

Kvaliteta života osoba s invaliditetom starije životne dobi u Republici Hrvatskoj

Benjak, Tomislav; Vuletić, Gorka; Vuljanić, Ana; Vasiljev Marchesi, Vanja; Špoljarić, Zrinka; Bouillet, Dejana; Kiš-Glavaš, Lelia; Mirić, Marica; Gojčeta, Marijana; Dumančić, Marijana; ...

Source / Izvornik: **Medica Jadertina, 2022, 52, 247 - 256**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:937899>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Kvaliteta života osoba s invaliditetom starije životne dobi u Republici Hrvatskoj

Quality of life of elderly persons with disabilities in the Republic of Croatia

Tomislav Benjak, Gorka Vuletić, Ana Vuljanić, Vanja Vasiljev Marchesi, Zrinka Špoljarić, Dejana Bouillet, Lelia Kiš-Glavaš, Marica Mirić, Marijana Gojčeta, Marijana Dumančić, Marijana Pavlić*

Sažetak

Uvod: Pokazalo se da kvaliteta života pojedinca ne ovisi samo o ekonomskom napretku, nego i o njegovim subjektivnim prosudbama, te bi stoga praćenje subjektivne kvalitete života trebalo postati preduvjet za donošenje političkih pravaca. Rad se bavi usporedbom kvalitete života osoba s invaliditetom starije životne dobi s normativnim vrijednostima opisanima u znanstvenoj literaturi, a prema regijama Republike Hrvatske.

Ispitanici i metode: Uzorak je obuhvatio 450 osoba s invaliditetom u dobi od 50 ili više godina (299 iz kontinentalne i 151 iz priobalne Hrvatske). Osobna kvaliteta života ispitivala se pomoću Indeksa osobne dobrobiti za odrasle. Prikupljeni su podaci o sociodemografskim obilježjima ispitanika. U obradi su korištene deskriptivne statističke metode, te Mann-Whitney U test za utvrđivanje razlike između regija.

Rezultati: Ukupna kvaliteta života značajno je niža od teorijski pretpostavljene normativne vrijednosti za opću populaciju. Najniži rezultat postignut je na domenama Zdravlje i Sigurnost u budućnost, a najviša razina dobivena je na domeni Bliskih odnosa. Ispitanici u kontinentalnoj Hrvatskoj izvijestili su u prosjeku nešto višu ukupnu kvalitetu života (53,02 naspram 49,31), no oba su rezultata bila ispod normativnog raspona. Na razini domene postojale su značajne razlike u zadovoljstvu bliskim odnosima, povezanošću sa zajednicom i osjećajem sigurnosti, pri čemu je skupina iz kontinentalne regije iskazala značajno veće zadovoljstvo u odnosu na priobalnu regiju. Za ostale domene utvrđene su podjednake vrijednosti između regija.

Zaključak: Kvaliteta života osoba s invaliditetom starije životne dobi je ispod normativnih vrijednosti, što prema teoriji homeostaze može dovesti do narušavanja zdravlja. Rezultati istraživanja mogu se koristiti kao osnova za kreiranje pravaca razvoja kojima bi cilj trebao biti unaprjeđenje kvalitete života i očuvanje zdravlja osoba s invaliditetom, pogotovo osoba starije životne dobi.

Ključne riječi: kvaliteta života, osobe s invaliditetom, regionalna područja, starija životna dob

Summary

Introduction: It has been shown that the quality of life depends not only on economic progress, but also on subjective judgments, therefore monitoring the subjective quality of life should become a precondition

*Hrvatski zavod za javno zdravstvo (doc.dr.sc. Tomislav Benjak, dr.med., dr.sc. Ana Vuljanić); Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Škola narodnog zdravlja Dr.A.Štampar; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (prof.dr.sc. Gorka Vuletić, dr.med.); Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci (izv.prof.dr.sc. Vanja Vasiljev Marchesi, dipl.sanit.ing.); Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (Zrinka Špoljarić, dipl.iur.); Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (prof.dr.sc. Dejana Bouillet, dipl.soc. pedagog); Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (prof.dr.sc. Lelia Kiš-Glavaš, prof.rehab.); Zajednica saveza osoba s invaliditetom Hrvatske (Marica Mirić, dipl.ing.); Ministarstvo znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske (mr.sc. Marijana Gojčeta, prof.rehab.); Ministarstvo demografije, obitelji, mladih i socijalne politike (Marijana Dumančić, dipl.soc.radnica); Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (Marijana Pavlić, prof.rehab.).

Adresa za dopisivanje/Corresponding address: doc.dr.sc. Tomislav Benjak, dr.med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Rockefellerova 7, 10000 Zagreb. E-mail: tomislav.benjak@hzjz.hr

Primljeno/Received 2022-06-07; Ispravljeno/Revised 2022-10-05; Prihvaćeno/Accepted 2022-10-19

for adopting political directions. The paper compares the quality of life of elderly persons with disabilities with normative values described in scientific literature, according to the regional areas of Croatia.

Participants and methods: The sample included 450 people with disabilities aged 50 or over (299 from Continental and 151 from Adriatic Croatia). The quality of life was examined using the Personal Wellbeing Index for adults. Data on sociodemographic characteristics of the respondents were collected. Descriptive statistical methods and the Mann-Whitney U test was used to determine the difference between regions.

Results: The overall quality of life is significantly lower than the theoretically assumed normative value for the general population. The lowest score was obtained on the Health and Future Security domain. The highest score was obtained on Close Relationships. Participants in the continental region reported, on average, a higher overall quality of life (53.02 vs. 49.31). However, both scores were below normative range. At the domain level, there were significant differences in satisfaction with Close Relationships, Community Connectedness and Feeling of Safety where the group from the continental region reported significantly higher satisfaction in relation to the group from the Adriatic region.

