

# Suočavanje, otpornost i procjena razlike u kvaliteti života kod osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj i Sloveniji: rad s istraživanjem

---

**Buršić, Slađana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:327608>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-20**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Slađana Buršić

**SUOČAVANJE, OTPORNOST I PROCJENA RAZLIKE U KVALITETI ŽIVOTA  
KOD OSOBA S INVALIDITETOM U REPUBLICI HRVATSKOJ I SLOVENIJI: rad s  
istraživanjem**

Diplomski rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF  
MANAGEMENT IN NURSING

Slađana Buršić

**CONFRONTATION, RESISTANCE AND ASSESSMENT OF DIFFERENCES IN  
QUALITY LIFE REGARDING PERSONS WITH DISABILITIES IN THE  
REPUBLIC OF CROATIA AND SLOVENIA: research**

Final work

Rijeka, 2022

## **Zahvala**

Želim se zahvaliti svome mentoru doc. dr. sc. Nikola Gržalja , prim. dr. med. na strpljenju i vodstvu prilikom izrade diplomskog rada. Također se zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju, podršci i ljubavi koju mi nesebično pružaju.

## SADRŽAJ:

1.	UVOD.....	6
1.1.	Osobe s invaliditetom.....	8
1.2.	Tjelesni invaliditet.....	8
1.3.	Kvaliteta života .....	10
2.	CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	11
3.	ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA .....	12
3.1.	Metode istraživanja .....	12
3.2.	Obrada podataka .....	13
3.3.	Etičnost ispitivanja.....	13
4.	REZULTATI .....	15
4.1.	Socijalno-demografski podaci .....	15
4.1.1.	Dob ispitanika.....	15
4.1.2.	Spol ispitanika.....	16
4.1.3.	Bračni status ispitanika.....	17
4.1.4.	Stručna sprema ispitanika.....	18
4.1.5.	Država u kojoj živi ispitanik .....	19
4.1.6.	Radni status ispitanika.....	19
4.2.	Ostali podatci .....	20
4.2.1.	Imaju li ispitanici protezu?.....	20
4.2.2.	Smatraju li ispitanici da su radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem.....	21
4.2.3.	Smatraju li ispitanici da invalidnost utječe na njihovu ekonomsku situaciju.....	22
4.3.	Stavovi ispitanika - Kvaliteta života .....	23
4.3.1.	Zdravstveno stanje ispitanika - „Jeste li sada bolesni?“ .....	23
4.3.2.	Zdravstveno stanje ispitanika - „Fizičko zdravlje“ .....	24

4.3.3. Zdravstveno stanje ispitanika – Psihološko zdravlje .....	25
4.3.5. Zdravstveno stanje ispitanika – Okolina .....	27
4.4. Upitnik za procjenu otpornosti.....	28
4.5. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ .....	29
4.5.1. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Samookrivljanje</i> .....	29
4.5.2. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Prihvaćanje</i> .....	30
4.5.3. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Ruminacija</i> .....	31
4.5.4. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Pozitivno refokusiranje</i> ...	32
4.5.5. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Planiranje</i> .....	33
4.5.6. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Pozitivna reprocjena</i> .....	34
4.5.7. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Stavljanje u perspektivu</i> .	35
4.5.8. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Katastrofiziranje</i> .....	36
4.5.9. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Okrivljanje drugih</i> .....	37
4.6. Hipoteze istraživanja.....	38
5. RASPRAVA.....	45
6. ZAKLJUČAK.....	49
7. SAŽETAK.....	50
8. ABSTRACT .....	51
9. LITERATURA .....	52
10. PRILOZI.....	55
10.1. Popis grafikona.....	55
10.2. Popis tablica .....	55
11. ŽIVOTOPIS.....	56

## 1. UVOD

Već je dokumentirano da ljudi koji boluju od kroničnih bolesti i oboljenja doživljavaju visoku razinu stresa koja izaziva negativne simptome kao što su depresija, strah ili tjeskoba (1). Zapravo, neki ljudi to mogu proživjeti kao traumatično iskustvo koje ugrožava njihovu fizičku i psihičku dobrobit (2). Koliki utjecaj će to imati na njih ovisi o resursima koje koriste, odnosno koje strategije suočavanja imaju pri prilagodbi s bolesti (3). Odgovarajuća prilagodba procesu bolesti podrazumijeva učinkovitu kontrolu ponašanja i emocija bolesnika, mentalnu fleksibilnost, kao i odgovarajuću interakciju s okolinom bolesnika. Sve to pogodovat će upravljanju vlastitim resursima kako bi se mogli nositi sa stresnom situacijom (4).

Autori Lazarus i Folkman definiraju "suočavanje" kao kognitivne i/ili bihevioralne napore koji se poduzimaju kako bi se nosilo sa stresnim ili teškim situacijama koje testiraju resurse ljudi. Pojmovno razlikuju se dvije vrste suočavanja:

- suočavanje usmjereno na problem ili adaptivno suočavanje (koje pokušava upravljati ili modificirati problem koji uzrokuje nevolju, suočavanje sa stresorom na različite načine, itd.)
- suočavanje usmjereno na emocije ili neadaptivno suočavanje (koje pokušava regulirati emocionalni odgovor na nedaće) (5,6)

Dosadašnja literatura je pokazala da su određene strategije suočavanja prilagodljivije i široko korištene od drugih, što dovodi do konstruktivnijih, pozitivnijih i aktivnijih procesa suočavanja (7). Učinkovitost suočavanja varira ovisno o nekoliko faktora, kao što su vrijeme od dijagnoze, liječenje, ishod liječenja. Na primjer, neki autori su otkrili da su strategije suočavanja kao što su prihvaćanje, pozitivna ponovna procjena i traženje društvene podrške povezane s većom prilagodbom, dobrobiti i kvalitetom života kroničnih bolesti (8). Nasuprot tome neadaptivne strategije suočavanja kao što su samooptuživanje, izbjegavanje i negacija povezane su s lošijim ishodima mentalnog zdravlja i slabijom kvalitetom života (9).

Autori Oliveros-Áriza, Barrera, Martínez i Pinto procijenjivali su strategije suočavanja koje koriste ljudi kojima se dijagnosticira rak, kao bolest koja ima utjecaj na kvalitetu života, uzimajući u obzir jesu li ti procesi suočavanja usmjereni na probleme ili emocije (10). Većina osoba kategorizirana je u kategoriju "orijentiranih na probleme" i koristili su se strategijama kao što su rješavanje problema i traženje socijalne podrške. Pacijenti koji bi se potencijalno

mogli oporaviti od bolesti koristili su te strategije kako bi se prilagodili, budući da je ova vrsta suočavanja pogodovala njihovoj privrženosti liječenju i stoga je povećala očekivanja poboljšanja. Ipak, pretpostavljaju da je strategija "orijentirana na emocije" jednako važna i prilagodljiva jer pomaže u prihvaćanju određenih situacija. Ova vrsta suočavanja omogućuje pacijentima da zadrže osjećaje nade, kao i izdržavanje i prilagodbu na kroničnu bol (11). Obje strategije suočavanja mogu biti primjenjive u bilo kojem trenutku, no s ciljem izbjegavanja neprilagođenog zdravstvenog ponašanja trebalo bi istražiti koje strategije suočavanja su neprilagodljive i izbjegavati ih.

Istraživači Saita, Acquati i Kayser proučavali su strategije suočavanja u talijanskih žena s rakom dojke uzimajući u obzir utjecaj osobina ličnosti i bliskih odnosa (12). Istraživanje je pokazalo da percipirana snaga odnosa prognozira uporabu aktivnih i prilagodljivih strategija suočavanja, posebice kod žena s visokom asertivnošću i socijalnom anksioznošću. Na temelju tog istraživanja može se zaključiti da bi pacijenti usvojili aktivno suočavanje kada su bili podložni visokim dozama stresa. Pacijenti koji su imali aktivan obrazac suočavanja na bolest su gledali kao izazov koji ugrožava njihovu asertivnost i socijalnu sferu. Korištenje strategija suočavanja navodi pojedince na donošenje vitalnih odluka o vlastitom zdravlju te utječe na percepciju same bolesti (13). Suočavanje primjerice s amputacijom važno je u postizanju ili održavanju kvalitete života. Međutim, neke disadaptivne strategije suočavanja kao što su ruminacija, samooptuživanje i potiskivanje povezane su s lošijim mentalnim zdravljem (više simptoma depresije i anksioznosti) i lošijom fizičkom i psihičkom kvalitetom života (14,15).

Otpornost je još jedan koncept usko povezan s prilagodbom na novo zdravstveno stanje. Definirana je kao sposobnost suočavanja s traumatičnim i stresnim događajima te njihovo prevladavanje na pozitivan i učinkovit način (16,17). Ljudi koji imaju veliku otpornost uspješno izlaze iz teških situacija, poboljšavaju svoje strategije suočavanja i prilagode nepovoljnim situacijama. Otpornost uključuje kognitivnu fleksibilnost, pozitivne emocije i aktivno suočavanje (18). Literatura je pokazala da postoji visoka povezanost od 64% sa otpornošću i smanjivanjem rizika od emocionalnog stresa (19). Kada pacijent ima neke osobine otpornosti može ih koristiti u svrhu boljeg podnošenja negativnih osjećaja i emocija, što bi u konačnici pomoglo u suočavanju s invalidnošću. Do sada potpuni koncept otpornosti još nije istražen, posebice jer postoje razlike između skupina otpornosti u odnosu na suočavanje i kvalitetu života.



### **1.1. Osobe s invaliditetom**

Postoje različite vrste i stupnjevi invaliditeta, a na njih dodatno utječe dob nastanka invaliditeta, životne okolnosti te postoji li inkluzija u društvo. Radna definicija iz Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom kaže kako je „osoba s invaliditetom svaka osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu spriječiti njezino potpuno učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima“ (20). Oštećenja se mogu dijeliti na:

- Tjelesna
- Intelektualna
- Duševni poremećaji
- Oštećenja vida, sluha, govorno glasovne komunikacije
- Prisutnost više oštećenja istovremeno

U Republici Hrvatskoj za odrasle osobe koristi se terminologija „osoba s invaliditetom“ dok se za djecu koristi termin „djeca s teškoćama u razvoju“. Radi lakšeg tumačenja osobe s invaliditetom dijele se na:

- Osobe s tjelesnim invaliditetom
- Osobe s intelektualnom teškoćom
- Osobe s autizmom
- Osobe s oštećenjem vida, sluha, gluhošljepoćom
- Osobe s teškoćama govorno glasovne komunikacije
- Osobe s problemima u učenju (21).

Svi navedeni pojmovi službeno su usvojena terminologija i u nijednom segmentu ne sadrže stigmatizirajući stav već imaju neutralno značenje.

### **1.2. Tjelesni invaliditet**

Invaliditet u prakticiranju uobičajenih djelatnosti opširan je spektar, a zahvaća niz otežanih situacija koja donose limite u uobičajenom funkcioniranju. Procjenjuje se da skoro 15% svjetske populacije ima neki oblik invaliditeta čemu ide u prilog sve veći broj starije populacije, sve više bolesnika s kroničnim bolestima kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes, mentalne bolesti ili druga oboljenja koja za posljedicu imaju invaliditet (22).

Tjelesni invaliditet, kao okosnica ovog rada, odnosi se na trajnu promjenu u smislu narušenog tjelesnog funkcioniranja osobe, a uzrok kao i stupanj odstupanja od uobičajenog može biti različit tj. od smanjenog do potpuno onemogućenog tjelesnog funkcioniranja. U globalu mogu se formirati dvije bazične kategorije tjelesnog invaliditeta (21):

- Invaliditet koji je nastao kao posljedica tjelesnih nedostataka i deformacija udova, kostiju, oštećenja koštanog sustava
- Invaliditet nastao zbog poremećaja u živčanom i mišićnom sustavu koji uzrokuju poremećaje pokretljivosti zbog oštećenja mozga i leđne moždine, oslabljena motorička snaga mišića, smetnje u koordinacijama pokreta, patološke kretnje.

