Kvaliteta života sportaša s invaliditetom

Idžanović, Anita

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:104206

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Anita Idžanović

Kvaliteta života sportaša s invaliditetom

Završni rad

Mentor: izv.prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2014. godina

SADRŽAJ

I. SAŽETAK
1. UVOD.....1
2. INVALIDITET.....2
2.1 Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom.....3
2.2 Integracija i prilagodba na invalidnost.....4
3. KVALITETA ŽIVOTA.....4
3.1 Teorija homeostaze subjektivne kvalitete života.....4
3.2 Kvaliteta života osoba s invaliditetom.....5
3.3 Kvaliteta života kao mjera uspješnosti procesa rehabilitacije.....6
3.4 Kvaliteta života starijih osoba s invaliditetom.....7
4. ULOGA SPORTA U PROCESU REHABILITACIJE
I UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S
INVALIDITETOM.....8
4.1 Istraživanja o povezanosti kvalitete života i tjelesne aktivnosti.....8
4.2 Sjedeća odbojka.....11
4.3 Tenis u kolicima.....12
4.4 Sportašev izbor.....12
4.5 Dužnosti trenera.....13
4.6 Postizanje uspjeha.....14
4.7 Učinkovitost sporta.....14
5. PSIHOSOCIJALNA REINTEGRACIJA
RATNIH VETERANA KROZ SPORT.....15
6. PARAOLIMPIJSKE IGRE.....16
7. ZAKLJUČAK.....16
8. LITERATURA.....17

KVALITETA ŽIVOTA SPORTAŠA S INVALIDITETOM

SAŽETAK

Znano je da je tjelesna aktivnost nezamjenjiv čimbenik u rehabilitaciji osoba sa invaliditetom. Tjelesna aktivnost u zaštiti i unapređenju zdravlja ima preventivnu, transformacijsku, kurativnu i rehabilitacijsku ulogu. Djelujući na razinu zdravlja tjelesna aktivnost nedvojbeno povećava razinu kvalitete života, utječe na psihološki status čovjeka, te pozitivno utječe na socijalizaciju. Uvažimo li činjenicu da je suvremeni način života i rada odgovoran za nastajanje niza negativnih posljedica kod radno sposobnog stanovništva, jasno je da prekomjerna tjelesna težina, stres i smanjena tjelesna aktivnost imaju još veći utjecaj na osobe s invaliditetom. Za psihologiju osoba s invaliditetom važno je simptomatsko mijenjanje osobe s obzirom na okolinu. Osobe na raznim stupnjevima svog psihofizičkog razvoja će različito reagirati na pojavu invaliditeta. Zajednička faza svim uzrasnim kategorijama je stanje „šoka“, osjećaj bezvrijednosti i bespomoćnosti. Shvaćanje i poimanje svoje izmijenjene tjelesne slike, često je uzrok subjektivne adaptacije između osobe sa invaliditetom i okolnog svijeta, što otežava, a katkad i onemogućuje kontakt sa zdravim osobama. Shodno tome, ciljevi sporta za osobu sa invaliditetom, ne samo da su isti kao i zdravu osobu već su i jače istaknuti razvijenjem natjecateljskog duha, samodiscipline, samopotvrđivanja i prijateljstva.

Ključne riječi: tjelesna aktivnost, kvaliteta života, invaliditet, rehabilitacija

1. UVOD

Sukladno Međunarodnoj klasifikaciji oštećenja, invaliditeta i hendikepa Svjetske zdravstvene organizacije, pojam „oštećenje“ se odnosi na bilo kakav gubitak i odstupanje od normalne psihološke ili anatomske strukture ili funkcije. Pojam „invaliditet“ odnosi se na bilo koje ograničenje ili nedostatak (koji proizlazi iz oštećenja) sposobnosti za obavljanje neke aktivnosti na način ili u opsegu koji se smatra normalnim za ljudsko biće (Ciliga, 2000). Invaliditet predstavlja važan medicinski, socijalni i politički problem koji pokazuje tendenciju povećanja. U Hrvatskoj, prema podacima iz 2013. živi 520 437 osoba s invaliditetom od čega su muškarci 60% i žene 40% te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 12% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 53,6%, je u radno aktivnoj dobi, 19-64 godina (Benjak, 2013).

Rehabilitacija osoba s tjelesnim oštećenjima kompleksan je proces čiji je cilj osposobljavanje osobe za najvišu moguću tjelesnu, psihološku, socijalnu i gospodarsku aktivnost sukladnu njezinim sposobnostima, te za ponovno uključivanje u produktivan i samostalan život. Tjelesna oštećenja uzrokovana nesrećama, bolešću ili amputacijama povezana su sa značajnim promjenama životnih navika te smanjenjem zadovoljstva životom i potrebom za psihološkom prilagodbom na nove uvjete. To iziskuje potrebu trajnog pružanja psihološke i socijalne potpore u njihovoj reintegraciji u normalan život (Jelić, 2000).

Proces reintegracije je posebice složen kod ratnih veterana kod kojih je ranjavanje nastupilo u ratnim uvjetima i često je popraćeno dodatnom psihološkom traumatizacijom, međutim istraživanja pokazuju da je u procesu psihosocijalne reintegracije ratnih veterana jedan od bitnijih prediktora kvalitete života i mentalnog zdravlja važan osjećaj priznanja i uvažavanja od strane socijalne zajednice u širokom rasponu od uže obitelji i prijatelja do osoba u državnim institucijama i društva općenito (Ljubotina i sur., 2007).