Conclusion: The quality of life of elderly persons with disabilities is below normative values, which, according to the theory of homeostasis, can have an impact on impaired health. The results can be used for creating development direction policies for improving the quality of life of people with disabilities, especially the elderly.

Key words: aged, disabled persons, geographic locations, quality of life

Med Jad 2022;52(4): 247-256

Uvod

Invaliditet pripada skupini prioritetnih javno-zdravstvenih i zdravstveno-ekonomskih izazova današnjeg društva s obzirom na povezane rastuće zdravstvene troškove i povećana ekonomska opterećenja. Raznolikost u uzrocima i posljedicama invaliditeta je značajna, što je rezultat nejednakih društveno-ekonomskih prilika, te razlika u skrbi pojedinih država za dobrobit pojedinaca.¹ Prevalencija invaliditeta ima tendenciju porasta iz razloga starenja populacije i porasta kroničnih zdravstvenih stanja. Današnje su procjene da preko milijardu ljudi (oko 15% svjetske populacije) živi s nekim oblikom invaliditeta, a značajne poteškoće u funkcioniranju ima između 110 milijuna (2,2%) i 190 milijuna (3,8%) ljudi.^{2,3} U Republici Hrvatskoj podaci o učestalosti invaliditeta prate se temeljem podataka Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom. Podaci Registra ukazuju na porast stope invaliditeta, pa je 2007. godine zabilježeno da osobe s invaliditetom čine 10,7% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske⁴. Najnoviji podatak iz Izvješća o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj od 14,4% ukazuje na blagi porast tijekom godina, pri čemu osobe starije životne dobi, starije od 50 godina, čine 73,2% od ukupnoga broja osoba s invaliditetom.⁵

Podaci iz literature po pitanju posljedica koje invaliditet ostavlja na kvalitetu života nisu konzistentni.⁶⁻¹⁰ Invaliditet predstavlja složeni fenomen, gdje prevladavanje poteškoća s kojima se suočavaju osobe s invaliditetom zahtijeva intervencije

prema uklanjanju okolišnih i socijalnih barijera.^{11,12} Dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja u međudjelovanju s različitim barijerama mogu sprječavati puno i djelotvorno sudjelovanje osoba s invaliditetom u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima.¹¹

Kvaliteta života podrazumijeva percepciju životnoga položaja pojedinca u kontekstu kulturnih i vrijednosnih sustava u kojima živi, te u odnosu na osobne ciljeve, očekivanja, standarde i brige.

To je višedimenzionalni pojam koji na složen način utječe na čovjekovo fizičko zdravlje, psihološko stanje, osobna uvjerenja, društvene odnose i odnos s istaknutim karakteristikama okruženja.¹³ Isto to odnosi se i na kvalitetu života osoba s invaliditetom starije životne dobi koju ne možemo promatrati samo kroz rezultat medicinske skrbi, liječenja i rehabilitacije.^{14,15}

Redovito mjerenje i praćenje subjektivne kvalitete života trebalo bi, prema nekim autorima, postati nezaobilaznim preduvjetom za donošenje, ne samo strategija, već i plana zdravstvene i socijalne skrbi, jer se pokazalo da kvaliteta života pojedinca ne ovisi samo o ekonomskom napretku, nego i o njegovim subjektivnim prosudbama i emocijama.¹⁶

Subjektivna kvaliteta života utvrđuje se na osnovi procijenjenog stupnja zadovoljstva životom općenito i pojedinim domenama života kod pojedinca. Prema teoriji homeostaze, normativne vrijednosti razine ukupne subjektivne kvalitete života, očekuju se unutar raspona 60-80% od skalnog maksimuma (SM) s aritmetičkom sredinom od 70%SM.¹⁷ Ranije

istraživanje subjektivne kvalitete života odrasle populacije Republike Hrvatske dalo je rezultate u skladu s normativnim rasponom. Pritom su na razini domena kvalitete života i osobne dobrobiti, hrvatski građani najzadovoljniji odnosima s obitelji i prijateljima, te prihvaćenošću od okoline u kojoj žive, a najmanje su zadovoljni sigurnošću u budućnost i svojim životnim standardom.¹⁸ Također su pronađene razlike u odnosu na dob, pri čemu je starije stanovništvo iskazalo nižu kvalitetu života, te manje zadovoljstvo zdravljem, postignućima, životnim standardom i sigurnošću, nego mlađa populacija. U pogledu invaliditeta, dosadašnja istraživanja upućuju na to da osobe s invaliditetom svoju kvalitetu života ne procjenjuju zadovoljavajućom¹⁹⁻²¹, a uglavnom je procjena kvalitete života osoba s invaliditetom starije životne dobi lošija od osoba s invaliditetom mlađe dobi.¹⁹

Pregledom postojeće literature uočen je nedostatak istraživanja o kvaliteti života osoba s invaliditetom starije životne dobi u Republici Hrvatskoj. Za potrebe određivanja prioriteta istraživanja, u okviru Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020. godine²², osnovana je interdisciplinarna i intersektorska radna skupina koju su sačinjavali predstavnici: Ministarstva zdravstva, Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Ministarstva znanosti i obrazovanja, Ministarstva demografije, obitelji, mladih i socijalne politike, Učiteljskog i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, te Zajednice saveza osoba s invaliditetom Hrvatske. Zajedničkom odlukom ove radne skupine istraživanje o kvaliteti života osoba s invaliditetom starije životne dobi označeno je kao prioritarno.

