

SPORT I UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA KOD OSOBA S INVALIDITETOM

IVANA CRNKOVIĆ, MELITA RUKAVINA

Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

Primljeno: 13.9.2012.

Izvorni znanstveni rad
UDK: 376.1- 056.26 : 7

Adresa za dopisivanje: Ivana Crnković, dipl.physioth., Zdravstveno veleučilište Zagreb, Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb; e-mail: ivana.crnkovic86@gmail.com

Sažetak: Utjecaj kinezioloških aktivnosti kod osoba s invaliditetom očituje se kroz pozitivan utjecaj na motoričke i funkcionalne sposobnosti, morfološke karakteristike, psihološke, sociološke i kognitivne značajke te pridonosi većoj neovisnosti osobe s invaliditetom, što je prediktor bolje kvalitete života. Cilj ovog rada bio je ispitati postoji li razlika u kvaliteti života kod osoba s invaliditetom, koje su uključene u sportsku aktivnost i one koje nisu, s obzirom na kategoriju kojoj pripadaju. U istraživanju je sudjelovalo 175 osoba sa invaliditetom raspoređene u sljedeće kategorije: osoba s tjelesnim oštećenjem, osoba sa slušnim poteškoćama, osoba s vidnim poteškoćama te kategorija osoba s intelektualnim poteškoćama. Ispitanici su bili razvrstani u skupinu ispitanika koja je uključena u sport osoba s invaliditetom i skupinu ispitanika koja nije uključena u sport osoba s invaliditetom. Za svrhu ovog istraživanja korišten je upitnik WHOQOL-BREF koji je konstruirala Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života, kojim se ispituju četiri domene kvalitete života (domene tjelesnog i psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline). Rezultati ovog istraživanja upućuju da je bavljenje sportom značajno povezano i to u pozitivnom smjeru sa svim domenama kvalitete života osoba s invaliditetom neovisno o kategoriji kojoj pripadaju.

Ključne riječi: kvaliteta života, osobe s invaliditetom, sportske aktivnosti

UVOD

Invaliditet predstavlja važan medicinski, socijalni i politički problem koji pokazuje tendenciju povećanja. U Hrvatskoj, prema podacima iz 2010. živi 529 103 osoba s invaliditetom od čega su muškarci 59,8% i žene 40,2% te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 11,9% ukupnog stanovništva RH. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 54,2%, je u radno aktivnoj dobi, 19-64 godina (Benjak, 2011).

Psihosocijalna prilagodba na invaliditet predstavlja psihološki ishod, a neki autori razlikuju psihosocijalnu prilagodbu od psihosocijalne prilagođenosti na invaliditet (Topolnjak Pavišić, 2004). Prema Livneh i Antonak (2005) na ishod psihosocijalne prilagodbe na invaliditet utječu 4 skupine varijabli: varijable povezane s invaliditetom, varijable povezane sa sociodemografskim karakteristikama, varijable povezane s ličnošću i varijable vezane za fizičku i socijalnu okolinu. Psihosocijalna prilagođenost je

hipotetička završna faza ili razvijen proces adaptacije na krizne situacije uključujući i kronične bolesti i tjelesna oštećenja, a uključuje postizanje i održavanje psihosocijalnog ekvilibrija, postizanje reintegracije, ponovno uspostavljanje samopoštovanja, zauzimanje pozitivnog stava u odnosu na sebe, druge i oštećenje, svjesnost o preostalim sposobnostima i postojanju funkcionalnih ograničenja, self koncept i osjećaj o osobnoj snazi, uspješno ovladavanje okolinom, aktivno participiranje u socijalnim, profesionalnim i rekreacijskim aktivnostima (Topolnjak Pavišić, 2005). Postizanje psihosocijalnog ekvilibrija je završna faza rehabilitacijskog procesa, koja ima za cilj postići maksimalno moguću funkcionalnu sposobnost i neovisnost osobe s invaliditetom unutar granica njegovih funkcionalnih mogućnosti.

Kvaliteta života kao višedimenzionalni koncept, područje je interesa različitih znanstvenih disciplina, tako i u biomedicini i zdravstvu. Povezivanje pojma zdravlja i funkcioniranja s kvalitetom života,

neizostavna je smjernica u procesu rehabilitacije osoba s invaliditetom. Invaliditet je samo krovni pojam za oštećenje, dok se funkcioniranje odnosi na komponentu oštećenja, ograničenja aktivnosti ili ograničenje u participaciji kod aktivnosti svakodnevnog života te ovisnosti o tuđoj pomoći.

U kontekstu invaliditeta, neovisnost je definirana kao „sposobnost kontrole te donošenja odluke u životu svakog pojedinca”. U jednoj studiji mladih osoba s invaliditetom neovisnost znači mogućnost ostvarivanja svojih potencijala i mogućnost sudjelovanja u kreiranju istog, koristeći odgovarajuću podršku kada je za to potrebna, kako bi osobe s invaliditetom postigle svoje ciljeve. Te mlade osobe s invaliditetom nisu vidjele podršku negativno, već kao sredstvo potpore (National Disability Authority, 2005).

Kvaliteta života osoba s invaliditetom, nije samo rezultat rehabilitacijskog procesa, nego i interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca što određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne stvarnosti u svjetlu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima netko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde (Bratković, 2003). Mjerenjem kvalitete življenja trebalo bi utvrditi pojedinačne potrebe osobe, što se obično čini sveobuhvatnim ispitivanjem funkcionalnih sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja te socijalnog i materijalnog stanja. Najveće ograničenje u interpretaciji mjerenja kvalitete života predstavlja nedostatak „zlatnog standarda“ ili mjerne jedinice koja bi omogućila usporedbu kvalitete života u različitim populacijama, regijama i kroz vrijeme (Cummins, 1995).

Sport u funkciji unapređenja kvalitete života opće je prihvaćena teza kao i znanstveno potvrđena činjenica multidimenzionalnog utjecaja kinezioloških aktivnosti na subjektivnu procjenu kvalitete života pojedinca s invaliditetom. Kretanje, odnosno mišićna aktivnost je uz energiju, kisik i vodu, jedna od elementarnih biotičkih potreba čovjeka kojom se održava život (Malina i sur., 2004). Pod pojmom sport podrazumijevaju se različite motoričke aktivnosti varijabilnog i dinamičkog karaktera u kojima na specifičan način dolaze do punog izražaja sportaševe sposobnosti, osobine i znanja u treningu i natjecanju. Sport se temelji na načelu dragovoljnosti i mora biti jednako dostupan svima

bez obzira na dob, rasu, spol, spolnu orijentaciju, vjeru, nacionalnost, društveni položaj, političko ili drugo uvjerenje (Zakon o športu, 2011).