Tjelesni invaliditet se promatra kroz aspekte medicinskog, socijalnog, pedagoškog i psihološkog učinka. Medicinski aspekt se odnosi na zdravstveno oštećenje koje može biti posljedica bolesti, ozljede organskog sustava ili organa, a dijeli se na oštećenja lokomotornog sustava, perifernog živčanog sustava i motoričke jedinice, središnjeg živčanog sustava, drugih organa i organskih sustava te oštećenja nastala kao posljedica trauma i ozljeda (23). Socijalni aspekt naglašava organsko-funkcionalne nedostatke koji smanjuju ili potpuno onemogućuju osobi s invaliditetom uključivanje u radnu i društvenu okolinu. Opisuje interaktivnost okoline naspram osoba s invaliditetom u kontekstu društvenog prihvaćanja, podrške, stigmatizacije i diskriminacije. Pedagoški aspekt odnosi se na nepravilnosti koje osobama s invaliditetom otežavaju ili onemogućavaju odgoj i obrazovanje, bilo da se radi o djeci s poteškoćama ili cjeloživotnom obrazovanju kod odraslih. Kvalitetno obrazovanje osoba s invaliditetom mora im omogućiti da ostvare svoj puni potencijal. Psihološki aspekt odnosi se na samopoimanje i percepciju osobe o vlastitom tijelu i ograničenjima koja proizlaze iz invaliditeta. Uključuje promjene koje utječu na psihološkom i emocionalnom život osobe, njezine reakcije, percepciju sebe i okoline.

Svi opisani aspekti tjelesnog invaliditeta ukazuju na važnost pravilnog postupanja s osobama s invaliditetom s invaliditetom posebice kad je okolina i interakcija s istom važan čimbenik u ostvarivanju pozitivnih stavova i potpunog potencijala tih osoba.

### 1.3. Kvaliteta života

Odgovor na pitanje „što je kvaliteta života“ predstavlja izazov do današnjeg dana mnogim stručnjacima i istraživačima. Teško ga je definirati jer da bi se nešto mjerilo treba imati objektivnost i mjerljivost, a kvaliteta života kako je izrazito subjektivna sadrži subjektivnost i nemjerljivost. Kao poteškoća u objektivnom mjerenju ide u prilog životna turbulencija, odnosno osjećaj kvalitete života nije konstantan, te je podložan različitim životnim situacijama i reakcijama osoba na njih (24).

Sredinom osamdesetih godina prošlog stoljeća naglo je porastao interes za procjenu kvalitete života od strane medicine, javnog zdravstva i socijalne medicine. Kvaliteta života je također područje interesa filozofije, teologije, religije, pedagogije, psihologije, biologije i religije. Sve ove znanstvene grane pokušavaju odgovoriti na pitanje što je kvaliteta života. Svaka osoba različito tumači kvalitetu života jer ona ovisi o tome što pojedinca čini sretnim, odnosno koji segment ukoliko nedostaje ga čini nesretnim. Primjerice bogataš će iznenadni gubitak novaca smatrati kao veliki utjecaj na smanjenje kvalitete života, dok će osoba koja svoju „sreću“ traži u religiji isti nedostatak smatrati trivijalnim. Bolesnik svoju sreću, poboljšanje kvalitete života vidi u ozdravljenju, a osoba koja pati i trpi vidi izlaz u smrti.

Da bi se kvaliteta života održala ipak se moraju udovoljavati neki segmenti kao što je **zdravlje**. Čak i gripa ima utjecaj na trenutnu kvalitetu života: osoba se osjeća loše, izostaje s posla, ne sudjeluje u društvenim događanjima. Kronične bolesti imaju puno veći utjecaj i traju do kraja života. **Osjećaj pripadnosti**, odnosno ljubav je temeljna potreba svakog ljudskog bića i njegov izostanak ima utjecaj na kvalitetu života. **Profesija**, odnosno da bi se osoba osjećala ispunjenom na profesionalnom planu mora raditi posao koji ju zadovoljava i omogućuje joj da privređuje dovoljno novčanih sredstva koja joj omogućuju lagodan život. **Obitelj**, odnosno potpora, svaka osoba kad prolazi kroz teško životno razdoblje oslanja se na pomoć obitelji ili potpore koju ima u obliku prijatelja.

## 2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja u ovom radu je ispitati:

- odnos psihosocijalne prilagodbe na invaliditet u odnosu na dob ispitanika
- postoji li razlika u strategijama suočavanja kod osoba s invaliditetom u odnosu na spol ispitanika
- utjecaj invaliditeta na radnu sposobnost u odnosu na mjesto prebivališta ispitanika
- utjecaj invaliditeta na društveno-ekonomski status u odnosu na mjesto prebivališta i stupanj obrazovanja
- postoji li razlika u procjeni kvalitete života kod ispitanika u Hrvatskoj i Sloveniji
- razliku u kvaliteti života kod osoba s invaliditetom koji su u bračnoj zajednici

U svrhu donošenja kvalitetnih akademskih rezultata uz primjenu odgovarajućih statističkih alata postavljene su naredne hipoteze:

H<sub>1</sub> Nema razlike između dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika

H<sub>2</sub> Nema razlike u strategijama suočavanja s invaliditetom između ispitanika ženskog i muškog spola

H<sub>3</sub> Nema razlike obzirom na zaposlenost i radnu sposobnost ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj

H<sub>4</sub> Nema razlike po pitanju povezanosti stupnja obrazovanja i ekonomskog stanja ispitanika iz Hrvatske i Slovenije

H<sub>5</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj s obzirom na samoprocjenu kvalitete života

H<sub>6</sub> Nema razlike između ispitanika s različitim bračnim statusom i samoprocjene kvalitete života

### 3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se provelo presječnim ispitivanjem (cross-sectional) pomoću 4 upitnika:

- a) upitnika koji sadrži opće i demografske podatke ispitanika,
- b) upitnika kvalitete života,
- c) upitnika za procjenu otpornosti obitelji i
- d) upitnika kognitivne emocionalne regulacije.

Istraživanjem je obuhvaćeno po 36 ispitanika iz Hrvatske ((24 muškarca (N<sub>M</sub>), 12 žena (N<sub>Ž</sub>)) i Slovenije (N<sub>M</sub>=17, N<sub>Ž</sub>=19).

Istraživanje je provedeno od siječnja do lipnja 2022. godine. Sudjelovanje svih ispitanika bilo je dragovoljno i anonimno uz mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku. Tijekom istraživanja poštovali su se etički principi te je osigurana privatnost i zaštita tajnosti podataka ispitanika. Kriterij uključivanja u istraživanje bilo je da ispitanici imaju amputacije donjih ekstremiteta.

#### 3.1. Metode istraživanja

U istraživanju su se koristila četiri anonimna anketna upitnika. Početni dio upitnika se sastojao od općih pitanja koja su se odnosila na socijalno-demografske podatke ispitanika: spol, dob, bračno stanje, stručna sprema, država u kojoj ispitanik živi, radni status, imaju li protezu, smatraju li da su radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem i smatraju li da invalidnost utječe na njihovu materijalnu situaciju.

Drugi je dio upitnika bio *Upitnik kvalitete života* Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL BREF) koji je vjerodostojno sredstvo izrađeno u namjeri procjene kvalitete života (25). Anketni upitnik ima 4 kategorije pomoću kojih procjenjuje percepciju ispitanika o kvaliteti života, a te kategorije su: a) fizičko stanje, b) psihološko stanje, c) društvena interakcija ispitanika i d) okolina ispitanika pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Upitnik ima 27 pitanja zatvorenog tipa, pitanja se boduju Likertovom skalom pri čemu najniža ocjena (1) označava odgovor „vrlo loše“, a najviša ocjena (5) označava odgovor „vrlo dobro“ (25).

Treći je dio upitnika bio Upitnik za procjenu otpornosti obitelji, odnosno FRAS (engl. Family Resilience Assessment Scale) koji je primijenjen iz istraživanja Metrijska obilježja instrumenta za mjerenje komponente otpornosti obitelji (26).

Četvrti je upitnik bio Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ (engl. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) koji služi za ispitivanje kognitivnih strategija koje osoba koristi za prevladavanje nekog stresnog događaja ili situacije (27). Upitnik se sastoji od 36 pitanja zatvorenog tipa, boduje se Likertovom skalom u rasponu od 1 (odgovor „nikada“) do 5 (odgovor „često“).

### **3.2. Obrada podataka**

Statistička obrada podataka obuhvaćala je deskriptivnu i inferencijalnu statistiku. Za ispitivanja hipoteza koristio se hi-kvadrant test na razini značajnosti  $p < 0,05$ , a dobiveni podaci su prikazani tekstualno, u tablicama i grafovima.

U svrhu obrade podataka koristio se program MS Word 2019 za obradu teksta, a za računanje i izradu grafikona MS Excel 2019 i online znanstveni kalkulator za društvene znanosti dostupan na <https://www.socscistatistics.com/> (28).

### **3.3. Etičnost ispitivanja**

U skladu s postavljenim ciljem i metodama istraživanja poseban naglasak stavljen je na etički aspekt istraživanja s naglaskom na obavještanje ispitanika o ciljevima istraživanja, dobrovoljnom pristanku na uključivanje u istraživanje, osiguravanju povjerljivosti podataka kao i zaštiti identiteta ispitanika s naglaskom korištenja dobivenih podataka u svrhu izrade diplomskog rada. Osigurano je poštovanje temeljnih etičkih i bioetičkih principa: autonomnost, pravednost, dobročinstvo i neškodljivost - u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije. S istraživanjem se započelo nakon dobivenog pristanka *Etičkog povjerenstva* i provodilo se do lipnja 2022. godine. Ispitanici se anketirani u *Klinici za ortopediju Lovran* gdje im je omogućena privatnost i dovoljno vremena da pročitaju informirani pristanak i pristupe ispunjavanju ankete. Pri provođenju popunjavanja upitnika omogućeni su im miran i privatni prostor, kompletna anketa i kemijska olovka. Anketu su ispunjavali samostalno bez sugestija i ometanja vanjskih čimbenika. Po završetku ispitivanja svaka anketa se spremila u unaprijed za to pripremljenu kovertu i zatvorila do statističke obrade podataka. Dio ispitanika se ispitao telefonskim putem (podaci dobiveni putem bolničkog informacijskog sustava (KIBIS)). Kako je u telefonskom anketiranju manja mogućnost sprečavanja utjecaja vanjskih čimbenika unaprijed se s ispitanikom dogovorilo vrijeme poziva kako bi se osiguralo dovoljno vremena i miran prostor za ispunjavanje. U niti jednom trenutku anketiranja identitet ispitanika ili njihovi osobni podaci nisu bili ugroženi, a

dobiveni podaci koristili su se isključivo u svrhu pisanja diplomskog rada te su bili dostupni samo autorici i mentoru diplomskog rada.