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite pozicije u životu u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem pojedinac živi, u odnosu prema njegovim ciljevima, očekivanjima, standardima i brigama. To je širok koncept koji na kompleksan način utječe na pojedinčevo tjelesno zdravlje, psihičko stanje, razinu nezavisnosti, socijalne odnose i način na koji se ti elementi odnose prema salijentnim aspektima okoline. U posljednje vrijeme koncept kvalitete života sve se češće koristi za mjerenje efikasnosti različitih oblika terapije ili

tretmana kroz pojedinčevu uklopljenost u zajednicu u kojoj živi. Odnosno, sve se više smatra da je razina funkcioniranja u zajednici nakon terapije najbolji znak njezine učinkovitosti. To je povezano s razvojem općih prava pacijenata i stavljanjem naglaska na planiranje tretmana usmjerenih na osobu, na individualiziranje terapijskih ciljeva i poticanje samodeterminacije. Putzke smatra da na pitanje o kvaliteti života osoba s invaliditetom nije moguće odgovoriti izravno i jednostavno, već na osnovi posrednih parametara uvažavajući veliku heterogenost populacije te uz obavezno korištenje subjektivne procjene svake osobe (2002; prema Ćorić i Ljubotina, 2013).

2. INVALIDITET

U literaturi, u pravnim i ostalim dokumentima, koriste se različite definicije i pojmovi za osobe s invaliditetom. Primjerice, navode se pojmovi poput invalidne osobe, osobe s hendikepom, osobe s posebnim potrebama, osobe s teškoćama, tjelesno i mentalno oštećene osobe i slično. Svjetska zdravstvena organizacija još 1980. godine daje klasifikaciju oštećenja (biotičko), invaliditeta (funkcionalno) i hendikepa (socijalno) - (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) i definira spomenute pojmove na sljedeći način:

- Oštećenje je bilo kakav gubitak ili odstupanje od normalne psihičke, fiziološke ili anatomske strukture ili funkcije.
- Invaliditet je bilo kakvo ograničenje ili nedostatak (koje proizlazi iz oštećenja) sposobnosti za obavljanje neke aktivnosti na način ili u opsegu koji se smatra normalnim za ljudsko biće.
- Hendikep je nedostatak, za određenog pojedinca, koji rezultira iz oštećenja ili invaliditeta, a ograničava ga ili mu onemogućuje ispunjenje njegove prirodne uloge u društvu (ovisno o dobi, spolu te društvenim i kulturalnim činiteljima). Hendikep zapravo označava teškoću, smetnju koja sputava neku aktivnost. Prema tome, hendikep može biti vrlo široko shvaćen, a u užem smislu, odnosi se na osobe koje zbog oštećenja, odnosno invaliditeta, imaju teškoće u socijalnoj integraciji.

No, teškoće u socijalnoj integraciji češće nego iz oštećenja ili invaliditeta osobe, proizlaze upravo iz njegove socijalne okoline, a ponekad i isključivo iz te okoline. Tako

neki autori definiraju hendikep kao totalni negativni učinak stanja individuuma koji uključuje:

- SMETNJE koje proizlaze iz nekih svojstava ili oštećenja pripadnih samoj osobi,
- OGRANIČENJA koja je odredilo samo društvo,
- NEGATIVNE STAVOVE socijalne sredine i
- SAMOPERCEPCIJU tj. doživljaj ili poimanje samoga sebe.

Općenito se može reći da do hendikepa dolazi uslijed oštećenja (značajka osobe) i ograničenja (društveni stavovi). Klasifikacija funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije iz 2001. godine (Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja – MKF (Strnad i Benjak, 2010)), na funkcioniranje pojedinca i invalidnost gleda kao na rezultate uzajamnog djelovanja fizičkog ili mentalnog stanja osobe, te društvenog i fizičkog okruženja.

Invalidnost nije obilježje osobe već niz činitelja od kojih mnoge stvara društveno okruženje. Radi toga je potrebno aktivno društveno djelovanje, kako bi došlo do promjena koje bi omogućile puno sudjelovanje osoba s invaliditetom u svim aspektima društva. Isto uključuje i pružanje jednakih prilika svim pojedincima, povećanje sudjelovanja osoba s invaliditetom u društvenom životu, identificiranje mogućih aktivnosti društva u cilju povećanja samostalnosti i mogućnosti izbora pojedinaca, podizanje razine životnih uvjeta i kvalitete života, te podizanje svijesti i poticanje promjena u društvenom ponašanju.

2.1 Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom

Prema Deklaraciji o pravima osoba s invaliditetom koju je donio Hrvatski sabor na sjednici 01. travnja 2005. godine, osoba s invaliditetom je svaka osoba koja je zbog tjelesnog i/ili mentalnog oštećenja, privremenog ili trajnog, prošlog, sadašnjeg ili budućeg, urođenog ili stečenog pod utjecajem bilo kojeg uzroka, izgubila ili odstupa od očekivane tjelesne ili fiziološke strukture te je ograničenih ili nedostatnih sposobnosti za obavljanje određene aktivnosti na način i u opsegu koji se smatra uobičajenim za ljude u određenoj sredini. Također, prema Deklaraciji definirana su prava i slobode osoba s invaliditetom te je definirano područje diskriminacije osoba s invaliditetom.

2.2 Integracija i prilagodba na invalidnost

Psihosocijalna prilagodba na invaliditet predstavlja psihološki ishod, ali neki autori razlikuju psihosocijalnu prilagodbu od psihosocijalne prilagođenosti na invaliditet (Topolnjak Pavišić, 2004). Livneh i Antonak smatraju da 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 (2005; prema Crnković, 2013). 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, stvaranje slike o sebi i osjećaju osobne snage, uspješno ovladavanje okolinom, aktivno participiranje u socijalnim, profesionalnim i rekreacijskim aktivnostima (Topolnjak Pavišić, 2004). Postizanje psihosocijalnog ekvilibrija je završna faza rehabilitacijskog procesa, koja ima za cilj postići maksimalno moguću funkcionalnu sposobnost i neovisnost osobe s invaliditetom.