Ciljevi ovoga istraživanja su usporedba kvalitete života osoba s invaliditetom (osobe s tjelesnim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjem) starije životne dobi s teorijski pretpostavljenim normativnim vrijednostima iz literature, te usporedba kvalitete života osoba s invaliditetom starije životne dobi između regija u Republici Hrvatskoj. Hipoteza je da će ukupna kvaliteta života osoba s invaliditetom u dobi od 50 i više godina biti niža u odnosu na normativne vrijednosti za opću populaciju prema teoriji homeostaze, i da se ne očekuju razlike u ukupnoj kvaliteti života s obzirom na regionalna područja Republike Hrvatske.

Primjena rezultata istraživanja omogućila bi potrebno kontinuirano unaprjeđenje politika i programa usmjerenih prema osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj.

Ispitanici i metode

Ispitanici

Ovo presječno istraživanje provedeno je u sklopu Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020. godine, u području Istraživanje i razvoj.

Istraživanje je provedeno na području cijele Republike Hrvatske od lipnja do prosinca 2019. godine, u skladu s načelima medicinske etike i deontologije, te uz odobrenje Etičkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Za formiranje uzorka uzeta je u obzir činjenica da se ne radi o standardnoj populaciji, već o populaciji osoba s invaliditetom, koja čini oko 14% od ukupne populacije. Prema statističkim podacima iz Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom dobivenih putem Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, populacija osoba s invaliditetom u dobi iznad 50 godina broji 429.046 osoba, što čini 73,2% čitave populacije osoba s invaliditetom.⁵ Pritom je 239.896 (55,9%) osoba muškog spola, a 189.150 (44,1%) osoba ženskog spola. U statističkim i znanstvenim pregledima literature, te gerontološko-javnozdravstvenim analizama, poglavito pri utvrđivanju, proučavanju ili praćenju zdravstvenog stanja starijih osoba, nailazimo na heterogenost njihove definicije prema kronologiji. Iako se često primjenjuje trihotomna podjela treće životne dobi (od 65 godina) prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji^{23,24}, postoje demografske varijacije u istraživanjima²⁵ (definicije starijih osoba kreću se od 50 do 80 godina i više) koje dolaze zbog razlika u socioekonomskim uvjetima i očekivanom životnom vijeku. S obzirom na to da prosječna životna dob iznosi 75 godina, može se reći da posljednja trećina života počinje nakon 50. godine, te je i za potrebe ovoga istraživanja korištena proširena podjela treće životne dobi koja uključuje i osobe kasne srednje dobi od 50. do 60. godine.²⁶

Istraživački uzorak obuhvatio je aktivne članove saveza ili udruženja koji predstavljaju određenu vrstu invaliditeta, a rođeni su 1969. godine ili ranije (Tablica 1.). Uz navedene uključne kriterije, kao i udjelu određene vrste invaliditeta u ukupnoj populaciji osoba s invaliditetom, formiran je uzorak od ukupno 450 osoba s invaliditetom (261 osoba ženskog spola i 189 osoba muškog spola). Prema regionalnoj raspodjeli 299 osoba je iz kontinentalne Hrvatske (M=120, Ž=179), a 151 iz priobalne Hrvatske (M=69, Ž=82). U istraživanju je sudjelovalo nekoliko saveza, udruženja osoba s invaliditetom, te jedna specijalistička bolnica, odnosno Savez gluhoslijepih osoba „Dodir“ (N=4), Savez društava

multiple skleroze Hrvatske (N=153), Savez osoba s intelektualnim teškoćama (N=18), Hrvatski savez udruga osoba s tjelesnim invaliditetom (N=69), Hrvatski savez slijepih (N=20), Hrvatske udruge paraplegičara i tetraplegičara (N=44), Savez društava distrofičara Hrvatske (N=116), Udruga gluhih i nagluhih Zagrebačke županije – Samobor (N=15), te Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot", Popovača (N=11).

Tablica 1. Struktura uzorka osoba s invaliditetom starije životne dobi s obzirom na dob

Table 1 Sample structure of elderly persons with disabilities by age

Dobna skupina Age group	Ukupno (n) Total (n)	Udio (%) Proportion (%)
Kasna srednja dob (1960.-1969.) Late middle age (1960-1969)	186	41.3
Mlađa starost (1950.-1959.) Younger old age (1950-1959)	200	44.5
Srednja starost (1940.-1949.) Middle old age (1940-1949)	55	12.2
Visoka starost (1939. i starije godište) Old age (1939 and older)	9	2.0
Ukupno Total	450	100

Metode

Osobna kvaliteta života ispitivala se pomoću upitnika – Indeksa osobne dobrobiti za odrasle (Personal wellbeing index-A).²⁷ Indeks osobne dobrobiti obuhvaća procjenu zadovoljstva životom na više domena: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici, te osjećaj sigurnosti u budućnost. Osobe s intelektualnim teškoćama ispunjavale su modificirani upitnik sukladno priručniku „Indeks osobne dobrobiti za intelektualne teškoće“.²⁸ Zadovoljstvo je mjereno na Likertovoj skali od 11 točaka, gdje krajnja točka 0 označava "uopće nisam zadovoljan", a 11 „potpuno sam zadovoljan“. Originalne vrijednosti su transformirane u standardizirani oblik (na skali od 0 do 100 bodova), te su prikazane u formi "postotka od

skalnog maksimuma" (%SM). Rezultati na skalama izraženi su zasebno za svaku domenu, a prosječni rezultat vrijednosti kroz sedam domena zadovoljstva čini sumarnu mjeru subjektivne kvalitete života (Index osobne dobrobiti).

