

Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom

Draganić, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:366361>

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

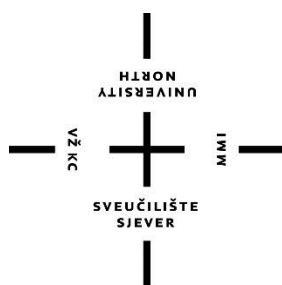
Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





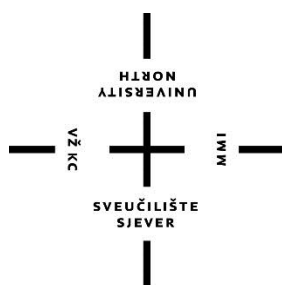
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 971/SS/2018

**Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema
osobama s invaliditetom**

Antonija Draganić, 0722/336

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Sestrinstvo

Završni rad br. 971/SS/2018

Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom

Antonija Draganić

0722/336

Mentor

Jurica Veronek, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

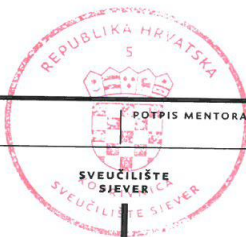
ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Antonia Draganić	MATIČNI BROJ	0722/336
DATUM	KOLEGIJ Zdravstvena njega osoba s invaliditetom		
NASLOV RADA	Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The perception of sisterhood students and nurses towards people with disabilities		
MENTOR	Jurica Veronek, mag. med. techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Špiro Janović, predsjednik 2. Jurica Veronek, mag. med. techn., mentor 3. Pavao Vlahek, dr.med., član 4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	971/SS/2018
OPIS	

U svjetskoj, regionalnoj i nacionalnoj dokumentaciji zastupljenost osoba s invaliditetom u općoj populaciji procjenjuje se najčešće u rasponu od 8 do 10 %. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 650 milijuna ljudi živi s invaliditetom, a u Republici Hrvatskoj, prema Izvješću o osobama s invaliditetom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2017. godinu, živi 511850 osoba s invaliditetom, te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 11,9% ukupnog stanovništva RH. Odnos društva prema osobama s invaliditetom mijenjao se kroz povijest od statusa obespravljenih i proganjanih preko prihvaćeno različitih i društveno separiranih i marginaliziranih do nastojanja da osobe s invaliditetom budu ravnopravni i punopravni članovi društva uključeni u sve segmente društvenih zbivanja i odlučivanja o vlastitom životu, što se nastoji postići donošenjem raznih dokumenata s ciljem promoviranja i zaštite prava i dostojanstva osoba s invaliditetom. No, osobe s invaliditetom još uvijek nisu ravnopravni članovi našeg društva. Nadalje, još uvijek postoji stigmatizacija i marginalizacija osoba s invaliditetom. Medicinske sestre, tako i studenti sestrinstva kao budući zdravstveni djelatnici, često se u svom radu susreću ili će se susretati s osobama s invaliditetom. Tako je u svrhu ovoga rada napravljeno istraživanje o tome što sve utječe na percepciju osoba s invaliditetom, kakva je percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom te postoje li značajne razlike u dvije skupine ispitanika s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, godinu studija, učestalost kontakta s osobama s invaliditetom, razvijenu empatiju, stupanj zadovoljstva vlastitim životom. Dobiveni rezultati usporediti će se s rezultatima sličnih istraživanja. Cilj rada je definirati faktore koji utječu na doživljaj osoba s invaliditetom, zatim analizirati odnos društva prema osobama s invaliditetom, potom, kakvi su stavovi, mišljenje i percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom.

ZADATAK URUČEN



POTPIS MENTORA

Predgovor

Zahvaljujem se svom mentoru, gospodinu Jurici Veroneku, mag. med. techn., na pomoći prilikom odabira teme, na kontinuiranom usmjeravanju i savjetima baziranim na stručnom znanju, koji su uvelike doprinijeli samoj ideji te, u konačnici, i realizaciji rada.

Također, veliko hvala mojoj obitelji na pruženoj podršci i pomoći tijekom protekle tri godine mog školovanja, a ponajviše hvala mojoj majci Bernardici, baki Ljubici i sestri Lani na tome što nikad nisu prestale vjerovati u mene. Hvala i mojim kolegicama Mateji i Tonki na savjetima, potpori i pomoći tijekom studiranja.

„ Postignuća u životu sastoje se od vjere u samoga sebe i predanoga rada.“

Sažetak

Svugdje u svijetu i na svim društvenim razinama prisutne su osobe s invaliditetom. Prema podacima SZO-a, 650 milijuna ljudi živi s invaliditetom, a u Republici Hrvatskoj, prema Izvješću o osobama s invaliditetom HZJZ-a za 2017. godinu, živi 511850 osoba s invaliditetom.

Odnos društva prema njima mijenjao se kroz povijest od statusa obespravljenih i proganjanih, preko prihvaćeno različitih te društveno separiranih i marginaliziranih, do nastojanja da osobe s invaliditetom budu ravnopravni i punopravni članovi društva uključeni u sve segmente društvenih zbivanja i odlučivanja o vlastitom životu, što se nastoji postići donošenjem raznih dokumenata s ciljem promoviranja i zaštite prava i dostojanstva osoba s invaliditetom. No, osobe s invaliditetom još uvijek nisu ravnopravni članovi našeg društva.

Kako su zdravstveni djelatnici, a među njima i medicinske sestre/tehničari kao pružatelji zdravstvene skrbi te studenti sestrinstva kao budući zdravstveni radnici, prvi u kontaktu nakon novostečene ozljede i nerijetko skrbe za osobe s invaliditetom, važno je da njihova percepcija osoba s invaliditetom bude pozitivna.

Sa svrhom ispitivanja percepcije osoba s invaliditetom od strane studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara te detekcije čimbenika koji utječu na njeno formiranje, napravljeno je ovo istraživanje. Istraživanjem su obuhvaćene 652 osobe s područja sjeverozapadne Hrvatske. Te su osobe dale podatke u upitnicima koji su imali preko 50 varijabli, koje su svrstane u četiri skupine: opći podaci, podaci o odnosu prema osobama s invaliditetom, podaci o zadovoljstvu vlastitim životom te niz podataka o percipiranju osoba s invaliditetom. Svi upitnici popunjavali su se online, putem Google aplikacije, tijekom svibnja 2018. godine. Iz dobivene excel datoteke konvertirani su u SPSS datoteku, na osnovu koje su izvedene sve vrste statističkih analiza. Od ukupnog broja ispitanika, njih 89,1% je ženskog spola, prosječna starost ispitanika je $30,3 \pm 10,0$ godina, 70,1% ih je zaposleno. Osobe s invaliditetom kod njih u najvećoj mjeri pobuđuju osjećaj empatije, a najmanje bijesa. Viši stupanj zadovoljstva životom te razvijenija empatija koreliraju s pozitivnijom percepcijom osoba s invaliditetom. Demografski čimbenici te vrsta i učestalost kontakta nisu se pokazali statistički značajnima.

Nužna su daljnja istraživanja sa svrhom detekcije čimbenika utjecaja na percepciju i edukacija studenata sestrinstva od prve godine studija te medicinskih sestara/tehničara u radnom odnosu u vidu cjeloživotnog obrazovanja, kroz intervencije usmjerene na kontakt izvan formalnog odnosa skrbi.

Ključne riječi: osobe s invaliditetom, studenti sestrinstva, medicinske sestre/tehničari, percepcija

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
HZZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
ICF	<i>engl. International Classification of Functioning</i>
PKU	novorođenački skrining na fenilketonuriju
CBR	<i>engl. Community-based rehabilitation</i>

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Pojam percepcije	4
2.1.	Osjeti vs. percepcija	4
2.2.	Faze u procesu percepcije.....	4
2.3.	Pojam perceptivne organizacije	5
3.	Osobe s invaliditetom	6
3.1.	Definiranje osnovnih pojmova	6
3.2.	Invaliditet vs. hendikep	7
3.3.	Terminologija vezana uz osobe s invaliditetom	7
3.4.	Čimbenici koji utječu na invaliditet	8
3.4.1.	Uzroci oštećenja u razvojno – dječjoj dobi.....	8
3.4.2.	Ostali čimbenici koji utječu na invaliditet	10
3.5.	Vrsta i stupanj tjelesnih i mentalnih oštećenja	10
3.5.1.	Oštećenje vida	10
3.5.2.	Oštećenje sluha	11
3.5.3.	Oštećenja govorno–glasovne komunikacije	11
3.5.4.	Oštećenja lokomotornog sustava	12
3.5.5.	Oštećenja središnjeg živčanog sustava	12
3.5.6.	Oštećenja perifernog živčanog sustava	12
3.5.7.	Oštećenja drugih organa i organskih sustava.....	13
3.5.8.	Intelektualne teškoće.....	13
3.5.9.	Autizam.....	13
3.5.10.	Duševni poremećaji	14
3.6.	Prevenција invaliditeta	14
3.6.1.	Prevenција invaliditeta na primarnoj razini	14
3.6.2.	Prevenција invaliditeta na sekundarnoj razini	15
3.6.3.	Prevenција invaliditeta na tercijarnoj razini	16
4.	Rehabilitacijska skrb i uloga medicinske sestre.....	17
4.1.	Pojam rehabilitacije	17
4.2.	Ciljevi rehabilitacije	18
4.3.	Uloga medicinske sestre/tehničara kroz sve tri razine skrbi za osobe s invaliditetom.....	19
4.3.1.	Uloga medicinske sestre/tehničara u zastupanju korisnikovih prava	21
5.	Društvo i osobe s invaliditetom	23
5.1.	Odnos društva prema osobama s invaliditetom kroz povijest.....	23
5.1.1.	Utemeljenje sustava segregacije	24
5.1.2.	Kreiranje sustava integracije	25
5.1.3.	Inkluzivni pristup	27

5.2. Modeli odnosa društva prema osobama s invaliditetom	27
5.3. Suočavanje i reakcije osoba s invaliditetom na osobni invaliditet.....	28
5.3.1. Faze suočavanja s invaliditetom	29
5.3.2. Čimbenici povezani s reakcijom na invaliditet	29
5.4. Stavovi, mišljenje, percepcija i reakcije okoline prema osobama s invaliditetom.....	33
5.4.1. Mišljenje, stavovi i percepcija studenata sestrinstva spram osoba s invaliditetom	35
5.4.2. Stavovi i percepcija medicinskih sestara/tehničara spram osoba s invaliditetom	37
6. Cilj istraživanja	40
7. Metodologija istraživanja.....	41
8. Rezultati istraživanja.....	43
8.1. Deskriptivna statistička analiza	43
8.2. Inferencijalna statistička analiza	56
8.3. Multipla regresijska analiza	66
9. Zaključci u vezi hipoteza	67
10. Rasprava.....	71
11. Zaključak.....	75
12. Literatura.....	78

1. Uvod

Svijet oko sebe spoznajemo putem svojih osjetila od najranijih dana. Oko nas se neprestano odvijaju razni fizikalni i/ili kemijski procesi, čija energija djeluje kao podražaj koji se živčanim sustavom prenosi do mozga. U mozgu se vrše složene operacije obrade podataka. Kao rezultat takve mozgovne obrade osjetnih informacija nastaje percepcija, odnosno opažajna psihička funkcija kojom ljudski duh sebi predočava predmete i sam taj čin. Ona je cjelovit doživljaj kojim pojedinac preko svojih osjetila odražava predmetni (objektivni) svijet; to su osjetni podaci spojeni u cjelovit oblik. [1] Složena smo bića, djelujemo instinktivno, ali i prema naučenom. Katkad se ono naučeno teško mijenja i ispravlja. Skloni smo odbijati sve što je drugačije od nas, nerijetko se plašimo različitog. Osobe s invaliditetom različite su od ostalih, od osoba bez invaliditeta, zbog nečega što nisu same birale, zbog bilo kakvog funkcijskog ograničenja ili sužavanja sposobnosti izvršenja neke aktivnosti koje je nastalo kao posljedica bolesti, ozljede ili prirođenog defekta. Kao takve su u društvu stavljene u položaj manjinske populacije, koja mora „vikati“ i „gristi zubima“ ne bi li postala ravnopravan član društva.

Procesom razvoja društva mijenjali su se odnos i stavovi prema osobama koje se u tjelesnom ili mentalnom funkcioniranju razlikuju u odnosu na drugu populaciju. [2]

Zajednica se kroz povijest prema osobama s invaliditetom odnosila različito, ovisno o stupnju ekonomskog i kulturnog razvoja te niza drugih okolnosti, od potpuno nehumanog odnosa i stigmatizacije, ignoriranja i pasivnog stava, do integracije i jednakih mogućnosti. [3,4]

Mijenjao se i model skrbi za osobe s invaliditetom, od vjerskog modela usmjerenog na osobu kao žrtvu, preko medicinskog modela usmjerenog na specifična oštećenja koja osobu s invaliditetom stavljaju u okvire kliničke prakse, do socijalnog modela kojim se prepoznaju potrebe pojedinca kako bi mogao preuzeti kontrolu nad svojim životom i potrebama te participirati u društvu. [2,4]

Danas je općeprihvaćeno da je invaliditet produkt interakcije karakteristika osobe i njene okoline. Tako je u ICF invaliditet opisan kao multidimenzionalni fenomen koji proizlazi iz dinamike interakcije između ljudi i njihovih fizičkih i socijalnih okolina. [5] Invaliditet narušava prostorni integritet samoga čovjeka pri čemu se kao posljedica javlja otežana komunikacija osobe s invaliditetom i njegove okoline. [4] Osjetljivo društvo može, otklanjanjem prepreka koje su razlog onesposobljenju, uvelike doprinijeti funkcioniranju osoba s invaliditetom. [2] Nažalost, osobe s invaliditetom ostaju i danas, unatoč pravima i mogućnostima, okarakterizirane kao najmanje obrazovana, uglavnom nezaposlena i najsiromašnija skupina u društvu. [4,6] Smatra se da stavovi društva utječu na ponašanje i doživljaj osoba s invaliditetom. Pretpostavke i stereotipi o invaliditetu su u tolikoj mjeri ukorijenjeni u društvu da toga nismo ni svjesni. [7] Negativni

stavovi pogoduju ponašanju koje stvara, pojačava i utemeljuje društvene prepreke prema osobama s invaliditetom, sprječavajući njihovo uključivanje u mnoge životne aktivnosti, među kojima su zapošljavanje i rad. [8]

Percepcija je velikim dijelom naučena, a i stavovi se smatraju naučenom dispozicijom koja je, kao komponenta sastavljena od triju elementa (uvjerenja, osjećaja i namjere djelovanja), otvorena za promjene pod utjecajem novih iskustava. [9,10,11] To je jedan dugotrajan i kompleksan proces za koji je potrebno stvoriti uvjete, odnosno potrebno je omogućiti interakciju osoba s i bez invaliditeta. Jedne od prvih lekcija o ljudskim odnosima stječu se interakcijom djece s njihovim vršnjacima u predškolskim ustanovama. Uključivanjem djece s teškoćama u razvoju u redovni sustav odgoja i obrazovanja može se i treba osigurati interakcija s ostalom djecom bez invaliditeta. Dokazano je da se putem pozitivnog, izravnog iskustva s djecom s razvojnim teškoćama, kao i kroz neizravno iskustvo (informiranje putem knjiga, vođenih diskusija ili sličnih aktivnosti) stavovi djece mogu mijenjati u vrlo kratkom periodu. [12]

Veća interakcija, veće znanje, više informacija o osobama s invaliditetom i veća informiranost osoba bez invaliditeta zasigurno mogu doprinijeti pozitivnijim stavovima, doživljaju odnosno sveukupnoj percepciji osoba s invaliditetom.

Zdravstveni djelatnici, uključujući i medicinske sestre/tehničare, među prvim su osobama s kojima onesposobljena osoba ima kontakt pa tako njihovi stavovi prema osobama s invaliditetom imaju značajnu ulogu pri određivanju odgovora na liječenje, ishod rehabilitacije i reintegraciju osobe s invaliditetom u društvo. [13]

O stavovima i percepciji zdravstvenih djelatnika ovisi kvaliteta pružene skrbi, prilagodba osoba s invaliditetom na njihov invaliditet, samopoimanje i samoprihvatanje osoba s invaliditetom. Medicinske sestre/tehničari nerijetko se u svom radu susreću s osobama s invaliditetom. Kako osobe s invaliditetom često prepoznaju neprikladne stavove i ponašanje osoblja kao najveću zapreku u korištenju zdravstvenih usluga, tako je važno da medicinske sestre/tehničari razvijaju i/ili održavaju pozitivne stavove od najranijih dana svoga obrazovanja. [11,14]

Prethodna su istraživanja pokazala da stavovi zdravstvenih djelatnika odražavaju ili čak mogu biti lošiji od često negativnih i neprihvatljivih stavova prema osobama s invaliditetom u općoj populaciji. [11,13,15]

Što se tiče stavova stručnjaka zdravstvene skrbi prema osobama s invaliditetom, otkriveno je pet glavnih problema: nedostatak specifičnih znanja za provođenje zdravstvenih procjena specifičnih za invaliditet, nedovoljne vještine za rješavanje složenih potreba povezanih s invaliditetom, nelagoda u radu s osobama s invaliditetom, izazovi komunikacije i postojanje zablude o invaliditetu. [16,17,18,19]

Kao najčešće spominjani faktori utjecaja na stavove i percepciju prema osobama s invaliditetom navode se spol, dob, razina obrazovanja, kvaliteta i učestalost kontakta s osobama s invaliditetom, prisutnost osobe s invaliditetom u bližoj okolini ili obitelji. Empatija i stupanj zadovoljstva vlastitim životom također utječu na doživljaj i odnos spram osoba s invaliditetom. Važno je saznanje da je oblik kontakta s osobama s invaliditetom bolji prediktor stavova i percepcije od količine kontakta i iskustva unutar odnosa davatelj-primatelj skrbi. [11,21,22,23]

Promjenama u kurikulumu obrazovanja za zdravstvenu njegu ili specifičnim intervencijama može se učinkovito utjecati na promjenu stavova studenata. Doista, nedavna istraživanja sugeriraju da se stavovi i percepcija studenata sestrinstva prema osobama s invaliditetom mogu poboljšati različitim obrazovnim programima, koji bi uključivali izravni kontakt i rad s osobama s invaliditetom, iskustvene kampove učenja, simulacijske vježbe ili kombinacije strategija. [11,24,25,26,27,28,29]

Poboljšanju vodi odmak od formalnih oblika skrbi i edukacijskih programa i intervencija fokusiranih isključivo na pružanje funkcionalnog kontakta i radnog iskustva s osobama s invaliditetom, koji kao takvi ne moraju nužno biti učinkoviti u promjeni stavova i percepcije u pozitivnom smjeru. [11]

Zaposlenim medicinskim sestrama/tehničarima treba pružiti dodatnu mogućnost stjecanja specifičnih znanja i informacija kroz cjeloživotno obrazovanje, dok studentima sestrinstva, kao budućim zdravstvenim djelatnicima koji će se nerijetko susretati s osobama s invaliditetom u svom radu, treba od samog početka studija pružiti što više informacija, znanja i izravnog kontakta s osobama s invaliditetom.

2. Pojam percepcije

Percepcija je riječ latinskoga podrijetla. Dolazi od lat. *percipere*, što znači usvojiti. U prijevodu, percepcija je primjećivanje, zamjećivanje, zamjedba, opažajna psihička funkcija kojom ljudski duh sebi predočava predmete i sam taj čin. Ona je cjelovit doživljaj kojim pojedinac preko svojih osjetila odražava predmetni (objektivni) svijet odnosno, to su osjetni podaci spojeni u cjelovit oblik. [1]

Ljudski je organizam građen tako da može opaziti za njega važne promjene u okolini. Do tijela dolaze razni fizikalni i/ili kemijski procesi koji se neprekidno oko njega odvijaju. Dakle, fizikalna ili kemijska energija koja stiže do ljudskih osjetila predstavlja podražaje koji se živčanim sustavom prenose do mozga. Tako se mogu vidjeti boje, čuti zvukovi, osjetiti toplina, itd. Navedeni doživljaji nazivaju se osjetima. Za doživljaj osjeta potrebni su: receptor (osjetne stanice u organu), senzorni živac, senzorni centar smješten u kori velikoga mozga. Najjednostavnije rečeno, osjeti su doživljaji koji nastaju kao posljedica djelovanja podražaja na osjetne organe. [30]

Vlastiti osjeti ne doživljavaju se zasebno. Drugim riječima, ne prima se mnoštvo osjetnih podataka iz okoline, već se ta okolina opaža na smislen način. Rezultat takve mozgovne obrade osjetnih informacija naziva se percepcija. [30]

2.1. Osjeti vs. percepcija

Razlika između osjeta i percepcije nije uvijek jasna. Riječ je o usko povezanim procesima. [30] Osjeti su dijelovi percepcije. Oni su samo elementi od kojih se sastoji složeniji, cjelovit doživljaj – percepcija. [31]

Percepcija nije „fotografija“ objektivne stvarnosti, već je interpretacija te stvarnosti. Ona je aktivni proces organiziranja, integriranja i interpretiranja osjetnih informacija. [4] Zapravo, percepcija je složen proces kojim ljudi odabiru, organiziraju i interpretiraju osjećajne stimulanse u, za njih, značajnu sliku svijeta. [32]

Percepcije pojedinih ljudi, u vezi s istim objektivnim situacijama, ne moraju se slagati. Na selektivnost percepcije tako utječu motivi, stavovi, raspoloženje, pažnja, stupanj naobrazbe i specifičnost spoznajne strukture pojedinca, itd. [32]

2.2. Faze u procesu percepcije

Dvije su funkcije percepcije: utvrđivanje što percipirani predmeti jesu (prepoznavanje ili rekognicija) i utvrđivanje gdje se predmeti nalaze (lokalizacija). [31]

Faze u procesu percepcije su:

- izloženost
- pažnja
- interpretacija (stimulansa, pojedinca i situacije): afektivna i kognitivna
- pamćenje [33]

2.3. Pojam perceptivne organizacije

Pojam perceptivne organizacije označava način na koji mozak organizira pojedinačne osjete u smislene percepcije. Percepcija je velikim dijelom naučena i ona je automatski proces. Nije zbroj pojedinih elemenata iz kojih je nastala. Početkom dvadesetoga stoljeća skupina njemačkih psihologa zastupala je ideju da ljudi uvijek organiziraju pojedinačne osjete kao cjeline. Oni su utemeljili pravac koji je u psihologiji i danas poznat pod nazivom geštaltizam. Njemačka riječ *Gestalt* označava obličje ili cjelinu. Osnovna je ideja geštaltističke psihologije da percepcija nije jednostavan zbroj pojedinačnih osjeta iz kojih je sastavljena. U procesu percipiranja čovjek formira smislene cjeline (geštalte). Geštaltistički orijentirani psiholozi pokušali su pronaći načela perceptivne organizacije, koja mozak koristi pri formiranju tih smislenih cjelina. Posebno su naglašavali važnost dva načela: perceptivnog grupiranja i razlikovanja figure i pozadine. [30]

3. Osobe s invaliditetom

3.1. Definiranje osnovnih pojmova

Prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, oštećenje zdravlja je nedostatak, gubitak ili nepravilnost anatomske građe, fiziološke ili psihičke funkcije. [34]

Invaliditet (nesposobnost) je trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak (koji proizlazi iz oštećenja zdravlja) sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti, u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života. [34] Definira se ovisno o individualnom funkcioniranju i, pod pretpostavkom da više nema aktivnog bolesnog procesa, za tu je osobu nepromjenjiv. [35]

Hendikep je stanje koje proizlazi iz nekog trajnog oštećenja ili invaliditeta, koji ograničava ili sprječava izvršenje aktivnosti, koja je uobičajena u svijetu pojedinca i označava okolnosti u kojima se, ovisno o dobi, spolu, socijalnim i kulturnim čimbenicima, nalazi osoba s invaliditetom. [34]

Težina invaliditeta je stupanj ograničenja učinka aktivnosti osobe s invaliditetom. [34]

U Deklaraciji o pravima osoba s invaliditetom, koju je 2005. godine donio Hrvatski sabor, osoba s invaliditetom je svaka osoba koja je zbog tjelesnog i/ili mentalnog oštećenja, privremenog ili trajnog, prošlog, sadašnjeg ili budućeg, urođenog ili stečenog pod utjecajem bilo kojeg uzroka, izgubila ili odstupa od očekivane tjelesne ili fiziološke strukture te je ograničenih ili nedostatnih sposobnosti za obavljanje određene aktivnosti na način i u opsegu koji se smatra uobičajenim za ljude u određenoj sudbini. [36]

Tako se u kategoriji osoba s invaliditetom podrazumijevaju osobe s tjelesnim i/ili mentalnim oštećenjima koja uključuju:

1. oštećenje vida
2. oštećenje sluha
3. oštećenja govorno–glasovne komunikacije
4. oštećenja lokomotornog sustava
5. oštećenja središnjeg živčanog sustava
6. oštećenja perifernog živčanog sustava
7. oštećenja drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni)
8. intelektualna oštećenja/mentalna retardacija
9. autizam

10. duševni poremećaji

11. više vrsta oštećenja (uključuje dva ili više od prethodno navedenih oštećenja). [34]

3.2. Invaliditet vs. hendikep

Ova dva pojma potrebno je razumjeti i razlikovati kada se govori o prihvatanju invaliditeta jer, biti invalid je jedna, a biti hendikepiran sasvim druga stvar. [35,37]

Hendikepi nisu uvijek posljedica invaliditeta jer, na primjer, pripadnici nacionalnih manjina mogu u nekom društvu biti hendikepirani isto kao što to mogu biti i većinski ljudi koji bi se željeli baviti nečim za što nemaju sposobnosti. [37] Objašnjenje toga da su pripadnici etničkih manjina hendikepirani leži u tome da su hendikepirani zbog jasno vidljivih tjelesnih osobina, a ne zbog invaliditeta. Hendikep tako označava ometanje koje osoba s invaliditetom doživljava u ograničavajućoj okolini, definira se kroz socijalne posljedice i kao takav ima veliki raspon, ovisno o tome što osoba pokušava činiti i koje su joj ponuđene okolinske mogućnosti. [35]

S druge strane, invaliditet ili nesposobnost odnosi se na bilo kakvo funkcijsko ograničenje ili sužavanje sposobnosti izvršenja neke aktivnosti kao posljedice bolesti, ozljede ili prirođenog defekta, koji mogu biti anatomske, fiziološke, psihološke. Definiran je ovisno o individualnom funkcioniranju te tijekom života ostaje relativno nepromijenjen. [35,37]

Veći dio hendikepiranja koji osobe s invaliditetom doživljavaju nametnut im je od strane ljudi u njihovoj fizičkoj okolini te putem društvenih pravila, vrijednosti, stavova i očekivanja. [35]

3.3. Terminologija vezana uz osobe s invaliditetom

Kroz povijest su se mijenjali pojmovi koji označavaju osobe s invaliditetom jer su se, u skladu s razvojem društva, mijenjali stavovi i odnos prema osobama koje se razlikuju u tjelesnom ili mentalnom funkcioniranju spram ostale populacije. Razlozi za traženje i pronalazak prikladne jezične promjene bili su potaknuti potrebom da se posvjedoči kako je osoba s nekim oštećenjem prije svega osoba te joj kao takvoj treba pružiti poštovanje i omogućiti razvoj svih potencijala. Termin „invalidi“ dolazi od latinske riječi *invalidus*, što znači manje vrijedan, nejak, nemoćan i slab. S obzirom na to da bi taj termin označavao onoga koji manje vrijedi, popraćen je negativnom konotacijom.[2]

Slično terminu defektnost, kao što je prethodno navedeno, on ima negativni prizvuk jer se, umjesto preostalih sposobnosti kod osobe, u prvi plan stavljaju njena ograničenost, smetnja, nesposobnost i sl. te se tako pridonosi stigmatizaciji i etiketiranju osoba na koje se odnosi. Kako su termini s negativnom konotacijom pod udarom kritike kojom se zahtijeva uvođenje

afirmativne terminologije, tako su se u djelatnostima socijalne skrbi i prosvjete, ne samo u Hrvatskoj nego i u inozemstvu, sve češće susretali alternativni termini kao: smetnje, teškoće, pa i posebne potrebe, koji su na tragu ublažavanja negativnog prizvuka, ali i oni, iako u manjoj mjeri, pridonose obilježavanju. [38]

Umjesto termina invalidnost, nerijetko se koristio i termin hendikepiranost (handicap – handicapped), koji je kovanica engleskih riječi *hand* (ruka) i *cap* (kapa), a asocira na povijesno težak socijalni položaj i siromaštvo invalida. Hendikep označava gubitak, nedostatak ili ograničenje mogućnosti, prigode ili šanse za ravnopravno sudjelovanje u životu društvene zajednice. Njime se pojašnjava nesuglasje ili suprotnost, pa i sukob, između osobe i njene okoline zbog čega je nužno dijagnosticirati i kontrolirati ne samo činitelje na strani osobe, nego i na strani njene okoline, koji podupiru ili koče ostvarivanje jednakih mogućnosti svima. [38]

Kako bi se stavio naglasak na osobu, čovjeka u cjelini i istaknula njegova osobnost, u Ustavu Republike Hrvatske 2010. godine usvojene su izmjene terminologije o osobama s invaliditetom, u kojima je predloženo usklađivanje termina, u kojima se riječi „invalidne osobe“ zamjenjuju riječima „osobe s invaliditetom“. Uz navedeno se preporučuje i korištenje sljedećih termina: osoba koja se kreće uz pomoć invalidskih kolica, osoba s teškoćama u kretanju (umjesto invalidi prikovani uz kolica), osoba oštećena sluha, osoba oštećena vida, osoba s multiplom sklerozom, osoba s mišićnom distrofijom, osobe s intelektualnim teškoćama (umjesto osobe s mentalnom retardacijom ili mentalno retardirane osobe jer je termin retardiran u kolokvijalnom govoru dobio izrazito pogrdno značenje), osoba sa psihosocijalnim invaliditetom (umjesto psihijatrijski pacijenti, psihički/duševni bolesnici, mentalni bolesnici). [2] No, danas se još uvijek, u svakodnevnom govoru, može susresti velik broj neadekvatnih izraza koji se odnose na osobe s invaliditetom i koji, nemalo puta, mogu biti uvredljivi za njih kao osobe.