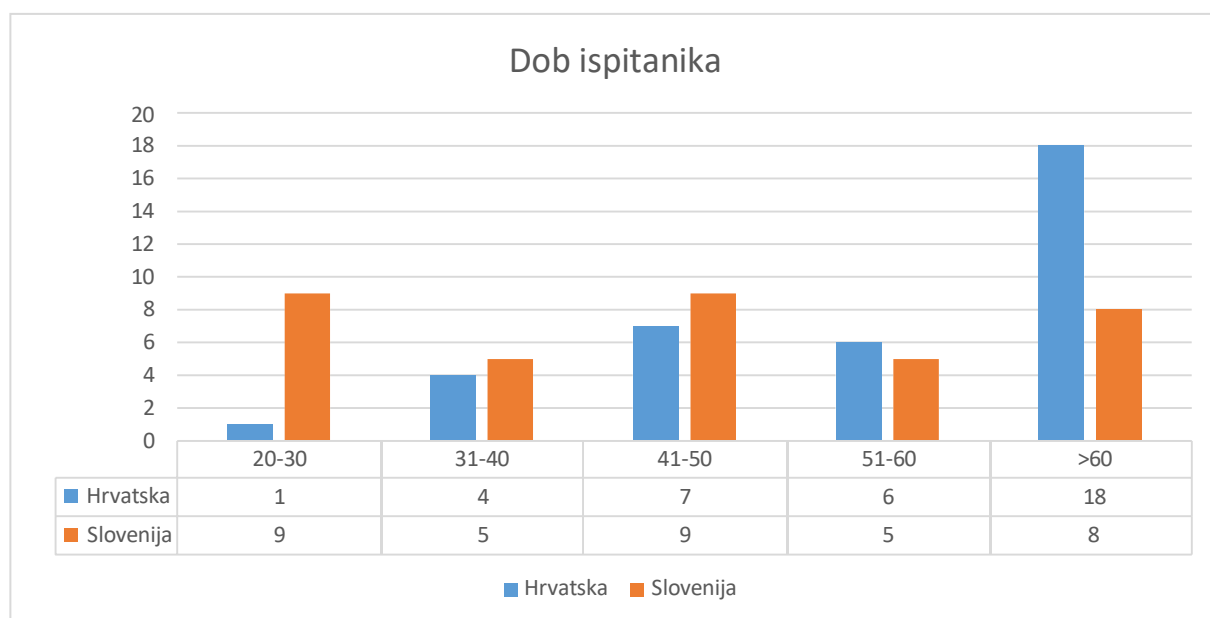
## 4. REZULTATI

### 4.1. Socijalno-demografski podaci

Dob, spol, bračni status, stručna sprema, država u kojoj ispitanik živi, radni status, imaju li protezu, smatraju li da su radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem i smatraju li da invalidnost utječe na njihovu materijalnu situaciju bila su socijalno-demografski podaci na koje su ispitanici odgovorili, a rezultati su prikazani u sljedećim poglavljima.

#### 4.1.1. Dob ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 72 ispitanika. Po 36 ispitanika iz Hrvatske i Slovenije. Podatci su prikazani grafikonom 1.



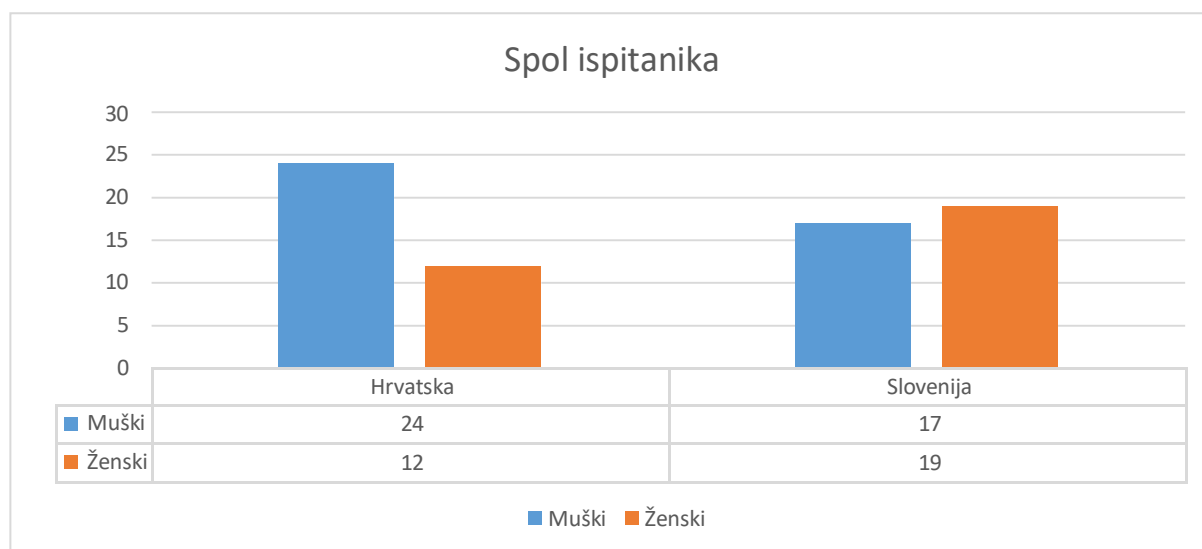
**Grafikon 1.** Prikaz ispitanika po dobi

Ispitanici su po dobi podijeljeni u pet skupina: do 30 godine života, od 31-40, od 41-50, od 51 do 60 i preko 60 godina života. Prema podacima iz grafikona vidljivo je da su ispitanici iz Hrvatske stariji. Statistički značajna razlika potvrđena je hi-kvadrat testom. Hi-kvadrat iznosi 10,698 na razini značajnosti  $p=0,05$ . Granična vrijednost je 9,488 za  $df=4$ , četiri stupnja slobode.



#### 4.1.2. Spol ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 24 ispitanika i 12 ispitanica iz Hrvatske i 17 ispitanika i 19 ispitanica iz Slovenije. Podatci su vidljivi na grafikonu 2.

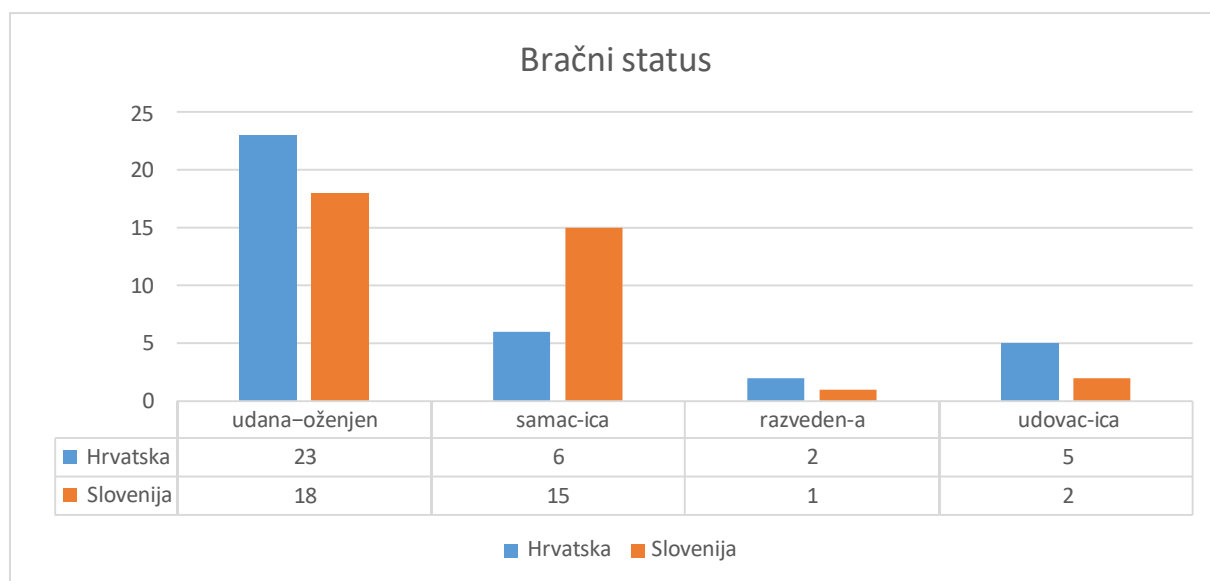


**Grafikon 2.** Prikaz ispitanika po spolu

Nema statistički značajne razlike među ispitanika iz Hrvatske i Slovenije po pitanju spola na razini značajnosti  $p < 0,05$  (hi-kvadrat iznosi 2,7758, a granična vrijednost hi-kvadrat iznosi 3,843 za jedan stupanj slobode).

#### 4.1.3. Bračni status ispitanika

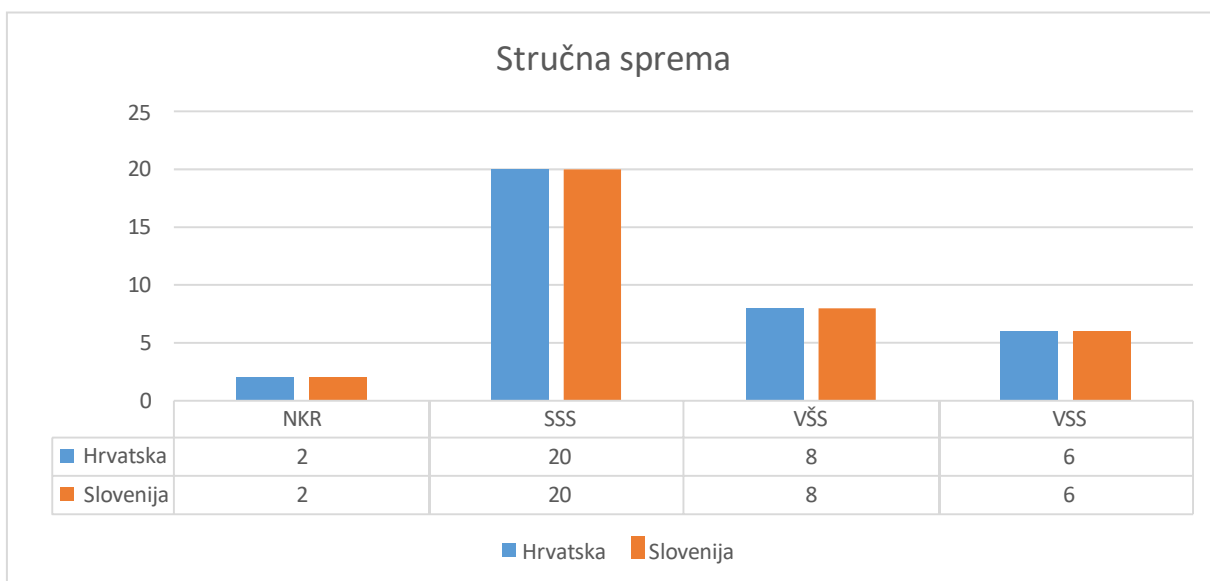
Po pitanju bračnog statusa, ispitanici su mogli izabrati jednu od četiri opcije: oženjen-udata, rastavljen-a, samac-samica ili udovac-ica. Najviše je oženjenih-udanih, a najmanje razvedenih. Ukupne podatke po ovoj varijabli moguće je vidjeti na grafikonu 3. Nema statistički značajne razlike među grupama na razini značajnosti  $p < 0,05$  (hi-kvadrat iznosi 6,086, a granična vrijednost hi-kvadrat iznosi 7,815 za tri stupnja slobode,  $df=3$ ).



**Grafikon 3.** Bračni status ispitanika

#### 4.1.4. Stručna sprema ispitanika

Ispitanici su po pitanju stečene stručne spreme, podijeljeni u četiri grupe: a) na ispitanike bez završene škole, b) na ispitanike sa srednjom stručnom spremom (SSS), c) višom VŠS i d) visokom stručnom spremom (VSS). Najviše ispitanika ima srednju stručnu spremu, a najmanje je bez završene osnovne škole. Prikaz ispitanika po stručnoj spreml ispitanika prikazana je grafikonom 4. Kako je isti broj ispitanika po kategorijama, razvidno je da nema statistički značajne razlike po skupinama stručne spreml ispitanika.



