

Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom

ZDRAVKA LEUTAR*
ANA ŠTAMBUK
SILVIJA RUSAC

Studijski centar socijalnog rada
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, Hrvatska

Izvorni znanstveni rad
UDK:364.014-053.9-056.26
Primljeno: veljača 2007.

U radu je prikazano istraživanje čiji su ciljevi bili ispitati neke aspekte kvalitete života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom te povezanost sa socijalnom politikom. Aspekti kvalitete života odnosili su se na: socioekonomska obilježja, snalaženje u svakodnevnom životu i mobilnost, formalne i neformalne oblike socijalne podrške te subjektivne izvore snage. Željelo se utvrditi razlikuju li se navedeni aspekti kvalitete života starije s obzirom na mlađu dobnu skupinu osoba s tjelesnim invaliditetom. Uzorak se sastojao od 480 osoba s invaliditetom, a starijih od 65 godina u promatranom je uzorku bilo 105. Istraživanje je proveo Hrvatski savez udruga tjelesnih invalida u ožujku 2003. godine. Podaci su prikupljeni u cijeloj Hrvatskoj putem polustrukturiranog upitnika. Rezultati su pokazali da starije osobe s invaliditetom imaju povoljniju stambenu situaciju i donekle prilagođen stan vlastitim potrebama. Materijalna situacija im je loša, upućeni su na ortopedsku pomagala, okolina im je nepristupačna, prava koriste rijetko jer nisu dovoljno informirani i informacije najčešće primaju putem medija. Njihova socijalna mreža je mala, najviše usmjerena na djecu i supružnika. Izvori formalne podrške (stručnjaci iz centra za socijalnu skrb, predstavnici vlasti i političari) su nezadovoljavajući. Uglavnom je procjena njihove kvalitete života lošija od osoba s invaliditetom mlađe dobi.

*Ovakvi rezultati upućuju na potrebu bolje skrbi i podrške od strane zajednice prema osobama s **tjelesnim** invaliditetom te važnost socijalnog uključivanja kako bi se poboljšala kvaliteta njihova života.*

Ključne riječi: socijalna politika, kvaliteta života, starije osobe s tjelesnim invaliditetom, socioekonomski status, podrška.

UVOD

Veza između socijalne politike, razvoja usluga i kvalitete života nije jednostavna i tu igra ulogu više činitelja. Život osoba s

invaliditetom često je reguliran zakonskim mjerama i politikama koje nisu posebno okrenute njihovim potrebama. Osobe s invaliditetom nisu homogena grupa te postoje velike razlike s obzirom na dob, sposobno-

* Zdravka Leutar, Pravni fakultet/Faculty of Law, Nazorova 51, 10000 Zagreb, Hrvatska/Croatia, zleutar@inet.hr

sti, socijalne i obiteljske okolnosti te u nizu drugih činitelja. Postoji više pristupa za procjenu kvalitete života zato što se javljaju različita mišljenja treba li provoditi subjektivne ili objektivne mjere, ili pak kombinirati jedno i drugo (Sutton i Gormley, 1999.). Sljedeći činitelj koji bi mogao utjecati na vezu između razvoja politike prema osobama s invaliditetom i kvalitete života jest to u kolikom razmjeru su za to dostupna sredstva. Razvoj politike uključuje i raspodjelu dostupnih resursa za »predviđeno dobro« društva. Tamo gdje postoje potraživanja resursa potrebe osoba s invaliditetom možda nisu gledane kao prioritet. Manjak resursa može rezultirati time da je razvoj politike »zamjena poželjnog dostupnim« (Drake, 1999.). Čak i u zemljama gdje su mjere socijalne politike razvijene, možda nisu potpuno provedene zbog manjka resursa, a gdje su usluge razvijene, njihova kvaliteta može biti pod utjecajem neodgovarajućih i nedovoljnih sredstava. Stoga, može se činiti da politika nudi mogućnost poboljšanja kvalitete života, ali se to ne uspijeva realizirati zbog teškoća u provedbi. Brown (2000.) naglašava probleme između osnovnih vrijednosti koje zagovaraju promociju kvalitete života i politike ekonomskog racionalizma s kojim se susreću mnoge vlade. Stoga predlaže da vlade koriste jezik kvalitete života dok razvijaju politiku koja se bazira na potrebama tržišta i mogućnosti plaćanja. Razvoj socijalne politike u odnosu na osobe s invaliditetom može davati privid promociji izbora i povećanja kvalitete života dok u stvarnosti ekonomska ograničenja rezultiraju povećanjem nesigurnosti i nemira. Uzevši u obzir kompleksnu vezu između socijalne politike i kvalitete života u kojoj žive osobe s invaliditetom, javlja se pitanje bi li mjerenje kvalitete života trebalo uopće biti povezano sa socijalnom politikom (Raphael, 1996.). Naime, glavni ciljevi socijalne politike u RH jesu postizanje jedinstvenog i pravičnog pristupa osnovnim socijalnim uslugama, promi-

canje sustava socijalne zaštite, podizanje obrazovne razine radne snage, postizanje visoke stope zaposlenosti uz posebnu brigu za skupine koje su diskriminirane na tržištu rada, omogućavanje postizanja sigurnih i održivih prihoda, kao i dostojnih uvjeta rada za žene i muškarce, s krajnjim učinkom potpunog socijalnog uključivanja. Stoga, socijalna politika je razvijena da bi se poboljšala kvaliteta života te je mjerenje kvalitete života često korišteno u pružanju usluga za osobe s invaliditetom tijekom posljednjeg desetljeća. Čini se, dakle, da je za procjenu utjecaja socijalne politike, ipak potrebno razmatranje kvalitete života.

Pregled literature o pojmu kvalitete života pokazuje da se radi o konceptu bez čvrstog teorijsko konceptualnog okvira budući da postoje neujednačene definicije unutar različitih disciplina. Nekoliko područja znanosti bavi se konceptom kvalitete života: medicina, ekonomija i druge društvene znanosti, s time da svaka disciplina posebno potiče razvoj različitih perspektiva o tome kako bi kvaliteta života trebala biti konceptualizirana i mjerena (Cummins i sur., 2004.; Michalos, 2004., prema Cummins, 2005.).

Svjetska zdravstvena organizacija je 1993. godine definirala 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 (Hughes i sur. 1995., prema Bratković, 2002.). Preduvjeti za ovaj proces su puno i aktivno sudjelovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena u okviru fizičkoga i društvenog okruženja. Kvaliteta života više nije samo rezultat medicinske rehabilitacije, liječenja i skrbi, nego se odnosi na korištenje čovjekovih sposobnosti u skladu s njegovim željama i potrebama, u društvu koje se mijenja i čiji su zahtjevi promjenjivi.

Mesec (2000.) smatra da se kvaliteta života osigurava, prije svega, sustavima

mirovinsko-invalidskog i zdravstvenog osiguranja te mjerama socijalne zaštite pod pretpostavkom gospodarske uspješnosti države kao cjeline. Ostvarivanje ljudskih prava u starosti znači, prije svega, skrb za kvalitetu života starih i sprečavanje diskriminacije na osnovi starosti i invaliditeta. Američki psiholog Lawton razvio je koncept pod nazivom »dobar život za starije ljude«, a koji je kasnije izmijenjen u »kvalitetu života« (Lawton i sur., 1995.; Jaracz i sur., 2004.; Sarvimaki i Stenbock-Hult, 2000.). Obuhvaća četiri glavna područja: komponentu ponašanja (zdravlje, funkcionalna sposobnost, spoznajnu sposobnost, korištenje vremena i društveno ponašanje); psihičko zadovoljstvo (mentalno zdravlje, kognitivna procjena općeg životnog zadovoljstva, pozitivne i negativne emocije i iskustva općoj životnoj situaciji); percipiranu kvalitetu življenja (npr. zadovoljstvo s kućanstvom, susjedstvo, osobna sigurnost) i objektivnu okolinu (fizička okolina, uvjeti življenja, ekonomska situacija).

Higgs i sur. (2003.) naglašavaju kontrolu, autonomiju, zadovoljstvo i samostvarenje kao četiri glavna područja **kvalitete života**, dok Shalock (1996., prema Lefort i Fraser, 2002.) smatra da definiranje i konceptualizacija kvalitete života zahtijeva složen proces koji treba promatrati kao organizirani koncept, a ne kao entitet jer se radi o upravljanim akcijama prema poboljšanju životnih uvjeta svih ljudi. Nekoliko autora smatra da je problem u procjeni subjektivnih indikatora kvalitete života, a time ujedno i u definiciji, te se zato ne može govoriti o konceptu kvalitete života (Hatton, 1998.; Wolfensberger, 1994., prema Lefort i Fraser, 2002.).