3. KVALITETA ŽIVOTA

3.1 Teorija homeostaze subjektivne kvalitete života

Robert A. Cummins je uočio da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom uglavnom opisuju koristeći se pozitivnim dijelom skale raspona od nezadovoljan do zadovoljan te je zajedno sa suradnicima postavio hipotezu da se kvaliteta života održava u homeostazi. Pretpostavljeno djelovanje homeostatskog mehanizma analogno je mehanizmu održavanja krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini funkcioniranja organizma. Slično se pokazalo i po pitanju kvalitete života. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna te se u prosjeku procjenjuje kao ¾ maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u

takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu. Rezultati provedenih istraživanja pokazuju da značajne promjene u životnim uvjetima dovode samo do privremene promjene u nivou kvalitete života. Tijekom vremena dolazi do povratka nivoa kvalitete života na prethodnu razinu, karakterističnu za pojedinca. Takvi i slični nalazi iz literature navode na pretpostavku o postojanju mehanizma za održavanje doživljaja subjektivne kvalitete života na određenoj razini - viših pozitivnih vrijednosti. U nastojanju da objasni što je u podlozi stvaranja i održavanja takvih stabilnih pozitivnih vrijednosti zadovoljstva Cummins (1995) postavlja Teoriju homeostaze subjektivne kvalitete života. Zadatak homeostatskog mehanizma bio bi održavati kvalitetu života unutar normativnih vrijednosti usprkos varijacijama u vanjskim utjecajima. Model također pretpostavlja da je generalno pozitivni pogled na život neophodan za normalno funkcioniranje pojedinca. Značajni događaji i/ili teška stanja mogu privremeno narušiti homeostazu no u većini slučajeva se, kroz određeno vrijeme, samoprocjene vraćaju na prethodnu razinu. Pokazalo se da većina ljudi procjenjuje osobnu kvalitetu života na nivou 60 - 80% od maksimuma. Statističkom obradom takvih standardiziranih rezultata Cummins je utvrdio da prosječni rezultat, odnosno nivo zadovoljstva životom u uzorcima Zapadnih zemalja iznosi 75 +/- 2,5 % skalnog maksimuma (SM) (Cummins, 1998). Kada dođe do odstupanja od te optimalne vrijednosti, organizam ima tendenciju pomoću obrambenih mehanizama kompenzirati to odstupanje i vratiti sustav na početnu vrijednost. Dakle, moguća odstupanja mogu prouzročiti iznimno negativni (invalidnost) ili pozitivni događaji koji će smanjiti, odnosno povećati zadovoljstvo, ali će se osoba s vremenom vratiti na početnu vrijednost od 75%.

3.2 Kvaliteta života osoba s invaliditetom

Kvaliteta života osoba s invaliditetom, nije samo rezultat rehabilitacijskog procesa, nego i interakcija okolinskih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca što određuje subjektivnu procjenu kvaliteta 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. 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). Kvaliteta života osoba s tjelesnim invaliditetom nije samo rezultat medicinske rehabilitacije, liječenja i skrbi, već proces zadovoljenja potreba, te ostvarivanja interesa, vlastitih izbora i težnji u društvu koje se mijenja. Za posrednu procjenu kvalitete življenja osoba s invaliditetom važni su sljedeći čimbenici: kvaliteta zdravstvene skrbi, edukacija, zapošljavanje i ekonomska neovisnost osoba s invaliditetom, prilagodba stanovanja, prilagođenost okoliša i transporta, stjecanje samosvjesnosti i samopouzdanja o vlastitim mogućnostima, sudjelovanje u svim aktivnostima i sadržajima obiteljskog i društvenog života, promicanje prava i implementacija zakona značajnih za osobe s invaliditetom, te trajna senzibilizacija javnosti za tu problematiku.

3.3 Kvaliteta života kao mjera uspješnosti procesa rehabilitacije

Koncept kvalitete života sve se češće koristi kao mjera uspješnosti tretmana osoba s tjelesnim oštećenjem i nadopunjuje medicinske kriterije uspješnosti protetičkih intervencija i mjera zdravstvenog stanja. Definicije i mjerenja kvalitete života uvelike se razlikuju zbog načina na koji stručnjaci koriste ovaj termin. Vrlo često mjere kvalitete života zahvaćaju samo jedan aspekt ovog složenog konstrukta. Tako se npr. u ekonomiji kvaliteta života koristi kao sinonim za životni standard, dok u medicini najčešće označava stupanj sačuvanih funkcija bolesnika. U literaturi se mogu razlikovati tri važna pristupa: kvaliteta života povezana sa zdravstvenim aspektom, kvaliteta života ekonomskog blagostanja i generalna kvaliteta života (Ćorić i Ljubotina, 2013). Razlike u definiranju ovoga koncepta dovele su do potrebe za razdvajanjem objektivnih i subjektivnih indikatora kvalitete života. Dosadašnja istraživanja pokazala su da između subjektivnog zadovoljstva životom i objektivnih pokazatelja postoji slaba do umjerena povezanost. Suvremena istraživanja razmatraju kvalitetu života kao sveukupno blagostanje na koje utječu objektivni pokazatelji, a velik udio ima i subjektivna percepcija te vrednovanje tjelesnog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, osobni razvoj i svrhovita aktivnost. U posljednje vrijeme koncept kvalitete života sve se češće koristi za mjerenje efikasnosti različitih oblika terapije ili tretmana kroz pojedinčevu uklopljenost u zajednicu u kojoj živi. Odnosno, sve se više smatra da je razina funkcioniranja u zajednici nakon terapije najbolji znak njezine učinkovitosti. To je

povezano s razvojem općih prava pacijenata i stavljanja naglaska na planiranje tretmana usmjerenih na osobu, na individualiziranje terapijskih ciljeva i poticanje samodeterminacije.

