-3*
	2.Oštećenje sluha	19	77,44	20,552		
	3.Tjelesni invaliditet	21	62,24	17,553		
	Ukupno	58	70,75	19,532		
Psihičko zdravlje	1.Oštećenje vida	18	69,44	14,433	0,072 (2,55)	
	2.Oštećenje sluha	19	71,71	19,865		
	3.Tjelesni invaliditet	21	70,63	19,475		
	Ukupno	58	70,61	17,907		
Socijalni odnosi	1.Oštećenje vida	18	74,53	19,693	0,465 (2,55)	
	2.Oštećenje sluha	19	75,43	16,775		
	3.Tjelesni invaliditet	21	70,23	18,365		
	Ukupno	58	73,27	18,120		
Okolina	1.Oštećenje vida	18	69,61	11,484	0,318 (2,55)	
	2.Oštećenje sluha	19	69,73	19,956		
	3.Tjelesni invaliditet	21	66,07	16,836		
	Ukupno	58	68,37	16,359		

\*\*p < 0,01; \*p < 0,05

S obzirom na podatke iz literature te raspodjelu sudionika po različitim kategorijama invaliditeta (podjednak broj sudionika u svim kategorijama), jednostavnom analizom varijance uspoređeni su sudionici koji pripadaju jednoj od tri kategorije invaliditeta: oštećenje vida, oštećenje sluha i tjelesni invaliditet (N=58). Iz Tablice 10. vidljivo je kako ne postoji statistički značajna razlika u ukupnoj kvaliteti života (Indeks osobne kvalitete života) kod sportaša s invaliditetom prema vrsti invaliditeta koju imaju. Statistički značajna razlika utvrđena je za domenu tjelesnog zdravlja upitnika WHOQOL-Bref. Post-hoc analizom utvrđeno je da se statistički značajno razlikuju sudionici koji imaju oštećenje sluha i sudionici koji imaju tjelesni invaliditet, odnosno da sportaši s oštećenjem sluha procjenjuju svoje tjelesno zdravlje boljim od sportaša s tjelesnim

invaliditetom. Na ostale tri domene upitnika WHOQOL-Bref nije pronađena statistički značajna razlika.

Slijedeća analiza podataka odnosi se na testiranje razlika u kvaliteti i zdravlju sportaša s invaliditetom s obzirom na trajanje invaliditeta. U tu svrhu provedena je multivarijantna analiza varijance, a rezultati se nalaze u Tablici 11.

Tablica 11. Deskriptivni podaci varijabli korištenih u analizi i rezultati multivarijantne analize varijance za dvije skupine sudionika s obzirom na trajanje invaliditeta u domenama upitnika WHOQOL-Bref i Indeksa osobne kvalitete života (PWI) (N=73)

	Trajanje invaliditeta	N	M	SD	F	p
<b>WHOQOL-Bref</b>						
Tjelesno zdravlje	Prirođeni invaliditet	33	75,64	16,595	4,502	0,037*
	Stečeni invaliditet	40	66,51	19,589		
Psihičko zdravlje	Prirođeni invaliditet	33	74,62	14,258	1,711	0,195
	Stečeni invaliditet	40	69,37	19,048		
Socijalni odnosi	Prirođeni invaliditet	33	77,02	15,594	2,537	0,116
	Stečeni invaliditet	40	70,62	18,197		
Okolina	Prirođeni invaliditet	33	72,53	12,346	2,234	0,139
	Stečeni invaliditet	40	66,71	19,335		
<b>PWI</b>						
Životni standard	Prirođeni invaliditet	33	59,39	26,686	0,606	0,439
	Stečeni invaliditet	40	64,00	23,837		
Zdravlje	Prirođeni invaliditet	33	70,91	22,826	1,147	0,288
	Stečeni invaliditet	40	64,75	25,719		
Postignuće	Prirođeni invaliditet	33	74,85	22,655	0,520	0,473
	Stečeni invaliditet	40	71,00	22,736		
Odnosi s bližnjima	Prirođeni invaliditet	33	81,52	20,329	0,147	0,702
	Stečeni invaliditet	40	79,75	18,877		
Osjećaj sigurnosti	Prirođeni invaliditet	33	72,73	24,530	0,000	0,997
	Stečeni invaliditet	40	72,75	23,533		
Pripadnost zajednici	Prirođeni invaliditet	33	79,39	20,757	4,106	0,046*
	Stečeni invaliditet	40	68,75	23,554		
Sigurnost u budućnost	Prirođeni invaliditet	33	63,64	24,599	3,301	0,073
	Stečeni invaliditet	40	53,00	25,136		

\*\*p <0,01; \*p <0,05

Iz Tablice 11. se može vidjeti da je na domenama upitnika WHOQOL-Bref, statistički značajna razlika utvrđena samo za domenu tjelesno zdravlje, odnosno sudionici s prirođenim invaliditetom procijenili su svoje tjelesno zdravlje boljim nego sudionici sa stečenim invaliditetom. Na preostale tri domene nije pronađena statistički značajna razlika između sportaša s invaliditetom s obzirom na trajanje invaliditeta. Na domenama Indeksa osobne kvalitete života razlika je pronađena samo na domeni pripadnost zajednici, pri čemu su također osobe sa prirođenim invaliditetom postigle više rezultate.

Posljednja analiza u ovoj skupini podataka odnosi se na testiranje razlika u kvaliteti života i zdravlju sportaša s invaliditetom s obzirom na trajanje bavljenja sportom. Rezultati multivarijantne analize varijance prikazani su u Tablici 12.