Navedeni mjerni instrumenti zadovoljavaju određene uvjete, poput metodološke utemeljenosti, prihvatljivosti metrijskih karakteristika, dostupnosti verzije na hrvatskom jeziku, te postojanja licence za uporabu.²⁹

Također su se prikupili podaci o sociodemografskim obilježjima za svakog ispitanika (o spolu, dobi, županiji prebivališta, bračnom stanju, broju osoba u kućanstvu, sastavu kućanstva, stupnju obrazovanja, ukupnom neto mjesečnom prihodu kućanstva, ukupnim godinama radnog staža, te radnom statusu ispitanika).

Statistička analiza

Podaci su analizirani deskriptivnim metodama (srednja vrijednost, standardna devijacija, medijan te interkvartilni raspon) i inferencijalnom statistikom (Mann–Whitney U test za ispitivanje razlike između dva nezavisna uzorka i t-test (one-sample) za uspoređivanje srednje vrijednosti indeksa dobivenog na uzorku i teorijski pretpostavljene normativne srednje vrijednosti). Kolmogorov-Smirnov test korišten je za testiranje podataka za normalnost distribucije, a rezultati svih domena, kao i indeks, značajno su se razlikovali od normalne distribucije ($p < 0,05$), pa je korišten neparametarski test za testiranje razlike između skupina.

Podaci su analizirani korištenjem programa SPSS Statistics za Windows, verzija 23.0 (IBM SPSS Statistics za Windows, verzija 23.0. Armonk, NY: IBM Corp). Razina značajnosti postavljena je na $p < 0,05$.

Rezultati

Istraživanje je obuhvatilo 450 sudionika u dobi od 50 do 86 godina ($M = 61,75 \pm 7,323$ godine). S obzirom na spol, 261 osoba (58%) je bila ženskoga, a 189 (42%) muškoga spola. Prema regionalnoj raspodjeli, 151 sudionik bio je iz priobalne regije, a 299 ih je iz kontinentalne regije.

Bračno stanje i najviši stupanj obrazovanja kod istraživačkog uzorka osoba s invaliditetom prikazani su u Tablici 2. Većina osoba s invaliditetom starije životne dobi ne živi sama (78,1%), odnosno najčešće živi u kućanstvu koje dijeli s još jednom osobom (43,9%). Prema sastavu kućanstva, više od polovine ispitanika živi s partnerom (54,1%), gdje s njih 21,7%

u kućanstvu žive djeca, a njih 32,4% živi bez djece. Prema ukupnom neto mjesečnom prihodu kućanstva, većina osoba s invaliditetom starije životne dobi živi u kućanstvu s mjesečnim primanjima do 4.500 kn (56,1%), a najviše je onih s kućnim primanjima između 2.601-3.500 kn (16,5%). Ukupne godine radnog staža i radni status ukazuju na to da je većina

ispitanika u mirovini (80,3%), a osobito se ističe invalidska mirovina (51,7%). Također, većina osoba s invaliditetom starije životne dobi bila je ili jest u radnom odnosu (89%), a najviše je onih s 20 do 39 godina radnoga staža (49,3%).

Tablica 2. Bračno stanje i najviši stupanj obrazovanja
Table 2 Marital status and the highest degree of education

Bračno stanje <i>Marital status</i>	Ženski spol [n (%)] <i>Female gender [n (%)]</i>	Muški spol [n (%)] <i>Male gender [n (%)]</i>	Ukupno [n (%)] <i>Total [n (%)]</i>
Samački život <i>Single life</i>	56 (12.6)	65 (14.6)	121 (27.2)
Brak <i>Marriage</i>	140 (31.4)	101 (22.7)	241 (54.1)
Izvanbračna zajednica <i>Extramarital union</i>	6 (1.3)	5 (1.1)	11 (2.4)
Udovištvo <i>Widowhood</i>	55 (12.3)	18 (4.0)	73 (16.3)
Stupanj obrazovanja <i>Degree of education</i>	Ženski spol [n (%)] <i>Female gender [n (%)]</i>	Muški spol (%) <i>Male gender [n (%)]</i>	Ukupno (%) <i>Total [n (%)]</i>
Osnovna škola <i>Primary school</i>	58 (13.0)	39 (8.7)	97 (21.7)
Srednja škola <i>Secondary school</i>	150 (33.6)	124 (27.7)	274 (61.3)
Visoko obrazovanje <i>Higher Education</i>	51 (11.4)	25 (5.6)	76 (17.0)

Tablica 3. Deskriptiva statistika za Indeks osobne kvalitete života i rezultati po domenama
Table 3 Descriptive statistics for the Personal Wellbeing Index and domain scores

	Aritmetička sredina <i>Mean</i>	Standardna devijacija <i>Standard Deviation</i>	Medijan <i>Median</i>	Interkvartilni raspon <i>Interquartile range</i>
Indeks osobne dobrobiti <i>Personal wellbeing index</i>	51.77	18.824	50	40-64
Domene / Domains				
Životni standard <i>Standard</i>	50.09	23.728	50	40-60
Zdravlje <i>Health</i>	42.07	25.122	50	20-50
Produktivnost <i>Achievements</i>	52.33	23.476	50	40-70
Bliski kontakti <i>Close relationships</i>	67.22	23.786	70	50-90
Sigurnost <i>Safety</i>	51.76	23.893	50	40-70
Pripadanje zajednici <i>Community connectedness</i>	55.93	25.399	50	40-80
Osjećaj sigurnosti u budućnost <i>Future security</i>	43.02	25.047	50	20-50

Ukupna kvaliteta života je ispod normativnog raspona (60-80%SM) (Tablica 3.). Što se tiče rezultata po domenama, najniži rezultati postignuti su na domenama Zdravlje i Sigurnosti u budućnost. Najviša ocjena dobivena je na domeni Bliski odnosi.