Pojedini autori naglašavaju da na procjenu vlastite kvalitete života utječe nesrazmjer između stvarnosti i pacijentovih aspiracija u nekom danom trenutku te način na koji osoba definira svoju životnu situaciju uspoređujući je sa situacijom drugih ili sa svojom vlastitom situacijom u nekom drugom razdoblju. Ta definicija naglasak stavlja na relativno zadovoljstvo životom, odnosno, pretpostavlja da ne postoji apsolutni kriterij kojim se može izraziti kvaliteta života, već da je ljudi procjenjuju uspoređujući se s drugima ili s vlastitim prijašnjim životnim uvjetima.

3.4 Kvaliteta života starijih osoba s invaliditetom

Konceptu kvalitete života starijih osoba treba pristupiti holistički. Vezano uz tu tvrdnju Lawton i Nahemow uvode koncept tzv. „okolinkog pritiska“ kao važnog za razumijevanje koncepta kvalitete života. Okolinski pritisak odnosi se na zahtjeve koje socijalna i fizička okolina imaju na pojedinca u smislu njegove prilagodbe, odgovora ili promjena. Viša životna dob i stečena različita iskustva mogu doprinijeti različitim percepcijama kvalitete života ili različitim vrijednostima za kvalitetu života. Međutim, postoje i rezultati istraživanja koji otvaraju pitanja o ulozi dobi i drugih obilježja. Tako su primjerice Andrews i Withey (1976; prema Štambuk, Žganec i Nižić, 2011) utvrdili da kombinirani utjecaj dobi, spola, rase, prihoda, obrazovanja i zanimanja doprinose objašnjenju da samo 15% varijance u mjerenju ukupnog zadovoljstva životom za više od 5000 Amerikanaca u četiri odvojena reprezentativna uzorka. Prema Rodin, odnos između kvalitete života, zdravlja i osjećaja kontrole može biti važniji kod starijih ljudi nego kod mlađih. Studija ove autorice ukazuje na štetne utjecaje na kvalitetu života u situacijama u kojima starije osobe, uslijed različitih aktivnosti kao što je primjerice invaliditet, imaju ograničenu kontrolu nad vlastitim aktivnostima. Općenito se smatra da postoji negativna korelacija između razine invaliditeta i visoke kronološke dobi te stupnja kvalitete života. Razina invaliditeta i viša dob mogu utjecati i na percepciju kontrole nad vlastitim aktivnostima, i to na način da obično teža invalidnost i viša dob znače percepciju manje kontrole. Prema Farquhar, mjerenje kvalitete života starijih osoba postaje „sve hitniji i značajniji zadatak uslijed rastućeg pritiska na zdravstvene, socijalne i ekonomske resurse

koje traži (ili će u budućnosti tražiti) ova dobna skupina.“ (1994; prema Štambuk, Žganec i Nižić, 2011)

4. ULOGA SPORTA U PROCESU REHABILITACIJE I UNAPREĐENJA KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM

Sport u funkciji unapređenja kvalitete života opće je prihvaćena teza kao i znanstveno potvrđena činjenica multidimenzionalnog utjecaja kineziološkim aktivnosti na subjektivnu procjenu kvalitete života pojedinca s invaliditetom. 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 dobrovoljnosti 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 se sport prvi put spominje u Švedskoj krajem 19. stoljeća kao gimnastika za osobe s invaliditetom, ali veću popularnost stječe tek sredinom 20. stoljeća, osobito nakon prvih paraolimpijskih igara održanih u Rimu 1960. Nakon Drugog svjetskog rata sve se više koristi u rehabilitaciji ratnih veterana te predstavlja, ne samo terapiju, već i sredstvo za održavanje fizičke spreme (Ćorić i Ljubotina, 2013). Za neke sportaše uključivanje u sportske aktivnosti znači mogućnost izbora i preuzimanje rizika za vlastiti izbor, za druge stjecanje vještina i postignuća radi samopouzdanja potrebanog za druge životne izazove, kao što su obrazovanje ili zaposlenje. Raznovrsnost popularnih sportova kod osoba s invaliditetom najbolje interpretira rečenica „računa se sposobnost, a ne invalidnost (Crnković, 2013).

4.1 Istraživanja o povezanosti kvalitete života i tjelesne aktivnosti

S obzirom na znanstveno potvrđenu činjenicu koja povezuje fizičku aktivnost s funkcionalnim statusom i općim zdravljem, dugotrajna fizička neaktivnost uzrokuje promjene u zdravlju i funkcioniranju (Crnković, 2013). Većina osoba s invaliditetom neovisno o opterećenju prakticira sjedilački način života što uzrokuje povećanje funkcionalnih ograničenja vezanih uz primarno oštećenje. U velikom epidemiološkom istraživanju, Huang i suradnici, su proučavali 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. Mc Veigh i suradnici su proveli istraživanje o povezanosti kvalitete života i integraciji u društvenu zajednicu kod osoba sa spinalnom ozljedom uključenih u sportske aktivnosti i onih sa spinalnom ozljedom koji nisu uključeni u sportske aktivnosti, koje je pokazalo da osobe uključene u sportsku aktivnost ostvaruju bolje rezultate i u upitniku kvalitete života i u integraciji u društvenu zajednicu. Nadalje, Groff i suradnici su proučavali 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.