Tablica 12. Deskriptivni podaci varijabli korištenih u analizi i rezultati multivarijantne analize varijance za dvije skupine sudionika s obzirom na trajanje bavljenja sportom u domenama upitnika WHOQOL-Bref i Indeksa osobne kvalitete života (PWI) (N=73)

	Trajanje bavljenja sportom	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>WHOQOL-Bref</b>						
Tjelesno zdravlje	Kraće vrijeme	39	72,80	17,717	1,110	0,296
	Duže vrijeme	34	68,17	19,823		
Psihičko zdravlje	Kraće vrijeme	39	77,02	15,790	8,819	0,004**
	Duže vrijeme	34	65,68	16,825		
Socijalni odnosi	Kraće vrijeme	39	74,57	16,440	0,311	0,579
	Duže vrijeme	34	72,30	18,317		
Okolina	Kraće vrijeme	39	73,07	15,503	4,369	0,04*
	Duže vrijeme	34	65,07	17,210		
<b>PWI</b>						
Životni standard	Kraće vrijeme	39	59,23	27,471	0,960	0,331
	Duže vrijeme	34	65,00	22,054		
Zdravlje	Kraće vrijeme	39	67,95	24,834	0,024	0,878
	Duže vrijeme	34	67,06	24,437		
Postignuće	Kraće vrijeme	39	73,59	22,418	0,117	0,734
	Duže vrijeme	34	71,76	23,156		
Odnosi s bližnjima	Kraće vrijeme	39	82,82	18,771	1,148	0,288
	Duže vrijeme	34	77,94	20,118		
Osjećaj sigurnosti	Kraće vrijeme	39	73,31	25,594	0,027	0,870
	Duže vrijeme	34	73,24	21,981		
Pripadnost zajednici	Kraće vrijeme	39	76,15	19,949	1,082	0,302
	Duže vrijeme	34	70,59	25,695		
Sigurnost u budućnost	Kraće vrijeme	39	59,74	23,674	0,488	0,488
	Duže vrijeme	34	55,59	27,213		

\*\*p <0,01; \*p <0,05

Kraće vrijeme – 15 i manje godina bavljenja sportom, Duže vrijeme – 16 i više godina bavljenja sportom  
 Iz Tablice 12. vidljivo je kako se sudionici ne razlikuju statistički značajno u nijednoj domeni Indeksa osobne kvalitete života s obzirom na trajanje bavljenja sportom. No, razlike su utvrđene na nekim domenama upitnika WHOQOL-Bref. Na domeni psihičkog zdravlja sportaši s invaliditetom se statistički značajno razlikuju prema trajanju bavljenja sportom. Naime, sudionici koji se kraće vrijeme bave sportom (15 i manje godina) procijenili su boljim svoje psihičko zdravlje od sudionika koji se sportom bave duže vrijeme (16 i više godina). Statistički značajna razlika utvrđena je i za domenu okoline, gdje također sportaši s invaliditetom koji se kraće vrijeme bave sportom postižu bolje rezultate od sportaša koji se duže vrijeme bave sportom.

c) *Doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom.*

Sljedeća analiza podataka odnosi se na doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom. Prvotno su provjerene korelacije između varijabli uključenih u analizu kako bi se utvrdila visina interkorelacija. Matrica interkorelacija prikazana je u Tablici 13.

Tablica 13. Interkorelacije između izmjerenih varijabli

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Dob ispitanika	-						
2. Stupanj obrazovanja	,18	-					
3. Domena tjelesnog zdravlja	-,18*	-,05	-				
4. Domena psihičkog zdravlja	-,29**	-,07	,74**	-			
5. Domena socijalnih odnosa	-,25*	-,21*	,55**	,55**	-		
6. Domena okoline	-,18*	-,16	,68**	,70**	,64**	-	
7. Indeks osobne kvalitete života	-,23*	,09	,56**	,63**	,60**	,76**	-

\*\*p< 0,01; \*p< 0,05

Iz Tablice 13. vidljivo je da se korelacije među izmjerenim varijablama kreću od vrlo niskih do umjerenih. Utvrđene su značajne i pozitivne korelacije između Indeksa osobne kvalitete života i svih domena upitnika WHOQOL-Bref, pri čemu je najviša korelacija utvrđena s domenom okoline. Od ostalih varijabli jedino je varijabla dob ispitanika u značajnoj, ali negativnoj korelaciji s Indeksom osobne kvalitete života. Korelacije između dobi i svih domena upitnika WHOQOL-Bref također su značajne i negativne. Uzimajući u obzir korelacije između domena upitnika WHOQOL-Bref vidljivo je da su sve domene međusobno u značajnim i pozitivnim korelacijama, pri čemu je najveća korelacija utvrđena između domene psihičkog i domene tjelesnog zdravlja. Uočava se i negativna značajna povezanost između domene socijalnih odnosa i stupnja obrazovanja, te domene psihičkog zdravlja i bračnog statusa.

Kako bi se odgovorilo na treći problem, odnosno kako bi se ispitao doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Kriterijska varijabla je ukupna kvaliteta života,

odnosno ukupan rezultat na Indeksu osobne kvalitete života (PWI), dok su prediktori uvršteni u prvom koraku sociodemografske varijable – dob ispitanika, stupanj obrazovanja i bračni status. Prediktori uvršteni u drugom koraku su domena psihičkog zdravlja i domena socijalnih odnosa za koje je pretpostavljeno da će imati najveći značajan doprinos kriteriju. U trećem koraku uključene su domena tjelesnog zdravlja, za koju je također pretpostavljeno da će imati značajan doprinos kriteriju, ali u manjoj mjeri nego domene psihičkog zdravlja i socijalnih odnosa, te domena okoline. Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 14.