Nadalje, Lawton i sur. (1995.) ističu važnost objektivnog i subjektivnog aspekta konstrukta kvaliteta života, a Petrak i sur. (2006.) navode da je za procjenu kvalitete življenja bitno znati i koja je subjektivna važnost tih potreba za pojedinca te opseg u kojemu osoba smatra da su te potrebe za-

dovoljene. Cummins (2005.) smatra da je koncept kvalitete života multidimenzionalan te da ovisi o osobnim i okolinskim činiteljima i njihovoj interakciji; da se radi o konceptu koji ima jednake komponente za sve ljude; da sadrži subjektivnu i objektivnu komponentu te da se kvaliteta života povećava samoodređenjem, izvorima, svrhom života i osjećajem pripadanja.

Kvaliteta života, odnosno življenja, može biti različita za svaku osobu, no ipak postoje činitelji oko kojih se većina autora slaže, a koji su potrebni radi procjene i vrednovanja. 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 (Gilleard, 1999., prema Petrak i sur., 2006.). Važno je naglasiti da osobe koje žive u različitim kulturama i pripadaju različitim generacijama imaju različito poimanje kvalitete života, stoga treba osobu promatrati u socijalnom kontekstu naglašavajući važnost psihosocijalne perspektive. Takav pristup podrazumijeva cjelovitost i međuovisnost psihološkog i socijalnog aspekta. Baron (2002., prema Ajduković, 2005./06.) navodi da riječ psihosocijalno naglašava dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja, pri čemu svaki od njih kontinuirano utječe na onaj drugi. Nadalje, naglašava da je svaka osoba integracija psiholoških komponenti (um, misli, osjećaji i ponašanje) i socijalnog svijeta koji stvara kontekst razvoja pojedinca kroz neposredno socijalno okruženje, kulturu, ekonomiju, tradiciju, duhovnost, interpersonalne odnose u zajednici i s prijateljima, životne zadaće. Osobna obilježja kao što su spol, dob i socijalni status snažne su posredujuće varijable koje djeluju ne samo na uvjete življenja ljudi, već i na njihova očekivanja i vrijednosti, tj. na njihovo subjektivno viđenje onoga što čini dobru ili lošu kvalitetu življenja (Hughes, 1993., prema Petrak i sur. 2006.).

Postoji niz istraživanja koja se bave aspektima koncepta kvalitete življenja. Leutar (2001.) je ispitivala kvalitetu života osoba s invaliditetom i starijih osoba s obzirom na materijalne i stambene prilike, zdravstvene prilike i prilagodbu na domske uvjete, te s obzirom na obiteljske i međuljudske odnose. Rezultati su pokazali da su starije osobe s invaliditetom zadovoljnije kvalitetom svoga života u domskim uvjetima od mlađih osoba s invaliditetom.

Hellstrom i sur. (2004.) ispitivali su kvalitetu života kod osoba starijih od 75 godina koje žive u kućanstvima. Nesposobnost življenja u kućanstvu bez tuđe pomoći, život u samačkom domaćinstvu i iscrpljenost povezani su sa smanjenom kvalitetom života kod starijih koji primaju pomoć, dok se kod starijih koji ne primaju pomoć češće javljaju problemi sa spavanjem i sniženo raspoloženje. Jaracz i sur. (2004.) proveli su istraživanje u kojem su ispitivali razlike u kvaliteti života starijih osoba s invaliditetom u Švedskoj i Poljskoj. Rezultati su pokazali da u Poljskoj stariji s invaliditetom pokazuju niže rezultate u većini područja budući da stariji s invaliditetom u Švedskoj imaju bolju percepciju zdravstvenog stanja i daju veću važnost obiteljskim i prijateljskim interakcijama.

Neki autori smatraju da spol, samostalno življenje, poteškoće u korištenju javnog prijevoza i lošije percipirano zdravstveno stanje mogu indicirati potrebe za tuđom pomoći u svakodnevnom životu (Thorslund i sur., 1991.; Ranhoff i Laake, 1995.; Herlitz, 1997.; Stoddart i sur., 2002.; prema Hellstrom i sur., 2004.), a što doprinosi kvaliteti življenja. O'Grady i sur. (2004., prema Leutar, 2006.) smatra da su osobe s invaliditetom u Engleskoj i Walesu više socijalno izolirane od drugih građana. Ustanovljeno je da su kronično bolesne i osobe s invaliditetom uglavnom osobe starije dobi vlasnici stambenog objekta ili žive u iznajmljenom državnom

stanu. Također, kronično bolesni i osobe s invaliditetom imaju niže obrazovanje. Tek trećina ispitanika ima visokoškolsko obrazovanje. Više od jedne polovine kronično bolesnih i osoba s invaliditetom primaju najmanje jednu vrstu novčane pomoći, što najčešće ostvaruju kroz socijalnu pomoć ili neku od drugih novčanih davanja.

CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Navedena nas istraživanja upućuju na nepovoljne uvjete života osoba s invaliditetom općenito, a na osobit način osoba s invaliditetom starije životne dobi. Stoga ćemo se usmjeriti na istraživanje »Kvaliteta života obitelji osoba s invaliditetom« u Hrvatskoj te izdvojiti podatke koji se odnose na osobe s tjelesnim invaliditetom starije od 65 godina.

Za potrebe ovog rada, pojam kvaliteta života uključuje:

- socioekonomski status ispitanika
- obilježja svakodnevnog života i prilagođenost okoline na život s **tjelesnim** invaliditetom
- emocionalno stanje ispitanika
- socijalnu podršku promatranu kroz formalne i neformalne oblike.

Na temelju ranijih teoretskih spoznaja o kvaliteti života starijih osoba s invaliditetom opći cilj istraživanja bio je dobiti uvid u neke aspekte kvalitete života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. U tom kontekstu željelo se istražiti nekoliko problema:

- analizirati socioekonomska obilježja ispitanika, obilježja svakodnevnog života te prilagođenost stana i okoline na život s invaliditetom
- ispitati podršku promatranu kroz formalne i neformalne izvore
- utvrditi kako stariji s invaliditetom procjenjuju svoje emocionalno stanje i izvore snage u nošenju s problemima.

HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Postavljene su sljedeće hipoteze istraživanja:

H1 – postoje značajne razlike u socioekonomskim obilježjima, obilježjima svakodnevnog života i prilagođenosti stana i okoline starijih i mlađih osoba s invaliditetom

H2 – postoje značajne razlike u primanju formalnih i neformalnih izvora podrške s obzirom na starije i mlađe osobe s invaliditetom

H3 – postoje značajne razlike u procjeni emocionalnog stanja i izvora snage u nošenju s problemima u starijih i mlađih osoba s invaliditetom.

METODA

Sudionici

Sudionici u istraživanju bili su članovi obitelji osoba s invaliditetom (otac, majka, suprug, brat, sestra) i same osobe s invaliditetom koje su se odazvale pozivu medija ili mjesnih udruga. Po svojoj prirodi uzorak je prigodan.

Za potrebe ovoga rada, izdvojili smo samo osobe s invaliditetom; uzorak je sačinjavalo 468 ispitanika, tj. osoba s tjelesnim invaliditetom (osobe s motoričkim oštećenjima ili motoričkim oštećenjima s nekim senzornim oštećenjima kao što su oštećenja vida i sluha ili samo osobe oštećena vida ili sluha). Uspoređivali smo skupinu ispitanika stariju od 65 godina s drugom skupinom ispitanika koja je u dobi od 18 do 64 godine. Poseban naglasak u analizi rezultata stavili smo na osobe s invaliditetom starije od 65 godina kojih je bilo 105 u spomenutom uzorku, od toga 52 žene i 53 muškarca. Dob ispitanika je od 65 godina do 83 godine. Srednju je školu završilo 45,5%, a njih 38% osnovnu ili nekoliko razreda osnovne škole. Trajanje invaliditeta je različito. Kod nekih je invaliditet uslijedio u kasnijoj dobi kao posljedica bolesti ili

starosti (80%), dok su drugi rođeni s nekim oštećenjem (20%). U istraživanju su sudjele osobe s invaliditetom među kojima je najveći postotak, preko 82% slučajeva, s motoričkim oštećenjima i u kombinaciji s još drugim tjelesnim oštećenjima, s oštećenjima vida i sluha bilo je 18% osoba s invaliditetom. Teški ili teži stupanj invaliditeta ima 87% ispitanika, umjereni stupanj oštećenja 8,2% ispitanika, a tek 4% ima lakši stupanj oštećenja. U ispitanoj uzorku starijih osoba s invaliditetom, 52,4% ispitanika je oženjeno/udano, dok je 7,8% neudano/neoženjeno, 2% razvedeno te 35,9% ispitanika je udovac/udovica. Uočljiv je veliki broj udovica/udovaca, što ne iznenađuje budući da je riječ o trećoj životnoj dobi. Ispitanici u 66,7% slučajeva žive s članovima vlastite obitelji, 12% u domovima umirovljenika, 20% žive sami, najčešće u vlastitoj kući. S obzirom na mjesto prebivanja, u gradu iznad 100 000 stanovnika živi 12,6% ispitanika, a 20,37% živi u mjestu do 1 000 stanovnika. Najveći postotak ispitanika, njih 49,5%, živi u gradu između 10 000 i 100 000 stanovnika. Ostalih 17% stanovnici su manjih gradova i općinskih središta.