Rezultati brojnih istraživanja potvrđuju da bavljenje sportom i tjelesnim vježbanjem ima pozitivne učinke na kvalitetu života, zdravstveni status te različite mjere dobrobiti osoba s invaliditetom. U dijelu radova analiziraju se razlozi zbog kojih osobe s tjelesnim oštećenjima ne prakticiraju neki oblik tjelesne aktivnosti te predlažu aktivne, bihevioralne i kognitivne, strategije osnaživanja i poticanja na uključivanje u neki oblik rekreacijskih i sportskih aktivnosti te ustrajnosti u vježbanju. Istraživanja pokazuju da između 77-88% odraslih osoba s tjelesnim oštećenjem ne vježba aktivno ili barem ne u mjeri dovoljnoj da spriječi hipokinetičke poremećaje pa čak i sindrom smrti uzrokovan sjedenjem, odnosno tjelesnom neaktivnošću (Ćorić i Ljubotina, 2013). Činitelji koji otežavaju i potiču na bavljenje sportom mogu se podijeliti na okolinske i individualne. Među često navođene odbijajuće faktore sudionici istraživanja navode ovisnost o drugim osobama te opći manjak sportskih sadržaja, a kao facilitirajuće faktore navode zabavu, zdravlje, nadmetanje te socijalnu podršku (Ćorić i Ljubotina, 2013).

Rezultati većine istraživanja suglasni su oko toga da postoji snažna povezanost između tjelesne vježbe i sporta te različitih mjera dobrobiti za osobe s invaliditetom poput općeg psihološkog stanja, kvalitete života, socijalne reintegracije i zdravstvenog stanja (posebice kardiološkog i respiratornog sustava) te općeg tjelesnog stanja, percipirane socijalne kompetencije, kvalitete obiteljskog i socijalnog života, prihvaćanja vlastitog invaliditeta, veće mobilnosti i manjeg osjećaja boli. O'Neill i Maguire (2004; prema Ćorić i Ljubotina, 2013) navode da je 78,8% ispitanika procijenilo sport kao općenito koristan u integracijskom procesu, a najveći učinak imao je na fizičko stanje

tijela, kvalitetu života, samopouzdanje i socijalne kontakte. Hutzler, Chacham-Guber i Reiter (2013; prema Ćorić i Ljubotina, 2013) naglašavaju snažniji učinak grupnih sportova poput košarke u odnosu na individualne sportove.

U Hrvatskoj je relativno mali broj empirijskih istraživanja ove vrste. Petrinović Zekan (2009) na uzorku od 270 korisnika kolica kao ortopedskog pomagala nalazi da fizički aktivni ispitanici imaju značajno višu procjenu kvalitete života od onih koji nisu bili fizički aktivni, a od motiva za bavljenje fizičkom aktivnošću navode poboljšanje fizičkog stanja i zdravlja te užitak u sportu. Istraživanje Jelić i suradnika (2000) potvrđuje povezanost između bavljenja sportom i viših samoprocjena reintegracije u normalan život na uzorku od 200 veterana s amputacijama. Rezultati također pokazuju da se sportom i prije i poslije amputacije bavila trećina ispitanih, dok ih je 51% nakon amputacije prekinulo sa sportskim aktivnostima. Crnković i Rukavina (2013) na uzorku od 175 osoba s invaliditetom nalaze značajnu povezanost bavljenja sportom sa svim ispitivanim područjima kvalitete života. Dabov i Berc (2013; prema Ćorić i Ljubotina, 2013) navode koristi od bavljenja jedrenjem kod osoba s tjelesnim invaliditetom poput poboljšanja tjelesne aktivnosti i općeg zdravlja, mogućnost širenja socijalne mreže, dodira s prirodom, povećanja samopouzdanja, kompetentnosti i slobode. Na razini zdravlja korist se očituje u poboljšanim kardiovaskularnim i respiratornim funkcijama, prevenciji razvoja debljine i kvaliteti općeg metabolizma. Koristi od bavljenja redovitom tjelesnom aktivnošću za osobe s invaliditetom mogu biti višestruke: omogućuje stvaranje novih prijateljstava, dijeljenje iskustva, razvoj mreže potpore i smanjivanje doživljaja hendikepa, te doprinosi psihičkoj stabilnosti i većem samopouzdanju (Ćorić i Ljubotina, 2013). Sport u ovom kontekstu ne treba gledati samo kao način provođenja slobodnog vremena, već su njegovi dosezi znatno veći. U istraživanju Crnković (2013) pokazano je da je skupina ispitanika koja je uključena u sportsku aktivnost ostvarila bolje rezultate u sve četiri ispitivane domene (domene tjelesnog i psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline) u odnosu na ispitanike koji nisu bili uključeni u sportsku aktivnost. Takvi rezultati govore u prilog činjenici da je utjecaj sporta i tjelesne aktivnosti na kvalitetu života mulitdimenzionalan i da u pozitivnom smjeru utječe na sve domene kvalitete života. Prema modelu Svjetske zdravstvene organizacije utjecaj sporta i tjelesne aktivnosti očituje se u svim područjima kvalitete života, naglašavajući pritom preventivni utjecaj fizičke aktivnosti kod osoba sa invaliditetom i različitih dobnih skupina standardne populacije. Važno je naglasiti da tjelesna aktivnost ima preventivnu ulogu u očuvanju zdravlja, 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 (Crnković, 2013). Redovita tjelesna aktivnost, kroz pozitivan utjecaj na motoričke i funkcionalne sposobnosti, postiže i održava funkcionalnu neovisnost osoba s invaliditetom i kvalitetu 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 neovisnosti unutar granica njihovih funkcionalnih sposobnosti. Neki od postupaka kojima se može potaknuti svakodnevno bavljenje sportom kod osoba s invaliditetom su nagrađivanje za vježbanje, pohvale od strane bliskih osoba ili stručnjaka za uspješno vježbanje, donošenje vlastitih odluka o kontinuiranom vježbanju, postojanja stalnog termina, dostupnost informacija o mogućnostima vježbanja te posljedicama neaktivnog životnog stila (Ćorić i Ljubotina, 2013).