**Grafikon 4.** Stručna sprema ispitanika

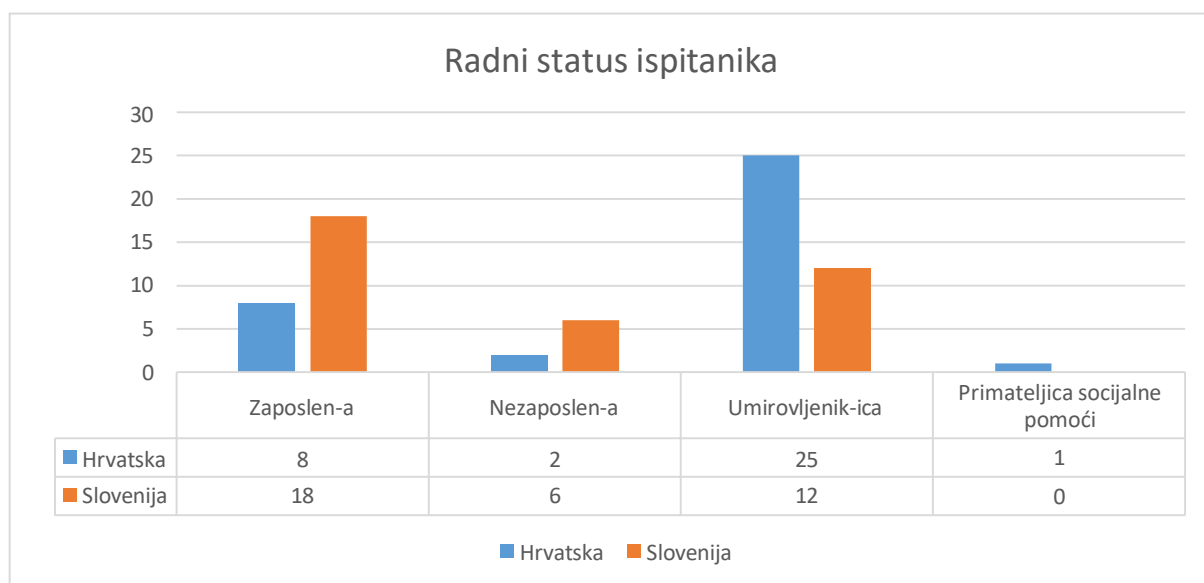
#### 4.1.5. Država u kojoj živi ispitanik

Ispitanici su bili iz Hrvatske i Slovenije. Iz svake države je bilo po 36 ispitanika. Nema statistički značajne razlike između broja ispitanika.

#### 4.1.6. Radni status ispitanika

Ispitanici su po pitanju radnog statusa mogli izabrati jednu od ponuđenih opcija: zaposlenik-ica, nezaposlen-ica, umirovljenik-ica, primatelj-ica socijalne pomoći. U Hrvatskoj je, po ovoj varijabli, najviše bilo umirovljenika (N=25), a najmanje primatelja socijalne pomoći (N=1). U Sloveniji je bilo najviše zaposlenih (N=18), a najmanje (odnosno nije ih bilo, N=0) primatelja socijalne pomoći. Svi podatci dostupni su u Grafikonu 5.

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 9,414, (tablica vrijednosti je dimenzija 2x3 jer nema primatelja socijalnih slučajeva u Sloveniji, s obzirom da je  $df=2$ ) može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske, po pitanju radnog statusa, na razini značajnosti  $p<0,05$ .



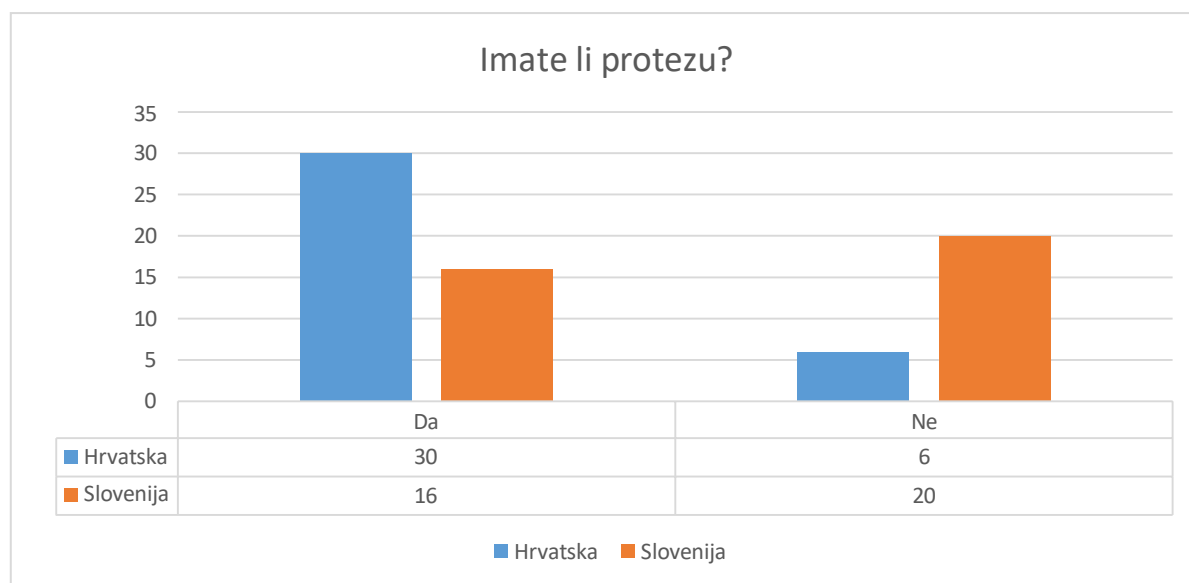
**Grafikon 5.** Radni status ispitanika

## 4.2. Ostali podatci

Još je preostalo nekoliko varijabli koje ne pripadaju socijalno-ekonomskom statusu, a vrijedno ih je napomenuti. Pitanja koja ranije nisu navedena su: a) imaju li ispitanici protezu, b) smatraju li ispitanici da su radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem, i c) smatraju li ispitanici da invalidnost utječe na njihovu materijalnu situaciju.

### 4.2.1. Imaju li ispitanici protezu?

Većina, njih 30, ispitanika iz Hrvatske ima protezu, dok nešto više od pola ispitanika iz Slovenije, njih 20 nema protezu. Podatci su vidljivi u grafikonu 6.



**Grafikon 6.** Broj ispitanika s protezom

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 11,799, što je više od granične vrijednosti za  $df=2$  i  $p=0,05$ . Zaključuje se da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju posjedovanja proteze, na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.2.2. Smatraju li ispitanici da su radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem

„Smatrate li se radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem?“ bilo je sljedeće pitanje na koje su ispitanici odgovorili. Preko 61,1%, njih 22, ispitanika iz Hrvatske se smatra da nisu radno sposobni za zanimanje koje su stekli obrazovanjem. Kod ispitanika iz Slovenije taj je broj upola manji, njih 11 odnosno 35,6%. Svi podatci o ovom pitanju se mogu vidjeti u grafikonu 7.

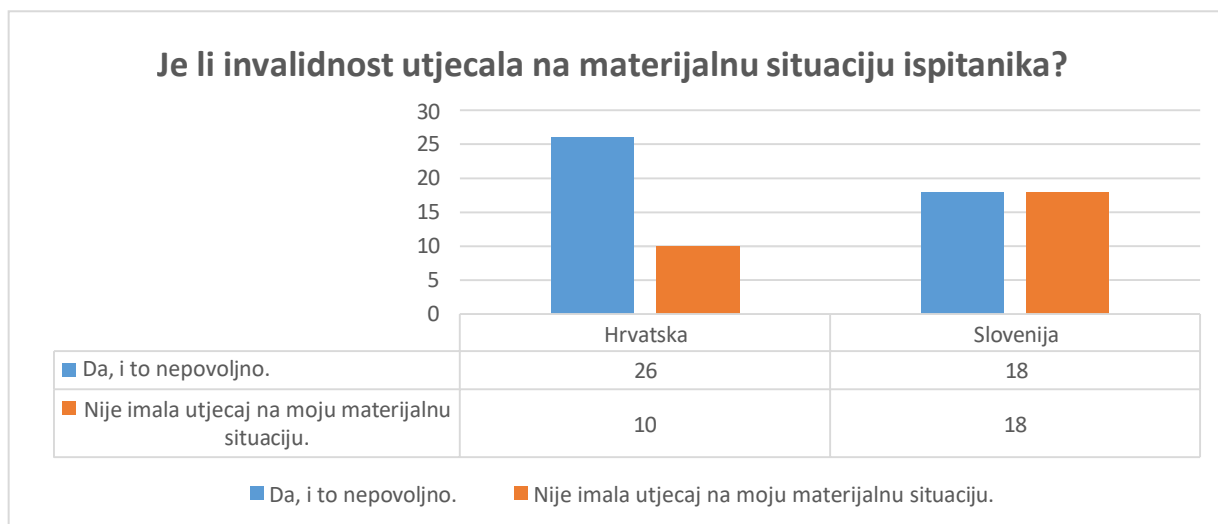
Vrijednost hi-kvadrata iznosi 6,769, što ukazuje da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske, po pitanju radne sposobnosti za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Više ispitanika iz Slovenije se smatraju radno sposobnim u odnosu na kolege iz Hrvatske.



**Grafikon 7.** Smatraju li se ispitanici radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem

#### 4.3.3. Smatraju li ispitanici da invalidnost utječe na njihovu ekonomsku situaciju

Zadnje pitanje iz ove grupe bilo je *Smatrate li da invalidnost utječe na vašu ekonomsku situaciju?* Većina ispitanika iz Hrvatske, njih 26 ili 72,2% smatraju ja je invalidnost nepovoljno utjecala na njihovu materijalnu situaciju. U isto vrijeme samo 50% ili 18 ispitanika iz Slovenije smatra isto. Svi podatci o ovom pitanju se mogu vidjeti u grafikonu 8.



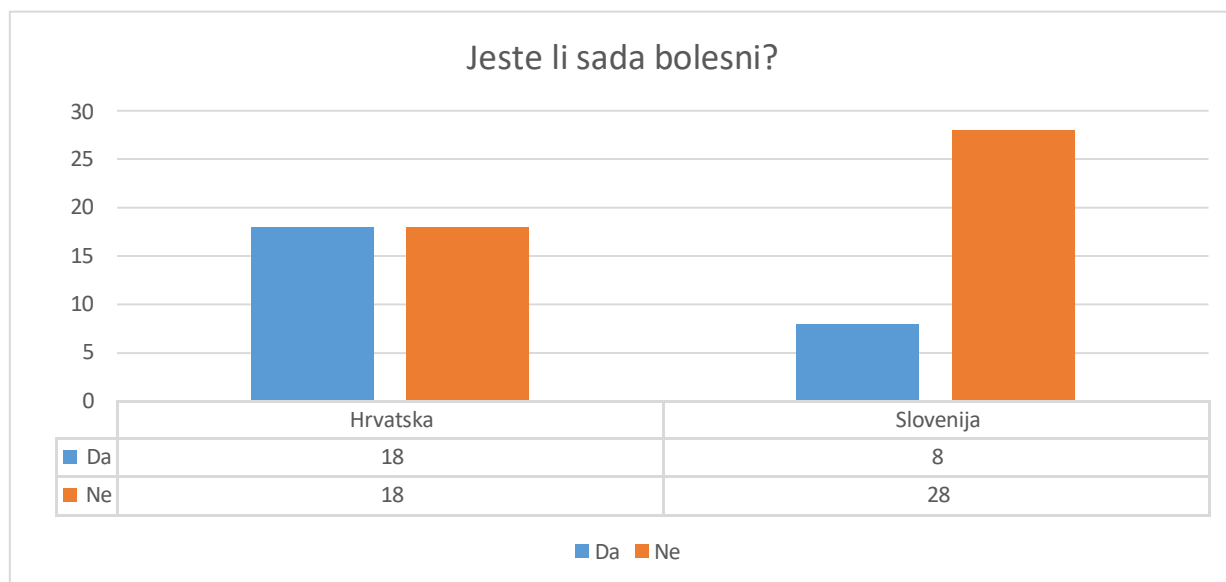
**Grafikon 8.** Je li invalidnost utjecala na materijalnu situaciju ispitanika?

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 3,740, a to je neznatno manje od granične vrijednosti hi-kvadrata koji iznosi 3,843 za  $df=1$  i  $p=0,05$ . Može se zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske, po pitanju *Smatraju li ispitanici da invalidnost utječe na njihovu materijalnu situaciju*, na razini značajnosti  $p<0,05$ .

### 4.3. Stavovi ispitanika - Kvaliteta života

#### 4.3.1. Zdravstveno stanje ispitanika - „Jeste li sada bolesni?“

Polovica ispitanika iz Hrvatske odgovara da je sada bolesno, a na isto pitanje isti odgovor daje 8 ispitanika iz Slovenije. Detaljni podatci na ovo pitanje vidljivi su u grafikonu 9.