Rehabilitacijski sport prvi put se spominje u Švedskoj krajem 19. stoljeća kao gimnastika za osobe s invaliditetom. Interes za sport osoba s invaliditetom ogleda se u 47 akademskih časopisa i časopisima koji se fokusiraju na adaptivne sportske aktivnosti i rekreaciju u mnogim biltenima objavljenim o različitim sportskim organizacijama diljem svijeta (Sport and persons with disabilities, 2011). Za neke sportaše uključivanje u sportske aktivnosti znači mogućnost izbora i preuzimanje rizika za vlastiti izbor, za druge stjecanje vještina i postignuća radi samopouzdanja potrebnog za druge životne izazove, kao što su obrazovanje ili zaposlenje. Popularni portret sportova kod osoba s invaliditetom najbolje interpretira rečenica „računa se sposobnost, a ne invalidnost“.

S obzirom na znanstveno potvrđenu činjenicu koja povezuje fizičku aktivnost s funkcionalnim statusom i općim zdravljem, dugotrajna fizička neaktivnost uzrokuje cikličke promjene u zdravlju i funkcioniranju (Morey i sur., 1998). Većina osoba s invaliditetom neovisno o oštećenju prakticira sjedilački način života što uzrokuje povećanje funkcionalnih ograničenja vezanih uz primarno oštećenje.

U velikom epidemiološkom istraživanju Huang i sur. (1998) proučavali su odnos između aerobne sposobnosti i funkcionalnih ograničenja uzrokovanih invaliditetom kod 3495 muškaraca i 1175 žena. Rezultat istraživanja pokazao je korelaciju između niske razine aerobne sposobnosti i više stope funkcionalnih ograničenja. Istraživači su također utvrdili da kod ispitanika koji su imali bolji aerobni kapacitet sukladno s tim su imali nižu razinu funkcionalnih ograničenja.

McVeigh i sur. (2009) proveli su istraživanje o povezanosti kvalitete života i integraciji u društvenu zajednicu kod osoba sa spinalnom ozljedom uključenih u sportske aktivnosti i onih osoba sa spinalnom ozljedom koje nisu uključene u sportske aktivnosti koje je pokazalo da osobe uključene u sportsku aktivnost ostvaruju veće rezultate u oba upitnika.

Autori Groff i sur. (2009) proučavali su utjecaj uključenosti u sportske aktivnosti i kvalitete života kod osoba s cerebralnom paralizom. Rezultat istraživanja utvrdio je visoku korelaciju između bavljenja sportom

sa ukupnim zadovoljstvom kvalitete života ispitanika, sa zadovoljstvom vlastitim zdravljem, zadovoljstvom kvalitete života obitelji ispitanika te povezanost bavljenja sportom i domene socijalnih odnosa.

Sva navedena istraživanja potvrdila su pozitivnu povezanost uključenosti osoba s invaliditetom u programe vježbanja i uključenosti u sportske aktivnosti u odnosu na analizirane domene kvalitete života.

CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi postoje li razlike u kvaliteti života između osoba s invaliditetom koje su uključene u sportsku aktivnost i one koje nisu.

S obzirom na gore postavljen cilj formulirani su sljedeći problemi:

1. Utvrditi stupanj kvalitete života kod osoba s invaliditetom u cjelini i po domenama (zadovoljstvo tjelesnim i psihičkim zdravljem, zadovoljstvo socijalnim odnosima i zadovoljstvo okolinom).
2. Provjeriti postoje li razlike u kvaliteti života između ispitanika s obzirom na kategoriju invaliditeta i uključenost u sportsku aktivnost.

METODOLOGIJA

Uzorak

Inicijalni uzorak činilo je 188 osoba s invaliditetom. Iz uzorka je isključeno 13 sudionika koji su na upitniku WHOQOL-BREF imali više od 20% neodgovorenih čestica te je finalno analizirano 175 ispitanika (113 muškaraca i 62 žene). Ispitanici su s obzirom na vrstu invaliditeta raspoređeni u sljedeće kategorije: osobe s tjelesnim oštećenjem (72), osobe sa slušnim poteškoćama (41), osobe s vidnim poteškoćama (45) te osobe s intelektualnim poteškoćama (17). Ispitanici su bili razvrstani u dvije skupine: oni koji su uključeni u sport osoba s invaliditetom, te oni koji nisu uključeni u sport osoba s invaliditetom.

Dob ispitanika bila je u rasponu od 18 do 77 godina ($M=44,11$). Korišten je prigodni uzorak s područja grada Zagreba i Primorsko-goranske županije, a kako bi se uzorkom obuhvatile različite kategorije osoba s invaliditetom, kontaktirane su udruge osoba s invaliditetom te savezi i sportski klubovi osoba s invaliditetom.

Mjerni instrument

U ovom radu korišten je upitnik WHOQOL-BREF, koji je konstruirala Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života, zbog metodološke utemeljenosti, dobrih metrijskih karakteristika te dostupnosti na hrvatskom jeziku (Pibernik Okanović, 2001).

Upitnik WHOQOL-BREF korišten je prilikom procjene kvalitete života osoba s invaliditetom s intelektualnim poteškoćama (Picardi i sur., 2006), tjelesnim oštećenjem (Jang i sur., 2004), kod osoba sa slušnim poteškoćama (Fellinger i sur., 2005) te kod osoba s vidnim oštećenjem (Bekibele i Gureje, 2008).

Upitnik WHOQOL-BREF predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100. Psihometrijska istraživanja su pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i valjan instrument, te visoko korelira s WHOQOL-100, oko 0,89 (The World Health Organization Quality of Life Group, 1998). Zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja daje mu se prednost pred WHOQOL-100.