Kroz sportske aktivnosti osoba s invaliditetom uči kako savladati subjektivni neurofiziološki umor, odnosno dominantni simptom u ranim fazama rehabilitacije, naročito kod fraktura, paraliza i amputacija. Važno je da osoba shvati da joj vježbanje koristi i da osjeća napredak liječenja pokretom. Svaki napredak jača optimizam i osposobljava osobu s invaliditetom za ponovno preuzimanje mjesta u društvu, povratak obitelji i bivšem načinu života.

4.2 Sjedeća odbojka

Nastanak sjedeće odbojke vezuje se za ime Ludwiga Guttmana, koji je 1944. godine na sveučilištu u Oxfordu osnovao Centar za tretman osoba s ozljedama i oštećenjem kralježnice i na taj način postavio osnovu za sudjelovanje osoba s ograničenjima funkcije lokomotornog sustava u sportu. Vjerovao je da će bavljenje sportom dovesti do većeg samopoštovanja, samodiscipline te utjecaja na razvoj natjecateljskog duha i zajedništva unutar grupe. Sjedeća odbojka kao sport javlja se šezdesetih godina prošlog stoljeća, a u Hrvatskoj se igra od 1969. godine, a u posljednje vrijeme je sve popularnija među osobama s tjelesnim invaliditetom u Hrvatskoj. Hrvatski savez sjedeće odbojke osnovan je 2006. godine i broji 15 klubova iz 11 gradova s oko

270 registriranih igrača. Osim sjedeće odbojke, u Hrvatskoj je danas osobama s invaliditetom dostupno 35 sportova od čega su 23 paraolimpijska. (Ćorić i Ljubotina, 2013).

4.3 Tenis u kolicima

Tenis u kolicima predstavlja tjelesnu aktivnost koja zasigurno može pridonijeti psihičkom i fizičkom zdravlju osoba sa invaliditetom. U ovaj sport uključuju se djeca i odrasli podjednako uspješno i na taj način zadovoljavaju svoju potrebu za kretanjem, igrom i druženjem. Tenis u kolicima je sport za osobe s invaliditetom koji se najbrže proširio od svih sportova s invaliditetom uopće. Prvi turnir održan je u Los Angelesu 1977. godine, a Međunarodna federacija tenisa u invalidskim kolicima (WITF) osnovana je 1980. godine. Mnoge su prednosti ovoga sporta koje su utjecale na brzi razvoj i sve veće širenje interesa. Tenis u kolicima vrlo je sličan tenisu. Igra se na jednakom terenu s jednakim reketima i lopticama. Postoji samo jedna razlika u tenisu u kolicima, a to je da loptica smije dva puta odskočiti prije udarca. Na taj način je omogućeno da igrač u kolicima može jednostavno igrati protiv igrača bez invaliditeta na istom terenu, a u igri parova mogući su i tzv. mješoviti parovi, gdje jedan igrač u paru igra u invalidskim kolicima, a drugi igra bez njih. Ovakav oblik igre omogućuje obiteljima i prijateljima da zajedno igraju i na taj način razbiju određene stereotipe i barijere, koje često stvaraju ograničenja interakcija osoba s invalidskim kolicima i onima bez njih. U počecima tenisa u invalidskim kolicima igrači su igrali u svakodnevnim kolicima, ali pošto veliku ulogu u mobilnosti na terenu imaju i kolica prešlo se na upotrebu sportskih kolica. Danas postoje dvije vrste sportskih invalidskih kolica: univerzalna sportska kolica koja se mogu prilagoditi ovisno o vrsti ozljede i sportska kolica izrađena po narudžbi. (Juraković, 2011).

4.4 Sportašev izbor

Razina natjecanja koju će sportaš izabrati ovisi o sljedećim faktorima:

- njegovoj funkcionalnoj sposobnosti,
- sportu u kojem sudjeluje,
- mogućnostima unutar njegove lokalne zajednice i
- njegovoj osobnoj sklonosti

Također je moguće da jedan sportaš s invaliditetom bude uključen u više različitih razina natjecanja. Primjerice sportaš može:

- natjecati se sa svojim lokalnim klubom na standardnim natjecanjima, iako može nastojati postići vrhunac sportske forme tijekom odijeljenih nacionalnih i/ili međunarodnih natjecanja sportaša u svojoj kategoriji osoba s invaliditetom,
- trenirati u integriranoj skupini, ali se na natjecanjima natjecati sa sportašima s invaliditetom iste kategorije i
- specijalizirati se u određenom sportu (goalball), ali se natjecati i u drugim sportovima (golf) unutar lokalne zajednice, u cilju socijalizacije.

4.5 Dužnosti trenera

Treneri osoba s invaliditetom moraju biti svjesni da:

- uključenje u trening i/ili natjecanje ovisi o sposobnosti sportaša, težini njihova oštećenja i zahtjevima sporta, vezanim za sportaševu vrstu invalidnosti
- kada god je moguće i korisno za sportaša, trener bi ga trebao potaknuti na sudjelovanje u redovnim sportskim klubovima i na standardnim sportskim natjecanjima unutar njegove lokalne zajednice (lokalni atletski klub, plivački ili kuglački klub)
- za neke sportaše može biti korisno uključivanje u intergrirane skupine, u cilju treniranja
- integraciju u okviru treninga, generalno je lako organizirati, dok je uključenje u igru ili natjecanje mnogo kompleksnije
- neki sportaši mogu biti uključeni u „potpuno integriran“ sport nepotrebno brzo
- izbori navedenih razina integracije moraju ostati u okvirima izbora samog sportaša.