Srednja vrijednost indeksa koji pokazuje razinu ukupne kvalitete života za cijeli uzorak iznosi 51,77% SM (SD=18,937). Testiranjem razlike dobivene vrijednosti i teorijski pretpostavljenog prosjeka za zdravu populaciju (70%SM) utvrđena je statistički značajna razlika ($t = -20,264$; $df = 442$; $p < 0,001$; 95% CI -20,001 do -16,465).

Iako su u obje regije ispod normativnog raspona, ispitanici u kontinentalnoj Hrvatskoj imaju statistički značajno višu ukupnu kvalitetu života od ispitanika iz primorske regije (53,02 naspram 49,31), $p < 0,05$, no oba su rezultata bila ispod normativnog raspona 60-80%SM (Tablica 4.). Na razini domena nije bilo značajne razlike između regija u zadovoljstvu: životnim standardom, zdravljem, postignućima i budućom sigurnošću, dok su značajne razlike utvrđene u zadovoljstvu bliskim vezama, povezanosti sa zajednicom i osjećajem sigurnosti, gdje je skupina iz kontinentalne regije iskazala značajno veće zadovoljstvo u odnosu na grupu iz priobalne regije.

Tablica 4. Deskriptivna statistika za Indeks osobne dobrobiti i rezultate domene, te test razlike prema regiji života sudionika.

Table 4 Descriptive statistics for the Personal Wellbeing Index and domain scores and test of difference by participant's region of living.

Kvaliteta života <i>Quality of life</i>	Regije / Regions		P vrijednost <i>P value</i>
	Priobalna Hrvatska <i>Adriatic region</i> (n=151)*	Kontinentalna Hrvatska <i>Continental region</i> (n=299)*	
Indeks osobne dobrobiti <i>Personal wellbeing index</i>	49.31 (18.322)	53.02 (18.982)	0.030
	50.00 (39-57)	51.43 (41-67)	
Životni standard <i>Standard</i>	49.60 (24.163)	50.33 (23.543)	0.580
	50 (40-60)	50 (40-70)	
Zdravlje <i>Health</i>	42.05 (21.302)	42.07 (26.880)	0.846
	50 (30-50)	40 (20-60)	
Produktivnost <i>Achievements</i>	50.13 (23.381)	53.44 (23.484)	0.077
	50 (40-60)	50 (40-70)	
Bliski kontakti <i>Close relationships</i>	61.92 (25.291)	69.90 (22.562)	0.001
	50 (50-80)	70 (50-90)	
Sigurnost <i>Safety</i>	47.42 (21.740)	53.95 (24.655)	0.001
	50 (30-50)	50 (40-70)	
Pripadanje zajednici <i>Community connectedness</i>	51.59 (24.196)	58.13 (25.747)	0.004
	50 (40-60)	50 (40-80)	
Osjećaj sigurnosti u budućnost <i>Future security</i>	42.45 (24.138)	43.31 (25.529)	0.664
	50 (30-50)	50 (20-60)	

* Podaci su izraženi kao aritmetičke sredine (standardne devijacije) ili medijan (interkvartilni raspon). *The data are expressed as means (standard deviations) or median (interquartile range).*

Rasprava

Značaj primjene znanstvenih istraživanja u zdravstvu u svrhu kreiranja raznih aspekata politika, globalno je prepoznat i sve više prihvaćen. Politike koje su utemeljene na istraživanju kvalitetnije su i primjenjivije za ciljne skupine, te takav proces pretvaranja dokaza u praktičnu primjenu može dovesti do željenih ishoda, zdravstvene pravednosti, te društvene i ekonomske dobiti.³⁰ I Republika Hrvatska je, vezano za osobe s invaliditetom, odlučila pratiti ovaj trend korištenja rezultata znanstvenih istraživanja u unaprjeđenju politika za ovu izrazito vulnerabilnu populaciju. Kao potpisnica UN Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, obvezala se prikupljati informacije i statističke podatke kako bi se omogućilo stvaranje i provedba strateških odluka koje će Konvenciju i rezultate dobivene istraživanjem učiniti svrsishodnim.³¹

Sukladno Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027., u sustavu zdravstva se trenutno ne analizira dovoljno podataka i informacija u odnosu na ostale zemlje Europske unije.³²

Akcijski plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2024. godine, u mjeri 4 strateškog cilja „Zdrav, aktivan i kvalitetan život“, predviđa poticanje provođenja istraživačkih studija s ciljem postizanja veće razine znanja o osobama s invaliditetom, te donošenja politika vezanih uz invaliditet utemeljenih na adekvatnim informacijama.³³ Upravo je Hrvatski zavod za javno zdravstvo, inicijator i proveditelj ovoga istraživanja o kvaliteti života osoba s invaliditetom i nositelj područja Istraživanje i razvoj Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom.²² Zadatak tog područja je poticanje provođenja istraživačkih studija i uske suradnje nadležnih tijela radi osiguravanja dostupnosti podataka s ciljem postizanja veće razine znanja o osobama s invaliditetom, te donošenja politika i programa vezanih uz invaliditet utemeljenih na kvalitetnim i znanstveno utemeljenim informacijama.