Upitnik WHOQOL-BREF u cijelosti sadrži 26 čestica. Za analizu i interpretaciju podataka korištene su 24 čestice koje opisuju kvalitetu života po domenama (Tablica 1), a korištene su i čestice za procjenu kvalitete života u cjelini i za procjenu zadovoljstva zdravljem. Rezultati domena dobiveni su kombinacijom 24 čestice upitnika. Rezultat u svakoj domeni izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju, a svako se pitanje boduje Likertovom skalom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje). Čestice o kvaliteti života i zadovoljstva zdravljem razmatrale su se zasebno. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno, pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Nakon transformacija bodova, koje se vrše u dva koraka, bodovi za pojedinu domenu su unutar skale 0-100 te je uzeto u obzir da ispitanici s vrijednošću većom od 60% skalnog maksimuma u pojedinoj domeni imaju dobru kvalitetu života u istoj domeni, a oni s vrijednošću ispod 60% skalnog maksimuma imaju lošu kvalitetu života te specifične domene. Pouzdanost upitnika je prilično visoka, što znači da domene tjelesnog, psihičkog zdravlja i okolina imaju koeficijent pouzdanosti $\alpha > 0,75$, dok je domena socijalnih odnosa na gra-

nici s umjerenom pouzdanošću i α iznosi 0,68. (Skevington i sur., 2004).

Osim 26 čestica WHOQOL-BREF upitnika, u upitnik su uključena pitanja o sociodemografskim podacima o ispitanicima kao što su spol, dob, bračni status, razina obrazovanja (The World Health Organization Quality of Life Group, 1996). U svrhu ovog istraživanja, korištene su i dodatne čestice o ispitanicima koje su sadržavale pitanja o kategoriji invaliditeta kojoj ispitanik pripada, uključenost u sportsku aktivnost, kojim sportom se bavi te bavi li se rekreativno ili natjecateljski istoimenim sportom.

Postupak

Istraživanje se provodilo od početka rujna do kraja studenog 2011. godine. Dio anketa proveden je u udrugama i savezima osoba s invaliditetom, a dio je proveden uz pomoć online upitnika za kojeg se koristila programska podrška KwickSurvey. Svi ispitanici informirani su u koju svrhu se istraživanje provodi te su svi sudionici dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Upute za ispunjavanje nalazile su se na početku upitnika. Kod ispitanika s intelektualnim poteškoćama, koji su procijenjeni od strane stručnjaka da mogu pristupiti upitniku, procjena se provodila uz asistenciju defektologa ili roditelja. Osobe s vidnim poteškoćama te tjelesnim oštećenjem sa smanjenom funkcionalnom sposobnošću gornjih ekstremiteta ispunjavale su upitnik uz pomoć asistenta, dok su ostali ispitanici samostalno ispunjavali upitnik. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika kretalo se između 5 i 20 minuta. Nacrt i postupak istraživanja osmišljen je i ostvaren u skladu s općim načelima provedbe istraživanja u kojima su sudionici ljudi.

Tablica 1. Domene upitnika WHOQOL-BREF

TJELESNO ZDRAVLJE	PSIHIČKO ZDRAVLJE	SOCIJALNI ODNOSI	OKOLINA
<ul style="list-style-type: none"> • Dnevne aktivnosti • Ovisnost o lijekovima • Energija i umaranje • Pokretljivost • Bol i uznemirenost • Spavanje i odmor • Tjelesno zdravlje • Radni kapaciteti 	<ul style="list-style-type: none"> • Predodžba tijela i izgled • Negativni osjećaji • Pozitivni osjećaji • Samopoštovanje • Religioznost • Duhovnost • Osobna vjerovanja • Psihičko zdravlje • Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentracija 	<ul style="list-style-type: none"> • Osobni odnosi • Socijalna podrška • Seksualna aktivnost 	<ul style="list-style-type: none"> • Izvori financija • Sloboda, tjelesna sigurnost i zaštićenost • Zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta • Kućna okolina • Dostupnost informacija i usluga • Mogućnost rekreacije • Okoliš (zagađenje/buka/promet) • Okolina i prijevoz

REZULTATI I RASPRAVA

Sociodemografske karakteristike ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 175 ispitanika u dobi od 18 do 77 godina ($M=44,11$, $SD=14,255$). Većina ispitanika bila je muškog spola 64,6%, a osobe ženskog spola obuhvaćale su 35,4% populacije uzorka. Najveći broj ispitanika imao je srednju stručnu spremu (73,1%). U braku je bilo 41,1% ispitanika, dok je 37,1% ispitanika bilo bez partnera. Najveći udio ispitanika, njih 80%, izjasnilo se po pitanju zdravstvenog statusa da su trenutačno zdravi, dok se 20% izjasnilo da su trenutačno bolesni.

Tablica 2. Sociodemografske karakteristike ispitanika obuhvaćenih istraživanjem

VARIJABLA	Frekvencija	%
SPOL		
M	113	64,6
Ž	62	35,4
OBRAZOVANJE		
Bez osnovne škole	1	0,6
Osnovna škola	10	5,7
Srednja škola	128	73,1
Visoko obrazovanje	36	20,6
BRAČNI STATUS		
Sam-a	65	37,1
U braku	72	41,1
Izvanbračna zajednica	4	2,3
U vezi	18	10,3
Rastavljen-a	7	4,0
Udovac-ica	9	5,1
ZDRAVSTVENI STATUS		
Trenutno bolestan	35	20,0
Trenutno zdrav	140	80,0

Ispitanici obuhvaćeni istraživanjem bili su raspoređeni u četiri kategorije s obzirom na vrstu oštećenja: osobe s tjelesnim oštećenjem (72 ispitanika – 41,1%), osobe sa slušnim poteškoćama (41 ispitanik – 23,4%), osobe s vidnim poteškoćama (45 ispitanika – 25,7%) te osobe s intelektualnim poteškoćama (17 ispitanika – 9,7%).

Ispitanici su bili razvrstani u dvije skupine, ona koja je uključena u sport osoba s invaliditetom (91 ispitanik – 52%) te skupina ispitanika koja nije uključena u sport osoba s invaliditetom (84 ispitanika – 48%).

Sportovi obuhvaćeni istraživanjem bili su redom, atletika (4,4%), biciklizam (5,5%), boćanje (8,8%), goallball (9,9%), klizanje (1,1%), košarka u kolicima (9,9%), kuglanje (9,9%), nogomet (1,1%), plivanje (9,9%), pikado (2,2%), ribolov (1,1%), sjedeća odbojka (11,0%), stolni tenis (4,4%), streljaštvo (2,2%), šah (17,6%) i tenis u kolicima (1,1%). Većina ispitanika uključenih u istraživanje bavi se natjecateljskim sportom, njih 67, dok je 24 ispitanika rekreativno uključeno u sportsku aktivnost.