Tablica 14. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij ukupna kvaliteta života (Indeks osobne kvalitete života)

Prediktori	Ukupna kvaliteta života (Ukupan rezultat na PWI upitniku)			
	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>1.korak</b>				
Dob ispitanika	-0,28			
Stupanj obrazovanja	0,14	0,07	0,07	1,870
Bračni status	0,04			
<b>2.korak</b>				
Dob ispitanika	-0,06			
Stupanj obrazovanja	0,22*			
Bračni status	0,02	0,53	0,46	33,238
Domena psihičkog zdravlja	0,40**			
Domena socijalnih odnosa	0,40**			
$F_{(5,67)} = 15,466^{**}$				
<b>3. korak</b>				
Dob ispitanika	-0,09			
Stupanj obrazovanja	0,25**			
Bračni status	0,01			
Domena psihičkog zdravlja	0,12	0,67	0,14	14,213
Domena socijalnih odnosa	0,20*			
Domena tjelesnog zdravlja	-0,05			
Domena okoline	0,60**			
$F_{(7,65)} = 19,465^{**}$				

\*\*p <0,01; \*p <0,05 ,  $\beta$  - standardizirani regresijski beta koeficijent;  $R^2$ - koeficijent determinacije (postotak varijance kriterija objašnjene svim dotad uvedenim prediktorima);  $\Delta R^2$  - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku;  $\Delta F$  – promjena u F vrijednosti ; F - vrijednost F-testa



Iz rezultata hijerarhijske regresijske analize, prikazanih u Tablici 14. vidljivo je kako sve varijable uključene u analizu objašnjavaju ukupno 67% varijance ukupne kvalitete života. Prediktori uključeni u prvom koraku, sociodemografske varijable dob, stupanj obrazovanja i bračni status objašnjavaju 7% varijance ukupne kvalitete života, no niti jedan od tih prediktora nije se pokazao značajnim.

U drugom koraku kao prediktori uključene su domena psihičkog zdravlja i domena socijalnih odnosa za koje se na temelju dosadašnjih istraživanja pretpostavilo da će imati najznačajniji doprinos varijanci kriterija. Te varijable dodatno su objasnile 46% varijance ukupne kvalitete života. Također, obje domene pokazale su se pozitivnim i statistički značajnim prediktorima u ovom koraku, kao i varijabla stupanj obrazovanja.

Domena tjelesnog zdravlja, za koju je također pretpostavljeno da će imati značajan doprinos varijanci kriterija, te domena okoline uključene su kao prediktori u trećem koraku. Te varijable dodatno su objasnile 14% varijance kriterija. Značajni prediktori u ovom koraku ostali su stupanj obrazovanja i domena socijalnih odnosa, dok je uvođenjem domene okoline i domene tjelesnog zdravlja došlo do promjene značajnosti domene psihičkog zdravlja. Uz te varijable, značajnim i pozitivnim prediktorom varijance ukupne kvalitete života pokazala se i domena okoline, te je utvrđeno kako se rezultati na kriteriju najbolje mogu predvidjeti rezultatima na ovoj domeni. Suprotno očekivanjima, domena tjelesnog zdravlja nije se pokazala značajnom.

## **7. Rasprava**

Uključenost u sport i fizičku aktivnost za osobe s invaliditetom predstavlja izvor brojnih fizioloških i psihosocijalnih koristi. Fiziološka stanja (kao što su dijabetes i bolesti srca) mogu se ublažiti, te mnogo puta i prevenirati (van der Ploeg, van der Beek, van der Woude, van Mechelen, 2004; prema Martin i Whalen, 2012) fizičkom aktivnošću. Primjeri psihosocijalnih koristi od fizičke aktivnosti su povećana socijalna podrška (Martin i Mushett, 1996; prema Martin i Whalen, 2012), osnaživanje (Martin, 1999; prema Martin i Whalen, 2012), razvoj atletskog identiteta (Martin i Vitali, 2011; prema Martin i Whalen, 2012), te niže stope depresije (DePaoli i Sweeney, 2000; prema Martin i Whalen, 2012). Fizičke i psihološke koristi povezane s fizičkom aktivnošću bliske su različitim domenama uključenim u konceptualizaciju i mjerenje konstrukta kvalitete života (Duggan i Dijkers, 2001; Diener, Suh, Lucas, i Smith, 1999; Kaplan, 1994; prema Giacobbi, Stancil, Hardin i Bryant, 2008), stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati razlikuju li se procjene kvalitete života i zdravlja sportaša s invaliditetom s obzirom na vrstu i

trajanje invaliditeta i na trajanje bavljenja sportom, te ispitati doprinos sociodemografskih i zdravstvenih pokazatelja ukupnoj kvaliteti života sportaša s invaliditetom.

Prva pretpostavka ovog istraživanja odnosila se na razlike u kvaliteti života i zdravstvenom statusu s obzirom na vrstu invaliditeta. Očekivalo se da će osobe s tjelesnim oštećenjem procijeniti nižim svoju kvalitetu života i zdravstveni status, nego osobe s vidnim i slušnim poteškoćama. No, iako su osobe s tjelesnim oštećenjem ovisne o tuđoj pomoći u aktivnostima svakodnevnog života, čime je umanjena i njihova kvaliteta života (Crnković i Rukavina, 2012) ova hipoteza ipak nije u potpunosti potvrđena. Naime, mnoge osobe s invaliditetom ne vide svoju različitost kao nešto negativno, pa čak i onda kada je drugi percipiraju takvom. Na primjer, u kvalitativnom istraživanju sportaša s različitim vrstama invaliditeta (Sorensen i Pensgaard, 1999; prema Pensgaard i Sorensen, 2002), neki su sudionici čak izvijestili da im je tjelesni invaliditet obogatio život. Činjenica je da su ti pojedinci zapravo ograničeni samo u nekim kontekstima (McDermott i Varenne, 1996; prema Pensgaard i Sorensen, 2002), ali ne i u sportu za osobe s invaliditetom, kao što je na primjer sjedeće skijanje za osobe koje su invaliditet stekle amputacijom.