Uz navedeno, Hrvatski zavod za javno zdravstvo također vodi Hrvatski registar o osobama s invaliditetom, uz publiciranje redovitog godišnjeg Izvješća o osobama s invaliditetom, te sudjeluje u planiranju i predlaganju javnozdravstvenih mjera za unaprjeđenje zdravlja i kvalitete života vulnerabilnih populacijskih skupina u okviru nacionalnih strategija, planova za zdravlje i programa mjera zdravstvene zaštite.^{34,35}

Povijesno značajan ubrzani rast starije populacije zahtijeva prilagodbe u načinu na koji su društva

ustrojena u svim područjima.³⁶ Aktivnosti usmjerene prema cilju da svijet bude prilagođen starijim osobama, osobito onima s invaliditetom, čine bitni dio demografskih promjena. To pojedincima može omogućiti dulji i zdraviji život, a društvima njihovo osnaživanje.³⁷ Svjesnost o ubrzanom porastu broja starijih osoba u hrvatskom društvu, izrazita vulnerabilnost osoba s invaliditetom, te nedostatak istovjetnih istraživanja, pridonijeli su odluci da istraživanje kvalitete života osoba s invaliditetom starije životne dobi bude prioritet.

Danas postoji niz teorija i definicija o kvaliteti života, te upitnika za njezino određivanje. Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pozicije pojedinca u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu.³⁸ Prema članovima International Well Being Group,³⁹ kvaliteta života je multidimezionalan pojam koji čine: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanja zajednici, te osjećaj sigurnosti u budućnost. Bez obzira na niz društveno-ekonomskih i političkih promjena u svijetu, koje posljedično moguće narušavaju jednu ili više domena kvalitete života, mnogobrojna istraživanja pokazala su da je razina samoprocijenjene subjektivne kvalitete života, u prosjeku pozitivna i stabilna. Istraživanja su pokazala da osobe koje su u prošlosti proživjele negativne i traumatske osobne životne događaje, također izvještavaju o zadovoljavajućoj i pozitivnoj subjektivnoj kvaliteti života. Primjer su osobe s invaliditetom kod kojih ne postoji trajno smanjenje u vrijednostima samoprocjene kvalitete života, jer se takve osobe s vremenom preusmjere na druge vrijednosti i životna područja, te nadomjesto nastali nedostatak na drugom području.^{40,41} Takvi i slični nalazi iz literature navode na pretpostavku o postojanju mehanizama održavanje doživljaja subjektivne kvalitete života na određenoj razini. Robert Cummins 1995. godine postavlja teoriju homeostaze subjektivne kvalitete života.^{42,43} Empirijski dokaz homeostaze, navedeni autor, dobio je meta-analizom istraživanja iz područja subjektivne kvalitete života. Mehanizam homeostaze djeluje kao kontrolni sustav u kojem osoba opaža vlastito blagostanje unutar raspona strogo specifičnog za pojedinca. Homeostatski mehanizam održava subjektivnu kvalitetu života pojedinca, te njegovu razinu zadovoljstva u okviru pozitivnih vrijednosti.⁴²⁻⁴⁵ Ukoliko se subjektivna kvaliteta života približi donjoj granici za osobu specifičnog raspona vrijednosti, sustav homeostaze nastoji održati normalnu razinu specifičnu za pojedinca.⁴⁵ I druga kasnija istraživanja na tom području, npr. Schkadea i

Kahnemana iz 1998. „potvrđuju teoriju homeostaze.“⁴⁶ Na osnovi tih nalaza pretpostavlja se da je raspon od 70-80%SM normativni raspon za populacije zapadnih razvijenih zemalja, a koji je rezultat djelovanja homeostatskog mehanizma samog pojedinca.⁴⁶⁻⁵¹ Meta-analize istraživanja u nezapadnim zemljama pokazale su slične rezultate, s izuzetkom da je svjetski raspon prosjeka populacije iznosio 60-80%SM.⁵² Zbog ekstremnih utjecaja određenog čimbenika narušava se homeostaza, te dolazi do pada %SM ispod 60 i razvoja depresivnih simptoma.^{44,53} Podatak da kod osoba kod kojih je narušena homeostaza i razina kvalitete života mjerena kroz zadovoljstvo životom pada ispod 60% SM, dovodi do razvoja simptoma depresije, te ukazuje na povezanost između razine kvalitete života i zdravlja.

Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na to da osobe s invaliditetom starije životne dobi svoju kvalitetu života ne procjenjuju zadovoljavajućom. Indikativni i alarmantni podatak za Indeks osobne dobrobiti od 51,77% SM ukazuje na mogućnost razvoja psihofizičkih simptoma i narušavanja zdravstvenog stanja ispitivane skupine i to prvenstveno mentalnog zdravlja i razvoja simptoma depresivnosti, ukoliko takvo stanje smanjenog zadovoljstva životom potraje. Određene razlike zabilježene su između regionalnih područja Hrvatske, pri čemu je kvaliteta života osoba s invaliditetom starije životne dobi u primorskom dijelu Hrvatske ispod navedenog prosjeka za Hrvatsku i iznosi 49,31% SM, dok je u kontinentalnoj Hrvatskoj 53,02% SM. Razlika između regija pokazala se statistički značajnom. Ovakva razlika između regionalnih područja Hrvatske, iako su ispod 60% SM, može se tumačiti boljim pristupom i razvojem usluga za osobe s invaliditetom u kontinentalnom dijelu Hrvatske^{54,55}, što ima za rezultat da su osobe s invaliditetom starije životne dobi u kontinentalnoj Hrvatskoj zadovoljnije domenom kvalitete života Međuljudski odnosi, Pripadnost zajednici i Osjećaj sigurnosti. Ako se usporede ostale domene, nalazimo približno iste, vrlo niske vrijednosti, kod te dvije hrvatske regije. Sve navedeno, a pogotovo aspekt utjecaja niske kvalitete života na zdravlje, ukazuje na potrebu da razni vidovi politike unaprijede kvalitetu života ove posebice vulnerabilne populacije.