Spolne razlike u zadovoljstvu kvalitetom života i zdravljem te zadovoljstvu po pojedinim domenama kvalitete života

U ispitivanju je sudjelovalo 113 muškaraca i 62 žene te smo htjeli provjeriti postoje li spolne razlike u pojedinim aspektima zadovoljstva kvalitete životom i zdravljem, u cjelini i po domenama.

Kao što se iz prikaza prosječnih vrijednosti u tablici 3. može vidjeti, žene u svim aspektima zadovoljstva kvalitete životom, kako u cjelini tako i u pojedinim domenama te u zadovoljstvu zdravljem imaju niže procjene što ukazuje da su manje zadovoljne u odnosu na muškarce. Žene s invaliditetom spadaju u vulnerabilnu i izoliranu društvenu skupinu. Prema Olenik i sur. (1995) žene s invaliditetom suočavaju se s dvije nepobitne činjenice, a to je da su one osobe s invaliditetom i žene. Odnos spola i invaliditeta kod žena i muškaraca s invaliditetom utječe na subjektivni doživljaj kvalitete života. Zbog raširene diskriminacije u mnogim društvenim područjima, žene s invaliditetom susreću se s različitim oblicima diskriminacije te spolnog i seksualnog uznemiravanja-iskorištavanja (Nosek i Hughes, 2003). Žene s invaliditetom nisu uključene u sport osoba s invaliditetom kao muška

populacija što je vjerojatno i razlog njihovog nezadovoljstva kvalitetom života (Chappell, 1999).

Tablica 3. Prosječne vrijednosti za zadovoljstvo kvalitetom života i zdravljem te zadovoljstvo pojedinim domenama kvalitete života s obzirom na spol.

VARIJABLA	SPOL	N	M	SD	t	p
Zadovoljstvo životom	muškarci	113	3,98	0,071	3,201	0,002
	žene	62	3,58	0,109		
Zadovoljstvo zdravljem	muškarci	113	4,03	0,077	6,100	0,000
	žene	62	3,15	0,136		
Tjelesno zdravlje	muškarci	113	77,19	1,502	5,896	0,000
	žene	62	61,11	2,464		
Psihičko zdravlje	muškarci	113	80,34	1,470	3,644	0,000
	žene	62	71,35	1,974		
Socijalni odnosi	muškarci	113	72,15	1,654	2,982	0,003
	žene	62	63,47	2,524		
Okolina	muškarci	113	75,76	1,377	3,514	0,001
	žene	62	67,15	2,158		

Proveli smo niz t-testova koji su pokazali da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu kvalitetom života i zdravljem u cjelini te u zadovoljstvu po pojedinim domenama s obzirom na spol, odnosno da žene postižu niže rezultate na svim ispitivanim varijablama (Tablica 3).

Zadovoljstvo kvalitetom života i zadovoljstvo zdravljem

Promatrajući cijeli uzorak, većina ispitanika, njih 39,4%, ocijenilo je kvalitetu svog života prilično dobrom, dok je u pitanju zadovoljstva zdravljem, većina ispitanika, njih 36,0%, prilično je zadovoljno vlastitim zdravljem.

Kako bismo odgovorili na prvi problem i utvrdili stupanj kvalitete života kod osoba s invaliditetom izračunali smo prosječne vrijednosti koje su prikazane u tablici 4.

Tablica 4. Prikaz prosječnih vrijednosti za zadovoljstvo kvalitetom života i zdravljem te zadovoljstvo pojedinim domenama kvalitete života za cijeli uzorak

VARIJABLA	N	M	SD
Zadovoljstvo životom	175	3,84	0,815
Zadovoljstvo zdravljem	175	3,71	1,005
Tjelesno zdravlje	175	71,50	18,859
Psihičko zdravlje	175	77,15	16,135
Socijalni odnosi	175	69,07	18,836
Okolina	175	72,71	16,010

Dobiveni rezultati ukazuju da osobe s invaliditetom po procjenama zadovoljstva životom, zdravljem te pojedinim aspektima kvalitete života ne odstupaju od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Percipirana kvaliteta života u svim analiziranim kategorijama invaliditeta kreće se u okvirima od 60 do 80% skalnog maksimuma, što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe (Mellor i sur., 1999). Razlog ovakvim rezultatima može biti i činjenica da je osoba s invaliditetom orijentirana prema manje zahtjevnim ciljevima od standardne populacije, pa su i prioriteti i očekivanja manji.

Razlike u procjeni kvalitete života u cjelini i po domenama te zadovoljstva zdravljem s obzirom na kategoriju invaliditeta i bavljenje sportskom aktivnošću

Kako bi se provjerilo postoje li razlike u kvaliteti života i zadovoljstvu zdravljem između ispitanika s obzirom na kategoriju invaliditeta i uključenost u sportsku aktivnost provedeno je niz složenih analiza varijance koje su pokazale da u svim analiziranim varijablama postoje glavni efekti uključenosti u sportsku aktivnost te pripadnosti pojedinoj

kategoriji invaliditeta dok interakcije između sporta i kategorije invaliditeta nisu statistički značajne (Tablica 5).

Uključenost u sportsku aktivnost

Skupina ispitanika uključena u sportske aktivnosti ostvarila je bolje rezultate po pitanju zadovoljstva kvalitetom života i zadovoljstva zdravljem u odnosu na ispitanike koji nisu uključeni u sportsku aktivnost što se može vidjeti iz prosječnih vrijednosti prikazanih u tablici 6.

Također, skupina ispitanika uključena u sportske aktivnosti ostvarila je bolje rezultate u sve četiri ispitivane domene u odnosu na ispitanike koji nisu uključeni u sportsku aktivnost.