Značajne razlike u procjeni zdravstvenog statusa potvrdile su se na domeni tjelesnog zdravlja upitnika WHOQOL- Bref, no ne i na domeni psihičkog zdravlja. Sudionici s tjelesnim invaliditetom procijenili su svoje tjelesno zdravlje lošijim nego što su ga procijenili sudionici sa slušnim oštećenjem. Osobe s tjelesnim invaliditetom svakodnevno se susreću sa širokim rasponom različitih tjelesnih smetnji i poteškoća koje ometaju njihovo svakodnevno funkcioniranje, te je njihova kvaliteta života jednim dijelom povezana s ishodima medicinske rehabilitacije i liječenja (Dabov i Berc, 2013). Pad funkcionalnih sposobnosti, zbog čega su često ovisni o tuđoj pomoći u svakodnevnim aktivnostima, uzrokovan je pojavom sekundarnih zdravstvenih komplikacija što kod populacije osoba s tjelesnim invaliditetom može dovesti do nezadovoljstva u domeni zdravlja (Crnković i Rukavina, 2012). Poznato je da značajan postotak populacije osoba s tjelesnim invaliditetom ima veći rizik od prosječnog za razvoj kardiovaskularnih bolesti (Cooper i sur., 1999). Sawka i sur. (1986; prema Cooper i sur., 1999) proučavali su mogućnosti izvođenja vježbi mladih, starijih i osoba srednje životne dobi u invalidskim kolicima, te su utvrdili da mnogo starijih i osoba srednje životne dobi ima abnormalne znakove ili simptome koji ukazuju na kardiovaskularne bolesti. Osim što su ovisne o tuđoj pomoći, osobe s tjelesnim invaliditetom imaju smanjenu radnu sposobnost, češće koriste lijekove, te zbog nedostatka energije imaju manju funkcionalnu sposobnost i pokretljivost

(Crnković i Rukavina, 2012). Utjecaj svih ovih faktora može se prepoznati u najmanjem broju bodova na domeni tjelesnog zdravlja.

Iako su sudionici s oštećenjem sluha postigli najmanji prosječan broj bodova na Indeksu osobne kvalitete života, nisu se statistički značajno razlikovali od sudionika s oštećenjem vida, čime se potvrđuje jedna od pretpostavki u ovom istraživanju. Oštećenje vida i oštećenje sluha pripadaju u skupinu senzornih oštećenja za koje je utvrđen niz pozitivnih učinaka fizičke aktivnosti među kojima su i poboljšanje u generalnom zdravlju, fizičkoj sposobnosti, te povećanoj funkcionalnoj neovisnosti (Joshi, 2014). Za osobe sa senzornim oštećenjima, koje se često susreću s problemima u komunikaciji sport služi i kao sredstvo za razvijanje socijalnih vještina, te posljedično i povećanje broja socijalnih odnosa, jednog od važnih činitelja kvalitete života.

Početak kronične bolesti ili invaliditeta je događaj koji mijenja život, te je za većinu osoba to početak cijeloživotnog procesa prilagodbe na značajne fizičke, psihološke, socijalne i okolinske promjene. Te promjene doživljavaju se u višestrukim dimenzijama pojedinčeva života, te su utvrđene značajne interindividualne varijacije u odgovorima na njih (Kendall i Buys, 1998; Williamson, 1998; prema Bishop, 2005).

Slijedeća pretpostavka ovog istraživanja vezana je uz razliku u kvaliteti života između sportaša s invaliditetom koji invaliditet imaju od rođenja i onih koji su invaliditet stekli tijekom života. Pretpostavljeno je da će osobe koje imaju prirođeni invaliditet procijeniti višom svoju kvalitetu života i zdravstveni status nego osobe koje su invaliditet stekle tijekom života. Rezultati su pokazali kako sudionici s prirođenim invaliditetom na svim domenama upitnika WHOQOL-Bref imaju više prosječne vrijednosti, međutim jedino se razlika na domeni tjelesnog zdravlja pokazala statistički značajnom. Statistički značajna razlika utvrđena je i na domeni pripadnost zajednici, Indeksa osobne kvalitete života, gdje su također sudionici s prirođenim invaliditetom zadovoljniji osjećajem pripadanja zajednici u kojoj žive nego sudionici sa stečenim invaliditetom.

Nekoliko se istraživanja bavilo usporedbom prilagodbe na invaliditet kod osoba kojima je on prirođen i osoba koje su ga stekle tijekom života. Rezultati tih istraživanja pokazuju da su osobe s prirođenim invaliditetom bolje prilagođene nego osobe sa stečenim (Bogart, Tickle-Degnen i Ambady, 2012; Li i Moore, 1998; prema Bogart, 2014). Također, u istraživanju koje je provela Bogart (2014) na osobama s prirođenim i stečenim invaliditetom koji utječe na

pokretljivost dobiveno je da rani početak invaliditeta, odnosno prirođeni invaliditet predviđa veće zadovoljstvo životom. Istraživanja o oštećenju vida također ilustriraju razliku između prirođenog i stečenog invaliditeta. Djeca i odrasli koji oštećenje vida steknu tijekom života imaju vizualna sjećanja koja im olakšavaju učenje. Međutim, za razliku od osoba s prirođenim oštećenjem vida oni doživljavaju funkcionalni gubitak koji utječe na mnoga područja života, te zahtjeva od pojedinca da učini značajne i često neugodne promjene. Uče se novi načini izvršavanja svakodnevnih aktivnosti poput čitanja i pisanja, a za neke posebno traumatičan može biti gubitak vozačkih sposobnosti (Bruce, 2005). Također, gubitak vida kod starijih osoba najčešće se događa kao sekundarna zdravstvena poteškoća, što rezultira gubitkom kontrole nad sobom i okolinom (Orr, 1998; prema Bruce, 2005). Uz kronične bolesti, oštećenje vida kod starijih osoba uzrokuje dodatne poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Slične rezultate dobili su i Jacobs, Hammerman-Rozenberg, Maaravi, Cohen i Stessman (2004), vidno oštećenje bilo je povezano s lošijim procjenama zdravlja kod starijih osoba. Svi ovi faktori mogli bi pridonijeti objašnjenju nižih rezultata na domeni tjelesnog zdravlja koje su postigli sportaši sa stečenim invaliditetom.