4.6 Postizanje uspjeha

Postizanje „uspjeha“ ne podrazumijeva samo „pobjedu“, već i učenje kako podnijeti „poraz“ ili „gubitak“, što je vrlo važno za sve sportaše. „Uspjeh“ u ovom kontekstu podrazumijeva:

- potpuno zadovoljenje osobnih potreba (zabaviti se),
- postizanje osobnih ciljeva (vremenski povećati posjed lopte, povećati udaljenost bacanja ili poboljšati vrijeme)

Postizanje uspjeha tijekom početne faze uključenja sportaša u sport obično će motivirati sportaša da napreduje i radi više. Primjerice, to također može pomoći treneru da osjeti kako ipak može uspješno raditi sa sportašem s invaliditetom. Ako za sportaša nije moguće „pobijediti“ u natjecanju, tada bi cilj trebao biti poboljšanje izvedbe (biti brži ili baciti dalje). Postizanje ovih ciljeva može postati sportaševo i trenerovo mjerilo uspjeha.

4.7 Učinkovitost sporta

Uključivanje u sport može omogućiti sportašu s invaliditetom koristi koje proizlaze iz bavljenja sportom (mogućnosti spajanja i razvijanja prijateljstava unutar sportaševe lokalne, sportske okoline). Uključivanje u programe sa standardnim sportašima može izazvati pozitivno društveno prihvatljivo ponašanje. Također, uključenje u sport može pružiti sportašima s invaliditetom socijalizaciju unutar većih grupa, koje mogu dovesti do jače motivacije i povećane samodiscipline, kao rezultat timske motivacije. Zajedničko djelovanje sporta je fenomen kada sportaši koji treniraju s drugima, boljih sposobnosti, djeluju motivirajuće na osobe s invaliditetom u cilju još predanijeg angažmana. Za neke sportaše s invaliditetom uključivanje može biti učinkovit put za unapređivanje „zajedničkog djelovanja“.

Uključivanje u sport može povećati samopoštovanje sportaša s invaliditetom, naročito onih koji su u prošlosti imali malo ili negativno iskustvo sa svojim standardnim partnerima u timu. Uključivanje sportaša s invaliditetom u sportske aktivnosti rezultira većim mogućnostima izbora sportova i aktivnosti.

Uključenje u lokalne sportske klubove može sportašima s invaliditetom otvoriti ulaz uspješnim organizacijama, gdje je broj natjecatelja prevelik za odabir odgovarajuće razine natjecanja. U ovim klubovima sportaš također može imati pristup većem odabiru sadržaja u većim mogućnostima. Uključenje u sport može doprinijeti povećanju svijesti u javnosti o sposobnostima i natjecanju sportaša s različitim poremećajima.

5. PSIHOSOCIJALNA REINTEGRACIJA RATNIH VETERANA KROZ SPORT

Proces reintegracije posebno je složen kod ratnih veterana kod kojih je ranjavanje nastupilo u ratnim uvjetima jer je često prisutna i psihološka traumatizacija. Hrvatski ratni vojni invalid iz Domovinskog rata je hrvatski branitelj iz Domovinskog rata kojem je organizam oštećen najmanje 20% zbog rane ili ozljede koju je zadobio u obrani suvereniteta Republike Hrvatske, odnosno kao zatočenik u zatvoru ili neprijateljskom logoru u Domovinskom ratu. Smatra se da je oštećenje organizma zatočenika u neprijateljskom logoru na toj osnovi najmanje 20% trajno. Istraživanja pokazuju da je u procesu psihosocijalne reintegracije veterana kao jedan od prediktora kvalitete života i mentalnog zdravlja važan osjećaj priznanja i uvažavanja od strane socijalne zajednice u širokom rasponu od uže obitelji i prijatelja do osoba u državnim institucijama i društva općenito (Ljubotina i sur., 2007). Nezadovoljstvo osoba s invaliditetom odnosom države prema njima, ali i ekonomskim stanjem, naglašavaju i druga istraživanja na populaciji osoba s tjelesnim invaliditetom koje nisu sudjelovale u ratu (Marinić, 2008). Socijalno priznanje može se definirati kao percepcija pozitivnih reakcija od strane socijalne zajednice kroz koje se očituje razumijevanje traume koju je osoba doživjela i uvažavanje težine njezine cjelokupne situacije (Ćorić i Ljubotina, 2013). To podrazumijeva uvažavanje, empatiju i aktivnu potporu od strane zajednice, umjesto postupaka koji uključuju sažaljenje prema stradalnicima rata. Vrijedi naglasiti da je razlog koji je doveo do invaliditeta kod veterana sudjelovanje u ratu i obrana zajednice te u skladu s tim veterani očekuju da socijalna zajednica prepoznaje i uvažava njihov doprinos i žrtvu. Sami veterani s tjelesnim invaliditetom kao zaštitne faktore u svakodnevnom životu navode obitelj i prijatelje, samopoštovanje, osjećaj korisnosti, pozitivan tretman i poštovanje u širem društvu, a stručnjaci upozoravaju na potrebu preusmjeravanja sustava

skrbi za branitelje s pretežno kompenzacijskih mjera na razvoj različitih integracijskih programa (Ćorić i Ljubotina, 2013).

6. PARAOLIMPIJSKE IGRE

Olimpijske igre osoba s invaliditetom održavaju se svake četvrte godine, obično odmah nakon Olimpijskih igara. Prve igre osoba sa invaliditetom održane su na poticaj engleskog neurokirurga Ludwiga Gutmanna iz bolnice Stoke Mandeville u Aylesburyu 1948. godine, a prve Paraolimpijske igre bile su u Rimu 1960. godine. Na PI u Torontu prvi su puta nastupili sportaši s amputacijama i osobe s djelomičnim i potpunim oštećenjem vida, a osobe s oštećenjem kralježnice prvi put su nastupili 1980. godine. Sportaši s mentalnim s štećenjem prvu puta su nastup održali na PI 1996. godine. Međunarodni paraolimpijski odbor osnovan je 1982. godine. Prva hrvatska sportašica koja je osvojila medalju na PI bila je Milka Milinković. Ona je na PI 1992. osvojila brončani medalju u bacanju koplja (Jajčević, 2010).