Ovakav rezultat govori u prilog činjenici da je utjecaj sporta i tjelesne aktivnosti multidimenzionalan i da u pozitivnom smjeru utječe na sve domene kvalitete života. Prema modelu Svjetske zdravstvene organizacije, Sport for Development and Peace International Working Group (2007), utjecaj sporta i tjelesne aktivnosti očituje se na sve domene kvalitete života, naglašavajući pritom preventivni utjecaj fizičke aktivnosti kod osoba s invaliditetom i različitih dobnih skupina standardne populacije. Važno je za naglasiti da tjelesna aktivnost ima preventivnu ulogu u očuvanju zdravlja,

Tablica 5. Prikaz rezultata složene analize varijanci za varijable: zadovoljstvo životom, zdravljem, te zadovoljstvo pojedinim domenama kvalitete života

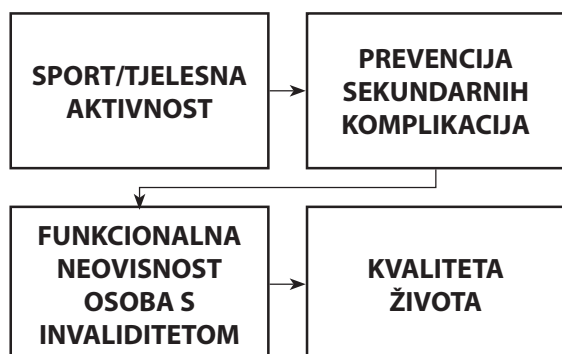
VARIJABLA	IZVOR VARIJABILITETA	F	p
Zadovoljstvo životom	sport	27,262	0,000
	invaliditet	6,125	0,001
	sport x invaliditet	0,517	0,376
Zadovoljstvo zdravljem	sport	51,537	0,000
	invaliditet	10,394	0,000
	sport x invaliditet	0,394	0,611
Tjelesno zdravlje	sport	43,538	0,000
	invaliditet	18,349	0,000
	sport x invaliditet	1,485	0,220
Psihičko zdravlje	sport	38,366	0,000
	invaliditet	6,338	0,000
	sport x invaliditet	0,264	0,852
Socijalni odnosi	sport	20,403	0,000
	invaliditet	2,673	0,049
	sport x invaliditet	0,234	0,873
Okolinani vo enama kvalitete života za varijable: zadovoljstvo životom i zdravljem, te zadovoljstvo st i razlike s obzirom na pr	sport	35,228	0,000
	invaliditet	11,938	0,000
	sport x invaliditet	0,992	0,398

Tablica 6. Zadovoljstvo kvalitetom života, zadovoljstvo zdravljem te zadovoljstvo pojedinim domenama kvalitete života s obzirom na uključenost u sportsku aktivnost

VARIJABLA	Bavljenje sportom	N	M	SD
Zadovoljstvo životom	Da	91	4,19	0,714
	Ne	84	3,64	0,752
Zadovoljstvo zdravljem	Da	91	4,21	0,796
	Ne	84	3,18	0,933
Tjelesno zdravlje	Da	91	79,99	14,190
	Ne	84	62,30	19,040
Psihičko zdravlje	Da	91	84,08	13,313
	Ne	84	69,65	15,624
Socijalni odnosi	Da	91	75,80	16,472
	Ne	84	61,79	18,607
Okolina	Da	91	79,82	13,372
	Ne	84	65,00	15,093

ali isto tako i rehabilitacijsku i habilitacijsku ulogu posebno kod osoba s invaliditetom. No tjelesna aktivnost se mora odvijati u strogo kontroliranim uvjetima kako bi se spriječio potencijalni negativni utjecaj sporta na zdravlje.

Interakcija zdravstvenih smetnji i tjelesnog oštećenja smanjuje neovisnost i funkcionalnost osoba s invaliditetom (Wilber i sur., 2002). Prema konceptu autora Heath i Fentem (1997) redovita tjelesna aktivnost, kroz pozitivan utjecaj na motoričke i funkcionalne sposobnosti, postiže i održava funkcionalnu neovisnost osoba s invaliditetom i kvalitetu života (Slika 1). Istraživanja niza autora Cooper i sur. (1999), Abell i sur. (2005), Groff i sur. (2009), McVeigh i sur. (2009) potvrdila su pozitivnu povezanost uključenosti osoba s invaliditetom u programe vježbanja i uključenosti u sportske aktivnosti u odnosu na analizirane domene kvalitete života što je u skladu s rezultatima koji su dobiveni u ovom istraživanju.

**Slika 1.** Utjecaj sporta kod osoba s invaliditetom uključeni u sportske aktivnosti (Heath i Fentem, 1997)

Razlike u zadovoljstvu životom i zdravljem s obzirom na kategoriju invaliditeta

Kao što je već navedeno, složene analize varijanci pokazale su da postoji glavni efekt pripadnosti pojedinoj kategoriji invaliditeta (Tablica 7) u zadovoljstvu pojedinim aspektima kvalitete života.

Post hoc analiza (Scheffe test) pokazala je da se ispitanici iz kategorije osoba s intelektualnim poteškoćama statistički značajno razlikuju od osoba s tjelesnim poteškoćama ($p=0,002$), slušnim ($p=0,060$) te vidnim poteškoćama ($p=0,083$) u pitanju procjene kvalitete života pojedinca, i to u smjeru da su zadovoljniji svojom kvalitetom života, dok se ostale kategorije statistički značajno ne razlikuju. Iz takvih rezultata može se izvesti zaključak da su, osobe s intelektualnim poteškoćama, zbog smanjene kritičnosti prema sebi i svojoj okolini, u procjeni zadovoljstva kvalitetom života ostvarile bolje rezultate u odnosu na ostale kategorije ispitanika. S obzirom da je u post hoc analizama korišten Scheffe test, kao razina značajnosti, uzimana je 0,10 jer je Scheffe test dosta rigorozan u pogledu pogreške tipa I te je i sam Scheffe predložio da se umjesto razine značajnosti 0,05 uzima blaža razina (Petz, 1997).

S obzirom na razlike u zadovoljstvu vlastitim zdravljem post hoc analiza je pokazala kako se ispitanici iz kategorije osoba s tjelesnim oštećenjem statistički značajno razlikuju od osoba s vidnim poteškoćama ($p=0,077$), osoba sa slušnim poteškoćama ($p=0,010$) te osoba s intelektualnim

Tablica 7. Zadovoljstvo kvalitetom života i zdravljem po kategorijama invaliditeta

		N	M	SD
Zadovoljstvo kvalitetom života	Osoba s tjelesnim oštećenjem	72	3,67	0,872
	Osoba sa slušnim poteškoćama	41	3,85	0,760
	Osoba s vidnim poteškoćama	45	3,89	0,682
	Osoba s intelektualnim poteškoćama	17	4,41	0,795
	Ukupno	175	3,84	0,815
Zadovoljstvo zdravljem	Osoba s tjelesnim oštećenjem	72	3,39	1,082
	Osoba sa slušnim poteškoćama	41	3,80	0,980
	Osoba s vidnim poteškoćama	45	3,91	0,763
	Osoba s intelektualnim poteškoćama	17	4,35	0,862
	Ukupno	175	3,71	1,005

Tablica 8. Prosječne vrijednosti za pojedine domene kvalitete života s obzirom na kategoriju invaliditeta