Sport za osobe s invaliditetom ima brojne pozitivne učinke koji se očituju u mnogim područjima života, od izvršavanja svakodnevnih aktivnosti, poboljšanja u tjelesnom i mentalnom zdravlju do napredovanja u socijalnom funkcioniranju. Dugoročna uključenost u sport utječe na uspješnost izvedbe svakodnevnih aktivnosti starijih sportaša na način da je ona sličnija izvedbi mlađih sportaša nego izvedbi aktivnosti njihovih vršnjaka koji se ne bave sportom (De Pero i sur., 2009). U ovom istraživanju očekivalo se da će osobe koje se duže bave sportom procijeniti višom svoju kvalitetu života i zdravstveni status nego osobe koje se bave sportom kraće vremensko razdoblje. No, rezultati su pokazali da ne postoji značajna razlika u nijednoj domeni Indeksa osobne kvalitete života između ove dvije skupine sudionika. Također, suprotno onome što se očekivalo dobiveno je da se rezultati sudionika na domenama psihičkog zdravlja i okoline upitnika WHOQOL-Bref značajno razlikuju na način da sportaši s invaliditetom koji se kraće vrijeme bave sportom procijenjuju svoje psihičko zdravlje i okolinu boljom nego sportaši koji se duže vrijeme bave sportom.

U ovom istraživanju sportaši koji se duže vrijeme bave sportom u prosjeku su i stariji od skupine koja se kraće vrijeme bavi sportom. Unatoč brojnim prednostima koje donosi dugoročna uključenost u sport, uloga koju ima kronološka dob kod sportaša se ne može isključiti s obzirom na fiziološke (npr. gubitak mišićne mase), psihološke (npr. gubitak osjećaja kontrole nad životom i samopouzdanje), te kontekstualne razlike (npr. nedostatak tehničke i financijske podrške) (De

Pero i sur., 2009). Sportaši s invaliditetom kroz sportska iskustva razvijaju snažnije kognicije koje ih definiraju, kao što su npr. sportska efikasnost ili samopoštovanje (Sherrill, 1986, Martin, Mushett i Smith, 1995; prema Martin, 1996). No, ako sportaši razviju identitet koji je u velikoj mjeri ovisan o njihovoj atletskoj vještini, jednom kada im sposobnost da je demonstriraju bude smanjena ili kada potpuno izostane mogao bi uslijediti osjećaj gubitka (Brewer i sur., 1993, Martin i sur., 1995; prema Martin 1996).

Duže vrijeme provedeno u sportu pruža i više prilika za neuspjeh na sportskim natjecanjima. Neuspjeh je za sportaše izvor anksioznosti i stresa jer je za mnoge sportaše uspjeh u sportu glavni izvor priznanja i samopoštovanja (Martens, Burton, Vealey, Bump i Smith, 1990; Smith, 1989; prema Sagar, Lavellee i Spray, 2009). Naposljetku, učinci neuspjeha u sportu mogu se uočiti i nakon završetka sportske karijere. Prema Wertheru i Orlicku (1986; prema Martin, 1996) sportaši koji su uspjeli ostvariti svoje ciljeve napuštali su sportske karijere s osjećajem ispunjenja. Suprotno tome, sportaši koji su iskusili neuspjeh u sportu bili su nezadovoljniji životom nakon sportske karijere (Wheeler i sur., 1995; prema Martin, 1996). Sa starenjem se događaju i promjene u motivaciji za sportom, pa se tako u istraživanju koje se bavilo motivacijom za natjecateljskim plivanjem tijekom životnog vijeka, pokazalo da natjecateljske karakteristike tog sporta predstavljaju slabiji motiv za bavljenje tim sportom kod starijih sportaša nego kod mladih (Brodkin i Weiss, 1990; prema De Pero i sur., 2009). Budući da su općenito stariji, sudionici koji se duže vrijeme bave sportom postigli su niže rezultate na domeni okoline vjerojatno i zato jer su iskusili više životnih promjena u varijablama koje pripadaju toj domeni (npr. na području kućne okoline - obolijevanje ili smrt članova obitelji, na području mogućnosti rekreacije – smanjena pokretljivost zbog fizioloških promjena vezanih uz starenje i sl. ). Također, moguće razlike u stavovima, poput onih da sportaši s invaliditetom koji su stariji i duže vrijeme se bave sportom percipiraju kako im je okolina nenaklonjena mogli bi utjecati na dobivene razlike na ovoj domeni.

Svi ovi faktori, većinom vezani uz proces starenja, mogli su utjecati da sudionici koji se duže vrijeme bave sportom postignu niže rezultate na domenama psihičkog zdravlja i okoline nego sudionici koji su kraće vrijeme uključeni u sportske aktivnosti.

Psihosocijalni učinci sporta za osobe s invaliditetom očituju se u sve brojnijim nalazima psiholoških istraživanja. Uključenost u sport poboljšava percepciju kvalitete života i dovodi do veće uključenosti u zajednicu (McVeigh, Hitzig i Craven, 2009), te pruža brojne blagodati za psihičko zdravlje, prvenstveno utjecajem na anksioznost i depresiju (Gioia i sur., 2005). Budući da se upravo psihičko zdravlje i socijalno funkcioniranje u većini istraživanja spominju kao

faktori na koje sport pozitivno utječe, u ovom je istraživanju pretpostavljeno da će psihičko zdravlje i socijalno funkcioniranje imati značajniji doprinos objašnjenju ukupne kvalitete života sportaša s invaliditetom nego fizičko zdravlje.