Varijable i instrumenti

Ispitivanje je provedeno polustrukturiranim anketnim upitnikom konstruiranim za gore navedeno istraživanje. Sadržavao je varijable vezane uz različita životna područja.

1. Socioekonomski status

Socioekonomski status je višedimenzionalan i sastoji se od varijabli koje su se odnosile na izvore prihoda ispitanika (osobna invalidnina, obiteljska mirovina, invalidska mirovina, socijalna pomoć, vlastita zarada, nešto drugo) i na samoprocjenu materijalnih prilika (1 – jako dobre; 2 – dobre; 3 – osrednje; 4 – loše; 5 – jako loše).

2. Formalna i neformalna podrška

Varijable koje su se odnosile na izvore formalne (npr. stručnjaci centra za socijalnu skrb, predstavnici vlasti u županiji, političari) i neformalne (npr. supruga/e, roditelja, djece) podrške konstruirane su u obliku skala od pet stupnjeva (1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek) pri čemu su ispitanici procjenjivali visinu (**čestinu**) primljene formalne i neformalne podrške odnosno izvore snage u nošenju s problemima.

3. Izvori snage u nošenju s problemima

Nošenje s problemima je također višedimenzionalna pojava i sastoji se od sedam izvora: vjera u sebe, vjera u Boga, molitva, povjeravanje prijateljima, povjeravanje supružniku, povjeravanje roditeljima, bijeg od svoje stvarnosti. Na svako od pitanja u upitniku ispitanici su se mogli poslužiti opisnim odgovorima što je u radu korišteno kao dodatni izvor informacija.

4. Emocionalno stanje

Mjereno je pomoću skale konstruirane za potrebe ovog istraživanja. Ispitanici su na skali od pet stupnjeva (1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek) procjenjivali koliko često se osjećaju napetima, zabrinutima, nervoznima, ljutima, nesretnima, emocionalno istrošenima, nesigurnima u sebe, sretnima, zadovoljnima.

Prikupljanje podataka

Istraživanje »Kvaliteta života obitelji osoba s invaliditetom« proveo je Hrvatski savez udruga tjelesnih invalida 2003. godine. Ispitanici su bili netko od članova obitelji ili same osobe s invaliditetom koje su se odazvale na poziv medija ili lokalnih udruga na unaprijed predviđeno mjesto i vrijeme za druženje i predavanje. Istraživači su bili studenti zadnjeg semestra Studijskog centra socijalnog rada koji

su prošli odgovarajuću pripremu vezanu uz istraživanje. U istraživanje su bile uključene sve županije u Hrvatskoj, a bilo je locirano u županijskim središtima, tj. na 21 mjestu u Hrvatskoj. Sudionici su imali predavanje i ispunjavanje anketnih upitnika, a poslije su ostali u neformalnom razgovoru i druženju. Upitnik su ispunjavali samostalno, a za sve nejasnoće ili pomoć zbog otežane motorike dobivali su od pripremljenih studenata anketara.

Metode za obradu podataka

Podaci dobiveni putem instrumentarija su obrađeni korištenjem SPSS/PC programskog paketa. Za prikazivanje podataka i rezultata korištene su mjere deskriptivne statistike (raspodjela frekvencija, srednja vrijednost, standardna devijacija). Razlike su se testirale korištenjem Hi-kvadrat testa i t-testa (za kategorijalne varijable) i analizom varijance za testiranje razlika između više subuzoraka (za kontinuirane varijable).

REZULTATI I RASPRAVA

Socioekonomski status ispitanika

Već smo u opisu uzorka spomenuli neke od socioekonomskih pokazatelja starijih osoba s invaliditetom i istakli da se uglavnom ne razlikuju od ostalih dobnih skupina osoba s invaliditetom kad je u pitanju obrazovanje, stupanj invaliditeta i vrsta invaliditeta. Istaknute su razlike u pitanjima bračnog statusa ($\chi^2=96,003$; $df=3$; $p<0,00$), gdje prevladava puno veći broj starijih koji su udovci ili udovice u odnosu na mlađu populaciju osoba s invaliditetom koji su u najvećem postotku neudati i neoženjeni, kako pokazuju ukupni rezultati ovog istraživanja (Leutar, 2006.).

Bračni status je indikator društvene potpore koji uključuje instrumentalnu i emocionalnu podršku te je utvrđena velika korist braka za psihičko i fizičko zdra-

vlje pojedinaca, posebice kod muškaraca (Argyle, 1992; Berkman, 1983; Schone i Weinick, 1998.). Pojedinaci koji su u braku bolje se suočavaju sa stresorima kao što su bolesti i invaliditet od onih pojedinaca koji nisu u braku jer se oni mogu osloniti na pomoć svog supružnika (Thompson i Pitts, 1992.).

S druge strane, najnovija istraživanja govore da biti u braku ne jamči pozitivnu bračnu podršku. Pretpostavka da su supružnici sposobni i voljni udovoljiti raznim potrebama podrške je diskutabilna i problematična, osobito kod osoba s invaliditetom srednjih godina kod kojih je došlo do potrebe za preranom njegom supružnika (Allen, 1994.; Allen, Ciambro-ne i Welch, 2000.). Potaknuti spomenutim istraživanjima analizirali smo zadovoljstvo osoba s tjelesnim invaliditetom u našem uzorku te smo analizom varijance utvrdili da se osobe u braku statistički značajno razlikuju u odnosu na druge po pitanjima zadovoljstva životom ($f=2,785$; $df=3$; $p<0,04$). Na temelju prosječnih vrijednosti za osobe u braku ($M=3,62$, a za osobe koje nisu u braku $M=3,24$), moguće je konstatirati veće zadovoljstvo osoba u braku.

Značajan pokazatelj kvalitete života vezan je za ekonomsku situaciju ispitanika. Stoga ćemo analizirati izvore prihoda

da starijih osoba s invaliditetom (od 65 godina) i mlađih osoba s invaliditetom (do 64 godine).

Tablica 1. pokazuje da je izvor prihoda kod starijih osoba s invaliditetom kao i uopće starijih osoba u 47,6% slučajeva mirovina. Osobnu invalidninu ostvaruje 19% ispitanika, a socijalnu pomoć prima 9,5% ispitanika. Od ostalih izvora prihoda najčešće ostvaruju pravo na doplatak za pomoć i njegu na koju imaju pravo na temelju Zakona o socijalnoj skrbi (NN 103/03.), a to pravo ostvaruje oko 20,2% starijih osoba s invaliditetom. Nađene su statistički značajne razlike u izvorima prihoda što je i očekivano s obzirom na dobnu strukturu. Naravno da osobe s invaliditetom u mlađoj i srednjoj dobi imaju drugu vrstu prihoda. Za očekivati je da mlađa populacija uglavnom ima vlastitu zaradu kao izvor prihoda, u promatranom uzorku je to vrlo rijetko, tek 13,8% slučajeva. Općenito se vidi da su najveći postotak izvora prihoda osobama s invaliditetom osobna invalidnina i invalidska mirovina bez obzira na dob (Leutar, 2006.).

Zanimljivo je stoga promotriti kako osobe s invaliditetom subjektivno doživljavaju svoju materijalnu situaciju, a na osobit način kako to doživljava populacija starijih.