Grafikon 9. Jeste li sada bolesni?

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 6,020, a to je više od granične vrijednosti hi-kvadrata koji iznosi 3,843 za  $df=1$  i  $p=0,05$ , to ukazuje da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju Jeste li sada bolesni?, na razini značajnosti  $p<0,05$ . **Više ispitanika iz Hrvatske se smatra bolesnim od onih iz Slovenije.**



#### 4.3.2. Zdravstveno stanje ispitanika - „Fizičko zdravlje“

Prvi dio upitnika o *Kvaliteti života* ispituje fizičko zdravlje ispitanika te sadržava šest pitanja: „Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obveza?, Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?, Koliko se možete kretati uokolo?, Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?, Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti? i Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?“ Na svako se pitanje moglo reagirati brojkom: od 1 – koja označava najlošije (vrlo loše, vrlo nezadovoljavajuće, uopće ne) do 5 - koja označava najbolje (vrlo dobro, vrlo zadovoljavajuće, u najvećoj mjeri). Tablica 1. prikazuje dobivene frekvencije odgovora. Ispitivani dio upitnika je sadržavao 6 pitanja, pa je za 36 ispitanika dobiveno 216 odgovora po skupini.

**Tablica 1.** Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Fizičko zdravlje

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	21	14
Broj odgovora 2	39	29
Broj odgovora 3	63	80
Broj odgovora 4	59	54
Broj odgovora 5	34	39
Zbirno	216	216
Prosječna vrijednost	3,21	3,35

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 5,455. Granična vrijednost (za četiri stupnja slobode) Kako granična vrijednost, za četiri stupnja slobode, iznosila je 9,488 rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika po pitanju fizičkog zdravlja između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije.

### 4.3.3. Zdravstveno stanje ispitanika – Psihološko zdravlje

Drugi dio upitnika analizirao je psihičko stanje ispitanika, a sadržavao je sedam pitanja: „Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?, Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?, Koliko uživate u životu?, Koliko osjećate da vaš život ima smisla?, Koliko ste zadovoljni sobom?, Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? i Koliko se dobro možete koncentrirati? Odgovore na pitanje Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? je trebalo kodirati kako bi se dobile ispravne vrijednosti u rezultatu.“ Odgovori na pitanja prikazani su tablicom 2, za 7 pitanja i 36 ispitanika po uzorku dobiveno je 252 dogovora po skupini..

**Tablica 2.** Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Psihološko zdravlje

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	31	14
Broj odgovora 2	30	19
Broj odgovora 3	54	76
Broj odgovora 4	86	95
Broj odgovora 5	51	48
Ukupno	252	252
Prosječna vrijednost	3,38	3,57

Vrijednost hi-kvadrata iznosi 13,153. Kako granična vrijednost za  $df=4$ , iznosi 9.488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju psihičkog zdravlja između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije, na razini značajnosti  $p<0,05$ . **Psihičko zdravlje ispitanika iz Slovenije je bolje od ispitanika iz Hrvatske.**

#### 4.3.4. Zdravstveno stanje ispitanika – Društvena interakcija

Predzadnji dio upitnika ispitivao je društvenu interakciju ispitanika, pitanjima kao što su: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima prema bliskim osobama?, Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom? i Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam daju Vaši prijatelji?“. Tablica 3. prikazuje dobivene učestalosti odgovora, za 36 ispitanika ukupno je 108 odgovora po skupini.

**Tablica 3.** Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Društvena interakcija

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	24	9
Broj odgovora 2	5	14
Broj odgovora 3	17	23
Broj odgovora 4	34	38
Broj odgovora 5	28	24
Ukupno	108	108
Prosječna vrijednost	3,34	3,50

Vrijednost  $\chi^2=12,511$ , a granična vrijednost, za  $df=4$ , hi-kvadrata iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika odnosno. **Društvena interakcija ispitanika iz Slovenije je bolja od onih iz Hrvatske.**

#### 4.3.5. Zdravstveno stanje ispitanika – Okolina

Zadnji dio upitnika ispitivao je okolinu ispitanika, pomoću deset pitanja: „*Imate li dovoljno novca za zadovoljenje svojih potreba?, Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?, Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?, Koliko vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?* (odgovore na ovo pitanje je potrebno kodirati), *Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?, Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?, Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?, Imate li prilike za rekreaciju?, Koliko je zdrav Vaš okoliš?, Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?*.“ Frekvencije odgovora su prikazane u tablici 4. Na temelju deset pitanja, za 36 ispitanika je ukupno 360 odgovora po skupini.

**Tablica 4.** Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Okolina

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	43	20
Broj odgovora 2	37	32
Broj odgovora 3	98	109
Broj odgovora 4	107	121
Broj odgovora 5	75	78
Ukupno	360	360
Prosječna vrijednost	3,37	3,57

Vrijednost  $\chi^2=10,262$ . Kako granična vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika po pitanju okoline ispitanika između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije, na razini značajnosti  $p<0,05$ . **Okolina ispitanika iz Slovenije je bolja od one od ispitanika iz Hrvatske.**

#### 4.4. Upitnik za procjenu otpornosti

Upitnik za procjenu otpornosti obitelji se sastoji od 41 izjavne rečenice, a ispitanik subjektivno procjenjuje na kojoj se razini slaže s izjavom. Stupanj slaganja se označava pomoću Likertove skale (od 1 - *za nimalo se ne slažem* do 5 - *u potpunosti se slažem s izjavom*). U tablici 5. prikazane su frekvencije odgovora, za 36 ispitanika je ukupno 1476 odgovora po uzorku.

**Tablica 5.** Prikaz procjene otpornosti obitelji

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	38	34
Broj odgovora 2	90	101
Broj odgovora 3	234	270
Broj odgovora 4	776	542
Broj odgovora 5	338	529
Ukupno	1476	1476
Prosječna vrijednost	3,87	3,97

Vrijednost  $\chi^2 = 87,049$  zbog čega se zaključuje da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p < 0,05$ . **Otpornost ispitanika iz Slovenije je bolja nego ispitanika iz Hrvatske.**

#### 4.5. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ

Zadnji upitnik kojeg su ispitanici ispunjavali je *Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ* (27). Za svaku dimenziju (podskalu) napravljena je usporedba između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije.

##### 4.5.1. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Samookrivljanje*

Podskala *Samookrivljanje* sastoji se od četiri izjave: „1. *Osjećam da sam ja taj koga treba kriviti.* 2. *Osjećam da sam ja odgovoran za to što se dogodilo,* 3. *Razmišljam o vlastitim greškama u toj situaciji* i 4. *Mislim da je u osnovi uzrok u meni.*“

U tablici 6. prikazani su dobivene frekvencije odgovora. Niže brojke znače manje samookrivljanje.

**Tablica 6.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Samookrivljanje*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	30	29
Broj odgovora 2	32	29
Broj odgovora 3	48	45
Broj odgovora 4	20	24
Broj odgovora 5	14	17
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	2,69	2,80

Vrijednost  $\chi^2=0,915$ , granična vrijednost za  $df=4$ , četiri stupnja slobode, iznosi 9.488 može se da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Samookrivljanje* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.5.2. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Prihvaćanje*

Podskala *Prihvaćanje* sadržava tri izjave : „1. *Mislim da moram prihvatiti to što se dogodilo,* 2. *Mislim da moram prihvatiti situaciju,* 3. *Mislim da ne mogu promijeniti ništa u vezi te situacije.* i 4. *Mislim da moram naučiti živjeti s tim.*“ U tablici 7. prikazane su frekvencije odgovora. Niže brojke znače manje prihvaćanje.

**Tablica 7.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Prihvaćanje*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	6	8
Broj odgovora 2	10	10
Broj odgovora 3	29	39
Broj odgovora 4	47	35
Broj odgovora 5	52	52
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	3,90	3,78

Vrijednost  $\chi^2=3.512$ . Zbog granične vrijednosti za  $df=4$  koja iznosi 9,488 zaključak je da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Prihvaćanje* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ . Sličan rezultat bi se dobio ako bi frekvencije za odgovore 1 i 2 spojili ili ako bi se primijenila Yatesova korekcija jer za računanje hi-kvadrata, frekvencija u svakoj ćeliji treba biti 5 ili više.

#### 4.5.3. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Ruminacija*

Podskala *Ruminacija* sastoji se od četiri izjave: „1. Često razmišljam o tome kako se osjećam u vezi toga što mi se dogodilo, 2. Zaokupljen/a sam time što mislim i osjećam u vezi toga što se dogodilo, 3. Želim razumjeti zašto se tako osjećam u vezi situacije i 4. Zadržavam se na osjećajima koje je situacija izazvala u meni.“ Tablicom 8. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 8.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Ruminacija*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	17	21
Broj odgovora 2	36	29
Broj odgovora 3	47	44
Broj odgovora 4	32	37
Broj odgovora 5	12	13
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	2,90	2,94

Vrijednost  $\chi^2=1,676$ . Zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Ruminacija* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$  na temelju granične vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9.488.



#### 4.5.4. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Pozitivno refokusiranje*

Podskala *Pozitivno refokusiranje* sastoji se od četiri izjave: „1. Umjesto o tom događaju, razmišljam o ljepšim stvarima, 2. Razmišljam o ugodnijim stvarima koje nemaju veze sa događajem, 3. Mislim na nešto lijepo, umjesto na ono što se dogodilo i 4. Mislim o ugodnim iskustvima.“ Za četiri izjave i 36 ispitanika dobiveno 144 odgovora po skupini koji su prikazani u tablici 9.

**Tablica 9.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Pozitivno refokusiranje*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	2	3
Broj odgovora 2	7	11
Broj odgovora 3	31	35
Broj odgovora 4	58	51
Broj odgovora 5	46	44
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	3,97	3,85

Vrijednost  $\chi^2=1,825$ . Rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Pozitivno refokusiranje* između među ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.5.5. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Planiranje*

Podskala *Planiranje* sastoji se od četiri domene: „1. Razmišljam o tome što je najbolje učiniti., 2. Razmišljam o tome kako se najbolje mogu nositi sa situacijom., 3. Razmišljam o tome kako promijeniti situaciju. i 4. Planiram što bi bilo najbolje učiniti.. Tablicom 10. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 10.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Planiranje*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	6	4
Broj odgovora 2	13	15
Broj odgovora 3	25	32
Broj odgovora 4	64	50
Broj odgovora 5	36	43
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	3,77	3,78

Vrijednost  $\chi^2=1,825$ . Na temelju koje se zaključuje da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Planiranje* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.5.6. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Pozitivna reprocjena*

Podskala *Pozitivna reprocjena* sadržava četiri odgovora:

„1. Mislim da mogu naučiti nešto iz te situacije“

„2. Mislim da mogu postati snažnija osoba nakon toga što se dogodilo“

„3. Mislim da ta situacija ima i svoje pozitivne strane“

„4. Tražim pozitivne strane situacije“. Frekvencije odgovora su prikazane u tablici 11.

**Tablica 11.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Pozitivna reprocjena*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	8	4
Broj odgovora 2	6	7
Broj odgovora 3	34	25
Broj odgovora 4	55	57
Broj odgovora 5	41	51
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	3,80	4,00

Vrijednost  $\chi^2=3,906$ . Kako granična vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9,488 zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Pozitivna reprocjena* ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.5.7. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Stavljanje u perspektivu*

Podskala *Stavljanje u perspektivu* sastoji se od četiri domene odgovora na temelju što ispitanici misle koliko im je teško bilo proživljeno iskustvo. Tablicom 12. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 12.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Stavljanje u perspektivu*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	9	5
Broj odgovora 2	10	16
Broj odgovora 3	36	49
Broj odgovora 4	53	41
Broj odgovora 5	36	33
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	3,67	3,56

Vrijednost  $\chi^2= 6.178$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$  iznosi 9,488 zaključuje se da ne postoji statistički značajna razlika na podskali *Stavljanje u perspektivu* među ispitanika iz Hrvatske i Slovenije, na razini značajnosti  $p<0,05$ .