KATEGORIJA INVALIDITETA	N	Tjelesno zdravlje			Psihičko zdravlje		Socijalni odnosi		Okolina	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Osoba s tjelesnim oštećenjem	72	62,89	20,092	72,51	18,106	67,24	19,818	68,85	18,411	
Osoba sa slušnim poteškoćama	41	76,51	15,217	78,95	13,011	68,44	18,026	70,00	12,902	
Osoba s vidnim poteškoćama	45	76,38	16,513	80,38	14,961	73,96	19,978	75,58	11,793	
Osoba s intelektualnim poteškoćama	17	82,94	11,982	83,94	12,417	65,47	10,423	88,00	11,281	
Ukupno	175	71,50	18,859	77,15	16,135	69,07	18,836	72,71	16,010	

poteškoćama ($p=0,000$) u pitanju zadovoljstva zdravljem, i to u smjeru da imaju manje bodova, dok se ostale kategorije međusobno ne razlikuju. Populacija osoba s tjelesnim oštećenjem ovisna je o tuđoj pomoći u aktivnostima svakodnevnog života, a samim time kvaliteta života pojedinca je umanjena. Pad funkcionalnih sposobnosti uzrokovanih pojavom sekundarnih zdravstvenih komplikacija kod populacije osoba s tjelesnim oštećenjem rezultira nezadovoljstvom sa zdravljem.

Kvaliteta života po domenama

Kako bi se dobio bolji uvid u dobivene razlike po pojedinim domenama kvalitete života s obzirom na pripadnost različitim kategorijama invaliditeta u tablici 8. prikazani su osnovni deskriptivni parametri za te varijable.

U odnosu na analizirane kategorije invaliditeta, osobe s tjelesnim oštećenjem imale su najmanje vrijednosti u **domeni tjelesnog zdravlja**. Osobe s intelektualnim poteškoćama ostvarile su najveću vrijednost u istoimenoj domeni u odnosu na ostale kategorije invaliditeta. Ispitanici iz kategorije osoba s tjelesnim oštećenjem se statistički značajno razlikuju u domeni tjelesnog zdravlja od osoba sa slušnim poteškoćama ($p=0,000$), od osoba s vidnim poteškoćama ($p=0,000$) te od osoba s intelektual-

nim poteškoćama ($p=0,000$) i to u smjeru da imaju manje bodova, a ostale kategorije se međusobno statistički značajno ne razlikuju u domeni tjelesnog zdravlja. Populacija osobe s tjelesnim oštećenjem najčešće boluje od kroničnih i progresivnih bolesti degenerativnog karaktera što uzrokuje ovisnost o tuđoj pomoći u aktivnostima svakodnevnog života, smanjenu radnu sposobnost, češće korištenje medikamentozne terapije te smanjenu funkcionalnu sposobnost rezultiranu energetske deficitom i smanjenom pokretljivošću. Svi navedeni faktori utječu na domenu zadovoljstva tjelesnim zdravljem čiji su rezultati bili najmanji kod osoba s tjelesnim oštećenjem.

Na ukupnom uzorku najveću prosječnu vrijednost imala je **domena zadovoljstva psihičkim zdravljem**. Osobe s intelektualnim poteškoćama imale su najviše bodova u domeni zadovoljstva psihičkim zdravljem. Osobe s tjelesnim oštećenjem u ovoj domeni imale su najmanje bodova u odnosu na ostale analizirane kategorije invaliditeta iako su u ovoj domeni ostvarili najbolje rezultate u odnosu na ostale domene. Osobe s vidnim i slušnim poteškoćama ostvarile su najveću vrijednost u domeni zadovoljstva psihičkim zdravljem u odnosu na ostale analizirane domene. Ispitanici iz kategorije osoba s tjelesnim oštećenjem se statistički razlikuju

od osoba s vidnim poteškoćama ($p=0,034$) te od osoba s intelektualnim poteškoćama ($p=0,029$) u domeni psihičkog zdravlja i to u smjeru da imaju manje bodova u analiziranoj domeni što ukazuju na manje zadovoljstva sa svojim psihičkim zdravljem. Orijentacija prema budućnosti kod osoba s tjelesnim oštećenjem je rijetka ili nerealna kada je prisutna, izuzeci su obično vezani za profesionalne interese. Njihov motorički i funkcionalni status povezan je sa procesom starenja, jer sa procesom starenja dolazi do naglog pada motoričkih i funkcionalnih sposobnosti, stoga te osobe češće imaju negativne osjećaje poput depresije što utječe na rezultate u domeni psihičkog zdravlja. Većina osoba s tjelesnim oštećenjem ima neki vid tjelesnog nedostatka što ih čini nezadovoljnima u toj domeni.

Na ukupnom uzorku **zadovoljstvo socijalnim odnosima** u prosjeku ima najnižu vrijednost od ostalih domena. Iako je analiza varijance pokazala da postoji glavni efekt kategorije invaliditeta, Scheffe test ne ukazuje na postojanje statistički značajnih razlika između osoba iz pojedinih kategorija invaliditeta. Pretpostavka je kako osobe s invaliditetom mogu razviti kvalitetne socijalne odnose i imati zadovoljavajuću podršku od prijatelja neovisno o kategoriji invaliditeta kojoj pripadaju. Zadovoljstvo socijalnim odnosima ima u prosjeku najnižu vrijednost od ostalih domena, jer kod osoba s invaliditetom postoje barijere u komunikaciji koje ih ometaju prilikom interakcije sa standardnom populacijom.

Osobe s intelektualnim poteškoćama imale su najveće vrijednosti u odnosu na osobe iz ostalih kategorija invaliditeta u **domeni zadovoljstva okolinom** dok su najmanje vrijednosti ostvarile osobe s tjelesnim oštećenjem. Ispitanici iz kategorije osoba s intelektualnim poteškoćama se statistički značajno razlikuju od osoba s tjelesnim poteškoćama ($p=0,000$), od osoba sa slušnim poteškoćama ($p=0,000$) te od osoba s vidnim poteškoćama ($p=0,013$) i to u smjeru da imaju više bodova, dok su osobe s tjelesnim poteškoćama manje zadovoljne svojom okolinom od osoba sa vidnim poteškoćama ($p=0,066$). Osobe s intelektualnim poteškoćama ne participiraju u nekoliko analiziranih varijabli kao što su izvori financija i zadovoljstvo procjenom radnog kapaciteta te realna procjena analiziranih domena kod te populacije nije moguća. Osobe s

tjelesnim oštećenjima osim što su ovisne o tuđoj pomoći, zbog njihovog funkcionalnog statusa, umanjena im je radna sposobnost, što odgovara na pitanje zašto su nezadovoljni po pitanju domene okoline, kojoj je jedna od varijabli izvor financija. Visoko rangirani rezultati kod osoba s intelektualnim poteškoćama može biti posljedica malog broja ispitanika u cjelokupnom uzorku u odnosu na ostale kategorije. No bitno je i spomenuti da osobe s intelektualnim poteškoćama žive u zaštićenoj roditeljskoj ili udomiteljskoj sredini, stoga nisu uključene u život šire društvene zajednice, što je vjerojatno razlog nižih rezultata u domeni socijalnih odnosa.

Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja

Ovo istraživanje daje smjernice za daljnja istraživanja vezana uz populaciju osoba s invaliditetom kao i doprinos popularizaciji sporta osoba s invaliditetom u Hrvatskoj. Prednost ovog istraživanja je i deskriptivna analiza kvalitete života osoba s invaliditetom u odnosu na uključenost u sportsku aktivnost, što omogućuje provođenje ciljanih intervencija vezanih uz participaciju osoba s invaliditetom u sportske aktivnosti.

Također, postoje neki metodološki nedostaci koji ne dopuštaju donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnoj povezanosti pojedinih domena kvalitete života i bavljenja sportom kod osoba s invaliditetom. Kako bi uzorak bio reprezentativan za čitavu populaciju Republike Hrvatske, potrebno bi bilo provesti istraživanje koje bi obuhvaćalo veći broj ispitanika koji predstavljaju populaciju osoba s invaliditetom. Također potrebno bi bilo rezultate generalizirati na šire područje Republike Hrvatske te uzeti u probir i stanovnike neurbanih sredina.

Sociodemografski podatak uvršten u mjerni instrument kao dodana čestica, kao što je kategorizacija osoba s invaliditetom na četiri glavne kategorije, nedostatna je za generaliziranje rezultata kvalitete života po pojedinoj analiziranoj kategoriji, stoga bi bilo potrebno za svaku pojedinu kategoriju dodati potkategorije ispitanika sa istim primarnim oštećenjem. Također ta kategorija trebala bi uvrstiti ispitanike iste starosne dobi te istog ili sličnog funkcionalnog statusa. U petu kategoriju ispitanika s invaliditetom potrebno bi bilo uvrstiti i osobe s

višestrukim oštećenjem. Zanimljivo bi bilo usporediti osobe s invaliditetom uključene u sportsku aktivnost, čija invalidnost postoji od samog rođenja s onima čija je invalidnost nastala u toku života, u odnosu na kvalitetu života. Samim istraživanjem potrebno bi bilo obuhvatiti veći broj sportova kojima se osobe s invaliditetom u Hrvatskoj bave.

Kod osoba s intelektualnim poteškoćama potrebno bi bilo pojednostaviti skalu od 1-5 tako da se umjesto brojčanih vrijednosti stave znakovi poput ☺ ☹ ☹ koji bi označavali zadovoljstvo odnosno nezadovoljstvo prema pojedinom pitanju. Također potrebno bi bilo prilagoditi pitanja u korištenom mjernom instrumentu na način da ga osobe s intelektualnim poteškoćama mogu razumjeti (Fang i Fleck, 2011).

U istraživanje nije uključen mjerni instrument koji procjenjuje funkcionalni status osobe s invaliditetom što je metodološki nedostatak istraživanja. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje korištenje WHOQOL-DIS modula, prilikom procjene kvalitete života kod osoba s invaliditetom Ustün i sur. (2010). WHOQOL-DIS modul koristi WHOQOL-BREF koji je relevantan za kvalitetu života kod populacije osoba s invaliditetom uz mjerni instrument koji procjenjuje funkcionalni status osobe s invaliditetom prema ICF kategoriji. Korištenjem istoimenog mjernog instrumenta dobio bi se uvid u utjecaj funkcionalnog statusa osoba s invaliditetom u odnosu na kvalitetu života analiziranih skupina.

Potrebno bi bilo provesti i longitudinalne studije koji bi kroz dulji vremenski period istraživali odnos kvalitete života i uključenosti u sportske aktivnosti. Na taj način rezultati zadovoljstva kvalitetom života u cjelini i po domenama mogli bi se generalizirati kod osoba s tjelesnim oštećenjem kao i kod drugih kategorija, kod kojih se često izmjenjuju faze pogoršanja i poboljšanja funkcionalnog statusa uzrokovanog primarnim oboljenjem.

ZAKLJUČAK

Provedeno istraživanje potvrdilo je činjenicu da je bavljenje sportom povezano i to u pozitivom smjeru sa svim domenama kvalitete života osoba s invaliditetom neovisno o kategoriji kojoj pripadaju. Skupina ispitanika uključena u sportske aktivnosti ostvarila je značajno bolje rezultate u odnosu na ispitanike koji nisu uključeni u sportsku aktivnost po pitanju zadovoljstva kvalitetom života i zadovoljstva zdravljem te u svim analiziranim domenama kvalitete života.

Uključivanje osoba s invaliditetom u sportske aktivnosti omogućuje inkluziju pojedinaca s invaliditetom u širu društvenu zajednicu, stjecanje novih motoričkih i socijalnih vještina te kroz učenje specifičnih motoričkih zadataka, osoba s invaliditetom maksimalno koristi preostale motoričke sposobnosti čime se utječe na postizanje njihove maksimalno moguće neovisnost unutar granica njihovih funkcionalnih sposobnosti. U skladu s postavljenim ciljevima ovim istraživanjem je utvrđeno da se percipirana kvaliteta života u svim analiziranim kategorijama invaliditeta kreće u okvirima od 60 do 80% skalnog maksimuma, što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe. Zadovoljstvo socijalnim odnosima ima u prosjeku najnižu vrijednost u odnosu na domene tjelesnog i psihičkog zdravlja te okoline. Zadovoljstvo psihičkim zdravljem ima u prosjeku najveću vrijednost u odnosu na ostale analizirane domene kvalitete života.

Ovo istraživanje doprinosi popularizaciji sporta osoba s invaliditetom i daje smjernice za provođenje ciljanih intervencija vezanih uz participaciju osoba s invaliditetom u sportske aktivnosti. U daljnjim istraživanjima potrebno bi bilo uključiti dodatne mjerne čestice te uključiti veći broj ispitanika u uzorak čime bi se dobili precizniji podaci o uzročno-posljedičnoj povezanosti pojedinih domena kvalitete života i bavljenja sportom kod osoba s invaliditetom.