Međutim, iz rezultata ovog istraživanja proizlazi da psihičko zdravlje iako se pokazalo kao značajan prediktor ukupne kvalitete života u drugom koraku nije ostao značajan prediktor i kada su se u model kao prediktori uvele domena tjelesnog zdravlja i domena okoline. Štoviše, najboljim prediktorom kvalitete života za sportaše pokazala se domena okoline što nije u potpunosti nerazumljivo budući da ona obuhvaća varijable poput mogućnosti rekreacije, kućne okoline, dostupnosti i kvalitete zdravstvene i socijalne skrbi, izvora financija, okoline i prijevoza i dr. (World Health Organization, 1998). Neke od ovih varijabli sudionici su naveli i kao olakšavajuće (podrška i razumijevanje okoline, postojanje i dostupnost prostora za treniranje, mogućnost prijevoza do sportskih prostora) odnosno otežavajuće (nedostatak financijskih sredstava, neprilagođeni objekti i prostori) faktore za bavljenje sportom. U istraživanju na osobama s tjelesnim invaliditetom koje se bave jedrenjem, Dabov i Berc (2013) također navode važnost poticaja iz okoline, poput roditelja i prijatelja, te razvoja prilagođenih sportskih aktivnosti u sklopu raznih organizacija i programa koje šire mogućnosti sudjelovanja u sportu za osobe s tjelesnim invaliditetom. Takvi poticaji iz okoline utjecali su na to da se sudionici uključe u sport (jedrenje) za koje su izvijestili da utječe na poboljšanja u njihovom tjelesnom i psihičkom zdravlju, te stvara okolnosti za bolju socijalnu adaptaciju i integraciju. Socijalni odnosi, kao i socijalna podrška za ovu populaciju imaju veliku važnost, što se osim u ovoj skupini rezultata očituje i u navođenju olakšavajućih (podrška i razumijevanje okoline (obitelj, prijatelji, članovi kluba, treneri), prijateljstvo), te otežavajućih (narušeni međuljudski odnosi) faktora za bavljenje sportom. Važnost socijalnog funkcioniranja ispitivana je i u drugim istraživanjima, npr. istraživanje koje su provele Blažeka Kokorić, Berc i Rusac (2012) gdje su osobe s invaliditetom bile zadovoljnije neformalnim izvorima podrške kao što su uža obitelj i prijatelji nego formalnim izvorima kao što su neprofitne organizacije, te lokalna i državna vlast. Također, dobiveno je da je njihova razina zadovoljstva životom povezana s gotovo svim izvorima socijalne podrške. Martin i Mushett (1996) također su ispitali mehanizme socijalne podrške kod sportaša s invaliditetom, te su sudionici njihovog istraživanja ocijenili važnom podršku koju dobivaju od majki i prijatelja na područjima koja nisu vezana uz sport, kao i socijalnu podršku koju dobivaju od trenera i očeva na područjima vezanim uz znanje o sportu. Istraživanje Dabov i Berc (2013) također potvrđuje značaj socijalnog funkcioniranja za sportaše s invaliditetom. Sudionici tog istraživanja naglašavaju važnost jedrenja za poboljšanje njihove socijalne interakcije na način da se kroz sport osobe s invaliditetom otvaraju socijalnoj okolini te

povećavaju mogućnost upoznavanja novih ljudi i mjesta. Zbližavanje osoba s invaliditetom kroz zajedničku aktivnost doprinosi boljem razumijevanju i shvaćanju svakodnevnih potreba osoba s invaliditetom. Budući da su osobama s invaliditetom društveni kontakti često ograničeni zbog neprilagođenosti okoline njihovom invaliditetu razumljivo je da su područja okoline i socijalnog funkcioniranja od velike važnosti za ukupnu kvalitetu života sportaša s invaliditetom koji upravo preko sporta dobivaju mogućnost za poboljšanje u tim područjima života.

Ograničenja ovog istraživanja odnose se uglavnom na uzorak. Mali broj sudionika, samo sportaši aktivni u klubovima te ograničenost samo na područje grada Osijeka smanjuju mogućnost generalizacije rezultata na ostale sportaše s invaliditetom. Stoga bi preporuka za buduća istraživanja svakako bila da se obuhvati što je više moguće sportaša s invaliditetom s područja cijele Republike Hrvatske. Također, većina sudionika (71,2%) ovog istraživanja je muškog spola pa nije bilo prilike usporediti sudionike po spolu u navedenim varijablama. Žene u razvijenim zemljama doživljavaju dodatne otežavajuće faktore za sudjelovanje u sportu. Više od dvije trećine svjetske populacije žena živi u razvijenim zemljama, no ukupna stopa uključenosti u sport je minimalna (Chappell, 1999). Žene s invaliditetom koje teže visokim razinama sportskih natjecanja često se suočavaju s dvostrukom diskriminacijom povezanom s invaliditetom i spolom. Invaliditet i uključenost u svijet sporta sjedinjeni su sustavnim barijerama povezanim sa ženskim spolom i sudjelovanjem u sportu kojim još uvijek dominiraju muškarci. Na Paraolimpijskoj razini tradicionalno se natječe dva do tri puta manje žena nego muškaraca (Olenik, Matthews i Steadward, 1995). Posljednjih desetljeća stope sudjelovanja su u porastu, no još uvijek su niske. Daljnja istraživanja svakako bi se trebala usmjeriti na utvrđivanje faktora koji utječu na sudjelovanje žena s invaliditetom u sportu, te kako to utječe na njihovu kvalitetu života.

Još jedna skupina iz populacije sportaša s invaliditetom nije obuhvaćena ovim istraživanjem, jer je i mogućnostima provedbe istraživanja tako odlučeno, a to su osobe s intelektualnim poteškoćama. Više od tri milijuna osoba s intelektualnim poteškoćama u 180 zemalja diljem svijeta uključeno je u sport usmjeren na natjecanje na Specijalnim Olimpijskim igrama, a vrlo mali broj njih uključen je i u integrirani sport s osobama koje nemaju invaliditet (Special Olympics, 2009; prema Grandisson, Te'treault i Freeman, 2012), stoga bi u budućim većim istraživanjima bilo dobro uključiti i ovu populaciju kako bi se utvrdili učinci sporta na njihovu kvalitetu života, a svakako bi korisno bilo saznati koji faktori njima otežavaju ili olakšavaju bavljenje sportom. Osim osoba s intelektualnim oštećenjem ubuduće bi valjalo uključiti i osobe s višestrukim oštećenjima. Ovo istraživanje usmjerilo se samo na osobe s

invaliditetom koje se bave sportom, no kako bi se jasnije utvrdili učinci sporta na njihovu kvalitetu života, korisno bi bilo usporediti njihove procjene kvalitete života i zdravstvenog statusa s invalidima koji se ne bave sportom. Također, valjalo bi saznati i što je to što ih sprječava da se uključe u bilo kakve oblike fizičke aktivnosti.