#### 4.5.8. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Katastrofiziranje*

Podskala *Katastrofiziranje* sastoji se od četiri domene: „1. Često mislim kako je ono što ja doživljam gore od onoga što doživljavaju drugi ljudi, 2. Stalno razmišljam kako je strašno to što mi se dogodilo, 3. Često mislim kako je to najgore što se osobi može dogoditi i 4. Neprekidno razmišljam kako je ta situacija bila užasna.“ Odgovori su prikazani u tablici 13.

**Tablica 13.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Katastrofiziranje*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	36	39
Broj odgovora 2	55	35
Broj odgovora 3	35	32
Broj odgovora 4	11	28
Broj odgovora 5	6	10
Ukupno	143	144
Prosječna vrijednost	2,27	2,55

Vrijednost  $\chi^2=13,106$ . Na temelju granične vrijednosti za  $df=4$  iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na podskali *Katastrofiziranje* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ . Ispitanici iz Slovenije imaju nešto više rezultate u podskali *Katastrofiziranje*, a to znači da situaciju doživljavaju tragičnije.

#### 4.5.9. Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Okrivljavanje drugih*

Podskala *Okrivljavanje drugih* sastoji se od četiri domene: „1. *Mislim da druge ljude treba kriviti za to, 2. Osjećam da su drugi odgovorni za to što se dogodilo, 3. Razmišljam o pogreškama drugih u toj situaciji i 4. Osjećam da je u osnovi uzrok u drugima.*“ Odgovori su prikazani u tablici 14.

**Tablica 14.** Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala *Okrivljavanje drugih*

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	60	54
Broj odgovora 2	36	27
Broj odgovora 3	33	28
Broj odgovora 4	9	26
Broj odgovora 5	6	9
Ukupno	144	144
Prosječna vrijednost	2,06	2,37

$\chi^2=10,869$ . Kako granična vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9,488 zaključuje se da postoji statistički značajna razlika na podskali *Okrivljavanje drugih* između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije na razini značajnosti  $p<0,05$ . Ispitanici iz Slovenije imaju više rezultate u podskali *Okrivljavanje drugih*, a to znači da smatraju da su za situaciju u kojoj se nalaze krivi drugi.

#### 4.6. Hipoteze istraživanja

Kako bi mogli donijeti kvalitetne zaključke istraživanja uz primjenu adekvatnih statističkih alata postavljeno je 6 hipoteza:

- H<sub>1</sub> Nema razlike između dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika
- H<sub>2</sub> Nema razlike u strategijama suočavanja s invaliditetom između ispitanika ženskog i muškog spola
- H<sub>3</sub> Nema razlike obzirom na zaposlenost i radnu sposobnost ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj
- H<sub>4</sub> Nema razlike po pitanju povezanosti stupnja obrazovanja i ekonomskog stanja ispitanika iz Hrvatske i Slovenije
- H<sub>5</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na samoprocjenu kvalitete života
- H<sub>6</sub> Nema razlike između ispitanika s različitim bračnim statusom i samoprocjene kvalitete života

Nakon analize dobivenih odgovora dobiveni su sljedeći rezultati

##### **H<sub>1</sub> Nema razlike između dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika**

Za testirati hipotezu H<sub>1</sub> koristilo se odgovore na kompletan Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL BREF). Kvaliteta života ispitivala se kroz četiri domene - *Fizičko zdravlje, Psihičko stanje, Društvena interakcija* te *Okolina ispitanika* za ispitanike iz Hrvatske i Slovenije, a sada ih se ne dijeli po državi-prebivalištu već po dobi. Kako je bilo 26 čestica, za 37 starijih ispitanika dobilo se 962 odgovora, a za 35 mlađih ispitanika 910 odgovora. U tablici 15. prikazane su dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 15.** Prikaz frekvencija dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika

	Mlađi – dob do 50. godine života	Stariji – dob preko 50 godina života
Broj odgovora 1	63	126
Broj odgovora 2	93	126
Broj odgovora 3	243	305
Broj odgovora 4	292	255
Broj odgovora 5	219	150

Ukupno	910	962
--------	-----	-----

Postoji li statistički značajna razlika među ispitanicima? Za odgovoriti na to pitanje, primijenjen je hi-kvadrat test. Vrijednost  $\chi^2=46,984$ . Granična vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9,488 i manja je od dobivene vrijednosti hi-kvadrata odbacuje se nul hipoteza. Zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između ispitanika mlađe i starije životne dobi, na razini značajnosti  $p<0,05$ . **Prilagodba na invaliditet odnosno kvaliteta života mladih ispitanika je bolja.**



## H<sub>2</sub> Nema razlike u strategijama suočavanja s invaliditetom između osoba ženskog i muškog spola

Za zaključak na H<sub>2</sub> hipotezu najbolje je bilo koristiti odgovore na kompletan Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – CERQ. Ovaj upitnik mjeri kognitivnu komponentu suočavanja, odnosno svjesnu strategiju emocionalne regulacije, odnosno mjeri set kognitivnih procesa suočavanja. U ranijoj analizi utvrđivala su se kognitivne komponente suočavanja s 9 podskala za ispitanike iz Hrvatske i Slovenije, a sada ih ne bi dijelili po državi-prebivalištu već po spolu, a podatci za svih devet podskala su sumirani. Kako je bilo 9 dimenzija po 4 čestice, postoji ukupno 36 čestica/izjava. Za 31 ženskih ispitanika dobilo se 1116 odgovora, a za 41 muških ispitanika 1476 odgovora. Tablicom 16. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 16.** Prikaz strategijama suočavanja s invaliditetom muških i ženskih ispitanika

	Muški ispitanici	Ženski ispitanici
Broj odgovora 1	166	175
Broj odgovora 2	226	159
Broj odgovora 3	395	252
Broj odgovora 4	402	296
Broj odgovora 5	287	234
Ukupno	1476	1116
Prosjek	3,28	3,23

Vrijednost  $\chi^2=15,287$ . Kako granična vrijednost za  $df=4$  iznosi 9,488 i manja je od dobivene vrijednosti, odbacuje se nul-hipoteza i prihvaća alternativna hipoteza, odnosno zaključuje da postoji statistički značajna razlika po strategijama suočavanja s invaliditetom između osoba ženskog i muškog spola, na razini značajnosti  $p<0,05$ . **Muškarci imaju nešto bolje strategije suočavanja s invaliditetom.**

### **H<sub>3</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na zaposlenost i radnu sposobnost**

Ova nul-hipoteza će se razdvojiti na dvije podhipoteze radi donošenja kvalitetnih zaključaka:

H<sub>3.1</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na zaposlenost i

H<sub>3.2</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na radnu sposobnost

Hipoteza H<sub>3.1</sub> je testirana kod obrade radnog statusa ispitanika u potpoglavlju 4.1.6. s rezultatima grafički i tablično prikazanim u grafikonu 5. Zaključak je da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju radnog statusa, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . **Više je (statistički značajna razlika) ispitanika zaposleno u Sloveniji nego u Hrvatskoj.**

Hipoteza H<sub>3</sub> je također testirana kod obrade radne sposobnosti ispitanika za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem u potpoglavlju 4.2.6. s rezultatima grafički i tablično prikazanim u grafikonu 7. Vrijednost hi-kvadrata iznosi 6,769, a to je više od granične vrijednosti hi-kvadrata koji iznosi 3,843 za  $df=1$  uz  $p=0,05$ . Stoga se zaključuje da postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju radne sposobnosti za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . **Radna sposobnost ispitanika, po mišljenju samih ispitanika, veća je kod ispitanika u Sloveniji nego u Hrvatskoj.**

#### **H<sub>4</sub> Nema razlike po pitanju povezanosti stupnja obrazovanja i ekonomskog stanja ispitanika iz Hrvatske i Slovenije**

Hipoteza H<sub>4</sub> je također testirana kod ranije obrade u potpoglavlju 4.1.4. a rezultati su grafički i tabelarno prikazani u Grafikonu 4. Kako je jednak broj ispitanika u Hrvatskoj i Sloveniji (Niža sprema – N=2, Srednja stručna sprema – N=20, Viša školska sprema – N=8 i Visoka stručna sprema – N=6) svakoj od kategorija, razvidno je da se prihvaća nulta hipoteza i zaključuje da **nema razlike u broju ispitanika iz Hrvatske i Slovenije po pitanju stupnja obrazovanja na razini značajnosti p<0,05.**

#### **H<sub>5</sub> Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na samoprocjenu kvalitete života**

Ovo je jedna od važnijih hipoteza u ovom radu. Ranije je napravljena obrada podataka po četiri dimenzije Upitnika kvalitete života (WHOQOL BREF). Bodovala se je percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika: a) fizičko stanje, b) psihološko stanje, c) društvena interakcija ispitanika i d) okolina ispitanika. Hipoteza H<sub>01</sub> je bila slična ovoj, ali se tamo donio zaključak obzirom na dob ispitanika, a ovdje će se voditi računa o ispitanicima svih dobi, a varijabla će biti prebivalište/boravište ispitanika.

Kako je bilo 26 čestica, za 36 ispitanika dobilo se 936 odgovora po skupini. Tablicom 17. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 17.** Prikaz samoprocjene kvalitete života ispitanika iz Hrvatske i iz Slovenije

	Hrvatska	Slovenija
Broj odgovora 1	119	70
Broj odgovora 2	122	96
Broj odgovora 3	255	294
Broj odgovora 4	251	296
Broj odgovora 5	189	180
Ukupno	936	936
Prosjek	3,29	3,45

Vrijednost  $\chi^2=22,497$ . Kako granična vrijednost za četiri stupnja slobode iznosi 9,488 stoga se odbacuje se nul-hipoteza. Zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u samoprocjeni kvalitete života ispitanika iz Hrvatske i iz Slovenije, na razini značajnosti p<0,05. **Ispitanici iz Slovenije imaju bolju kvalitetu života od onih iz Hrvatske.**

## H<sub>6</sub> Nema razlike između ispitanika obzirom na različit bračni status i samoprocjene kvalitete života

Zadnja hipoteza koja se testirala tiče se samoprocjene kvalitete života, slično kao i H<sub>1</sub> i H<sub>5</sub>, s razlikom da je sada varijabla biti bračna zajednica. Tablicom 18. prikazane su ukupno dobivene frekvencije odgovora.

**Tablica 18.** Prikaz samoprocjene kvalitete života ispitanika po pitanju bračne zajednice

	Razveden-a	Samac-ica	Oženjen-Udana	Udovac-Udovica
Broj odgovora 1	2	37	118	32
Broj odgovora 2	10	45	142	21
Broj odgovora 3	36	112	361	40
Broj odgovora 4	9	190	305	43
Broj odgovora 5	21	162	140	46
Ukupno	78	546	1066	182
Prosjeak	3,47	3,72	3,19	3,27

Vrijednost  $\chi^2=134,407$ . Kako granična vrijednost,  $\chi_{gr}^2$ , uz  $df=12 [(n-1)*(m-1)]$  stupnjeva slobode iznosi 21,026 i manja je od dobivene vrijednosti hi-kvadrata, odbacuje se nul-hipoteza i prihvaća alternativna, odnosno zaključuje se da postoji **statistički značajna razlika u samoprocjeni kvalitete života ispitanika obzirom na bračno stanje na razini značajnosti  $p<0,05$ .**

Dodatno, utvrđeno je da:

- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i samaca ( $\chi^2=34,234$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *samci* daju bolje ocjene od *razvedenih*)
- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i oženjenih ( $\chi^2=25,729$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *razvedeni* daju bolje ocjene od *oženjenih*)
- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i udovaca ( $\chi^2=24,457$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *razvedeni* daju bolje ocjene od *udovaca*)
- postoji statistički značajna razlika između samaca i oženjenih ( $\chi^2=92,225$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *samci* daju bolje ocjene od *oženjenih*)

- postoji statistički značajna razlika između samaca i udovaca ( $\chi^2=24,840$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *samci* daju bolje ocjene od *udovaca*)
- postoji statistički značajna razlika između oženjenih i udovaca ( $\chi^2=29,463$  uz  $df=4$ ,  $\chi_{gr}^2=9,488$  i  $p<0,05$ ) s napomenom da si *udovci* daju bolje ocjene od *oženjenih*.

## 5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati odnos psihosocijalne prilagodbe na invaliditet u odnosu na dob ispitanika, postoji li razlika u strategijama suočavanja kod osoba s invaliditetom u odnosu na spol ispitanika, utjecaj invaliditeta na radnu sposobnost u odnosu na mjesto prebivališta ispitanika, utjecaj invaliditeta na društveno-ekonomski status u odnosu na mjesto prebivališta i stupanj obrazovanja, postoji li razlika u procjeni kvalitete života kod ispitanika u Hrvatskoj i Sloveniji, razliku u kvaliteti života kod osoba s invaliditetom koji su u bračnoj zajednici. Ispitanici su osobe s amputacijama donjih ekstremiteta, svrstani u dvije grupe: ispitanici iz Hrvatske i ispitanici iz Slovenije. U tu je svrhu postavljeno šest hipoteza koje su tijekom ovog rada testirane.

U istraživanju je sudjelovalo po 36 ispitanika iz Hrvatske i Slovenije. U Hrvatskoj je najviše ispitanika bilo iz dobne preko 60 godina, dok su ispitanici skupine iz Slovenije u najvećem broju u dobnoj skupini od 41-50 godina. Ovaj podatak nije iznenađujući posebice ako se uzme u obzir demografska prilika Hrvatske koja pokazuje da je Hrvatska zemlja koja „stari“, a isto tako najčešći razlog amputacija donjih ekstremiteta su vaskularna oboljenja koja najčešće zahvaćaju stariju populaciju (29). U istraživanju je sudjelovalo 24 ispitanika (67%) i 12 ispitanica (33%) iz Hrvatske te 17 ispitanika (47%) i 19 (53%) ispitanica iz Slovenije. Po pitanju bračnog statusa najviše ispitanika iz obje države se izjasnilo da je u braku: za Hrvatsku je to 64% ispitanika (N 23), a za Sloveniju 50% ispitanika (N 18).

Stručna sprema ispitanika pokazala je ravnopravan broj osoba u svim segmentima obrazovanja u obje države. Pitanje radnog statusa ispitanika pokazalo je razlike u odgovorima, tako su dobiveni podaci da je u Hrvatskoj najviše bilo umirovljenika 69% (N 25), a najmanje primatelja socijalne pomoći 3% (N 1). U Sloveniji je bilo najviše zaposlenih 50% (N 18), a najmanje (odnosno nije ih bilo, N=0) primatelja socijalne pomoći. Ovaj podatak se mora uzeti u razmatranje kroz više domena. Može se tvrditi da Slovenija ima veći broj zaposlenih osoba s amputacijom donjih ekstremiteta, no ne smije se smetnuti s uma da je dobna skupina ispitanika u Hrvatskoj bila veća od one u Sloveniji te je logičan slijed tog podataka da bude i veći broj umirovljenika. No svakako je prijedlog za buduća istraživanja analizirati koji je postotak zaposlenih osoba s invaliditetom u Hrvatskoj.

Većina ispitanika iz Hrvatske ima protezu (N 30) dok samo pola ispitanika iz Slovenije (N 16) ima protezu. Smatraju li se ispitanici radno sposobnim za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem dobili su se podaci da preko 61,1% (N 22) ispitanika iz Hrvatske se

smatra da nisu radno sposobni za zanimanje koje su stekli obrazovanje. Kod ispitanika iz Slovenije taj je broj upola manji 35,6% (N 11). Anketni upitnici nažalost nisu nudili mogućnost uvida u informaciju zašto je kod ispitanika u Hrvatskoj ovaj postotak u tako velikom broju, odnosno zašto se ne osjećaju radno sposobnim za zanimanje koje su stekli obrazovanjem. Na pitanje „Smatrate li da invalidnost utječe na vašu ekonomsku situaciju?“ većina ispitanika iz Hrvatske, N 26 (72,2%) smatraju ja je invalidnost nepovoljno utjecala na njihovu materijalnu situaciju. U isto vrijeme samo N 18 (50%) ispitanika iz Slovenije smatra isto.

U ovoj se raspravi može zaključiti da se grupe razlikuju te da se dobiveni zaključci po postavljenim hipotezama moraju uzeti s velikom rezervom. Tome doprinosi i relativno mali uzorak u grupama koji je svega 36. Stoga bi se ovo istraživanje moglo proglasiti pilot-istraživanjem i početna točka za veće istraživanje u kojem će biti veći broj ispitanika, ali i gdje će grupe ispitanika biti takve da ne postoji razlika u većem broju varijabli, kao što je slučaj u ovom istraživanju. Zdravlje je jedan od presudnih čimbenika koji utječe na kvalitetu života, kronične bolesti ili invalidnost ne samo da ostavljaju oštećenja na tijelu imaju popratnu ulogu da naruše i radnu sposobnost osobe čime se znatno smanjuje i ekonomska moć pojedinca, a socijalno- ekonomski status u direktnoj je korelaciji s percepcijom blagostanja odnosno kvalitete života (30).

Sljedeća skupina pitanja odnosila se na Kvalitetu života ispitanika, već na prvom pitanju „Jeste li sada bolesni“ vidljiva je razlika između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije. U Hrvatskoj se 50% ispitanika (N 18) smatra bolesnim, a u Sloveniji je taj postotak samo 22% (N 8). Po domeni fizičkog zdravlja ispitanika iz Hrvatske i Slovenije nije pronađena statistički značajna razlika i rezultati (Tablica 1). Na pitanje o psihičkom zdravlju između ispitanika iz Hrvatske i ispitanika iz Slovenije pronađena je statistički značajna razlika, a dobiveni odgovori su pokazali da je psihičko zdravlje ispitanika iz Slovenije je bolje od ispitanika iz Hrvatske. Kako je procjena psihičkog zdravlja subjektivan doživljaj trebalo bi istražiti koji to faktori utječu na nezadovoljstvo kod ispitanika iz Hrvatske. Statistički značajne razlike pronađene su i u varijablama Društvene interakcije i Okoline, odnosno u obje skupine odgovori ispitanika iz Slovenije su bolji od onih iz Hrvatske. Da li se radi o stavu ispitanika ili postoje drugi razlozi zašto su dobiveni navedeni odgovori, trebalo bi provesti opsežnije istraživanje. Amputacija donjih ekstremiteta može kod osobe izazvati niz emocija i stanja. Javljaju se osjećaji poput ljutnje, žalosti, čežnje, anksioznosti i depresije (31). Ovi osjećaji

nisu stalni i imaju tendenciju da se pojavljuju čak i kad osoba mislili da je prevladala početnu tugu zbog gubitka ekstremiteta i prešla stanje žalovanja.

U Upitniku kognitivne emocionalne regulacije na podskalama koje su korištene, pokazalo se da ne postoji razlika u rezultatima između ispitanika iz Hrvatske i ispitanika iz Slovenije. Dok na podskalama Katastrofiziranje i Okrivljavanje drugih postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz Hrvatske i Slovenije. Katastrofiziranje je najčešća kognitivna distorzija gdje osoba situaciju procjenjuje gorom nego što jest i ne predviđa lijepu budućnost nego su joj misli najčešće „crne“ i sve to popraćeno je negativnim emocijama. Okrivljavanje može biti usmjereno prema samoj osobi gdje ona sebe doživljava kao žrtvu i često opravdava neko svoje ponašanje jer je žrtva situacije ili prema drugima osobama koje često nerealno optužuje za svoje stanje, situaciju i bolest. Teško je na temelju samo ovih odgovora izvući zaključke zašto ispitanici iz Hrvatske imaju lošije odgovore na ovim dvjema skala nasuprot ispitanika iz Slovenije. No, nemoguće je ne povući paralelu da ovi odgovori pokrepljuju prijašnje rezultate o psihičkom stanju ispitanika u kojem su ispitanici iz Hrvatske izrazili svoje nezadovoljstvo sa većom procjenom od ispitanika iz Slovenije.

U analizi hipoteza dobiveni su sljedeći rezultati. Prva hipoteza je glasila Nema razlike između dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika no rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između ispitanika mlađe i starije životne dobi odnosno kvaliteta života mlađih ispitanika je bolja. Druga hipoteza je istraživala postoji li razlika u strategijama suočavanja s invaliditetom između osoba ženskog i muškog spola. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika po strategijama suočavanja s invaliditetom između osoba ženskog i muškog spola, na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Odnosno da muškarci imaju nešto bolje strategije suočavanja s invaliditetom što je iznenađujući podatak jer obično žene veću potporu i bolje strategije suočavanja sa stresom (32). Hipoteza koja je istraživala razliku između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na zaposlenost i radnu sposobnost pokazala je da je više ispitanika zaposleno u Sloveniji nego u Hrvatskoj i radna sposobnost ispitanika, po mišljenju samih ispitanika, veća je kod ispitanika u Sloveniji nego u Hrvatskoj. No opet kod interpretacije ove hipoteze treba imati na umu da je dobna skupina ispitanika iz Hrvatske bila starija. U hipotezi da Nema razlike po pitanju povezanosti stupnja obrazovanja i ekonomskog stanja ispitanika iz Hrvatske i Slovenije dobiveni su identični podaci i hipoteza je prihvaćena. Hipoteza koja je glasila da Nema razlike između ispitanika u Sloveniji i Hrvatskoj obzirom na samoprocjenu kvalitete života je odbačena jer dobiveni rezultati su pokazali da ispitanici iz Slovenije imaju bolju kvalitetu života od onih iz Hrvatske. Kvaliteta



života je subjektivan osjećaj koji zavisi od mnogo varijabli i ovisno o životnim situacijama tako je i njena procjena jača ili slabija. U vidu dobivanja boljih i kvalitetnijih rezultata trebalo bi istu skupinu ispitanika podvrgnuti anketiranju kroz različite životne situacije. Zadnja hipoteza Nema razlike između ispitanika obzirom na različit bračni status i samoprocjene kvalitete života je odbačena jer postoji statistički značajna razlika u samoprocjeni kvalitete života ispitanika obzirom na bračno stanje na razini značajnosti  $p < 0,05$ . Postoje mnoga istraživanja o braku, a neka od njih uključuju i ranjivost-stres-adaptaciju model koja govori da bračni partneri koji međusobno dijele ranjivost, stresan događaja i zajednički se adaptiraju na njega imaju uspješniji brak i jedno u drugome kao partneri vide potporu i ključan faktor za kvalitetu života (33).

## 6. ZAKLJUČAK

Nakon analize korištenih upitnika pomoću kojih su se testirale hipoteze doneseni su sljedeći zaključci:

- Postoji razlika u kvaliteti života između ispitanika mlađe i starije životne dobi - prilagodba na invaliditet odnosno kvaliteta života mlađih ispitanika je bolja.
- Postoji razlika po strategijama suočavanja s invaliditetom između osoba ženskog i muškog spola - muškarci imaju bolje strategije suočavanja s invaliditetom.
- Može se zaključiti postoji razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju radnog statusa - više je ispitanika zaposleno u Sloveniji nego u Hrvatskoj.
- Postoji razlika između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske po pitanju radne sposobnosti za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem. Radna sposobnost ispitanika, po mišljenju samih ispitanika, veća je kod ispitanika u Sloveniji nego u Hrvatskoj
- Ne postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika iz Hrvatske i Slovenije po pitanju stečene stručne spreme
- Postoji razlika u samoprocjeni ukupne kvalitete života ispitanika iz Hrvatske i Slovenije - Ispitanici iz Slovenije procjenjuju da imaju bolju kvalitetu života od onih iz Hrvatske.
- Postoji razlika u samoprocjeni kvalitete života ispitanika obzirom na bračno stanje.

Dodatno, iz posljednje hipoteze koja glasi „Nema razlike između ispitanika obzirom na različit bračni status i samoprocjene kvalitete života“ utvrđeno je i da:

- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i samaca s napomenom da si samci daju bolje ocjene od razvedenih
- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i oženjenih s napomenom da si razvedeni daju bolje ocjene od oženjenih
- postoji statistički značajna razlika između razvedenih i udovaca s napomenom da si razvedeni daju bolje ocjene od udovaca
- postoji statistički značajna razlika između samaca i oženjenih s napomenom da si samci daju bolje ocjene od oženjenih
- postoji statistički značajna razlika između samaca i udovaca s napomenom da si samci daju bolje ocjene od udovaca.

## 7. SAŽETAK

Osobe s invaliditetom suočavaju se s nizom promjena na fizičkom, psihičkom, emotivnom, poslovnom i društvenom planu koje od njih zahtijevaju iznimne mehanizme suočavanja i prilagodbe na novonastale situacije. .

Ovo istraživanje imalo je nekoliko ciljeva, a to je bilo ispitati: odnos psihosocijalne prilagodbe na invaliditet u odnosu na dob ispitanika, provjeriti postoji li razlika u strategijama suočavanja kod osoba s invaliditetom u odnosu na spol ispitanika, ispitati postoji li utjecaj invaliditeta na radnu sposobnost u odnosu na mjesto prebivališta ispitanika, ispitati utjecaj invaliditeta na društveno-ekonomski status u odnosu na mjesto prebivališta i stupanj obrazovanja, ispitati postoji li razlika u procjeni kvalitete života kod ispitanika s amputacijama donjih ekstremiteta u Hrvatskoj i Sloveniji, ispitati, razliku u kvaliteti života kod osoba s invaliditetom koji su u bračnoj zajednici.

Rezultati istraživanja su pokazali postoji statistički značajna razlika po dobi i spolu između ispitanika. Između ispitanika iz Slovenije i Hrvatske postoji razlika između: radne sposobnosti, stečene stručne spreme i u procjeni kvalitete života.

Zaključak: može se zaključiti da postoji razlika u suočavanju, otpornosti i procjena razlike u kvaliteti života kod osoba s amputacijama donjih ekstremiteta u Republici Hrvatskoj i Republici Sloveniji.

Ključne riječi: osobe s invaliditetom, suočavanje, otpornost, kvaliteta života

## **8. ABSTRACT**

People with disabilities face a series of physical, psychological, emotional, business and social changes that require exceptional coping mechanisms and adaptation to new situations.

This research had several goals, which were to examine: the relationship of psychosocial adaptation to disability in relation to good subjects, to check whether there are differences in coping strategies in persons with disabilities in relation to the sex of the subjects, to examine whether there is an impact of disability on work ability in in relation to the sex of the respondents. in relation to the respondent's place of residence, examine the impact of disability on socio-economic status in relation to place of residence and level of education, examine whether there is a difference in the assessment of the quality of life of persons with lower limb amputations in Croatia and Slovenia, examine the difference in the quality of life of persons with disabilities in marriage union.

The research results showed a statistically significant difference in age and gender between the respondents. Between respondents from Slovenia and Croatia there is a difference between: work ability, level of professional education and in the assessment of quality of life.

Conclusion: it can be concluded that there is a difference in coping, resilience and assessment of differences in the quality of life of persons with lower limb amputations in the Republic of Croatia and the Republic of Slovenia

Key words: people with disabilities, coping, resilience, quality of life

## 9. LITERATURA

1. Rodríguez C, Sánchez C, Fernández E, Vázquez I, Martínez R, Fernández I. Repercussion of anxiety and depression in the physical condition and functionality of oncological patients during chemotherapy treatment. *Psicothema*. 2011;23:374–38.
2. Silva S, Crespo C, Canavarro M. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Heal*. 2012;27:1323–1341.
3. Campos M, Iraurgi I, Páez D, Velasco C. Coping and emotional regulation of stressful events. A meta-analysis of 13 studies. *Bol Psicol*. 2004;82:25–44.
4. Fernández-Feito A, Lana A, Baldonado-Cernuda, RMosteiro-Díaz M. A brief nursing intervention reduces anxiety before breast cancer screening mammography. *Psicothema*. 2015;27:128–133.
5. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:267–283.
6. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Berlin: Germany: Springer; 1984.
7. Roesch S, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C i sur. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2005;28:281–293.
8. Secinti E, Tometich D, Johns S, Mosher C. The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2019;71:27–38.
9. Kvillemo P, Bränström R. Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLoS One*. 2011;9:11.
10. Oliveros-Áriza E, Barrera M, Martínez S, Pinto T. Coping with the diagnosis of cancer. *Rev Psicol GEPU*. 2010;1:19–29.
11. Wiczorek B, Ascenzi J, Kim Y, Lenker H, Potter C, Shata NJ, et al. PICU Up! *Pediatr Crit Care Med*. 2016 Dec;17(12):e559–66.
12. Saita E, Acquati C, Kayser K. Coping with early stage breast cancer: examining the influence of personality traits and interpersonal closeness. *Front Psychol*. 2015;6:88–96.

13. Nipp R, El-Jawahri A, Fishbein J, Eusebio J, Stagl J, Gallagher E i sur. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016;122:2110–2116.
14. Aarts J, Deckx L, van Abbema D, Tjan-Heijnen V, van den Akker M, Buntinx F. The relation between depression, coping and health locus of control: differences between older and younger patients, with and without cancer. *Psychooncology*. 2015;24:950–957.
15. Lai H, Hung C, Chen C, Shih M, Huang C. Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *Eur J Cancer Care*. 2020;13161.
16. Becoña E. Resilience: definition, characteristics and usefulness of the concept. *Rev Psicopatol Psicol Clínica*. 2006;11:125–146.
17. Masten A. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56:227–238.
18. Min J, Yoon S, Lee C, Chae J, Lee C, Song K i sur. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21:2469–2476.
19. Ye Z, Qiu H, Li P, Liang M, Zhu Y, Zeng Z i sur. Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psychooncology*. 2017;26:829–835.
20. Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti - Zakon.hr [Internet]. [cited 2019 Sep 19]. Available from: <https://www.zakon.hr/z/1067/Zakon-o-zaštiti-pučanstva-od-zaraznih-bolesti>
21. Ljubičić M. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2014.
22. World Report on Disability 2011 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
23. Holland A, Soundappan S. Trauma hazards in children: An update for the busy clinician. *J Paediatr Child Heal*. 2017;53(11):1096–100.

24. Breslin S. Quality of life: How is it measured and defined? *Urol nternationalis*. 1991;46:246-251.
25. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
26. Family Resilience Assessment Scale (FRAS) [Internet]. Available from: <https://scales.arabpsychology.com/s/family-resilience-assessment-scale-fras/>
27. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) [Internet]. Available from: <https://www.universiteitleiden.nl/en/research/research-projects/social-and-behavioural-sciences/cognitive-emotion-regulation-questionnaire-cerq>
28. Social Science Statistics [Internet]. Available from: <https://www.universiteitleiden.nl/en/research/research-projects/social-and-behavioural-sciences/cognitive-emotion-regulation-questionnaire-cerq>
29. Gudelj-Velaga I. Psihosocijalna prilagodba bolesnika poslije amputacije donjeg ekstremiteta. *Javno Zdr* [Internet]. 2018;23:36–45. Available from: [file:///C:/Users/Korisnik/AppData/Local/Temp/9\\_clanak.pdf](file:///C:/Users/Korisnik/AppData/Local/Temp/9_clanak.pdf)
30. Vuletić G, Šincek D, Kraljik N, Vuger-Kovačić D. Hrvatske regionalne razlike u kvaliteti života i zdravlju u odnosu na samoprocjenjeni ekonomski status. *Studio HS internet d.o.o.*; 2012 p. 72–6.
31. Kovač I, Mužić V, Abramović M, Vuletić Z, Vukić T, Ištvanović N, et al. Rehabilitacija osoba s amputacijom donjih udova -smjernice za klinički rad u Hrvatskoj. *Fiz i Rehabil Med*. 2015;27(3–4):183–211.
32. Harkness AMB, Long BC, Bermbach N, Patterson K, Jordan S, Kahn H. Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work Stress*. 2005;19(2):121–36.
33. Glenn ND. Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review. *J Marriage Fam*. 1990;52:818–31.

## 10. PRILOZI

### 10.1. Popis grafikona

Grafikon 1. Prikaz ispitanika po dobi .....	15
Grafikon 2. Prikaz ispitanika po spolu .....	16
Grafikon 3. Bračni status ispitanika.....	17
Grafikon 4. Stručna sprema ispitanika.....	18
Grafikon 5. Radni status ispitanika.....	19
Grafikon 6. Broj ispitanika s protezom.....	20
Grafikon 7. Smatraju li se ispitanici radno sposobni za obavljanje zanimanja koja su stekli svojim obrazovanjem.....	21
Grafikon 8. Je li invalidnost utjecala na materijalnu situaciju ispitanika? .....	22
Grafikon 9. Jeste li sada bolesni? .....	23

### 10.2. Popis tablica

Tablica 1. Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Fizičko zdravlje .....	24
Tablica 2. Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Psihološko zdravlje.....	25
Tablica 3. Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Društvena interakcija.....	26
Tablica 4. Prikaz zdravstvenog stanja ispitanika – Okolina.....	27
Tablica 5. Prikaz procjene otpornosti obitelji.....	28
Tablica 6. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Samookrivljavanje</i> .....	29
Tablica 7. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Prihvatanje</i> .....	30
Tablica 8. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Ruminacija</i> .....	31
Tablica 9. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Pozitivno refokusiranje</i> .....	32
Tablica 10. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Planiranje</i> .....	33
Tablica 11. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Pozitivna reprocjena</i> .....	34
Tablica 12. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Stavljanje u perspektivu</i> ...	35
Tablica 13. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Katastrofiziranje</i> .....	36
Tablica 14. Prikaz kognitivne emocionalne regulacije – podskala <i>Okrivljavanje drugih</i> .....	37
Tablica 15. Prikaz frekvencija dobi i samoprocjene kvalitete života ispitanika.....	38
Tablica 16. Prikaz strategijama suočavanja s invaliditetom muških i ženskih ispitanika.....	40
Tablica 17. Prikaz samoprocjene kvalitete života ispitanika iz Hrvatske i iz Slovenije.....	42
Tablica 18. Prikaz samoprocjene kvalitete života ispitanika po pitanju bračne zajednice .....	43



## 11. ŽIVOTOPIS

### Osobni podaci:

Sladana Buršić

Liganj 33 E

51415 Lovran

tel. 051/291904 mob. 091/2919040

e mail: [sladana.bursic@yahoo.com](mailto:sladana.bursic@yahoo.com)

Datum rođenja: 12.02.1979.

Mjesto rođenja: Sisak

### OBRAZOVANJE

- 2018/9-2022. Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Rijeci, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu
- 2014/15 —2017. Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Rijeci, smjer Preddiplomski stručni studij Sestrinstva,
- 02. veljače 2001. položen stručni ispit,
- 1993/94 - 1997 Medicinska škola u Rijeci,
- 1985/86-1993 Osnovna škola Viktora Cara Emina, Lovran.

### RADNO ISKUSTVO

- Od 2019. – Klinika za ortopediju Lovran
- 11.01.2019. do 21.4.2019.- Poliklinika za hemodijalizu Interdial
- 1998. do 2019. — Klinika za ortopediju Lovran u jedinici intenzivne njege.

### SPOSOBNOSTI I VJEŠTINE

- znanje engleskog i talijanskog jezika,
- posjedovanje vozačke dozvole B kategorije
- Predstavnica Sveučilišnog Diplomskog studija Menadžment u sestrinstvu, Zaštita i promocija mentalnog zdravlja i Kliničkog nutricionizma u Studenskom zboru Fakulteta zdravstvenih studija.