LITERATURA

- Abell, J., Hootman, J., Zack, M., Moriarty, D., Helmick, C. (2005): Physical activity and health related quality of life among people with arthritis, *J Epidemiol Community Health*, 59, 5, 380–385.
- Bekibele, CO., Gureje, O. (2008): Impact of self-reported visual impairment on quality of life in the Ibadan study of ageing, *J Ophthalmol*, 92, 5, 612-615.
- Benjak, T. (2011): Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. Opći sociodemografski podaci (str. 5-17). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Služba za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti.
- Bratković, D. (2003): Kvaliteta življenja osoba s mentalnom retardacijom, *Naš prijatelj: Časopis za pitanja mentalne retardacije*, 1, 2, 5-22.
- 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 Research and Development*, 36, 2, 1-18.
- Cummins, RA. (1995): On the trail of the gold standard for life satisfaction, *Social Indicators Research*, 35, 2, 179-200.
- Fang, J., Fleck, M.P. (2011): The response scale for the intellectual disability module of the WHOQOL: 5-point or 3-point, *J intellectual disability research*, 55, 6, 537-549.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., Goldberg, D. (2005): Mental distress and quality of life in deaf population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 9, 737-742.
- Groff, D.G., Lundberg, N.R., Zabriskie, R.B. (2009): Influence of adapted sport on quality of life: perceptions of athletes with cerebral palsy, *Disability Rehabilitation*, 31, 4, 318-326.
- Heath, G.W., Fentem, P.H. (1997): Physical Activity Among Person's with Disabilities – A Public Health Perspective, *Exercise and Sport Science Review*, 25, 1, 195–234.
- Huang, Y., Macera, C.A., Blair, S.N., Brill, P.A., Kohl, H.W., Kronenfeld, J.J. (1998): Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older, *Med Sci Sports Exerc*, 30, 9, 1430–1435.
- Jang, Y., Hsieh, C.L., Wang, Y.H., Wu, Y.H. (2004): A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury, *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 11, 1890-1895.
- Livneh, H., Antonak, R. (2005): Psychosocial Adaptation To Chronic Illness and Disability, *Journal of Counseling & Development* 2005, 83, 12; 12-18.
- Malina, R.M., Bouchard, C., Bar-Or, O. (2004): Growth, maturation and physical activity second edition. The young athlete (str. 623-649). United States: Human Kinetics Press, Champaign, IL.
- 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, *J Spinal Cord Med*, 32, 2, 115-124.
- Mellor, D., Cummins, R.A., Loquet, C. (1999): The gold standard for life satisfaction: Confirmation and elaboration using an imaginary scale and qualitative interview, *International Journal of Social Research Methodology Theory and Practice*, 2, 4, 263 -278.
- Morey, M.C., Pieper, C.F., Cornoni-Huntley, J. (1998): Physical fitness and functional limitations in community-dwelling older adults. *Med Sci Sports Exerc*, 30, 5, 715–723.
- National Disability Authority (2005): Promoting the Participation of People with Disabilities in Physical Activity and Sport in Ireland: Disability research series.
- Nosek, M.A., Hughes, R.B. (2003): Psychosocial issues of women with physical disabilities: The continuing gender debate, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 4, 224-234.

- Olenik, L., Matthews, J., Steadward, R.D. (1995): Women, Disability and Sport: Unheard Voices, *Canadian Woman Studies*, 15, 4, 54-57.
- Petz, B. (1997): Osnovne statističke metode za nematematičare. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pibernik-Okanovic M. (2001): Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 51, 2, 133-143.
- Picardi, A., Rucci, P., Girolamo, G., Santone, G., Borsetti, G., Morosini, P. (2006): The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 6, 372-381.
- Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004): The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field. A Report from the WHOQOL Group, *Quality of Life Research*, 13, 2, 299-310.
- Sport and persons with disabilities. Posjećeno 10.10.2011. na mrežnoj stranici Right to play: www.righttoplay.com/.../news.../Chapter5_SportandDisability.pdf
- Sport for Development and Peace International Working Group (2007): Literature reviews on sport for development and peace. Conceptualizing sport, physical activity and health (str.57-58). Canada: Toronto.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1996): The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF). Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version (str.5-18). Geneva: Programme on mental health.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1998): Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment, *Psychol Med*, 28, 3, 551-558.
- Topolnjak Pavišić, D. (2005): Adaptacija psihosocijalnog upitnika PQ for SCIP za osobe sa ozljedom kralježnične moždine, *Suvremena psihologija*, 8, 1, 37-49.
- Topolnjak Pavišić, D. (2004): Povezanost nekih psihosocijalnih činitelja i prilagodbe osoba s kralježničnom moždinom, *Suvremena psihologija*, 7, 1, 143-145.
- Ustün, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., Korff, M., Pull, C. (2010): Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0., *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 11, 815-823.
- Wilber, N., Mitra, M., Walker, D.K., Allen, D.A., Meyers, A.R., Tupper, P. (2002): Disability as a public health issue: findings and reflections from the Massachusetts survey of secondary conditions, *Millbank Q*, 80, 2, 393-421.
- Zakon o športu. Narodne novine br. 71/2006, 150/2008, 124/2010, 124/2011

SPORT AND IMPROVING QUALITY OF LIFE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Abstract: *Impact of kinetic activities in persons with disabilities is manifested through positive effect on motoric and functional capabilities, morphological characteristics, psychological, sociological and cognitive features and contributes to greater independence of people with disabilities, which is a predictor of better quality of life. The aim of this work was to investigate whether there is a difference in the quality of life in people with disabilities who are involved in sport activities vs. those who are not, considering the category they belong to. The study included 175 persons with disabilities classified in the following categories: persons with physical disabilities, people with hearing disabilities, persons with visual disabilities and the category of persons with mental disabilities. Subjects were divided into a group of subjects involved in sport for people with disabilities and a group of persons not involved in sport for people with disabilities. For the purpose of this study the World Health Organization Quality of Life Questionnaire -WHOQOL-BREF (WHO) to assess the quality of life, and which measures the four domains of quality of life (physical and psychological health, social relationships and environment). The results of this study suggest that the effect of engagement in sports has significant positive correlation in all domains of quality of life of people with disabilities, regardless of the category to which they belong.*

Key words: *quality of life, people with disabilities, sport activities*