Dostupna znanstvena istraživanja ukazuju na osobitu važnost financiranja, pružanja i organizaciju usluga i osoblja, obrazovanja, te suradnje između različitih sustava podrške u svrhu unaprijeđenja kvalitete života starijih osoba s invaliditetom.⁵⁶ Pružanje adekvatnih uvjeta poput dobrog smještaja ili aktivnosti, podrška u slučaju tih promjena, pružanje zdravstvene skrbi, sudjelovanje u cjeloživotnom

učenju, buduće planiranje i prilagođena podrška od strane zajednice, te važnost socijalnog uključivanja, od iznimnog su značaja u poboljšanju kvalitete života starijih osoba s invaliditetom.^{19,56-58} Nadalje, i organizacije civilnoga društva ostvaruju pozitivan utjecaj na kvalitetu života osoba s invaliditetom, odnosno na području neovisnog življenja i života u zajednici, te senzibiliziranju javnosti o potrebama i mogućnostima osoba s invaliditetom.^{22,59} Prepoznate su kao kvalitetni partneri, te aktivni dionici u kreiranju politike prema osobama s invaliditetom. Navedeno je u skladu sa zajedničkim općim značajkama procesa modernizacije socijalnih usluga članica Europske unije, što podrazumijeva da bi usluge trebale biti usmjerene na korisnika i njegove potrebe, a korisnici bi trebali biti uključeni u proces donošenja odluka i praćenje napretka.⁵⁵

Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje ima neka ograničenja. Istraživanje je ispitivalo kvalitetu života osoba s invaliditetom starije životne dobi, izostavljajući pritom usporedbu s osobama bez invaliditeta. I kod osoba bez invaliditeta koje mogu biti radno aktivne ili u mirovini, postoji mogućnost da nemaju zadovoljavajuću kvalitetu života. U Republici Hrvatskoj ne postoje ciljane istraživanja o kvaliteti života navedene populacije, što otežava usporedbu s populacijom osoba s invaliditetom.

Drugo ograničenje vezano je uz reprezentativnost uzorka. Reprezentativnost uzorka izvršena je na osnovi raspodjele i udjela vrsta invaliditeta u ukupnom broju osoba s invaliditetom, prema podacima Registra osoba s invaliditetom, pri čemu nije razmatrana i reprezentativnost po regijama. Uzorak ispitanika po regijama je prigodan, nakon prikupljanja podataka iz sociodemografskih obilježja ispitanika, odnosno iz županije prebivališta, utvrđeno je kojoj regiji pripadaju.

Zaključak

Kvaliteta života osoba s invaliditetom starije životne dobi je ispod normativnog raspona, što prema teoriji homeostaze, može dovesti do narušavanja mentalnog i fizičkog zdravlja ove, posebice vulnerabilne populacije. Nadalje, utvrđene su i regionalne razlike u razini ukupne kvalitete života, pri čemu sudionici iz priobalne regije navode značajno nižu ukupnu kvalitetu života.

Rezultati ovoga istraživanja mogu se koristiti kao polazna osnova za kreiranje odgovarajućih zdravstvenih, socijalnih, ali i ostalih vidova politika, s

ciljem unaprjeđenja kvalitete života i očuvanja zdravlja osoba s invaliditetom, pogotovo osoba starije životne dobi. Time bi se ispunio jedan od strateških ciljeva Vlade Republike Hrvatske o smanjenju regionalnih nejednakosti u pristupu zdravstvenim i socijalnim uslugama.

Literatura

1. UN General Assembly. Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities: resolution / adopted by the General Assembly, 20 December 1993, A/RES/48/96 Dostupno na adresi: <https://www.refworld.org/docid/3b00f2e80.html> Datum pristupa: 22.11.2019.
2. World Health Organization. Disabilities. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/topics/disabilities/en/> Datum pristupa: 19.11.2019.
3. World Health Organization. Disability and health. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> Datum pristupa: 19.11.2019.
4. Strnad M, Hrabak Žerjavić V, Benjak T, Santini Mikić J, Pollak Opuhač M, Petreski N. Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti, 2007;4.
5. Benjak T, Henig R, Ivanić M i sur. Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, 2021;5.
6. Viemerö V, Krause C. Quality of life in individuals with physical disabilities. *Psychother Psychosom* 1998;67:317-22.
7. Tollén A, Fredriksson C, Kamwendo K. Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occup Ther Int* 2008;15:133-49.
8. Vuletić G, Sučević M, Štuc M. Subjektivna kvaliteta života osoba s invaliditetom. U: Pajić D, Dinić B, Ur. Savremeni trendovi u psihologiji 2015 - knjiga sažetaka. Novi Sad: Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, 2015;89-90.
9. Lovretić V, Pongrac K, Vuletić G, Benjak T. Role of social support in quality of life of people with hearing impairment. *J Appl Health Sci* 2016;2:5-14.
10. Vuletić G, Šarlija T, Benjak T. Quality of life in blind and partially sighted people. *J Appl Health Sci* 2016;2:101-112.
11. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol, 2007. Dostupno na adresi: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> Datum pristupa: 22.11.2019.
12. World Health Organization. International Classification of Functioning. Disability and Health, 2001. Geneva: World Health Organization. Dostupno na adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/7/9241545429_tha%2Beng.pdf Datum pristupa: 22.11.2019.
13. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life – Introducing the WHOQOL instruments. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Datum pristupa: 22.11.2019.
14. Lawton MP, Moss M, Duhamel LM. The Quality of Daily Life Among Elderly Care Receivers. *J Appl Gerontol* 1995;14:223-238.
15. Jaracz K, Gustafsson G, Hamrin E. The life situation and functional capacity of the elderly with locomotor disability in Sweden and Poland according to a model by Lawton. *Int J Nurs Pract* 2004;10:45-53.
16. Diener E, Seligman MEP. Beyond Money Toward an Economy of Well-Being. *Psychol Sci Public Interest* 2004;5:1-31.
17. Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research* 1998;43:307-334.
18. Kaliterna Lipovčan LJ, Prizmić Larsen Z, Brkljačić T, Međunarodni indeks dobrobiti – podaci za Hrvatsku. U: Vuletić G, Ur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost, 2011;41-51.
19. Rusac S, Štambuk A, Leutar Z. Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Rev Soc Polit* 2007;14:327-346.
20. Štambuk A, Žganec N, Nižić M. Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. *Hrv Rev Rehab Istraž* 2012;48:84-95.
21. Žarković Palijan TŽ, Kovačević D, Vlastelica M, Dadić-Hero E, Sarilar M. Quality of Life of Persons Suffering from Schizophrenia, Psoriasis and Physical Disabilities. *Psychiatr Danub* 2017;29:60-65.
22. Narodne novine. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020. godine. Zagreb: Narodne novine d.d., 2017;42:1-81.
23. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D i sur. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *Medicus* 2005;14 :177-193.
24. Naja S, Makhlof MMED, Chehab MAH. An ageing world of the 21 st century: a literature review. *Int J Community Med Public Health* 2017;4:4363-4369.
25. Sabharwal S, Wilson H, Reilly P, Gupte CM. Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research. *Springerplus* 2015;4:516.
26. Pečjak V. Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Prosvjeta, 2001;21.
27. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, 2013;1-38.
28. Cummins RA, Lau ALD. Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability: Second Edition. Melbourne: School of Psychology, Deakin University, 2005,1-42.
29. Cummins RA, McCabe MP, Gullone E, Romeo Y. The Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol): Instrument development and psychometric