Od varijabli koje su uključene u istraživanje, valja svakako spomenuti trajanje bavljenja sportom. Rezultati vezani uz tu varijablu (osobe koje se kraće vrijeme bave sportom procijenile su svoje psihičko zdravlje i okolinu boljim nego osobe koje se duže vrijeme bave sportom) iznenađujući su i u suprotnosti s očekivanjima. S obzirom na sve pozitivne učinke sporta koji su navedeni kroz cijelo ovo istraživanje, pokazalo se da varijabla trajanje bavljenja sportom treba daljnje razjašnjenje. Groff, Lunndberg i Zabriskie (2009) smatraju da godine i mjeseci sudjelovanja u sportu nisu dovoljno precizna mjera, te da bi se trebali razmotriti i drugi aspekti sudjelovanja u sportu, kao što je kvaliteta sudjelovanja ili vrsta sudjelovanja (natjecateljsko ili rekreativno). Također, longitudinalnim istraživanjima moglo bi se kroz dulje vrijeme pratiti odnos kvalitete života i uključenosti u sport, budući da se kod osoba s invaliditetom kroz vrijeme izmjenjuju različite faze pogoršanja ili poboljšanja funkcionalnog statusa nastalog zbog primarnog oboljenja (Crnović i Rukavina, 2012).

Od varijabli vezanih uz karakteristike samog invaliditeta ovim istraživanjem obuhvaćene su samo vrsta i trajanje invaliditeta, no u daljnjim istraživanjima korisno bi bilo navesti i stupanj oštećenja budući da je on u nekim istraživanjima (npr. Groff, Lunndberg i Zabriskie, 2009) imao značajnu negativnu korelaciju s kvalitetom života, kao i s godinama sudjelovanja u sportu.

Jedna od prednosti ovog istraživanja je doprinos popularizaciji sporta za osobe s invaliditetom. Utvrđivanje faktora koji olakšavaju ili otežavaju sudjelovanje u sportu može se iskoristiti u svrhu poboljšanja uvjeta za bavljenje sportom. Naime, istraživanje pokazuje da ostvarivanje boljih rezultata i priznanja nije ni jedini ni najvažniji razlog zbog kojeg se osobe s invaliditetom bave sportom. Štoviše, uključenost u sport za osobe s invaliditetom stvara mogućnosti za širenje socijalnih mreža, održavanje i poboljšanje zdravstvenog stanja, olakšava im obavljanje svakodnevnih aktivnosti pozitivno utječući na njihovu pokretljivost, te priliku da dobiju razumijevanje i podršku okoline. Također je vidljivo da su socijalni odnosi i okolina od velike važnosti za kvalitetu života ove populacije, a budući da se na tim područjima razvijaju upravo kroz sport, važno je omogućiti im što lakše uključivanje i sudjelovanje u sportskim aktivnostima usmjeravanjem pažnje javnosti na faktore poput nedostatka financijskih sredstava, neprilagođenih objekata i prostora, te nedovoljne popraćenosti sportaša s invaliditetom.



Udaljenost mjesta stanovanja od prostora za treniranje također je jedan od uvjeta koji otežava sudjelovanje u sportu, pa bi organizacija prijevoza povećala mogućnosti uključivanja osoba s invaliditetom, pogotovo iz manjih sredina gdje su te mogućnosti još manje. Naposljetku, podatak da 31,5% sportaša ima narušenu kvalitetu života iako se bavi sportom, ukazuje da su potrebne dodatne intervencije kako bi se poboljšala kvaliteta života osoba s invaliditetom.

## **8. Zaključak**

Uključenost u sport za osobe s invaliditetom donosi brojne pozitivne učinke na njihovu kvalitetu života i zdravstveni status. Ovo je istraživanje pokazalo da sportaši s oštećenjem sluha procjenjuju bolju svoju tjelesno zdravlje od sportaša s tjelesnim oštećenjem. Sportaši koji imaju prirođeni invaliditet također su procijenili tjelesno zdravlje boljim nego sportaši koji su invaliditet stekli tijekom života, te su i zadovoljniji osjećajem pripadanja zajednici u kojoj žive od osoba sa stečenim invaliditetom. Osobe koje se kraće vrijeme bave sportom postigle su više rezultate na domenu psihičkog zdravlja i okoline nego osobe koje se duže bave sportom. Razlike u ukupnoj kvaliteti života nisu dobivene s obzirom na vrstu invaliditeta. Značajnim prediktorima ukupne kvalitete života pokazale su se domena okoline, te domena socijalnih odnosa. Također, istraživanjem su utvrđeni razlozi zbog kojih se sudionici bave sportom, aktivnosti na koje je sport imao najpozitivniji učinak za njih, te faktori koji im olakšavaju ili otežavaju bavljenje sportom.