7. ZAKLJUČAK

Zaključno valja naglasiti utjecaj rekreativnog bavljenja sportom na različite aspekte kvalitete života i uspješnu psihosocijalnu reintegraciju osoba s tjelesnim invaliditetom, ali i važnost uvažavanja njihovog stanja, potreba i zasluga od strane socijalne zajednice. U skladu s tim, u projekte i programe psihosocijalne rehabilitacije i reintegracije osoba s invaliditetom važno je uključiti tjelesne aktivnosti s naglaskom na njihovo informiranje, edukaciju i mjere aktivne potpore za uključivanje i kontinuirano bavljenje sportom i rekreacijskim aktivnostima. Očito je da bi veći značaj u poticanju osoba s invaliditetom i njihovo uključivanje u sportske aktivnosti trebali imati stručnjaci i osobe koje rade profesionalno ili u neprofitnom sektoru. Sivrić i Leutar (2010; prema Ćorić i Ljubotina, 2013) navode stavove socijalnih radnika prema kojima bi se socijalni rad s osobama s invaliditetom u neprofitnom sektoru u kontekstu socijalnog modela trebao razvijati u smjeru kvalitetne edukacije i cjeloživotnog razvoja kompetencija, uključivanju osoba s invaliditetom u život lokalne zajednice te razvoja mreža podrške kroz formalne i neformalne oblike, a jedna od odrednica socijalne politike i strategije rada s osobama s invaliditetom jest i osmišljavanje slobodnog vremena. Ovakva politika skrbi nalaže potrebu redefiniranja i izgradnje novih dimenzija uloge obitelji, lokalne zajednice i

društva u cjelini, te uspostavljanje novih odnosa među njima, a sve u svrhu socijalne inkluzije. Nužno je aktivirati širu društvenu zajednicu u kojoj se moraju isticati prije svih medijske i odgojno-obrazovne strukture kao aktivni čimbenici procesa socijalne inkluzije osoba s invaliditetom. Postupci kojima se može potaknuti svakodnevno bavljenje sportskim aktivnostima kod osoba s invaliditetom su nagrađivanje za vježbanje, pohvale od strane bliskih osoba ili stručnjaka za uspješno vježbanje, donošenje vlastitih odluka o kontinuiranom vježbanju, postojanja stalnog termina, dostupnost informacija o mogućnostima vježbanja te posljedicama neaktivnog životnog stila i drugo. Treba naglasiti da materijalna kompenzacija na kojoj je bio naglasak u dosadašnjim strategijama skrbi ne može nadomjestiti psihološki osjećaj uvažavanja i priznanja koji je osobama s invaliditetom od posebne važnosti. Praćenje njihovih aktivnosti omogućuje široj zajednici razumijevanje njihovih potreba te, što je jednako važno, pomiče fokus s problema i aktivnosti koje više ne mogu obavljati na njihove potencijale i aktivnosti u kojima su aktivni i uspješni.

Uključivanje osoba s invaliditetom u sportske aktivnosti omogućuje inkluziju pojedinaca s invaliditetom u širu društvenu zajednicu, stjecanje novi 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 neovisnosti unutar granica njihovih funkcionalnih sposobnosti.

„Nemoj dopustiti da te ono što ne možeš raditi ometa u onome što možeš raditi.“
John Wooden

8. LITERATURA

Benjak, T., (2013). *Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*, preuzeto 27. 07. 2014. s http://www.hupt.hr/index.php/hr/izvjesce-o-osobama-s-invaliditetom-u-republici-hrvatskoj

Ciliga, D. (2000). *Povezanost motoričkih sposobnosti s ocjenom funkcionalne klasifikacije košarkaša u invalidskim kolicima.* Doktorska disertacija. Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Crnković, I. i Rukavina, M. (2013). Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(1), 12-24.

Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.

Cummins, R.A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307-334.

Ćorić, O. i Ljubotina, D. (2013). Kvaliteta života ratnih veterana s tjelesnim invaliditetom koji igraju sjedeću odbojku. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 387-414.

(2005). *Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom*, preuzeto 27. 06 2014. s http://www.sabor.hr/Default.aspx?art=6723&sec=1019

Jajčević, Z. (2010). *Povijest športa i tjelovježbe*. Zagreb: Odjel za izobrazbu trenera Društvenog veleučilišta u Zagrebu: Kineziološki fakultet Sveučilišta

Jelić, M. (2000). *Procjena uspješnosti rehabilitacije ratnih ranjenika s amputacijom udova.* Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Juraković, D. (2011). Program tenisa u invalidskim kolicima. Zbornik radova, *Sport osoba s invaliditetom u republici Hrvatskoj*, 29-39

Marinić, M. (2008). Jesu li osobe s invaliditetom »invalidi«?: Pitanje konceptualne naravi, ali i potreba za izjednačavanjem mogućnosti. *Društvena istraživanja*, 17 (1-2), 199-201.

Strnad, M., Benjak, T. (2010). *Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja*, Zagreb: Medicinska naklada

Štambuk, A., Žganec, N. i Nižić M. (2012). Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(1), 84-95.

Osnovni pojmovi i definicije za osobe s invaliditetom, preuzeto 27. 06. 2014. s http://www.fond.hr/index.php?option=com_k2&view=item&id=150:osnovni-pojmovi-i-

definicije (stranice Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom)

Petrinović Zekan, L. (2009). *Povezanost tjelesne aktivnosti s kvalitetom života osoba s invaliditetom.* Doktorska disertacija. Zagreb: Kineziološki fakultet.

Topolnjak Pavišić, D. (2004). Povezanost psihosocijalnih činitelja i prilagodbe osoba s kralježničnom moždinom. *Suvremena psihologija*, 7(1), 143-145.