- evaluation on college staff and students. *Educ Psychol Meas* 1994;54:372-382.
30. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst* 2003;1:2.
31. Narodne novine. Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Zagreb: Narodne novine d.d., 2007;6:1-34.
32. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Zagreb: Ministarstvo zdravstva, 2021,1-47.
33. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. Akcijski plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2024. godine. Zagreb: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2021,1-31.
34. Narodne novine. Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom. Zagreb: Narodne novine d.d., 2001;64:1-8.
35. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za zaštitu zdravlja vulnerabilnih skupina. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-zastitu-zdravlja-vulnerabilnih-skupina/> Datum pristupa: 16.4.2022.
36. World Health Organization. Ageing – Overview. Dostupno na adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 Datum pristupa: 20.4.2022.
37. World Health Organization. Ageing – Impact. Dostupno na adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_2 Datum pristupa: 20.4.2022.
38. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
39. Cummins R. Quality of life definition and terminology: a discussion document from the International Society for Quality of Life Studies. *ISQOLS* 1998;1-43.
40. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999;48:977-88.
41. National Organization on Disability. NOP/Harris survey of disabled Americans. New York (NY): National Organization on Disability, 1994.
42. Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Soc Indic Res* 1998;43:307-334.
43. Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. *J Happiness Stud* 2000;1:133-158.
44. Cummins RA. A homeostatic model for subjective quality of life. *Proceedings, Second Conference of Quality of Life in Cities*, Singapore: National University of Singapore, 2000;51-59.
45. Cummins RA, Gullone E, Lau ALD. A model of subjective well being homeostasis: The role of personality. In: Gullone E, Cummins RA, Ed. *The universality of subjective wellbeing indicators*. Social Indicators Research Series. Dordrecht: Kluwer, 2002.
46. Schkade D, Kahneman D. Does living in California make people happy? A focusing illusion in judgments of life satisfaction. *Psychol Sci* 1998;9:340-346.
47. Suh E, Diener E, Fujita F. Events and subjective well-being: Only recent events matter. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:1091-1102.
48. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being: America's perception of life quality. New York: Plenum Press, 1976.
49. Campbell A, Converse P, Rodgers W. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction. New York: Russell Sage Foundation, 1976.
50. Diener E, Diener C. Most people are happy. *Psychol Sci* 1996;7:181-185.
51. Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol* 1980;38:668-678.
52. Cummins RA, Eckersley R, Pallant J, Van Vugt J, Misajon R. Developing a National Index of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Indeks. *Soc Indic Res* 2003;64:159-190.
53. Belle D, Doucet J, Harris J, Miller J, Tan E. Who is rich? Who is happy? *Am Psychol* 2000;55:1160-1161.
54. Knezić D, Opačić A. (2021). Dostupnost socijalnih usluga u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Rehabilitacijski centar za stres i traumu. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2021 Dostupno na adresi: <https://rctzg.hr/wp-content/uploads/2021/10/Dostupnost-socijalnih-usluga.pdf> Datum pristupa: 22.4.2022.
55. The World Bank. National Development Strategy Croatia 2030 Policy Note: Regional Availability of Social Services, 2019 Dostupno na adresi: <https://hrvatska2030.hr/wp-content/uploads/2020/10/Regional-Availability-of-Social-Services.pdf> Datum pristupa adresi: 20.4.2022.
56. Schepens HRMM, Van Puyenbroeck J, Maes B. How to improve the quality of life of elderly people with intellectual disability: A systematic literature review of support strategies. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019;32:483-521.
57. Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health* 2017;17:414.
58. Hsieh N, Waite L. Disability, Psychological Well-Being, and Social Interaction in Later Life in China. *Res Aging* 2019;41:362-389.
59. Batista N. Utjecaj organizacija civilnog društva na kvalitetu života osoba s invaliditetom [diplomski rad]. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2017 Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:199:099375> Datum pristupa: 3.5.2022.