## 9. Literatura

- Benjak, T. (2014). *Izješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Benjak, T. (2010). *Kvaliteta života i zdravlje roditelja djece s pervazivnim razvojnim poremećajima*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 48, 219-232.
- Blažeka Kokorić, S., Berc, G. i Rusac, S. (2012). Zadovoljstvo životom te neformalnim i formalnim izvorima podrške kod osoba s invaliditetom. *Društvena istraživanja*, 21 (1), 115.
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107-115.
- Bruce, S. (2005). Visual impairment across the life span. In: Fisher, C i Lerner, R. (Eds.). *Encyclopedia of applied developmental science*, (pp. 1127-1131). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Campbell, E. i Jones, G. (1994). Psychological Well-Being in Wheelchair Sport Participants and Nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 404 – 415.
- Chappell, R. (1999). Sport in Developing Countries: Opportunities for Girls and Women. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 8 (2), 1- 16.
- Cooper, R.A., Quatrano, L.A., Axelson, P.W., Harlan, W., Stineman, M., Franklin, B., Krause, J.S., Bach, J., Chambers, H., Chao, E.Y.S., Alexander, M., Painter, P. (1999). Research on Physical Activity and Health among People with Disabilities: A Consensus Statement. *Journal of Rehabilitation and Research & Development*, 36(2), 142-154.
- Council of Europe (2001). *European Sports Charter (revised)*. Brussels: Council of Europe. <http://www.sportdevelopment.info/index.php/browse-all-documents/87-council-of-europe-2001-the-european-sports-charter-revised-brussels-council-of-europe->
- Crnković, I. i Rukavina, M. (2013). Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (1), 12-24.
- Čorić, O. i Ljubotina, D. (2013). Kvaliteta života ratnih veterana s tjelesnim invaliditetom koji igraju sjedeću odbojku. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 387-414.
- Dabov, T. i Berc, G. (2013). Značaj sudjelovanja osoba s tjelesnim invaliditetom u jedrenju kao rekreacijskoj aktivnosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (1), 25-36.
- De Pero, R., Amici, S., Benvenuti, C., Minganti, C., Capranica, L., Pesce, C. (2009). Motivation for sport participation in older Italian athletes: the role of age, gender and competition level. *Sport Sciences for Health*, 5(2), 61 -69.

- Dorogi, L., Szabo, A. i Bognár, J. (2008). Goal Orientation and Perceived Motivational Climate in Hungarian Athletes with Physical and Visual Disabilities and in Able-bodied Athletes. *Kinesiology*, 40 (2): 162-169.
- Giacobbi, P.R., Stancil, M., Hardin, B. i Bryant, L. (2008). Physical Activity and Quality of Life Experienced by Highly Active Individuals With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25, 189-207.
- Gioia M.C., Cerasa A., Di Lucente L., Brunelli S., Castellano V., Trallesi M. (2005). Psychological impact of sports activity in spinal cord injury patients. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16 (6), 412-416.
- Grandisson, M., Tétreault, S., i Freeman, A. R. (2012). Enabling Integration in Sports for Adolescents with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 217-230.
- Groff, D.G., Lundberg, N.R. i Zabriskie, R.B. (2009). Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 31(4), 318–326.
- International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.  
(<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/index.php>)
- Jacobs, J.M., Hammerman-Rozenberg, R., Maaravi, Y., Cohen, A. i Stessman, J. (2004). The impact of visual impairment on health, function and mortality. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17 (4).
- Joshi, S. (2014). Influence of sports environment in modulating behavioral response of visually challenged. *International Journal of Advanced Research*, 2(2): 239-244.
- Livneh, H. i Antonak, R.F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83 (1): 12-20.
- Lomax, R. G. i Hahs-Vaughn, D. L. (2012). *An introduction to statistical concepts (3rd ed.)*. New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Lovretić, V., Benjak, T. i Vuletić, G. (2013). Subjective wellbeing of cyclists and physically inactive subjects. *Kinesiology*, 45 (1), 101-106.
- Martin, J.J. i Whalen, L. (2012). Self-concept and physical activity in athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5, 197-200.
- Martin, J. J. i McCaughy, N. (2004). Coping and emotion in disability sport. In: D. Lavalley, J. Thatcher, i M. V. Jones (Eds.). *Coping and emotion in sport* (pp. 225-238). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Martin, J. J. (1996). Transitions out of competitive sport for athletes with disabilities. *Therapeutic Recreational Journal*, 30, 128 -136.

- Martin, J.J. Mushett, C.A. (1996). Social Support Mechanisms Among Athletes With Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 74-83.
- McVeigh S.A., Hitzig, M.A. i 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.
- Motl, R.W., McAuley, E., Snook, E.M. i Gliottoni, R.C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1):111-124.
- Narodne novine (2013). *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 94.
- Narodne novine (2012). *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 86.
- Narodne novine (2011). *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 124.
- Narodne novine (2010). *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 124.
- Narodne novine (2008). *Uredba o dopuni zakona o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 150.
- Narodne novine (2007). *Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 6.
- Narodne novine (2006). *Zakon o sportu*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 71.
- Narodne novine (2001). *Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom*. Zagreb: Narodne novine d.d., br. 64.
- Olenik, L.M., Matthews, J.M., i Steadward, R.D. (1995). Women and disability sport: unheard voices. *Canadian Woman Studies Journal*, 15 (4), 54-57.
- Pensgaard A.M. i Sorensen, M. (2002). Empowerment through the sport context sport: A model to guide research for individuals with a disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 48-67.
- Robertson, J. & Emerson, E. (2010). Participation in Sports by People with Intellectual Disabilities in England: A Brief Report. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 616-622.
- Sagar, S.S., Lavalley, D. i Spray, C.M. (2009). Coping With the Effects of Fear of Failure: A Preliminary Investigation of Young Elite Athletes. *Journal of Clinical Sports Psychology*, 3, 73-98.

- Skevington, S. M., Lotfy, M. I O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13 (2), 299 – 310.
- Vuletić, G., Ivanković, D. i Davern, M. (2011). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. U: Vuletić, G. (Ur.). *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 120-125). Osijek : Filozofski fakultet Osijeku.
- Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života: povijesni pregled. U: Vuletić, G. (Ur.). *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 9-16). Osijek : Filozofski fakultet u Osijeku.
- World Health Organization (1998). *WHOQOL UserManual*. Geneva: World Health Organization. ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf))