



UNIVERZITET U SARAJEVU  
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA  
ODSJEK ZA SOCIJALNI RAD

**KVALITET ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM**  
**-magistarski rad-**

Kandidatkinja:

Vasva Smajlović

Broj indeksa: 851/II-SW

Mentorica:

prof.dr. Sanela Bašić

Sarajevo, septembar 2023

2023.

Vasva Smajlović

Kvalitet života osoba s invaliditetom



**FAKULTET  
POLITIČKIH  
NAUKA**  
UNIVERZITET U SARAJEVU  
MCMXLIX

ODSJEK ZA SOCIJALNI RAD

## **KVALITET ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM**

**-magistarski rad-**

Kandidatkinja:

Vasva Smajlović

Broj indeksa: 851/II-SW

Mentorica:

prof.dr. Sanela Bašić

Sarajevo, septembar 2023

## SADRŽAJ

Skraćenice .....	1
Popis tabela i grafikona .....	2
UVOD .....	5
I METODOLOŠKI OKVIR RADA.....	7
1.1. Problem istraživanja.....	7
1.2. Predmet istraživanja .....	7
1.3. Vremensko određenje predmeta istraživanja .....	8
1.4. Prostorno određenje predmeta istraživanja .....	8
1.5. Disciplinarno određenje predmeta istraživanja .....	8
1.6. Naučni i društveni ciljevi istraživanja .....	8
1.7. Sistem hipoteza i indikatora .....	9
1.7.1. Generalna hipoteza .....	9
1.7.2. Posebne hipoteze .....	9
1.7.3. Indikatori .....	10
1.8. Naučni pristup i metode istraživanja .....	10
1.8.1. Vrsta i tip istraživanja .....	10
1.8.2. Metode.....	10
1.9. Naučna i društvena opravdanost istraživanja .....	10
1.10. Kategorijalno-pojmovni sistem .....	11
II POJMOVNO ODREĐENJE KONCEPTA KVALITETA ŽIVOTA .....	13
2.1. Historijski pregled razvoja koncepta kvalitete života .....	13
2.2. Razvoj objektivnog i subjektivnog shvatanja kvaliteta života .....	17
2.2.1. Objektivni pokazatelji.....	17
2.2.2. Subjektivni pokazatelji.....	18
2.3. Pregled definicija koncepta kvalitete života.....	20
2.3.1. Tipologija definicija kvalitete života .....	20
2.3.2. Definicije kvalitete života .....	21

2.4. Savremeni pristup mjerenju kvalitete života .....	24
2.4.1. Najčešće korišteni upitnici/instrumenti za mjerenje .....	27
2.5. Rezime pojmovnog određenja koncepta kvaliteta života.....	32
III POJMOVNO ODREĐENJE OSOBA S INVALIDITETOM .....	33
3.1. Društveni odnos prema osobama s invaliditetom kroz historiju i modeli poimanja invalidnosti .....	33
3.1.2. Modeli invalidnosti.....	37
3.2. Definicije invalidnosti i osoba s invaliditetom.....	41
3.3. Klasifikacija invalidnosti.....	44
3.4. Epidemiologija invalidnosti .....	47
3.5. Rezime pojmovnog određenja osoba s invaliditetom .....	50
IV DOMENE KVALITETA ŽIVOTA I OSOBE S INVALIDITETOM; OSVRT NA STANJE U BOSNI I HERCEGOVINI.....	51
4.1. Fizičko stanje osoba s invaliditetom .....	52
4.1.2. Osvrt na fizičku domenu kvaliteta života osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini .....	54
4.2. Psihološko stanje osoba s invaliditetom.....	55
4.2.1. Osobe s invaliditetom u Bosni i Hercegovini i psihološko stanje kao domena kvaliteta života .....	57
4.3. Društveni odnosi .....	58
4.3.1. Društveni odnosi osoba s invaliditetom u BiH.....	60
4.4. Okolina.....	61
4.4.1. Okolina kao domena kvaliteta življenja osoba s invaliditetom u BiH.....	65
4.5. Diskriminacija .....	70
4.5.1. Diskriminacija osoba s invaliditetom u BiH .....	71
4.6. Kontrola.....	73
4.6.1. Osobe s invaliditetom i kontrola nad životnom u BiH .....	74
4.7. Inkluzija.....	76
4.7.1. Inkluzija osoba s invaliditetom u BiH .....	79

4.8. Rezime odnosa domena kvaliteta života i invaliditeta i osvrt na stanje u BiH .....	82
V REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	84
VI ZAKLJUČNA RAZMATRANJA .....	114
KORIŠTENA LITERATURA .....	118
PRILOG .....	126
IZJAVA O AUTENTIČNOSTI RADA.....	133

## **Skraćenice**

BDP- Bruto društveni proizvod

BiH-Bosna i Hercegovina

EQ-5D-5L- EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels; Evropski upitnik kvalitete života

EU- Evropska unija

FBiH- Federacija Bosne i Hercegovine

HDI-Human Development Index; Indeks ljudskog razvoja

HPI- Happy Planet Index; Indeks sretnog planeta

HPL- Happy Life Years; Indeks sretnih godina života

IWI- International Well-being Index; Međunarodni indeks dobrobiti

RS- Republika Srpska

UN- United Nations; Ujedinjene nacije

WHO- World Health Organization; Svjetska zdravstvena organizacija

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Upitnik kvaliteta života Svjetske zdravstvene organizacije

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life Questionnaire- Short Form; Upitnik kvaliteta života Svjetske zdravstvene organizacije- Kraća verzija

WHOQOL-DIS- World Health Organization Quality of Life Disabilities Module; Upitnik kvaliteta života osoba s invaliditetom Svjetske zdravstvene organizacije

ZDK- Zeničko-dobojski kanton

## **Popis tabela i grafikona**

Tabela 1 *Domene i aspekti kvaliteta života WHO*

Tabela 2 *Formule za izračunavanje rezultata domena WHOQOL-BREF*

Tabela 3 *Koncizne karakteristike modela invalidnosti*

Tabela 4 *Praktični primjeri modela invalidnosti u životnim situacijama*

Tabela 5 *Stanovništvo prema statusu invaliditeta, spolu, i općinama u ZDK*

Tabela 6 *Prosječni odgovori na anketna pitanja*

Tabela 7 *Prikaz aritmetičke sredine zadovoljstva kvalitetom života i domenama kvaliteta života WHOQOL-BREF na osnovu rezultata istraživanja*

Tabela 8 *Prikaz aritmetičke sredine negativnog utjecaja invaliditeta na svakodnevni život i domenama kvaliteta života WHOQOL-DIS na osnovu rezultata istraživanja*

Grafikon 1: *Struktura ispitanika prema spolu*

Grafikon 2: *Struktura ispitanika prema starosnoj dobi*

Grafikon 3: *Struktura ispitanika prema vrsti invalidnosti*

Grafikon 4: *Subjektivna procjena kvaliteta života od strane osoba s invaliditetom*

Grafikon 5: *Zadovoljstvo zdravljem osoba s invaliditetom*

Grafikon 6: *Fizička bol kao prepreka u izvršavanju obaveza*

Grafikon 7: *Neophodnost medicinskog tretmana u svakodnevnom životu*

Grafikon 8: *Procjena uživanja u životu*

Grafikon 9: *Smislenost života osoba s invaliditetom*

Grafikon 10: *Sposobnost koncentrisanja kod osoba s invaliditetom*

Grafikon 11: *Fizička sigurnost u svakodnevnom životu osoba s invaliditetom*

Grafikon 12: *Fizičko okruženje osoba s invaliditetom*

Grafikon 13: Nivo energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kod osoba s invaliditetom

Grafikon 14: Percepcija osoba s invaliditetom o svom fizičkom izgledu

Grafikon 15: Finansijska sredstva osoba s invaliditetom

Grafikon 16: Dostupnost potrebnih informacija osobama s invaliditetom

Grafikon 17: Prilike za učešće osoba s invaliditetom u slobodnim/rekreativnim aktivnostima

Grafikon 18: Sposobnost kretanja osoba s invaliditetom u njihovoj okolini

Grafikon 19: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom spavanjem

Grafikon 20: Sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kod osoba s invaliditetom

Grafikon 21: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom njihovom radnom sposobnošću

Grafikon 22: Samopouzdanje kod osoba s invaliditetom

Grafikon 23: Zadovoljstvo društvenim odnosima osoba s invaliditetom

Grafikon 24: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom njihovim seksualnim životom

Grafikon 25: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom podrškom od strane prijatelja

Grafikon 26: Stambeni uslovi osoba s invaliditetom

Grafikon 27: Dostupnost medicinskih usluga osobama s invaliditetom

Grafikon 28: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom prijevoznim sredstvima

Grafikon 29: Učestalost negativnih osjećaja kod osoba s invaliditetom

Grafikon 30: Utjecaj invaliditeta na svakodnevni život

Grafikon 31: Diskriminacija osoba s invaliditetom od strane drugih

Grafikon 32: Neophodnost zagovaranja u slučaju problema za osobe s invaliditetom

Grafikon 33: Promišljanje o budućnosti osoba s invaliditetom

Grafikon 34: Osjećaj kontrole nad životom kod osoba s invaliditetom

Grafikon 35: Mogućnost izbora prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti osoba s invaliditetom

Grafikon 36: Autonomno djelovanje osoba s invaliditetom

Grafikon 37: Sposobnost komunikacije osoba s invaliditetom s drugima

Grafikon 38: Osobe s invaliditetom i društvena prihvatljivost

Grafikon 39: Poštovanje osoba s invaliditetom od strane drugih

Grafikon 40: Uključenost osoba s invaliditetom u društvene aktivnosti

Grafikon 41: Socijalna inkluzija osoba s invaliditetom

Grafikon 42: Lični potencijal osoba s invaliditetom

## UVOD

Osobe s invaliditetom predstavljaju „najveću manjinu“ u svijetu. Svjesna činjenice da svaka manjina u bosanskohercegovačkom društvu u većoj ili manjoj mjeri zapostavljena i diskriminirana, izuzetno je važno ispitati položaj osoba s invaliditetom kako bi se dobile tačne informacije o stanju istog a što bi u konačnici doprinijelo njegovom poboljšanju. Jedan od pokazatelja stanja osoba s invaliditetom jeste svakako zadovoljstvo kvalitetom života. Kvalitet života je kompleksan pojam, sačinjen od više dimenzija, objektivnih (oni događaji i uslovi koji pomažu pojedincima da postignu svoje ciljeve) ili subjektivnih pokazatelja (koji se prvenstveno očituju u ličnim procjenama pojedinca a uslovljeni su njegovim sistemom vrijednosti). Može se opće definisati (procjena zadovoljstva ili nezadovoljstva samim kvalitetom života); definisati s kombinacijom istraživačke i neistraživačke sposobnosti (kada želimo doći do specifičnih ciljeva ali ne uključujući više domena kvaliteta života); može se opisati kroz fokusirane definicije kojima se obuhvaća manji broj domena; te kroz definisanje više domena kvaliteta života, njihovu strukturu i međudnos. Za potrebe ovog rada koristit ćemo definiciju Svjetske zdravstvene organizacije (1996), koja se bazira na subjektivnim indikatorima, odnosno na procjeni samog pojedinca o njegovom životu, gdje se u obzir uzimaju njegovo okruženje, očekivanja, standardi i slično. Svjetska zdravstvena organizacija sačinila je nekoliko instrumenata za mjerenje kvaliteta života a u ovom radu odlučila sam se koristiti njihove upitnike *WHOOQL-BREF* i *WHOQOL-DIS*, kojima se kvalitet života osoba ispituje kroz domene fizičkog zdravlja, psihološkog stanja, društvenih odnosa, okoline, diskriminacije, kontrole i inkluzije s odgovarajućim aspektima unutar njih.

Budući da značajnu ulogu u procjeni kvaliteta života osoba s invaliditetom igra njihovo oštećenje/invaliditet/hendikep, domena diskriminacije, kontrole i inkluzije u najvećoj mjeri se dovodi upravo s njihovim invaliditetom. Odnos prema osobama s invaliditetom se kroz historiju mijenjao, razvijao, te trenutno „stigao“ do modela ljudskih prava koji promovise prvenstveno urođeno dostojanstvo svakog ljudskog bića. No, postavlja se pitanje, koliko je okolina osoba s invaliditetom zapravo praktično usvojila taj model. Ta okolina uključuje prvenstveno porodicu osobe s invaliditetom, prijatelje, kreatore politika i zakona, odnosno sve one aktere koji nam služe kao izvor podrške (ne samo osobama s invaliditetom već i općoj populaciji).

Dosadašnja istraživanja koja se tiču kvaliteta života (spomenuta u radu), provedena u svijetu, regiji i Bosni i Hercegovini, ukazuju da su osobe s invaliditetom u određenoj mjeri

uglavnom nezadovoljne većim brojem domena kvaliteta života. Samo oštećenje za osobe može predstavljati značajnu poteškoću te se osobe ponekad nisu u stanju nositi s istim. U takvim trenucima jako je važno da osoba raspolaže, njom važnim, resursima koji će joj pomoć u prihvatanju njenog stanja i njegovom poboljšanju. Sudeći po rezultatima prethodno provedenih istraživanja, takvi resursi u dosta slučajeva izostaju, čime se i kvalitet života osoba s invaliditetom smanjuje. Stoga, put ka boljem kvalitetu života leži u raspoloživosti resursa socijalne podrške.

Rad se sastoji od pet poglavlja. Prvo poglavlje predstavlja metodološki okvir rada koji služi kao osnov za provođenje empirijskog dijela rada. Drugo poglavlje odnosi se na fenomen kvaliteta života i njegov historijski razvoj. Također, predstavljeno je subjektivno i objektivno poimanje kvaliteta života, te neke od definicija koje su proizašle iz takvih poimanja. Budući da se fenomen kvaliteta života dosta razvio, došlo je i do pojave različitih instrumenata za njegovo mjerenje, a u radu je predstavljeno nekoliko najpoznatijih. Treće poglavlje odnosi se na same osobe s invaliditetom. Teorijski je predstavljen društveni odnos prema osobama s invaliditetom kroz historiju, te modeli invalidnosti (model milosrđa, medicinski model, socijalni model i prethodno spomenuti model ljudskih prava). Date su definicije i klasifikacija invalidnosti. Obzirom da se istraživanje za izradu rada provodilo na teritoriji Zeničko-dobojskog kantona, predstavljena je epidemiologija invalidnosti u ovom kantonu s osvrtom na stanje u svakoj općini. U četvrtom poglavlju predstavljen je kvalitet života osoba s invaliditetom na osnovu postojećih podataka, politika, zakona i istraživanja. Obuhvaćeno je prethodnih sedam domena s njihovim aspektima, te je dat osvrt na stanje u Bosni i Hercegovini za svaku od njih. Na kraju predstavljeni su rezultati provedenog istraživanja prikupljeni na osnovu upitnika Svjetske zdravstvene organizacije, a do kojih se došlo zahvaljujući ispitanicima i rukovodstvu sljedećih udruženja, centara i organizacija: *Udruženje paraplegičara i oboljelih od dječije paralize*, Zenica; *Udruženje DLAN*, Zenica; *Streljački klub osoba s invaliditetom*, Maglaj; *Savez slijepih boraca ZDK, JU Penzionerski dom sa stacionarom ZDK, Organizacija RVI Zenica; Organizacija RVI Maglaj* i *Invalidski odbojkaški klub „Auto servis Huso“* Maglaj. Također na kraju su data zaključna razmišljanja o temi.

Osjećati se zadovoljno vlastitim životom ključ je svakog prosperiteta. Stoga, pitanje kvaliteta života tiče se svakoga nas. Neki kvalitet svog života „ostvaruju“ brže, dok je drugima potrebno više vremena ali i podrška zajednice. Osobama s invaliditetom potrebna je socijalna podrška i pomoć a moralna je i zakonska dužnost odgovoriti na njihove potrebe vezane za kvalitet njihovog života.

# I METODOLOŠKI OKVIR RADA

## 1.1. Problem istraživanja

Osobe s invaliditetom suočavaju se sa različitim teškoćama i problemima za čije rješavanje im je potrebna pomoć i podrška. Jedan od tih problema je svakako i *stanje kvalitete života osoba s invaliditetom uzimajući u obzir fizičku domenu, psihološku domenu, nivo samostalnosti, okolinu koja ih okružuje, individualna/duhovna/religijska uvjerenja ali i same društvene odnose*. Stanje kvaliteta života osoba s invaliditetom obuhvata široko područje društvene problematike. Područje kvaliteta života tiče se područja zdravstva, područja socijalnog rada te područja psihologije. Kvalitet života osoba s invaliditetom prožima njihovu svakodnevnicu te u velikoj mjeri utječe na njihovo zadovoljstvo samim sobom. Struktura problema istraživanja odnosi na skoro sve aspekte domena kvaliteta života. Također problem predstavlja i stanje podrške (formalne i neformalne) koja se pruža za postizanje zadovoljavajuće kvalitete života. Ispitivajući zadovoljstvo kvalitetom života osoba s invaliditetom i otkrivajući na koji način društvena podrška utječe na taj kvalitet može se doći do važnih saznanja koji će poboljšati dobrobit ove populacije.

Uzimajući u obzir „*kriterije za značaj problema: rasprostranjenost, trajanje, tendencija i uticaja i uticanja, kao i svojstva istraživanja*“ (Termiz 2022: 296-297) može se zaključiti da je problem istraživanja itekako značajan budući da se radi o velikoj socijalnoj grupi osoba čije je stanje poprilično dugotrajno što ima utjecaj na kvalitet njihova života, što se u konačnici i problematizira.

## 1.2. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja odnosi se na kvalitet života osoba s invaliditetom, uzimajući u razmatranje navedene domene kvaliteta života i nivoa njihove ostvarenosti. Drugačije rečeno, predmet istraživanja ovog rada biti će ispitivanje da li su i u kojoj mjeri ostvareni uslovi za zadovoljavanje fizičkih i psiholoških potreba osoba s invaliditetom, u kojoj mjeri je osobama s invaliditetom pružena prilika da samostalno djeluju, kakve su im društvene prilike i odnosi sa okolinom uzimajući u obzir njihove individualne procjene različitih aspekata kvalitet života. U istraživanju nastojat će se ispitati na koji način invalidnost utječe na fizičko funkcioniranje osoba, psihološko stanje (uključujući njihovo emocionalno i mentalno zdravlje, samopoštovanje, mehanizme suočavanja i slično). Pored toga, vršiti će se procjena

nivoa samostalnosti (uključujući životne aktivnosti osoba s invaliditetom, njihovo oslanjanje na podršku drugih), njihove socijalne mreže i aktivnosti u zajednici, pristupačnosti same okoline. Uzimajući u obzir navedeno važno je raditi na stvaranju uslova za poboljšanje kvalitete života, uključiti sve relevantne subjekte koji će poduzeti aktivnosti vođene glavnim interesima i ciljevima (to jeste upravo poboljšanje kvaliteta života osoba s invaliditetom) u skladu s najboljim metodama rada da bi se postigli poželjni efekti, koji između ostalog uključuju poboljšanje zakonodavnog okvira koji tretira ovu kategoriju, bolju pristupačnost okoline kroz uklanjanje različitih barijera, jednako uključivanje u svakodnevne aktivnosti koje osobe s invaliditetom procjenjuju da su važne za kvalitet njihova života.

### **1.3. Vremensko određenje predmeta istraživanja**

Obzirom da je kvalitet života dinamična i multidimenzionalna pojava koju je teže mjeriti i pratiti u dužem vremenskom periodu, istraživanje će obuhvatiti period od jedne godine, odnosno podatke vezane za 2022. godinu.

### **1.4. Prostorno određenje predmeta istraživanja**

Navedeni predmet istraživanja odnosi se na područje Zeničko-dobojskog kantona.

### **1.5. Disciplinarno određenje predmeta istraživanja**

Istraživanje je intradisciplinarno a ostvaruje se prvenstveno u okviru discipline socijalnog rada s osloncem na saznanja iz drugih nauka, prvenstveno socijalne psihologije, pedagogije i politologije.

### **1.6. Naučni i društveni ciljevi istraživanja**

Krajnji naučni cilj rada je naučna eksplikacija, koja se odnosi se na naučno saznanje o konkretnom stanju kvaliteta života osoba s invaliditetom na području Zeničko-dobojskog kantona, stanju raspoložive podrške i mogućnosti koje se nude osobama s invaliditetom kako bi poboljšali kvalitet svoga života. Naučna eksplikacija integriše i naučnu deskripciju (u smislu objašnjenja šta to suštinski podrazumijeva kvalitet života), naučnu klasifikaciju i tipologizaciju, (odnosi se na domene i aspekte kvalitete života osobe s invaliditetom imaju,

odnosno nemaju problem), te naučno otkriće (odnosi se na nove spoznaje do kojih će se doći nakon provedenog istraživanja u kontekstu stvarnog stanja kvalitete života osoba s invaliditetom).

Društveni cilj rada prvenstveno je dati osnovne informacije o kvalitetu života osoba s invaliditetom, odnosno o stanju svih domena kvaliteta života, čime će se afirmirati važnost zadovoljenja potreba koje ova kategorija osoba procjenjuje važnim, te uklanjanju svih prepreka na putu prema prihvatljivom kvalitetu života, koji je definiran međunarodnim standardima, te poduzimanje konkretnih aktivnosti kako bi osobama s invaliditetom bila pružena prilika da svoj život žive jednako kao i „ostali“.

## **1.7. Sistem hipoteza i indikatora**

### ***1.7.1. Generalna hipoteza***

Osobe s invaliditetom kvalitet svog života percipiraju na negativan način što utječe na njihovo zadovoljstvo svakodnevnicom, a njihovu percepciju je moguće poboljšati jednakim pristupom svim sistemima koje ih okružuju, saradnjom i socijalnom podrškom svih važnih aktera, koji služe kao izvori formalne i neformalne podrške.

### ***1.7.2. Posebne hipoteze***

1. Invaliditet uzrokuje brojne probleme fizičke prirode što utječe na negativnu percepciju kvalitete života osoba s invaliditetom.
2. Negativni osjećaji s kojima se osobe s invaliditetom vrlo često susreću, a koji su izazvani njihovim stanjem, jedan su od uzroka lošije kvalitete njihovog života.
3. Slaba socijalna podrška i loši društveni odnosi osoba s invaliditetom dovode do nezavidnog standarda kvaliteta života.
4. Prilike i mogućnosti koje okolina pruža osobama s invaliditetom su oskudne što izaziva nezadovoljstvo kod osoba s invaliditetom.
5. Osobe s invaliditetom su, skoro svakodnevno, suočene s različitim tipovima diskriminacije i socijalne ekskluzije koji dovode do osjećaja beznadežnosti, što u konačnici implicira i lošiji kvalitet života ove socijalne skupine.
6. Kvalitet života osoba s invaliditetom u velikoj mjeri je mjeri uslovljena ograničenim mogućnostima izbora i kontrole u raznim domenama svakodnevnog života.

### **1.7.3. Indikatori**

Gore navedene hipoteze determinisane su pismenim i usmenim iskazima o problemu od strane osoba s invaliditetom ali i relevantnih organizacija i institucija, postojećim pismenim analizama stanja, strategijama, akcionim planovima, te relevantnom naučnom i stručnom literaturom, i postojećim upitnicima koji omogućavaju procjenu kvalitete života.

## **1.8. Naučni pristup i metode istraživanja**

### **1.8.1. Vrsta i tip istraživanja**

Rad se temelji na osnovama empirijskog i teorijskog istraživanja. Kada je riječ o teorijskim osnovama istraživanja, prije svega se misli na pribavljanje dostupnih podataka vezanih za različite aspekte kvaliteta života osoba s invaliditetom i njihove interpretacije u teorijskom smislu. S druge strane, empirijsko istraživanje odnosi se na provođenje praktičnog istraživanja i interpretaciju pribavljenih podataka.

### **1.8.2. Metode**

U svrhu izrade master teze, koristiti će se općenaučne metode, osnovne metode i metode za pribavljanje podataka. Kada je riječ o općenaučnim metodama, koristit će se hipotetičko-deduktivna metoda (pomoću koje će se formirati fond postojećih saznanja o temi, njihovo razumijevanje i komparacija), statistička metoda (za interpretaciju statističkih podataka do kojih će se doći provedenim istraživanjem), te komparacija (pribavljenih podataka). Od osnovnih metoda koristit će se prvenstveno analiza ali i indukcija i dedukcija. Kada govorimo o metodama pribavljanja podataka to je u prvom redu metoda ispitivanja (anketa kao njena važna tehnika) Pored metode ispitivanja koristit ćemo se i metodom analize sadržaja dokumenata važnih za ovo područje.

## **1.9. Naučna i društvena opravdanost istraživanja**

Uzimajući u obzir činjenicu da je krajnji cilj rada ostvarivanje naučne eksplikacije (a naučna eksplikacija obuhvata i naučnu deskripciju, naučnu klasifikaciju i tipologizaciju kao i naučno otkriće), odnosno otkrivanje uzročno-posljedičnih veza u ovom području u znatnoj mjeri opravdava naučnost ovog istraživanja. Saznanja koja bi proistekla iz istraživanja u velikoj mjeri produbila bi već postojeća saznanja o predmetu istraživanja (budući da se jako

malo istraživanja bavi cjelokupnom tematikom kvaliteta života osoba s invaliditetom; ona su uglavnom bazirana na segmentarne dijelove). Kada govorimo o naučno opravdanom istraživanju, to je istraživanje „*koje doprinese produblivanju, proširivanju, pouzdanosti i primjenjivosti naučnog saznanja o predmetu ili metodu nauke, odnosno o predmetu ili metodama istraživanja-ili o oboma*“ (Termiz 2022: 337). Podaci koji bi proistekli iz istraživanja mogu se smatrati verifikatornima i mogu poslužiti kao stimulacija za buduća istraživanja u ovoj oblasti.

Kada govorimo o društvenoj opravdanosti istraživanja, ona prvenstveno proizlazi iz doprinosa u rješavanju problema (Termiz 2022). Osobe s invaliditetom suočene su s brojnim teškoćama u svom svakodnevnom životu. *Analiza potreba, prava i položaja osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini* (2017) formirana je na osnovu pretpostavke da su adekvatne mjere usmjerene na stanje potreba osoba s invaliditetom najvažniji zadatak za države, te da ova kategorija nije zadovoljna trenutnim mjerama. U nadi da će istraživanje doprinijeti poboljšanju mjera usmjerenih na kvalitet života i zadovoljavanju potreba osoba s invaliditetom leži njegova društvena opravdanost. Mimo samih mjera, rezultati istraživanja trebali bi doprinijeti individualnoj i društvenoj akciji svih osoba koje se ovo pitanje tiče (a kao članovi društva u čijem ukupnom broju se nalazi veliki procenat osoba s invaliditetom, može se reći da se tiče većine).

## **1.10. Kategorijalno-pojmovni sistem**

### Kvalitet života

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (1996), kvalitet života se definiše kao percepcija pojedinaca o svom životu, uzimajući u obzir kulturu i sistem vrijednosti u kojem žive, te svoja očekivanja, brige, standarde i ciljeve.

### Osoba s invaliditetom

U Konvenciji Ujedinjenih nacija o pravima osoba s invaliditetom, član 1 stav 2, stoji da su osobe s invaliditetom „*osobe koje imaju dugotrajna fizička, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja i koja u interakciji s različitim barijerama mogu ometati njihovo puno i djelotvorno sudjelovanje u društvu ravnopravno s ostalim članovima tog društva*“ (Poseban izvještaj o pravima osoba s invaliditetom 2010: 6).

### Objektivni pokazatelji kvaliteta života

Objektivni pokazatelji kvaliteta života predstavljaju životne uslove i događaje koji relativno i koji pojedincu olakšavaju/otežavaju postizanje, njemu relevantnih ciljeva. U objektivne pokazatelje, između ostalih spadaju bruto društveni proizvod, prihodi, znanje, sigurnost i stopa siromaštva.

### Subjektivni pokazatelji kvaliteta života

Subjektivni pokazatelji kvaliteta života odnose se na ličnu procjenu pojedinca vezanu za zadovoljstvo životom, koja je uglavnom uslovljena sistemom vrijednosti tog pojedinca. U subjektivne pokazatelje najčešće ubrajamo zadovoljstvo i sreću, ali i osjećaj pripadnosti zajednici, učešće u slobodnim aktivnostima, odnosi s porodicom i slično.

### Socijalna podrška

Socijalna podrška definirana je kao „*multidimenzionalni konstrukt koji uključuje fizičku i instrumentalnu pomoć, dijeljenje resursa i informacija te emocionalnu i psihološku pomoć. Socijalna podrška odnosi se na percipiranu brigu, poštivanje ili pomoć koju osoba prima od drugih ljudi ili grupa*“ (Milić-Babić 2019: 15)

## II POJMOVNO ODREĐENJE KONCEPTA KVALITETA ŽIVOTA

### 2.1. Historijski pregled razvoja koncepta kvalitete života

Kao što je već ranije naznačeno, kvalitet života predstavlja višedimenzionalan koncept čija se višedimenzionalnost ogleda prvenstveno u njegovim različitim domenama i aspektima. Još jedna karakteristika te višedimenzionalnosti ogleda se u samom razvoju koncepta kvalitete života što je dovelo do različitih definicija. Prije nego se došlo do izraza „kvalitet života“, koristili su se različiti termini kao što su: „utilitarizam“ „sreća“, „sretan život“, „dobar život“, „dobrobit“ i slično, no važno je napraviti razliku između tih koncepata i koncepta kvalitete života, koji je u odnosu na navedene termine višedimenzionalan.

Značajnija pažnja konceptu kvaliteta života poklanja se u drugoj polovini dvadesetog stoljeća ali zanimanje za stanje života i postizanje zadovoljstva i sreće u životu veže se za četvrto stoljeće, konkretnije za Epikura i Aristotela. Epikur, poznat po zagovaranju hedonizma, razlikuje dinamičke i statičke vrste užitka, dinamičkom prethodi napor, dok statički, kojemu bi trebalo težiti, predstavlja užitak bez ikakvog truda (Mišura, 2011). S druge strane, Aristotel je bio taj koji je napravio distinkciju između života i njegove kvalitete, gdje je kvaliteta života kategorija koja naglašava razliku između življenja i dobrog življenja (Lopez Noval, 2016). Aristotelov koncept kvalitete objašnjava razmatranje određene pojave kao dobre, loše, bolje ili loše, što jasno implicira da se pojam kvaliteta života pojavio i prije dvadesetog stoljeća, istina u nešto drugačijem obliku. Integrirajući različite aspekte čovjekova života (poput vrijednosti, osjećaja, blagostanja, političke moći, vanjskih dobrobiti, intelektualne vrline), Aristotel nudi vlastito razumijevanje čovjekova života, kao višedimenzionalne stvarnosti s jedne, te dobrog i sretnog života s druge strane (Lopez Noval, 2016). Samim time, da se zaključiti da onoga trenutka kada čovjek raspolaže navedenim dobrima/aspektima njegov život je kvalitetan i on može ispunjavati svoje osnovne funkcije, a kvalitetan život po Aristotelu, nije bilo moguće postići izvan/bez države.

Uslijed društvenih i ekonomskih transformacija u kasnom srednjem i ranom novom vijeku dolazi do novih ideja o konceptu kvalitete života. Posebno značajan za ovaj period bio je Thomas More koji zastupa stav da kvalitet života ovisi od zadovoljavanja određenih osnovnih ljudskih potreba (McKenna, Doward, 2004). Kao glavne „krivce“ za loš život, More navodi društvene i institucionalne uslove s jedne, te nedostatak intrinzične motivacije, odnosno one motivacije koju osoba pronalazi u samoj sebi, s druge strane. Pored ovog More, kao loš utjecaj na kvalitet života navodi nezaposlenost, starost, bolest i sistem socijalne sigurnosti. Njegove ideje kasnije možemo naći i u djelovanju Roberta Ovena, socijaliste-

utopiste koji je uvidio važnost humanizacije i društva i rada (Buljubašić, 2012). Slično viđenje kvalitet života, u smislu intrinzične motivacije, kao More, imao je filozof i teolog Tommaso Campanella. On smatra da osobe djeluju bez unutrašnje motivacije što je veliki problem za teoriju dobrog života ali i ožiljava Aristotelov optimizam o ljudskoj prirodi iz koje, uz odgovarajuće društveno uređenje, mogu proizaći osobe koje su usmjerene na zajednicu umjesto na lične interese (Lopez Noval, 2016). Za Campanella intrinzična motivacija je naročito važna za dvije sfere života, posao i rad, jer se poslom dolazi do blagostanja čime se budi motivacija i zainteresiranost za istim, a zdravlje vidi kao rezultat kvalitetnih navika i životnog stila pojedinaca.

Doprinos razvoju koncepta kvalitete života dao je i Francis Bacon u svom nedovršenom djelu „*Nova Atlantida*“ (1627) u kojem navodi da je svijet moderne tehnologije i nauke uređen tako da je ljudski život lakši za podnijeti i da doprinese uživanju. Taj „moderna svijet“ biti će posljedica prevazilaženja siromaštva, a kao način prevazilaženja, za Bacona važan materijalni napredak koji se mora ostvariti u svim domenama života, dok je etički pristup (koji je posebno zagovarao Aristotel) bio važan samo unutar porodice. Prepoznavanje važnosti tehnologije, medicine, materijalne dobrobiti, i učenja (Serjeantson, 2002) općenito za superiornosti, u dijelu u kojem on govori o nadmoći stanovnika utopijskog grada Nove Atlantide nad Evropljanima, govori o avangardističkom stavu Bacona, te njihovom utjecaju na kvalitet života.

Pojavom prosvjetiteljstva u sedamnaestom i osamnaestom stoljeću, dolazi do mijenjanja društvene svijesti o životu. U periodu kada je moć crkve bila izuzetna a razmišljanje o pozitivnim stvarima ne tako prihvatljivo, prosvjetitelji u pitanje dovode takva i slična načela. Oni smatraju da je važno posvetiti se obrazovanju, građanskoj jednakosti i političkoj slobodi u cilju postizanja promjena i dolaska do sreće (još jednom se vidi utjecaj Aristotela u kreiranju onoga što se smatra kvalitetnim životom). Za vrijeme prosvjetiteljstva, u fokusu istraživanja kvalitete života „običnih“ ljudi bilo je težište da oni imaju savršenu prirodu podložnu razvoju u kontekstu slobode (Lopez Noval, 2016). Prosvjetitelji su se nastojali osloboditi stega crkve i postići sreću, napredak, razumijevanje prirodnog svijeta a što se temelji prvenstveno na razumu.

U razumijevanju kvalitete života, važno je uzeti u obzir i Kantovo razmišljanje o dobrom životu, a koje se baziralo na racionalnim analizama i kritičkom mišljenju. Kant je zastupao stav da je čovjekovo razumijevanje svijeta oko njega određeno njegovim iskustvima i uvjerenjima o svijetu. Ljude je vidio kao osobe koje imaju kontrolu i autonomiju nad svojim

odlukama, radnjama i izborima, te slobodu da žive na način na koji im odgovara. U svom djelu „*Kritika čistog uma*“ (1787) govori o tome da bismo trebali težiti da živimo dobar život, radeći ono što volimo, bivajući aktivnim i imajući osjećaj svrhe (Oppong, 2022). Dobar život moguće je postići i empatijom i izbjegavanjem nanošenja štete drugima. Za Kanta, dobar život je onaj koji je ugodan i koji ima svoj smisao. Čovjek treba raditi ono u čemu uživa, u suprotnom to što radimo nije vrijedno a smisao svog života pronalazi u aktivnostima koja su u skladu s prioritetima i vrijednostima koje osoba propagira.

Jeremy Bentham, engleski filozof i pravnik, jedan je od prvih koji je uveo ekonomsku dimenziju odnosno blagostanje u shvatanje kvaliteta života. On je smatrao da je ključna stvar u ostvarivanju sretnog života postizanje zadovoljstva, te izbjegavanje bola i nesreće. Lopez Noval (2016: 163) navodi kako Bentham izvor sretnog života vidi u uživanju materijalnih dobara i usluga. Društveni odnosi i drugi ljudi su prema Benthamu samo sredstvo za postizanje materijalnih zadovoljstava. Kako bi što brže stigli do materijalnih užitaka, ljudi teže da zaposle svoje bližnje kako bi se njegovo blagostanje umnožilo. Iako se na ovaj način postiže empatija između onih osoba koje su na određen način bliske, naglasak je i dalje na tome da se konačno zadovoljstvo postiže materijalnim dobrima, koja se igrom slučaja dijele između bliskih osoba. Ovako utilitariističko viđenje sretnog života, u odnosu na prethodna shvatanja, akcentira suverenost individue, uzimajući u obzir da neke osobe su sposobnije od drugih. Za Benthama, dobra poput zdravlja, društvenih odnosa dijelom su određena prirodom a dijelom prihodima i bogatstvom.

Materijalna dimenzija kvalitete života, utemeljena od strane Benthama, nastavila se razvijati u ekonomskom pristupu razvoja koncepta kvaliteta života koji je uslijedio. Jedan od najznačajnijih predstavnika ovog razdoblja bio je engleski ekonomista Arthur Cecil Pigou koji je i prvi zapravo u izvornom obliku i spomenuo koncept kvaliteta života. U knjizi „*Ekonomija blagostanja*“ (1932: 11), Pigou navodi da je „*jedini očiti instrument mjerenja dostupan u društvenom životu novac*“. No, Pigou uviđa da sama informacija o visini prihoda nije adekvatan pokazatelj kvaliteta života. Da bi se postigla adekvatnost važno je biti informiran o načinu stjecanja novca, njegove upotrebe, potrošnje, dobivene robe i usluga i slično. Informacije o navedenome mogu dovesti do zaključka da postoje suprotne veze između dobivenog i utrošenog u smislu kvalitete života. Ključna aktivnost čovjekova života, prema Pigou, je zaposlenje, pa se posebna pažnja poklanja različitim psiho-fizičkim faktorima na poslu, kao što su monotonija, odnosi na poslu, status radnika, a koji mogu pozitivno/negativno utjecati na kvalitet života. On se također bavio i faktorima okoline na kvalitet života. Pigou govori o pozitivnim utjecajima života u materijalno adekvatnom

domaćinstvu tokom djetinjstva, razvoju intelektualnih i etičkih vrlina a naročito znanja. Ti vanjski faktori mogu doprinijeti materijalnoj dobrobiti pojedinaca, čak i ako se društvo smatra privremeno siromašnim. „*Okolina jedne generacije može proizvesti trajne efekte, jer može utjecati na okruženje budućih generacija*“ (Pigou, 1932: 113). Iako je dao značajan doprinos sa svojom ekonomskom dimenzijom razumijevanja kvalitete života, nekoliko je stavova koje je zastupao Pigou, kontroverzno. To je prvenstveno njegova sklonost eugenici i podržavanju mjera protiv razmnožavanja osoba s duševnim smetnjama, siromašnih osoba i osoba sklonih kriminalu (Lopez Noval, 2016). Vremenom, Pigou je razvio mišljenje da se negativne akcije i eksternalije trebaju korigirati poreznom politikom države. Iako se sedamdesetih godina češće koriste jednodimenzionalan pristup kvalitetu život, u smislu postignutog stepena zadovoljenih potreba, ipak javljaju se kritike na takav pristup.

Kao kritika na Pigouovu „*Ekonomiju blagostanja*“ pojavljuju se djela „*Poboljšava li ekonomski rast ljudsko zadovoljstvo? Nekoliko empirijskih dokaza*“ (1974) i kasnije „*Ekonomija sreće*“ (2004) Richarda Easterlina, profesore ekonomije. U spomenutim djelima Easterlin ispituje odnos između subjektivnog blagostanja (životno zadovoljstvo; sreća) i prihoda. On je opazio da iako su veći prihodi povezani sa višim razinama sreće unutar zemlje, ne postoji tendencija da će povećanje prosjeka prihoda pratiti povećanje prosječne razine sreće. Drugačije rečeno, bogatije države su sretnije od siromašnih, ali nema dokaza da se prosječna sreća u državi povećava kako se država bogati (Smith, 2014). Odnos između sreće i ekonomije posmatrao je i Amartya Sen. On postavlja pitanje zbog čega je dohodak važan. Prema Senu, dohodak je instrument koji pokazuje kakav standard života osoba može priuštiti odnosno, vrstu života koju osoba može da vodi i koji izbori i mogućnosti ima. Sen razlikuje pojmove funkcionisanja i mogućnosti. Funkcionisanje podrazumijeva ono što osoba jeste i što uspijeva učiniti, dok su mogućnosti izbori koji osobi stoje na raspolaganju. Sveukupna „*funkcioniranje*“ utječu na kvalitet života. Mogućnosti su s druge strane povezane sa materijalnim dobrima, u smislu da zahvaljujući materijalnim dobrima osobe mogu proširiti svoje sposobnosti, slobodu, osigurati adekvatnu ishranu, zdravstvenu zaštitu, obrazovanje, socijalnu sigurnost i slično (Lopez Noval, 2016). Prema, Senu navedene mogućnosti trebale bi biti dostupne cijeloj populaciji.

Da se zaključiti da se rasprava o konceptu kvalitete života razvijala kroz historiju, te da je shodno obilježjima različitih historijskih perioda, poprima različite oblike i shvatanja. Iako se i danas, u savremenom kontekstu, prepoznaju temelji prvobitnih spoznaja o kvalitetu života, važno je posvetiti pažnju savremenom shvatanju kvalitete života. Početak savremenog

shvatanja počinje sedamdesetih godina prošlog stoljeća zahvaljujući zanimanju različitih organizacija i stručnjaka različitih struka za ovaj društveni fenomen.

## **2.2. Razvoj objektivnog i subjektivnog shvatanja kvaliteta života**

Prije nego što pristupimo definiranju kvalitete života, potrebno je skrenuti pažnju na objektivne i subjektivne dimenzije razumijevanja koncepta kvalitete života. Kao što se moglo vidjeti u prethodnom poglavlju, kroz historiju veća se pažnja posvećivala objektivnim pokazateljima kvalitete života. Danas se, međutim, zastupa stav da bi objektivne pokazatelje trebalo kombinovati sa subjektivnim kako bi se postiglo najrelevantnije shvaćanje kvalitete života. Bitno je naznačiti da i subjektivni i objektivni pokazatelji imaju svoje prednosti i nedostatke. *„Njihova zajednička primjena umanjuje nedostatke pojedine vrste mjerenja i omogućuje alternativne poglede na kvalitetu života.“* (Slavuj, 2012: 84). Danas, kada se koriste samostalno primjetna je veća upotreba subjektivnih indikatora.

### **2.2.1. Objektivni pokazatelji**

Sedamdesetih godina prošlog stoljeća zanimanje za koncept kvalitete života je u porastu. Tokom početnih istraživanja o istom, naglasak se stavlja na objektivne pokazatelje, odnosno na one životne uslove koji relativno dugo traju zajedno s događajima koji pojedincu olakšavaju/otežavaju postizanje, njemu relevantnih ciljeva. U takve pokazatelje spadaju BDP, novac, društveni prihodi, stopa siromaštva (Slavuj, 2012), te znanje, sigurnost, odnosi s drugima i slično.

Važno je napomenuti da kvalitet života ne smije biti determinisan isključivo materijalnim dobrima, pa je važno u procjene istoga uključiti i druge pokazatelje. Prema Easterlinu (1974) ne postoji tendencija da će povećanje prosjeka prihoda pratiti povećanje prosječne razine sreće. Jednostavno rečeno, u bogatim zemljama stanje kvaliteta života neće se popraviti ako se prihodi osobe povećaju, međutim u siromašnim zemljama to bi mogao biti slučaj. Stručnjaci su došli do zaključka da *„nakon postizanja određene razine, dohodak i drugi objektivni pokazatelji slabo su povezani sa subjektivnim blagostanjem. Kada su zadovoljene osnovne materijalne potrebe, druge životne domene postaju mnogo važnije za subjektivno iskustvo kvalitete života.“* (Slavuj 2012: 75). Postalo je jasno da će se u procjene kvaliteta života morati uvesti i socijalni aspekti i domene. Iako je osamdesetih godina došlo do smanjenja korištenja objektivnih indikatora (usljed veće upotrebe subjektivnih

pokazatelja), devedesetih godina prošlog stoljeća, objektivni pokazatelji postaju aktuelni. Njihova ponovna upotreba rezultat je donošenja Agende 21, koju je usvojio UN i putem koje su države članice pozvane na razvoj indikatora održivog razvoja, kako na nacionalnom tako i na međunarodnom nivou, što će doprinijeti razumijevanju različitih dimenzija održivog razvoja, složenih interakcija između njih i olakšavanju donošenja političkih odluka usmjerenih na postizanje ciljeva održivog razvoja (United Nations Indicators of Sustainable Development, 2007). Bilo je jasno da će se za tu potrebu morati koristiti objektivni pokazatelji, jer ih je lakše uskladiti na svim nivoima u poređenju sa subjektivnim.

Objektivne pokazatelje lahko je definirati i smatraju se veoma važnim u procjeni onih aspekata kvalitete života koji se ne mogu mjeriti subjektivnim procjenama. S druge strane objektivni pokazatelji dovode do „*generalizacije prostornih podataka, odnosno problem ekološke pogreške (eng. ecological fallacy) koja se može pojaviti bez obzira na veličinu analizirane prostorne jedinice. Koliko god da je mala prostorna jedinica promatranja postoji mogućnost da će se uopćavanjem ili uprosječenjem rezultata izgubiti moguće razlike unutar prostornog entiteta*“ (Slavuj 2012: 78). To bi impliciralo, da se u obzir ne uzimaju razlike koje postoje između različitih socijalnih skupina, poput osoba s invaliditetom, skupina koje žive na marginama društva, onih skupina koje su bogatije u odnosu na ostatak društva, čime se „briše“ heterogenost kvalitete života, posebice kada je riječ o teritorijalno velikom prostoru. Još jedan nedostatak ogleda se u tome što postoje i subjektivne implikacije u objektivnim pokazateljima (ljudi npr. mogu manipulirati kakve će podatke o prihodima pružiti). Pored ovih pokazatelja, Slavuj (2012) navodi i korištenje surogativnih mjera<sup>1</sup>, teškoće u upoređivanju rezultata različitih istraživanja, ambivalentno značenje određenih indikatora<sup>2</sup>, pitanje vrjednovanja indikatora, nedostatak iskustvene dimenzije i determiniranost kvantitetom.

### **2.2.2. Subjektivni pokazatelji**

Jasno je da s obzirom na navedene nedostatke, isključivo oslanjanje na objektivne indikatore neće nužno dovesti do relevantnih podataka. Postalo je očito da surogatnim mjerama se ne postiže cilj mjerenja te se umjesto uvođenja istih pristupilo uvođenju novih

---

<sup>1</sup> Surogatnim mjerama nastoje se pojednostavniti određeni podaci- naprimjer korištenjem statističkih podataka, teoretskih promišljanja što i nije uvijek najbolja opcija (Slavuj 2012 kao primjer navodi činjenicu da podatak o broju policajaca nije pokazatelj jer ne daje informacije o većoj stopi kriminala niti o većem bogatstvu društva) jer se time dobije podatak o onome što je dostupno ali ne i o onome što se mjeri.

<sup>2</sup> Kao primjer navodi se da je posjedovanje automobila pokazatelj za dobrostojeće slojeve društva ali s druge strane može dovesti i do lošije kvalitete vazduha i ukazivati na nepostojanje odgovarajućeg javnog prijevoza, što onda izlaže društvo troškovima kupovine automobila.

dimenzija koje su uključivale subjektivne procjene pojedinaca. Stoga se preporučuje korištenje subjektivnih pokazatelja, odnosno njihovo kombiniranje s objektivnim pokazateljima.

Pod subjektivnim indikatorima podrazumijeva se lična procjena zadovoljstva životom pojedinaca a ona je uglavnom uslovljena sistemom vrijednosti pojedinca (Lučev, Tadinac 2008). Oni se najčešće odnose na sreću i zadovoljstvo kvalitetom života, ali i sa zadovoljstvo različitih domena i aspekata života za koje se smatra da utječu na njegov kvalitet. Ilić, Milić i Arandjelović (2010) u subjektivne pokazatelje ubrajaju: lične procjene, procjene društvenog stanja, sreću, zadovoljstvo životom i poslom, osjećaj pripadnosti okolini, odnose s porodicom, sigurnost, slobodne aktivnosti, itd. Ovako definisanim pokazateljima moguće je prikazati razlike između različitih socijalnih skupina, mjesta i vremena. Korištenje subjektivnih indikatora bilo je potaknuto shvaćanjem da emocije postoje i da kao takve itekako utječu na procjenu kvalitete života.

Glavne prednosti subjektivnih indikatora ogledaju se u spoznaji strukture i međudjelovanja raznih aspekata koji djeluju na kvalitet života, razumijevanje rasprostranjenosti (ne)zadovoljstva u zajednici, shvaćanje i kombiniranje različitih aspekata pomoću koji pojedinci evaluiraju kvalitet života. Također, subjektivni pokazatelji pružaju i mogućnost da se pažnja posveti određenim aspektima ili problemima koji negativno utječu na kvalitet života a koji pojedinci procjenjuju važnima, ali isto tako i onim aspektima koji vode pozitivnom evaluiranju. Pored toga, subjektivnim indikatorima naglašava se i sam pojedinac budući da je on kao takav najbolji pokazatelj života kojeg živi. On je direktni učesnik u svim aspektima i domenama kvalitete života i kao takav najpouzdaniji izvor informacija za procjenu svoje svakodnevnice.

Subjektivni pokazatelji sa sobom nose i određene nedostatke. Subjektivizmu može nedostajati objektivnost situacije. Slavuj (2012) kao primjer navodi da nezadovoljstvo izazvano niskim prihodima može biti rezultat očekivanja pojedinaca (a samim time ako su očekivanja pojedinaca niska zadovoljstvo može biti veće) bez obzira na objektivnu situaciju. Problematizira se i valjanost podataka dobivenih na osnovu subjektivnih procjena, jer se smatra da dosta ljudi ne razmišlja aktivno o kvaliteti života (ali osobe su vrlo često u stanju relevantno procijeniti uživaju li u životu ili ne). Kao i kod objektivnih pokazatelja, i kod subjektivnih se javlja nedoumica oko interpretacije. Sveobuhvatnost se također određuje kao problematično područje. Uzimajući u obzir da je nebrojeno aspekata uključeno u procjenu kvalitete života, teško je znati jesu li svi oni involvirani.

## 2.3. Pregled definicija koncepta kvalitete života

Uzimajući u obzir historijsku pozadinu i različite pokazatelje, jasno je da je kvalitet života posmatran na različite načine, te da uključuje različite dimenzije, domene i aspekte. Pitanje kvaliteta života vezan je za mnoga naučna područja, počevši od medicine, ekonomije, psihologije, socijalnog rada, itd. Svaka od navedenih nauka definisala je kvalitet života na različite načine. Tako se medicinski pristup definiranju kvaliteta života fokusira se na opće blagostanje pojedinaca (što podrazumijeva dobro zdravstveno stanje ali i život koji je smislen i ispunjen). „*Predmet društveno orijentisanih istraživanja kvaliteta života su struktura i sadržaj grupe, zajednice i društva, dok će psihološki orijentisani istraživači razmatrati neku od individualnih karakteristika kao što su blagostanje, mentalno zdravlje itd*“ (Ilić et al., 2010: 53). Psihološkim pokazateljima cilj je prikazati dobrobit pojedinaca, shodno podacima vezanim za osjećanja pojedinca i odnosa s drugima, dok se socijalnim pokazateljima daju podaci vezani za općenito zadovoljstvo kvalitetom života te sposobnostima prikladnog funkcioniranja u zajednici, društvu i slično. Različiti predmeti istraživanja doveli su do različitih definicija i različitih tipova definicija kvalitete života, koje će biti predstavljene u nastavku.

### 2.3.1. Tipologija definicija kvalitete života

Farquhar (1995) ponudio je trostruku tipologiju definicija kvalitete života. Prema Ilić et al., (2010), Farquhar u prvu kategoriju ubraja opšte definicije. One su najčešće, nisu specifikatorne kada je riječ o domenama života i uglavnom se odnose na procjenu zadovoljstva odnosno nezadovoljstva. Drugu kategoriju čine one definicije koje se definišu domene kvalitete života s potkategorijama istraživačke (kojima se žele postići specifični istraživački ciljevi) i neistraživačke specifičnosti (obuhvaćaju određen broj domena, ali nisu usmjerene na sve domene). I treću kategoriju čine fokusirane definicije. One su usmjerene na samu jednu domenu ili manji broj domena i dijele se na eksplicitne i implicitne. „*Eksplisitne se fokusiraju se na mali broj dimenzija, jako bitnih za kvalitet života, ali ne tako eksplicitnih dok se implicitne fokusiraju na jednu ili dvije dimenzije šireg koncepta kvaliteta života ali implicitno bez činjenja ovog jasnim.*“ (Ilić et al. 2010: 55).

Borthwick-Duffy, Widaman, Little i Eyman (1992) smatraju da postoje tri perspektive o kvalitetu života. Prva se odnosi na kvalitet života koji se definiše kao kvaliteta životnih uslova pojedinaca, druga kao pojedinčevo zadovoljstvo kvalitetom životnih uslova i treće kao kombinacija životnih uslova i zadovoljstva istim.

Taillefer, Dupuis, Roberge i Le May (2003) također nude trostruku tipologiju modela kvalitete života: konceptualni model, teorijski okvir i konceptualni okvir. Konceptualnim modelom se preciziraju dimenzije kvalitete života i njegova svojstva. Konceptualni okvir objašnjava i predviđa prirodu odnosa između dimenzija kvaliteta života. Teorijskim okvirom objašnjava se struktura dimenzija, njihov međudodnos, unutar teorije koje objašnjava te odnose te se smatra modelom koji nudi najbolje razumijevanje koncepta.

### **2.3.2. Definicije kvalitete života**

Obzirom na činjenicu da je kvalitet života višedimenzionalan koncept, ne postoji univerzalna definicija. Koncept kvaliteta života obuhvaća različite komponente (fizičke, psihološke, socijalne, bihevioralne) kojima različite nauke pristupaju na drugačiji način. Ono što je važno naznačiti za kvalitet života jeste da se on kreira te nije nešto što je jednostavno dobiveno.

Kvalitet života predstavlja neskladnost „između ostvarenih i nezadovoljenih potreba i želja pojedinca- što je veći nesrazmjer, lošija je kvaliteta življenja“ (Bratković, Rožman 2006: 102) te se poboljšava onda kada je osoba u stanju zadovoljiti, njoj važne potrebe u njoj važnim domenama. Iako su te domene/aspekti slični i povezani u većini definicija, kvalitet života je subjektivna stvar pojedinca i on ih „ocjenjuje“ shodno vlastitim preferencijama. Kvalitet života je također dinamičan proces podložan promjenama. Budući da se teorijski okvir smatra „najs sofisticiranijim“ modelom, u nastavku će biti izložene definicije koje svoje uporište imaju upravo u njemu

Prema Cumminsu definicija kvalitete života mora biti i subjektivan i objektivan i sačinjava ga sedam domena: „materijalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost, zajedništvo i emocionalno blagostanje. Subjektivni domeni obuhvataju ponderisane dimenzije prema njihovom značaju za pojedinca“ (Ilić et al. 2010: 55).

Emerson (1985) o kvalitetu života govori kao zadovoljenju vrijednosti, ciljeva i potreba pojedinaca kroz aktualizaciju njegovih sposobnosti ili životnog stila.

Meerberg (1993) definira kvalitet života kao osjećaj zadovoljstva vlastitim životom općenito, sposobnost procjenjivanja vlastitog života kao zadovoljavajućeg, prihvatljivo stanje mentalnog, fizičkog, socijalnog i emocionalnog zdravlja koje procjenjuje pojedinac uz objektivnu procjenu druge osobe da su životni uslovi pojedinca čiji se kvalitet života posmatra, primjereni i nisu opasni po život.

*„Kvalitet života je celokupno blagostanje, sastavljeno od objektivnih parametara i subjektivnih procena fizičkog, materijalnog, društvenog i emocionalnog blagostanja, uključujući stepen ličnog razvoja i svrsishodnih aktivnosti, sve ponderisano ličnom važnošću“ (Felce i Perry, 1995 prema Ilić et al., 2010).*

*„Koncept kvalitete života je multidimenzionalan i zavisi od ličnih i okolinskih faktora te njihovih interakcija. Riječ je o konceptu koji ima jednake komponentne za sve ljude te sadrži subjektivnu i objektivnu komponentu, a kvaliteta života povećava se samoodređenjem, izvorima, svrhom života i osjećajem pripadanja“ (Bandić, Brigić, Leutar 2020: 91).*

*„Galeša (1996) je stava da je pojam kvalitete življenja moguće definirati isključivo kroz motrište vanjskih faktora i uslova, a da ga je gotovo nemoguće definirati s doživljajnog gledišta.“ (Bratković, Rožman 2006: 102).*

*„Krizmanić i Kolesarić (1989) pod kvalitetom života podrazumijevaju subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva“ (prema Lovreković i Leutar 2010: 58).*

Statistički ured Evropske Unije (EUROSTAT) kvalitet života smatra širim pojmom od životnog standarda i ekonomske proizvodnje. Kvalitet života uključuje cijeli spektar faktora koji utječu na to šta ljudi cijene u životu, izvan čisto materijalnih aspekata, a grupisane su u osam dimenzija koje se odnose na mogućnosti osobe da slijedi dobrobit koju je sama procijenila važnom shodno vlastitim vrijednostima i prioritetima (EUROSTAT, 2015). U tih osam dimenzija spadaju: zdravlje, obrazovanje, materijalni uslovi života, produktivnost, ekonomska i fizička sigurnost, upravljanje i osnovna prava, socijalni odnosi i slobodno vrijeme, te prirodna i okolina života (uz dodatnu dimenziju cjelokupnog doživljaja života).

Jedna od najčešće korištenih definicija kvalitete života je ona koju dala Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization-WHO*) a koja glasi: „Kvalitet života je subjektivna percepcija osobe o njenom životu, uzimajući pri tome u obzir kulturu i sistem vrijednosti u kojima pojedinac živi a u skladu s njenim očekivanjima, brigama i standardima i ciljevima“ (WHO, 1996). Iako joj se zamjeri to što je izostavila dimenzije poput produktivnosti i materijalnog blagostanja, WHO je, osim ukupnog zdravlja i kvalitete života, izdvojila šest važnih domena života koji utječu na kvalitet života (Tabela 1).

Tabela 1. Domene i aspekti kvaliteta života WHO

<b>Domene kvaliteta života</b>	<b>Aspekti domena kvaliteta života</b>
<b>Fizičko zdravlje</b>	Fizička bol i nelagoda Energija i umor Spavanje i odmor
<b>Psihološko stanje</b>	Pozitivni osjećaji Razmišljanje, učenje, memorija, koncentracija i samopoštovanje Slika tijela / izgled Negativni osjećaji
<b>Nivo samostalnosti</b>	Mobilnost Svakodnevne aktivnosti Ovisnost o lijekovitim tvarima i medicinskim pomagalima Radna sposobnost
<b>Društveni odnosi</b>	Lični odnosi Društvena podrška Seksualna aktivnost
<b>Okolina</b>	Sloboda i fizička sigurnost Kućno okruženje Finansijska sredstva Zdravstvena i socijalna zaštita: dostupnost i kvalitet Mogućnost za sticanje novih informacija i vještina Prilike i sudjelovanje u rekreaciji i slobodno vrijeme Fizičko okruženje (zagađenost, buka, promet, klima)
<b>Duhovna/vjerska i lična uvjerenja</b>	Duhovna/vjerska i lična uvjerenja

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, WHO - QOL study protocol: the development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument , 1993

Važno je napraviti i distinkciju između općeg i individualnog poimanja kvalitete života. „*Poimanje opće kvalitete života zapravo je određeno onim što se u određeno vrijeme u konkretnoj društvenoj sredini smatra “kvalitetnim životom”, koje pojedinačne komponente pridonose kvaliteti života, te u kojoj mjeri su one u konkretnom životu prepoznatljive. A individualna kvaliteta života može se definirati kao zadovoljavanje potreba i ostvarivanje individualnog smisla života u interakciji sa socijalnom okolinom.*“ (Bratković, Rožman 2006: 108).

Kao što je već nekoliko puta naznačeno, interpretacija kvalitete života veoma je raznolika što je rezultiralo nizom definicija. Nekoliko je ključnih tačaka:

-kvalitet života je višedimenzionalan koncept, predmet je istraživanja različitih nauka i naučnih disciplina, i obuhvata više životnih domena te pretpostavlja njihovu povezanost i međudjelovanje;

-kvalitet života odnosi se na objektivnu dimenziju (ona koja se tiče obilježja koja su u datoj zajednici i u dato vrijeme važni) te na subjektivnu dimenziju (ona koja se tiče obilježja koje pojedinac procjenjuje važnim za svoj kvalitet življenja) i pretpostavlja njihovu „interakciju“,

-kvalitet života je dinamičan proces (uslovljen je onime što je aktuelno, bilo to na subjektivnoj ili objektivnoj razini);

-kvalitet života se kreira, kako subjektivno tako i objektivno.

#### **2.4. Savremeni pristup mjerenju kvalitete života**

Višedimenzionalnost kvalitete života rezultirala je i različitim pristupima u mjerenju. Mjerenje kvalitete života uslovljeno je prvenstveno indikatorima koji daju informacije i opisuju kvalitet života i objašnjavaju njegovu evoluciju tokom vremena. Kao rezultat toga, razvilo se nekoliko instrumenata za mjerenje kvaliteta života.

Potrebno je naglasiti da se mjerenja kvaliteta života mogu podijeliti na one kojima se mjeri samo jedna domena/dimenzija i na one kojima se mjeri nekoliko njih. ]. „*Unidimenzionalna mjerenja jednom komponentom daju globalnu procjenu kvaliteta života.*“ (Joković, Pavlović, Hadživuković, Đević, Vilotić 2017: 92). Problem sa jednodimenzionalnim mjerenjima leži u tome što ne daju dovoljno informacija o pojedinačnim aspektima. „*Višedimenzionalna mjerenja koriste skalu kojom se kvalitet života definiše preko različitih dimenzija koje se smatraju bitnim za evaluaciju. Problemi kod ovih mjerenja uključuju:*

*preklapanje domena, pojavu jedne varijable u različitim domenima, kao i sabiranje skorova po domenima u ukupan skor*“ (Joković et al. 2017: 92). I jednodimenzionalna i višedimenzionalna mjerenja imaju svoje nedostatke i prednosti. Obzirom na ovu podjelu možemo dalje razlikovati instrumente/upitnike koji se dijele na opšte odnosno generičke i na specifične. Opštim instrumentima mjeri se i upoređuje kvalitet života cjelokupne populacije, dok su specifični instrumenti izgrađeni za specifično stanje/populaciju (Čanković, Ač-Nikolić, Čanković, Radić, Harhaji 2011). Jedan od najvećih problema, koji su se dovodili u vezu sa mjerenjem kvaliteta života, bilo je nepostojanje mjerenje jedinice kojom bi se moglo izvršiti upoređivanje kvalitete života između različitih država i skupine pojedinaca tokom vremena. Kako bi se taj problem riješio, mnoge organizacije i stručnjaci nastojale su raditi na stvaranju jedinstvenog upitnika koji bi se mogao koristiti u svim zemljama i biti primijenjen na cjelokupnu populaciju uzimajući u obzir njene specifičnosti. Jedan od najuspješnijih pokušaja bio je Upitnik kvaliteta života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL) o kojem će biti riječ nešto više u nastavku.

Savremeni pristupi mjerenju kvalitete života sadrže sljedeće važne odlike:

1. višedimenzionalni su i uključuju ključne domene i indikatore;
2. korištenje metodološkog pluralizma koji uključuje korištenje subjektivnih i objektivnih mjera;
3. korištenje više varijantnih istraživačkih dizajna za procjenu načina na koji su lične karakteristike i karakteristike okoline povezane sa procjenom kvalitete života osobe;
4. uključivanje perspektive sistema koja bilježi utjecaj višestrukih okruženja ljudi na mikro, mezo i makro razini i
5. sve češće uključivanje osoba s (intelektualnim) poteškoćama u kreiranje i provođenje procjena, istraživanja i evaluacije kvaliteta života. (Verdugo, Schalock, Keith, Stancliffe 2005).

Prilikom mjerenja kvaliteta života važno je uzeti u obzir nekoliko načela. Prvo od njih se odnosi na to da mjerenja uključuju stepen do kojeg ljudi imaju životna iskustva koja procjenjuju važnim. Drugo načelo odnosi se na to da mjerenjem moraju biti obuhvaćene domene koje doprinose punom i povezanom životu (Verdugo et al. 2005). Mjerenjem se također uzimaju u obzir fizička, kulturološka i društvena okruženja koja su važna osobi čiji se kvalitet života procjenjuje. I četvrto načelo mjerenja kvalitete života podrazumijeva da su

njima izmjerena iskustva koja su zajednička svim ljudima kao i ona koja su unikatna za pojedince.

Verdugo i sar. (2005) postavljaju pitanja „*Šta se mjeri?*“; „*Kako se mjeri?*“, „*Ko bi trebao biti uključen u mjerenja?*“ i „*Gdje treba mjeriti?*“. Odgovor na pitanje „*Šta se mjeri?*“ jeste domene, to jest skup faktora koji sačinjavaju ličnu dobrobit pojedinca i koje treba posmatrati kao raspon preko kojeg se kvalitet života proteže kao jedan koncept. Verdugo i sar. (2005) kao najčešće spominjane domene navode: međuljudske odnose, socijalnu uključenost, lični razvoj, dobro fizičko stanje, materijalno blagostanje, samoodređenje, emocionalno blagostanje, ljudska prava, okolinu, porodicu, slobodno vrijeme i rekreaciju te sigurnost odnosno zaštitu.

Pitanje „*Kako se mjeri?*“ dovodi se u vezu s fokusom mjerenja i pristupa koji se koristi. Fokus mjerenja može biti razina zadovoljstva koju osoba doživljava u odnosu na gore navedene domene (odnosno u fokusu mogu biti subjektivni indikatori), ali i objektivni indikatori koji se mogu dovesti u vezu s navedenim domenama. Kada je riječ o načinu/pristupu mjerena najviše se koriste Likertova skala i skale procjene stavova a njih slijede različiti oblici upitnika (Verdugo et al. 2005). Kao subjekti koji učestvuju u procjenjivanju kvalitete života su prvenstveno osobe čiji se kvalitet života mjeri ali i drugi koji učestvuju u procjeni tuđeg života, te društveni indikatori (socijalna zaštita, obrazovanje, životni standard, sigurnosti itd.). Mjerenja bi, obzirom da je riječ o višedimenzionalnom i na uslove okoline osjetljivom konceptu, trebalo provoditi u „*prostoru*“ gdje osoba, čiji se kvalitet života mjeri, živi, radi, obrazuje, provodi slobodno vrijeme i slično. Pored ovih pitanja, važno je razmotriti i kulturu u kojoj pojedinac živi, da li je ona individualistička ili kolektivistička. Oni pojedinci koji žive u individualističkim kulturama (kakva su zapadne) naglašavaju nezavisnost dok oni koji pripadaju kolektivističkim kulturama naglašavaju međuzavisnost. To također utječe na percepciju samih osoba, percepciju drugih i na samo značenje onoga što se ispituje. Ovo ukazuje na poteškoće s kojima se stručnjaci susreću prilikom pokušaja dizajniranja jedinstvenog instrumenta mjerenja kvalitete života.

Mjerenjem kvaliteta života dobijaju se informacije i pruža se cjelovit pogled na život osobe. To pruža mogućnost da se identificira i planira socijalna podrška, fokusirajući se na ono što je niže ocijenjeno. Time se izbjegava ograničeno razumijevanje kvalitete života bazirano na postojećim uslugama, službama, programima i slično. Iz navedenog proilazi, da je mjerenje kvaliteta života važno i za javne službe, pružatelje usluga i stručnjake da promijene svoje aktivnosti uzimajući u obzir pojedinca kao glavnog korisnika njihovih usluga i njegovo

iskustvo i percepciju. Sve navedeno dovelo je do nekoliko različitih instrumenata za mjerenje kvalitete života.

#### **2.4.1. Najčešće korišteni upitnici/instrumenti za mjerenje**

Osnovne karakteristike koncepta kvalitete života (višedimenzionalnost, subjektivnost, evaluacija, kvantitet i dinamičnost) dovele su do različitih pristupa mjerenju ali i do samog instrumentarija. Većina njih kombinuje objektivne i subjektivne indikatore, mada se u nekima od njih može vidjeti prevalencija objektivnih, odnosno subjektivnih indikatora. Kao jedan od najvažnijih objektivnih indikatora navodi se BDP i on se može susresti u instrumentima ili indeksima kao što su: indeks ljudskog razvoja (*Human Development Index-HDI*), Indeks kvalitete življenja (*Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index- Economist*); Indeks planetarne sreće (*Happy Planet Index-HPI*); Indeks sretnih godina života (*Happy Life Years-HLY*) (Kaliterna-Lipovčan, Burušić, Tadić, 2012). Ovakav tip instrumentarija podložan je i za evaluaciju i za komparaciju stanja kvalitete života među različitim državama te će u nastavku biti predstavljen njihov kratak pregled.

##### *Indeks ljudskog razvoja (Human Development Index-HDI)*

Indeks ljudskog razvoja (HDI) je UN-ov pokazatelj ljudskog razvoja koji daje informacije o razvijenosti društva u rasponu od 0,001 do 1 koristeći tri dimenzije ljudskog života: životni vijek i zdravlje, obrazovanje i pristojan životni standard (UNDP). HDI je osmišljen na način da se u fokus stavi činjenica da su ljudi i njihovi kapaciteti ključni kriteriji za razvoj zemlje a ne samo ekonomski razvoj. Prva dimenzija mjeri se očekivanim životnim vijekom od trenutka rođenja. Druga dimenzija, obrazovanje, mjeri se „*pomoću pismenosti, udjelom primarnog i sekundarnog obrazovanja u ukupno obrazovanom stanovništvu te postotkom upisa u školu*“ (Leko, Požega, 2016: 70). Pristojan životni standard, prema HDI iskazan je bruto nacionalnim dohotkom po glavi stanovnika. Prema službenim podacima, Bosna i Hercegovina je u 2021. godini zauzela je 78. mjesto (0, 780), što je svrstava u zemlje s visokom ljudskim razvojem (UNDP). Ono što je nedostatak HDI-a je što ne daje podatke o siromaštvu, nejednakosti, osnaživanju, sigurnosti i naravno ne uključuje subjektivnu percepciju osoba.

##### *Indeks sretnih godina života (Happy Life Years-HLY)*

Indeks sretnih godina života (*Happy Life Years-HLY*) razvio je Veenhoven 2005. godine nakon shvatanja da pitanje koliko dobro jedna nacija funkcioniše može biti

odgovoreno mjerenjem kvaliteta života njenih članova. Prema Veenhovenu, kvalitet života rezultat je dugovječnosti (očekivani životni vijek) i sreće (koliko se osobi sviđa život koji živi). HLY pretpostavlja visoke rezultate tamo gdje je životni vijek dug i gdje ljudi žive sretno, a niske tamo gdje je prosječan životni vijek kratak i gdje osobe nisu sretno. Slabost HLY ogleda se u tome što „*on podrazumijeva da su sve godine života podjednako (ne)sretne*“ (Kaliterna- Lipovčan et al., 2012: 441). Bosna i Hercegovina nije bila obuhvaćena ovim mjerenjem, a kao najsretnija zemlja s prosjekom 67, 9 godina bila je Kostarika (s prosječnim životnim vijekom od 79 godina) dok se na posljednjem mjestu nalazi Togo sa svega 14,9 sretnih godina u prosječnom životnom vijekom od 61 godinu<sup>3</sup>.

#### *Indeks kvalitete življenja (Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index- The Economist)*

Indeks kvalitete življenja (2005) ima za cilj stvaranje „*jedinstvene i sveobuhvatne metodologije mjerenja kvalitete življenja unutar različitih svjetskih nacija*.“ (Kaliterna- Lipovčan et al. 2012: 440). Iako je planiran kao kombinacija subjektivnih i objektivnih indikatora, predstavljen je putem devet indikatora koji predstavljaju zadovoljstvo životom odnosno kvalitetom života a bazirano na objektivnim međudržavnim determinantama. Devet indikatora indeksa kvaliteta života su: materijalno blagostanje (iskazano u BDP-u), zdravlje (očekivani životni vijek pri rođenju), politička stabilnost i sigurnost (procjene političke sigurnosti i stabilnosti), porodični život (stopa razvoda), život u zajednici (može biti iskazana putem članstva u sindikatima, učešću u crkvenim aktivnostima i slično), klimatske prilike i geografski položaj (geografska širina kojom se razlikuju hladnije od toplijih klima), sigurnost zaposlenja (stopa nezaposlenosti), politička sloboda (prosječni pokazatelj političkih i građanskih sloboda), rodna ravnopravnost (odnos prosječnih primanja muškaraca i žena) (The Economist, 2005). Kao najvažniji indikatori ispostavili su se zdravlje i materijalno blagostanje. Prema ovom indeksu, od 111. ispitanih država, BiH se nalazi na 94. mjestu, na prvom je Irska a na posljednjoj poziciji nalazi se Zimbabve.

#### *Indeks sretnog planeta (Happy Planet Index- HPI)*

Indeks sretnog planeta (HPI) predstavila je 2006. godine Nova ekonomska fondacija i predstavlja kritiku na stav da je procjena kvaliteta života na osnovu BDP-a nedovoljna i rigorozna. Iskazuje se u rasponu od 1 do 100 i mjeri učinak društva u postizanju krajnjeg cilja a to je postizanje dugovječnog i sretnog života (Wellbeing Economy Alliance, 2021). Ovaj indeks kombinira tri važna elementa koji pokazuju na koji način državljani različitih zemalja

---

<sup>3</sup> Podaci preuzeti s: <https://www.purposeplus.com/world/indicators/happy-life-years/>

koriste resurse u svojoj okolini da bi ostvarili krajnji cilj. Prvi element je životno zadovoljstvo (odnosno procjene kvaliteta života od strane državljana različitih država) koji se množi sa životnim vijekom kao drugim elementom i dijeli sa ekološkim otiskom (engl. ecological footprint) koji predstavlja prosječan utjecaj stanovnika na okolinu. Ono što je važna pretpostavka ovog indeksa jeste da niti jedna država ne ostvaruje visok procenat sretnih godina života s niskim ekološkim otiskom te da nijedna zemlja nije dobra u sva tri elementa (Wellbeing Economy Alliance, 2021). Prema podacima iz 2019. BiH je zauzela 54. mjesto (od mogućih 152.) s 47,8, dok je na prvom mjestu Kostarika s 62,1 a na posljednjem Katar s 24,3<sup>4</sup>.

Gore navedeni indeksi uglavnom se baziraju na objektivnim pokazateljima, u čemu i jeste njihov najveći nedostatak. Iako je njihova objektivnost prikladna za poređenje na međunarodnom nivou, nedostaje im važan segment a to je percepcija pojedinaca. Uključivanje subjektivne percepcije pojedinca u procjenu kvalitete života je važan dio budući da su pojedinci upravo „konzumenti“, svog života. Različite organizacije i stručnjaci uvidjeli su važnost subjektivne procjene, te su razvili različite instrumente za mjerenje kvalitete života koji uključuju upravo subjektivne indikatore, kao što su to Međunarodni indeks dobrobiti (*International Well being Index- IWI*), Evropski upitnik kvalitete života (*EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels- EQ-5D-5L*),

*Međunarodni indeks dobrobiti (International Well being Index- IWI)*

Međunarodni indeks dobrobiti (*International Wellbeing Index- IWI*) baziran je isključivo na subjektivnim pokazateljima. Nastao je spajanjem Indeksa lične dobrobiti i Indeksa nacionalne dobrobiti. Indeks lične dobrobiti shvaća se kao prosječna razina zadovoljstva u osam aspekata ličnog života: zdravlje, lični odnosi, životni standard, životna postignuća, povezanost s zajednicom, sigurnost budućnosti i religija/duhovnost (Cummins, 2014). S druge strane „nacionalna dobrobit procjenjuje se pomoću šest čestica koje mjere zadovoljstvo pojedinca širom okolinom u kojoj živi, odnosno, ispituje zadovoljstvo ekonomskom situacijom, okolišem, socijalnim uslovima, vladom, biznisom i nacionalnom sigurnošću“ (Lipovčan et al. 2012: 441). Indeks se smatra izuzeto pouzdanim te je često korišten u procjenama kvaliteta života.

---

<sup>4</sup> Podaci preuzeti s: [https://happyplanetindex.org/hpi/?show\\_all=true](https://happyplanetindex.org/hpi/?show_all=true)

### *Evropski upitnik kvalitete života (EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels- EQ-5D-5L)*

Evropski upitnik kvalitete života (EQ-5D-5L), uglavnom se koristi za procjenjivanje zdravlja pojedinaca i predstavljen je 2009. godine od strane EuroQol grupe koju čini mreža međunarodnih i multidisciplinarnih istraživača koji su posvećeni mjerenju zdravstvenog stanja. EQ-5D-5L opisan je kao standardizovana mjera zdravstvenog stanja koja pruža jednostavniju i opću mjeru zdravlja koja je pogodna kako za kliničku, tako i za ekonomsku procjenu (EuroQol, 2021). EQ-5D-5L sastoji se od pet domena kvaliteta života osoba „čije se tvrdnje odnose na procjenu problema u pokretljivosti, kod uobičajenih aktivnosti (posao, kućanski poslovi, aktivnosti u obitelji i slobodno vrijeme), procjena boli ili nelagode i tjeskobe i potištenosti.“ (Lešić, Grgić, Marić 2020: 169). Pored pokretljivosti, uobičajenih aktivnosti, boli/nelagode, tjeskobe/potištenosti briga o sebi je jedna od domena ovog upitnika. Svaka od ovih pet dimenzija EQ-5D-5L-a ima pet razina procjene, gdje se prva odnosi na „nema problema“ a posljednja na „ekstremna bol“.

### *Upitnici o kvalitetu života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire WHOQOL (100) , WHOQOL-BREF, WHOQOL-DIS)*

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) jedna je od organizacija najvažnijih organizacija zaslužena za promociju koncepta kvaliteta života a jedan od najvažnijih doprinosa bio je svakako razvoj upitnika. WHOQOL rezultat je rada petnaest međunarodnih terenskih centara, koji su, pod rukovodstvom WHO, nastojali razviti procjenu kvaliteta života primjenjivu među različitim kulturama a koja bi uključivala subjektivnu procjenu osobe čiji se kvalitet života procjenjuje. Pored toga što su razvijeni međukulturalno i što naglašavaju percepciju pojedinaca, njihovu pouzdanost i valjanost potvrđuje i sistemski razvoj ali i različite forme za različite upotrebe (postoje različiti dodaci upitniku kao što su WHOQOL-DIS namijenjen osobama s invaliditetom, WHOQOL- AGE koji je namijenjen starijim osobama, WHOQOL- 120 HIV namijenjen osobama koje imaju HIV i slično). Kao što se da primijetiti, WHO je razvila nekoliko upitnika za procjenu kvaliteta života, od kojih se najčešće koriste WHOQOL-100 i njegova skraćena verzija WHOQOL-BREF.

*WHOQOL-100 procjenjuje kvalitet života na sveobuhvatan, kulturalno osjetljiv, subjektivan način, obraćajući pažnju na važnost različitih domena i aspekata kvaliteta života* (Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiamont; De Vries 2006: 207). U biti, riječ je o problematici kvaliteta života u onim područjima za koje su profesionalci ali i laici, percipirali kao važne za sam koncept kvaliteta života. Kao rezultat istraživanja petnaest različitih

istraživačkih instituta nastao je WHOQOL-100 koji se sastoji od šest domena i dvadeset i četiri aspekta (vidi Tabelu I). Za svaki od tih aspekta izrađena su po četiri pitanja, te upitnik sadrži također četiri pitanja koja se odnose na općenit kvalitet života i zdravlje, što na kraju dovodi do sto pitanja, koja se odgovaraju na skali od pet dimenzija.

*WHOQOL-BREF* predstavlja skraćenu verziju WHOQOL-100 koja je rezultat realizacije da WHOQOL-100 može biti duga verzija za procjenjivanje kvaliteta života za određene svrhe. Za razliku od WHOQOL-100, WHOQOL-BREF uključuje četiri domene fizičko zdravlje (s aspektima: bol i nelagoda, energija i umor, fizičko zdravlje, spavamke i odmor, neophodnost medicinskih tretmana, radna sposobnost i pokretljivost) psihološko stanje (pozitivni osjećaji; razmišljanje, učenje, memorija i koncentracija i samopoštovanje; slika tijela / izgled, negativni osjećaji i duhovna/lična uvjerenja), okolinu i društvene odnose koje se sastoje od istih aspekata kao i istoimene domene u upitniku WHOQOL-100. Sastoji se od 26 pitanja koja gore navedene domene (po jedno pitanje vezano za aspekte kvaliteta života), te dva pitanja koja se odnose na općenito zadovoljstvo kvalitetom života kao i zdravljem. „Bodovna ljestvica usmjerena je pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života..., a svako se pitanje boduje Likertovom ljestvicom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje)“ (Kovač, 2017: 90). Evaluacija WHOQOL-BREF vrši se na sljedeći način: prvenstveno važno je ukazati da se za skoro sva pitanja odgovorn na mjestu 1 smatra najgorim, a da se odgovor na petom mjestu uzima za najbolji (izuzetak čine pitanja 3, 4 i 26 gdje se koristi formula  $6-x$  ( $x$ =bilo koji odgovor za pitanje 3, 4 or 26) a onda se dobiveni rezultat uvrštava u ostatak zbira). U tabeli 2 prikazane su formule za izračunavanje konačnog zbira svake od domena.

Tabela 2 Formule za izračunavanje rezultata domena WHOQOL-BREF (\*P=pitanje)

DOMENE WHOQOL-BREF	FORMULA ZA IZRAČUNAVANJE REZULTATA DOMENA (*P=Pitanje)
Fizičko zdravlje	$4x((6 - P3) + (6 - P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18)/7$
Psihološko stanje	$4x(P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6 - P26))/6$
Društveni odnosi	$4x(P20 + P21 + P22)/3$
Okolina	$4x(P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25)/8$
Pretvoreni rezultati svake od domena u rasponu od 0-100	$(\text{rezultat domene} - 4) \times (100/16)$

Izvor: Heartbeat Medical, WHOQOL-BRE, 2021

Upitnik Svjetske zdravstvene organizacije za procjenu kvaliteta života osoba s invaliditetom (*WHOQOL-DIS*) rezultat je pitanja primjerenost WHOQOL (100/BREF) za procjenu kvaliteta života osoba s duševnim smetnjama. Tokom razvoja samog modula za invaliditet obuhvaćene su i osobe s fizičkim invaliditetom. Razvijen je 2005 godine s pretpostavkom da će WHOQOL-DIS omogućiti procjenu na koji način pružanje usluga od strane različitih zdravstvenih i socijalnih službi utječe na kvalitet života, identifikaciju mogućih posljedica politika na kvalitet života odraslih osoba s invaliditetom te jasniju sliku za područja ulaganja, kako bi se u konačnici postigao što bolji kvalitet života ove socijalne grupe (Power, 2014). Ovaj modul obuhvata tri domene. Prva domena odnosi se na diskriminaciju, zagovaranje i pogled na budućnost. Druga domena obuhvata kontrolu, izbor i autonomiju, a treća na inkluziju, komunikaciju, prihvatanje, poštovanje, interakciju i potencijal. Također jedno pitanje u upitniku odnosi se na utjecaj invalidnost na svakodnevni život.

## **2.5. Rezime pojmovnog određenja koncepta kvaliteta života**

Kvalitet života je, uzimajući u obzir njegove karakteristike, jako složen pojam. Ta složenost ogleda se u svim njegovim indikatorima, kako objektivnim tako i subjektivnim, njegovom historijskom razvoju, definiranju ali i mjerenju. Nekoliko važnih karakteristika kvaliteta života su: višedimenzionalnost, dinamičnost, subjektivnost, evaluacija i jedinstvenost. Pojmovno određenje koncepta kvaliteta života nije dano, već se ono oblikuje shodno svrsi njegova ispitivanja. Tome u prilog govori i činjenica da još uvijek nije prihvaćena univerzalna definicija kvaliteta života. Da se slobodno kazati, da uslijed subjektivnosti kvaliteta života, dolazi do mnoštva shvaćanja šta je to zapravo kvalitet života. Plod toga je i niz definicija kao i instrumenata za mjerenje kvaliteta života. Međutim, zalaganje za razvoj koncepta kvaliteta života i njegovom procjenom od strane WHO doveo je do toga da su definicija i upitnici predloženi od strane WHO najčešće citirani i korišteni.

Pojedinci kao glavni „konzumenti“ života, imaju različite potrebe. Od toga da li su te potrebe zadovoljene, ovisi i njihova percepcija ovog koncepta. Iz tog razloga, izuzetno je važno naglašavanje subjektivnosti ovog koncepta. Jedna od grupa kojoj treba posebno prilagoditi procjenu kvaliteta života su osobe s invaliditetom. O tome svjedoči i poseban modul Svjetske zdravstvene organizacije u procjeni kvaliteta života koji u obzir uzima invaliditet i aspekte kvaliteta života na koje invaliditet može imati utjecaj.

### III POJMOVNO ODREĐENJE OSOBA S INVALIDITETOM

Invalidnost predstavlja kompleksan fenomen i njegovo shvatanje proizašlo je iz različitih pristupa osobama s invaliditetom koji su se javljali tokom historije. Baš kao i kvalitet života, i invalidnost predstavlja višedimenzionalan koncept, koji je rezultat odnosa okoline i osoba s invaliditetom. Kompleksnosti pojma invalidnosti doprinose i različita teorijska opredjeljenja. Stoga će u ovom poglavlju pažnja biti posvećena odnosu okoline prema osoba s invaliditetom kroz historiju, definiranju samog pojma osoba s invaliditetom, klasifikaciji invalidnosti te informacije o epidemiologiji invalidnosti (kako u svijetu, tako i na teritoriji Bosne i Hercegovine, te Zeničko-dobojskog kantona).

#### 3.1. Društveni odnos prema osobama s invaliditetom kroz historiju i modeli poimanja invalidnosti

Položaj osoba s invaliditetom i danas je uveliko određen drugima i okolinom. Socijalna podrška neizostavan je dio u poboljšanju kvaliteta života osoba s invaliditetom. Međutim kroz ljudski razvoj ona je često odsustvovala ili bila oskudna. Tek u skorije vrijeme, primjetan je jedan holistički pristup osobama s invaliditetom i njihovim potrebama, zahvaljujući ljudskim pravima i brojnim konvencijama i dokumentima kojima se učvrstio ravnopravan položaj osoba s invaliditetom s osobama bez invaliditeta. No, put do jednakosti bio je dugotrajan. Tretman i odnos prema osobama s invaliditetom, kroz historiju, često je bila obilježena netolerancijom, ambivalentnošću, neznanjem, društvenim strahovima i predrasudama (Marini, Graf, Millington 2017: 3) a danas je primjetan nesklad između teorije i prakse

*„Kroz cjelokupnu historiju ljudske civilizacije u svim sistemima i svim društvima postojao je jedan broj članova zajednice sa invaliditetom, odnosno fizičkim ili mentalnim teškoćama.“* (Gadžo-Šašić 2020: 47), a tome u prilog govori i činjenica da postoje podaci o osobama s invaliditetom (kako s fizičkim tako i psihičkim) u periodu prije nove ere. U prahistoriji, invalidnost se smatrala posljedicom demona, što je u određenoj mjeri išlo u prilog osobama s invaliditetom, budući da je u nekim kultovima, upravo zbog magije koja se koristila i za „liječenje“, došlo do humanijeg pristupa. U ovom periodu zbog nedostatka informacija, medicinskih pomagala (kao što su npr. invalidska kolica, zbog čega su bliži članovi porodice vjerovatno bili primorani nositi osobe s invaliditetom), tehnologije ali i razumijevanja od strane okoline osobe s invaliditetom su najčešće umirale zbog infektivnih, eugeničkih, vjerskih i drugih razloga.

U antičkoj Grčkoj odnos prema osobama s invaliditetom bio je zasnovan na pretpostavci da su tijelo i duša jedno, a da je mrlja na tijelu (kao što je to invaliditet) odraz mrlje duše (Marini, Graf, Millington 2017). Ovakav stav bio je zastupljen i kod Platona i Aristotela. U ovom periodu, invalidnost se smatrala kaznom od Boga. Ovakav stav bio je odbačen od strane Hipokrata koji je smatrao da je mentalna bolest posljedica oštećenja mozga ili posljedica razloga koji su proizlazili iz okoline. On je osnovao prvi sanatorij za osobe s duševnim smetnjama (Coleman, 1964), koje je istina bilo korisno samo za dobrostojeće porodice, dok su one osobe koje nisu mogle priuštiti smještaj u takav sanatorij bile mučene, zlostavljane, iskorištavane pa čak i ubijane. Sigersit 1952 (u Marini, Graf, Millington 2017) identifikovao je četiri različita pristupa prema osobama s invaliditetom u ovom periodu: invalidnost kao Božja kazna, invalidnost kao pitanje ekonomije i društvenog statusa, invalidnost kao prokletstvo i kao opsjednutost.

Odnos prema osobama s invaliditetom u srednjem vijeku je varirao od prihvaćanja do odbojnosti. Srednji vijek, obilježen dominatnošću Crkve u svakodnevnom životu, iznjedrio je viđenje da se invalidnost osobe može „izliječiti“ ako osoba vjeruje u Boga i ako se pokaje za svoje grijehе (Marini, Graf, Millington 2017). Osobe s invaliditetom, bile su „liječene“ u samostanima i crkvama kroz molitve, provođenje egzorcizma, korištenje ljekovitog bilja i slično. Slavenski narodi u srednjoj Evropi nastavili su napuštati ili ubijati osobe s invaliditetom koje nisu bile u stanju brinuti se o sebi (Marini, Graf, Millington 2017). Liječenje, koje je zagovarala crkva, vremenom je postalo sve teže jer se nije tražio drugi razlog invalidnosti, osim objašnjenja da je ono kazna od Boga. Ovakav pristup osobama s invaliditetom postao je paradoksalan. S jedne strane Crkva im je nastojala pomoći ali s druge strane ta pomoć uključivala je nehumane činove (bičevanje, mučenje, uranjanje u vruću vodu, izgladnjivanje itd.). U periodu renesanse dolazi do male promjene u pristupu osobama s invaliditetom. Utjecaj Crkve slabi, te se na osobe s invaliditetom počinje gledati kao na bolesne ili oboljele, i smješta ih se u azile. Azili nisu nudili nikakav vid terapije ili tretmana, već su nažalost funkcionisali kao zatvori gdje su osobe s invaliditetom bile nerijetko okovane ili smještene u kavez (Coleman, 1964). Azili su uglavnom ostali dostupni dobrostojećim porodicama. Sve do devetnaestog stoljeća, nastavljen je nehuman pristup u shvaćanju osoba s invaliditetom.

U devetnaestom stoljeću dolazi do institucionalizacije osoba s invaliditetom a naročito osoba s intelektualnim poteškoćama. Sredinom devetnaestog stoljeća, eri društvenog i ekonomskog napretka , društvo je postalo svjesnije osoba s invaliditetom, zahvaljujući društvenim reformatorima koji su ukazivali na loše životne uslove onih koji su bili odstranjeni

iz društva (The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities). Ukazuje se da bi se na institucije u kojima su smještene osobe s invaliditetom trebalo gledati kao na škole, gdje se uči, dobiva adekvatan tretman terapija a ne kao na azilije u kojima one žive u lošim uslovima.

Pred kraj devetnaestog stoljeća (1883.) dolazi do razvoja eugenike<sup>5</sup> od strane Francisa Galtona. Eugenika se proširila diljem svijeta i oblikovala način na koje je društvo počelo posmatrati osobe s invaliditetom kao inferiornije. Shvaćanje osoba s invaliditetom inferiornim dovelo je do zakona kojim se odobrava njihova sterilizacija. *„Osobe koje su bile nepoželjne i neispravne kao što su „mentalno retardirani“ trebaju biti prisilno sterilizirani. Ovo je bio prvi eugenički zakon koji je bio raširen po svijetu“* (Grenon, Merrick 2014: 1). Nažalost, takav zakon se proširio i njegove ideje najbolje se daju primijetiti u nacističkoj Njemačkoj, koja je u cilju da stvori „čistu ljudsku rasu“ na najgori mogući način „uklanjala“ one koje se nisu uklopili u tu ideju. Pored ovog zakona, u nacističkoj Njemačkoj *„donesen je zakon kojim je propisana obavezna registracija sve novorođene djece sa kongenitalnim anomalijama.“* (Gadžo-Šašić, 2020: 51). Kombinacijom ova dva zakona s Drugim svjetskim ratom, situacija koja je nastala rezultirala je stravičnim događajima, a položaj osoba s invaliditetom bio je izuzetno težak. Posljedica rata bio je i povećan broj osoba s invaliditetom zadobijenog u ratu. Postalo je jasno da će društvo i država morati preuzeti odgovornost za položaj i adekvatan tretman osoba s invaliditetom. U ovom periodu dolazi do deinstitucionalizacije osoba s invaliditetom, te su u periodu od 1960. do 1990. mnoge bolnice i psihijatrijske ustanove zatvorene, ustupivši mjesto programima i uslugama finansiranim od strane države (Meldon, 2017). Ovi programi i usluge bili su kreirani da odgovore na specifične potrebe pojedinaca i tako se izbjeglo „liječenje“ osoba s invaliditetom općim tretmanima.

Boljem položaju osoba s invaliditetom, pored deinstitucionalizacije, doprinijeli su i pokreti u Americi sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Pokretima se nastojao utvrditi ravnopravan položaj osoba s invaliditetom sa ostalim građanima. Aktivisti za prava osoba s invaliditetom radili su na promjeni vladine politike kao i kulturološke percepcije invaliditeta, kako bi se prevladale prepreke potpunom uključivanju osoba s invaliditetom u društvo (St. Pierre, 2014). Pokreti sedamdesetih godina imali su za cilj obezbijediti osobama s invaliditetom pravo na obrazovanje, rad, na suživot u svim otvorenim okruženjima kao i mogućnosti socijalizacije. Zahvaljujući ovim pokretima i istraživanjima, UN je 1971. usvojio

---

<sup>5</sup> Galtonova eugenika podrazumijevala je umjetno stvaranje ljudske vrste tako što bi se kontrolisali brakovi a samim time i razmnožavanje, odnosno poticanje da osobe koje su mentalno i fizički nadmoćnije stupe u brak s partnerima/icama istih karakteristika.

Deklaraciju o pravima mentalno zaostalih osoba a 1975. Deklaraciju o pravima osoba s invaliditetom. Prvom navedenom deklaracijom nastojalo se osobama s intelektualnim poteškoćama osigurati pravo na medicinsku zaštitu, obrazovanje, ekonomsku sigurnost, na zaštitu od iskorištavanja i slično, dok se Deklaracijom o pravima osoba s invaliditetom potvrđuju prava iz Deklaracije o pravima mentalno zaostalih, te osiguravaju politička i građanska prava kao i mjere potrebne za samodostatnost (UN). Ovime se otvorio put ka budućim sveobuhvatnim dokumentima i načelima koja bi težila integraciji osoba s invaliditetom u zajednicu i društvo.

Dekada od 1983.-1992. označena je kao Dekada za osobe s invaliditetom od strane UN-a i uključivala je brojne aktivnosti osmišljene kako bi se poboljšao položaj i status osoba s invaliditetom uključujući bolje mogućnosti za obrazovanje, zapošljavanje i veće učešće osoba s invaliditetom u zajednicama i svojim državama (UN, 2018). Također, u toku ove dekade dogovoreno je da Međunarodni dan osoba bude 3. decembra, te su uspostavljene prve organizacije osoba s invaliditetom. Tokom devedesetih godina dvadesetog stoljeća održano je niz konferencija koje su za cilj imale doprinijeti boljem položaju osoba s invaliditetom. Kao posljedica konferencija i rada organizacija osoba s invaliditetom Generalna skupština Ujedinjenih nacija usvojila je Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (2006). Konvencija je od početka predstavljala univerzalan dokument kojima se štite prava osoba s invaliditetom i kojim se osigurava njihova inkluzija. Konvencija je postala obavezujućom i na međunarodnom i na nacionalnom nivou. Na državnom nivou imala je za cilj usklađivanje nacionalnih zakona, politika i programa sa odredbama Konvencije, dok se na međunarodnom nivou nastoji pružiti podrška politikama i praksama koji promovišu integraciju osoba s invaliditetom.

Društveni odnos prema osobama s invaliditetom varirao je tokom historije. Samo shvatanje zbog čega se invaliditet javlja dovelo je različitog pristupa te se *„može zaključiti da dolazi do smjene odnosa netrpeljivosti i trpeljivosti zatim odnosa prožetog određenim oblicima zaštite u prvim počecima historijskog razvoja, a potom povremeno do pristupa organizovane zaštite i veće društvene brige prema ovim članovima društva“* (Gadžo-Šašić, 2020: 52). Uprkos današnjem pristupu prema osobama s invaliditetom, zasnovanom na jednakosti i inkluziji, osobe s invaliditetom se suočavaju s različitim poteškoćama što dovodi do lošeg kvaliteta njihova života, no ono što je proizašlo iz ovakvog historijskog razvoja su različiti modeli invalidnosti.

### 3. 1. 2. *Modeli invalidnosti*

Shodno različitim društvenim pristupima osobama s invaliditetom, razvili su se i različiti modeli invalidnosti. U najpoznatije modele invalidnosti spadaju model milosrđa, medicinski model, socijalni model, model ljudskih prava, Nađijev model iz kojeg su se razvili biopsihosocijalni model i model nastanka invalidnosti, socioekološki model, ekonomski model, rehabilitacijski model itd. (Gadžo-Šašić 2020; Retief i Letšosa, 2018; Amponsah-Bediako, 2013).

*Model milosrđa*, poznat je još i kao religijski model, najstariji je model invalidnost. Prema modelu milosrđa invaliditet predstavlja kaznu za pojedinca ili njegovu porodicu od strane „vanjske sile“ (Amponsah-Bediako, 2013). U ovom modelu osoba s invaliditetom je žrtva, nije u stanju živjeti i funkcionirati samostalno te je ovisna o svojoj porodici, zajednici, milostinji i slično (Gadžo-Šašić, 2020). Osobe s invaliditetom ne uživaju prihvaćanje, osnaživanje a o njihovim pravima se ne diskutuje niti se ista promoviraju.

*Medicinski model* postao je značajan polovicom devetnaestog stoljeća, te je postepeno, zahvaljujući razvoju medicine, počeo zamjenjivati model milosrđa. U tom periodu, invaliditet se posmatra kao nedostatak ili defekt tjelesnog sistema (i kao takav je inherentno abnormalan i patološki), te se medicinskim intervencijama nastoji pružiti liječenje, poboljšanje tjelesnog stanja u najvećoj mogućoj mjeri i rehabilitacija, odnosno prilagodba osobe s invaliditetom na njeno stanje i na okolinu (Olkin, 1999). Prema ovom modelu, izvor „problema“ je sama osoba i sva pažnja se usmjerava na nju. Značajnu ulogu u ovom modelu imaju medicinsko osoblje, socijalni radnici, terapeuti, specijalisti, savjetnici i slično, koji u različitim institucijama, rade na „problemu“, odnosno na „ličnoj tragediji“ osobe s invaliditetom.

*Socijalni model* invaliditet posmatra kao fenomen koji je društveno determiniran, te je time u direktnoj suprotnosti s medicinskim modelom. Invaliditet je, u socijalnom modelu, posljedica prepreka koje proizlaze iz okoline, stavova i samog društva a koje sprječavaju osobe s invaliditetom da maksimalno sudjeluju u društvu (Amponsah-Bediako, 2013). Riječ je o strukturalnim, fizičkim i ekonomskim barijerama s kojima se osobe s invaliditetom suočavaju a koje smanjuju kvalitet njihovog života. „*Bit socijalnog modela je da stavlja pojedinca u centar odlučivanja pri donošenju odluka koje se odnose na njega, ali i da, što je još važnije, problem vidi u društvu, a ne u osobi*“ (Quinn i Degener, 2002 prema Gadžo-Šašić, 2020: 67). Društveni model kao takav usmjeren je na prepoznavanje i uklanjanje gore navedenih barijera, kako bi se osobama s invaliditetom olakšalo ispunjavanje njihovih potreba

i aspiracija. U potpuno razvijenom društvu, odnosno u društvu u kojem ne bi postojale ekonomske, fizičke i strukturalne prepreke, ne bi postojao ni invaliditet.

*Model ljudskih prava* sličan je socijalnom modelu. Usredotočen je na urođeno dostojanstvo ljudskih bića i naknadno, samo ako je to potrebno, na medicinske karakteristike pojedinca (Lawson, Beckett, 2020). Prilikom donošenja odluka koje ih se tiču, središtu pažnje je sam pojedinac. Baš kao i socijalni model „problem“ locira izvan same osobe s invaliditetom, odnosno smješta ga u društvo. Međutim, postoji nekoliko razlika između ova dva modela. Socijalni model pomaže osobama da razumiju koji su to pozadinski društveni faktori koji utječu na naše razumijevanje invaliditeta, dok model ljudskih prava pored objašnjenja, nudi i teorijski okvir za politike u oblasti invalidnosti, putem kojih se naglašava urođeno dostojanstvo osoba s invaliditetom (Retief i Letšosa, 2018). Druga razlika leži u tome što se modelom ljudskih prava obuhvaća i prvu i drugu generaciju ljudskih prava. Prvu generaciju čine civilna i politička prava, dok u drugu generaciju, koji zahtijevaju aktivniju i pozitivnu ulogu države ubrajamo ekonomska, socijalna i kulturna prava (Šadić, 2014). Nadalje, socijalni model ne uzima u obzir realnost boli i patnje u životu nekih osoba s invaliditetom, dok se modelom ljudskih prava uvažava činjenica da se pojedine osobe suočavaju s teškim životnim situacijama koje treba uzeti u obzir prilikom razvoja relevantnih teorija socijalne pravde (Retief i Letšosa, 2018). Pored ovih razlika, važno je naglasiti da se socijalnim modelom samo nude objašnjenja zašto osobe s invaliditetom žive u siromaštvu ili teškim životnim uslovima, dok se modelom ljudskih prava nastoje dati konstruktivni odgovori kako bi se poboljšala životna situacija osoba s invaliditetom (time se posebno nastoji raditi na prevenciji, politikama identiteta i slično).

Navedena četiri modela su najzastupljenija kod poimanja invaliditeta. Kako bi se postiglo njihovo bolje razumijevanje u Tabeli 3, prikazane su njihove koncizne karakteristike a u Tabeli 4 i praktični primjeri modela u životnoj situaciji.

Tabela 3 *Koncizne karakteristike modela invalidnosti*

<b>Model invalidnosti</b>	<b>Videnje invalidnosti shodno modelu</b>	<b>Glavne karakteristike modela</b>
<b>Model milosrđa</b>	Invaliditet kao „kazna“	-socijalna isključenost -stigmatizacija -niži društveni status -invalidnost ukazuje na greške osobe ili porodice
<b>Medicinski model</b>	Invaliditet kao „problem osobe s invaliditetom“	-osobe s invaliditetom nisu u stanju funkcionirati samostalno; -osobe s invaliditetom tretirane su kao pacijenti; -specijalne škole i radna mjesta za osobe s invaliditetom; -širok spektar stručnjaka uključen u „liječenje“
<b>Socijalni model</b>	Invaliditet kao posljedica „onesposobljenog“ društva i okoline	-diskriminacija, izolacija, segregacija, predrasude; -nepristupačne zgrade, prevoz -ekonomska zavisnost i siromaštvo; -problematiziranje adekvatnosti različitih službi (socijalnih, medicinskih i sl.)
<b>Model ljudskih prava</b>	Invaliditet kao diskurs	-poštivanje ljudskih prava; -politike identiteta; -politička vidljivost; -politička aktivnost osoba s invaliditetom

Izvor: Amponsah-Bediako, *Relevance of disability models from the perspective of a developing country: An analysis*, 2013

Tabela 4 *Praktični primjeri modela invalidnosti u životnim situacijama*

<b>Životna situacija</b>	<b>Model milosrđa</b>	<b>Medicinski model</b>	<b>Socijalni model</b>	<b>Model ljudskih prava</b>
<b>Mlada osoba u invalidskim kolicima</b>	Ova osoba se nikada neće moći biti ravnopravan član društva; neće moći raditi i imati porodicu.	Ova osoba se treba obratiti doktoru, koji će joj pomoći da ponovo hoda, koristeći lijekove i terapije.	Okolina bi trebala biti uređena tako da postoje adekvatni prilazi i rampe koje će ovoj osobi omogućiti da se nesmetano kreće.	Poslodavac bi bi trebao prilagoditi radni prostor ove osobe.
<b>Osoba s duševnim smetnjama</b>	Ova osoba izgleda mentalno retardirano te treba zaštićen smještaj.	Osoba s duševnim smetnjama treba se obratiti psihijatru koji će je možda „izliječiti“.	Ona treba da živi u zdravom okruženju.	Gdje ova osoba želi živjeti?
<b>Roditelji djeteta s oštećenim sluhom</b>	Ovi roditelji su sigurno tužni što imaju dijete s oštećenjem sluha. To je sigurno neka kazna.	„Možda biste trebali potražiti odgovarajući slušni aparat za vaše dijete“	Društvo bi trebalo poznavati znakovni jezik kako bi se djetetu omogućila inkluzija.	Trebalo bi izjednačiti mogućnosti za obrazovanje i studiranje ovog djeteta, ukoliko ono to želi.

*Izvor: Turčić N., „Socijalni model procjene invaliditeta“, Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini, 2012*

Pored gore navedenih modela poimanja invalidnosti, možemo govoriti i o Nadijevom modelu koji govori o razlikovanju između aktivne patologije, oštećenja, funkcionalnog oštećenja i invalidnosti, potom o biopsihosocijalnom modelu i modelu nastanka invalidnosti (invalidnost kao interakcija između okolinskih i ličnih faktora), Bronfenbrennerovom

ekološkom modelu (interakcija sistema na mikro, mezo, egzo i makro sferi utječe na inkluziju osoba s invaliditetom u društvo), ekonomskom modelu koji invalidnost opisuje kao nemogućnost participacije u poslu, rehabilitacijskom (invalidnost kao nedostatak koji se prevazilazi uz pomoć rehabilitacije i pomagačkih profesija) (Gadžo-Šašić, 2020; Amponsah-Bediako, 2013).

Vidljivo je da je razvoj društvenog odnosa prema osobama s invaliditetom doveo do različitog shvatanja koncepta invalidnosti. Model kojem bi danas trebalo težiti je svakako model ljudskih prava, kojima se osobama s invaliditetom prvenstveno nastoji osigurati ravnopravan tretman u društvu, koje je „oslobođeno“ svih prepreka i koji uvažava urođeno dostojanstvo i ljudska prava. Samo takvo društvo je istinski prosperitetno i može proizvesti zadovoljavajući kvalitet života ovih osoba.

### **3.2. Definicije invalidnosti i osoba s invaliditetom**

Tokom vremena, razvio se čitav niz definicija invalidnosti i osoba s invaliditetom. U skladu s različitim modelima poimanja invaliditeta razvijale su se i same definicije koje su bile podređene tom shvaćanju. Riječ invaliditet potiče iz latinske riječi *invalidus* i znači nesposoban, nejak, slab, nemoćan, nevrijedan (Dadić, Bačić, Župa, Vukoja, 2018). Iz samog porijekla riječi, vidi se negativno određenje invalidnosti, što je u samom početku dovelo do stigmatizacije i socijalnog isključenja osoba s invaliditetom. S tim u vezi dovode se i različiti sinonimi koji su se koristili za invaliditet a koji imaju uglavnom pežorativna značenja. „*Prve definicije najčešće su opisivale vrstu invalidnosti i ukazivale na smetnje koje osoba s invaliditetom ima (fizičke, senzorne, kognitivne, dakle prevashodno medicinski pristup), dok novije definicije stavljaju akcenat na ne ono što se ne može učiniti, već na ono što se može i mora učiniti u skladu sa potencijalima i mogućnostima koje osoba s invaliditetom ima.*“ (Lakičević, 2012: 11). Jasno je da se novijim definicijama nastoji osigurati adekvatniji pristup osobama s invaliditetom, budući da se naglasak stavlja na samu osobu, a ne na njen invaliditet. Ovakav pristup dovodi do bolje učinkovitosti same osobe s invaliditetom ali i društva u cjelini. Zahvaljujući razvoju socijalnog modela invaliditeta, „*Unija tjelesnih osoba s invaliditetom protiv segregacije invalidnost definiše kao nedostatak, odnosno restrikciju invalidnosti uzrokovanih od strane različitih društvenih organizacija koji ne uzimaju u obzir osobe s fizičkim oštećenjima i na taj ih način isključuju iz društvenih aktivnosti*“ (Lakičević, 2012: 12). Baš kao što to socijalni model i propagira, u centru ovakve definicije smješteno je društvo, koje je u ovom slučaju uređeno tako da isključuje osobe s invaliditetom. Socijalni

model doveo je do toga da se fenomen invalidnosti ne posmatra isključivo kao medicinsko pitanje, već kao i političko i društveno pitanje. Kako bi se u potpunosti izbjeglo isključivo baziranje na medicinski pristup, WHO je 1980. godine dala jasno određenje pojmova oštećenja<sup>6</sup>, invalidnosti i hendikepa<sup>7</sup>, kako bi se objasnila razlika između ova tri kompatibilna pojma. Prema ovoj klasifikaciji, invalidnost je „*ograničenje ili nedostatak sposobnosti (izazvanih oštećenjem) za obavljanje aktivnosti na način ili do nivoa koji se smatra normalnim za ljudsko biće*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 54). Dvadeset godina kasnije, WHO (2001) je pitanje invaliditeta dodatno definirala kao društveno kreiran problem koji se prvenstveno odnosi na pitanje potpune integracije osoba s invaliditetom u društvo. Time se željelo dati do znanja da invalidnost nije isključivo atribut koji se veže za pojedinca, već se odnosi na skup uslova koje u velikoj mjeri određuje društvo, te da je odgovornost društva da pokrene društvenu akciju i pruži socijalnu podršku kako bi se osobe s invaliditetom uključile u sva područja društvenog života. Slično viđenje ima i Evropska Unija (2002) gdje se invalidnost definiše kao „*nedostatak, odnosno restrikcija aktivnosti, uzrokovanih od strane različitih društvenih organizacija koje ne uzimaju u obzir specifičnosti osoba s fizičkim oštećenjima i na taj način ih isključuje iz društvenih aktivnosti*“ (Lakičević, 2012: 13), dakle na isti način kao i što to čini Unija tjelesnih osoba s invaliditetom protiv segregacije.

Zahvaljujući udaljavanju od medicinskog modela i razvoju socijalnog shvatanja invaliditeta, invalidnost se počinje definisati i sa aspekta funkcionalnosti (Cucić (prema Lakičević, 2012) definiše invalidnost kao interakciju između osobe i njene okoline u kojoj narušeno zdravstveno stanje te osobe, proizašlo iz akutnih ili hroničnih bolesti, povreda ili trauma koje su ostavile posljedice koje utječu na promjene u svakodnevnom funkcionisanju), odnosno s aspekta radne sposobnosti (invalidnost postoji onda kada je kod osoba zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju došlo do smanjenja ili gubitka radne sposobnosti, a koje se ne može poboljšati rehabilitacijom i medicinskim tretmanima (Buljubašić, 2012)). Ovakva viđenja invalidnosti, upućuju na osobe s invaliditetom, pored svog medicinskog stanja, i dalje uzimaju učešća u društvu i zajednici, te da nastavljaju sa svojim svakodnevnim aktivnostima, ali istina uz uslove koji su prilagođeni njihovim potrebama, ukoliko te uslove obezbijeduje samo društvo. UN je, također, dao velik doprinos razumijevanju i definisanju invaliditeta i osoba s invaliditetom, zahvaljujući Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom (2006). Konvencija o pravima osoba s invaliditetom je, u odnosu na ostale dokumente, pravno

---

<sup>6</sup> Oštećenje je svaka abnormalnost, gubitak psihološke, fiziološke i anatomske strukture i funkcije (Lakičević, 2012)

<sup>7</sup> Hendikep je prvenstveno društveni fenomen koji se pojavljuje u obliku poteškoće za nekog pojedinca kao posljedica nekog oštećenja, invalidnosti i sprječava tu osobu da izvršava svoje aktivnosti na uobičajen način

obavezujuća za sve države potpisnice. Njome se naglašava socijalni model invalidnosti. Invaliditet je prema ovoj konvenciji „*razvojni proces, te nastaje kao rezultat djelovanja osoba s invaliditetom i prepreka koje proizlaze iz stajališta njihove okoline, te iz prepreka koje postoje u okolini, a koje sprječavaju njihovo potpuno i djelotvorno sudjelovanje u društvu ravnopravno s drugim članovima tog društva*“ (UN, 2006: 1).

Gore navedene definicije predstavljaju tek mali broj definicija kojima se određuje pojam invalidnost. Socijalni model invalidnosti je istaknut u većini njih, što ukazuje na veliki pomak od medicinskog poimanja invaliditeta. U prvi plan stavljena je osoba a ne njeno medicinsko stanje. Međutim, još uvijek ne postoji univerzalna definicija invalidnosti. Invalidnost je „fluidan“ fenomen, koji se može mijenjati, shodno prilikama u društvu. Važno je istaknuti da invaliditet nije samo zdravstveno stanje, nego rezultat interakcije između okoline i stanja osobe. Također, još uvijek u fokusu nije model ljudskih prava, odnosno mali broj njih uvažava invaliditet kao diskurs. Definicija invaliditeta iz perspektive modela ljudskih prava je ona koja u obzir, pored objašnjenja šta invalidnost jeste, uzima i konkretne korake kojima bi se došlo do boljeg položaja osoba s invaliditetom, uz poštivanje njihovih političkih, civilnih, socijalnih, ekonomskih i socijalnih prava, te njihovog urođenog dostojanstva.

Put dolaska do samog termina *osoba s invaliditetom* i njegovom definisanja, baš kao što je to bio i slučaj s definisanjem invalidnosti, bio dugotrajan. Tako su u Rimskom carstvu osobe s invaliditetom nazivali *osakaćene osobe* (Lakičević, 2012). Ukoliko bi takve osobe ostale „osakaćene“ u toku ratnih pohoda, država bi preuzela brigu o njima u smislu novčane pomoći/ invalidnina. Sinonimi koji su se koristili (a nažalost, i danas se vrlo često koriste kako u svakodnevnom govoru, tako i javnim istupima) poput invalid, bogalj, retardi, hendikepiran i slično, ne samo da su bili pogrdni već su i samim svojim značenjem stigmatizirali osobe s invaliditetom. Kao rezultat borbe za ljudska prava, naučnih spoznaja od strane različitih stručnjaka, aktivista i samih osoba s invaliditetom, danas je sintagma *osoba s invaliditetom* postala univerzalna i općeprihvaćena (Gadžo-Šašić, 2020). Insistiranje na korištenju te sintagme, proizlazi iz dvije težnje. Prva je da se naglasak stavi na samu osobu (naglasak je prvenstveno na *osoba*- živo biće kao i svako drugo). Druga je da se dodatkom „*s invaliditetom*“ osiguraju „*odgovarajuća prava, na neophodnu društvenu brigu i zaštitu*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 55). Sintagma *osoba s invaliditetom* danas je prihvaćena i odobrena, te se koristi u međunarodnim dokumentima.

Kada je riječ o definicijama osoba s invaliditetom, najčešće korištena je ona koja je navedena u Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, gdje su osobe s invaliditetom „osobe sa dugotrajnim fizičkim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima, koje u interakciji s različitim barijerama mogu ometati njihovo puno i djelotvorno sudjelovanje u društvu ravnopravno s ostalim članovima tog društva.“ (UN, 2006: 3). U različitim državama razlikuje se poimanje osobe s invaliditetom. Prema Lakičević (2012) u Velikoj Britaniji osoba s invaliditetom je ona koja ne može dobiti ili zadržati ili samostalno obavljati posao, u Danskoj je to osoba koja ne može bez velikih poteškoća zaraditi onoliko koliko je to potrebno za posao, u Sjedinjenim Američkim Državama osoba s invaliditetom je osoba koja ima ograničenu radnu sposobnost, ili kada je došlo do nepovoljnog socijalnog položaja.

Budući da je BiH ratifikovala Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, jasno je da se slaže s njenim odredbama a samim time i datom definicijom. No, različite definicije koriste se u različitim područjima, poput „socijalne zaštite, zdravstvene zaštite, penzijskog osiguranja, zapošljavanja) prema kojima se invalidnim smatraju osobe koje imaju različita funkcionalna ograničenja“ (Institucija ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, 2010: 5). Tako se primjerice u Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji, osposobljavanju i zapošljavanju lica sa invaliditetom (2010) u članu 3 stav 1 navodi da je „osoba s invaliditetom osoba kod koje postoji tjelesno, čulno ili mentalno oštećenje što za posljedicu ima trajnu ili privremenu, a najmanje 12 mjeseci smanjenu mogućnost rada i zadovoljavanja osobnih potreba u svakodnevnom životu“.

Značenje invaliditeta i osobe s invaliditetom je kompleksan i multidimenzionalan fenomen, društveno determinisan. Međutim, pored strogog terminološkog određenja ova dva koncepta, važno je imati na umu da je invaliditet i biti osoba s invaliditetom samo po sebi stanje koje zahtijeva dodatna prava, olakšice i potrebe. No, ta dva koncepta sa sobom još uvijek nose stigmatizaciju, diskriminaciju i socijalno isključenje, uprkos socijalnom modelu i modelu ljudskih prava. Njihov doprinos ka definisanju invalidnosti je značajan, no u praksi, stanje osoba s invaliditetom je još uvijek zabrinjavajuće, što zahtijeva reakciju svih uključenih aktera kroz niz područja, što će u konačnici doprinijeti boljem kvalitetu njihova života.

### **3.3. Klasifikacija invalidnosti**

Višedimenzionalnost koncepta invalidnosti ogleda se i u uzrocima njegovog „nastanka“ ali i u samoj klasifikaciji oblika invaliditeta. Kada govorimo o uzrocima

invalidnosti, riječ je o širokom spektru događaja, situacija, bolesti i slično koje mogu dovesti do nastanka invalidnosti. No, ono što je važno konstantno naglašavati je da će gotovo svi u određenom trenutku života doživjeti, privremeno ili trajno, određenu vrstu invalidnosti (WHO, 2020). Također, jedan od najčešćih uzroka invalidnosti jeste interakcija između pojedinca i njegovih ličnih faktora ali i faktora okoline (kao što su to negativni stavovi, neadekvatan javni prevoz, neadekvatno fizičko okruženje, te ograničena socijalna podrška).

Koncept invaliditeta je veoma kompleksan, te samim time, još se uvijek nije došlo do općeprihvaćene podjele uzoraka invalidnosti. Međutim, jedna od najprihvaćenijih podjela uzoraka invalidnosti je na: „*nasljedne i stečene, endogene i egzogene, organske i funkcionalne, traumatizme i bolesti, itd.*“ (Zovko, 1999: 106). Pored ovih uzoraka trebalo bi navesti još i socijalno-kulturne uzroke. U nasljedne uzroke invalidnosti možemo svrstati: „*hromosomske aberacije, prirodene greške metabolizma, porodična opterećenja i sl.*“ (Zovko, 1999: 106). Iako su napravljeni određeni pomaci ka prevenciji i predviđanju ove vrste uzroka invalidnosti, jedini način da se oni otklone predstavlja dobro organizovana prevencija (koja u dosta slučajeva izostaje). Prema Lakičević (2012) pored preventivnih sadržaja u području životnih i radnih uslova, zdravstvena zaštita majke i njena zaštita na radu, u toku trudnoće, porođaja i prvim godinama djetetova života imaju izuzetnu važnost. Jedini način da se smanji pojava rizičnih faktora je da se prevencija radi uz pomoć različitih, interdisciplinarnih, profesionalnih mjera. Iste ovakve preventivne mjere nužne su i kod organskih uzoraka invalidnosti, koji su i najčešći. Ono što je važno zapamtiti kod ove vrste uzoraka jeste da se na njih može uspješno djelovati. Organski uzroci invalidnosti mogu se javiti „*prije rođenja (prenatalni), tokom porođaja (perinatalni) i nakon porođaja (postnatalni), ali i u ranom djetinjstvu, školskom periodu ili u nekom od kasnijih životnih razdoblja*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 59). Socijalno-kulturna skupina uzoraka invalidnosti dovodi se u vezu s pojavom hendikepa. „*Socijalno-kulturni, tj. ambijentalni faktori kao mogući uzrok invalidnosti rijetko ili gotovo nikada sami po sebi i sami za sebe ne generiraju invaliditet, nego se uvijek javljaju uporedo sa drugim uzrocima*“ (Zovko, 1999: 106). Riječ je dakle o interakcija između pojedinca i različitih faktora okoline koji mogu dovesti do socijalne izolacije, netolerantnosti, diskriminacije, potlačenosti, siromaštva i slično, a koji uveliko otežavaju život osoba s invaliditetom.

Pored gore navedene podjele, važno je spomenuti i podjelu prema Lakičević (2012), gdje su najčešći neposredni uzroci invaliditeta; nasljedne bolesti, ostale teške bolesti (poput akutnih i hroničnih oboljenja, bolesti krvnih sudova, disanja, nerava), glad (zbog nedostatka vitamina A godišnje bez vida ostane 250 000 djece), alkohol i droge (utječu i na osobu ali i na

njene potomke), saobraćajne nesreće, povrede na radu, oštećenje sluha i vida i slično. Također Jovanović (2002) prema Gadžo-Šašić (2020) kao uzroke invalidnosti navodi: urođena-kongentalna oštećenja, kontagiozna oboljenja, nezarazna tjelesna oboljenja, psihijatrijski poremećaji, hronični alkoholizam i narkomanija, traume, neuhranjenost itd. Iz navedenog i uslijed nepostojanja jedinstvene podjele, vidi se da se uzroci invalidnosti uglavnom isprepliću, no jasno je da bi se kroz vrijeme nažalost, mogli pojaviti novi, „savremeniji“ uzroci (poput onih izazvanih zračenjem i klimatskim promjenama) a na koje bi što prije trebalo usmjeriti preventivne napore.

Različiti uzroci invalidnosti dovode i do različitih klasifikacija invalidnosti. Jedna od osnovnih karakteristika osoba s invaliditetom jeste njihova heterogenost u smislu fizičkih i psihičkih mogućnosti i oštećenja. Jednu od najpoznatijih klasifikacija dala je WHO 1976. godine u publikaciji *Međunarodna klasifikacija oštećenja, invalidnosti i hendikepa*, gdje je napravila razliku između navedenih pojmova (pogledati poglavlje Definicije invalidnosti i osoba s invaliditetom). Prema ovoj publikaciji razlikujemo devet vrsta invalidnosti s njihovim podkategorijama: poteškoće u ponašanju (poremećaji svijesti, poteškoće u društvenim odnosima), komunikacijske smetnje (poteškoće u govoru, slušanju, čulu vida i drugim komunikacijskim vještinama), invaliditet koji zahtijeva ličnu njegu (poremećaj u izlučivanju, poteškoće u održavanju lične higijene, oblačenju i hranjenju), lokomotorni poremećaj (poteškoće u kretanju, invalidnost u mobilnosti), poremećaji dispozicije tijela (invalidnost u pokretima tijela, vezana za držanje tijela), poteškoće u spretnosti (poteškoće u svakodnevnim aktivnostima, manuelnim aktivnostima), situacijske smetnje (zavisnost i slaba izdržljivost, poteškoće vezane za okruženje), posebni nedostaci u vještinama i ostala ograničenja u aktivnostima<sup>8</sup> (WHO, 1976).

Prema Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom Federacije BiH (1999) član 14. u lica s invaliditetom spadaju djeca i odrasli koji su: slijepa i slabovida, gluha i nagluha, sa poremećajima u govoru i glasu, sa oštećenjima organizma i trajnim smetnjama u fizičkom razvoju, sa smetnjama u psihičkom razvoju (lahkog, umjerenog, težeg i teškog stepena), sa kombiniranim smetnjama (višestruko ometena u razvoju). Situacija u Federaciji BiH je zbog socijalno-pravne klasifikacije izuzetno složena. Zbog ove klasifikacije koja razlikuje: ratne vojne invalide (koji imaju pravo na ličnu invalidninu već sa stepenom invaliditeta od 20%); civilne žrtve rata (ostvaruju pravo na invalidninu sa stepenom od 60% invaliditeta) i civilni, neratni invalidi (ostvaruju pravo na

---

<sup>8</sup> Za detaljniji pregled klasifikacije pogledati *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap*, str. 144- 147.

invalidninu tek sa stepenom od 90% invaliditeta) (Gadžo-Šašić, 2020: 63), u izuzetno nepovoljnom položaju su civilne žrtve rata a posebno osobe s invaliditetom koji nije uzrokovan ratnom povredom. Naravno da ovakva situacija izaziva nezadovoljstvo kod ove skupine, budući da neposredno utječe na kvalitet njihova života, zbog čega su vrlo često napori različitih organizacija i udruženja osoba s invaliditetom usmjerene na izmjene i dopune pomenutog zakona.

Klasifikacija Evropske Unije osoba s invaliditetom prema tipu oštećenja (1996) razlikuje senzorna oštećenja (oštećenja vida i sluha), intelektualna invalidnost (različitih uzroka nastanka), tjelesna/fizička invalidnost (različite podkategorije shodno uzroku nastanka i s obzirom na mobilnost), autistični spektar i kombinovane smetnje (Gadžo-Šašić), na sličan način kao i Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom Federacije BiH, koristi pogrešnu terminologiju (umjesto invalidnosti oštećenje) što ponovo osobe s invaliditetom dovodi u tešku poziciju. Rački (1997) nudi pravnu klasifikaciju invalidnosti/odnosno osoba s invaliditetom i to na sljedeći način: ratni vojni invalidi, mirnodopski vojni invalidi, civilni invalidi rata, invalide rada i osobe ometene u fizičkom ili psihičkom razvoju. Jedna od „najjednostavnijih“ podjela vrsta invalidnosti bila bi na: fizičku (osobe s poteškoćama u kretanju, koje trebaju ortopedska pomagala), senzornu (osobe oštećenog vida i sluha) i osobe s intelektualnim poteškoćama, tj. poteškoćama u učenju (Invalidnost.info, 2018). Također, Rački (1997) navodi i podjele obzirom na spol osoba s invaliditetom, dobi, vremenu nastanka invaliditeta, vrstama oštećenja, stepenu radne sposobnosti, oštećenjima unutrašnjih organa itd.

Imajući u vidu sve navedeno, da se primijetiti da su klasifikacije invalidnosti šarenolike, što dodatno usložnjava, već dovoljno kompleksan koncept invalidnosti. Sve navedene klasifikacije mogu se kombinirati, a osoba može imati i više vrsta poteškoća, što dovodi do novih dimenzija invalidnosti. Sve to ide u prilog činjenici da je vrlo teško postići jedinstvenu i sveobuhvatnu klasifikaciju, imajući na umu sve kriterije koje bi trebalo zadovoljiti.

### **3.4. Epidemiologija invalidnosti**

Invalidnost je veoma raširena pojava, a podaci o toj pojavi još uvijek su neprecizni. Iako postoje znatni napori WHO da se dođe do precizni podataka, dolazak do informacija o invalidnosti je teško područje. WHO (2011) u svom *Svjetskom izvještaju o invalidnosti* još jednom upozorava da podaci o oštećenju nisu isto što i podaci o invaliditetu. Sam pristup

„mjerenju“ invaliditeta razlikuje se od države do države i utječe na rezultate o epidemiologiji invalidnosti. Način na koji država pristupa mjerenju invaliditeta zavisi od namjere i svrhe mjerenja, shvatanju invaliditeta, aspektima invaliditeta, ograničenja aktivnosti, povezanih zdravstvenih stanja, samog definisanja invaliditeta itd. Jasno je da je dobivene podatke teško uspoređivati između država. Većina zemalja podatke o prevalenciji invaliditeta putem popisa stanovništva i istraživanja. Zahvaljujući novim preporukama WHO da se pojam „oštećenje“ zamijeni pojmom „teškoće u funkcionisanju“, mnoge zemlje su uvažile ovaj pristup, te za mjerenje koriste WHO Međunarodnu klasifikaciju funkcionisanja, invaliditeta i zdravlja (i na individualnom nivou ali i na nivou opće populacije). Kakvim podacima o epidemiologiji invalidnosti raspoložemo, na svjetskom i na državnom nivou?

Prema *Svjetskom izvještaju o invalidnosti* (WHO, 2011) u svijetu živi preko milijardu osoba s invaliditetom (što predstavlja 15% ukupne svjetske populacije) od kojih skoro se 200 miliona suočava s ozbiljnim poteškoćama u funkcionisanju. U godinama koje dolaze, invalidnost će izazvati još veću zabrinutost, budući jer je njena prevalencija u porastu. To je prvenstveno rezultat starenja stanovništva, a starije stanovništvo ima veći rizik od invalidnosti, te zbog porasta hroničnih bolesti kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti, rak, poremećaji mentalnog zdravlja (WHO,2011). Tome u prilog govori i činjenica da je prema podacima iz sedamdesetih godina prošlog stoljeća, gdje je postotak osoba s invaliditetom u odnosu na cjelokupnu populaciju iznosio 10%. Danas, dvanaest godina nakon pomenutog izvještaja, broj osoba s invaliditetom je u porastu i iznosi 1,3 milijarde (WHO,2023). To predstavlja 16% svjetske populacije, dakle invalidnost predstavlja jednu od šest osoba. Kada govorimo o Evropi, prema podacima Evropskog foruma za invalidnost, broj osoba s invaliditetom iznosi 100 miliona.

U BiH prema zvaničnim podacima (na osnovu popisa stanovništva 2013) živi 290 hiljada osoba s invaliditetom, no recentniji podaci tvrde da samo u FBiH, godine živi „najmanje 355.740 osoba s invaliditetom, od čega oko 52.175 osoba s ozbiljnim poteškoćama u funkcioniranju.“ (Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2021). Ipak, za potrebe ovog rada koristi ćemo zvanične podatke iz popisa stanovništva 2013. godine. Prema ovim podacima u Federaciji BiH živi 181 927 osoba s invaliditetom, od čega 81 695 čine muškarci a 100 232 čine žene (Federalni zavod za statistiku) Obzirom da će istraživanje u sklopu ovog rada provesti na teritoriji Zeničko-dobojskog kantona, u Tabeli 5 su prikazani relevantni podaci vezani za epidemiologiju stanovništva na ZDK-u.

Tabela 5 Stanovništvo prema statusu invaliditeta, spolu, i općinama u ZDK

TERITORIJA	UKUPNO STANOVNIŠTVA	UKUPAN BROJ OSOBA S INVALIDITETOM	OSOBE S INVALIDITETOM PREMA SPOLU
<b>ZDK</b>	364 433	30 367 (8,3%)	MUŠKARCI: 13 854
			ŽENE: 16 513
<b>BREZA</b>	14 168	1 289 (9,10%)	MUŠKARCI: 586
			ŽENE: 703
<b>DOBOJ-JUG</b>	4 137	321 (7,76%)	MUŠKARCI: 157
			ŽENE: 164
<b>KAKANJ</b>	37 441	2 591 (6,92%)	MUŠKARCI: 1161
			ŽENE: 1430
<b>MAGLAJ</b>	23 146	2 138 (9,24%)	MUŠKARCI: 938
			ŽENE: 1 200
<b>OLOVO</b>	10 175	1 119 (10,24%)	MUŠKARCI: 475
			ŽENE: 644
<b>TEŠANJ</b>	43 063	3 254 (7,56%)	MUŠKARCI: 1526
			ŽENE: 1728
<b>USORA</b>	6 603	468 (7,09%)	MUŠKARCI: 217
			ŽENE: 251
<b>VAREŠ</b>	8 892	1 180 (13,27%)	MUŠKARCI: 516
			ŽENE: 644
<b>VISOKO</b>	39 938	3 073 (7,69%)	MUŠKARCI: 1 400
			ŽENE: 1 673
<b>ZAVIDOVIĆI</b>	35 988	3 643 (10,12%)	MUŠKARCI: 17 06
			ŽENE: 1 937
<b>ZENICA</b>	110 663	8 924 (8,06%)	MUŠKARCI: 4045
			ŽENE: 4 879
<b>ŽEPČE</b>	30 219	2 367 (7,83%)	MUŠKARCI: 1 127
			ŽENE: 1 240

Izvor: Federalni Zavod za statistiku, *Popis stanovništva*<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Više informacija o epidemiologiji invalidnosti na teritoriji BiH i na teritoriji ZDK u smislu starosti, tipu naselja, vrsti i uzrocima teškoća dostupno na linku: <https://fzs.ba/index.php/popis-stanovnistva/>, *KNJIGA 6*

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 5, najveći postotak osoba s invaliditetom ima općina Vareš a slijedi je općina Olovo. Najniži postotak osoba s invaliditetom nalazi se u općini Kakanj i općini Usora.

### **3.5. Rezime pojmovnog određenja osoba s invaliditetom**

Osobe s invaliditetom kroz historiju bile su izložene različitim društvenim pristupima, počevši od ugnjetavanja, stigmatizacije, diskriminacije, nepoštivanja ljudskih prava i osnovnih sloboda, do nešto boljeg pristupa, temeljenom na socijalnom modelu i modelu ljudskih prava (njihova primjena u pojedinim društvima je doduše još uvijek upitna). Zahvaljujući naporima međunarodnih organizacija ali i zalaganju samih osoba s invaliditetom, osobe s invaliditetom postaju sve vidljivije.

Danas, osobe s invaliditetom predstavljaju „najveću manjinu“ na svijetu, s postotkom od 16%. Invaliditet je važno posmatrati prvenstveno sa socijalnog aspekta te sa aspekta ljudskih prava, koji naglašavaju da je invaliditet prije svega sastavni dio ljudskog iskustva. Invaliditet ne smijemo posmatrati isključivo kao zdravstveno stanje. Važna je primjena holističkog pristupa koji u obzir uzima i lične faktore ali i faktore sredine, te puno poštovanje UN- ove Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Prema Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, osobe s invaliditetom su *osobe sa dugotrajnim fizičkim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima, koje u interakciji s različitim barijerama mogu ometati njihovo puno i djelotvorno sudjelovanje u društvu ravnopravno s ostalim članovima tog društva.*“ (UN, 2006: 3). Naglasak je isključivo na interakciji osobe s oštećenjima s različitim barijerama koje joj se mogu „naći na putu“ ka postizanju boljeg zadovoljstva kvalitetom života. Obzirom na kompleksnost, epidemiologiju i višedimenzionalnost koncepta invalidnosti, kao društvu ne preostaje nam ništa drugo osim da radimo na iskorjenjivanju svih tih barijera i priznavanju osoba s invaliditetom kao ravnopravnih članova zajednice u kojoj žive.

#### IV DOMENE KVALITETA ŽIVOTA I OSOBE S INVALIDITETOM; OSVRT NA STANJE U BOSNI I HERCEGOVINI

Nakon teorijskog pregleda koncepta kvaliteta života i koncepta osoba s invaliditetom, u ovom poglavlju dovest ćemo u odnos na domene kvaliteta života (shodno upitniku WHOQOL-BREF i modulu WHOQOL-DIS) i osobe s invaliditetom. Riječ je o upitnicima koji uključuju fizičko stanje, psihološko stanje, društvene odnose, te dodatne tri domene iz modula vezanog za invalidnost (prva koju obuhvata diskriminaciju, zaštitu i budućnost, druga kontrolu, izbor i autonomiju, a treća inkluziju, komunikaciju, prihvatanje, poštovanje, interakciju i potencijal). Pored toga dat je i osvrt na stanje u Bosni i Hercegovini

Konceptu kvaliteta života potrebno je, u Bosni i Hercegovini kao i općenito, pristupiti na holistički način, koji uvažava i lične ali i faktore okoline koji utječu na razumijevanje invaliditeta. Lakičević (2012) naglašava da bi se trebali donijeti sveobuhvatni odgovori u različitim sektorima kako bi osobe s invaliditetom imale izjednačene mogućnosti kao i osobe bez invaliditeta. Prema različitim izvještajima, strategijama i istraživanjima (*Strategija za unapređenje prava i položaja osoba s invaliditetom u Federaciji Bosne i Hercegovine (2016-2021)*); *Izvešće o provođenju Konvencije Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini, 2012*; *Posebno izvješće o pravima osoba s invaliditetom, 2010*; *Politika u oblasti invalidnosti u Bosni i Hercegovini, 2008* i slično), primjećuje se sljedeće: na kvalitet života osoba s invaliditetom utječu različite barijere (fizičke, društvene, ekonomske, transportne); većina osoba s invaliditetom izložena je socijalnoj ekskluziji i siromaštvu; osobe s invaliditetom kao najvažnije aspekte kvaliteta života procjenjuju zdravstveno stanje, rehabilitaciju i zapošljavanje dok su rekreativne aktivnosti, prijevoz i kulturna dešavanja rangirani kao najmanje važni; najvažniju ulogu u pružanju podrške osobi s invaliditetom ima porodica te da su osobe s invaliditetom izložene diskriminaciji kako u odnosu na osobe bez invaliditeta tako i u odnosu na osobe s invaliditetom (shodno uzrocima invaliditeta). Istraživanja potvrđuju i sljedeće:

„•broj osoba s invaliditetom koje se često, ili veoma često osjećaju beznadežno u svojim razmišljanjima o budućnosti (46,4%), gotovo je dvostruko veći od broja osoba bez invaliditeta koje se tako osjećaju (24,9%);

•postotak osoba s invaliditetom koje se često ili veoma često osjećaju depresivno (47,8%), gotovo je tri puta veći od broja osoba bez invaliditeta koje se tako osjećaju (17,3%);

•osobe s invaliditetom kvalitet svog društvenog života na skali od 1-7 ocjenjuju nižom ocjenom (3,68) od osoba bez invaliditeta (4,26);

•osobe s invaliditetom kvalitet svog slobodnog vremena na skali od 1-7 ocjenjuju nižom ocjenom (3,49) od osoba bez invaliditeta (4,06);

•osobe s invaliditetom ukupan kvalitet svog života na skali od 1-7 ocjenjuju nižom ocjenom (3,58) od osoba bez invaliditeta (4,39)“ (UNDP, 2007 prema Miković, 2019: 116).

Navedeni podaci jasno opisuju u kakvom su stanju pojedini aspekti kvaliteta života osoba s invaliditetom u BiH. No, o pojedinim aspektima podataka ima jako malo ili nikako. Jasno je da mjerenje kvaliteta života osoba s invaliditetom mora ići paralelno s mjerenjem kvaliteta života opće populacije (Felce i Perry, 1995 prema Ilić et al., 2010). Jasnim i konciznim podacima moguće je pružiti smjernice za poboljšanje kvaliteta života (kako za opću populaciju tako i za osobe s invaliditetom), u čemu bi i trebalo da leži glavna aktivnost formalnih i neformalnih izvora socijalne podrške. Prije nego što pažnju usmjerimo na svaku od domena kvaliteta života, važno je još jednom istaći da ključnu ulogu u kvalitetu života osoba s invaliditetom ima društvo. Nažalost, dominantan društveni narativ, koji prvenstveno povezuje invalidnost sa izazovima (a ne s mogućnostima), suočava osobe s invaliditetom sa svakodnevnim ograničenjima (počevši od neosjetljivosti, smanjenim mogućnostima za učešće na tržištu rada, kulturnu averziju i slično). S druge strane, zajednice koje brinu (*„Ljudi žive u zajednicama . Ako su njihovi članovi svjesni svoje međuzavisnosti tada ih možemo nazvati zajednicama koje brinu... Zajednice se međusobno znatno razlikuju po vrijednostima koje promiču. Ovdje govorimo o zajednicama koje se doista brinu za svoje građane kao temelj vlastite snage i potencijala budućeg razvoja te nude model kvalitetnog življenja.* (Bašić, 208: 331; 334)) i koje su inkluzivne prema osobama s invaliditetom značajno poboljšavaju kvalitet njihovog života, pružajući sredstva potrebna za njihovu inkluziju.

#### **4.1. Fizičko stanje osoba s invaliditetom**

Fizička domena kvaliteta života obuhvata: bol i nelagodu, zavisnost o medicinskim tretmanima, energiju i umor, pokretljivost i spavanje i odmor, sposobnost za svakodnevne aktivnosti i radnu sposobnost

Bol i nelagoda odnose se na osjećaje koje osoba doživljava i u kojoj mjeri su mjeri ti osjećaji uznemirujući i ometaju život (WHO, 1996). Riječ je o kontroli koju osoba ima nad samom boli i nelagodom, odnosno sprječavaju li je one da izvrši ono što je potrebno da učini. Što manje osoba osjeća bol i nelagodu (i ima kontrolu nad istim), to je kvalitet njena života bolji i obrnuto. Jasno je da se osobe s invaliditetom zbog svog stanja, koje vrlo često ima

izvor u medicinskoj prirodi, jako često susreću sa bolom. Tri vrste bola s kojima se osobe s invaliditetom susreću je bol povezana s mišićno-koštanim sistemom (zbog problema s tetivama, zglobovima, mišićima), neuropatska bol (rezultat abnormalnih signala iz oštećenih živaca), visceralna bol (bol u abdomenu ili crijevima) i slično (University of Washington, 2018). Osobe s invaliditetom ponekad imaju teškoće u pokazivanju da ih nešto boli ili da se osjećaju nelagodno, te se neće ponašati na način na koji je očekivano da se osobe koje osjećaju bol ponašaju (posebice ako osobe s invaliditetom ima poteškoće u govoru). Stoga je važno da socijalni radnici, i ostali stručnjaci pomažućih struka primijete kada osoba s invaliditetom osjeća bol i nelagodu, te postupe na adekvatan način. Imajući u vidu navedeno jasno je da su osobama s invaliditetom u nešto većoj mjeri potrebni medicinski tretmani i da „zavise“ o medicinskoj pomoći.

Energija i umor kao aspekt fizičke domene kvaliteta života odnosi se na energiju, entuzijazam i izdržljivost koje osoba ima kako bi izvršila svakodnevne aktivnosti, te druge slobodne/rekreativne aktivnosti (WHO, 1996). Osobe s invaliditetom izložene su većem riziku od umora nego opća populacija, a taj rizik raste s godinama. Umor može biti direktno povezan s invaliditetom, i takav bol se smatra primarnim bolom, dok je onaj sekundarni povezan s drugim izvorima, nevezanim za invaliditet. Nedostatak energije i primarni umor pojavljuju se kod osoba s multipla sklerozom (uzrokovan je izravnim oštećenjem središnjeg živčanog sustava koji usporava reakcije i veze u mozgu, uzrokujući umor), mišićnom distrofijom (posljedica ili oštećenja samih mišića ili živčanog sustava, ili i jednog i drugog, slično kao i kod povreda leđne moždine), post-polio sindromom (starenje, u kombinaciji s povećanim zahtjevima za motornim neuronima koji su oštećeni u procesu bolesti, dovode do umora), i slično (Artherholt, 2013). Sekundarni izvori umora kod osoba s invaliditetom vežu se za nuspojave vezane za korištenje tableta, neaktivnost (što dovodi do slabljenja mišića), loša ishrana, depresija, stres, problemi sa spavanjem te niz drugih mogućnosti. Opća populacija se vrlo često suočava s nedostatkom energije, osjećajem umora, a ukoliko u svakodnevnicu uvedemo komponentu invaliditeta, jasno je da se osobe s invaliditetom mogu vrlo često osjećati umorno.

Invaliditet koji nije „prihvaćen“ u društvu može biti sam po sebi prepreka. Tako osobe s invaliditetom u većoj mjeri mogu imati poteškoće za obavljanje svakodnevnih aktivnosti ukoliko im okolina nije prilagođena, te zbog smanjene radne sposobnosti ne biti radno angažovani ili angažovani na slabije plaćenim radnim mjestima (gdje primaju znatno umanjenju platu za svoj rad).

Još jedan aspekt ove domene je spavanje i odmor. Odnosi se na koliko san i odmor, i problemi u ovom području (poput poteškoća sa spavanjem, buđenjem tokom noći i ujutro, nemogućnost da se vrati na spavanje i slično) utječu na kvalitet života (WHO, 1996). Prvenstveno se radi o tome da li je san poremećen ili ne, bilo da se radi o ličnim razlozima ili razlozima proizašlim iz okoline i da li je osoba ovisna o sredstvima koji joj pomažu u spavanju. Istraživanja provedena na univerzitetu u Vašingtonu pokazuju da 40% osoba s invaliditetom se prijavljuje dugotrajne poteškoće sa spavanjem te da su problemi sa spavanjem tri puta češći kod osoba s hroničnim stanjima (Jensen, Terrill, 2012). Imajući na umu da je spavanje složen proces koji uključuje različite dijelove mozga, osobe s invaliditetom, ovisno o specifičnoj vrsti invaliditeta, mogu razviti različite poremećaje spavanja (nesanica, pretjerana pospanost, narkolepsija). Uzroci za poremećaje spavanja kod osoba s invaliditetom su: fizičke i hemijske povrede povezane s povredama i starenjem (osobe čiji je invaliditet povezan s povredom mozga ili trajnim lezijama moždanog sistema, mogu imati manje sposobnosti da „kažu“ svom tijelu da zaspi ili da se probudi ili da „upravljaju“ hormonima, poput melatonina i kortizola, koji utječu na spavanje), dnevno spavanje i fizička neaktivnost, bol (osobe s fizičkom vrstom invaliditeta mogu imati hroničnu bol koja može poremetiti san), depresija i anksioznost (Prema Jensen i Terrill, 2012 osobe s invaliditetom se češće nalaze u depresiji u odnosu na opću populaciju) itd.

#### **4.1.2. Osvrt na fizičku domenu kvaliteta života osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini**

Kada je riječ o aspektima fizičke domene kvaliteta života postoji jako malo podataka o istoj. Budući da se ova domena uveliko odnosi na zdravstveno stanje osoba s invaliditetom, ključno je ispitati kakve se to mogućnosti nude osobama s invaliditetom a koje poboljšavaju njihovu fizičku domenu, odnosno smanjuje njihova bol, nelagoda, umor a povećava energija, spavanje i odmor. Nažalost, u Bosni i Hercegovini se još uvijek polazi od prava garantovanih zakonom a ne od individualnih potreba. Kada je riječ o zakonskom okviru u Federaciji BiH za ovu oblast, nadležne su i federalna i kantonalna vlast, dok je u Republici Srpskoj nadležno Ministarstvo zdravstva, čime je situacija nešto jednostavnija dok Brčko distrikt ima zaseban Zdravstveni fond (Buljubašić, 2012). Ovo jasno ukazuje na decentralizovanost ove oblasti. Nadalje, o zdravstvenom stanju osoba s invaliditetom brine se samo u slučaju rehabilitacije, mada i to je rijetkost a tome u prilog govori i mišljenje da u Bosni i Hercegovini „ne postoje kvalitetni rehabilitacijski programi za osobe s invaliditetom, kojima je zbog prevelikih troškova onemogućeno liječenje u toplicama (banjama) i drugim centrima za poboljšanje zdravlja“ (Institucija ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, 2010: 34) Također,

u ovoj oblasti prisutna je diskriminacija obzirom na uzroke invaliditeta, no o tome više u dijelu domena okoline.

Činjenica je da se u BiH osobe s invaliditetom još uvijek bore za ona sredstva koja će im olakšati fizičku domenu kvaliteta života, *njihove porodice i udruženja još uvijek se bore za pravo na pelene, banjско liječenje i bijeli štap* (Aladuz, 2006: 28). Tako se osobe s invaliditetom na različite načine bore da poboljšaju svoje stanje. Pozitivan primjer poboljšanja fizičke domene kvaliteta života, kojim se potvrđuje značaj porodice kao izvora socijalne podrške, nalazimo u Rubini Džanović s dijagnozom multiple- skleroze (WeBalkans.eu, 2020). Ona navodi da je njeno „*fizičko stanje bilo loše – to je hronična bolest. Imala sam bolove i nisam mogla spavati noću*“ (Ibid). Kako bi poboljšala svoje fizičko stanje preselila se na selo, i pokrenula sopstveni biznim, čime je dokazala kakav doprinos osobe s invaliditetom mogu pružiti društvu. No, obzirom na zakonska ograničenja, i nažalost društvenu podršku ovakvih primjera je jako malo, te osobe s invaliditetom često trpe bol, suočene su s nelagodnom ali nerado razgovaraju o tome. Možda kada bi ova domena bila bolje istražena osobama s invaliditetom bi bilo lakše razgovarati o ovim problemima a time bi se učinio znatan korak ka poboljšanju kvalitete života

#### **4.2. Psihološko stanje osoba s invaliditetom**

Psihološka domena kvalitet života obuhvata: pozitivne osjećaje, duhovna, religijska i lična uvjerenja, razmišljanje, učenje, pamćenje i koncentraciju, samopoštovanje, tjelesnu sliku/ izgled i negativne osjećaje.

Pozitivni osjećaji su oni osjećaji koji oslikavaju koliko osoba uživa u životu, odnosno ono koliko život osobe (prema njenoj procjeni) ima smisla. Ovaj aspekt ispituje koliko osoba doživljava pozitivne osjećaje kao što su zadovoljstvo, ravnoteža, mir, sreća, nada, radost i uživanje u dobrim stvarima u životu (WHO, 1996). Također obuhvata i viđenje budućnost od strane osobe, te se vrlo često koristi kao sinonim za sam kvalitet života. Istraživanje provedeno u Hrvatskoj 2007. godine pokazalo je da osobe s invaliditetom kao emocije s najjačim intenzitetom iskazuju sreću i zadovoljstvo ali s druge strane i zabrinutost koja je povezana sa strahom od neizvjesnosti i strahom za budućnost (Leutar, Štambuk, 2007). Iako je zabrinutost negativna emocija (koja je pokrivena drugim aspektom), važno je znati da promišljanja o budućnosti osoba s invaliditetom su uglavnom za njih povezana s negativnim osjećajima. Osobe s invaliditetom uglavnom imaju tendenciju iskazivati da imaju dobar kvalitet života (preciznije da su sretne i zadovoljne) onda kada su dobro involvirane u društvo

i kada im je ono pristupačno. Lična, religijska i duhovna uvjerenja igraju veliku ulogu u životu svakog čovjeka. Vrlo često se osobe s invaliditetom, zahvaljujući svojim uvjerenjima lakše suočavaju i nose s oštećenjima koja imaju, što u konačnici vodi do boljeg psihološkog stanja i pozitivnijoj ocjeni kvaliteta života. Stoga, nije ni čudo da se ova uvjerenja koriste kao resurs za osnaživanje osoba s invaliditetom.

Treći aspekt psihološke domene kvaliteta života odnosi se na procjenu osobe o njenom razmišljanju, učenju, pamćenju i koncentraciji. „Mjeri“ se brzina razmišljanja i jasnoća misli (WHO, 1996). Jasno je da neke osobe s kognitivnim poteškoćama nemaju jasan uvid u gore navedene poteškoće, te u tim slučajevima u obzir se uzima „posrednička“ evaluacija kao dodatak subjektivnoj procjeni. Problem u procjeni ovog aspekta je nepriznavanje poteškoća u razmišljanju, učenju, pamćenju i koncentraciji ispitanika. Ovisno o prirodi invaliditeta, ovisi procjena ovog aspekta. Tako osobe s poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje, disleksijom, autizmom, Down sindromom, zbog svog stanja mogu imati smanjenu mentalnu sposobnost, teškoće s učenjem, koncentracijom i slično.

Aspekt samopoštovanja ispituje kako osobe same sebe vrednuju. Procjenjuje se osjećaj samoučinkovitosti, zadovoljstvo sobom i kontrola (WHO,1996). Pitanja kojima se procjenjuje kvalitet života u aspektu samopoštovanja uključuju slaganje s drugim ljudima, obrazovanje pojedinca, procjenu sposobnosti promjene ili postignuća određenih zadataka, procjenu porodičnih odnosa, osjećaj dostojanstva itd. Samopoštovanje je relativan pojam koji ima različita shvaćanja, ovisno od kulture ali i samog pojedinca. Stoga, ispitanici pitanja koja se odnose na samopoštovanje tumače na način koji je smislen i relevantan za njihovo shvanje. Samopoštovanje kod osoba s invaliditetom ovisi o nekoliko faktora. Prvi od njih jeste prihvatanje invaliditeta. Smatra se da osobe ,koje su „prihvatile“ svoj invaliditet, pokušale da se oporave i koje su prihvatile stvarnost i ograničenja koja ih prate, imaju veću razinu samopoštovanja (Jung, Kang, Park, Jang, 2022). Značajnu ulogu imaju i socio-ekonomski faktori (ne samo kod osoba s invaliditetom, već i kod opće populacije). Ovisno o tome imaju li prihode, da li su prihvaćene u društvu, učestvuju li u aktivnostima zajednice varira i samopoštovanje osoba. Pored toga, Gadžo-Šašić (2020) navodi da samopoštovanje kod osoba s invaliditetom zavisi od toga da li se one oslanjaju na druge osobe ili ne. Ukoliko zavise od drugih, gube kontrolu nad donošenjem odluka i samim time dolazi do smanjenog samopoštovanja i samopouzdanja. Kako bi imale veće samopoštovanje, za osobe s invaliditetom važno je da se samospoznaju, samoprihvate te da se njihove vrline i mogućnosti naglašavaju i povećavaju a njihove „slabe tačke“ smanje.

Slika tijela i izgled predstavljaju način na koji osoba vidi svoje tijelo (odnosno na pozitivan ili negativan način). Fokus je na zadovoljstvu osobe s načinom na koji ona izgleda i na učinak koji to ima na njeno samopoimanje (WHO, 1996). Kako drugi reagiraju na nečiji izgled, može značajno utjecati na sliku tijela te osobe, stoga je jako važno da se prilikom procjene kvaliteta života ispitanici odgovaraju onako kako se zaista osjećaju povodom svog izgleda. Sve više i više istraživanja potvrđuje jedinstvene izazove s kojima se osobe s invaliditetom susreću u smislu svoje slike o tijelu (Gerber, 2020). Pokazalo se da osobe s tjelesnim invaliditetom uglavnom imaju negativan stav i osjećaj prema svom tijelu. Naravno da slika tijela zavisi od osobe do osobe ali i od kulture do kulture. Tamo gdje se muškost posmatra kroz dominaciju, nezavisnost, snagu, muškarcima s tjelesnim invaliditetom teško je uklopiti se u taj „kalup“. Žene s invaliditetom, s druge strane, se možda ne uklapaju u usku definiciju „idealnog ženskog tijela“ ili onoga što se smatra lijepim (Gerber, 2020). Ovo „neuklapanje“ se ne odnosi samo na osobe s invaliditetom međutim, stepen do kojeg osobe s invaliditetom usvajaju negativnu sliku o sebi i svome tijelu koja proizlazi iz njihovog stanja i društvene percepcije, može proizvesti niz emocionalnih i psiholoških problema, kojima se nažalost ne daje na značaju.

Posljednji aspekt psihološke domene odnosi se na negativne osjećaje/emocije. Kod kvaliteta života procjenjuje se koliko osoba doživljava negativne osjećaje kao što su malodušnost, krivnja, tuga, tjeskoba, nedostatak zadovoljstva u životu, depresiju, napade panike i slično (WHO, 1996). U razmatranje se uzima koliko su uznemirujuće negativne emocije za osobu i kakav utjecaj imaju na svakodnevno funkcioniranje osobe. Invaliditet i njegov nastanak je veliki stresor za osobu, a kako ga osoba prihvata zavisi od njenog uzrasta. Kod djece s invaliditetom javljaju se tjeskoba, loša slika o sebi, nesigurnost, kod adolescenata usamljenost, nisko samopouzdanje, potreba za društvenim prihvaćanjem, kod starijih osoba javljaju se osjećaji zabrinutosti, napetosti i istrošenosti (Leutar, Štambuk, 2007; Leutar, Štambuk, Rusac, 2007). Kako bi se osobama s invaliditetom smanjile i otklonile negativne emocije, koje su skoro pa neizostavan dio koji se pojavljuje uporedno s nastankom invaliditeta, važna je socijalna podrška koju dobivaju od strane svoje porodice ali i zajednice.

#### ***4.2.1. Osobe s invaliditetom u Bosni i Hercegovini i psihološko stanje kao domena kvaliteta života***

Kada je riječ o psihološkoj domeni života osoba s invaliditetom, najviše podataka u Bosni i Hercegovini nalazimo o aspektu samopoštovanja. Naime, samopoštovanje prema

provedenim istraživanjima kod osoba s invaliditetom, posebice mladih, je na visokom nivou a ono je povezano s nekoliko faktora: *viši nivo samoeфикаsnosti, bolja percepcija podrške porodice i prijatelja, bolja percepcija porodičnog funkcionisanja, proaktivnost u smislu traženja posla i prilika za učenje uz pomoć interneta, viši nivo nade i aspiracija, bolja percepcija mogućnosti učestvovanja i nezavisnosti u područjima* (Lotos, 2015: 61). Također kada je riječ o pozitivnim osjećajima, prema istom istraživanju pokazalo se da je kod osoba s invaliditetom primijetno: visoko vrednovanje nade, jasna smislenosti o životu u kontekstu postavljenih ciljeva, novih mogućnosti, pružanja i primanja ljubavi, dok se s druge strane kao negativna osjećanja najčešće navode zabrinutost za budućnost, depresiju i usamljenost. Kao izvor negativnih osjećanja u Bosni i Hercegovini možemo navesti društveni narativ, političku situaciju, loš socioekonomski status (navedeno važi i za opću populaciju). Jasno je da navedeno utječe na sliku koju osoba ima o sebi te je stoga važno raditi programima podrške osobama s invaliditetom. Ipak raduje činjenica da osobe s invaliditetom imaju smisao u životu, čime se dokazuje da je kvalitet njihova života u ovoj domeni zadovoljavajući. Tjelesna slika i izgled doprinose samopouzdanju osoba s invaliditetom. Kao što je prethodno navedeno, može se govoriti o utjecaju društva na shvatanje ovog aspekta kvaliteta života. Nije rijedak slučaj da bosanskohercegovačko društvo stigmatizira osobe na osnovu fizičkog izgleda što svakako doprinosi njihovoj vlastitoj percepciji fizičke slike i izgleda.

### **4.3. Društveni odnosi**

Društveni odnosi, kao domena kvaliteta života, uključuju lične odnose, društvenu podršku i seksualnu aktivnost.

Lični odnosi u procjeni kvaliteta života ispituju u kojoj mjeri ljudi osjećaju ljubav, podršku i drugarstvo iz intimnih odnosa u njihovom životu, te predanost i zabrinutost za druge osobe (WHO, 1996). Ovaj aspekt pokriva sposobnost da se voli i bude voljen, intimnost (emocionalnu i fizičku) te sposobnost dijeljenja svoje sreće i nesreće s drugima. Lični odnosi su izuzetno važni, iz njih crpimo zadovoljstvo, oni poboljšavaju kvalitetu života, samoprocjenjivanje, utječu na naše mentalno zdravlje i smanjuju stres. Kada je riječ o prijateljstvu, istraživanje provedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu pokazalo je da osobe s invaliditetom smatraju da imaju barijere u stvaranju i održavanju prijateljstva, te da se više od pola njih osjeća usamljeno, a 6% njih je izjavilo da uopšte nema prijatelje (Sense, 2015). Kada je riječ o ljubavnim vezama, nekoliko se faktora ispostavilo važnim za sticanje istih: način života, bračni status, vlastiti izbor da se živi sam, bude u braku ili vanbračnoj zajednici

povećava izgleda za bolje intimne veze, dok faktori poput života u porodičnoj kući, starateljstvo, biti samac, ne biti u vezi ili braku a željeti to smanjuje prilike za intimne veze (Friedman, 2019). Kao što je već naznačeno, lični odnosi imaju veliku vrijednost, a osobe s invaliditetom mogu se suočiti s poteškoćama za stvaranje istih. Poteškoće su uglavnom uslovljene segregacijom, predrasudama i diskriminacijom, stoga je jako važno osigurati osobama s invaliditetom prilike da sklapaju lične odnose, vodeći računa o njihovim izborima, podržavajući odnose koje već imaju, rješavajući se prepreka i pružajući im prilagođenu društvenu podršku, što i jeste drugi aspekt ove domene.

Društvena podrška, kao aspekt kvaliteta života, procjenjuje koliko osoba osjeća predanost, odobravanje i dostupnost praktične pomoći od strane porodice i prijatelja (WHO, 1996). Također, fokus je na to koliko se osoba može osloniti na društvenu podršku onda kada doživi krizu, odnosno u kojoj mjeri doživljava ohrabljivanje od strane porodice i prijatelja. Društvena podrška može biti materijalna, informativna i emocionalna. Socijalna podrška naročito je važna za osobe s invaliditetom. Kada je riječ o osobama s invaliditetom, mora se istaći da je društvena podrška i formalna i neformalna obaveza. Neformalni izvori društvene podrške su prijatelji, porodica i rodbina, dok formalni izvori podrške uključuju vladu, vjerske institucije, obrazovne ustanove, različite organizacije i stručnjake poput psihologa i socijalnih radnika (Onalu, Nwafor, 2021). Socijalna podrška, između ostalog, pomaže osobama s invaliditetom dovodi do izbora učinkovitih mehanizama suočavanja, poboljšavanja samopoštovanja, ličnih vještina, boljeg društvenog života i osnaživanja u procesu socijalnog razvoja.

Seksualna aktivnost, u smislu kvaliteta života, odnosi se na nečiji poriv i želju za seksom, te mjeru u kojoj je osoba sposobna izražavati seksualnu želju i uživati u njoj na odgovarajući način (WHO, 1996). Osobe s invaliditetom doživljavaju isti raspon seksualnih misli, stavova, želja, fantazija i aktivnosti kao i osobe bez invaliditeta. Međutim, osobe s invaliditetom, naročito osobe s intelektualnim poteškoćama često su pod rizikom od negativnih seksualnih iskustava, zaraze spolno prenosivih bolesti i neželjene trudnoće (Baines, Emerson, Robertson, Hatton, 2018). Stoga je jako važno, osobama s invaliditetom omogućiti informacije, prava i edukaciju o seksualnim aktivnostima, kako bi ih se zaštitilo od gore navedenih rizika.

#### **4.3.1. Društveni odnosi osoba s invaliditetom u BiH**

Društveni odnosi osobama s invaliditetom, kako je već ranije spomenuto, daju niz prednosti. U BiH stanje društvenih odnosa osobama s invaliditetom bilo je tema raznih istraživanja. Kada govorimo o ličnim odnosima, dokazano je da kod mladih osoba s invaliditetom vrijedi sljedeće: uzajamnost prijateljskih odnosa je upitna (prijatelji osoba s invaliditetom im stoje na raspolaganju kada one trebaju donijeti odluku, imaju problem, ili kada ih pitaju za mišljenje ali s druge strane taj prijateljski odnos nije reciprocitetan, no ipak osobe s invaliditetom smatraju da im prijateljstvo uzajamno); članovi njihovih porodica radije se obraćaju prijateljima za savjete, nego osobama s invaliditetom; mlade osobe s invaliditetom putem interneta za sklapanje novih prijateljstava i druženje, prijatelji im pružaju moralnu i emocionalnu podršku (Lotos, 2015). Kada je riječ o ženama s invaliditetom, istraživanje provedeno 2021. godine pokazuje da je većina ispitanica bila neudata (62% njih), da je većina njih vremenom doživjela udaljavanje od strane prijatelja, te da su uglavnom njihovi lični odnosi usmjereni na porodicu, djecu i partnere ukoliko ih imaju (Isić, 2021). Navedeno ukazuje da su lični odnosi osoba s invaliditetom, prema njihovoj procjeni, izuzetno važni te smatraju ih uzvraćenima. Najviše cijene odnose koje imaju s članovima svoje porodice i prijateljima. Međutim „za realiziranje intimnog i obiteljskog života osoba sa invaliditetom ne postoji sustavna podrška u Bosni i Hercegovini, što se najviše ogleda u realiziranju majčinstva“ (Vijeće ministara, 2008: 5), što implicira da je krajnje vrijeme da se poduzmu koraci ka izgradnji okruženja koje bi doprinijelo uklanjanju barijera koje stoje na putu osobama s invaliditetom na stvaranju i održavanju njihovih ličnih odnosa, a koje se prvenstveno ogledaju u razmišljanju da osobe s invaliditetom ne mogu biti samostalne i zasnovati porodicu.

Kada je riječ o socijalnoj podršci, osobe s invaliditetom glavni izvor podrške nalaze u svojoj porodici. „Porodica je osnovna i jedina služba za podršku osoba s invaliditetom, jer društvo nije razvilo mehanizme podrške ni za porodicu ni za osobe s invaliditetom.“ (Somun Krupalija, Zuko, Haverić, Zahirović, 2011: 16). Govoreći o formalnoj socijalnoj podršci osobama s invaliditetom u BiH važno je reći sljedeće: zasnovana je na „medicinskom“ i „milosrdnom“ modelu, usluge koje se pružaju rezultat su procjene stručnjaka i predstavnika vlasti, u velikoj mjeri usluge nisu prepoznatljive kao isključivo namijenjene osobama s invaliditetom (a ukoliko jesu onda se zbog nepotpunih i nedosljednih standarda nedostupne svim osobama s invaliditetom), usluge se dizajniraju na osnovu opštih procjena a ne individualnih potreba a promjena u formalnoj socijalnoj podršci ne dešava se zbog toga što institucije vlasti, „koje žele sprovesti proces reformi na način da naprave budžetske uštede

*koristeći se, skoro isključivo administrativnim reformama čiji se efekti najnegativnije odražavaju na osobe sa najtežim stepenom invaliditeta kojima su različiti vidovi podrške za svakodnevno funkcionisanje najpotrebniji“ (Somun Krupalija, Zuko, Haverić, Zahirović, 2011: 16). Važnu ulogu u formalnoj socijalnoj podršci imaju centri za socijalni rad. „Oni su ti koji osobe s invaliditetom upoznaju s pravima koja imaju, oni ih zastupaju, u slučajevima kada iz bilo kojih razloga nisu u mogućnosti same sebe zastupati, osnažuju ih, otkrivaju njihove potencijale, uključuju ih u rješavanje problema poštivajući njihovu individualnost itd.“ (Ibralić, Haverić, Cocalić, 2020). Ono što se primjeti u formalnoj socijalnoj podršci u oblasti obrazovanja, zdravstva, socijalne zaštite, rada, samostalnog života i kulturnih prilika u BiH je decentralizovanost, diskriminacija, ograničenost, isključenost i nepristupačnost<sup>10</sup>. Istraživanje provedeno u Tuzli pokazalo je da se socijalna podrška od strane roditelja i prijatelja procjenjuje osrednjom od strane osoba s invaliditetom, ali da one osobe koje imaju takvu podršku imaju više autonomije te imaju više samopoštovanja (Loos, 2015). Iako postoje određeni napori usmjereni ka poboljšanju socijalne podrške (posebice zakonodavnim okvirom BiH), socijalna podrška koja je dostupna osobama s invaliditetom uglavnom je rezultat udruženja osoba s invaliditetom i nevladinih organizacija (koje su uglavnom kratkoročne i međusobno neusklađene), čime se potvrđuje da na razini državne razine, uprkos svim potpisanim konvencijama, deklaracijama i donijetim zakonima, ne postoje ciljani napori ka boljoj društvenoj podršci.*

#### **4.4. Okolina**

Okolina, kao domena kvaliteta života obuhvata: slobodu i (fizičku) sigurnost, kućno okruženje, finansijska sredstva, zdravstvo i socijalnu brigu: dostupnost i kvalitet, mogućnost za sticanje novih informacija i vještina, prilike za sudjelovanje u rekreaciji i slobodno vrijeme, fizičko okruženje (zagađenost, buka, promet, klima) i transport.

Sloboda i (fizička) sigurnost ispituju osjećaj sigurnosti od fizičkih povreda, koje mogu proizaći iz različitih izvora (drugi ljudi ili političko ugnjetavanje) a koje izravno utječu na osjećaj slobode kod osoba (WHO, 1996). Ovim aspektom se naročito žele ispitati dostupni resursi koji osobi mogu pružiti osjećaj slobode i fizičke sigurnosti. Osobe s invaliditetom su u većem rizikom od (fizičke) nesigurnosti. Tome u prilog govore i podaci istraživanja koji su

---

<sup>10</sup> Detaljnije o postojećim izvorima socijalne podrške kao i detaljnim preporukama za poboljšavanje iste dostupno na linku: [http://www.myright.ba/uimages/Analiza\\_postojecih\\_i\\_mogucnosti\\_uspostavljanja\\_novih\\_modela\\_podrske\\_za\\_OSI\\_u\\_BiH.pdf](http://www.myright.ba/uimages/Analiza_postojecih_i_mogucnosti_uspostavljanja_novih_modela_podrske_za_OSI_u_BiH.pdf)

pokazali da se osobe s invaliditetom suočavaju s fizičkim, verbalnim, seksualnim nasiljem, ciljanim antisocijalnim ponašanjem, oštećenjem/krađom imovine, zlostavljanjem u školi, incidentima od strane osoblja zakonskih agencija i cyber bullying-om (Equality and Human Rights Commission, 2009). Osjećaj sigurnosti, jedan je od najvažnijih osjećaja i ljudskih prava. Stoga je odgovornost za sigurnost i slobodu osoba s invaliditetom na društvu. Osobe s invaliditetom ne stvaraju same sebi opresiju, drugi to čine (Equality and Human Rights Commission, 2009). Prva stvar na kojoj treba raditi da bi se osigurala fizička sigurnost jeste prevazilaženje dominantnog mišljenja da su osobe s invaliditetom intrinzično ranjive. Ovakvo mišljenje u najboljim slučajevima dovodi do protekcionizma i ograničavanja slobode (a često i do različitih ograničavanja osoba s invaliditetom). Ovakvo mišljenje potrebno je zamijeniti istim očekivanjima za sigurnost i slobodu osoba s invaliditetom kao i za opću populaciju, što će dovesti do smanjenja i otklanjanja grešaka u trenutnom djelovanju i probuditi svijest za dalje djelovanje.

Kućno okruženje predstavlja mjesto gdje osoba živi (odnosno u najmanjem spava i drži svoje stvari), a u smislu kvaliteta života ispituje se kakav utjecaj kućno okruženje ima na osobu. Ispituje se udobnost, sigurnost, prostranost, čistoća, privatnost i slično (WHO, 1996). Istraživanje provedeno u Hrvatskoj, pokazalo je da preko 66% osoba s invaliditetom živi sa članovima svoje porodice, oko 12% živi u domovima za starije osobe, dok 20% osoba s invaliditetom žive u svojim kućama, sami (Leutar, Štambuk, Rusac 2007). Ono što je potrebno pružiti u kućnom okruženju osobama s invaliditetom, slično kao i općoj populaciji, prvenstveno je smisao i prilika za samoizražavanje, sigurnost, mogućnost da se održe značajne veze (odnosno život u domu gdje osoba pruža i prima podršku, ljubav i njegu), zatim lokaciju odakle lahko mogu pristupiti zajednici i učestvovati u građanskom životu, odnosno odakle lahko mogu doći do škole, posla ili mjesta gdje provode slobodno vrijeme i odmaraju. Navedeno se postiže uz pomoć onih s kojima osobe s invaliditetom žive ali i uz pomoć nadležnih vlasti.

Finansijski resursi, kod ocjenjivanja kvaliteta života, predstavljaju zadovoljstvo osobe njenim prihodima i zadovoljavaju li oni potrebe za zdravim i ugodnim životnim stilom (WHO, 1996). Cilj je ispitati ono što se može, odnosno ne može, priuštiti finansijskim resursima a što bi utjecalo na kvalitet života. Osobe s invaliditetom, u odnosu na svoj invaliditet i godine, raspolazu s različitim finansijskim izvorima. Istraživanja pokazuju da su glavni izvori finansija osoba s invaliditetom: redovita primanja (poput invalidnina, penzija, plate), krediti i zajmovi, novac iz štednje ili prodaje imovine i posuđivanje od prijatelja ili porodice (Friedman, 2022).

Dostupnost, kvalitet i potpunost zdravstvene i socijalne zaštite koju osoba dobija ili očekuje također utječu na kvalitet života. Pitanja vezana za procjenu ispituju koliko je lahko odnosno teško doći do lokalnih zdravstvenih i socijalnih službi i da li je moguće dovesti i uključiti prijatelje i rodbinu u iste (WHO, 1996). Kada je riječ o zdravstvenom sistemu, osobe s invaliditetom se suočavaju sa različitim preprekama, u skoro svim njegovim segmentima. Prepreke se ogledaju u nedostatku znanja i informacija, negativnim stavovima i diskriminirajućoj praksi od strane zdravstvenih radnika, nepristupačnim zdravstvenim ustanovama, nedostatku podataka i analiza o invalidnosti (WHO, 2023). Sve navedeno dovodi do nejednakosti ove skupine u zdravstvenom sistemu. Kada je riječ o socijalnoj zaštiti, primarni cilj socijalne zaštite jeste poboljšati (kvalitet) života osoba. Socijalnom zaštitom prvenstveno se treba osigurati kvalitet usluga, vršiti procjenu individualnih zahtjeva, pružati odgovarajuće informacije i usluge, osiguravati prava, raditi na „pozitivnoj slici“ zajednice i posebno raditi na prilagodbi potrebama korisnika. Upravo u ovom posljednjem zadatku, osobe s invaliditetom nalaze poteškoće, budući da se socijalna zaštita uglavnom bazira na zakonom propisana prava.

Mogućnost za sticanje novih informacija i vještina kao aspekt domene okoline odnosi se na prilike i želju osobe da stekne nove vještine i znanje, te da bude u stanju održati „korak“ s onim što se dešava (WHO, 1996). Navedeno je moguće ostvariti putem formalnog obrazovanja, programa obrazovanja za odrasle, rekreativne aktivnosti i slično. U fokusu je sposobnost osobe da bude u toku s informacijama i dešavanjima (svako ima različitu percepciju kojom procjenjuje važnost informacija i dešavanja). Osobe s invaliditetom, kao i sve ostale, trebaju vještine i aktivnosti kako bi učestvovala u svakodnevnim aktivnostima i kako bi ostvarile materijalne prihode. Međutim, osobe s invaliditetom mogu imati negativne pretpostavke za stjecanje znanja i vještina. Njihove porodice i zajednica mogu pretpostaviti da osobe s invaliditetom nisu sposobne uključiti se u aktivnosti koje bi pridonijele njihovom znanju i vještinama, vrlo često im nedostaje i pristup osnovnom obrazovanju, te zbog toga ostaju nekvalifikovane, s niskim samopouzdanjem, nedostatkom vještina, postignuća i neispunjenjem očekivanja (Khasnabis, Heinicke Motsch, 2010). Informacije i vještine osobama s invaliditetom potrebne su ne samo za samostalan život, već i za zabavu i uživanje u svakodnevnim društvenim prilikama koje im se nude.

Prilike za sudjelovanje u rekreaciji i slobodno vrijeme u kontekstu kvaliteta života, predstavljaju sposobnost, mogućnost i sklonost osobe da učestvuje u raznim aktivnostima u slobodnom vremenu, da imaju razonodu i da se opuste (WHO, 1996). Procjenjuju se aktivnosti poput druženja s prijateljima i porodicom, sporta, čitanja, gledanja TV-a itd. I u

samoj Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom ističe se važnost ovog aspekta, na način da države potpisnice trebaju osigurati osobama s invaliditetom pristup kulturnim dobrima, televizijskim programima, mjestima za kulturne događaje i slično (UN, 2006). Ovakve aktivnosti im omogućavaju da se integrišu u zajednicu. No, vrlo često se osobe s invaliditetom suočavaju s preprekama u (pristupu) slobodnim aktivnostima. Neke od prepreka su: mišljenje da organiziranje slobodnih aktivnosti za osobe s invaliditetom oduzima previše vremena, novca i energije (te ako se one organiziraju, uglavnom se vrši segregacija između osoba s invaliditetom od opće populacije), sudjelovanje u slobodnim aktivnostima može biti neprikladno ili naporno za osobe s invaliditetom (naročito ako se one odvijaju s općom populacijom), da je potrebna posebna „oprema“ ili stručnjaci da bi se takve aktivnosti provele, da osobe s invaliditetom nisu zainteresovane za pripadnost organizacijama kojima pripada opća populacija ili obrnuto (Shoultz, 1987).

U kontekstu kvaliteta života, kod fizičke okoline procjenjuje se zadovoljstvo osobe njenim fizičkim okruženjem, odnosno da li elementi fizičke okoline (poput buke, zagađenja, uređenja, klime) utječu na poboljšanje ili na pogoršanje kvaliteta života (WHO, 1996). Osobe s invaliditetom, kao i opća populacija, imaju pravo na „zdravu okolinu“. Prilikom „planiranja i izgradnje“ fizičke okoline oni koji donose odluke, često ne uzimaju u obzir osobe s invaliditetom. Npr. prilikom istraživanja učinaka klimatskih promjena na populaciju, osobe s invaliditetom se ne proučavaju toliko koliko se proučavaju druge vulnerabilne skupine (EPA, 2022). Alarmi i drugi signali za uzbunu, također često nisu prilagođene osobama s invaliditetom (npr. osobe s poteškoćama sa vidimo, kretanjem ili sluhom), što dovodi do toga da se one ne mogu brzo mobilizirati ili odgovoriti na uzbunu. Istraživanja pokazuju da su osobama s umjerenim i težim oblikom invaliditetom, kada je riječ o fizičkoj okolini, najvažniji pristupačnost toaletu, pristupačnost u stanu, te pristup vjerskim objektima, za osobe s lakšim oblikom invaliditeta najvažniji aspekti fizičke okoline su prijevoz, osvjetljenje, buka, gužva, te pristupačnost radnom mjestu ili obrazovnim institucijama (Giraldo-Rodriguez, Mino-Leon, Murillo-González, Agudelo-Botero, 2019). I sama okolina može dovesti do pojave invaliditeta (povećana zagađenost zraka, povišena temperatura zraka i slično). Zato je jako važno uključivati osobe s invaliditetom u konsultacije kako bi se identifikovale njihove potrebe vezane za uređenje okoline, dati im informacije i prostor da učestvuju u donošenju odluka itd.

Prijevoz, kao aspekt kvaliteta života, se odnosi na to koliko je on dostupan, odnosno koliko je lahko pronaći i koristiti usluge prijevoza kako bi bili u stanju kretati se (WHO, 1996). Naglasak je na tome koliko dostupne mogućnosti prijevoza olakšavaju odnosno

otežavaju da izvrše svakodnevne aktivnosti. Javni prijevoz pruža osobama s invaliditetom priliku da budu mobilne, nezavisne, samostalne, da upoznaju nove ljude, steknu poznanstva i prijateljstva, poboljšanje kvaliteta života (tako što putem njega odlaze na različite društvene događaje i druženja) itd. Istraživanje provedeno u Hrvatskoj pokazalo je da „*Svaka četvrta hendikepirana osoba tvrdi kako ih negativni pristup ostalih putnika sprječava od vožnje javnim prijevozom, dok je 40% putnika s hendikepom izjavilo da su imali poteškoća prilikom korištenja autobusa ili vozova.*“ (Getbybus, 2018). To ukazuje da se osobe s invaliditetom suočavaju sa preprekama u njihovom ekonomskom, društvenom i ličnom razvoju. Najčešće poteškoće u prijevozu za osobe s invaliditetom su: nesenzitivnost ostalih putnika, nerazumijevanje od strane šofera, nedostatak informacija o voznom redu, neadekvatnost samih prijevoznih sredstava.

#### **4.4.1. Okolina kao domena kvaliteta življenja osoba s invaliditetom u BiH**

Na osnovu prethodnog dijela jasno je koliki utjecaj okolina ima na život osoba s invaliditetom. Stoga, važno je dati teorijski prikaz okolinskih faktora i dostupnih resursa i mogućnosti u BiH a koji utječu na kvalitet života osoba s invaliditetom. Prvi aspekt ove domene, lična sloboda i fizička sigurnost garantovan je najvišim zakonskim aktom države, Ustavom, a njegovo ograničenje „*postoji kada je u pitanju počinjenje krivičnog djela u skladu s važećim krivičnim zakonima u BiH, na temelju kojih osoba može biti osuđena na kaznu zatvora ili joj može biti određen pritvor ... i u slučaju kada se osoba upućuje na liječenje i to samo u slučaju kada je to nužno radi zaštite zdravlja te osobe i sigurnosti drugih osoba.*“ (Vijeće ministara BiH, 2012: 23). Bosanskohercegovački društveni diskurs poima ovaj aspekt na način da se ni jednoj osobi s invaliditetom ne oduzme pravo na slobodu i sigurnost na osnovu njenog invaliditeta. Kakvo je stanje „ne terenu“? U BiH, prema izvještaju Vijeća ministara (2012), se navodi nedostatak adekvatnih institucija za smještaj i brigu za osobe s invaliditetom. Također primijetno je pozivanje na prisilan smještaj i zadržavanje i onda kada za to nema valjanog razloga, te oduzimanje poslovne sposobnosti i stavljanje pod starateljstvo<sup>11</sup> (o čemu će biti govora u poglavlju *Kontrola*). Osobe s invaliditetom nerijetko su žrtve nasilja a posebice žene s invaliditetom (naročito žene s intelektualnim invaliditetom su pod rizikom da postanu žrtve nasilja a posebno seksualnog). U BiH, žene s invaliditetom oklijevaju tražiti pomoć zbog niza razloga kao što su stid, strah da će one biti okrivljene,

---

<sup>11</sup> Pogledati slučaj „*Hadžimejlić i drugi protiv BiH – oduzimanje poslovne sposobnosti i samozastupanje institucionaliziranih osoba*“ <https://razmisli.eu-monitoring.ba/wp-content/uploads/2022/09/Pravo-osoba-sa-invaliditetom-na-zivot-u-zajednici.pdf>

neznanje o tome kome se obratiti, ovisnost žene o rođacima zbog njege, podrške i usluga koje joj pružaju (Udruženje građana oštećenog vida Tuzla, 2013).

Poboljšanje stambenih uslova jedan je od ciljeva *Politike u oblasti invalidnosti u BiH*, na način da se osobama s invaliditetom omogući „*dostupnim rješavanje stambenog pitanja osobama sa invaliditetom kroz kupnju stanova pod povoljnijim uvjetima, programe socijalnog stanovanja i adekvatno adaptiranje postojećega stana*“ (Vijeće ministara, 2008: 7). Međutim, osiguranje adekvatnih stambenih uslova i prostora za osobe s invaliditetom nije još uvijek uređeno konačnom strategijom. Tako „*pokušaji pojedinaca da svoje stambeno pitanje riješe kupovinom stana, podizanjem kredita, uz ostvarivanje poreznih olakšica - ostaju bezuspješni, jer u općinama i poreznim upravama nailaze na odgovore da takve olakšice jedino mogu ostvariti ratni vojni invalidi*“ (Institucija ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, 2010: 29). I u Bosni i Hercegovini, većina osoba s invaliditetom živi sa svojom porodicom, od koje uglavnom i ovisi kućno uređenje i mjera u kojoj je ono prilagođeno osobi s invaliditetom. Uslove stanovanja osobe s invaliditetom opisuju kao skromne, neprilagođene, male za kretanje, arhitektonski nepristupačne i slično (Isić, 2022)

Finansijski resursi osoba s invaliditetom (kao i kod većine opće populacije) na nezavidnom su nivou. „*Planirana sredstva u proračunima namijenjena za financiranje svih vrsta naknada invalidima u BiH nedostatna su ili se ne raspoređuju pravilno*„ (Institucija ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, 2010: 34). Jasno je da nestabilnost finansijskih izvora značajno utječe na kvalitet života. Pored ovoga novčane naknade po osnovu uzorka invalidnosti su nejednake a visina finansijskih sredstva nije dovoljna kako bi osobe s invaliditetom podmirile sve usluge koje im trebaju za dostojanstven život i jednako učešće u različitim aspektima života (Lotos, 2015). Loša finansijska sigurnost osoba s invaliditetom u značajnoj mjeri utječe na njihovu samostalnost. Postojeća systemska rješenja i provedba finansijskih izvora koje se nude osobama s invaliditetom su uzrok nezadovoljstva osoba s invaliditetom te stoga nije ni čudo da su novčane mjere često ključna mjera pomoći koju one zagovaraju. Mjere podrške koje BiH pruža uglavnom su pasivne, a osobe s invaliditetom u najvišem stepenu (kada je riječ o novčanim mjerama) ocjenjuju: invalidninu dodatak za njegu i pomoć drugog lica a najnižu ocjenu daju jednokratnoj novčanoj podršci (Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini, 2017).

Vijeće ministara BiH je 2003. godine usvojilo dokument „Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom“. Dokumentom se nastojala osigurati djelotvorna zdravstvena zaštita osoba s invaliditetom i stvoriti program prema kojem bi

multidisciplinarni timovi trebali raditi na otkrivanju, dijagnosticiranju i tretmanu oštećenja čime bi se pomoglo u uklanjanju invalidizirajući efekata (Vijeće ministara BiH, 2013). Zdravstveni sistem u Bosni i Hercegovini je fragmentisan, te je zdravstvo u nadležnosti entiteta. Zakoni koji se donose u ovoj oblasti uglavnom su neusklađeni te se isti predmeti tretiraju na različite načine, što dovodi do diskriminacije i nejednakog statusa osoba s invaliditetom ali i različitog načina finansiranja i dostupnosti zdravstvenih usluga i opreme. Kada je riječ o dostupnosti, kvaliteti i potpunosti zdravstvene zaštite, osobe s invaliditetom u BiH iskazale su sljedeće potrebe i zahtjeve: *besplatna zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje za osobe s invaliditetom; arhitektonski pristupačne zdravstvene ustanove; dostupne sve vrste zdravstvenih usluga za osobe sa invaliditetom u skladu sa njihovim specifičnim potrebama, lijekovi– besplatni lijekovi/ više lijekova na esencijalnoj listi; dovoljan broj adekvatnog, konstantno educiranog i profesionalnog zdravstvenog kadra u zdravstvenim ustanovama, oprema prilagođena osobama sa invaliditetom u zdravstvenim ustanovama i ortopedska pomagala, prioritet za osobe sa invaliditetom kod zdravstvenih usluga* (Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini, 2017: 17). Navedeni zahtjevi se moraju ispuniti kako bi se osigurala adekvatna zdravstvena zaštita ali i minimalni standard kvaliteta života.

Socijalna zaštita je također u nadležnosti entiteta, što i u ovom slučaju utječe na stvaranje jedinstvenog pristupa i pružanja podrške osobama s invaliditetom. Dokument *Politika u oblasti invalidnosti u BiH* socijalnu zaštitu na prostoru BiH opisuje kao usmjerenu na novčane i institucionalne mjere a ne na individualne potrebe. Takve novčane pomoći mogu se isplaćivati u obliku jednokratnih novčanih pomoći (u ZDK može biti do 200,00 KM), privremene/ izuzetne novčane pomoći (u ZDK od 100,00 do 300,00 KM), redovna novčana pomoć, pomoć i njega od druge osobe itd. (Šadić, 2014). Jasno je da se vim iznosom ne mogu pokriti svakodnevni troškovi a ni potrebe koje osobe s invaliditetom imaju, čime im se vrijeđa dostojanstvo. „*Otkrivanje i evidentiranje osoba sa invaliditetom nisu institucionalno adekvatno uređeni tako da se za veliki broj osoba sa invaliditetom ne mogu planirati programi socijalne skrbi... a alternativni oblici zbrinjavanja u zajednici nisu razvijeni, a tamo gdje ih ima ograničenih su kapaciteta i nisu dostupni svim osobama sa invaliditetom.*“ (Vijeće ministara BiH, 2008).

Pristup informacijama u BiH je regulisan Zakonom o slobodnom pristupu informacijama (u oba entiteta ali i u Brčko distriktu). Uprkos ovom Zakonu koji osigurava pravo pristupa informacijama svim fizičkim i pravnim licima (iznimno Zakonom određena ograničenja), osobe s invaliditetom u BiH se vrlo često susreću sa informativnim barijerama.

S informativnim barijerama naročito se susreću osobe s oštećenjem sluha i vida. „U državnim službama nisu uposleni znakovni tumači, dok osobe sa oštećenjem vida ni jednu informaciju ne mogu dobiti u pisanom obliku, jer se nigdje ne koriste pisači na Brajevom pismu.“ (Vijeće ministara BiH, 2008: 4). Ipak postoji nekoliko primjera dobre prakse, kao što su časopisi na Brajevom pismu i u audio formatu ali obeshrabruje činjenica da je realizacija ove ideje uglavnom finansirana od strane udruženja a ne od strane javnih organa, čija je obaveza obezbijediti transparentnost informacija za sve. Kako bi se izbjegla društvena diskriminacija koja može biti uzrokovana lošim pristupu informacijama, osobe s invaliditetom smatraju važnim podržati mjere koje uključuju: „*dodjela bespovratnih sredstava za nabavku IKT sredstava, doniranje IKT uređaja i provođenje edukacija i treninga za korištenje informaciono-komunikacijskih tehnologija*“ (Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini, 2017: 29). Situacija je slična i kada je riječ o mogućnostima za razvoj vještina osoba s invaliditetom. Osobama s invaliditetom uglavnom se pruža prilika da steknu i razviju vještine putem organizacija/udruženja osoba s invaliditetom i nevladinim organizacijama a koje će im olakšati svakodnevno funkcionisanje. S druge strane usluge koje se pružaju u okviru specijalnih javnih obrazovnih institucija su povezane s odvijanjem obrazovno-vaspitnog procesa, a nije rijetkost da osobe s invaliditetom koje se obrazuju na ovakav način ne usvajaju vještine koje će moći koristiti u svakodnevnom životu (Somun Krupalija et. all, 2011). Zaključno, kako bi se postigla bolja integracija i uključivanje osoba s invaliditetom u zajednicu, važno je da država poduzme važne korake u regulisanju ovog aspekta kvaliteta života.

O mogućnostima u slobodno vrijeme i rekreativnim aktivnostima osoba s invaliditetom u BiH prije svega važno je napomenuti da se u području sporta (a posebno u sjedećoj odbojci i košarci) osobe s invaliditetom ostvaruju značajne rezultate na evropskom i svjetskom nivou. Međutim izdvajaju se problemi poput pristupačnosti prilaza sportskim i rekreativnim terenima, odgovarajuće organizacione pripreme, naročito za mlade osobe s invaliditetom, dostupnosti i dostatnost proračunskih sredstava za daljnji razvoj i povećavanje sportskih aktivnosti za osobe sa invaliditetom (Vijeće ministara BiH, 2008, Gadžo-Šašić, 2020). Pored sporta važno je istaknuti postojanje biblioteka za slijepe i slabovidne osobe u Banja Luci i Sarajevu, u RS-u se izdvajaju slikarske kolonije, pozorišne predstave, izložbe u muzejima, a u Sarajevu je važan Sarajevo film festival u okviru kojeg se prikazuju dokumentarci koji obrađuju teme ljudskih prava a posebno tematiku koja prikazuje živote osoba s invaliditetom (Vijeće ministara BiH, 2013). Kao što vidimo ovakva kulturna

dešavanja uglavnom su organizovana oko većih gradova, čime osobe s invaliditetom koje žive izvan ovih gradova vrlo često bivaju uskraćene za ovakve prilike.

Fizičko okruženje za osobe s invaliditetom može se opisati jednom riječju a to je *nepristupačnost*. Fizičko okruženje ključno je za ostvarivanje kontakata i učešća u društvu. Procjenu pristupačnosti fizičke okoline za osobe s invaliditetom moguće je uočiti posmatranjem. Visoki ivičnjaci, nepostojanje zvučnih signala na svim semaforima, neprilagođenost pristupa javnim ustanovama, postojanje liftova koji nisu u funkciji samo su neke od fizičkih barijera s kojima se osobe s invaliditetom na prostoru BiH susreću. Ukoliko uz to uzmemo u obzir i ponašanje društva koje svjesno blokira i onaj mali broj pristupačnih pristupa, situacija je alarmanta. Istraživanje o socioekonomskom statusu žena s invaliditetom u BiH ukazalo je na sljedeće arhitektonske barijere: *stepenice, uski prolazi, visoki pragovi, neuređeni prilazi stambenih objektima u selu i gradu* (Isić, 2021: 21). Iako je 2009. godine donesena *Uredba o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uvjetima i normativima za sprječavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih prepreka za osobe s umanjanim tjelesnim mogućnostima*, očito je su barijere još uvijek itekako prisutne a o univerzalnom dizajnu<sup>12</sup> još uvijek nema govora.

Prijevoz za osobe s invaliditetom na području BiH je također nepristupačan. Neki od problema su *„nedostatak javnog prijevoza, nepristupačnost vozila javnog prijevoza, nedostatak sjedišta ili prostora u vozilima javnog prijevoza... nedovoljan broj parking mjesta za osobe s invaliditetom“* (Isić, 2021: 22). Kada je riječ o uslugama taksija, takav prijevoz za osobe s invaliditetom je skup a kada je riječ o ruralnim sredinama, takve usluge (a i usluge javnog prijevoza) često nisu ni dostupne, pa osobe s invaliditetom ovise o prijevozu automobilom članovima porodice ili zajednice. Pored cestovnog saobraćaja, nepristupačan je i željeznički. Stari vozovi, željezničke stanice sa desetinama stepenica, uski prolazi i nepristupačna sjedišta samo su neki od problema. Jasno je da ovako uređen prijevoz onemogućava osobama s invaliditetom priliku za ostvarivanje jednog od temeljnih ljudskih prava, odnosno pravo na slobodu kretanja.

---

<sup>12</sup> „Univerzalni dizajn promovise ideju da svi proizvodi, zgrade, programi i usluge treba da budu takvi da ih mogu koristiti u najvećem mogućem stepenu svi ljudi, bez obzira na njihovu, sposobnost, godine i status treba da se primjenjuje na izgradnju javne i privatne infrastrukture, izradu inkluzivnih školskih programa, stručnih programa obuke i zakona za zaštitu djece, politika i usluga.“ (UNICEF, 2013: 22)

#### 4.5. Diskriminacija

Diskriminacija kao domena života osoba s invaliditetom obuhvata: diskriminaciju, zagovaranje i pogled na budućnost.

Diskriminacija u pogledu kvaliteta života, odnosi na procjenu osobe da li je drugi ljudi tretiraju nepravедno. „*Diskriminacija može imati uzroke na subjektivnom i na društvenom (sistematično provođenje) nivou*“ (Šadić, 2014: 149). Fenomen diskriminacije kao takav, bez obzira na kojem se segmentu ona temeljila, dovodi do kršenja ljudskih prava i osnovnih sloboda, što implicira znatno lošiji kvalitet života. Ona može dovesti do lošeg mentalnog i fizičkog zdravlja, utjecati na obrazovanje, zapošljavanje, društvene odnose i slično. Jedan od segmenata po kojem se vrši diskriminacija je i invaliditet. Osobe s invaliditetom se skoro svakodnevno suočavaju s diskriminacijom i preprekama koje ih sprječavaju u vršenju svakodnevnih aktivnosti te u ravnopravnom društvenom sudjelovanju. Prema Gadžo-Šašić (2020), izvori diskriminacije za osobe s invaliditetom nalaze se u predrasudama, neinformisanosti i modelima poimanja invaliditeta. Posljedice diskriminacije osoba s invaliditetom najčešće su vidljive u uskraćivanju prava uključivanja u redovan školski sistem, prava na zapošljavanje, prava na samostalan život u zajednici, glasanja, sudjelovanja u kulturnim i sportskim dešavanjima, slobodu stvaranja pravnih učinaka itd.

Prilikom procjene kvaliteta života, zagovaranje se odnosi na zauzimanje drugih ljudi za osobu, ukoliko ona ima probleme. Zagovaranje je delikatna aktivnost, koja se može posmatrati iz nekoliko perspektiva. Njome se može izgubiti osjećaj samostalnosti te razviti osjećaj nekompetentnosti. S druge strane, zagovaranjem se osigurava praktična pomoć osobama, a kroz nju se ublažava stres, čime se poboljšava mentalno stanje osobe, osjećaj emocionalne podrške, slabljenja društvene izolacije, te učenje da se zauzmemo sami za sebe (Clarsson, 2014). Za osobe s invaliditetom, kroz zagovaranje se osiguravaju informacije o ljudskim pravima i identificiranje slučajeva diskriminacije, pomoć prilikom podizanja svijesti kod javnosti o pravima osoba s invaliditetom, pomoć u žalbenim procesima ili pravnim radnjama, lobiranje kod vlade da napravi promjene koje promiču i štite prava osoba s invaliditetom itd (Disability Advocacy Resource Unit, 2017). Ovakvo poimanje posredovanja je prihvatljivo. Međutim, zagovaranje se vrlo često miješa sa procesom donošenja odluka za druge, upravljanjem slučajevima, posredovanjem i slično. Glavni cilj zagovaranja trebao bi biti naučiti osobu s invaliditetom da bude zagovornik sama za sebe, budući da se osobe s invaliditetom mogu ustručavati boriti za svoja prava (npr. zbog straha ili nedostatka informacija). Time osoba postaje nezavisna i stvara osjećaj kontrole nad svojim životom (o čemu će biti više riječ u nastavku).

Pogled na budućnost, kao aspekt kvaliteta života odnosi se na očekivanja i izgled osoba u budućnosti, koja mogu biti pozitivna, negativna, neizvjesna ili nepoznata (Pietersma, De Vries, Van den Akker-van Marle, 2013). U fokusu je kako osoba samu sebe vidi u budućnosti. Tako se npr. za osobe s invaliditetom kao primjeri u WHOQOL-DIS upitniku kao dodatno objašnjenje navodi da li su zabrinuti da će postati teret drugima i da li će biti u stanju brinuti se o sebi. „Osobe koje imaju veću nadu u budućnost ujedno su i zadovoljnije životom, i obrnuto, što može značiti da oni koji su zadovoljniji životom procjenjuju i budućnost pogodnijom jer vjeruju da će život i kasnije biti vrijedan življenja, a budućnost bolja.“ (Šarević Ivić-Hofman, Veseličić, Smolčić Jerković 2021: 726). Pogled o budućnosti zavisi od nekoliko faktora kao što su otpornost, društvena podrška (porodice i prijatelja), sociodemografskih i socioekonomskih prilika. Što je veća socijalna podrška i otpornost osoba s invaliditetom, pozitivnije je njihovo viđenje budućnosti, S druge strane, kako osobe s invaliditetom stare, ili počnu da žive same smanjuju se njihovi resursi i poznanstva, čime se gubi vjera i nada u smisleno postojanje i djelovanje.

#### **4.5.1. Diskriminacija osoba s invaliditetom u BiH**

Zaštita od bilo diskriminacije po bilo kojem osnovu (samim time uključujući i invalidnost) zagarantovana je Ustavom BiH i nizom zakona<sup>13</sup>. Diskriminacija osoba s invaliditetom, bez obzira na zakonodavni okvir, jako je prisutna u svakodnevnom životu. Najčešći razlozi diskriminacije osoba s invaliditetom u BiH su: uzrok invalidnosti, neujednačenost kriterija i mjesto boravka osoba s invaliditetom (Vijeće ministara BiH, 2008). U dokumentu *Politika invalidnosti u BiH* iz 2008. godine, kao najvidljiviji primjer diskriminacije navodi se različitost u novčanim primanjima po osnovu invaliditeta (iste vrste i stepena) u rasponu od 41 KM do 1 700 KM. Zakonom je data mogućnost da sve osobe imaju pravo prijaviti diskriminaciju ispred sudskog organa u uredu Ombudsmena, a ovi organi svake godine bilježe ovakve optužbe. Diskriminacija osoba s invaliditetom prisutna je u zdravstvenom sektoru budući da prava i usluge ne mogu ostvariti ukoliko nisu osigurana lica (a temeljem invalidnosti ne mogu postati osiguranici). Prisutna je i društvena diskriminacija koja je najčešće rezultat slabe interakcije i neinformisanost, te diskriminacija u oblasti zapošljavanja (osobe s invaliditetom često su isključene iz tržišta rada, ukoliko su zaposlene obavljaju poslove za koje bivaju manje plaćene), obrazovanja itd. Teritorijalna diskriminacija

---

<sup>13</sup>Zakon o zabrani diskriminacije ("Službeni glasnik BiH", broj 59/09)  
Okvirni zakon o osnovnom i srednjem obrazovanju (Službeni glasnik BiH", br. 18/03)  
Okvirni zakon o visokom obrazovanju (Službeni glasnik BiH", broj: 59/07 i 59/09)

rezultat je različite ekonomske razvijenosti između entiteta i kantona u Federaciji BiH, a koji su nadležni za ostvarivanje određenih prava iz zdravstvene i socijalne zaštite, te različitog nivoa finansiranja invalidnina (Halepović, 2015: 18). Situacija u BiH je složena iz razloga što ona postoji i onih koji se smatraju „jednakim“. Prema uzroku invalidnosti razlikujemo četiri skupine osoba s invaliditetom: ratni vojni invalidi, civilni, civilne žrtve rata te osobe koje su invalidnost stekle na radu. Ratni vojni invalidi ostvaruju veći raspon prava od osoba čiji je invaliditet „neratnog“ odnosno „civilnog“ porijekla a to se ogleda u „*novčanim davanjima, korištenju pomagala, rehabilitacije, obilježjima o prednostima pristupu javnim/administrativnim uslugama u zdravstvenim ili opštinskim službama*“ (Bešlija, 2016: 9). Ovakvo stanje (ne) diskriminacije osoba s invaliditetom jasno upućuje na kršenje ljudskih prava a samim time i na lošije stanje kvaliteta života.

Svi nivoi socijalne podrške u BiH trebali bi raditi ka samostalnosti osoba s invaliditetom. To bi prvenstveno trebalo osigurati da osobe s invaliditetom samostalno zauzimaju za svoja prava i definiraju svoje potrebe (Gadžo-Šašić, 2020). Međutim, u BiH nekoliko je prepreka ka samostalnom životu, a to su u prvom redu predrasude društva, visina novčanih naknada, nepostojanje sistemskih programa za podršku samostalnom životu osoba s invaliditetom. Jasno je da u ovakvoj situaciji, osobama s invaliditetom trebaju druge osobe da se zauzmu za njih i da im pomognu u zagovaranju. Posebno raduje činjenica da su osobe s invaliditetom zainteresirane za zagovaranje i promociju svojih prava (Isić, 2021), no s druge strane evidentan je nedostatak systemske podrške ovom aspektu kvaliteta života.

Kada govorimo o pogledu na budućnost u BiH, on je dosta nestabilan. Politički nemiri, tranzicije, siromaštvo, nezaposlenost, socijalne razlike, porast kriminala, neadekvatnost sistema socijalne sigurnosti (Buljubašić, 2012) utječu na takvo viđenje budućnosti. No, sudeći prema istraživanju provedenom u Tuzli, mlade osobe s invaliditetom žele vjerovati u bolju budućnost ali trebaju podršku koja bi „*ojačala pozitivne strategije suočavanja kreiranja unutrašnjih resursa koji će im omogućiti dostizanje postavljenih ciljeva i velikih očekivanja u budućnosti*“ (Lotos, 2015: 63), ali istraživanje je pokazalo da se one i plaše budućnosti. Činjenica je da je u BiH prisutna velika nezaposlenost zbog čega su osobe vrlo često bez orijentacije o budućnosti i tačne vizije o istoj. Kako bi se poboljšao pogled na budućnost, potrebno je osobama s invaliditetom pružiti sigurnost i usmjeriti tranziciju u tom smjeru.

#### 4.6. Kontrola

Kontrola, kao domena kvaliteta života, obuhvata sljedeće aspekte: kontrola, izbor i autonomiju.

Kontrola u kontekstu kvaliteta života predstavlja općenito osjećaj kontrole nad važnim stvarima u vlastitom životu. To je osjećaj da sami možete odrediti kako ćete živjeti svoj život, i da to ne određuju vjera, slučajnost, sreća, okolina ili drugi ljudi (Pietersma et al., 2013). To je suprotan osjećaj od bespomoćnosti (gubitak kontrole nad važnim stvarima u životu). Gadžo-Šašić (2020) navodi da se osobe s invaliditetom zbog svog oštećenja često oslanjaju na druge osobe, kao što su porodica, prijatelji, različiti stručnjaci. Praksa pokazuje da te osobe nerijetko donose odluke koje se tiču života osoba s invaliditetom, zbog čega se kod osoba s invaliditetom javlja osjećaj bespomoćnosti, ali dolazi i do smanjenog samopouzdanja. Historija nam daje podatke o važnosti osjećaja kontrole kod osoba s invaliditetom. „Dolaskom“ socijalnog modela poimanja invaliditeta i organiziranjem „antipsihijatrijskog“ pokreta od strane osoba s invaliditetom kojim se nastoji postići nezavisnost osoba s invaliditetom, čime se u središte stavlja osoba koja je u stanju sama zadovoljiti svoje potrebe, djelotvorno preuzeti kontrolu i izabrati kakav će život voditi (Mihanović, 2011). Dakle, osobama s invaliditetom je itekako važno da budu u središtu donošenja odluka o vlastitom životu (slogan „ništa o nama bez nas“ govori u prilog tome). Iz tog razloga važno ih je tretirati kao osobe koje su isključivo „nadležne“ za kontrolu svog života.

Izbor se odnosi na slobodu osobe da sama donosi odluke u aspektima za koje smatra da su vrijedni njenih promišljanja. Usko je povezan i sa kontrolom i autonomijom, budući da se njime stavlja kontrola u ruke pojedinca, kako bi on poboljšao sliku o sebi i odlučio smjer svog djelovanja i ponašanja (Brown, Brown, 2009). Sloboda da sami biramo donositi odluke koje se tiču našeg života je ljudsko pravo. Kao takvo, prepoznato je i u UN-ovoj Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, gdje se ističe poštivanje načela slobode izbora. Uprkos tome što su sposobne donositi odluke, osobe s invaliditetom često osjećaju da se njihov „glas“ ne čuje, odnosno da su im takve odluke izvan kontrole i da nisu odgovorni za iste (Frontline Human Resources, 2020). To dovodi do frustrirajućih situacija i utječe na način na koje osobe s invaliditetom žive i na iskustva koja imaju, posebice kod osoba s intelektualnim, razvojnim poteškoćama. Ukoliko član porodice ili osoba bliska osobi s invaliditetom, smatra da ona ne može donositi dobre izbore, oduzima joj se npr. pravna i poslovna sposobnost. Da bi napravile izbor i donijele odluku, osobama s invaliditetom je potrebna podrška. Izbor kod osoba s invaliditetom, predstavlja odluku za koju su se same odlučile (odnosno da je ona „donijeta u njenoj „glavi“, a ne u „glavama“ onih koji se nalaze oko te osobe) i saopštavanje

te odluke drugima (Brown, Brown, 2009). Da bi se taj izbor realizovao potrebno je da se odvija u okruženju koje je poštuje slobodu izbora, odnosno u onom podstiče i podržava mogućnost izbora.

Autonomija je sloboda da sami upravljamo svojim životom (Pietersma et al., 2013). Autonomna ponašanja su ona ponašanja koja se doživljavaju kao voljna i samopotvrđena, odnosno koja se vrše bez pritiska ili prisile. „*Gubitak autonomije udaljuju osobu od deklarativnog i stvarnog načina života.*“ (Bebek, Brdarević, 2019: 136). Iz prethodne rečenice jasno je koliko je autonomija važna u životu svake osobe, a posebno osoba s invaliditetom. Ona se vrlo često povezuje s različitim kontekstima, a možemo je posmatrati s aspekta statusa ili aspekta sposobnosti. Posmatrano iz perspektive statusa, autonomija se odnosi na priznavanje pojedinaca kao autonomnih subjekata i odgovornost države da podupire osobe u ostvarivanju tog statusa, dok iz perspektive sposobnosti predstavlja individualnu dimenziju koja uključuje usluge socijalne zaštite koje podržavaju sposobnost pojedinca. (Fjetland, Gjermestad, Lid, 2022). Autonomija je, poput izbora, jedno od središnjih načela Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Ako se ona zasniva na sposobnostima jasno je da se ponekad osobe s invaliditetom, pod rizikom da ne budu prepoznate kao subjekti sa sposobnošću autonomije. Ovo poziva na ponovo promišljanje koncepta autonomije, te njeno shvatanje kao samoodređenja i slobode (da se vrše izbori i preuzme odgovornost za iste, te da se živi život koji osobi ima smisao). Ovakav način promišljanja autonomije osoba s invaliditetom osigurava sljedeće: nezavisnost i donošenje životnih odluka (i onih za koje ostali misle da možda i nisu u najboljem interesu osobe), bolji kvalitet života, imenovanje nekoga da donosi odluke kada osoba to ne može, glasanje na političkim izborima, informisanost o svojim pravima itd.

#### **4.6.1. Osobe s invaliditetom i kontrola nad životnom u BiH**

Kao što je već ranije naglašeno, svi nivoi socijalne podrške u BiH trebali bi biti usmjereni ka postizanju samostalnog života, odnosno omogućiti im da imaju mogućnost kontrole i izbora u odlukama koje donose, te da budu autonomne. To se prvenstveno odnosi na odluke „*gdje se živi, sa kim se živi i kako se živi*“ (Lotos, 2015: 16). Jedna od najvećih prepreka ka kontroli nad životnim odlukama osoba s invaliditetom je svakako proces oduzimanja ili ograničavanja poslovne sposobnosti. Prema Porodičnom zakonu Federacije BiH (2005) između ostalih, kao razlozi za oduzimanje poslovne sposobnosti navode se zaostali duševni razvoj i duševna bolest. Prilikom procjene poslovne sposobnosti koristi se

medicinski model poimanja invalidnosti, gdje se procjenjuje obim zahvaćenosti osobe invaliditetom a ne mogućnosti i sposobnosti osobe s invaliditetom (Gadžo-Šašić, 2020). Nakon oduzimanja poslovne sposobnosti, osoba se stavlja pod starateljstvo. Jasno je da su oduzimanjem poslovne sposobnosti najviše pogođene osobe s intelektualnim poteškoćama. Oduzima im se kontrola nad pravnim odlukama (sklapanje bračnog i radnog odnosa, posjedovanje bankovnog računa), odlukama koje se tiču imovine, „političkih“ odluka itd. (Gadžo-Šašić, 2020), a njihov staratelj je ovlašten donositi odluke u njihovo ime i može ih čak bez njihovog pristanka smjestiti u institucije. Navedeno jasno ukazuje na kršenje ljudskih prava. Kako bi se ovaj proces transformisao, u BiH trebalo bi uvesti princip suodlučivanja ili odlučivanja uz podršku, čime bi se osobama s invaliditetom dalo više kontrole i autonomije na vlastitim odlukama. Kada je riječ o mladim osobama s invaliditetom, one najčešće naglašavaju lošu kontrolu nad svojim finansijskim sredstvima (budući da uglavnom roditelji ili članovi porodice kontrolišu njihova finansijska sredstva), život u prezaštićenim porodičnim odnosima gdje i one odluke koje mogu donijeti, donosi porodica umjesto njih (Lotos, 2015). Kako bi se ovakvo stanje popravilo, osobama s invaliditetom i članovima njihove porodice trebalo bi dati adekvatne informacije o stanju u području invalidnosti i jačati socijalne vještine osoba s invaliditetom.

Osobama s invaliditetom na području BiH sužen je izbor u nizu oblasti, kao što su npr. izbor osnovne i srednje škole koju žele pohađati, izbor radnog zanimanja, izbor mjesta gdje žive ( *„posredstvom staratelja i centara za socijalni rad, osoba kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, obično se smješta u zavode internatskog tipa, gdje na jednoj maloj lokaciji živi i do pet stotina ljudi“* (Jonjić, 2014: 53)), izbor gdje žele otići na odmor ili putovanje, sužen im je izbor načina provođenja slobodnog vremena (zbog nepristupačnosti fizičke okoline i prijevoza), itd. Navedeno je moguće poboljšati uz opciju ličnog asistenta, koji će olakšati i proces obrazovanja, kretanja, ali i obavljanja radnih zadataka. *„Personalna asistencija omogućava ostvarivanje osnovnih principa samostalnosti, a to su: mogućnost izbora, samostalnost u donošenju odluka, kontrola, odgovornost i pravo na greške.“* (Lotos, 2015: 68, 69).

Jasno je da je autonomija usko povezana sa kontrolom nad donošenjem odluka i sa izborima koje osoba ima. Autonomna je ona osoba koja ima izbor prilikom donošenja odluka i kontrolu nad njima. Sudeći po gore navedenom, autonomija osoba s invaliditetom je na izrazito nezavidnom nivou.

#### 4.7. Inkluzija

Inkluzija kao domena kvaliteta života obuhvata: sposobnost komunikacije, društveno prihvatanje, poštovanje, socijalnu povezanost i interakciju, socijalnu inkluziju i doprinos te lični potencijal.

Sposobnost komunikacije, u smislu kvaliteta života, odnosi se na to da osoba nema, odnosno ima probleme povezane s komunikacijom. Riječ je o problemima povezanim s gledanjem, slušanjem i govorenjem (Pietersma et al., 2013). Dobar kvalitet života, u kontekstu komunikacijskih sposobnost, odnosi se na to da se osobe učinkovito nose sa ovim problemima, to jeste da imaju mali ili nemaju nikako teret zbog gore navedenih problema, te da nisu ograničeni u svom životu zbog njih. Sloboda govora i mišljenja, jedno je od osnovnih načela svih dokumenata koja se odnose na ljudska prava. Shodno tome, osobe s invaliditetom (s posebnim naglaskom na one s poteškoće u komunikaciji) imaju pravo da izraze svoje misli, osjećaje potrebe i želje (na način na koji drugi mogu razumjeti i odgovoriti na njih); razumjeti komunikaciju između drugih i pristup učinkovitim sredstvima komunikacije koja će osobama s invaliditetom i složenim komunikacijskim potrebama osigurati zaštitu i poboljšati komunikaciju (Queensland Government, 2018). Osobe s invaliditetom često se suočavaju s problemima povezanim s komunikacijom zbog stanja/prepreka s kojima se suočavaju. One se mogu podijeliti na unutrašnje i vanjske barijere. U unutrašnje barijere ubrajamo: kognitivna oštećenja, autizam i stanja koja izazivaju druge fenotipove, slabe vještine artikulacije, nesposobnost čitanja, nizak stepen obrazovanja ili neobrazovanost, strah i nedostatak samopouzdanja, dok u vanjske ubrajamo nedostatak prikladnog materijala za podršku osobama s invaliditetom, nepravedna usluga, složeni sistemi, nedostatak razumijevanja, tendencija da se daje prednost govorenju, upotreba kompleksnih termina i žargona, neznanje, nepružanje dovoljno vremena osobama s invaliditetom da se izraze, fragmentisane informacije i slično (Trinity College Dublin, 2013). Iz navedenog se vidi da je dosta više prepreka na strani vanjskih faktora, odnosno zajednice, te da je zajednica dužna olakšati osobama s invaliditetom probleme s komunikacijom koje imaju, na način da im prilagode sredstva komunikacije, budu osjetljiviji na potrebe u vezi komunikacije ove skupine te da budu usredotočeni na samu osobu.

Društveno prihvatanje znači da osobe imaju osjećaj da su prihvaćene od strane okoline i da se osjećaju kao dio zajednice, bilo da je riječ o nekim društvenim skupinama, gradu, susjedstvu i slično (Pietersma et al., 2013). Kada u odnos dovedemo u osobe s invaliditetom i društveno prihvatanje, govorimo o vezi osoba s invaliditetom i opće populacije u kojoj se sve osobe doživljavaju jednakim. Različiti autori (Oliver 1989, Hahn 1978, Nagaler 1992; prema

Devin i Dattilo, 2001) govore o društvenom neprihvatanju osoba s invaliditetom. Naime, nedostatak društvenog prihvatanja rezultat je načina prema kojem društvo rangira razlike između osoba sa i bez invaliditeta, odnosno standarda koje su osobe bez invaliditeta postavile i načina na osnovu kojeg rangiraju osobe s invaliditetom prema onoj mjeri u kojoj postižu ove standarde. Nizak „društveni rang“ znači da se osobe s invaliditetom doživljavaju kao osobe koje nisu u stanju potpuno samostalno funkcionirati, postizati određene stvari i stvarati društvene odnose u mjeri kao osobe bez invaliditeta (Devin i Dattilo, 2001). Kada osobe s invaliditetom ne ispunjavaju postavljene društvene standarde, dolazi se do toga da ih društvo ne prihvata kao njegove ravnopravne članove (bilo riječ o saradnicima na poslu, članovima određenih organizacija ili jednostavno u ličnim odnosima). Navedeno može dovesti do sputavanja socijalne inkluzije.

Poštovanje, u kontekstu kvaliteta života, predstavlja način na koji se odnosimo, odnosno tretiramo druge ljude. Prema Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima (UN, 1992), svaka osoba ima pravo da bude tretirana na način da se poštuju njena prava i slobode. Odgovarajući tretman i interakcija koja se zasniva na poštovanju, povećava samopouzdanje što u konačnici dovodi do pozitivne percepcije od strane drugih. Elementi prakse poštovanja uključuju: prepoznavanje nečije ličnosti; podrška osobi da kontroliše svoj život; prepoznavanje složenosti u pogledu izbora, procjena, blagostanja i dostojanstva; i osjetljivost koja se odražava kroz interakcije i jezik (Friedman, 2018). Dok su u teoriji ljudska prava „osmišljena“ kako bi zaštitila osobe od opresivne zloupotrebe moći, građanska prava osoba s invaliditetom često se krše. Istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama (Friedman, 2019), pokazalo je sljedeće vezano za poštovanje osoba s invaliditetom: osobe koje nisu poštovane doživljavaju ograničavanje prava, osobe koje trebaju veću podršku u svakodnevnim aktivnostima, te sa sveobuhvatnom potrebom za podrškom u ponašanju, imaju značajno manje poštovanja, vjerojatno zbog stereotipa o invaliditetu i vrijednosti osoba sa složenim invaliditetom; žene s invaliditetom su manje poštovane od muškaraca s invaliditetom, osobe s invaliditetom osjećaju se najviše poštovano od strane terapeuta/savjetnika i medicinskog osoblja (u rasponu od porodice, članova zajednice do zdravstvenih profesionalaca) a najmanje od strane cimera ili članova domaćinstva.

Socijalna povezanost i interakcija (odnose se na međuljudske odnose i aktivnosti, koje se mogu smatrati „društvenim kapitalom“ za pojedince i za društvo) utječu na kvalitet života osoba a sastoje se od tri segmenta (EUROSTAT, 2022). Prvo, to uključuje aktivnost s ljudima (to jeste biti u kontaktu ili raditi stvari s članovima porodice, prijateljima, članovima društva) i zadovoljstvo koje proizlazi iz tih aktivnosti. Drugi segment uključuje aktivnosti koje

društvo/zajednica pruža osobama, to jeste učešće ljudi u formalnim i neformalnim aktivnostima. Treći segment su podržavajući odnosi, prikazani sposobnošću da se dobije pomoć i lična podrška u slučaju potrebe (EUROSTAT, 2022). Adkins (prema Ostojčić Baus, 2018) navodi da gore spomenuti društveni kapital kod osoba s invaliditetom stvara osjećaj sigurnosti, olakšava način dolaska do informacija o dostupnosti službi podrške i omogućava lakše snalaženje u svakodnevnim aktivnostima. Međutim osobe s invaliditetom se vrlo često nađu izvan društvenih interakcija i ne osjećaju se povezano sa svojim društvom. Nekoliko razloga za takav osjećaj nalazimo u sljedećem: „*predrasude; slaba i nedovoljna informisanost građana, tradicija i konzervativno shvatanje o tome šta treba smatrati normalnim, a šta abnormalnim; pasivnost institucija i službi koje su najpozvanije da rješavaju probleme osoba sa invaliditetom; pogrešni i neujednačeni stavovi samih stručnjaka prema osobama sa invaliditetom*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 84). Navedeni razlozi dovode do socijalne izolacije osoba s invaliditetom, što dovodi do lošijeg kvaliteta života osoba s invaliditetom.

Socijalna inkluzija i doprinos, važan je aspekt kvaliteta života, posebice osoba s invaliditetom. Socijalna inkluzija kompleksan je pojam i još uvijek ne postoji opšta definicija. Da ne bismo zalazili u njegovu kompleksnost, može se reći da se socijalnom inkluzijom obuhvataju tri komponente: učešće u aktivnostima (zaposlenje, obrazovanje, učešće u društvenim aktivnostima), međusobne odnose i osjećaj pripadanja. Povezanost socijalne inkluzije i doprinosa sa kvalitetom života, zavisi od više faktora. Riječ je prvenstveno o političkim, ekonomskim i institucionalnim faktorima s posebnim osvrtom na organizaciju i funkcionalnost institucija, razvoj sistema socijalne i zdravstvene zaštite, kulturu i tradiciju, jačanje lokalnih vlasti, te smanjenje stope nezaposlenosti (Trajkovska-Anchevska, Dimeska, 2019). Osobe s invaliditetom se nažalost često suočavaju sa socijalnom isključenošću. Historijski gledano, osobe s invaliditetom su dugi period bile diskriminisane i odbacivane. Iako se nakon Drugog svjetskog rata odnos prema osobama u smislu socijalne isključenosti dosta izmijenio, ona je još uvijek u porastu. „*Osnovni razlog sve veće isključenosti populacije s invaliditetom, ukazuje da u savremenom društvu vladaju vrijednosti koje se zasnivaju na kvantitetu i kvalitetu kako proizvodnje tako i znanja, a s tim u vezi osoba vrijedi onoliko koliko pridonosi u tom procesu.*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 83). Jasno je da je prva prepreka koju treba savladati, na putu socijalne inkluzije osoba s invaliditetom, ona koja se zasniva na generalnom stavu javnosti na način da se stvori otvoreno, pristupačno i uključivo društvo. Pored toga prepreku čini i siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Većinom su ove prepreke povezane i pojavljuju se skupa.

Sadržajna bit ličnog potencijala, u kontekstu kvaliteta života, leži u fenomenu samoodređenja ličnosti koji podrazumijeva njezinu spremnost da prevlada, transformira i promijeni date okolnosti i sebe; sposobnost samoorganiziranja i stvaranja potrebnih povoljnih uvjeta (Boyazitova, Erkenova, Krasovskaya, 2021). Osobe s invaliditetom imaju potencijal učiniti iste stvari kao i osobe bez invaliditeta. No, osobe s invaliditetom su često spriječene ostvarivati svoj potencijal. „Društvo ne priznaje ovaj potencijal za postizanje jer smo socijalizirani da vjerujemo da je sve manje od "normalnog" beskorisno.“ (Lagadien, 1993). I to bi moglo biti tačno jer, ukoliko u našim zajednicama pokušamo identificirati osobe s invaliditetom koje su ostvarile svoj potencijal, otkrit ćemo da ih je malo. Nekoliko je prepreka za ostvarivanje potencijala osoba s invaliditetom. Prva je stav ljudi (da živimo u društvu koje je inkluzivno, koje nema stereotipna razmišljanja druge prepreke ne bi ni postojale). Druga prepreka je uskraćivanje pristupa jednakim mogućnostima, integraciji i samozastupanju kroz nedostatak odgovarajućih resursa što je rezultat lošeg i neinformiranog planiranja. To je također rezultat nekomunikacije - verbalne i neverbalne kao i pisane, npr. ne pokušava se komunicirati sa slijepim osobama, osobama oštećenog sluha ili govora ili s teškim invaliditetom (Lagadien, 1993). Treća prepreka tiče se ostalih aspekata kao što su mobilnost, fizičko okruženje itd. Odgovornost svake osobe s invaliditetom je da postigne samosvijest kako bi ostvario svoj potencijal, kao što je odgovornost zajednice bez invaliditeta da na odgovarajući način stavi na raspolaganje resurse koji ga omogućuju. Po svemu sudeći, osobama s invaliditetom se ne pruža dovoljno mogućnosti za zaštitu njihove slobode i sigurnosti, temeljnog ljudskog prava.

#### **4.7.1. Inkluzija osoba s invaliditetom u BiH**

Osobe s invaliditetom u Bosni i Hercegovini predstavljaju jednu od najisključenijih socijalnih skupina. U prilog tome govore različite prepreke s kojima se osobe s invaliditetom suočavaju. U sklopu domene kvaliteta života koja se tiče inkluzije možemo govoriti o komunikacijskim barijerama koje se očituju u ograničenom pristupu informacijama, naročito kod osoba s oštećenjem vida i sluha. Ova ograničenost prisutna je u javnim servisima, pristupačnosti web-stranicama, mobilnim aplikacijama i slično (Vlada FBiH, 2016)<sup>14</sup>. Kao ključne potrebe u komunikaciji osobe s invaliditetom u BiH navode sljedeće: „pristupačnost informacija i pomagala za lakšu dostupnost informacija, više pristupačnih informacija na teme od značaja za osobe sa invaliditetom, tumač znakovnog jezika (TV) i razmjena

---

<sup>14</sup> Više o komunikacijskim preprekama pogledati u dijelu „Okolina kao domena kvaliteta življenja osoba s invaliditetom u BiH“

*informacija*“ (Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini, 2017: 18). Ispunjavanje ovih potreba dovest će do bolje inkluzije osoba s invaliditetom u društvo, što će utjecati da osobe s invaliditetom bolje procjenjuju kvalitet svog života.

Osobe s invaliditetom imaju pravo na život u zajednici i da budu prihvaćeni od strane iste. Međutim, postavlja se pitanje koliko podrške dobijaju od zajednice i koliko ih zajednica prihvata. U ovom smislu u izuzetno teškom položaju su osobe s intelektualnim poteškoćama, koje su „*kao osobe nevidljivi u društvenoj zajednici*“ (Vijeće ministara BiH, 2008: 4). Kako bi se postigla što bolja prihvaćenost osoba s invaliditetom u BiH nužno je raditi na deinstitucionalizaciji, odnosno učiniti dostupnim servise podrške u njihovoj zajednici što će im omogućiti samostalan život i povećati njihovo učešće u donošenju odluka, a u skladu s njihovim stanjem i potrebama. U servise podrške prvenstveno ubrajamo: stanovanje u zajednici uz podršku (ovdje važnu ulogu imaju centri za socijalni rad, budući da se oni nalaze „na prvoj liniji“ kada je u pitanju prepoznavanje potreba i usluga podrške koje osobama s invaliditetom treba pružiti), samozastupanje i aktivno učešće, pomoć u kući, podrška u obrazovanju, dnevni centri u kojima osoba provodi svoje slobodno vrijeme i unutar kojeg im se nude rekreativne aktivnosti, lični asistent itd. Međutim ovakvi servisi podrške nisu dostupni svim osobama s invaliditetom. Na području Federacije uspostavljeni su u samo 11 jedinica lokalne samouprave (tu spadaju i Zenica) a u Republici Srpskoj u ovakvi servisi ne postoje, uz napomenu da u obzir nisu uzete aktivnosti koje provode različita udruženja i nevladine organizacije (Ibralić, Haverić, Cocalić, 2020). Također, čini se da je prihvatanje i uključenost u zajednicu osoba s invaliditetom (naročito kod onih osoba čiji je stepen invalidnosti visok i osobe koje imaju intelektualne poteškoće), u skorije vrijeme nedostižan cilj (Gadžo-Šašić, 2020). Iz priloženog može se zaključiti da osobama s invaliditetom fali više aktivnosti u zajednici kojima bi se mogli prilagoditi, a kao rezultat nepostojanja istih, većini osoba s invaliditetom život se i dalje svodi na njihove domove i „posebne“ ustanove, što dovodi do njihove stigmatizacije i naposljetku do neprihvatanja u zajednicu.

Osnovni cilj Politike u oblasti invalidnosti BiH je, između ostalog, osigurati dosezanje životnog potencijala, poštovanja i dostojanstva (Vijeće ministara BiH, 2008). Pored ovoga, poštivanje osoba s invaliditetom princip je koji se zagovara u mnogim međunarodnim dokumentima koje je BiH ratificirala i usvojila, te u raznim domaćim dokumentima. No *Analiza potreba, prava i položaja osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini* iz 2017. godine ukazuje na nesklad između poštivanja osoba s invaliditetom u zakonima i dokumentima u odnosu na njihovu primjenu u sistemima javne politike. Nepoštivanje prava osoba s invaliditetom prisutno je u različitim sektorima, poput zdravstvenog, obrazovnog ali i sistema

socijalne zaštite čime se ugrožava njihovo dostojanstvo i dovodi u pitanje poštovanje njih kao osoba.

Kada je riječ o društvenoj interakciji i povezanosti, ako pogledamo poglavlje diskriminacija uočiti ćemo da je jedan od glavnih razloga diskriminacije i stigmatizacije osoba s invaliditetom neinformisanost a koja je posljedica nedovoljnog kontakta između osoba s invaliditetom i opće populacije. Osobe s invaliditetom su pod rizikom društvene izoliranosti. Tome u prilog govori iskustvo ratnog vojnog invalida: „*Ja prvo, ne pijem kafu, nit s kim sjedam, nit idem kome u komšiluk, nit mi ko dolazi.*“, u Izvještaju o humanom razvoju za Bosnu i Hercegovinu (UNDP, 2009: 10). Pored ovoga, na društvenu interakciju i povezanost, velik utjecaj ima i siromaštvo osoba s invaliditetom i njihovih porodica (nedovoljno visoki prihodi spriječavaju kupovinu raznih pomagala koja bi pomogla osoba s invaliditetom olakšala lakšu komunikaciju i interakciju). Vrlo često se društvena interakcija i povezanost osoba s invaliditetom obavlja posredno (putem članova porodice, udruženja i različitih nevladinih organizacija). Osobama s invaliditetom stanja poput depresije, stida, osjećaja niže vrijednosti bivaju ograničenja za ostvarivanje interakcije s drugim ljudima, pa čak i onim koji su im dugogodišnji prijatelji. Iz ovog razloga važno je da bosanskohercegovačko društvo podigne svijest o osobama s invaliditetom, čime će se objema stranama olakšati interakcija i povezivanje. Značajnu ulogu imaju socijalni radnici koji bi trebali „*osnažiti osobe s invaliditetom (posebno one koji žive izoliranim načinom života) da nisu sami u tom problemu, te se zalagati za svijest zajednice o problemima i mogućnostima osoba s invaliditetom*“ (Gadžo-Šašić, 2020: 40). Samo saradnjom svih aktera koji su izvori socijalne podrške može se osigurati bolja interakcija i društvena povezanost između osoba s invaliditetom i članova njihove zajednice.

Kada govorimo o socijalnoj uključenosti tj. inkluziji u BiH je nažalost bolje koristiti termin socijalna isključenost, zbog različitih prepreka koje se osobama s invaliditetom nalaze na putu ka inkluziji (u prvom redu je to siromaštvo, nezaposlenost i društvena izolacija). Iz do sada obrazloženih stanja aspekta kvaliteta života osoba s invaliditetom može se steći okvirna slika o socijalnoj isključenosti osoba s invaliditetom. Kao glavne uzroke socijalne isključenosti osoba s invaliditetom u BiH Gadžo-Šašić (2020) navodi: arhitektonske barijere, nepristupačnost javne okoline, neusklađenost zakonodavnog okvira s praksom, nepostojanje saradnje između organa vlasti i organizacija osoba s invaliditetom, neadekvatni zakonski propisi (koji uređuju zapošljavanje i rad, socijalnu zaštitu, dječiju zaštitu, socijalno osiguranje, zdravstvenu zaštitu, uređenje okoline i sl.), i njihova neusklađenost na različitim nivoima, nedorečenost i opterećenost problemima organizacija osoba s invaliditetom,

nepostojanje sistemskog rješenja za zadovoljavanje potreba osoba s invaliditetom.. Prilike za rad i obrazovanje, koje predstavljaju jedan od najboljih načina za inkluziju, u BiH osobama s invaliditetom su uskraćene. U posebnoj opasnosti od socijalne isključenosti su žene i djevojčice s invaliditetom, a situaciju dodatno usložnjava to što ne postoje adekvatni institucionalni kapaciteti i strukture za socijalno uključivanje na svim nivoima vlasti, te to što „ne postoji sistematsko praćenje osoba sa invaliditetom na temelju čega bi se moglo pratiti stepen siromaštva i socijalne isključenosti“ (Fondacija za socijalno uključivanje u BiH i Inicijativa za bolju i humaniju inkluziju 2020: 62).

Ovakvo stanje jasno ukazuje na to da su osobe s invaliditetom često ograničene u svom potencijalu. Prethodno je dato objašnjenje barijera koje stoje na putu razvoju i doseganju punog potencijala osoba s invaliditetom a na osnovu datog osvrt na stanje kvaliteta života jasno je da je u BiH prisutna svaka od tih barijera. Iako se Vijeće ministra u dokumentu *Politika u oblasti invalidnosti* (2008) opredijelilo za omogućavanje doseganja najvišeg životnog potencijala osoba s invaliditetom, stanje u realnosti je drugačije, zbog niza barijera s kojima se osobe s invaliditetom susreću. Nažalost, ovim barijerama na gubitku su i osobe s invaliditetom ali i samo društvo, budući da osobe s invaliditetom mogu itekako doprinijeti društvom svojim sposobnostima i toplinom koju unose, čime društvo povećava svoj društveni kapital a osobe s invaliditetom bivaju prihvaćene.

#### **4.8. Rezime odnosa domena kvaliteta života i invaliditeta i osvrt na stanje u BiH**

Kada govorimo o kvalitetu života govorimo zapravo o njegovim subjektivnim procjenama od strane osoba čiji se kvalitet života ispituje. S tim u vezi, očito je da su pojedine njegove domene i aspekti određenim osobama važnije u odnosu na neke druge. U svrhu izrade ovog rada bazirali smo se na domene upitnika WHOQOL-BREF i modula WHOQOL-DIS. Važno je napomenuti da su obrazložene domene povezane i da međusobno utječu jedna na drugu. Kada govorimo o invaliditetu i kvalitetu života, primijetna je njihova uzročno-posljedična veza, odnosno da stanje invaliditeta, uslijed nedostatka socijalne podrške, dovodi do lošije procjene skoro svih ponuđenih aspekata života.

Stanje u BiH je izuzetno teško. Osobe s invaliditetom svakodnevno su suočene s arhitektonskim, informacijsko-komunikacijskim, ekonomskim i socijalnim barijerama koje im otežavaju obavljanje i najjednostavnijih dnevnih aktivnosti. Osobe s invaliditetom dane započinju u stambenim uslovima koji im najčešće nisu prilagođeni, a kada napuste svoje domove, neprilagođenost se povećava. Nepristupačni javni objekti, prijevoz, obrazovanje,

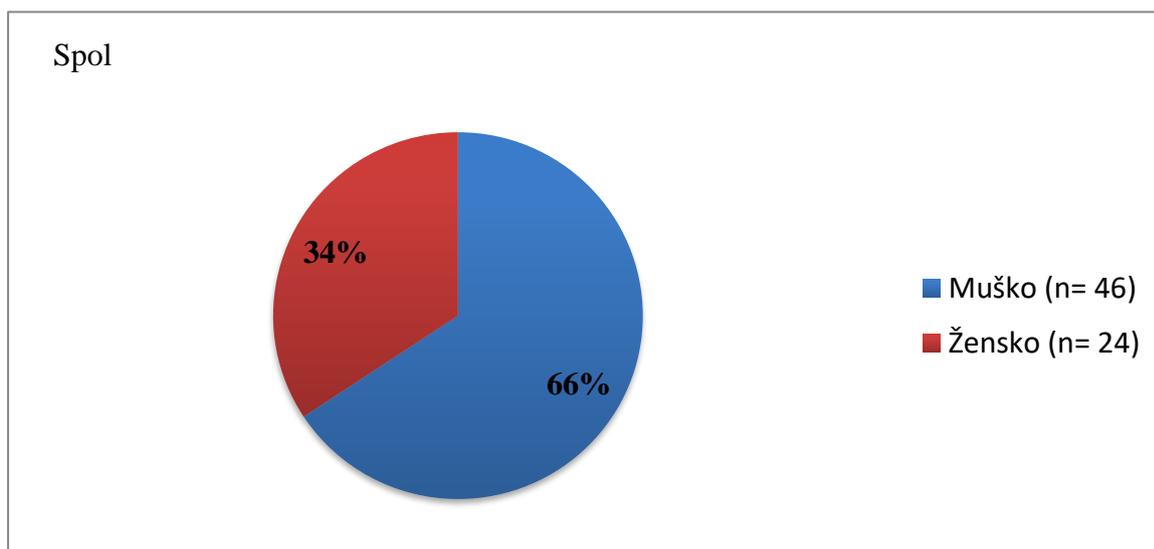
zapošljavanje, samo su neki od aspekata koji snižavaju kvalitet života. Također fizička i psihološka domena kvaliteta života osoba s invaliditetom jasno ukazuje na lošu procjenu istog. Osobe s invaliditetom predmet su diskriminacije, isključivanja i ograničavanja. Uzimajući u obzir sve navedeno, važno je što prije početi raditi na promjeni pristupa bosanskohercegovačkog društva, kako bi osobe s invaliditetom prvenstveno ostvarile društvene odnose iz kojih bi crpile zadovoljstvo, bile prihvaćene i integrisane u društvo kao njegovi ravnopravni članovi i u konačnici svojim potencijalom dale doprinos prosperitetu tog društva.

## V REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Za pribavljanje podataka za istraživanje na temu „Kvalitet života osoba s invaliditetom“ pored metode analize sadržaja dokumenata, korištena je i metoda ispitivanja, odnosno njena tehnika anketa. Kao instrument ankete korišten je anketni upitnik (vidi Prilog), koji predstavlja spoj dva upitnika/modula koje je ponudila Svjetska zdravstvena organizacija (WHOQOL-BREF i WHOQOL-DIS). Upitnik je podijeljen u 3 sekcije. Prva obuhvata tri pitanja koja se tiču sociodemografskih karakteristika ispitanika (spol, dob, vrstu invaliditeta), druga obuhvata dvadeset šest pitanja prethodno objašnjenog WHOQOL-BREF, a posljednji modul sačinjen je od trinaest pitanja koja se odnose isključivo na invaliditet. U prvoj sekciji ispitanici su zaokruživali odgovarajuću opciju, dok se druge dvije sekcije ankete (WHOQOL-BREF i WHOQOL-DIS) temelje na Likertovoj skali. „*Likertova skala sastoji se od pet članova: dva pozitivna, jednog neutralnog i dva negativna*“ (Termiz: 453: 454, 2022). Anketa je bila dostupna i u online obliku (*Google Forms*), no zbog karakterističnosti predmeta istraživanja i samih ispitanika, anketa je uglavnom bila provedena uživo. Anketu je online ispunilo tri ispitanika, dok je ostatak (šezdeset sedam ispitanika) uradilo tu uz pomoć printanog primjerka ankete.

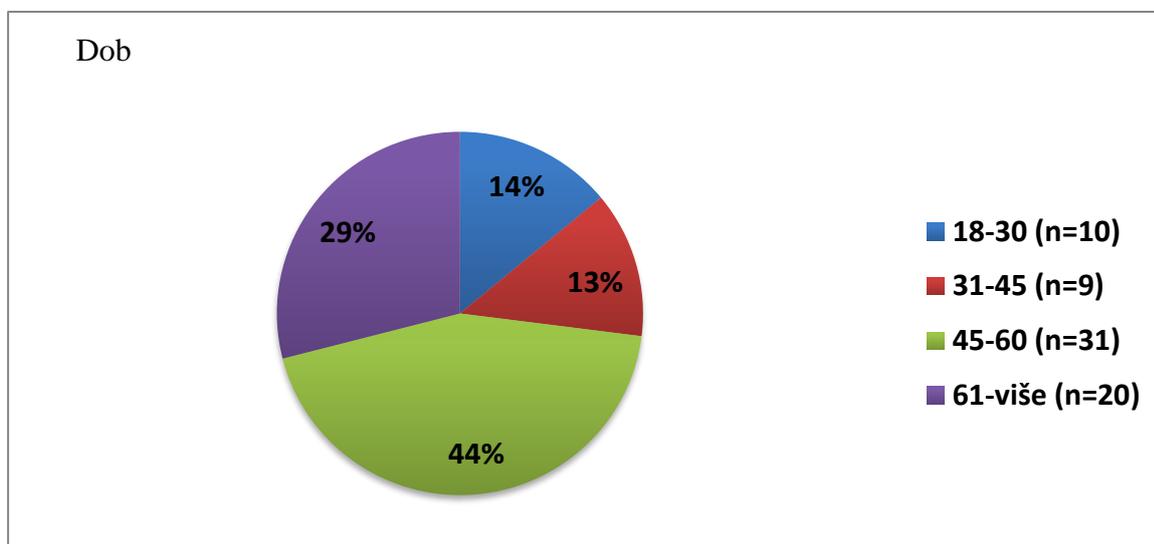
U istraživanju je učestvovalo ukupno sedamdeset punoljetnih ispitanika iz sljedećih udruženja/ saveza/organizacija: *Udruženje paraplegičara i oboljelih od dječije paralize, Zenica; Udruženje DLAN, Zenica; Streljački klub osoba s invaliditetom, Maglaj; Savez slijepih boraca ZDK, JU Penzionerski dom sa stacionarom ZDK, Organizacija RVI, Zenica; Organizacija RVI Maglaj, Invalidski odbojkaški klub „Auto servis Huso“ Maglaj.* Prije popunjavanja ankete, ispitanicima je naglašeno da je ista anonimna i da je mogu popuniti uz pomoć druge osobe koja je od njihovog povjerenja, te da na pitanja odgovaraju u odnosu na period u protekle dvije godine. Istraživanje je vršeno u periodu od 15. maja do 1. juna 2023. godine. Nekoliko udruženja i centara odbilo je saradnju zbog skeptičnosti i nedostatka pristanka staratelja osoba s invaliditetom za učešće u istraživanju. U nastavku bit će predstavljeni rezultati istraživanja za svako od navedenih pitanja s kratkim osvrtom, te prikaz srednje vrijednosti za svako od njih kako bismo u konačnici izračunali krajnje stanje obuhvaćenih domena kvaliteta života.

**Grafikon 1: Struktura ispitanika prema spolu**



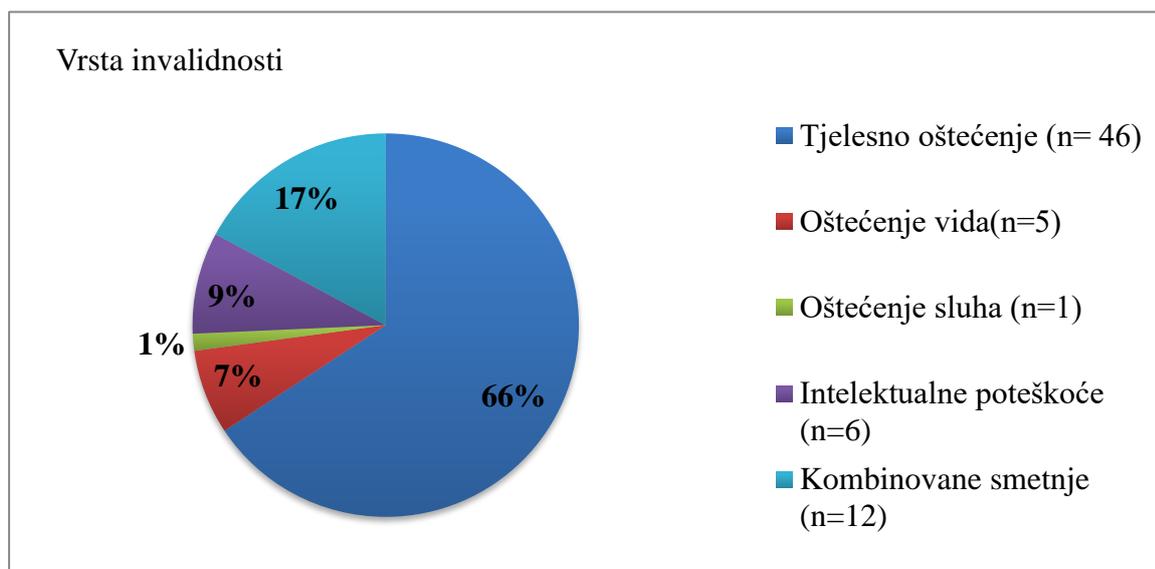
U istraživanju je ukupno učestvovalo  $n=70$  ispitanika, od čega je 34% ženskog spola, odnosno njih 24, dok je 66% ispitanika ili njih 46 muškog spola. Evidentno je zastupljen veći postotak muške populacije u istraživanju. Iako je na prostoru ZDK veći broj žena koje imaju invaliditet, primjetno je da u svim obuhvaćenim udruženjima, centrima, savezima većinu članova čine muškarci, što bi moglo upućivati na činjenicu da žene s invaliditetom, iz različitih razloga, često nisu uključene u rad, ili članstvo udruženja osoba s invaliditetom.

**Grafikon 2: Struktura ispitanika prema starosnoj dobi**



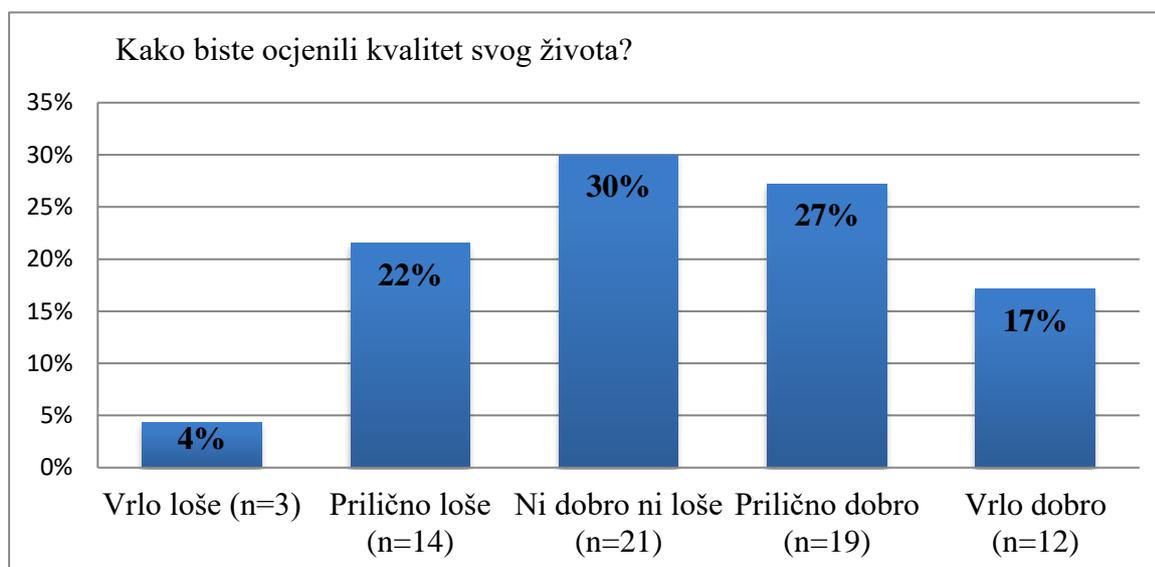
Kada je riječ o starosnoj strukturi ispitanika najveći procenat njih (44%) ima između 45 i 60 godina, dok najmanji postotak (13%) ima između 31 i 45 godina. Najveći postotak rezultat je činjenice da je veći broj ispitanika dolazilo iz organizacija/saveza čiji su članovi ratni vojni invalidi koji upravo imaju između 45-60 godina. Govoreći o mlađoj populaciji, tu su uglavnom osobe koje imaju intelektualne i kombinovane poteškoće.

**Grafikon 3: Struktura ispitanika prema vrsti invalidnosti**



Grafikon 3 pokazuje strukturu ispitanika prema vrsti invaliditeta. Najveći broj njih je s tjelesnim oštećenjem (66%), a najmanje (jedan) je sa oštećenjem sluha, te je anketa zbog specifičnosti invaliditeta bila jedna od tri koje su popunjene putem online platforme.

**Grafikon 4: Subjektivna procjena kvaliteta života od strane osoba s invaliditetom**



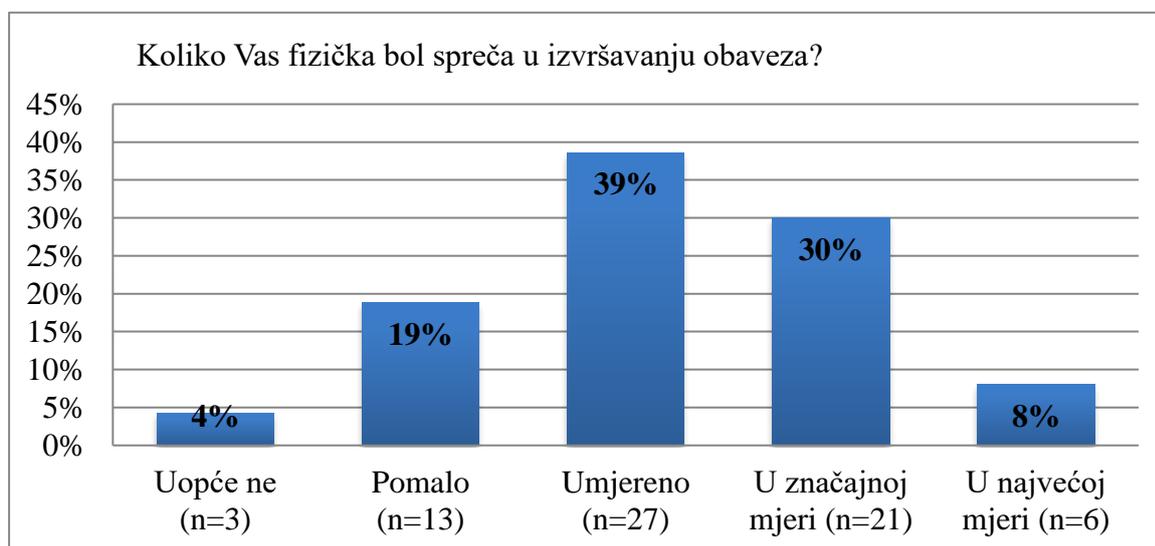
Prvo pitanje u sekciji WHOQOL-BREF odnosi se na generalnu ocjenu kvaliteta života. Najveći broj njih (30% ili 21) odgovorio je s neutralnim odgovorom „ni dobro ni loše“, dok je najmanji postotak (4% ili njih 3) odgovorio s vrlo loše.

**Grafikon 5: Zadovoljstvo zdravljem osoba s invaliditetom**



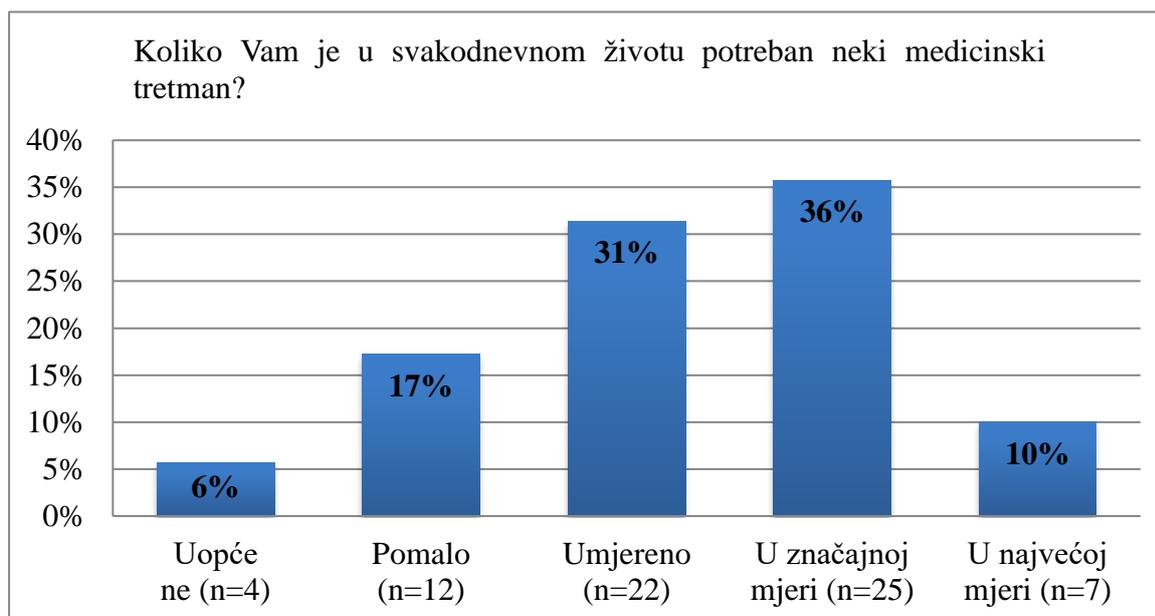
Svoje zdravstveno stanje (Grafikon 5) osobe s invaliditetom ocjenjuju u najvećem postotku (34%) zadovoljavajućim, dok najmanji broj njih (5 odnosno 7%) je vrlo nezadovoljno. Međutim značajan broj ispitanika (njih 15) iskazuje svoje nezadovoljstvo, što može biti povezano i sa kvalitetom i dostupnosti medicinskih usluga i tretmana, koji su također stavka ovog upitnika.

**Grafikon 6: Fizička bol kao prepreka u izvršavanju obaveza**



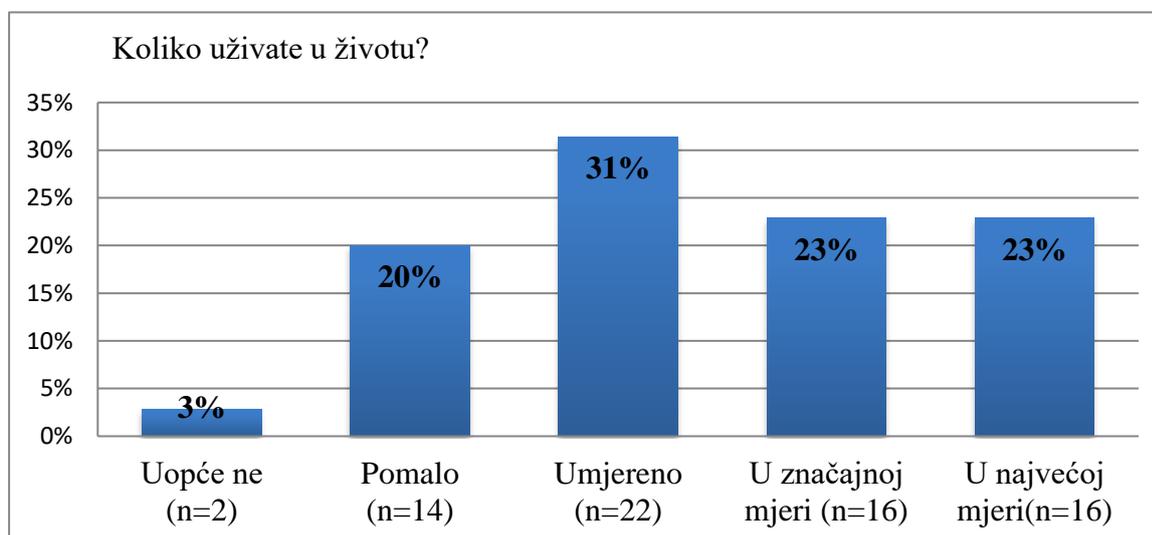
Fizička bol kod osoba s invaliditetom predstavlja prepreku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti što je vidljivo iz činjenice da se skoro 70% ispitanika umjereno i u značajnoj mjeri susreće s poteškoćama koje su uslovljene bolom. S druge strane, najmanji broj ispitanika (njih troje odnosno 4%) se uopće ne susreće s preprekama koje su uslovljene fizičkom boli.

**Grafikon 7: Neophodnost medicinskog tretmana u svakodnevnom životu**



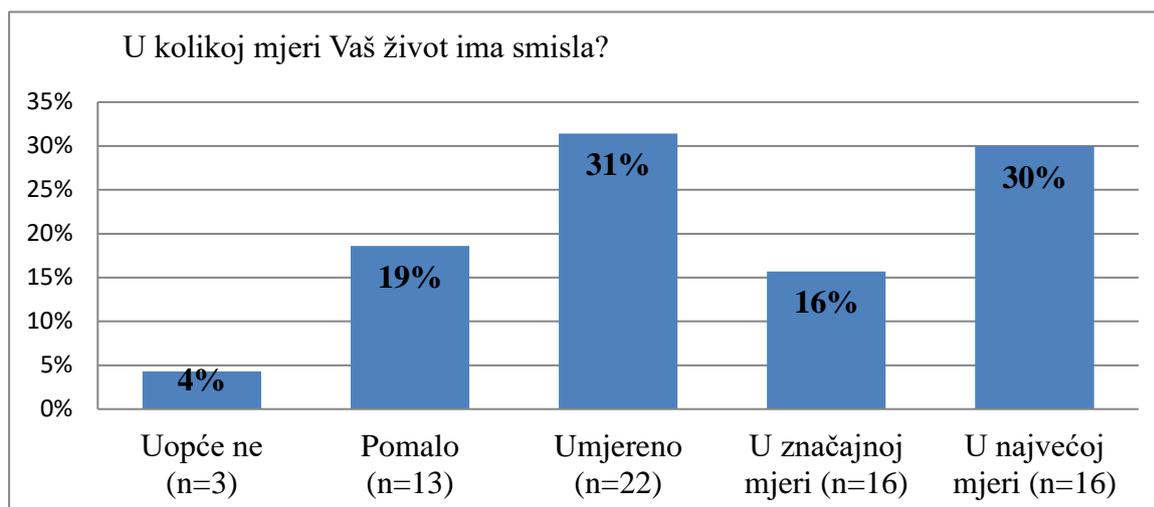
Kao što je prethodno spomenuto, uprkos činjenici što su osobe s invaliditetom zadovoljne zdravljem, njih 36% (odnosno 25) u svakodnevnom životu treba neki medicinski tretman. S druge strane, 6% ispitanika izjasnilo se da im uopće nije potreban medicinski tretman, što je najmanji broj odgovora na ovo pitanje.

**Grafikon 8: Procjena uživanja u životu**



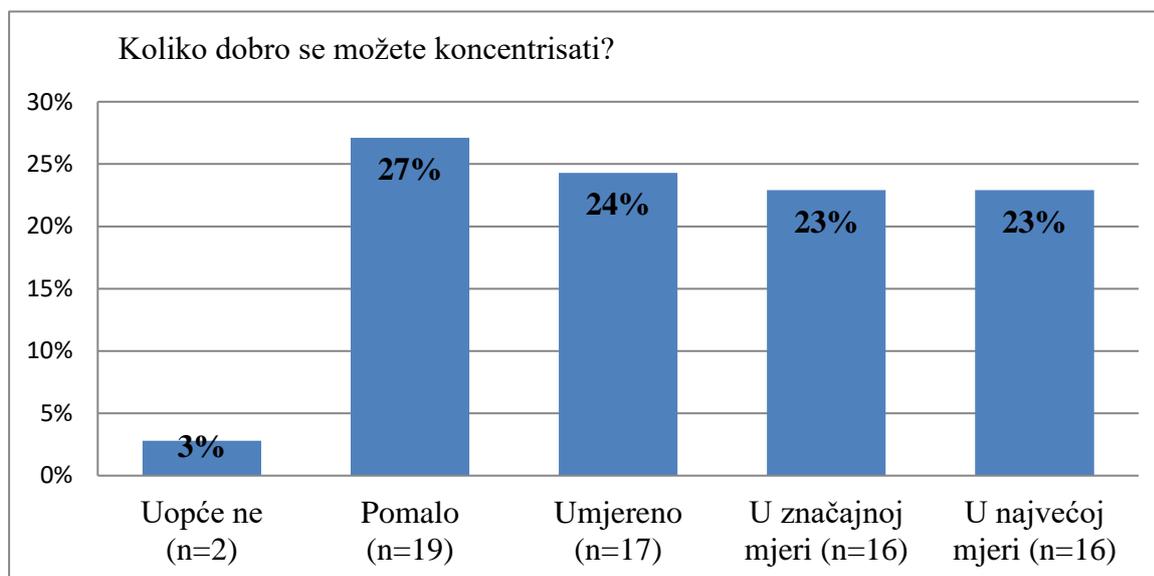
Grafikon 8 pokazuje da najveći broj ispitanika (31% odnosno 22) uživa u životu. Primjetno je da veći broj ispitanika daje pozitivne odgovore na dato pitanje, dok je svega dvoje ispitanika (3%), odgovorilo da uopće ne uživa u životu.

**Grafikon 9: Smislenost života osoba s invaliditetom**



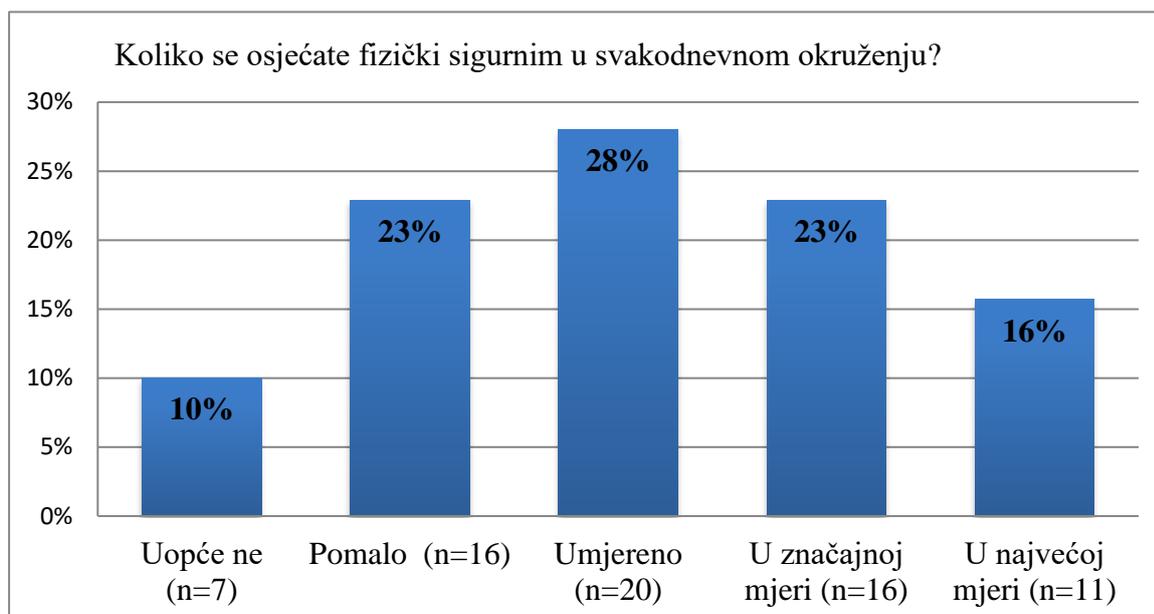
Ispitanici (njih 22) na pitanje „U kolikoj mjeri Vaš život ima smisla?“ najčešće su davali odgovor umjereno, a odmah nakon odgora umjereno slijedi odgovor u najvećoj mjeri (21 odgovor) što je činjenica koja raduje. Ovo pitanje ukazuje na čvrsta lična/duhovna/religijska uvjerenja ispitanika.

**Grafikon 10: Spособnost koncentrisanja kod osoba s invaliditetom**



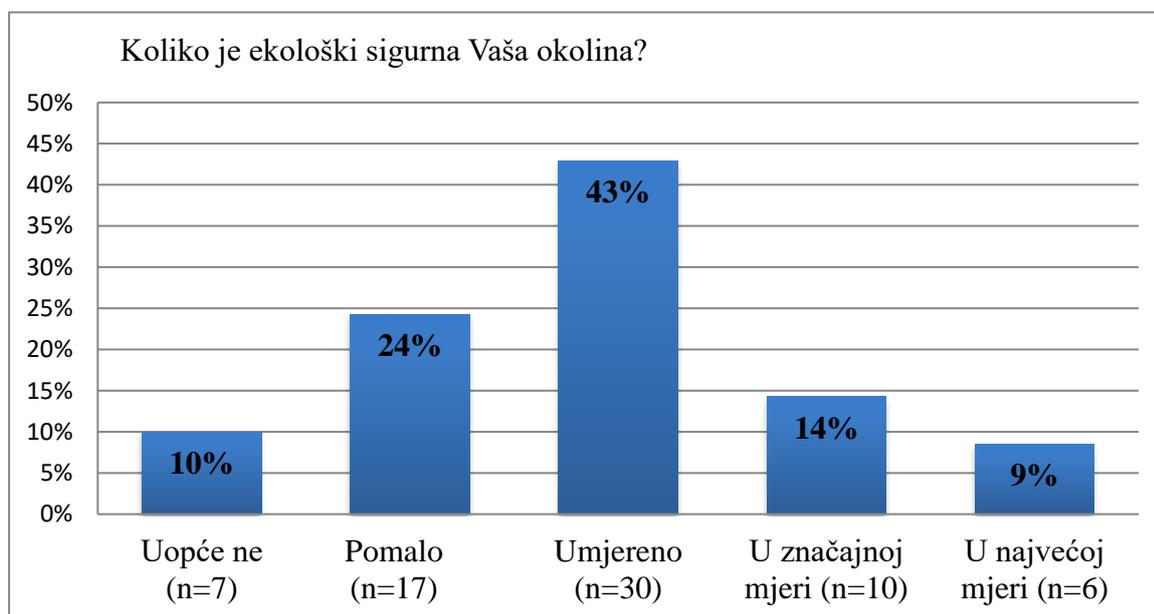
Na pitanje „Koliko dobro se možete koncentrisati?“ najveći broj ispitanika dao je negativan odgovor „pomalo“, njih 27% tj. 19 ispitanika. Važno je znati da su osobe s intelektualnim i kombinovanim smetnjama, te starije osobe uglavnom davale negativan odgovor na ovo pitanje, dok su osobe s tjelesnim invaliditetom uglavnom odgovarale da se mogu umjereno, odnosno u značajnoj i najvećoj mjeri dobro koncentrisati.

**Grafikon 11: Fizička sigurnost u svakodnevnom životu osoba s invaliditetom**



Fizička sigurnost kod ispitanika u najvećem postotku (28%) umjerena, no podjednak broj njih (23% odnosno njih 16) izražava mišljenje da su malo fizički sigurni u svom okruženju odnosno da su u značajnoj mjeri sigurni. Najmanje njih (7) iskazalo je da se uopće ne osjeća sigurnim u svojoj okolini.

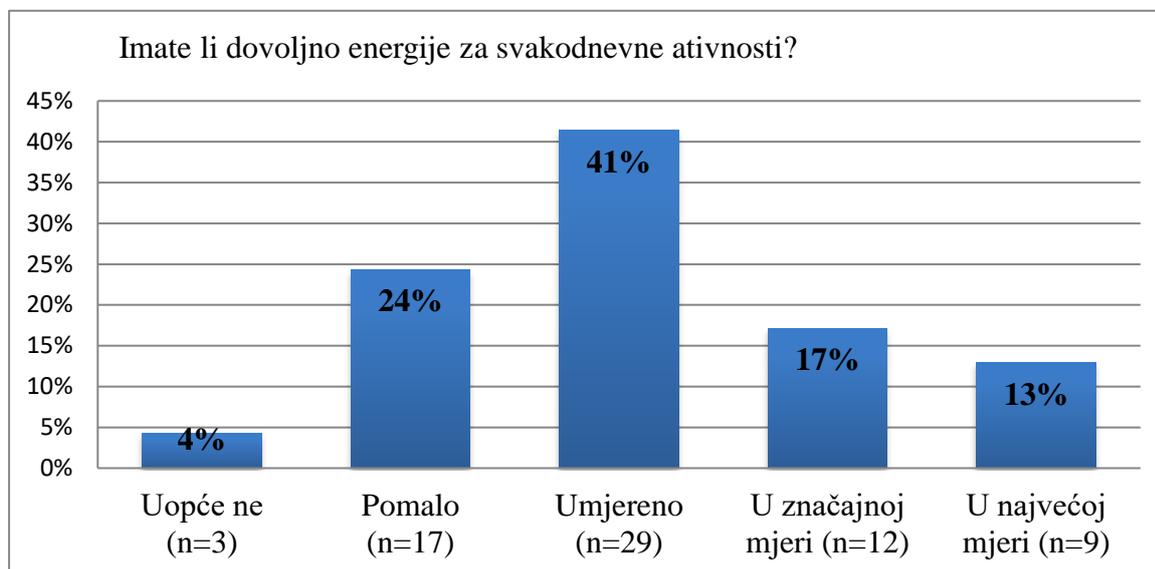
**Grafikon 12: Fizičko okruženje osoba s invaliditetom**



Ekološka sigurnost okoline ispitanika prema grafikonu 12 je u najviše odgovora umjerena (43%). Međutim vidljivo je da više njih nije zadovoljno istom, što može biti posljedica činjenice da su ispitanici uglavnom iz gradova koji imaju velika industrijska postrojenja (poput tvornice celuloze i papira Natron Hayat u Maglaju, željezare ArcelorMittal

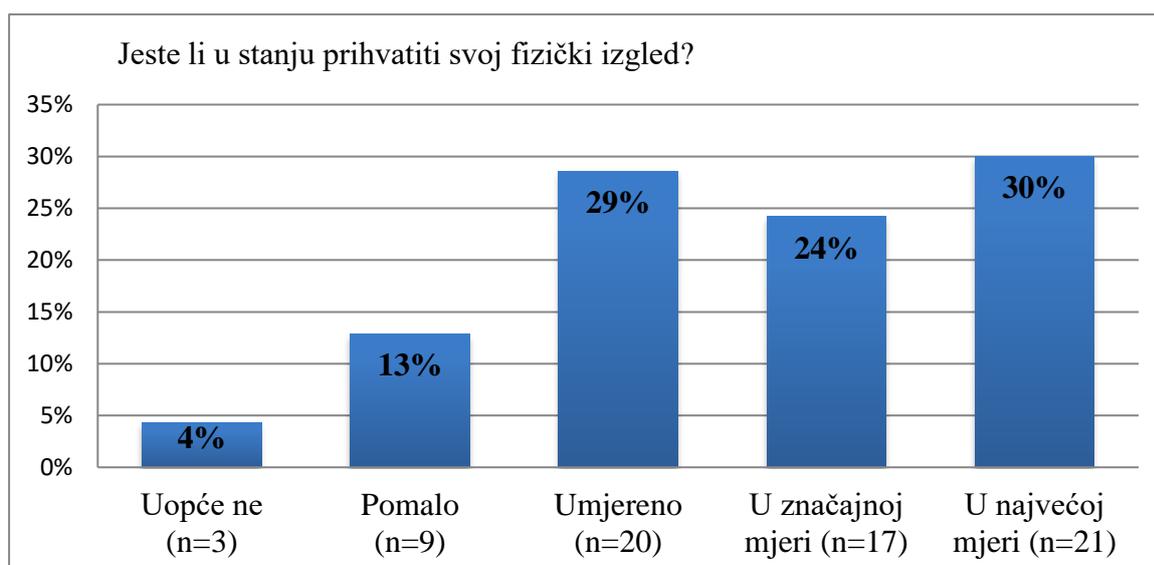
u Zenici i slično) za koje se u nekoliko navrata dokazalo da su štetne po okoliš ali i zdravlje samog stanovništva.

**Grafikon 13: Nivo energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kod osoba s invaliditetom**



Ispitanici u istraživanju u najvećem postotku (41%) imaju umjeren nivo energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (24%) ima malo energije za svakodnevne aktivnosti. Najmanjih postotak njih (4%) odgovorilo je da uopće nema. Manji nivo energije, prema podacima istraživanja, imale su osobe s tjelesnim oštećenjem te kombinovanim i intelektualnim smetnjama.

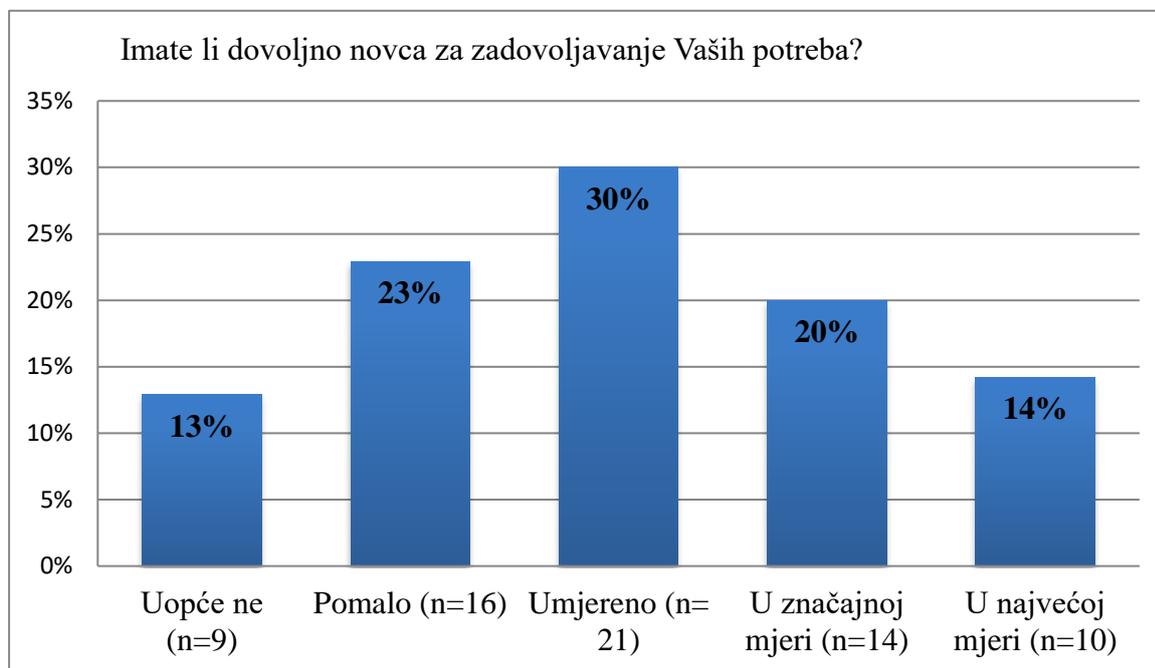
**Grafikon 14: Percepcija osoba s invaliditetom o svom fizičkom izgledu**



Prema grafikonu 14 30% osoba s invaliditetom obuhvaćenih istraživanjem odgovorilo je da je u najvećoj mjeri u stanju prihvatiti svoj fizički izgled, dok je njih troje (4%)

odgovorilo da uopće nije u stanju, što predstavlja najmanji postotak u ovom pitanju. Evidentno je da je većina ispitanika u određenoj mjeri sposobna prihvatiti kako fizički izgledaju.

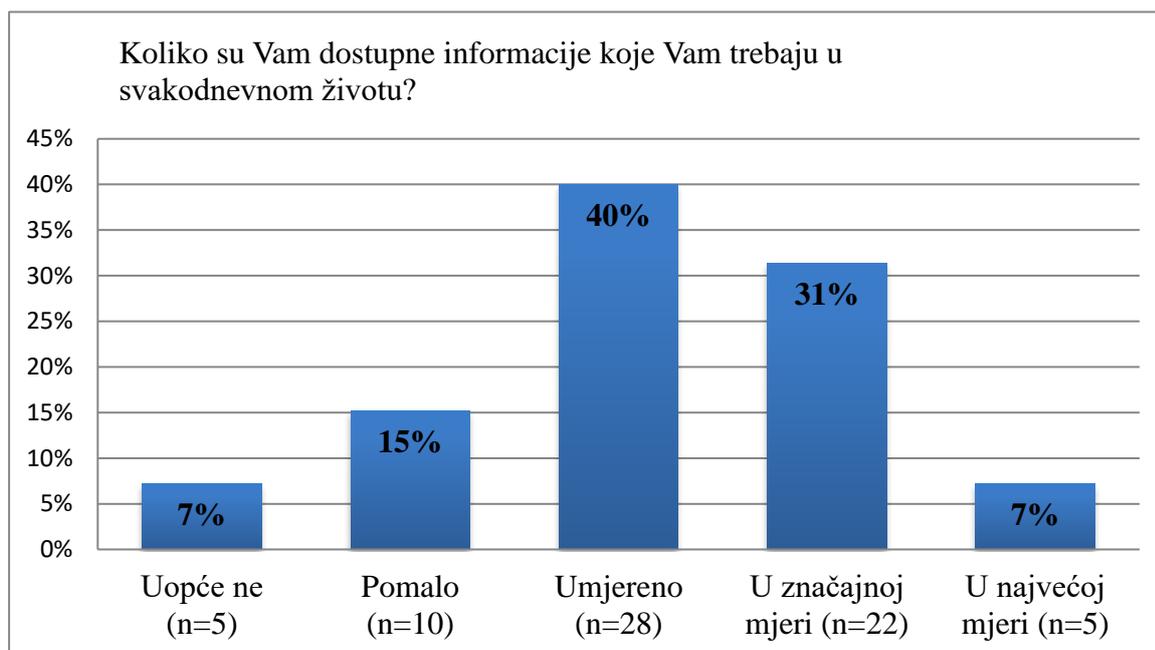
**Grafikon 15: Finansijska sredstva osoba s invaliditetom**



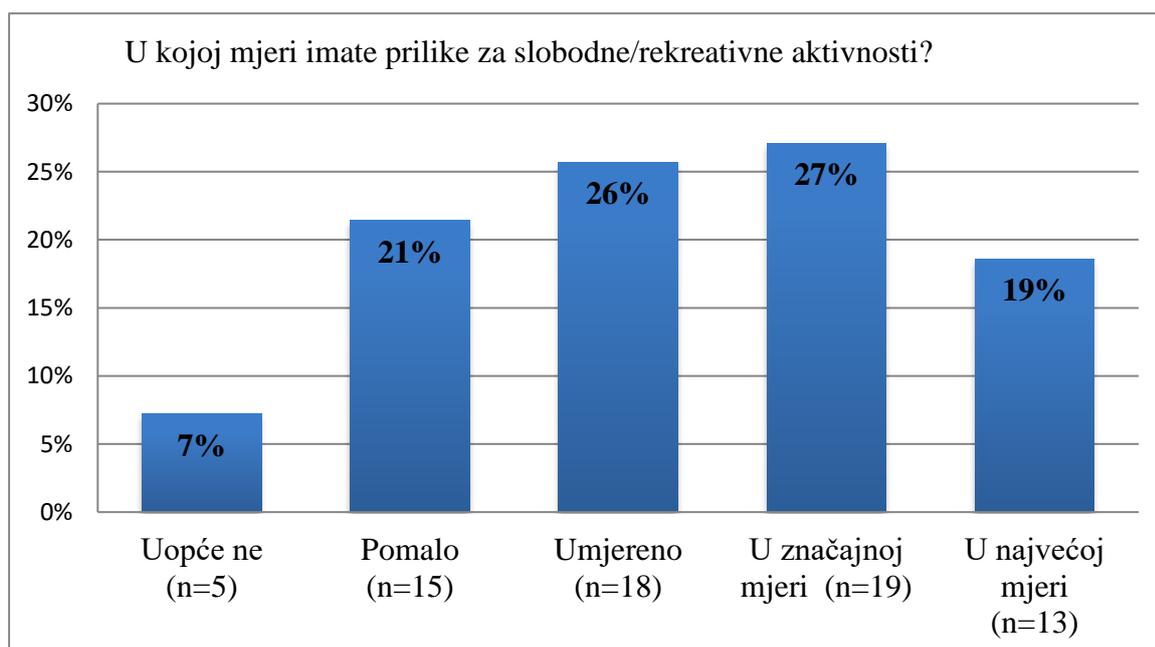
Kada je riječ o finansijskim sredstvima, 30% ispitanika izjasnilo se da ima umjereno novca za zadovoljavanje svojih potreba. U malo većem broju prevladavaju negativni odgovori u odnosu na pozitivne. Također, žene su u većem broju izražavale nezadovoljstvo finansijskim resursima u odnosu na muškarce.

Dostupnost potrebnih informacija jedan je od aspekata kvaliteta života. Prema podacima istraživanja (*grafikon 16*) najveći broj ispitanika (40% odnosno njih 28) odgovorio je da su im informacije potrebne u svakodnevnom životu dostupne u umjerenoj mjeri. Njih 22 odgovorilo je da su im informacije dostupne u značajnoj mjeri, dok je njih 5 (7%) odgovorilo da im uopće nisu dostupne. Prema ovim podacima, dostupnost potrebnih informacija je na visokom nivou, što se može pripisati razvoju tehnologije koja je omogućila da se informacije brzo šire ali i činjenici da sve više web stranica koristi različite audio i vizualne efekte, što omogućava osobama s različitim tipovima oštećenja da dođu do informacija.

**Grafikon 16: Dostupnost potrebnih informacija osobama s invaliditetom**

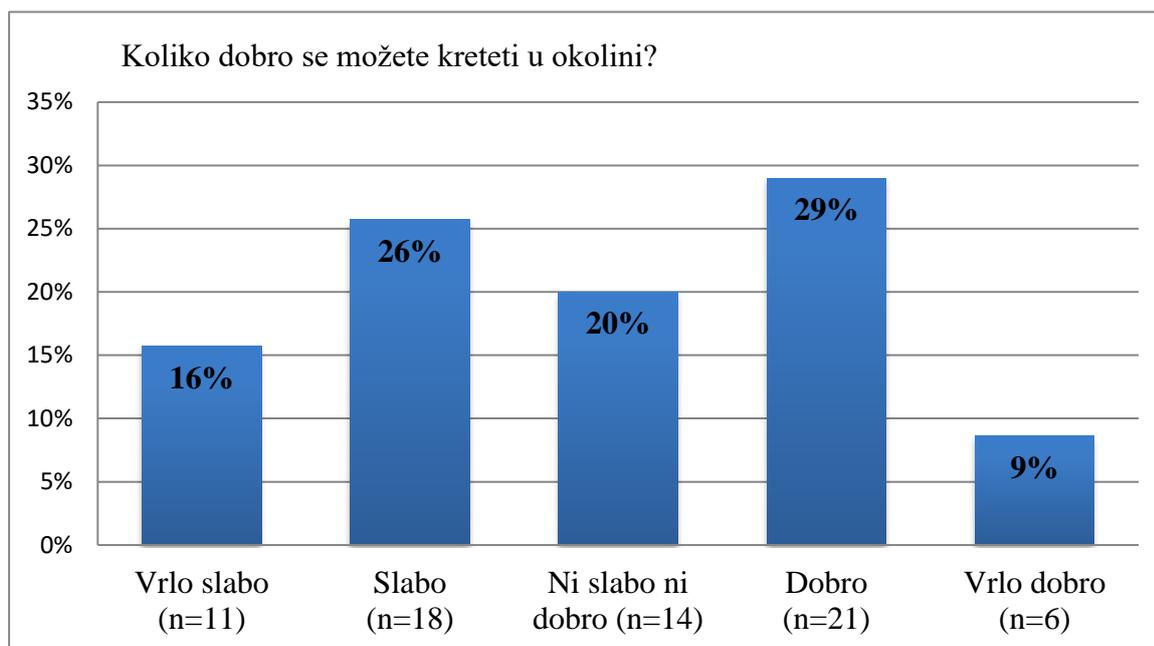


**Grafikon 17: Prilike za učešće osoba s invaliditetom u slobodnim/rekreativnim aktivnostima**



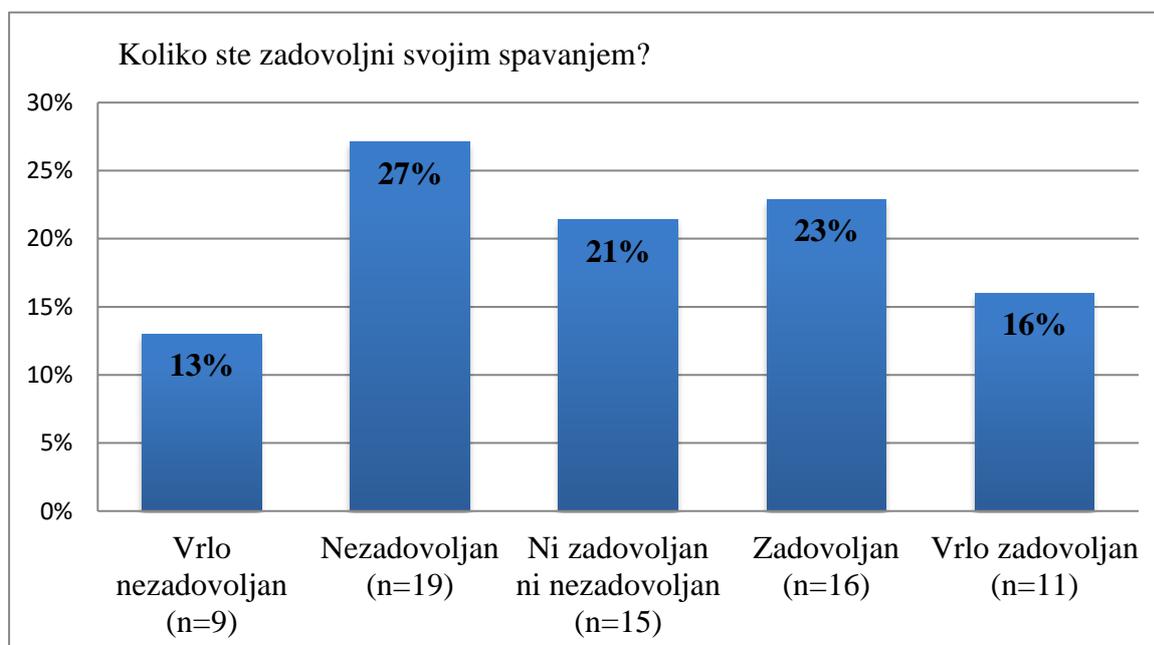
Najveći broj ispitanika na pitanje „U kojoj mjeri imate prilike za slobodne/rekreativne aktivnosti?“ odgovorilo je u značajnoj mjeri (njih 19 odnosno 27%), dok je 18 ispitanika (26%) odgovorilo s umjereno. I na ovo pitanje veći je broj ispitanika odgovorilo s pozitivnim odgovorom, što može biti posljedica činjenice da velik broj osoba s invaliditetom u obuhvaćenim udruženjima/organizacijama nije radno angažovan te ima dosta više vremena za slobodne aktivnosti.

**Grafikon 18: Sposobnost kretanja osoba s invaliditetom u njihovoj okolini**



Sposobnost kretanja u okolini za 29% ispitanika bila je dobra, dok je za tri postotka manje (odnosno za 18 ispitanika) bila slaba. Vidljivo je da je nešto više odgovora u negativnom smjeru, što može biti rezultat činjenice da je najveći broj ispitanika bio s tjelesnim oštećenjem što za posljedicu može imati korištenje raznih ortopedskih pomagala za koje okruženje većinom nije prilagođeno.

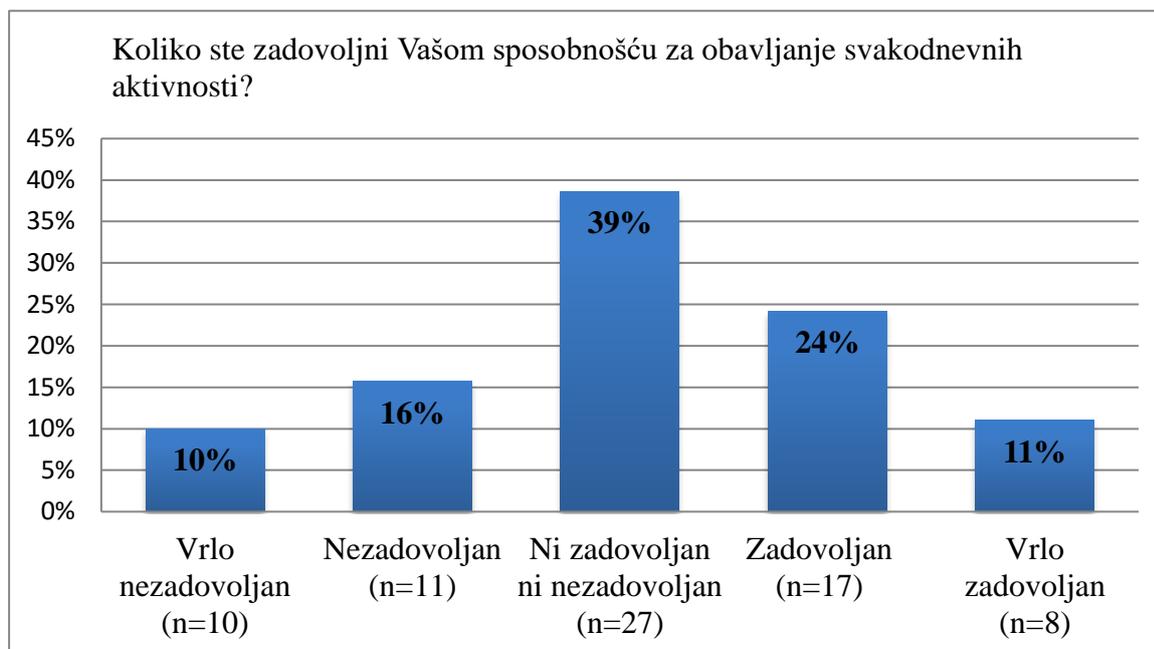
**Grafikon 19: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom spavanjem**



Kada je riječ o spavanju, 19 ispitanika odgovorilo je da je nezadovoljno spavanjem (27%), a najmanji broj njih bilo je vrlo nezadovoljno. Bilo je ovo pitanje na koje su ispitanici

davali najviše usmenih komentara. Neki od njih su glasili: „*Nikako ne spavam*“, „*Nisam spavao devetnaest dana*“, „*Prezadovoljan sam spavanjem*“, „*Čim vidim jastuk, odmah sam zaspa*“ itd. Nedostatak sna može biti povezan s fizičkom boli, koja je prema grafikonu 16 na izrazito visokom nivou kod ispitanika.

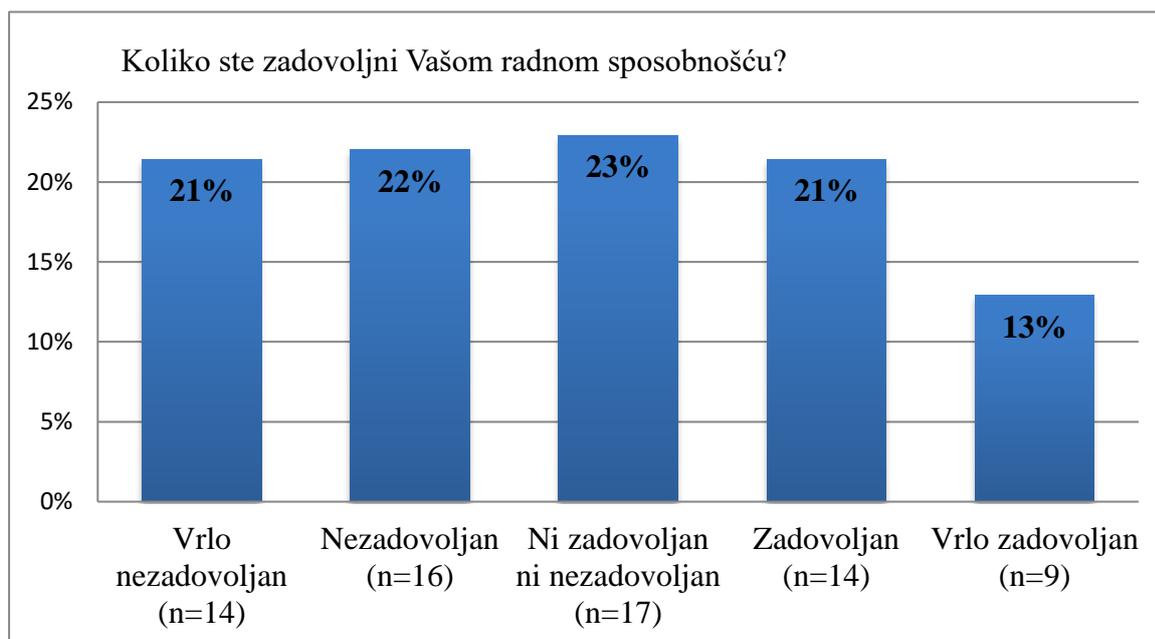
**Grafikon 20: Spособnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kod osoba s invaliditetom**



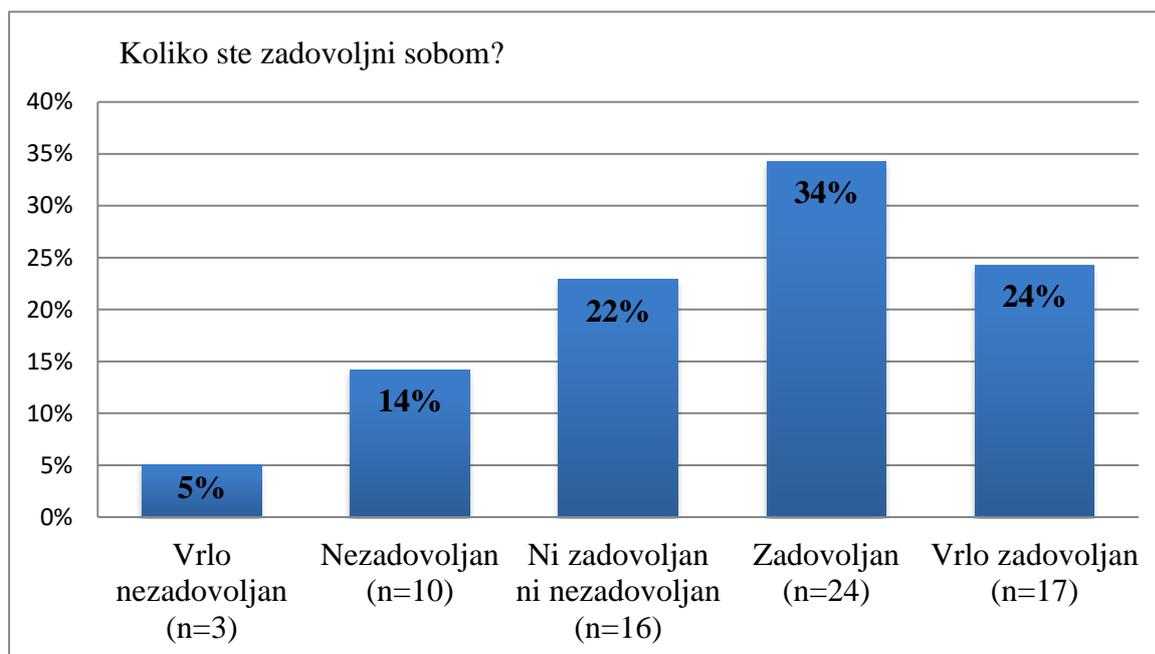
Zadovoljstvo sposobnošću za obavljanje svakodnevnih aktivnosti za najveći broj ispitanika (39% odnosno njih 27) je na srednjem nivou (nisu ni zadovoljni ali ni nezadovoljni). Svoje nezadovoljstvo sposobnošću za obavljanje svakodnevnih aktivnosti uglavnom su izražavale osobe s intelektualnim poteškoćama i kombinovanim smetnjama, dok su osobe s tjelesnim invaliditetom uglavnom bile zadovoljne s istom.

Grafikon 21 odnosi se na zadovoljstvo osoba s invaliditetom s njihovom radnom sposobnošću. Sama činjenica da je većini osoba s invaliditetom oduzeta ili umanjena radna sposobnost, dovela je do činjenice da je veći postotak ispitanika davao negativne odgovore, a najveći broj njih (16/ 23%) ostao je neutralan. Kao i u prethodnom pitanju, negativno su najčešće odgovarale osobe s kombinovanim smetnjama i intelektualnim poteškoćama.

**Grafikon 21: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom njihovom radnom sposobnošću**

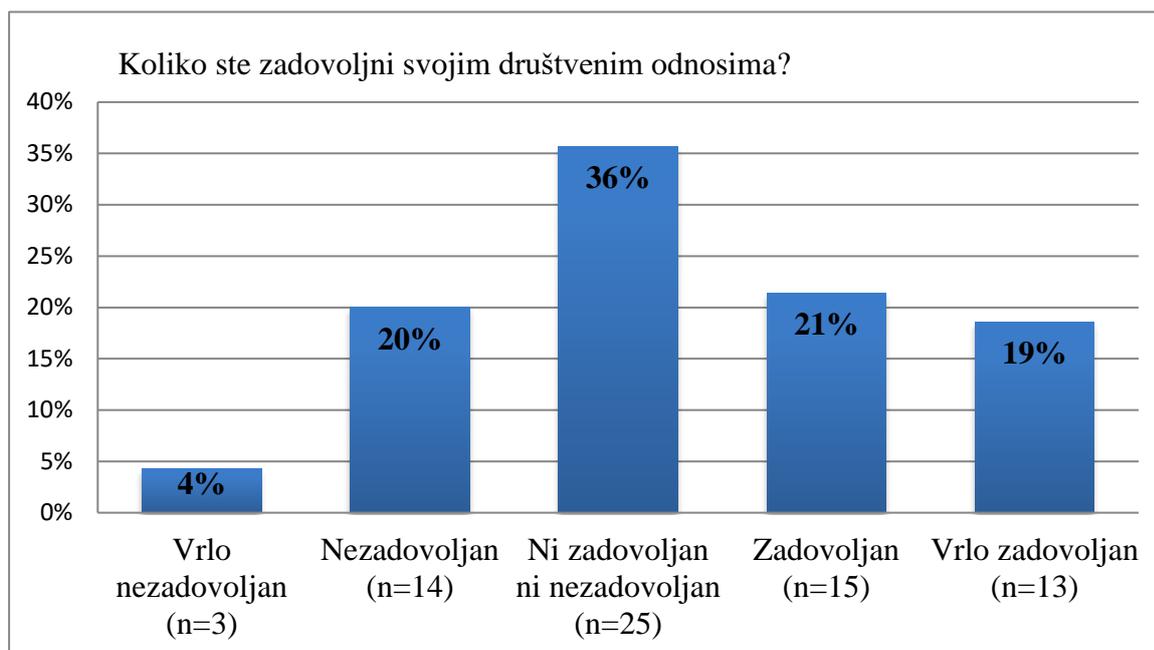


**Grafikon 22: Samopouzdanje kod osoba s invaliditetom**



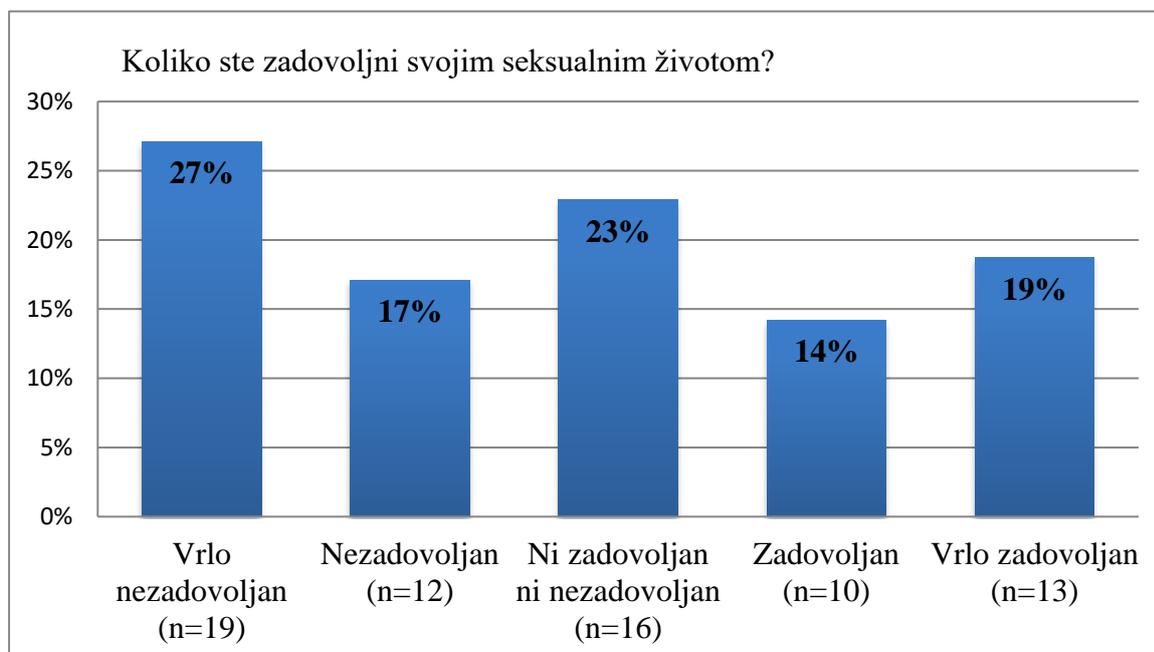
Grafikon 23 pokazuje da su 24 ispitanika (34%) zadovoljno sobom. Također velik postotak (24) njih daje krajnje pozitivan odgovor, što je pokazatelj da osobe s invaliditetom imaju visoko samopouzdanje.

**Grafikon 23: Zadovoljstvo društvenim odnosima osoba s invaliditetom**



Za 25 (36%) ispitanika osrednje je zadovoljstvo društvenim odnosima koje imaju, dok je u skoro istom postotku izraženo zadovoljstvo (21%) odnosno nezadovoljstvo (20%) istim. Međutim, važno je imati na umu da je broj ispitanika svoje društvene odnose (sudeći po njihovim popratnim usmenim komentarima) vezalo za udruženja i organizacije u kojima su članovi, te za najbliže članove porodice (poput roditelja, braće i sestara).

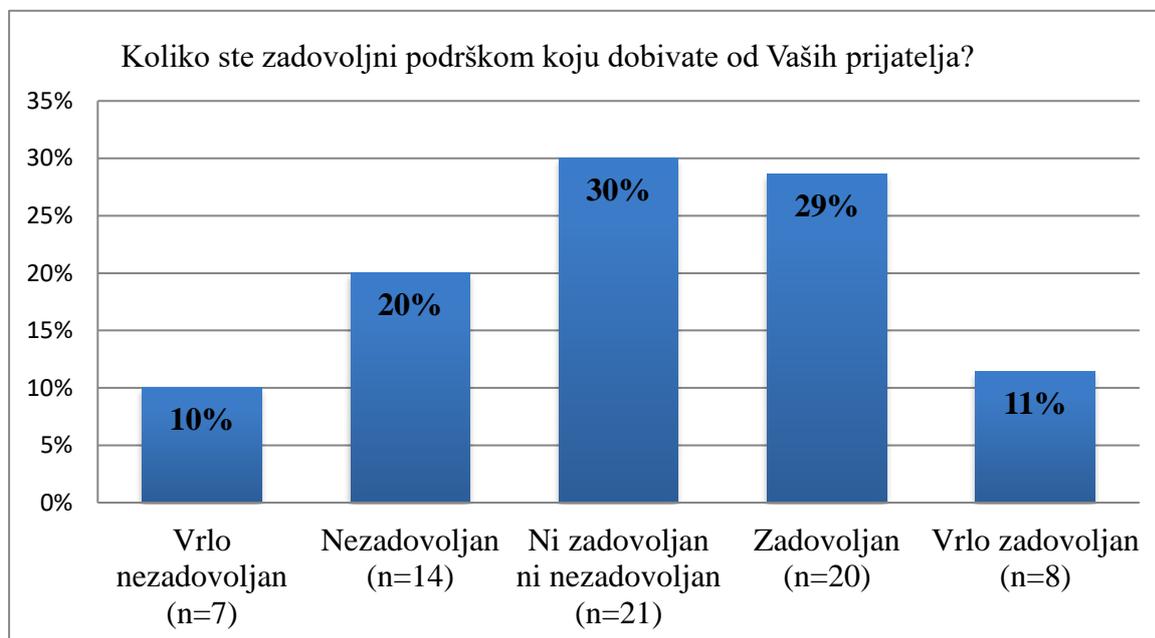
**Grafikon 24: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom njihovim seksualnim životom**



Seksualnom aktivnošću ispitanici u najvećem broju slučajeva bili su vrlo nezadovoljni (27%). Ovo je jedan od aspekata domena kvaliteta života koje su ispitanici najniže

ocijenili. Primijetno je da su ispitanici bez obzira na spol, vrstu oštećenja i dob podjednako izražavali svoje nezadovoljstvo seksualnim životom. Najmanji broj njih (n=10/14%) bilo je zadovoljno seksualnom aktivnošću).

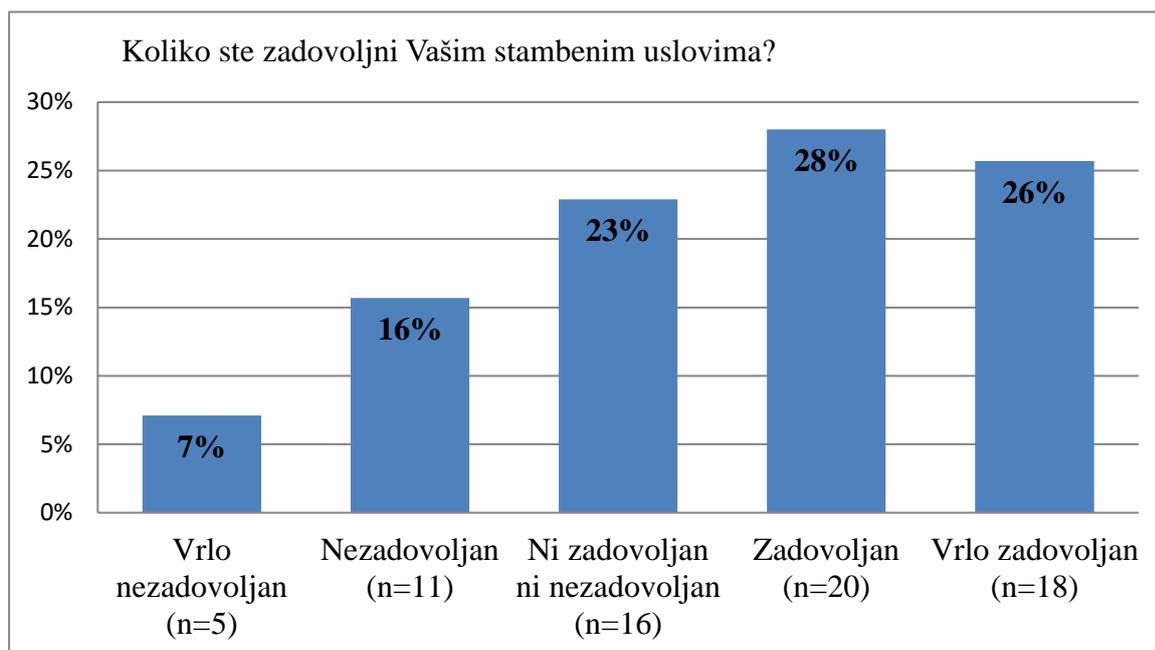
**Grafikon 25: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom podrškom od strane prijatelja**



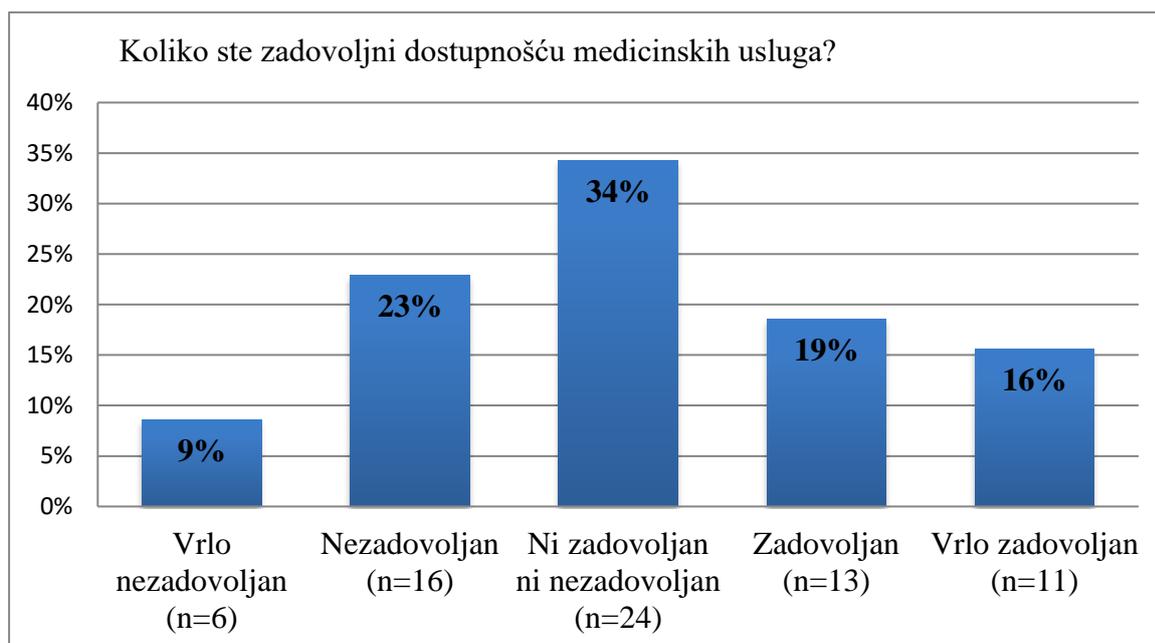
Podrška od strane prijatelja jedan je od aspekata kojim su prema grafikonu 25 ispitanici u najvećem broju neutralni (njih 21/ 30%). Međutim 29% njih je zadovoljno podrškom koju dobija od strane njihovih prijatelja. Također primjetni su nešto pozitivniji odgovori na ovo pitanje.

Grafikon 26 pokazuje zadovoljstvo ispitanika njihovim stambenim uslovima. Njih 28% je zadovoljno uslovima u kojima stanuju, što je ukupno 20 ispitanika. Najmanje njih (5/n =7%) je vrlo nezadovoljno stambenim uslovima. Na osnovu podataka iz ankete primjetno je da su žene nešto negativnije ocjenjivale ovaj aspekt kvaliteta života.

**Grafikon 26: Stambeni uslovi osoba s invaliditetom**

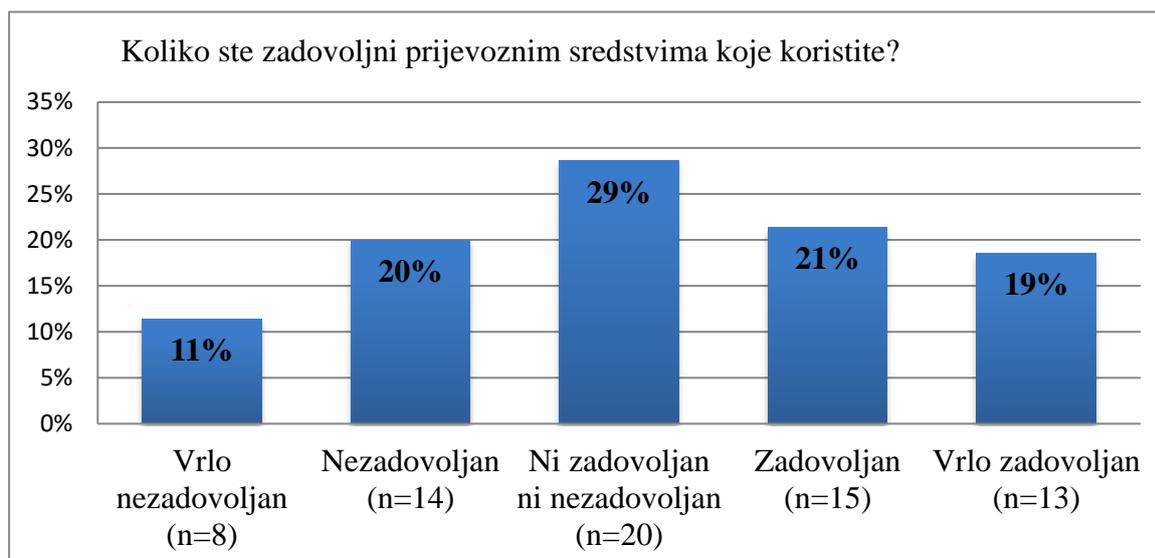


**Grafikon 27: Dostupnost medicinskih usluga osobama s invaliditetom**



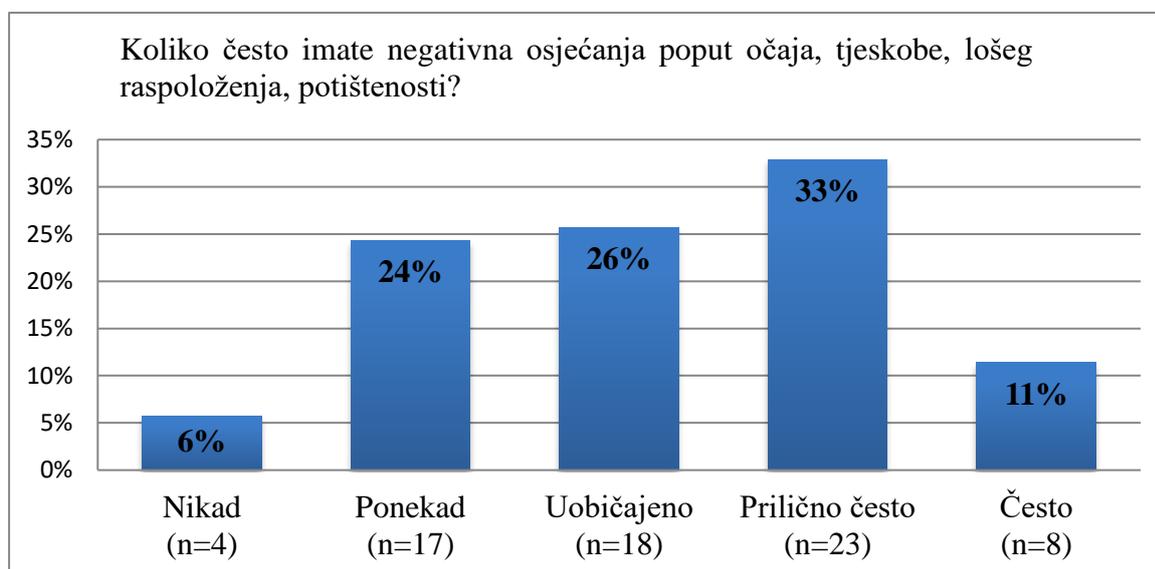
Dostupnost medicinskih usluga ocijenjena je srednjom ocjenom u 34% slučajeva. Značajan broj ispitanika (16) bio je nezadovoljan medicinskim uslugama što je se može dovesti u vezu s medicinskim tretmanima koje velikom broju ispitanika treba u svakodnevnom životu, a što bi moglo utjecati na zdravlje, koje osobe s inavliditetom trenutno procjenjuju pozitivno.

**Grafikon 28: Zadovoljstvo osoba s invaliditetom prijevoznim sredstvima**



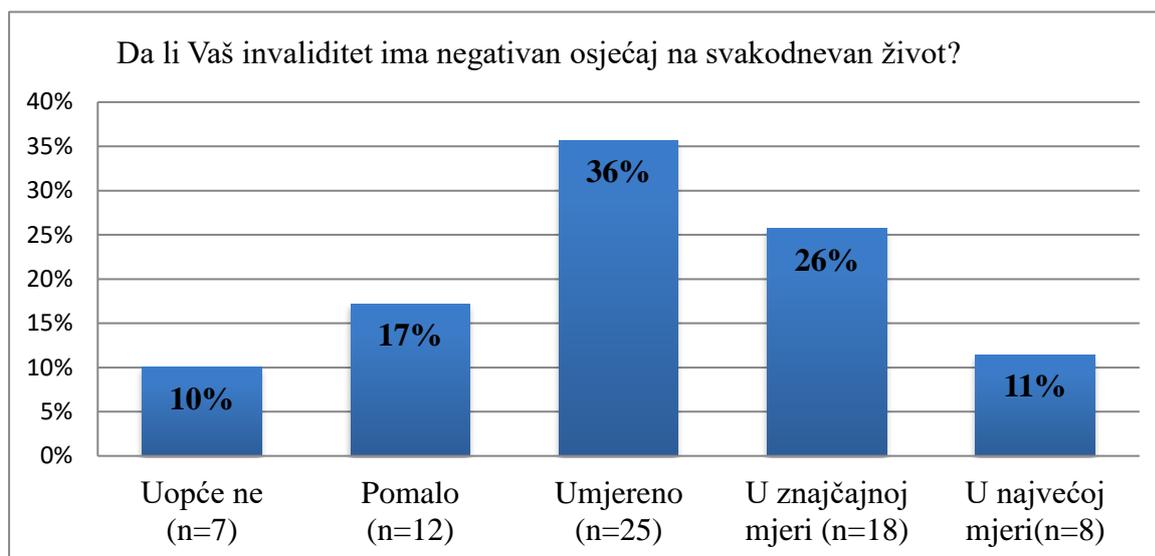
Ispitanici su srednjom ocjenom („ni zadovoljan ni nezadovoljan“) ocijenili svoje zadovoljstvo prijevoznim sredstvima koja koriste (*Grafikon 28*). U skoro istom omjeru bili su zadovoljni (21%) odnosno nezadovoljni (21) prijevoznim sredstvima koja koriste. Žene su bile nešto nezadovoljnije prijevoznim sredstvima u odnosu na muškarce. Također osobe s kombinovanim smetnjama davali su negativnije odgovore vezano za prijevozna sredstva koja koriste.

**Grafikon 29: Učestalost negativnih osjećaja kod osoba s invaliditetom**



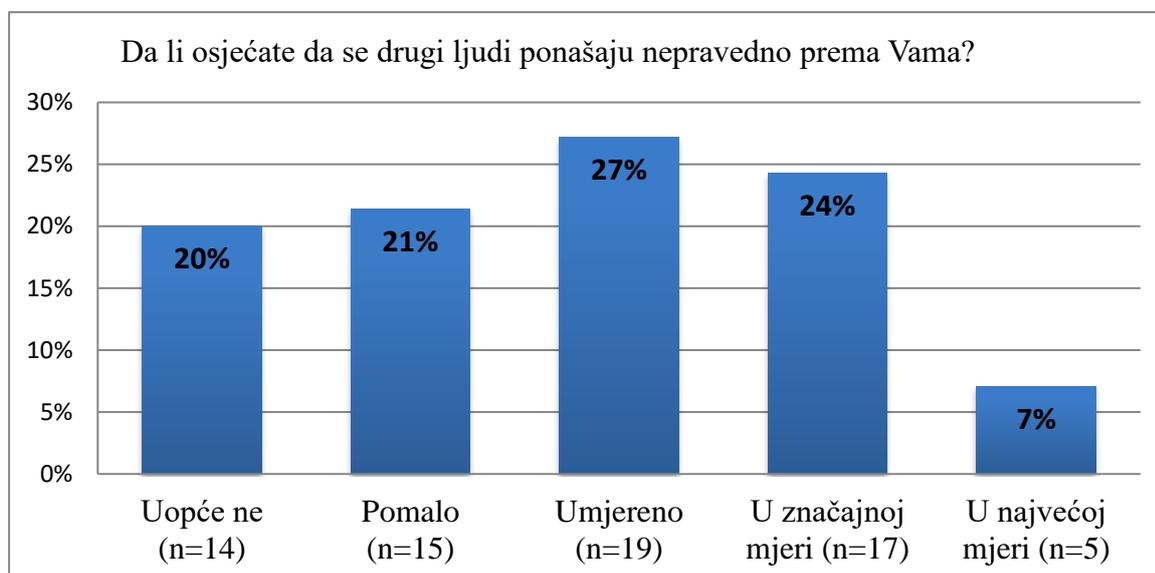
Negativni osjećaji (poput depresije, potištenosti, očaja) kod ispitanika se javljaju prilično često (33%). S druge strane najmanje je ispitanika koji su na ovo pitanje odgovorili da nikada nemaju negativna osjećanja (6%). Uzimajući u obzir cjelokupno stanje ovo je veoma zabrinjavajući podatak.

**Grafikon 30: Utjecaj invaliditeta na svakodnevni život**



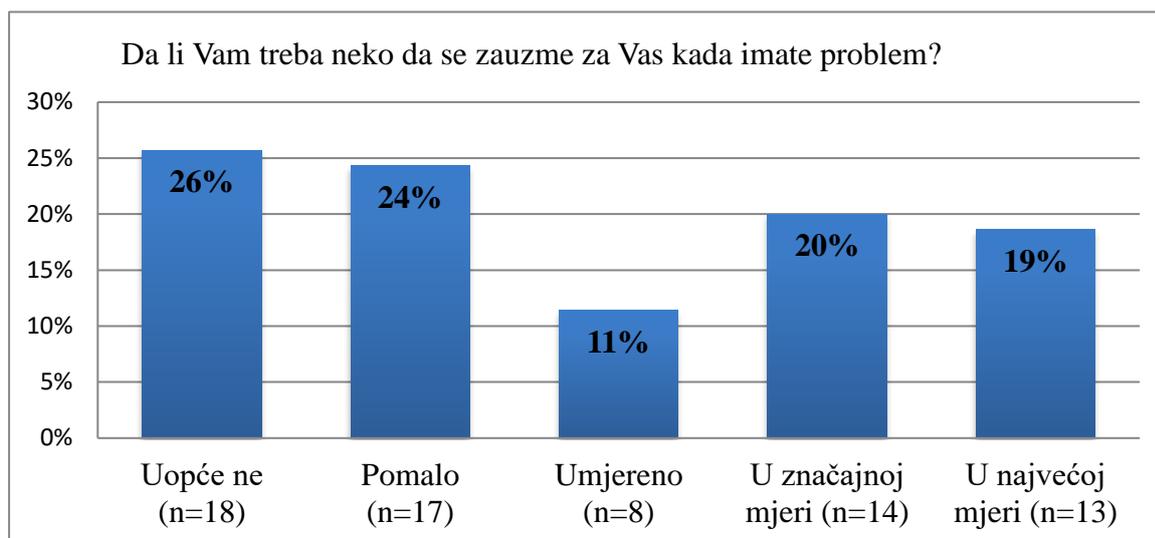
Modul vezan za invaliditet počinje s pitanjem „*Da li Vaš invaliditet ima negativan osjećaj na svakodnevni život?*“. Najveći broj ispitanika odgovorio je „umjereno“, njih 36% (grafikon 30). Također iz navedenih podataka, ispitanici više procjenjuju da invaliditet negativno utječe na njihov svakodnevni život.

**Grafikon 31: Diskriminacija osoba s invaliditetom od strane drugih**



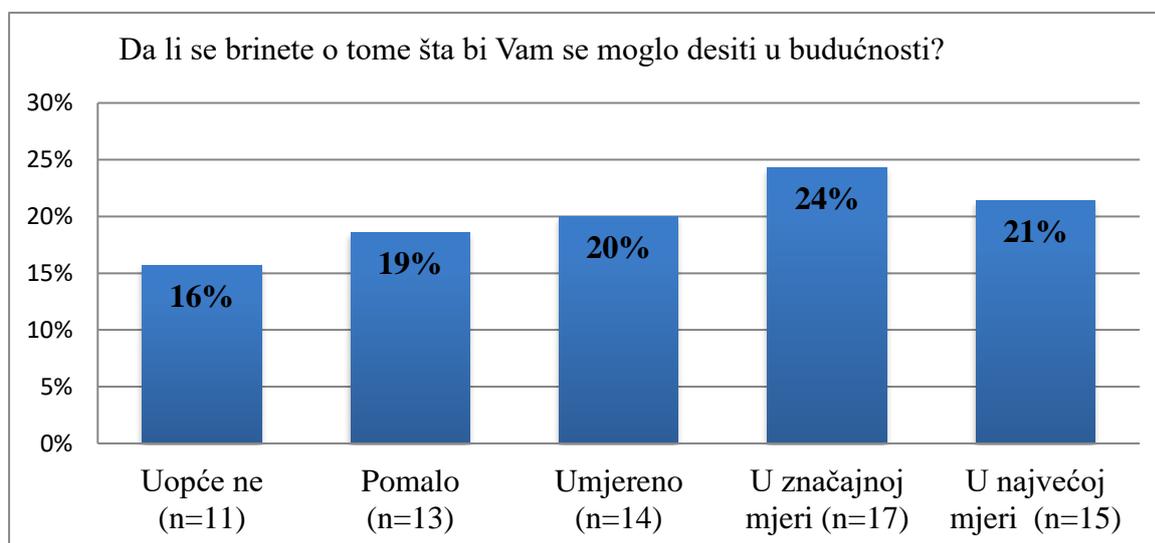
Prema Grafikonu 31, 27% ispitanika odgovorilo je da osjeća da se drugi ljudi umjereno ponašaju nepravedno prema njima, dok se njih pet izjasnilo da se osjećaju da se ljudi u najvećoj mjeri ponašaju nepravedno, što je najmanji broj ispitanika za ovo pitanje.

**Grafikon 32: Neophodnost zagovaranja u slučaju problema za osobe s invaliditetom**



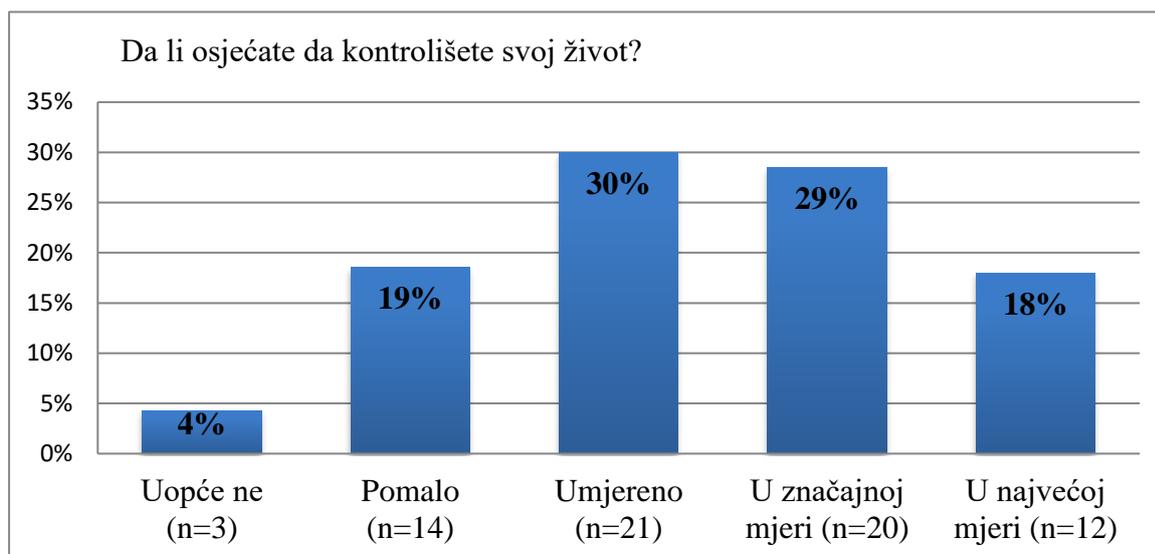
Ispitanici u najvećem broju slučajeva (26%) uopće ne trebaju nekoga da se zauzme za njih kada imaju problem (grafikon 32). S druge strane njih 11% odgovorilo je da uopće ne treba nekoga da im pomogne onda kada imaju problem, što je najmanji postotak za ovo pitanje. Osobe s invaliditetom i kombinovanim smetnjama izjašnjavale su se da im je potrebna pomoć kada imaju problem. Uzimajući u obzir cjelokupne podatke, ovaj segment bi trebao značajno motivisati društvo i kreatore politika da aktivno uključe osobe s invaliditetom u sve odluke koje ih se tiču, budući da su u stanju zauzeti se za sebe.

**Grafikon 33: Promišljanje o budućnosti osoba s invaliditetom**



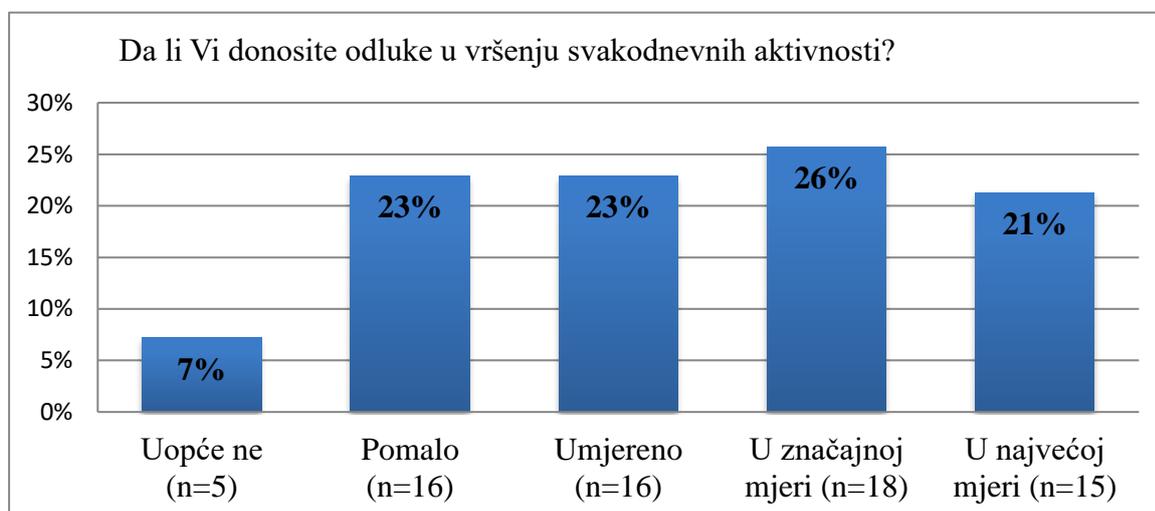
Za pitanje iz grafikona 33, ispitanicima su bili ponuđeni primjeri poput: *razmišljanja da se neće moći brinuti o sebi ili da će u budućnosti biti na teretu drugima*. Pogled na budućnost za ispitanike je u značajnoj mjeri (24%) zabrinjavajući. Najmanji postotak njih (16%) izjasnilo se da ih budućnost uopće ne brine.

**Grafikon 34: Osjećaj kontrole nad životom kod osoba s invaliditetom**



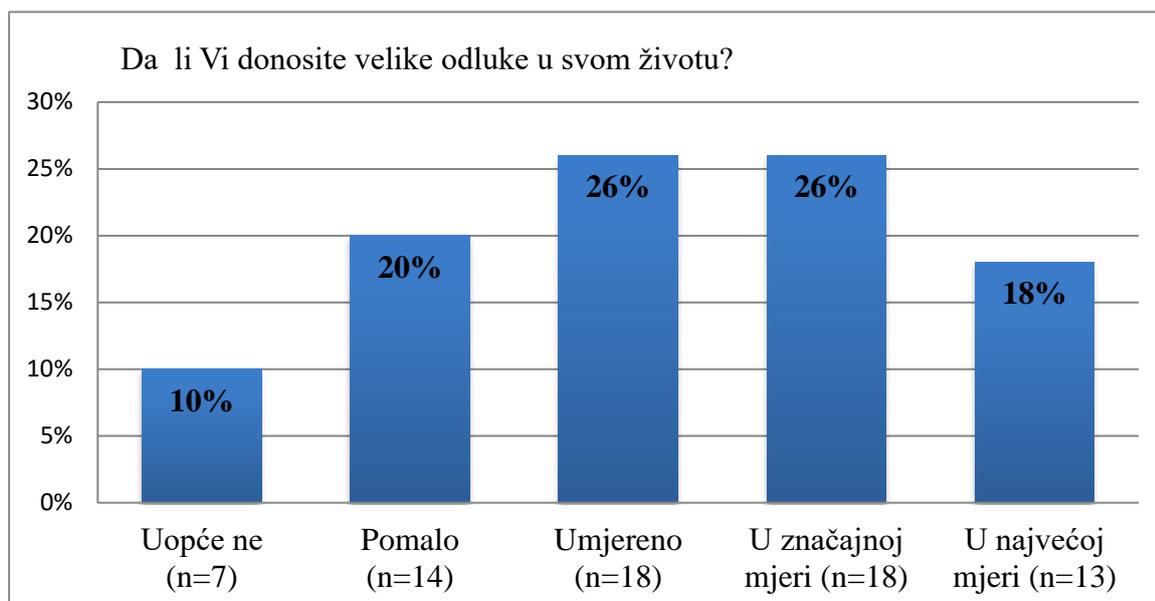
Prema podacima iz grafikona 34 osobe s invaliditetom najčešće umjereno (30%) i u značajnoj mjeri (29%) osjećaju da imaju kontrolu nad svojim životom i osjećaju se odgovornim za njega. Tri ispitanika odgovorila su da uopće ne osjećaju kontrolu nad životom a radi se o osobama s intelektualnim poteškoćama.

**Grafikon 35: Mogućnost izbora prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti osoba s invaliditetom**



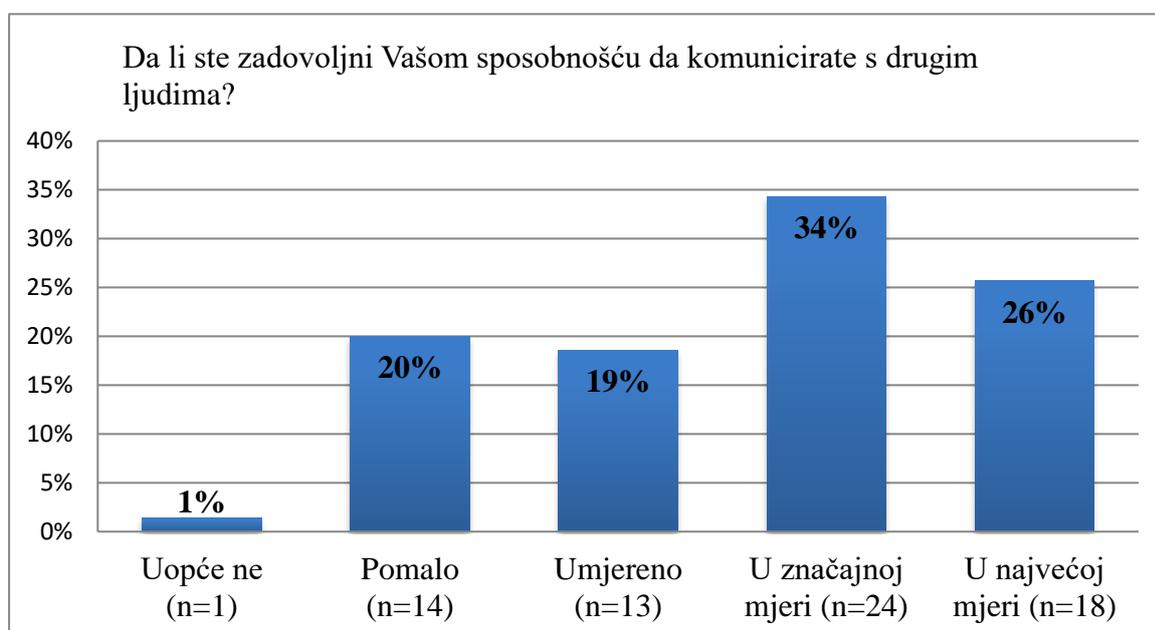
Kada je riječ o donošenju odluka prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti, najveći broj ispitanika u značajnoj mjeri (26%) donosi odluke poput one *gdje ići, šta raditi, šta jesti* i slično (grafikon 35). Njih 7% uopće ne donosi ovakve odluke.

**Grafikon 36: Autonomno djelovanje osoba s invaliditetom**



Grafikon 36, pokazuje da ispitanici u podjednakom broju slučajeva umjereno (26%) i u značajnoj mjeri (26%) donose velike odluke (*poput onih gdje i s kim živjeti, kako raspolagati novcem*) u svom životu. Sedam ispitanika (10%) ne donosi ovakve odluke. Prema navedenom da se zaključiti da osobe s invaliditetom, posebice oni s fizičkim invaliditetom, autonomno djeluju kada su u pitanju velike životne odluke.

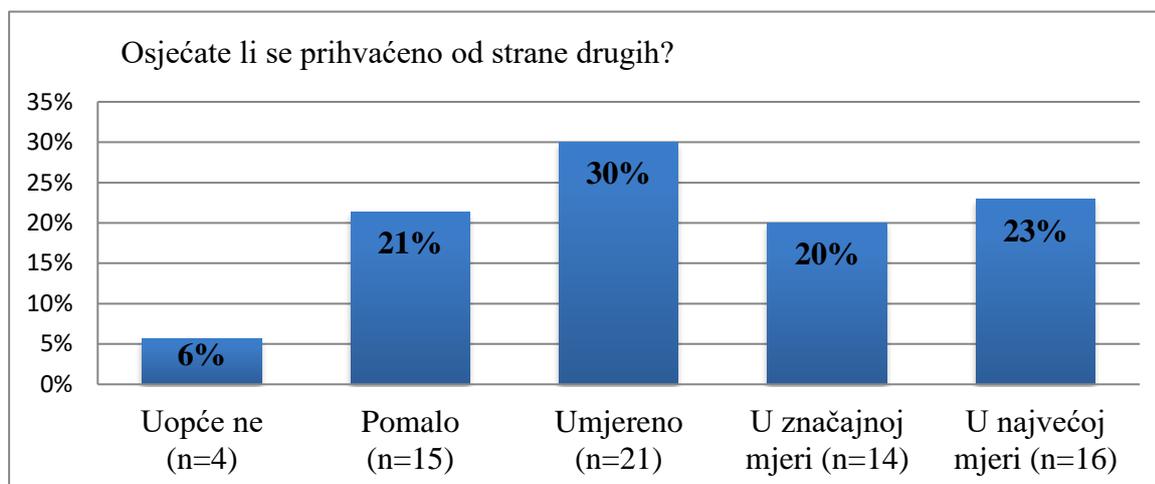
**Grafikon 37: Sposobnost komunikacije osoba s invaliditetom s drugima**



Ispitanici su najčešće (34%) u značajnoj mjeri zadovoljni sposobnošću da komuniciraju s drugim ljudima, odnosno znaju kako da govore ono što žele, sposobni su

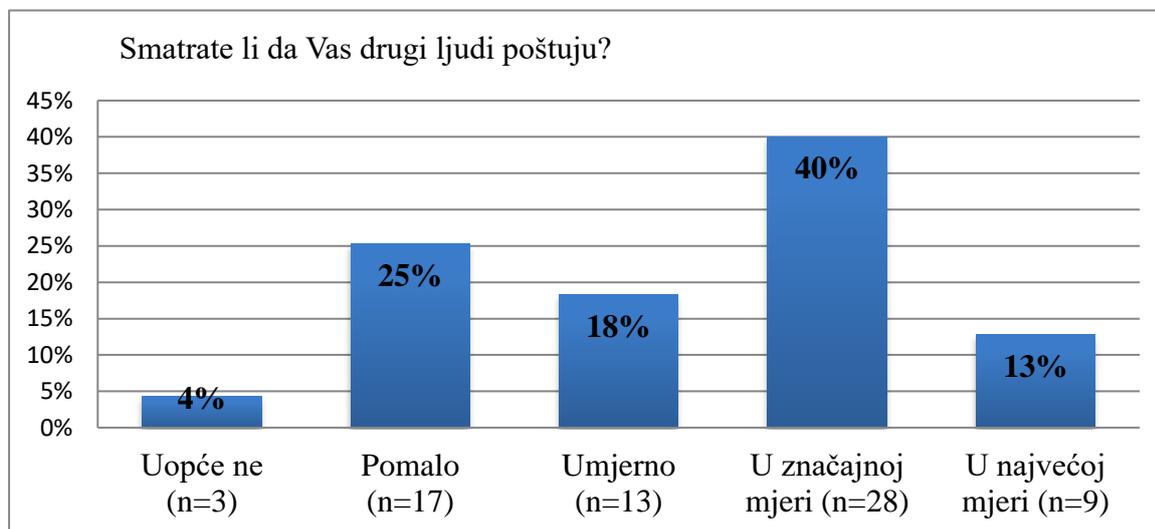
shvatiti druge, percipirati njihove riječi i znakove (grafikon 37). Samo jedan ispitanik nije uopće bio zadovoljan svojom sposobnošću da komunicira s drugim ljudima.

**Grafikon 38: Osobe s invaliditetom i društvena prihvatljivost**



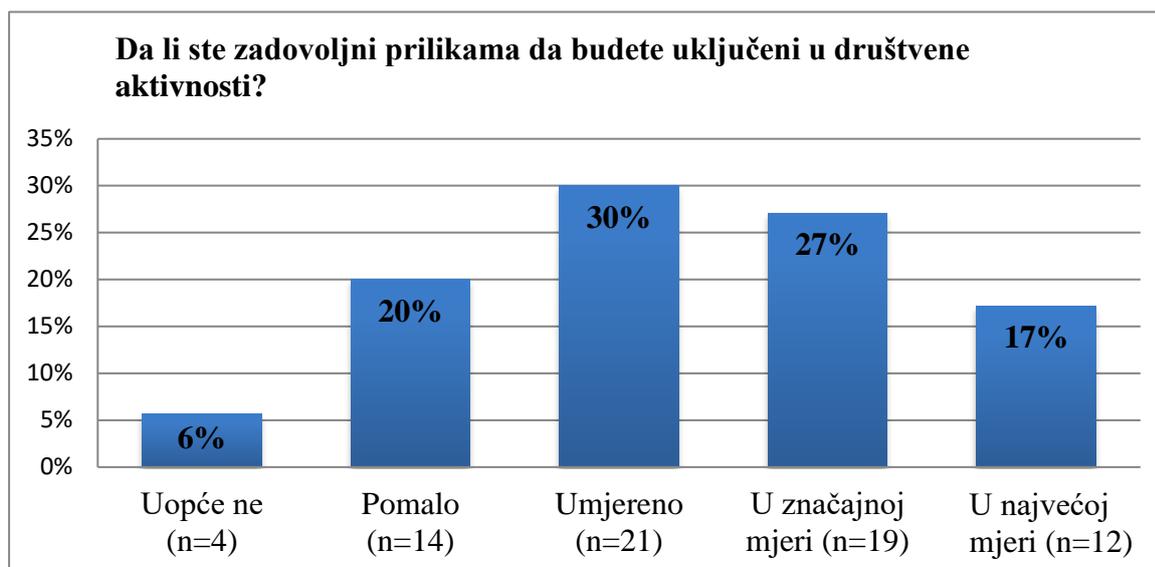
Ispitanici se najčešće osjećaju umjereno prihvaćeno (30%) od strane drugih, dok se najmanji broj njih uopće ne osjeća prihvaćeno (6%). Prema podacima iz *Grafikona 38* primjetno je da se osobe s invaliditetom u većoj mjeri osjećaju prihvaćeno nego što negativno procjenjuju ovaj aspekt života.

**Grafikon 39: Poštovanje osoba s invaliditetom od strane drugih**



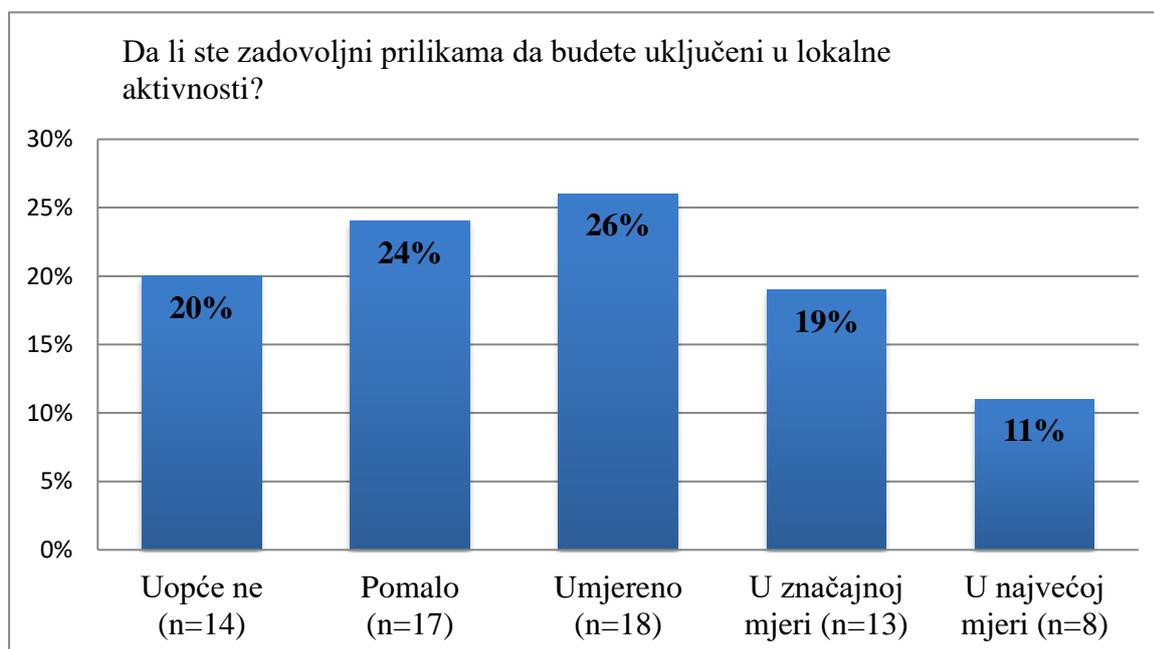
Prema grafikonu 39 evidentno je da se osobe s invaliditetom osjećaju poštovano od strane drugih, posebice u značajnoj mjeri (40%). Prema navedenom, osobe s invaliditetom osjećaju da ih drugi ljudi cijene kao ličnost i slušaju ono što im govore. Njih troje je odgovorilo da se ne osjećaju uopće poštovano od strane drugih.

**Grafikon 40: Uključenost osoba s invaliditetom u društvene aktivnosti**



Ispitanici su u najvećem broju umjereno zadovoljni (30%) prilikama da budu uključeni u društvene aktivnosti (*Grafikon 40*). Prema podacima evidentno je veći broj osoba koje u značajnoj mjeri zadovoljan društvenim prilikama (poput onih da da sretnu s prijateljima, idu na zabave, izlaze s drugim ljudima i slično).

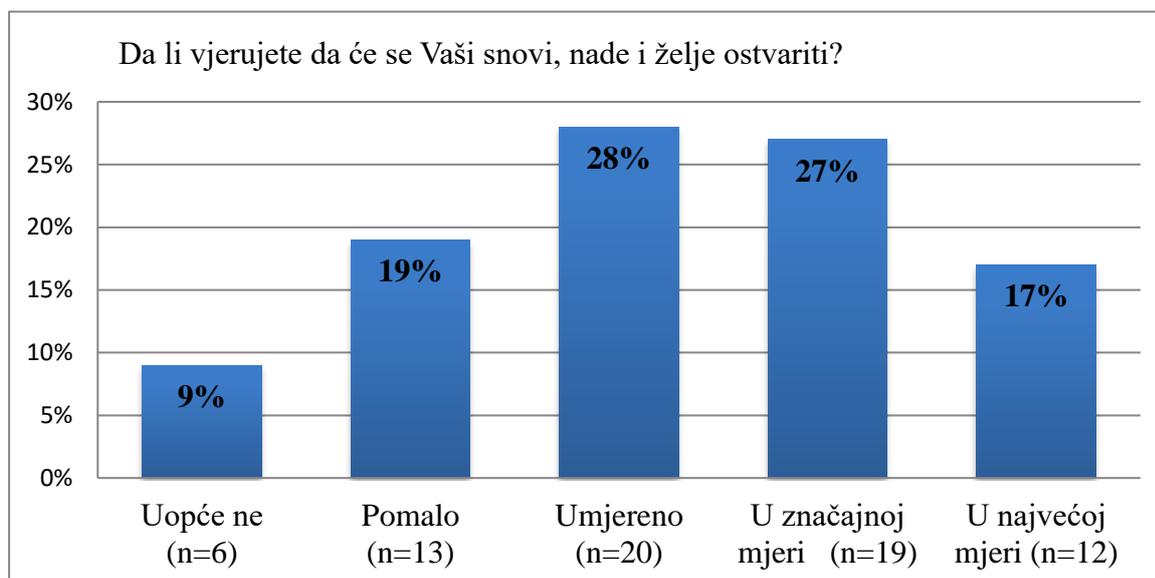
**Grafikon 41: Socijalna inkluzija osoba s invaliditetom**



Aspekt socijalne inkluzije pokazuje da osobe s invaliditetom još uvijek nemaju dovoljno prilika da budu uključene u lokalne aktivnosti. Najveći postotak je onih koji imaju umjereno prilike za učešće u lokalnim aktivnostima (26%), a odmah iza toga slijede odgovori pomalo sa 24% i odgovori „uopće ne“ s 20% odgovora (*Grafikon 41*). Iz navedenog može se

zaključiti da društvo/okolina u kojoj ispitanici žive još uvijek nije socijalno inkluzivna te da su osobe s invaliditetom isključene iz lokalnih dešavanja.

**Grafikon 42: Lični potencijal osoba s invaliditetom**



Prema podacima iz grafikona 42 jasno je da osobe s invaliditetom umjereno (28%) i u značajnoj mjeri (27%) vjeruju u svoj potencijal, te da osjećaju da će se njihovi snovi, želje i nade ostvariti. Stariji ispitanici pokazuju nešto manje vjere u svoj lični potencijal. Najmanje odgovora za pitanje (n=6) bilo je da ispitanici uopće ne vjeruju u ostvarivanje njihovih snova i želja.

Kako bismo u konačnici dobili jasnu sliku svake od domena života, izračunat je prosječan odgovor za svako od pitanja (Tabela 6) te je svako od pitanja klasifikovano u datu domenu. Za izračunavanje domena kvaliteta života (fizičko stanje, psihološka domena, društveni odnosi i okolina), odnosno izračunavanje aritmetičke sredine ( $X$ ) izražene u rasponu od 0-100 koristit ćemo formule iz *WHOQOL-BREF* (Tabela 2), a prosječne odgovore uvrstiti u njih. Za ovaj dio rada izostavit ćemo sociodemografske podatke. Također, rezultat za *WHOQOL-DIS* biti će izračunat na isti način kao i za *WHOQOL-BREF*, uz isti redosljed pitanja (s tim da se pitanja pod rednim brojevima 28, 29 i 30 računaju na isti način kao pitanja pod rednim brojem 3, 4 i 26 kod upitnika *WHOQOL-BREF*). Veća vrijednost podrazumijeva veće zadovoljstvo kvalitetom života i njegovim domenama i obrnuto.

Tabela 6 *Prosječni odgovori na anketna pitanja*

Pitanje	Prosječan odgovor
1. Kako biste ocijenili kvalitet svog života?	3,2
2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	3,1
3. Koliko Vas fizička bol sprečava u izvršavanju obaveza?	3,2
4. Koliko Vam je u svakodnevnom životu potrebani neki medicinski tretmani?	3,2
5. Koliko uživate u životu?	3,4
6. Uolikoj mjeri Vaš život ima smisla?	3,2
7. Koliko dobro se možete koncentrisati?	3,3
8. Koliko se osjećate fizički sigurnim u svakodnevnom životu?	3,4
9. Koliko je ekološki sigurna Vaša okolina?	2,8
10. Imate li dovoljno energije za svakodnevne aktivnosti?	3,1
11. Jeste li u stanju prihvatiti svoj fizički izgled?	3,6
12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje Vaših potreba?	3
13. Koliko su Vam dostupne informacije koje vam trebaju u svakodnevnom životu?	3,1
14. U kojoj mjeri imate prilike za slobodne/rekreativne aktivnosti?	3,2
15. Koliko dobro se možete kretati u okolini?	2,9
16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	3
17. Koliko ste zadovoljni Vašom sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	2,6
18. Koliko ste zadovoljni Vašom radnom sposobnošću?	2,5
19. Koliko ste zadovoljni sobom?	3,6
20. Koliko ste zadovoljni svojim društvenim odnosima?	3,3
21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	2,8
22. Koliko ste zadovoljni podrškom koju dobivate od Vaših prijatelja?	3,1
23. Koliko ste zadovoljni Vašim stambenim uslovima?	3,5
24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	3,1
25. Koliko ste zadovoljni prijevoznim sredstvima koje koristite?	3,1
26. Koliko često imate negativna osjećanja poput očaja, tjeskobe, lošeg raspoloženja, potištenosti?	3,2

27. Da li Vaš invaliditet ima negativan utjecaj na svakodnevni život?	3,1
28. Da li osjećate da se ljudi ponašaju nepravedno prema Vama?	2,7
29. Da li Vam treba neko da se zauzme za Vas kada imate problem?	2,8
30. Da li se brinete o tome što bi Vam se moglo dogoditi u budućnosti?	3,1
31. Da li osjećate da kontrolirate svoj život?	3,2
32. Da li Vi donosite odluke u vršenju svakodnevnih aktivnosti?	3,3
33. Da li Vi donosite velike odluke u svom životu?	3,2
34. Da li ste zadovoljni Vašom sposobnošću da komunicirate s drugim ljudima?	2,9
35. Osjećate li se prihvaćeno od strane drugih?	3
36. Smatrate li da Vas drugi ljudi poštuju?	3
37. Da li ste zadovoljni s prilikama da budete uključeni u društvene aktivnosti?	3,3
38. Da li ste zadovoljni prilikama da budete uključeni u lokalne aktivnosti?	2,7
39. Da li osjećate da će se Vaši snovi, nade i želje ostvariti?	3,2

Prema Tabeli 6 evidentno je da je prosječan odgovor za skoro sva pitanja 3. Razlog tome može biti činjenica da su ispitanici željeli ostati neutralni, ne želeći izraziti svoje nezadovoljstvo, odnosno zadovoljstvo određenim aspektima unutar domena kvaliteta života, pa su najčešće odgovarali s „umjereno“, „ni dobro ni loše“, „ni nezadovoljan ni nezadovoljan“. Ispitanici su najmanje zadovoljni svojom radnom sposobnošću, sposobnošću za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, učesćem u lokalnim aktivnostima, ekološkim stanjem njihove okoline, seksualnom aktivnošću i kretanjem u okolini. S druge strane, najviše su zadovoljni samim sobom, smatraju da u nešto većoj mjeri uživaju u životu, prihvataju sebe i spremni su se sami uključiti u probleme koje imaju. Također, u nešto većoj mjeri zadovoljni su svojom sposobnošću komunikacije i stambenim uslovima

Tabela 7 Prikaz aritmetičke sredine zadovoljstva kvalitetom života i domenama kvaliteta života WHOQOL-BREF na osnovu rezultata istraživanja

	Generalno zadovoljstvo kvalitetom života	Domena fizičkog zdravlja	Domena psihološkog zdravlja	Domena društvenih odnosa	Domena okoline
n	70	70	70	70	70
X	55	46,625	57,5	57,2	53,75

n=broj ispitanika; X=aritmetička sredina

Tabela 7 prikazuje aritmetičku sredinu generalnog zadovoljstva kvalitetom života kao i domenama fizičkog i psihološkog zdravlja, zadovoljstvo društvenim odnosima i okolinom. Osobe s invaliditetom pokazuju adekvatno zadovoljstvo kvalitetom života ( $X=55$ ), što može biti posljedica činjenice da osobe s invaliditetom imaju tendenciju procjenjivati svoj kvalitet života dosta većim ocjenama. No, ne možemo zanemariti ono što je izneseno u teorijskom okviru rada i činjenicu da je on tek nešto veći u odnosu na „neutralan“ odgovor, što može bit vješt način da s izbjegne stvarni odgovor.

Aritmetička sredina za domenu fizičkog zdravlja iznosi  $X=46,625$  a pitanja u upitniku upućuju na prisutnost fizičke boli, potrebu za medicinskim tretmanima, nivo energije, kretanje u okolini, spavanje i odmor, sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti te radnu sposobnost. Obzirom da u ovu domenu ulaze aspekti kojima su osobe s invaliditetom najmanje zadovoljne (sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti i radna sposobnost, sposobnost kretanja), ne čudi da je ovo domena koja ima najmanji skor u ovoj sekciji istraživanja. Iako se može smatrati adekvatnom, jasno je da je ovo poprilično nezadovoljavajuća domena kvaliteta života. Domena psihološkog zdravlja ima najveću aritmetičku sredinu ( $X=57,2$ ) u cjelokupnom istraživanju a obuhvata pozitivne i negativne osjećaje, koncentraciju, samopouzdanje, zadovoljstvo fizičkim izgledom te duhovna, religijska i lična uvjerenja. Primjetni su slični rezultati istraživanja prethodno dobiveni u Hrvatskoj (Leutar, Štambuk; 2007), jer su i u ovom slučaju osobe u velikoj mjeri pokazivale veće zadovoljstvo pozitivnim osjećajima ali s druge strane i veliku zabrinutost za budućnost. Obzirom da osobe s invaliditetom imaju veći nivo samostalnost i autonomije (grafikoni 32, 34, 35 i 36), , umjereno zadovoljstvo ekonomskim prilikama (grafikon 15), te da se u značajnoj mjeri osjećaju prihvaćeno (grafikon 38) a što su sve faktori koji utječu na viši nivo samopouzdanja, dovodi do toga da im je isto na većoj razini. Također visoka prisutnost

religijski, duhovni i lični uvjerenja dovodi do vjere u smisao njihovog života što sveukupno rezultira konačnim većim skorom ove domene.

Domena društvenih odnosa također je adekvatno ocijenjena ( $X=57,2$ ). Ona obuhvata lične odnose, seksualnu aktivnost i društvenu podršku. Osobe s invaliditetom smatraju da imaju dobre lične odnose a pokazala se tačnim tvrdnja da osobe s invaliditetom najviše cijene odnose koje imaju sa članovima svoje porodice (Lotos,2015). Budući da su istraživanjem nešto više obuhvaćeni muškarci, ne možemo sa sigurnošću tvrditi da bi rezultat bio isti da je većinski dio populacije bio ženskog spola, budući da podaci prethodnog istraživanja (Isić, 2021) pokazuju da žene s invaliditetom u značajnom broju ne sklapaju lične odnose (poput braka) te teže zadržavaju prijateljske odnose koje imaju. Važno je istaknuti da je seksualna aktivnost najlošije ocijenjen aspekt psihološke domene, dok je društvena podrška, prema podacima istraživanja na zadovoljavajućem nivou. Podaci istraživanja provedenog od strane Somun i ostali (2011) ukazuju da je porodica najveći izvor društvene podrške za osobe s invaliditetom što može i u ovom istraživanju biti slučaj, budući da su ispitanici vrlo često usmeno naglašavali važnost roditelja/braće i sestara u njihovom životu, jer je formalna podrška zasnovana na zastarjelom modelu milosrđa te na modelu procjene a ne individualnih potreba. Također ovaj aspekt značajno korelira s većom samostalnošću i autonomijom osoba s invaliditetom.

Prema rezultatima istraživanja domena okoline s aritmetičkom sredinom  $X=53,75$  u prosjeku je blizu neutralnom odgovoru a obuhvata fizičku sigurnost, ekologiju okoliša stambene uslove, finansijska sredstva, dostupnost informacija, prilike za rekreativne i slobodne aktivnosti, dostupnost medicinskih usluga te prijevoz, odnosno u ovom slučaju prijevozna sredstva. Osobe s invaliditetom osjećaju se umjereno fizički sigurno, što implicira da je njihova sloboda također umjerena (budući da fizička sigurnost podrazumijeva sigurnost od povreda koje mogu proisteći iz različitih izvora a što utječe na osjećaj slobode). Kada je riječ o fizičkoj okolini, prema ovom upitniku obuhvaćena je samo ekološka stavka (kojom ispitanici umjereno nisu zadovoljni) dok je stavka koja se tiče procesa infrastrukture izostavljena. Njenim uključivanjem, možemo zasigurno reći da bi osobe s invaliditetom (posebice one koje se slabo kreću) u značajnijem broju niže ocijenjivale ovaj aspekt kvaliteta života. Istraživanjem su obuhvaćene osobe različite dobne strukture što je utjecalo na raznovrsne odgovore o zadovoljstvu finansijskim sredstvima (najviše njih je odgovorilo s umjereno, pomalo i u značajnoj mjeri). Važno je napomenuti da je značajan broj ispitanika RVI te da kao takvi raspoložu nešto većim prihodima u odnosu na ostale skupine osoba s invaliditetom. Kada je riječ o dostupnosti informacija, kao što je prethodno navedeno,

zahvaljujući razvoju tehnologija, omogućen je najčešće umjeren pristup informacijama (grafikon 16), dok su stambeni uslovi i prilike za rekreaciju uglavnom na zadovoljavajućem nivou. Većina ispitanika umjerenom je i u značajnoj mjeri zadovoljna prijevoznim sredstvima, ali je važno napomenuti da je dosta ispitanika imalo vlastita prijevozna sredstva, te da je često za ispitanike bio osiguran prijevoz do udruženja ili centra u kojem borave a što im je u dosta slučajeva bio najčešći razlog zbog kojeg prijevoz i koriste. Kao i u prethodnim domenama, navedeno je dovelo do uglavnom adekvatnog skora domene okoline.

Tabela 8 *Prikaz aritmetičke sredine negativnog utjecaja invaliditeta na svakodnevni život i domenama kvaliteta života WHOQOL-DIS na osnovu rezultata istraživanja*

	Negativan utjecaj invaliditeta na svakodnevni život	Domena diskriminacije	Domena kontrole	Domena inkluzije
n	70	70	70	70
X	52,5	53,33	55,83	37,91

n=broj ispitanika; X=aritmetička sredina

Tabela 8 pokazuje da invaliditet za više od pola ispitanika ima umjeren utjecaj na svakodnevni život. Tokom ispunjavanja ankete, neki od usmenih komentara upućuju da je negativan utjecaj uglavnom posljedica društva i okoline koja nije u stanju prihvatiti osobe s invaliditetom (na što ukazuje i aritmetička sredina domene inkluzije). Domena diskriminacije ocijenjena je nešto više iznad prosjeka ( $X=55,33$ ). Kao što je prethodno objašnjeno, domena diskriminacije obuhvata: diskriminaciju, pogled na budućnost te potrebu za zagovaranjem od strane drugih. Rezultati istraživanja (grafikon 31) ukazuju da se osoba s invaliditetom osjećaju umjerenom prihvaćene. Međutim diskriminacija se u ovom slučaju definiše samo kao „prihvaćenost“ od strane ostalih, što je samo jedan segment diskriminacije. Kao što je prethodno uočeno, osobe s invaliditetom suočene su s diskriminacijom „unutar samih sebe“, te kroz različite politike kreirane tako da su isključive prema osobama s invaliditetom. Rezultati istraživanja pokazuju da osobe s invaliditetom pokazuju značajnu zabrinutost za svoju budućnost, što ne čudi zbog nestabilnosti društva u kojem živimo. Dokazano je da su osobe koje imaju veću nadu u budućnost zadovoljnije kvalitetom života (Pitersma et al., 2013) te da ona ovisi o socioekonomskim uslovima, a obzirom na nivo zaposlenosti osoba s invaliditetom i njihov tretman u društvu, ovakav rezultat bio je očekivan. Osobe s invaliditetom u najvećoj mjeri ne trebaju nekoga da se zauzme za njih kada imaju problem (grafikon 33), što ukazuje na njihovu samostalnost i osjećaj kompetentnosti. Međutim srednja vrijednost ukazuje na prosječan odgovor i u ovom pitanju, što može biti posljedica toga da su

osobe s intelektualnim poteškoćama i kombinovanim smetanjama davale odgovore koji upućuju da im je potreban neko ko bi se zauzeo za njih. Posredovanje, kao što je prethodno objašnjeno, može sa sobom donijeti niz pogodnosti ali i nedostataka, no u ovom slučaju nemamo informacija o kakvoj vrsti posredovanja je riječ.

Druga domena koja se tiče modula invaliditeta odnosi se na kontrolu a ubraja aspekte kontrole, izbora i autonomije a njena aritmetička sredina iznosi  $X=55,83$  a ukazuje na nešto više od umjerenog zadovoljstva ispitanika ovom domenom. Ispitanici su najčešće zadovoljni kontrolom (grafikon 34), odnosno odgovornošću za vlastiti život (a kontrola kao što je spomenuto u teorijskom okviru rada vodi do većeg samopouzdanja, što kod ove grupe ispitanika i jeste slučaj, te do smanjenog osjećaja bespomoćnosti). Mogućnost izbora za osobe je u prosjeku nešto iznad umjerene. Osobe s invaliditetom imaju u umjerenj mjeri mogućnost izbora kada je riječ o svakodnevnim aktivnostima, međutim mogućnost izbora u nekim važnijim odlukama im je sužena (poput one vezane za proces obrazovanja, radnog angažmana i slično), te stoga ne čudi da je autonomija kao treći aspekt ove domene prema prosječnom odgovoru ispitanika (Tabela 7, pitanje 33.) također umjeren. Ovakvo stanje možemo pripisati poimanju autonomije kao sposobnosti (individualne dimenzije gdje socijalne službe stoje osobi na usluzi kako bi se njene lične sposobnosti povećale) a ne autonomije kao statusa (priznavanje osobe kao autonomnog subjekta kojoj država pomaže u ostvarivanju njene autonomnosti), budući da je pitanje bilo koncipirano na taj način. Da je nekim slučajem naglasak bio na ostvarenju autonomije kao statusa, rezultati bi vjerovatno bili nešto drugačiji. Inkluzija kao domena kvaliteta života ima najmanju aritmetičku sredinu  $X=37,91$  što ukazuje na najmanje zadovoljstvo ispitanika aspektima koji se tiču: komunikacije, društvene prihvaćenosti, poštovanja od strane drugih, uključenosti u društvene i lokalne aktivnosti te vjere u vlastiti potencijal. Osobe s invaliditetom umjereno su zadovoljne vlastitim potencijalima i prilikama da budu uključene u društvene aktivnosti, međutim nemamo podatak koliko su ti odnosi podržavajući i da li aktivnosti pruža zajednica ili ih iniciraju pojedinci. Vjera u vlastiti potencijal također je umjereno zadovoljavajuća iz perspektive ispitanika. Postavlja se pitanje da li bi se isti rezultat dobio kada bismo proveli istraživanje među općom populacijom o potencijalu osoba s invaliditetom. Vjerovatno bi dobili lošiji odgovor, čime bi društvo ostalo (ili već ostajemo) uskraćeno za kreativne i itekako sposobne pojedince. Osobe s invaliditetom pokazuju umjereno zadovoljstvo s poštovanjem i društvenom prihvaćenosti, dok su nešto manje u prosjeku zadovoljni sa komunikacijom (Tabela 7), te uključenosti u lokalne aktivnost a pod koje spadaju aktivnosti poput obrazovanja, zaposlenja, osjećaja pripadnosti i slično.

## VI ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Kvalitet života, teorijski i empirijski, predstavlja zanimljivo područje za istraživanje. Mnoštvo instrumenta, njegova višedimenzionalnost i kompleksnost postaje vidljivija kada se istražuje u okviru socijalne skupine osoba s invaliditetom. Cilj ovog rada bio je prikazati stanje kvaliteta života osoba s invaliditetom na području Zeničko-dobojskog kantona te analizirati njegove različite domene ili one faktore koji na njega utječu. Teorijskim okvirom rada prikazano je percipiranje pojmova kvaliteta života i osoba s invaliditetom, razvoj ta dva pojma, njihove najvažnije karakteristike, a potom ih se dovelo u međudnos zahvaljujući dostupnim podacima i istraživanjima, s osvrtom na stanje u Bosni i Hercegovini. Jasno je da su se oba pojma razvijala kroz historiju, međutim ono što izaziva najviše pažnje je svakako razvoj odnosa društva i okoline prema osobama s invaliditetom, koji bi u sadašnjosti trebalo da se temelji na ljudskim pravima. Međutim, vrlo često se stvara osjećaj da je takav pristup ostao samo na teorijskim osnovama, te da se praktično ne koristi. Vodeći se navedenim, evidentno je da su osobe s invaliditetom suočene s različitim barijerama (kako onim fizičkim tako i onim socijalnim) koje utječu na njihove svakodnevne aktivnosti, što u konačnici dovodi do nižeg kvaliteta njihova života.

Kroz samo istraživanje obuhvaćeno je bilo sedam domena: fizičko stanje, psihološko stanje, okolina, društveni odnosi, diskriminacija, kontrola i inkluzija. Navedene domene istraživali smo uz pomoć hipoteza navedenih u metodološkom okviru rada. Prva po redu posebna hipoteza glasila je „*Invaliditet uzrokuje brojne probleme fizičke prirode što utječe na negativnu percepciju kvalitete života osoba s invaliditetom*“, kojom se željelo ispitati kako invaliditet i fizičke poteškoće koje uz njega idu utječu na kvalitet života. Prema rezultatima istraživanja ova hipoteza pokazala se tačnom. Aritmetička sredina ove domene za ukupne aspekte koji se odnose na fizičku bol, potrebu medicinskih usluga, energiju, kretanje u okolini, spavanje i umor, sposobnost za obavljanje svakodневnih aktivnosti i radnu sposobnost iznosi 46,625, što je ispod prosjeka. Iako je za većinu ovih aspekata karakterističan prosječan odgovor, rezultati su posebno pokazali da osobe s invaliditetom u značajnoj mjeri osjećaju fizičku bol, imaju potrebu za svakodnevним medicinskim tretmanima, te da njihova radna sposobnost i sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti nije na visokom nivou čime se navedena hipoteza potvrđuje. Navedeno je moguće poboljšati unapređenjem medicinskih usluga koje bi smanjile fizičku bol, te istovremeno raditi na (re)habilitaciji osoba s invaliditetom čime bi njihova (preostala) radna sposobnost dosegla svoj maksimum kao i sposobnost za svakodnevne aktivnosti a čime bi se sa sigurnošću riješilo niz problema s kojima se ova skupina suočava.

Druga posebna hipoteza („*Negativni osjećaji s kojima se osobe s invaliditetom vrlo često susreću, a koji su izazvani njihovim stanjem, jedan su od uzroka lošije kvalitete njihovog života.*“) ispituje kvalitet života u oblasti psihološke domene odnosno. S rezultatom aritmetičke sredine ( $X=57,5$ ) ova hipoteza se djelimično odbacuje. Činjenica je da je sveukupan rezultat ove domene adekvatan i da su ispitanici pokazuju prosječno uživanje u životu, imaju jaka i konzistentna lična, duhovna i religijska uvjerenja, pojedini pokazuju visok nivo koncentracije, samopouzdanja i zadovoljstva fizičkim izgledom. No, negativna osjećanja kao takva često su prisutna kod ispitanika što u velikoj mjeri zabrinjava i zahtijeva što više raspoloživih resursa koji bi pomogli osobama s invaliditetom da se sa njima suoče te da se ona otklone odnosno minimiziraju. No čini se da sama negativna osjećanja ne utječu na sam kvalitet života.

Trećom posebnom hipotezom obuhvaćena je i treća domena kvaliteta života (društveni odnosi), a ona glasi „*Slaba socijalna podrška i loši društveni odnosi osoba s invaliditetom dovode do nezavidnog standarda kvaliteta života.*“. Ova hipoteza se odbacuje jer osobe s invaliditetom svoje društvene odnose procjenjuju adekvatno ( $X=57,2$ ), te se čini da (uprkos činjenici što je primjerice zadovoljstvo seksualnim životom ocijenjeno nešto lošije, a što se društvena podrška i lični odnosi baziraju na članovima porodice i nekolicu prijatelja), društveni odnosi nisu razlog zbog kojeg bi osobe s invaliditetom imale lošiji kvalitet života. Iako je zadovoljstvo ovom domenom adekvatno, smatram da je nužno raditi na tome da se socijalni kapital osoba s invaliditetom širi na što veći broj članova društva ali još važnije je raditi na tome da društvo doživi osobe s invaliditetom kao važne članove istog.

Okolina, kao četvrta domena kvaliteta života ispitivana je četvrtom posebnom hipotezom („*Prilike i mogućnosti koje okolina pruža osobama s invaliditetom su oskudne što izaziva nezadovoljstvo kod osoba s invaliditetom*“), s aritmetičkom sredinom od 53,7 ukazuje na prosječne mogućnosti koje osobama s invaliditetom nudi okolina. No, prema teorijskom okviru rada i prema pojedinačnim odgovorima, ova hipoteza se samo djelimično odbacuje. Obzirom na uzorak ispitanika (veliki broj čine RVI koji imaju redovna primanja te u određenoj mjeri obezbijedene domove i prijevozna sredstva), jasno je da je zadovoljstvo pojedinim aspektima prosječno. Međutim ukoliko pogledamo ekološku situaciju, zadovoljstvo „zdravljem“ okoline, te stanje javnog prijevoza (iz teorijskog dijela), sasvim je očekivano da takve prilike izazivaju nezadovoljstvo kod svih građana, a posebice kod osoba s invaliditetom. Stoga, nužno je raditi na poboljšanju i rekonstruiranju okoline, počevši od sasvim „jednostavnih“ koraka koje svaka zajednica može učiniti, poput izgradnje osobama s invaliditetom prilagođene infrastrukture, rekonstruiranja sistema informisanja, ali raditi i na

važnim pitanjima poput materijalnog statusa i stvaranja zdravstvenog sistema u kojem neće biti diskriminacije i koji će osobama s invaliditetom pružiti prijeko potrebnu zaštitu.

Petom posebnom hipotezom ispituju se dvije domene kvaliteta života, diskriminacija i socijalna inkluzija. Smatrajući da diskriminacija vodi do socijalne ekskluzije bilo je zanimljivo vidjeti kako će ove dvije domene rezultirati u smislu kvaliteta života. Važno je istaknuti da postoji određena disproporcija između domene diskriminacije gdje se ispitanici u prosjeku ne osjećaju u značajnoj mjeri diskriminirano, dok se s druge strane osjećaju isključeno iz društva. Zanimljivo je da su osobe s invaliditetom u značajnoj mjeri zadovoljne s onim aspektima koji se tiču kvaliteta života kojima oni kao individue „upravljaju“ (vlastiti potencijal, sposobnost zauzimanja za sebe i uključenost u društvene aktivnosti s članovima porodice i prijateljima), dok su oni aspekti koji „zahtijevaju“ interakciju s okolinom (poput uključenosti u lokalne aktivnosti i pogleda na budućnost) uglavnom izvor nezadovoljstva. Također teorijski segment rada upućuje, na različite tipove diskriminacije zbog čega osobe s invaliditetom vrlo često moraju prvo da učine svoja prava vidljivim (iako su im ona rođenjem zagarantovana), potom da se bore za njih a na kraju da ih vrlo često i ne ostvare, što im stvara nezadovoljstvo, čime se hipoteza „Osobe s invaliditetom su, skoro svakodnevno, suočene s različitim tipovima diskriminacije i socijalne ekskluzije koji dovode do osjećaja beznačajnosti, što u konačnici implicira i lošiji kvalitet života ove socijalne skupine.“ potvrđuje. Za ove domene potrebna je i ključna sistematična promjena paradigme društva prema osobama s invaliditetom, društva kao izvora formalne i neformalne podrške. Važno je početi s malim koracima (primjerice usvajanja adekvatne terminologije, poštivanja parking mjesta za osobe s invaliditetom, poštivanja prednosti kod doktora za osobe s invaliditetom i slično), a potom raditi na stvarima poput regulisanja i usklađivanja zakonodavnih okvira (usklađivanje visine novčanih naknada za jednake kategorije invalidnosti bez obzira na uzrok nastajanja oštećenja, raditi na osiguravanju jednakih prilika za učestvovanje u lokalnim aktivnostima, kao oni koji uključuju sastanke mjesne zajednice koji će se održavati u prostorijama koje su prilagođene za kolica, štake i slično).

I posljednja, šesta posebna hipoteza („Kvalitet života osoba s invaliditetom u velikoj mjeri je mjeri uslovljena ograničenim mogućnostima izbora i kontrole u raznim domenama svakodnevnog života.“) odnosi se na domenu kontrole. Ova hipoteza zbog rezultata aritmetičke sredine (55,8) se odbacuje, budući da su osobe s invaliditetom umjereno zadovoljne kontrolom nad vlastitim životom, mogućnošću izbora te autonomijom (koja se doduše u ovom slučaju definiše na prethodno objašnjen način autonomije kao sposobnosti). Međutim, sam teorijski okvir ukazuje na sužen izbor za osobe s invaliditetom u nizu životnih

oblasti, pa čak i oduzimanje kontrole nad važnim ali i svakodnevnim životnim odlukama, ukoliko im se oduzme ili ograniči poslovna sposobnost.

Uzimajući u obzir sve navedeno, te povezanost između svi aspekata kvaliteta života generalna hipoteza *„Osobe s invaliditetom kvalitet svog života percipiraju na negativan način što utječe na njihovo zadovoljstvo svakodnevnicom, a njihovu percepciju je moguće poboljšati jednakim pristupom svim sistemima koje ih okružuju, saradnjom i socijalnom podrškom svih važnih aktera, koji služe kao izvori formalne i neformalne podrške.“* djelimično se potvrđuje. Osobe s invaliditetom, generalno ne procijenjuju kvalitet svog života na negativan način. No, invalidnost kao takva ima negativan utjecaj na svakodnevni život, a nekim domenama života osobe s invaliditetom su više odnosno manje zadovoljne. Kako bi se zadovoljstvo života povećalo u odnosu na sada umjereno (također ne možemo sa sigurnošću reći da su osobe s invaliditetom zadovoljne „umjerenim“ kvalitetom života, jer postavlja se pitanje da li je umjerenost dovoljna) na osnovu svega spomenutog, važno je raditi na socijalnoj podršci, jednom od ključnih pojmova ovog rada. Socijalna podrška potrebna je svima, posebice osobama s invaliditetom. Samo rad na socijalnom kapitalu između osoba s invaliditetom, te uključenost svih izvora socijalne pomoći dovodi do zajedničkog prosperiteta budući da je invaliditet, prije svega, socijalni konstrukt uzrokovan interakcijom oštećenja i negativnih reakcija društva. Onoga trenutka kada se taj socijalni konstrukt prevaziđe, govorit ćemo o inkluzivnom društvu gdje je kvalitet života osoba s invaliditetom na visokoj razini.

## KORIŠTENA LITERATURA

1. Aladuz, Dženana (2006), "Ničiji ljudi na ničijoj zemlji: ljudska prava osoba sa invaliditetom u Bosni i Hercegovini" u Živanović Miroslav i Madacki, Saša (ur.) *Ljudska prava osoba s invaliditetom- Stanje u Bosni i Hercegovini, Hrvatskoj i Srbiji i Crnoj Gori*, Centar za ljudska prava Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, str. 26-62.
2. Amponsah-Bediako, Kofi (2013), "Relevance of disability models from the perspective of a developing country: An analysis", *Developing Country Studies*, Vol. 3, No.11, str. 121-132.
3. Artherholt, Samantha (2013), *How to do a Lot with a Little: Managing Your Energy-Aging Well with a Physical Disability Factsheet Series*, datum pristupa: 26.03.2023., dostupno na: <https://agerrtc.washington.edu/info/factsheets/fatigue>
4. Baines, Susannah, Emerson, Eric, Robertson, Janet, Hatton, Chris (2018), "Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability" *BMC Public Health*, Vol. 18, No.1, broj članka: 667.
5. Bandić, Ivan; Brigić, Magdalena; Leutar, Zdravka (2020), "Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja", *Mostariensia*, Vol. 24 No. 1, str. 89-107
6. Bašić, Josipa, (2008) *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*, Školska knjiga, Zagreb
7. Bebek, Mario; Brdarević, Marija (2019), "Bioetika i autonomija osobe s invaliditetom po načelu supsidijarnosti", *Journal of Applied Health Sciences*, Vol. 5 No. 1, str: 129-140
8. Bešlija, Elvira (2016), „Analiza sistemske diskriminacije osoba sa invaliditetom po osnovu uzroka invalidnosti između ratnih i neratnih OSI“, datum pristupa: 16.04.2023. dostupno na: <https://www.sif.ba/dok/1484208346.pdf>
9. Borthwick-Duffy, Sharon A.; Widaman, Keith; Little, Todd D. i Eyman Richard K. (1992), *Foster family care for persons with mental retardation*, American Association on Mental Retardation, Washington DC
10. Boyazitova, Irina V., Erkenova, Mariyam M., Krasovskaya, Sophie V. (2021), "Research on Personal Potential as a Quality of Life Resource in Old Age", u Kacprzyk, Janusz (glavni ur.) *Modern Global Economic System: Evolutional Development vs. Revolutionary Leap*, Springer Nature Switzerland, Cham, str. 38–46.
11. Bratković, Daniela i Rožman, Bojana (2006), „Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama“, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 42 No. 2, str. 101-112.
12. Brown, Ivan, Brown Roy I. (2009), "Choice as an Aspect of Quality of Life for People with Intellectual Disabilities" *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Vol. 6 No. 1, str. 11–18.
13. Buljubašić, Suada (2012), *Savremena socijalna politika*, Arka Press, Sarajevo
14. Clarsson, Hannah (2014), *Advocacy changed my life: Research into the impact of independent advocacy on the lives of people experiencing mental illness* datum pristupa: 1.4.2023. dostupno na: <https://www.siaa.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/Hanna-report-final-version-31.pdf>
15. Coleman, James C. (1964), *Abnormal psychology and modern life*, Scott Foresman, Chicago
16. Cummins, Robert A. (2014), "International Well-Being Index" u Michalos, Alex (ur.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer, Dordrecht, str. 3336-3341.
17. Čanković, Sonja ; Ač-Nikolić, Eržebet; Čanković, Dušan; Radić, Ivana; Harhaji, Sanja (2011), "Kvalitet života-teorijski pristupi", *Zdravstvena zaštita*, Vol. 40, No. 5, str 1-6.

18. Dadić, Mario; Bačić, Ante; Župa, Ivana; Vukoja, Ana (2018), “Definiranje pojmova invaliditet i osoba s invaliditetom”, *Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku*, Vol. Specijalno izdanje, No. 10, str: 64-66.
19. Devin, Mary Ann i Dattilo, John (2001), “Social Acceptance and Leisure Lifestyles of People with Disabilities”, *Therapeutic Recreation Journal*, Vol. 34, No. 4, str. 306-322
20. Disability Advocacy Resource Unit (2017), *What disability advocates do*, datum pristupa: 1.4.2023., dostupno na: <https://www.daru.org.au/what-is-advocacy/what-disability-advocates-do>
21. Easterlin, Richard A. (1974), „Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence” u David, R. and Reder, R., Eds., *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, Academic Press, New York. str. 89-125.
22. Easterlin, Richard A. (2004), „The Economics of Happiness“, *Daedalus*, Vol. 133, No. 2, str. 26-33.
23. Emerson, Eric B. (1985), “Evaluating the impact of deinstitutionalization on the lives of mentally retarded people”, *American journal of mental deficiency*, Vol. 90, No. 3, str. 277-288.
24. EPA U.S. Environmental Protection Agency (2022), *Climate Change and the Health of People with Disabilities*, datum pristupa: 31.03.2023., dostupno na: <https://www.epa.gov/climateimpacts/climate-change-and-health-people-disabilities>
25. Equality and Human Rights Commission (2009), „*Promoting the safety and security of disabled people*“, datum pristupa: 29.03.2023. dostupno na: <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Promoting%20the%20safety%20and%20security.pdf>
26. EuroQol, (2021), *EQ-5D-5L / About*, datum pristupa stranici: 12.03.2022., dostupno na: [https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/?\\_gl=1\\*\\_1jxiy4s\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MTIyNzUzMjA4MC4xNjc4NjM5Mjc5\\*\\_ga\\_02T9YV6MT2\\*MTY3ODYzOTI3OC4xLjAuMTY3ODYzOTI3OC4wLjAuMA..](https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/?_gl=1*_1jxiy4s*_up*MQ..*_ga*MTIyNzUzMjA4MC4xNjc4NjM5Mjc5*_ga_02T9YV6MT2*MTY3ODYzOTI3OC4xLjAuMTY3ODYzOTI3OC4wLjAuMA..)
27. EUROSTAT (2015) *Quality of life - Facts and views*, Luxembourg, datum pristupa stranici: 03.03.2023., dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life>
28. EUROSTAT (2022), *Quality of life indicators - social interactions*, datum pristupa: 04.04.2023., dostupno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_social\\_interactions#Social\\_interactions](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_social_interactions#Social_interactions)
29. Federalni zavod za statistiku (2017), *Popis stanovništva*, datum pristupa: 25.03.2023., dostupno na: <https://fzs.ba/index.php/popis-stanovnistva/>
30. Fjetland, Kirsten Jæger, Gjermestad, Anita, Lid, Inger Marie (2022), *Lived citizenship for persons in vulnerable life situations- Theories and practices*, Scandinavian University Press, Oslo
31. Fondacija za socijalno uključivanje u BiH i Inicijativa za bolju i humaniju inkluziju (2020) „Strategija socijalnog uključivanja Federacije Bosne i Hercegovine za period 2021-2027.“, datum pristupa: 20.04.2023., dostupno na: [https://www.ibhi.ba/Documents/Publikacije/2021/SSU\\_FBiH\\_2021\\_2027\\_bhs.pdf](https://www.ibhi.ba/Documents/Publikacije/2021/SSU_FBiH_2021_2027_bhs.pdf)
32. Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini (2017), „Analiza potreba, prava i položaja osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini: Analiza sistemskih rješenja i stavova osoba/lica sa invaliditetom u kontekstu razmatranja aktivnih i pasivnih mjera podrške u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj“, datum pristupa: 14.04.2023., dostupno na: <https://www.sif.ba/dok/1491989715.pdf>
33. Friedman, Carli (2018), “R-E-S-P-E-C-T: The Relationship Between Being Respected and Quality of Life of Disabled People”, *Disability Studies Quarterly*, Vol. 38 No. 2.

34. Friedman, Carli (2019), "Intimate relationships of people with disabilities", *Inclusion*, Vol. 7, No.1, str 41-56.
35. Friedman, Carli (2022), "Financial hardship experienced by people with disabilities during the COVID-19 pandemic", *Disability and Health Journal*, Vol. 15, No. 4., broj članka: 101359
36. Frontline Human Resources (2020), *The Importance Of Choice For People With Disabilities*, datum pristupa: 02.04.2023., dostupno na: <https://unidexhealthcare.com.au/articles/the-importance-of-choice-for-people-with-disabilities/>
37. Gadžo-Šašić, Sabira (2020), *Socijalni rad s osobama s invaliditetom*, Fakultet političkih nauka, Sarajevo
38. Gerber, Charlotte (2020), *The Unique Body Image Challenges Related to Disability*, datum pristupa: 28.03.2023., dostupno na: <https://www.verywellhealth.com/the-unique-body-image-challenges-related-to-disability-1094483>
39. Getbybus (2018), *Dostupnost javnog prijevoza osobama s invaliditetom*, datum pristupa: 31.02.2023., dostupno na: <https://getbybus.com/hr/blog/dostupnost-javnog-prijevoza-osobama-s-invaliditetom/>
40. Giraldo-Rodriguez, Liliana, Mino-Leon, Dolores, Murillo-González, Juana Catalina Agudelo-Botero, Marcela (2019), "Factors associated with environmental barriers of people with disabilities in Mexico" *Rev Saude Publica*, Vol. 53 No. 27, broj str. 1-11.
41. Grenon, Ingrid; Merrick, Joav (2014), "Intellectual and developmental disabilities: eugenics", *Frontiers in Public Health*, Vol. 2, No.1, str 1-3.
42. Halpović, Dubravka (2015), „Analiza pravnog okvira za zapošljavanje osoba sa invaliditetom“, datum pristupa: 16.04.2023., dostupno na: <http://www.upfbih.ba/uimages/dokumenti/Analiza20pravnog20okvira20za20zaposljavanje20osoba20sa20invaliditetom.pdf>
43. Happy Planet Index (2021), *How Happy is the Planet?*, datum pristupa: 10.02.2023., dostupno na: <https://happyplanetindex.org/wp-content/themes/hpi/public/downloads/happy-planet-index-briefing-paper.pdf>
44. Heartbeat Medical (2021) *WHOQOL-BREF*, datum pristupa: 13.03.2023., dostupno na: <https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/#r9yr6hjjfhrda732bmo8xq>
45. Ibralić, Fata; Haverić, Haris; Cocalić, Nermin (2020), *Pravo osoba sa invaliditetom na život u zajednici*, datum pristupa: 12.04.2023., dostupno na: <file:///C:/Users/VASVA/Desktop/literatura%20za%20master%20rad/Pravo-osoba-sa-invaliditetom-na-zivot-u-zajednici.pdf>
46. Ilić Ivana; Milić, Ivona i Arandelović, Mirjana (2010), „Procena kvalitete života-sadašnji pristupi“, *Acta Medica Medianae* , Vol. 49, No. 4, str. 52-60.
47. Institucija ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine (2010), *Posebno izvješće o pravima osoba s invaliditetom*, datum pristupa: 23.03.2023., dostupno na: [https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/ombudsmen\\_doc2013020406303506cro.pdf](https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/ombudsmen_doc2013020406303506cro.pdf)
48. INVALIDNOST.info (2018), *Vrste invalidnosti*, datum pristupa: 25.03.2023., dostupno na: <https://invalidnost.info/vrste-invalidnosti/>
49. Isić, Uma (2021), *Istraživanje o socioekonomskom položaju žena s invaliditetom u Bosni I Hercegovini*, datum pristupa: 12.04.2023., dostupno na: <https://razmisli.eu-monitoring.ba/wp-content/uploads/2022/09/Istrazivanje-o-socioekonomskom-položaju-zena-s-invaliditetom-u-BiH.pdf>
50. Jensen, Mark; Terrill, Alexandra (2012), *How to Sleep Better*, datum pristupa: 26.03.2023., dostupno na: <https://agerrtc.washington.edu/info/factsheets/sleep>

51. Joković, Sandra; Pavlović, Jelena; Hadživuković, Natalija; Đević, Rade; Vilotić Snežana, (2017), “Metode ispitivanja i pokazatelji kvaliteta života”, *Biomedicinska istraživanja*, Vol. 8, No. 1, str. 90-94.
52. Jonjić, Dobrica (2014), “Politike u oblasti invalidnosti u FBiH”, u Ninković-Papić, Ranka (ur.) *Mi smo tu- Analiza trenutnog stanja svih osoba s invaliditetom i mogućnosti njihovog zapošljavanja i samozapošljavanja u Bosni i Hercegovini*, Fondacija za socijalno uključivanje u Bosni i Hercegovini (FSU u BiH), Sarajevo, str. 45-55.
53. Jung, Yun Haw, Kang, Soo Hyung., Park, Eun-Cheol, Jang Suk Yong (2022), “Impact of the Acceptance of Disability on Self-Esteem among Adults with Disabilities: A Four-Year Follow-Up Study”, *International journal of environmental research and public health*, Vol. 19, No. 7, broj članka: 3874
54. Kaliterna- Lipovčan, Ljiljana.; Burušić, Josip i Tadić, Maja (2012), “Indikatori kvalitete življenja”, u Božičević, Viktor; Brlas, Siniša I Gulin, Marina (ur.) *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, str. 437- 445.
55. Khasnabis, Chapal; Heinicke Motsch, Karen (2010), *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*, datum pristupa: 30.03.2023., dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310940/>
56. Kovač, Boris (2017), “Mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjerilo uspješnosti zdravstvene skrbi”, *Zdravstveni glasnik*, Vol. 3, No. 1, str. 86-93
57. Lagadien, Fadila (1993), *The Power of Potential of People with Disabilities*, datum pristupa: 04.04.2023., dostupno na: <https://www.independentliving.org/docs4/lagadien.html>
58. Lakičević, Mira (2012), *Socijalna integracija osoba sa invaliditetom*, Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu, Čigoja štampa, Beograd
59. Lawson, Anna; Beckett, Angharad E. (2020), “The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis”, *The International Journal of Human Rights*, Vol. 25, No. 2, str. 348-379.
60. Leko, Vjekoslav; Požega, Željko (2016), “Utjecaj ljudskog faktora na razvijenost zemalja”, *Transition/tranzicija*. Vol. 18, No 37, str. 67-88.
61. Lešić, Davor; Grgić, Anđela; Marić, Svjetlana (2020), “Vježbanje i kvaliteta života kod žena starije dobi”, *Physiotherapia Croatica*, Vol. 18. No.1, str. 167-172.
62. Leutar, Zdravka, Štambuk, Ana (2007), “Invaliditet u obitelji i izvori podrške”, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 43, No. 1, str: 47-61.
63. Lopez Noval, Borja (2016), „The history of the idea of quality of life“, u Bruni, Luigino; Porta, Pier Luigi (ur.) *Handbook of Research Methods and Applications in Happiness and Quality of Life*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, str. 154-175.
64. Lotos, (2015) „Put ka samostalnom životu- Izvještaj o istraživanju o stavovima mladih osoba s invaliditetom i njihovih porodica o pravima i mogućnostima osoba s invaliditetom u Tuzlanskom kantonu“, Tuzla, datum pristupa: 10.04.2023., dostupno na: [http://www.myright.ba/uimages/I\\_C\\_Lotos\\_izvjestaj\\_o\\_istrazivanju\\_stavovi\\_mladi\\_i\\_porodice.pdf](http://www.myright.ba/uimages/I_C_Lotos_izvjestaj_o_istrazivanju_stavovi_mladi_i_porodice.pdf)
65. Lučev, Ivana Tadinac, Meri (2008), “Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status”, *Migracijske i etničke teme*, Vol. 24, No. 1-2, str. 67-89
66. Marini, Irmo; Graf, Noreen M.; Millington, Michael J. (2007), *Psychosocial Aspects of Disability: Insider Perspectives and Strategies for Counselors*, Springer Publishing Company, New York
67. McKenna, Stephen P.; Doward, Lynda C. (2004), „The Needs-Based Approach to Quality of Life Assessment“, *Value in Health*, Vol.7, No. 1, str. 1-3.

68. Meeberg, Glenda A. (1993), "Quality of life: a concept analysis", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, No. 1, 32-38
69. Meldon, Perri (2017), *Disability History: Early and Shifting Attitudes of Treatment*, datum pristupa: 16.03.2023., dostupno na: <https://www.nps.gov/articles/disabilityhistoryearlytreatment.htm>
70. Mihanović, Vesna (2011), "Invaliditet u kontekstu socijalnog modela", *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 47 No. 1, str. 72-86
71. Mišura, Danijel (2011), „Održivi model sreće“, u Vuletić, Gorka (ur.) *Kvaliteta života i zdravlje*, Filozofski fakultet u Osijeku, Osijek, str. 21-31.
72. Olkin, Rhonda (1999), *What psychotherapists should know about disability*, Guilford Press, New York
73. Onalu, Chinyere, Nwafor, Nneka (2021), "Social Supports Available to Persons with Disabilities in Nigeria" u Morese, Rosalba, Auriemma, Vincenzo i Palermo, Sara (ur.), *Evolutionary Psychology Meets Social Neuroscience*, IntechOpen Limited, London, str. 65-75.
74. Oppong, Thomas (2022), *Immanuel Kant's Rules For a Good Life*, datum pristupa stranici: 27.02.2023., dostupno na: <https://medium.com/personal-growth/immanuel-kants-rules-for-a-good-life-d9f40fe4da62>
75. Orešković, Stjepan (1994), "Koncepti kvalitete života", *Socijalna ekologija*, Vol. 3, No 3-4, str. 263-274
76. Ostojić Baus, Jasna "Kombinirana socijalna politika prema osobama s invaliditetom – podrška socijalnom modelu invaliditeta", *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 25 No. 1, str. 49-65.
77. Parlament FBiH (1999): Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom, (*Službene novine FBiH*», broj 36/99)
78. Parlament FbiH (2005): Porodični zakon Federacije Bosne i Hercegovine, Službene novine Federacije BiH» broj 35/05
79. Parlament FBiH (2010): Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji, osposobljavanju i zapošljavanju lica sa invaliditetom Federacije Bosne i Hercegovine (*Službene novine Federacije BiH*, broj 09/10)
80. Pierre, Joshua (2014), *Disability rights* datum pristupa. 16.03.2023, dostupno na: <https://eugenicsarchive.ca/discover/encyclopedia/535eeb377095aa000000021b>
81. Pietersma, Suzanne; De Vries, Marieke; van den Akker-van Marle Elske (2013), "Domains of quality of life: results of a three-stage Delphi consensus procedure among patients, family of patients, clinicians, scientists and the general public", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, Vol. 23. No. 5, str. 1543–1556
82. Pigou, Arthur Cecil (1932), *The economics of welfare*, Macmillan and Co., London
83. Power, Mick (2014), "World Health Organization Quality of Life Disabilities Module" u Alex C. (ur) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer, Dordrecht, str. 7261–7266
84. Queensland Government (2018), *Better communication*, datum pristupa: 03.04.2023., dostupno na: <https://www.qld.gov.au/disability/community/communicating>
85. Rački, Josip (1997), *Teorija profesionalne rehabilitacije osoba s invaliditetom*, Fakultet za defektologiju, Zagreb
86. Retief, Marno; Letšosa, Rantooa (2018), "Models of disability: A brief overview", *HTS Teologiese Studies/ Theological Studies*, Vol. 74. No. 1, str. 42-50.
87. Rusac, Silvia, Štambuk, Ana, Leutar, Zdravka (2007), "Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom", *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 14, No.3-4, str 327-346.
88. Sense (2015), „A right to friendship? Challenging the barriers to friendship for people with disabilities“, datum pristupa: 29.03.2023., dostupno na:

<https://www.bl.uk/collection-items/right-to-friendship-challenging-barriers-to-friendship-for-people-with-disabilities>

89. Serjeantson, Richard (2002), „Natural knowledge in the New Atlantis“, u Price, Bronwen (ur.) *Francis Bacon's New Atlantis: new interdisciplinary essays*, Manchester University Press, Manchester i New York str. 82-105.
90. Shoultz, Bonnie (1987), *A Sense of belonging: Integration in recreation and leisure-time activities*, datum pristupa: 30.03.2023., dostupno na: <https://thechp.syr.edu/a-sense-of-belonging-integration-in-recreation-and-leisure-time-activities/>
91. Slavuj, Lana (2012), „Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života“, *Geoadria*, Vol.17, No.1, str. 73-92.
92. Smith, Conal (2014), „Easterlin Paradox“ u Michalos, Alex C. (ur.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer, Dordrecht, str. 1754–1757.
93. Somun Krupalija, Lejla; Zuko, Fikret; Haverić, Haris Zahirović, Suvad (2011), *Analiza postojećih i mogućnost uspostavljanja novih modela podrške za osobe s invaliditetom u Bosni i Hercegovini*, datum pristupa: 12.04. 2023. dostupno na: [http://www.myright.ba/uimages/Analiza\\_postojecih\\_i\\_mogucnosti\\_uspostavljanja\\_novih\\_modela\\_podrske\\_za\\_OSI\\_u\\_BiH.pdf](http://www.myright.ba/uimages/Analiza_postojecih_i_mogucnosti_uspostavljanja_novih_modela_podrske_za_OSI_u_BiH.pdf)
94. Šadić, Sanela (2014), *Ljudska prava i socijalni rad*, Fakultet političkih nauka, Sarajevo
95. Šarević Ivić-Hofman; Katarina Veseličić, Bernanda; Smolčić Jerković, Ivana (2022), „Povezanost socijalne podrške i otpornosti osoba s invaliditetom sa zadovoljstvom životom i nadom u budućnost“, *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 31 No. 4, str. 725-744.
96. Taillefer, Marie-Christine; Dupuis, Gilles; Roberge, Marie-Anne i LeMay Sylvie (2003), „Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature“, *Social Indicators Research*, Vol. 64, No. 2, str. 293–323.
97. The Economist 2005 *The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index*, datum pristupa: 10.03.2023., dostupno na: [https://www.economist.com/media/pdf/quality\\_of\\_life.pdf](https://www.economist.com/media/pdf/quality_of_life.pdf)
98. Termiz, Dževad 2022, *Metodologija društvenih nauka*, Fakultet političkih nauka; Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, Sarajevo
99. The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities, *Parallels in time: A History of Developmental Disabilities*, datum pristupa: 16.03.2023., dostupno na: <https://mn.gov/mnddc/parallels/four/4a/1.html>
100. Trajkovska-Anchevska, Zaklina Dimeska, Natasa (2019), „Factors affecting the quality of life and social inclusion and their different definition“, *Student's Social Science Journal*, Vol. 1 No. 7, str. 137-145.
101. Trinity College Dublin (2013), *Barriers and enablers to communication with people with intellectual disability*, datum pristupa: 02.04.2023., dostupno na: <https://www.futurelearn.com/info/courses/health-assessment/0/steps/42780>
102. Trompenaars, Fons & Masthoff, Erik & Heck, Guus, Hodiamont, Paul; De Vries, Jolanda (2006), „The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients“, *European Journal of Psychological Assessment*, Vol.22, No.3, str. 207-215
103. Turčić, Nada (2012), „Socijalni model procjene invaliditeta“, *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, Vol. 54, No.1, str. 111-115.
104. Udruženje građana oštećenog vida Tuzla (2013), „Nasilje nad ženama sa invaliditetom“, datum pristupa: 14.04.2014. 2023, dostupno na: <https://ugov-tuzla.org.ba/file/nasilje-nad-enama-sa-invaliditetom/23>
105. Ujedinjene nacije (2006), *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom*, New York, datum pristupa stranici: 22.03.2023., dostupno na: [http://www.mhrr.gov.ba/pdf/konvencija\\_bos.pdf](http://www.mhrr.gov.ba/pdf/konvencija_bos.pdf)

106. Ujedinjene nacije (2007), *Indicators of Sustainable Development: guidelines and methodologies*, 3rd, New York, datum pristupa stranici: 27.02.2023. dostupno na: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/guidelines.pdf>
107. Ujedinjene nacije, (1948), Univerzalna deklaracija o pravima čovjeka, u: *Ljudska prava – Odabrani međunarodni dokumenti*, Ministarstvo vanjskih poslova BiH, IBHI, Sarajevo, 1996
108. UNDP (2009), „Izveštaj o humanom razvoju za Bosnu i Hercegovinu 2009. Društveni kapital u Bosni i Hercegovini- Veze među nama“, datum pristupa: 19.04.2023., dostupno na: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/bosnianhdr2009sazetakbihpdf.pdf>
109. UNDP, *Human Development Index (HDI)*, datum pristupa: 10.03.2023., dostupno na: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
110. UNICEF (2013), „Stanje djece u svijetu 2013. – Djeca s teškoćama u razvoju“, datum pristupa: 14.04.2023. dostupno na: <https://www.unicef.org/croatia/media/686/file/Stanje%20djece%20u%20svijetu%202013.%20E2%80%93%20Djeca%20s%20te%C5%A1ko%C4%87ama%20u%20razvoju.pdf>
111. United Nations (2018), *The United Nations and Disability: 70 years of the work towards a more inclusive world*, New York, datum pristupa stranici: 16.03.2023., dostupno na: [https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2018/01/History\\_Disability-in-the-UN\\_jan23.18-Clean.pdf](https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2018/01/History_Disability-in-the-UN_jan23.18-Clean.pdf)
112. United Nations *History of United Nations and Persons with Disabilities – A human rights approach: the 1970s*, datum pristupa: 16.03.2023. dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-a-human-rights-approach-the-1970s.html>
113. University of Washington (2018), *How to Manage Pain as You Age [Factsheet]. Aging Well with a Physical Disability Factsheet Series*, datum pristupa: 27.03.2023., dostupno na: <https://agerrtc.washington.edu/info/factsheets/pain>
114. Veenhoven, Ruth (2005), “Apparent Quality of life in nations: How long and happy people live?”, *Social Indicators Research*, Vol 71, No. 1-3, str. 61-68.
115. Verdugo, Miguel; Schalock, Roger; Keith, Kenneth K.; Stancliffe, Roger J. (2005), “Quality of life and its measurement: important principles and guidelines”, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 49, No. 10, str. 707-717.
116. Vijeće ministara BiH (2008): *Politika u oblasti invalidnosti u BiH*, “Službene novine BiH”, br. 76/08
117. Vijeće ministara BiH (2013) *Izvešće o provođenju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom u Bosni i Hercegovini*, datum pristupa: 14.04.2023., dostupno na: <http://www.mhrr.gov.ba/PDF/LjudskaPrava/IZVJESCE%20O%20PROVODJENJU%20KONVENCIJE%20UN%20O%20PRAVIMA%20OSOBA%20SA%20INVALIDITETOM.pdf>
118. Vijeće za osobe s invaliditetom (2016), *Brošura Vijeća za osobe sa invaliditetom*, datum pristupa: 26.03.2023., dostupno na: <http://www.mhrr.gov.ba/PDF/LjudskaPrava/Brosura%20Vijeca.pdf>
119. Vlada FBiH (2016) „Strategija za unapređenje prava i položaja osoba s invaliditetom u Federaciji Bosne i Hercegovine (2016-2021)“, datum pristupa: 18.04.2023., dostupno na: [https://fbihvlada.gov.ba/uploads/documents/strategija-za-unapredenje-prava-i-polozaja-osoba-sa-invalidite-compressed\\_1640955588.pdf](https://fbihvlada.gov.ba/uploads/documents/strategija-za-unapredenje-prava-i-polozaja-osoba-sa-invalidite-compressed_1640955588.pdf)
120. WHO (1993), *WHO - QOL study protocol: the development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument* Geneva, World Health Organisation,

121. World Health Organisation (2020), *Disability*, datum pristupa: 24.03.2023., dostupno na: [https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1)
122. World Health Organisation (2023), *Disability Key Facts*, datum pristupa: 25.05.2023. dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
123. World Health Organization (1976), *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, datum pristupa: 24.06.2023., dostupno na: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf?sequence=1)
124. World Health Organization (1996), *Programme on mental health. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version*; Geneva, datum pristupa stranici: 02.03.2023., dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
125. World Health Organization (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, datum pristupa stranici: 22.03.2023. dostupno na: <https://unstats.un.org/unsd/disability/pdfs/ac.81-b4.pdf>
126. World Health Organization (2011), *World Report on Disability*, datum pristupa: 25.03.2023., dostupno na: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
127. Zavod za javno zdravstvo FBiH (2021). *Međunarodni dan osoba s invaliditetom*, datum pristupa 25.05.2023., dostupno na: <https://www.zzjzfbih.ba/svjetski-dan-osoba-s-invaliditetom-03-12/>
128. Zovko, Gojko (1999), "Invalidi i društvo", *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 6 No. 2, str. 105-117.

## PRILOG

### ANKETNI UPITNIK

(Anketni upitnik namijenjen osobama s invaliditetom s područja Zeničko-dobojskog kantona)

Poštovani/a,

Ispred Vas se nalazi anketni upitnik koji će se koristiti u svrhu izrade master teze pod nazivom „Kvalitet života osoba s invaliditetom“ kojim nastoji doći do relevantnih podataka vezanih za kvalitet života osoba s invaliditetom s područja Zeničko-dobojskog kantona. Postavljena pitanja odnose se na isključivo *Vaš* kvalitet života, zdravlje i ostala područja života. Ako Vam je teško izabrati odgovor, izaberite onaj koji Vam se čini najprikladnijim (često je to onaj odgovor na koji prvo pomislite). Na nekim od navedenih pitanja dati su primjeri koji Vam pomažu da razmislite o svom odgovoru. Ne postoje tačni ili pogrešni odgovori, već samo oni koji su za Vas istiniti.

Pažljivo pročitajte pitanja, razmislite o svojim osjećajima i zaokružite broj/odgovor koji je po Vama najispravniji. Ukoliko su Vam potrebni dodatni vizuelni vodiči (u obliku „smajlića“) kako biste bolje iskazali Vaš odgovor, osjećajte se slobodno pitati anketara za iste u printanoj verziji. Također, ukoliko Vam je potrebna nečija pomoć da napiše Vaše odgovore u obrazac, u redu je zamoliti nekoga da to učini za Vas.

*Hvala Vam na saradnji, iskrenim odgovorima i doprinosu u izradi master teze!*

Vaš spol (*Zaokružite odgovarajuću opciju*):

- Žensko
- Muško

Vaša starosna dob (*Zaokružite odgovarajuću opciju*)

- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61- više

Vrsta invalidnosti (*Zaokružite odgovarajuću opciju*)

- Tjelesno oštećenje
- Oštećenje čula vida
- Oštećenje čula sluha
- Intelektualne poteškoće
- Kombinovane smetnje

*Molim Vas, pročitajte svako od pitanja, procijenite Vaše osjećaje i na skali, za svako pitanje zaokružite broj koji vam najbolje odgovara.*

		Vrlo lošim	Prilično lošim	Ni dobro ni loše	Prilično dobro	Vrlo dobro
1.	Kako biste ocijenili kvalitet svog života?	1	2	3	4	5

		Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Zadovoljan
2.	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

*Sljedeća pitanja odnose na to **KOLIKO** ste iskusili određene stvari u posljednje vrijeme:*

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
3.	Koliko Vas fizička bol sprečava u izvršavanju obaveza?	1	2	3	4	5
4.	Koliko Vam je u svakodnevnom životu potrebani neki medicinski tretmani?	1	2	3	4	5
5.	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6.	U kolikoj mjeri Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5
7.	Koliko dobro se možete koncentrisati?	1	2	3	4	5
8.	Koliko se osjećate fizički sigurnim u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9.	Koliko je ekološki sigurna Vaša okolina?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na to **KOLIKO STE POPTPUNO ISKUSILI** ili **BILI U STANJU UČINITI** određene stvari:

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
10.	Imate li dovoljno energije za svakodnevne aktivnosti?	1	2	3	4	5
		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
11.	Jeste li u stanju prihvatiti svoj	1	2	3	4	5

	fizički izgled?					
12.	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje Vaših potreba?	1	2	3	4	5
13.	Koliko su Vam dostupne informacije koje vam trebaju u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
14.	U kojoj mjeri imate prilike za slobodne/rekreativne aktivnosti?	1	2	3	4	5

		Vrlo slabo	Slabo	Ni slabo ni dobro	Dobro	Vrlo dobro
15.	Koliko dobro se možete kretati u okolini?	1	2	3	4	5

Naredna pitanja odnose se na to koliko se **DOBRO** ili **ZADOVOLJNO** osjećate u određenim aspektima života:

		Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Zadovoljan
16.	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	1	2	3	4	5
		Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Zadovoljan

17.	Koliko ste zadovoljni Vašom sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	1	2	3	4	5
18.	Koliko ste zadovoljni Vašom radnom sposobnošću?	1	2	3	4	5
19.	Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
20.	Koliko ste zadovoljni svojim društvenim odnosima?	1	2	3	4	5
21.	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
22.	Koliko ste zadovoljni podrškom koju dobivate od Vaših prijatelja?	1	2	3	4	5
23.	Koliko ste zadovoljni Vašim stambenim uslovima?	1	2	3	4	5
24.	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	1	2	3	4	5
25.	Koliko ste zadovoljni prijevoznim sredstvima koje koristite?	1	2	3	4	5

Naredno pitanje odnosi se na to **KOLIKO** ste **ČESTO** osjećali ili iskusili navedena raspoloženja:

		Nikad	Ponekad	Uobičajeno	Prilično često	Često
26.	Koliko često imate negativna osjećanja?	1	2	3	4	5

#### MODUL VEZAN ZA INVALIDITET

Sljedeće pitanje se odnosi na Vaš invaliditet općenito:

						
--	--	---	--	--	--	---

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
27.	Da li Vaš invaliditet ima negativan utjecaj na svakodnevni život?	1	2	3	4	5

*Sljedeća pitanja odnose se na to kako ste se osjećali povodom određenih stvari, koliko se određene stvari odnose na Vas i koliko ste zadovoljni različitim aspektima svog života u posljednje vrijeme:*

						
		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
28.	Da li osjećate da se ljudi ponašaju nepravedno prema Vama?	1	2	3	4	5
29.	Da li Vam treba neko da se zauzme za Vas kada imate problem?	1	2	3	4	5
30.	Da li se brinete o tome što bi Vam se moglo dogoditi u budućnosti? (Npr. razmišljanje o tome da se nećete moći brinuti o sebi ili da ćete biti nekome na teretu)	1	2	3	4	5

						
		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U značajnoj mjeri	U najvećoj mjeri
31.	Da li osjećate da kontrolišete svoj život? <i>Npr. osjećate li se odgovornim za svoj život</i>	1	2	3	4	5
32.	Da li Vi donosite odluke u vršenju svakodnevnih aktivnosti? <i>Npr. odlučujete li o tome gdje ići, šta jesti, šta raditi</i>	1	2	3	4	5
33.	Da li Vi donosite velike odluke u svom životu? <i>Npr. gde živjeti, s kim živjeti, kako potrošiti novac</i>	1	2	3	4	5
34.	Da li ste zadovoljni Vašom sposobnošću da komunicirate s drugim ljudima? <i>Npr. kako govorite ono što želite reći, kako shvaćate druge, percipirate riječi ili znakove</i>	1	2	3	4	5
35.	Osjećate li se prihvaćeno od strane drugih?	1	2	3	4	5
36.	Smatrate li da Vas drugi ljudi poštuju? <i>Npr. osjećate li da Vas drugi cijene kao osobu i slušaju li ono što im govorite</i>	1	2	3	4	5
37.	Da li ste zadovoljni s prilikama da budete uključeni u društvene aktivnosti? <i>Npr. da se sretnete s prijateljima, izlazite s njima, idete na zabave</i>	1	2	3	4	5
38.	Da li ste zadovoljni prilikama da budete uključeni u lokalne aktivnosti?	1	2	3	4	5
39.	Da li osjećate da će se Vaši snovi, nade i želje ostvariti?	1	2	3	4	5



Obrazac AR

UNIVERZITET U SARAJEVU – FAKULTET POLITIČKIH NAUKA

IZJAVA o autentičnosti radova

Stranica **133** od  
**139**

Naziv odsjeka i/ili katedre: Socijalni rad  
Predmet: Izjava o autentičnosti rada

### IZJAVA O AUTENTIČNOSTI RADA

Ime i prezime: Vasva Smajlović  
Naslov rada: Kvalitet života osoba s invaliditetom  
Vrsta rada: Završni magistarski rad  
Broj stranica: 137

Potvrđujem:

- da sam pročitao/la dokumente koji se odnose na plagijarizam, kako je to definirano Statutom Univerziteta u Sarajevu, Etičkim kodeksom Univerziteta u Sarajevu i pravilima studiranja koja se odnose na I i II ciklus studija, integrirani studijski program I i II ciklusa i III ciklus studija na Univerzitetu u Sarajevu, kao i uputama o plagijarizmu navedenim na web stranici Univerziteta u Sarajevu;
- da sam svjestan/na univerzitetskih disciplinskih pravila koja se tiču plagijarizma;
- da je rad koji predajem potpuno moj, samostalni rad, osim u dijelovima gdje je to naznačeno;
- da rad nije predat, u cjelini ili djelimično, za stjecanje zvanja na Univerzitetu u Sarajevu ili nekoj drugoj visokoškolskoj ustanovi;
- da sam jasno naznačio/la prisustvo citiranog ili parafraziranog materijala i da sam se referirao/la na sve izvore;
- da sam dosljedno naveo/la korištene i citirane izvore ili bibliografiju po nekom od preporučenih stilova citiranja, sa navođenjem potpune reference koja obuhvata potpuni bibliografski opis korištenog i citiranog izvora;
- da sam odgovarajuće naznačio/la svaku pomoć koju sam dobio/la pored pomoći mentora/ice i akademskih tutora/ica.

**Mjesto, datum**  
Sarajevo, 19.09.2023.

**Potpis**