Tablica 1.
Izvori prihoda ispitanika

Izvori prihoda	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina		Osobe s invaliditetom do 64 godine		Ukupno	
	f	%	F	%	f	%
Obiteljska invalidnina	16	19,0	94	27,6	110	25,9
Obiteljska mirovina	22	26,2	27	7,9	49	11,6
Invalidska mirovina	18	21,4	97	28,5	115	27,1
Socijalna pomoć	8	9,5	31	9,1	39	9,2
Vlastita zarada (plaća)	3	3,6	47	13,8	50	11,8
Drugo	17	20,2	44	12,9	61	14,4
UKUPNO	84	100	340	100	424	100

$\chi^2=31,09$; $df=5$; $p < 0,000$

Tablica 2.
Samoprocjena materijalnih prilika ispitanika

Samoprocjena materijalnih prilika	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina		Osobe s invaliditetom do 64 godine		Ukupno	
	f	%	F	%	f	%
Jako dobre	1	1,2	4	1,1	5	1,2
Dobre	5	6,2	29	8,3	34	7,9
Osrednje	38	46,9	171	49	209	48,6
Loše	22	27,2	90	25,8	112	26,0
Vrlo loše	15	18,5	55	15,8	70	16,3
UKUPNO	81	100	349	100	430	100

$\chi^2=0,798$; $df=4$; $p < 0,939$

Iz tablice 2. vidljivo je da starije osobe s invaliditetom svoje materijalne prilike u 47% slučajeva smatraju osrednjima, a isti toliki postotak smatra da su im materijalne prilike loše. Dobre materijalne prilike procjenjuje svega 7% ispitanika. Mlađe osobe s invaliditetom procjenjuju nešto bolji materijalne prilike, ali statistički nema značajnih razlika. Ovi podaci upućuju općenito na lošije materijalne prilike osoba s invaliditetom. Janeš-Pasarić (2005.) ističe simboličku financijsku potporu koja je u velikom nesrazmjeru sa specifičnim potrebama osoba s invaliditetom. Navode se i velike razlike u primanjima, npr. u doplatku za pomoć i njegu. Osobe s invaliditetom koriste ga u različitim iznosima ovisno po kojoj su osnovi to pravo ostvarili. Slično istraživanje koje je upravo ispitivalo kvalitetu života starijih i osoba s invaliditetom proveli su Centar za gerontologiju s Brown Universityja i Odjel za sociologiju, na području grada srednje veličine u zapadnom Massachusettsu (Allen, Ciambrone i Welch, 2000.). Rezultati su pokazali da više od polovice osoba s invaliditetom ne može podmiriti osnovne životne troškove te da su mlađi ispitanici siromašniji od starijih. Druga istraživanja govore općenito o invaliditetu kao riziku za siromaštvo (O'Grady i sur. 2004.; Gordon i sur., 2001., prema Leutar, 2006.).

Također, većina ispitanika u svakodnevnom životu koristi neka od pomagala (naočale, invalidska kolica, štake, slušni aparat i dr.), a svega 10 ispitanika je odgovorilo da ne koristi pomagala.

Tablica 3.
Korištenje ortopedskih pomagala u svakodnevnom životu ispitanika

Korištenje pomagala	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina (f=105) (%)	Osobe s invaliditetom do 64 godine (f=361) (%)
Invalidska kolica	7,9*	20,5
Slušni aparat	5,6	10,5
Naočale	42,7*	22,2
Štake	47,2*	21,6
Nešto drugo	23,6	22,2
Ništa	11,2*	20,8

* statistički značajne razlike $df = 1$; $p < 0,01$

Iz tablice 3. vidljivo je da starije osobe češće koriste neku vrstu ortopedskih pomagala od mlađih ispitanika. Invalidska kolica koriste češće mlađe osobe što je i razumljivo budući da se radi o starijim osobama kod kojih je često invaliditet posljedica same starosti i privikavanje na invalidska kolica je vrlo teško. Također, pomagala dovode i do dodatnih izdataka. Stoga Perić (2005.) analizirajući orijentaciju i kretanje

slijepih osoba u svakodnevnom životu i pokušavajući konkretno analizirati njihove životne troškove zaključuje da je »vrlo skupo« biti slijep. Troškovi svakodnevnog života jako su veliki te bi se uz obitelj i pojedinca s 50% participacije trebala uključiti i država. Ovo istraživanje upućuje i na sve druge vrste invaliditeta gdje su potrebni dodatni troškovi po osnovi samog invaliditeta.

sama starija dob prouzrokovala invaliditet te je osoba ranije, tijekom radnog vijeka, sama stekla vlastite stambene uvjete. Veliki broj onih koji žive u vlastitoj kući moguće je protumačiti većim udjelom starijih osoba s invaliditetom koji su sudjelovali u ovom prigodnom istraživanju, a žive u manjim mjestima. Nađene su statistički značajne razlike s obzirom na mlađe osobe s invaliditetom koje imaju

Tablica 4.
Stambene prilike ispitanika

Stambene prilike	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina		Osobe s invaliditetom do 64 godine		Ukupno	
	f	%	F	%	f	%
U vlastitoj kući	44	50,0	141	39,7	185	41,8
U vlastitom stanu	27	30,7	91	25,6	118	26,6
U socijalnom stanu ili ustupljenom na korištenje	0	0	16	4,5	16	3,6
Podstanari	5	5,7	18	5,1	23	5,2
U kući ili stanu roditelja ili rodbine	4	4,5	70	19,7	74	16,7
Nešto drugo	8	9,1	19	5,4	27	6,1
UKUPNO	88	100	355	100	443	100

$\chi^2=17,81$; $df=5$; $p < 0,003$

Stambene prilike osoba s invaliditetom su procijenjene boljima od nekih drugih skupina u hrvatskom društvu kao što su primjerice samohrani roditelji ili dvoroditeljske obitelji s maloljetnom djecom (Leutar, 2006.), stoga ćemo se ovdje orijentirati na važnu odrednicu socijalne politike, a to je analiza stambene situacije starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. Rezultati u tablici 4. upućuju na povoljnu stambenu situaciju starijih osoba s invaliditetom. Čak 80% živi u vlastitoj kući ili stanu. Već smo spomenuli da je razlog tome vjerojatno što je u većini slučajeva

lošiju stambenu situaciju od starijih osoba s invaliditetom. O problematici neadekvatnog stanovanja mlađih osoba s invaliditetom u domovima umirovljenika na našim područjima iznosi Leutar (2001.). Mlađe su osobe s invaliditetom u spomenutom istraživanju bile manje zadovoljne svojim smještajem od starijih osoba, što je i potpuno razumljivo. U istraživanju je izražen problem neadekvatnog institucionalnog smještaja za same osobe s invaliditetom kada je u pitanju teži invaliditet, a kada se za osobu ne mogu brinuti članovi obitelji.

Tablica 5.
Prilagođenost stana i okoline starijim osobama s invaliditetom

	Prilagođenost stana starijim osobama s invaliditetom (65+)		Prilagođenost okoline starijim osobama s invaliditetom (65+)	
	F	%	F	%
Jako dobre	7	8,5	4	5,1
Dobre	30	36,6	16	20,5
Osrednje	30	36,6	22	28,2
Loše	10	12,2	21	26,9
Vrlo loše	5	6,1	15	19,2
UKUPNO	82	100	78	100
$\chi^2=3,33$; df= 4; p < 0,50				

Tablica 5. pokazuje da su starije osobe s invaliditetom relativno zadovoljne prilagođenošću stana svojim potrebama, dok su prilagođenošću okoline manje zadovoljne (čak 46% nije zadovoljno). Na pitanje koliko je okolina (npr. rampe za invalidska kolica, dizala u zgradi, itd.) prilagođena osobama s invaliditetom, svega 5,1% smatra da je vrlo dobro, 20,5%

smatra da je dobro, 28,2% navodi da je srednje prilagođena, 26,9% smatra da je loše i 19,2% smatra da je okolina jako loše prilagođena potrebama osobama s invaliditetom. Hi-kvadrat testom je utvrđeno da nema statistički značajnih razlika s obzirom na prilagođenost stana i okoline za starije osobe s invaliditetom kako pokazuje i tablica 5.

Tablica 6.
Rezultati t-testa o prilagođenosti okoline

Otežavanje kretanja	Dob	M	SD	T	p
Stubište	65+	4,22	1,36	1,98	0,04
	do 64	3,81	1,50		
Uski prolazi	65+	3,09	1,63	0,09	0,99
	do 64	3,09	1,62		
Povišeni pragovi	65+	3,85	1,50	1,74	0,08
	do 64	3,41	1,56		
Neprikladni sanitarni čvorovi	65+	3,00	1,62	0,12	0,93
	do 64	3,06	1,73		

Napomena: 1 – jako loše; 5 – jako dobro

Iz tablice 6. je vidljivo da je kretanje osobama s invaliditetom najviše otežano u okolini stubišta (70,5%) i povišenih pragova (52,6%). Osrednju otežanost iskazuju kod uskih prolaza i neprikladnosti prostorija.

Primjenom t-testa nađene su statistički značajne razlike kod starijih i mlađih ispitanika s obzirom na stubišta. Aritmetička sredina upućuje na puno težu situaciju kod starijih ispitanika. Kod ostalih građevinskih prepreka nema statistički značajnih razlika

kod starijih i mlađih ispitanika. Većina starijih s invaliditetom (59,6%) nikada ne koristi javni prijevoz, no budući da se radi o ispitanicima koji su većim dijelom teže i teškog stupnja invaliditeta opravdano je očekivati visoki udjel onih koji ne koriste usluge javnog prijevoza. Na pitanje kakva je dostupnost javnog prijevoza za osobe s invaliditetom ispitanici su odgovorili sljedeće: 2,4% smatra da je vrlo dobra, 7,2% da je dobra, 13,3% ispitanika navodi da je srednja, 45,8% ispitanika smatra da je loša i 31,3% smatra da je jako loša.

Pristupačnost je jedan od osnovnih problema s čime se trebaju svakodnevno nositi osobe s invaliditetom. Potrebno je buditi i senzibilizirati svijet stručne i opće populacije na postojanje i uklanjanje takvih prepreka jer je za integraciju osoba s invaliditetom u društvo neminovno njihovo uklanjanje.

Formalni i neformalni izvori podrške

Izvore formalne podrške možemo definirati kao razne oblike pomoći države u novcu ili uslugama, dok su neformalni izvori podrške (financijska, materijalna, praktična i emocionalna) zapravo pomoć primljena od članova obitelji, prijatelja, rodbine, susjeda, obitelji koji imaju člana s invaliditetom i sl. Čovjek je socijalno biće što znači da interakcija s drugim ljudima predstavlja jednu od čovjekovih potreba. Tu interakciju ostvarujemo svakodnevno s ljudima iz svoje socijalne mreže. Osobe s invaliditetom se po tom pitanju uopće ne razlikuju od ostatka populacije, samo što je njima ponekad teže uspostaviti takve odnose jer se pred njima nalaze dodatne prepreke. Osim toga, njima je potrebna i druga vrsta pomoći kao što je pomoć pri nekim aktivnostima, njega i skrb.

Tablica 7.
Vrste socijalnih naknada koje koriste osobe s invaliditetom

Vrste pomoći	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina (f=105) (%)	Osobe s invaliditetom do 64 godine (f=361) (%)
Osobna invalidnina	33,3	41,1
Jednokratna novčana pomoć	3,2*	12,0*
Doplatak za pomoć i njegu	29,2	33,8
Pomoć i njega u kući	11,9	9,5
Pomoć za uzdržavanje	1,8	7,0
Savjetodavna pomoć	1,9	6,7
Pomoć u hrani, odjeći i ogrjevu	5,0	3,9
Pravo na 4 putovanja vlakom ili brodom	3,6	13,0
Pravo na oslobađanje od plaćanja cestarine	16,9	20,8
Oslobađanje od boravišne takse na ljetovanju	7,3	11,8
Pravo na 50% pretplate na HTV	32,8*	53,8*
Pravo na 100 HT impulsa	38,3*	62,3*

* statistički značajne razlike između starijih i mlađih osoba s invaliditetom

Jednokratna novčana pomoć

$\chi^2=8,15$; $df=2$; $p < 0,01$

Pretplata na HTV

$\chi^2=8,16$; $df=2$; $p < 0,01$

Pravo na HT impulse

$\chi^2=11,78$ $df=2$; $p < 0,003$

Starije osobe s invaliditetom najčešće koriste osobnu invalidninu i doplatu za pomoć i njegu. Kad smo ranije obrađivali izvore prihoda, njih 20% su naveli to kao jedini izvor prihoda koje imaju. U 11% slučajeva koriste pravo na pomoć i njegu u kući. Sva druga prava iz Zakona o socijalnoj skrbi su neznatno zastupljena. Prava po osnovi članstva u Udruzi koja najčešće koriste su pravo na 50% pretplate na HTV i pravo na 100 HT impulsa. Ova prava koriste puno manje od mlađih osoba s invaliditetom, a kao razlog tome navode neinformiranost. Tablica 7. pokazuje statistički značajne razlike između mlađih i starijih osoba s invaliditetom s obzirom na tri vrste prava. Kao razloge nedobivanja socijalnih naknada najveći je broj ispitanika naveo da nije znao kome se obratiti za pomoć (42,6%), što potvrđuje već gore navedenu činjenicu velikog broja ispitanika koji nisu

primali pomoć niti ju primaju ili ih prima mali broj. Od ostalih razloga nedobivanja naknade, 15,7% ispitanika navelo je da nisu trebali naknadu, 15,4% su je zatražili, ali ju još nisu dobili, dok 13,3% ispitanika nije željelo naknadu. Neke druge razloge kao što su nepostojanje dovoljnog stupnja invaliditeta, nemogućnost ostvarenja prava, nedovoljno poznavanje prava, nedobivanja socijalnih naknada navelo je 13,1% ispitanika (Leutar, 2006.).

Osobe s invaliditetom još uvijek nisu dovoljno informirane o pravima i mogućnostima stjecanja pojedinih prava. Stoga je važno omogućiti pravodobno informiranje putem udruga, centra za socijalnu skrb, ali i medija kako bi se mogućost ostvarivanja prava pružila svakoj osobi s invaliditetom. Važno je i uređenje zakonske regulative koja treba točno odrediti uvjete stjecanja pojedinih prava.

Tablica 8.

Dobivanje potrebnih informacija vezanih uz prava po osnovi invaliditeta

Izvori informacija	Osobe s invaliditetom starije od 65 godina		Osobe s invaliditetom do 64 godine		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Druge obitelji s članom s invaliditetom	1	1,3	24	7,0	25	5,9
Prijatelji	10	12,8	66	19,2	76	18,0
Socijalni radnik	8	10,3	24	7,0	32	7,6
Liječnik	9	11,5	13	3,8	22	5,2
Mediji	28	35,9	88	25,6	116	27,5
Udruge	15	19,2	113	32,8	128	30,3
Drugi izvori	7	9,0	16	4,7	23	5,5
UKUPNO	78	100	344	100	422	100

$\chi^2=21,68$; $df=6$; $p < 0,001$

Tablica 8. jasno pokazuje da su starijim osobama s invaliditetom mediji najveći izvori informacija, dok su mlađi naveli udruge za osobe s invaliditetom. To su ujedno i dva glavna izvora informacija za osobe s invaliditetom. Izvori informacija upravo upućuju na postojanje različitih socijalnih mreža kod starijih i mlađih

ispitanika. Očito je socijalna mreža starijih znatno oskudnija. Mediji su glavni nosioci informacija. Prijatelji i udruge su puno manje zastupljeni nego kod mlađih ispitanika. Starije osobe s invaliditetom su nešto više upućene na liječnike i socijalne radnike kao izvore informacija od mlađih osoba s invaliditetom, ali i jedni i

drugi koriste vrlo malo te izvore informacija. Ovdje upravo pronalazimo i razlog statistički značajnim razlikama ovih dvaju skupina ispitanika koje su dobivene Hi-kvadrat testom u tablici 8.

najčešće provode slobodno vrijeme upravo sa supružnikom, naravno ukoliko su u braku. Sve ovo ukazuje na osamljenost starijih osoba s invaliditetom, a time i na oskudnost podrške koju primaju. Petrak i

Tablica 9.
Provođenje slobodnog vremena osoba s invaliditetom

	S članovima obitelji (%)		Sa suprugom (%)		S prijateljima (%)	
	65+	do 64	65+	do 64	65+	do 64
Redovito	44,3	45,1	63	55,2	11,2	15,0
Često	18,2	31,5	15,2	25,8	22,4	31,1
Povremeno	15,9	13,9	13,0	7,4	46,9	40,9
Vrlo rijetko	18,2	7,5	2,2	4,9	12,2	11,8
Nikad	3,4	2,0	6,5	6,7	7,1	1,2

Provođenje slobodnog vremena s članovima obitelji
 $\chi^2=15,20$; $df=4$; $p < 0,004$

Provođenje slobodnog vremena sa suprugom
 $\chi^2=2,81$; $df=4$; $p < 0,59$

Provođenje slobodnog vremena s prijateljima
 $\chi^2=9,38$; $df=4$; $p < 0,05$

Iz tablice 9. se vidi da starije osobe s invaliditetom svoje slobodno vrijeme najčešće provode sa supružnikom. Čak 78,2% ispitanika navodi da je to često i redovito. S članovima obitelji, 44,3% ispitanika redovito provodi slobodno vrijeme. Stariji s invaliditetom (46,9%) tek povremeno provode slobodno vrijeme s prijateljima.

Primjenom Hi-kvadrata nađene su statistički značajne razlike između starijih i mlađih osoba s invaliditetom kod provođenja slobodnog vremena s članovima obitelji i s prijateljima, budući da se mlađe osobe s invaliditetom više, odnosno češće druže i provode slobodno vrijeme s prijateljima nego starije osobe s invaliditetom. Također, mlađe osobe provode slobodno vrijeme s obitelji jer su starije osobe često samci i ne žive s članovima obitelji te se rjeđe posjećuju. Kod provođenja slobodnog vremena sa supružnikom nisu nađene statistički značajne razlike kod ispitanika s obzirom na dob jer i jedni i drugi

sur. (2006.) ispitivali su kvalitetu starenja starijih osoba u Istri te došli do sljedećih zaključaka: socijalna mreža starijih ljudi bitno je smanjena, a odnosi starijih ljudi sa susjedima uglavnom su dobri. Posljedica sužene socijalne mreže jest niža socijalna podrška koju stariji ljudi primaju, bilo da se promatra ukupna socijalna podrška, bilo po pojedinim dimenzijama, dok iskazano zadovoljstvo životom ukazuje da stariji ljudi nisu nezadovoljni, ali ni jako zadovoljni.

Rezultati istraživanja koje su proveli Newson i Schultt (1996., prema Hellstrom i sur., 2004.) su pokazali da je tjelesno oštećenje kod osoba starijih od 65 godina povezano sa siromašnim prijateljskim kontaktima, kao i da manja socijalna podrška indicira smanjeno životno zadovoljstvo, a Sarvimaki i Stenbock-Hult (2000.) navode da nemaju svi socijalni kontakti jednaku funkciju. Nadalje, Hellstrom i sur. (2004.) ističu da socijalna mreža koja uključuje više od tri različita kontakta, kao i veća starija dob determiniraju veću kvalitetu života.

Tablica 10.

Značajnost razlika između aritmetičkih sredina u pojedinim skupinama ispitanika s invaliditetom obzirom na zadovoljstvo formalnim i neformalnim izvorima podrške

Primanje podrške		N	M	SD	t-test	
					T	p
Svoga supruga/supruge	65+	42	3,93	1,38	-0,431	0,667
	do 64	147	4,03	1,40		
Svojih roditelja	65+	15	2,87	1,45	-3,743	0,000
	do 64	242	4,08	1,20		
Svojih prijatelja	65+	48	3,52	1,25	-1,771	0,078
	do 64	280	3,84	1,11		
Svoje djece	65+	53	4,17	1,13	1,044	0,298
	do 64	149	3,97	1,19		
Rodbine	65+	40	3,63	1,14	0,755	0,451
	do 64	256	3,48	1,15		
Crkve	65+	38	3,53	1,24	1,887	0,050
	do 64	193	3,07	1,37		
Udruge	65+	44	3,02	1,70	0,628	0,530
	do 64	229	2,87	1,44		
Stručnjaka iz CZSS	65+	40	2,25	1,58	-0,761	0,447
	do 64	223	2,43	1,34		
Predstavnik u županiji	65 +	41	1,83	1,35	-1,352	0,178
	do 64	231	2,12	1,23		
Predstavnik vlasti RH, političara	65+	40	1,65	1,18	-0,78	0,433
	do 64	243	1,80	1,09		

Prema tablici 10. najveće razumijevanje i podršku starije osobe s invaliditetom doživljavaju od svoje djece, zatim supružnika i rodbine. Nakon rodbine dolazi Crkva, a tek onda prijatelji. Nakon toga dolazi formalni sektor ili instrumentalna podrška od kojih su najznačajnije udruge, zatim centri za socijalnu skrb, a tek onda predstavnici vlasti u županiji i državi. Iako su prosječne vrijednosti, kad je u pitanju formalni sektor podrške, kod starijih niže od mlađih ispitanika, one nisu statistički značajne. Veće vrijednosti su izrazili samo kod razumijevanja i podrške koje starijim ispitanicima pružaju djeca, Crkva i rodbina. Ranije spomenuto istraživanje (Allen, Ciambone i Welch, 2000.) pokazuje da su mlađi ispitanici zadovoljniji primljenom podrškom i razumijevanjem od strane formalnog sektora kao što je centar za

socijalnu skrb. Pridavanje veće važnosti primanjem neformalne podrške izražavaju i dosadašnja istraživanja na različitim skupinama ispitanika (Haller, 1987.; Schulz, 1996.; Leutar, 2000.; Pečnik i Raboteg-Šarić, 2005.).

U tablici 10. su prikazane statistički značajne razlike u opažanim varijablama, odnosno izvorima podrške i razumijevanja kod mlađih i starijih osoba s invaliditetom dobivene pomoću t-testa. Dvije dobne skupine statistički se značajno razlikuju u varijablama **svojih roditelja** i **Crkve**. S obzirom da se radi o osobama starijim od 65 godina, očekivano je da mlađi s invaliditetom češće spominju roditelje kao izvor podrške i razumijevanja. Postoji statistički značajna razlika u varijabli **Crkva** budući da stariji ispitanici više navode **Crkvu** kao značajan izvor podrške (M = 3,53) u odnosu

na mlađe s invaliditetom (M= 3,07). I stariji i mlađi ispitanici iskazuju da su najviše zadovoljni podrškom i razumijevanjem koje dobivaju od supruge/a, svoje djece, rodbine i prijatelja, a najmanje su zadovoljni razumijevanjem i podrškom koju dobivaju od stručnjaka centra za socijalnu skrb, predstavnika vlasti, premda nema statistički značajnih razlika između dobnih skupina.

McCamish-Svensson i sur. (1999., prema Petrak i sur., 2006.) navode da primanje pomoći od strane socijalne skrbi stariji ljudi mogu doživjeti kao stigmatizaciju. Naime, može se pretpostaviti da najstariji stariji (dobna skupina 80 +), a to

je dio populacije koja ima najveće potrebe za socijalnom i zdravstvenom skrbi, u većoj mjeri doživljavaju primanje različitih oblika pomoći s degradirajućim konotacijama, nego mlađi stariji (dobna skupina 65 – 75).

Samoprocjena emocionalnog stanja i subjektivnih izvora snage

Mjerenjem kvalitete življenja trebalo bi utvrditi pojedinačne potrebe osobe, što se obično čini i utvrđivanjem emocionalnog stanja (Gilleard, 1999., prema Petrak i sur., 2006.).

Tablica 11.
Samoprocjena emocionalnog stanja ispitanika

Emocije	N	M	SD	t-test		
				t	p	
Napetost	65+	66	3,65	1,102	3,084	0,002
	do 64*	310	3,22	1,028		
Zabrinutost	65+	65	3,83	1,054	3,369	0,001
	do 64	311	3,33	1,094		
Nervoza	65+	62	3,47	1,127	2,285	0,023
	do 64	298	3,13	1,041		
Ljutnja	65+	61	2,90	1,338	0,938	0,349
	do 64	295	2,76	0,985		
Nesretnost	65+	66	3,32	1,361	2,624	0,009
	do 64	295	2,88	1,178		
Istrošenost	65+	61	3,41	1,309	3,587	0,00
	do 64	292	2,78	1,232		
Nesigurnost	65+	60	3,00	1,438	2,587	0,010
	do 64	295	2,56	1,150		
Sreća	65+	58	3,24	1,144	-1,180	0,239
	do 64	299	3,42	1,047		
Zadovoljstvo	65 +	61	3,44	1,245	-0,141	0,901
	do 64	304	3,46	1,030		

Napomena: 1 – vrlo često; 5 – vrlo rijetko

Utjecaj godina, odnosno životnih razdoblja na raspoloženje osobe je važno zato što svako razdoblje ima određene prednosti, nedostatke i zadatke. Nastanak invaliditeta sam po sebi predstavlja veliki stresor i nije mu se lako prilagoditi pa je

za osobe kod kojih se invaliditet javi kasnije, javlja još veći problem zbog procesa prilagodbe.

Iz tablice 11. su uočljive statistički značajne razlike s obzirom na dvije promatrane dobne skupine. Starije osobe s

invaliditetom jače su zaokupljene negativnim emocijama od mlađih budući da se često osjećaju zabrinutima, napetima, istrošenima, nesigurnima, itd. Nema statistički značajnih razlika između starijih i mlađih osoba s invaliditetom u samoprocjeni osjećaja kao što su zadovoljstvo, sreća. Zanimljivo istraživanje su proveli Allen, Ciambone i Welch (2000.) koji su dobili suprotne rezultate budući da su mlađe osobe više ispunjene negativnim emocijama. Nadalje, u svom istraživanju jasno izražavaju da loše emocionalno stanje ovisi o drugim činiteljima, a ne dobi i najviše naglašavaju prilagodbu na invali-

ditet te dovode emocionalno zadovoljstvo u vezu s vremenom nastanka invaliditeta. Upravo to dovodimo u vezu s našim istraživanjem gdje je invaliditet nastao kao posljedica starosti i osobe s invaliditetom se još na njega prilagođavaju. Rezultati istraživanja koje su proveli Jaracz i sur. (2004.) su pokazali da se stariji s invaliditetom u Poljskoj često osjećaju usamljeno, beskorisno i depresivno nego stariji s invaliditetom u Švedskoj. Također, Hellstrom i sur. (2004.) navode da su usamljenost i depresivno raspoloženje prediktori smanjene kvaliteta življenja kod starijih osoba, neovisno o tome jesu li ili nisu korisnici pomoći i njege u kući.

Tablica 12.

Prikaz rezultata aritmetičkih sredina i standardnih devijacija te analiza varijance izvora snage ispitanika u nošenju s problemima (1 – jako rijetko, 5 – jako često)

Snaga u nošenju s problemima	F=105 F=363	M	SD	ANOVA (df=1)	
				F	P
Vjera u sebe	65+	4,32	1,043	0,049	0,826
	do 64	4,29	,927		
	SVI	4,30	,976		
Vjera u Boga	65+	4,39	1,084	5,641	0,019
	do 64	3,94	1,223		
	SVI	4,12	1,188		
Molitva	65+	4,33	1,090	14,920	0,000
	do 64	3,48	1,375		
	SVI	3,81	1,333		
Povjeravanje prijateljima	65 +	3,34	1,187	0,713	0,400
	do 64	3,17	1,183		
	SVI	3,24	1,184		
Povjeravanje supružniku	65 +	3,93	1,438	0,322	0,572
	do 64	3,76	1,500		
	SVI	3,83	1,471		
Povjeravanje roditeljima	65 +	2,20	1,549	4,26	0,04
	do 64	2,75	1,343		
	SVI	2,67	1,380		
Bijeg od svoje stvarnosti	65 +	2,19	1,500	1,337	0,250
	do 65	1,89	1,220		
	SVI	2,00	1,332		

Dvije skupine ispitanika značajno se razlikuju u prosječnim vrijednostima opažanih varijabli budući da stariji s invaliditetom snagu za nošenje sa životnim problemima više pronalaze u vjeri u Boga i u molitvi, za razliku od ispitanika do 64 godine koji navode da snagu najviše pronalaze u sebi. Mlađe osobe s invaliditetom češće pronalaze snagu u nošenju s postojećim problemima povjerenju roditeljima od starijih što je i razumljivo prisjetimo li se sociodemografskih podataka gdje smo ustanovili da često žive s roditeljima i rjeđe su u braku. Također ne iznenađuju podaci da starije osobe pronalaze snagu u duhovnim vrijednostima jer su brojna istraživanja pokazala da su osobe religioznije u trećoj životnoj dobi (Štambuk, 2004; Leutar, Štambuk i Tadić, 2005.) Stariji ispitanici, iako rijetko, nešto više koriste bijeg od svoje situacije u nošenju sa životnim problemima nego mlađi ispitanici, premda nema statistički značajne razlike

King i sur. (2003.) su ispitivali činitelje zaštite kod osoba s kroničnim invaliditetom. Zaštitni činitelji ovise o individualnim, obiteljskim i društvenim varijablama koje štite osobu od različitih posljedica (Garmezy, 1983.; Rutter, 1990., prema King i sur., 2003.). Nalazi istraživanja su pokazali da socijalna podrška, osobine kao što su ustrajnost, postojanost i determiniranost te duhovna vjerovanja predstavljaju zaštitne faktore u životu osoba s invaliditetom. S druge strane, zaštitni procesi bave se pitanjem kako različite vrste podrške i snage u čovjekovom životu djeluju i štite od rizika te vode novim smjerovima u životu (Rutter, 1997.; Zimmerman i Arunkumar, 1994., prema King i sur., 2003.).

ZAKLJUČNO RAZMATRANJE

U radu je prikazana kvaliteta života osoba s tjelesnim invaliditetom. Razvoj socijalne politike uopće, kao i posebne mjere koje

se odnose na osobe s invaliditetom potencijalno utječu na ljudske živote. Međutim, upravo posebne mjere mogu utjecati na osobe s invaliditetom na drugačiji, specifičan način. Istraživanje kvalitete života može otkriti socijalne probleme i predložiti rješenja, ali može pridonijeti i pristupu toj problematici u sklopu politike.

Rezultati ovog istraživanja doprinose upoznavanju kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. Iako se radi o malom broju starijih osoba s invaliditetom, dobiveni rezultati ukazuju na važnost kvalitete života starijih s invaliditetom i mogu poslužiti u kreiranju socijalne politike prema starijim osobama s invaliditetom kao i budućim istraživanjima. Poznato je da sam invaliditet po sebi predstavlja rizični faktor za siromaštvo (Leutar, 2006.), a kada su u pitanju starije osobe s invaliditetom onda je situacija još teža. Naime, oni procjenjuju svoju materijalnu situaciju lošijom od mlađih dobnih skupina. Stambena situacija je povoljnija od drugih dobnih skupina iako je ovo istraživanje općenito pokazalo stambenu situaciju osoba s invaliditetom povoljnijom od nekih drugih skupina u društvu (Leutar, 2006.). Najčešći izvor prihoda je mirovina, ali velik je postotak i onih koji primaju samo doplatak za pomoć i njegu. Češće od mlađih osoba s invaliditetom koriste neka od ortopedskih pomagala. Svoju okolinu doživljavaju neprilagođenom gdje im na osobit način smetaju stubišta i povišeni pragovi što im otežava mobilnost. Prava po osnovi socijalne skrbi ili uključivanja u udrugu osoba s invaliditetom koriste ukoliko su o njima informirani, a koriste ih puno rjeđe nego mlađe osobe s invaliditetom. Najčešće kao razlog nekorištenja navode upravo neinformiranost o pravima i to češće nego mlađe osobe s invaliditetom. Njihova socijalna mreža je znatno uža od mlađih ispitanika. Najveći izvori informacija za njih su mediji, dok mlađi ispitanici imaju razvijeniju socijalnu mrežu i dobivaju informacije

od udruge ili/i prijatelja. Slobodno vrijeme najčešće provode s članovima obitelji. Češće izražavaju negativno raspoloženje kao što su zabrinutost, napetost, istrošenost i nesretnost. Najveći izvori razumijevanja i podrške su im njihova djeca i supružnik te Crkva i rodbina. Formalni izvori podrške su im beznačajni, kao što su predstavnici vlasti u županiji i državi, zatim centri za socijalnu skrb pa i udruge. Identične rezultate za starije osobe s invaliditetom su pokazala i druga istraživanja (Allen, Ciambone, i Welch, 2000.). Izvore snage u nošenju s problemima pronalaze u duhovnim vrijednostima što su pokazala i brojna druga istraživanja kada je riječ o starijoj dobnoj skupini (Štambuk, 2004.).

Udruga za osobe s invaliditetom kod nas su prošle kroz velike promjene u posljednjem desetljeću unutar promjena u ekonomiji i velikih socijalnih reformi. Potrebno bi bilo napraviti daljnja istraživanja koja bi pokazala koje su stvarne potrebe starijih osoba s invaliditetom, u kojoj je mjeri razvoj bio uspješan i koliko je uspjelo odgovoriti na te potrebe i poboljšati kvalitetu života.

Hrvatska je zemlja koja prolazi kroz proces tranzicije i prilagođava se kapitalističkom društvu. Taj put nije nimalo lagan te se socijalna politika Hrvatske našla u fazi promjena i to je proces koji traje duže vremena (Puljiz, 1997.). U takvoj socijalnoj politici morala su se postaviti i pitanja vezana uz osobe s invaliditetom, a na osobit način osobe treće životne dobi. Značajna u tome je Nacionalna strategija za osobe s invaliditetom koja se primjenjuje u Hrvatskoj posljednjih godina (Leutar, 2004.). Upravo ona u sebi sadržava područja značajna za poboljšanje kvalitete života starijih: uklanjanje arhitektonskih prepreka i pristupačnost zdravstvenim i drugim objektima, veću informiranost o pravima, izmjene u pravima vezanim uz socijalnu skrb. Analiza kvalitete života sta-

rijih osoba s invaliditetom koja je pokazala njihovu izoliranost upućuje nas i na jačanje njihove socijalne mreže upravo kroz brigu u zajednici i većim i intenzivnijim ulaganjima u socijalne transfere i programe koji će djelovati na razini zajednice. To će ujedno biti podrška samoj obitelji osoba s invaliditetom koja kod nas još uvijek nosi najveću brigu za svog starijeg člana s invaliditetom. Ovo istraživanje upućuje nas na važnost socijalnog uključivanja kako za osobe s invaliditetom općenito tako na osobit način za starije osobe s invaliditetom.

LITERATURA

- Ajduković, M. (2005/2006). *Psihosocijalni pristup u socijalnom radu*. Interna skripta. Poslijediplomski studij iz teorije i metodologije socijalnog rada. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada.
- Allen, S. (1994). Gender differences in spousal caregiving and unmet need for care. *Journal of Gerontology*, 49:187-195.
- Allen, S. M., Ciambone, D., Welch, L. C. (2000). Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 3:318-340.
- Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. In: Veiel, H., Baumann, U. (eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp.13-22). New York: Hemisphere.
- Berkman, L. F. (1983). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5: 413-432.
- Bratković, D. (2003). Kvaliteta življenja osoba s mentalnom retardacijom. *Naš prijatelj: Časopis za pitanja mentalne retardacije*, 1(2):5-22.
- Brown, R. I. (2000). Quality of life: Challenges and confrontation. In: Keith, K. D., Schalock, R. L. (eds.), *Cross-cultural perspectives in quality of life* (pp.5-21). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49:699-706.
- Drake, R. (1999). *Understanding disability policies*. Basingstoke: Macmillan.
- Haller, M. (1987). Kulturelle Gemeinsamkeit – staatliche Grenzen? *Wertorientierungen der Österreicher und Südtiroler im Vergleich in Werthalt-*

- tungen und Lebensformen in Österreich*. Wien: R. Oldenbourg Verlag, München/Verlag für Geschichte und Politik.
- Hellstrom, Y., Andersson, M., Haliberg, I. R. (2004). Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation. *Health and Social Care in the Community*, 12(6):504-516.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37(3):239-252.
- Janeš-Pasarić, J., Perić, V. (2005). Rad iznesen na Otvorenoj tribini o doplatku na tešku invalidnost 04. 10. 2005. Posjeđeno 20. 12. 2006. na mrežnoj stranici Saveza slijepih Hrvatske: <http://www.savez-slijepih.hr>
- Jaracz, K., Gustafsson, G., Hamrin, E. (2004). The life situation and functional capacity of the elderly with locomotor disability in Sweden and Poland according to a model by Lawton. *International Journal of Nursing Practice*, 10:45-43.
- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Wilmoughby, C., Polgar, J. M., MacKinnon, E., Smith, L. K., Havens, L. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 13(2):184-206.
- Lawton, M. P., Moss, M., Duhamel, L. M. (1995). The quality of daily life among elderly care receivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 14(2):150-171.
- Lefort, S., Fraser, M. (2002). Quality of life measurement and its use in the field of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 6(3):223-238.
- Leutar, Z. (2000). *Familiäre Wertorientierungen in Kroatien im Vergleich zu Österreich und Polen*. Dissertation. Karl Franzens Universität. Graz.
- Leutar, Z. (2001). Kvaliteta života osoba s invaliditetom u domovima umirovljenika. U: Pospis, M. (ur.), *Starenje i cerebralna paraliza* (str. 47-56). Varaždinske toplice.
- Leutar, Z. (2004). Nacionalna strategija jedinstvene politike za osobe s invaliditetom od 2003.-2006. godine. *Revija za socijalnu politiku*, 11(1):123-127.
- Leutar, Z. (2006). Osobe s invaliditetom i siromaštvo. *Revija za socijalnu politiku*, 13(3-4): 293-308.
- Leutar, Z., Štambuk, A., Tadić, S. (2005). Neki pokazatelji moralnog prosuđivanja pripadnika pokreta fokolara. *Bogoslovna smotra*, 75:167-183.
- Mesec, B. (2000). Stariji ljudi u Sloveniji. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1): 43-51.
- Pećnik, N., Raboteg-Šarić, Z. (2005). Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima. *Revija za socijalnu politiku*, 12(1):1-23.
- Perić, V. (2005). Rad iznesen na Otvorenoj tribini o doplatku na tešku invalidnost 04. 10. 2005. Posjeđeno 20. 12. 2006. na mrežnoj stranici Saveza slijepih Hrvatske: <http://www.savez-slijepih.hr>
- Petrak, O., Despot Lučanin, J., Despot, D. (2006). Kvaliteta starenja – neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1):37-51.
- Puljiz, V. (1997). Determinante razvoja socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 2(4): 111-123.
- Raphael, D. (1996). Defining quality of life: Eleven debates concerning its measurement. In: Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation* (pp.146-165). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sarvimaki, A., Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4):1025-1033.
- Schone, B. S., Weinick, R. M. (1998). Health related behaviors and the benefits of marriage to elderly persons. *The Gerontologist*, 38:618-627.
- Schulz, W. (1996). Ehe und Familie in Österreich im Wandel: Werte, Lebensformen und Lebensqualität; 1986 bis 1993. In: Haller, M., Holm, K., Müller, M. K., Schulz, W., Cyba, E. (Hrsg.), *Österreich in Wandel* (pp. 139-169). Oldenburg: Verlag für Geschichte und Politik.
- Sutton, F., Gormley, K. (1999). Introduction. In: Gormley, K. (ed.), *Social policy and health care* (1-10). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Štambuk, A. (2004). *Stavovi starijih osoba prema smrti i umiranju*. Doktorska disertacija. Zagreb, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada.
- Thompson, S. C., Pitts, J. S. (1992). In sickness and in health: Chronic illness, marriage, and spousal caregiving. In: Spacapan, S. Oskamp, S. (eds.), *Helping and being helped*. (pp. 115-151). Newbury Park, CA: Sage.
- Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 73/97, 27/01, 59/01, 82/01, 103/03.

Summary

SOCIAL POLICY AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY

Zdravka Leutar, Ana Štambuk, Silvija Rusac

*Department of Social Work, Faculty of Law, University of Zagreb
Zagreb, Croatia*

The paper presents the research the aims of which were to analyse some aspects of the quality of life of elderly persons with physical disability and the connection with social policy. The aspects of quality of life related to: socio-economic indicators, coping with everyday life and mobility, formal and informal forms of social support and subjective sources of strength. The aim was to determine whether the aforementioned aspects of the quality of life of elderly age group differ from those of the younger age group of disabled persons. The sample consisted of 480 disabled persons, out of which 105 persons were older than 65. The research was conducted by the Croatian Association of Disabled Persons in March, 2003. The data was obtained throughout Croatia via semi-structured survey. The results have shown that elderly disabled persons enjoy a favourable housing situation and that their housing is partly adjusted to their needs. Their financial situation is poor, they have to use orthopaedic aids, the environment is inaccessible to them, they rarely use their rights due to the lack of information about them, and they most frequently get informed through the media. Their social network is small, mostly including their children and spouses. The sources of formal support (professionals from Social Welfare Centres, the government representatives and politicians) are inadequate. In general, the assessment of their quality of life is lower than those of younger disabled persons.

*Such results point out that there is a need to provide a better care and support by the community for the persons with **physical** disability, and emphasise the importance of social inclusion in order to improve their quality of life.*

Key words: social policy, quality of life, elderly persons with physical disability, socio-economic status, formal and informal support.