Nadalje, rasprava o nazivlju možda nikada u potpunosti neće biti riješena. Prema riječima Evana Kempa, citiranog u jednom novinskom članku, nazivlje koje se odnosi na bilo koju skupinu koja je u nepovoljnom položaju i dalje će se mijenjati sve dok ne nestane stigma vezana za tu skupinu i dok oni ne postanu uistinu jednaki članovi društva. [35,39]

3.4. Čimbenici koji utječu na invaliditet

3.4.1. Uzroci oštećenja u razvojno – dječjoj dobi

Čimbenici koji dovode do oštećenja, čija je posljedica invaliditet, mogu nastati u prenatalnom, perinatalnom i postnatalnom razdoblju. Mogu biti biološki, psihološki ili socijalno uvjetovani ili biti rezultat kombinacije nekih od čimbenika. [2]

Kad su u pitanju prenatalna oštećenja posebno je osjetljivo razdoblje fetusa koje traje od devetog do trideset i osmog tjedna. U njemu se nastavlja rast i razvoj oblikovanih organskih struktura započet u razdoblju embrija. U ovom su razdoblju moguća oštećenja koja se ne otkriju uvijek neposredno po rođenju. Zapravo, otkrije se tek 3 do 5% djece s određenim poremećajima, a veliki dio urođenih poremećaja (oko 6 do 7%) otkriva se tek u predškolskoj dobi. [2,40] Nasljednost, koja uključuje prirođene greške koje se nasljeđuju autosomno recesivno te abnormalnosti gena koji se nasljeđuju po Mendelu, također je čest uzrok invaliditeta u prenatalnom razvoju. [2,41]

Teratogeni čimbenici najčešći su prenatalni čimbenici koji mogu biti uzrok oštećenjima. Teratogeni koji mogu oštetiti plod su: infektivne bolesti, droge, alkohol, lijekovi, kemijske tvari iz okoline, dob roditelja, prehrana majke, ionizirajuće zračenje. Navedeni čimbenici predstavljaju negenetske čimbenike koji mogu dovesti do poremećaja razvoja embrija i fetusa. Njihov učinak na embrij i fetus ovisi o brojnim čimbenicima kao što su genetska struktura organizma te vrijeme, količina, vrsta i duljina djelovanja teratogena. Oštećenje tkiva organa ili zastoja u rastu organa nastaje u vremenu djelovanja teratogena u fazi organogeneze (drugi do osmi tjedan). Teratogeni mogu na plod djelovati i direktnim prolazom kroz majčino mlijeko (zračenje), kroz placentarnu membranu (kemijske tvari) te traumom. [2]

Nepovoljne okolnosti koje se događaju od početka do završetka poroda (perinatalno razdoblje) mogu uzrokovati razna oštećenja ploda. Najčešći uzroci su nesrazmjer porođajnog kanala i veličine djeteta te razni čimbenici koji imaju utjecaj na vremensko trajanje poroda. Posljedice kompliciranog poroda zavise od težine i lokacije oštećenja. Kao najčešće se navode krvarenja, hipoksija i porođajne traume. Česte posljedice su cerebralna paraliza, intelektualna oštećenja, neurološki deficiti od minimalnih do opsežnih te različiti oblici poremećaja ponašanja. [2] Zastupljenost porođajnih trauma u odnosu na broj poroda je od 2 do 4%. [41]

Postoje različiti postnatalni čimbenici koji mogu utjecati na oštećenje i invaliditet u razdoblju nakon poroda pa sve do prestanka razvojnog doba (otprilike osamnaest godina života). Česti uzroci oštećenja su i prijevremeni porodi ili preneseni porod koji rezultira rizičnim djetetom (dijete rođeno nakon rizičnog poroda ili rizične trudnoće i kod kojeg postoji mogućnost oštećenja ili razvojnih poremećaja). Također, okolina koja zanemaruje i zlostavlja dijete utječe na brojna psihofizička oštećenja djeteta. [2]

Socijalno-kulturni, tj. ambijentalni čimbenici, rijetko ili gotovo nikada sami po sebi i sami za sebe ne generiraju invalidnost, nego se uvijek javljaju zajedno s već spomenutim ili drugim mogućim uzrocima. Ipak, socijalno deprivirana, odnosno subkulturna okolina, koja se značajno razlikuje od kulture šireg društva ili je čak s njome u sukobu, nije dovoljno stimulativna za razvoj osobe, a nerijetko ga može usporavati i kočiti. [38]

3.4.2. Ostali čimbenici koji utječu na invaliditet

Invaliditet u odrasloj i dječjoj dobi najčešće nastaje kao posljedica padova, nesreća, trovanja i bolesti. Teže traume, kao što su frakture kralježnice s oštećenjem leđne moždine, imaju za posljedicu kvadriplegiju i paraplegiju. Kraniocerebralne ozljede također mogu rezultirati teškim posljedicama fizičkog i psihičkog invaliditeta. Politraume, opekline ili smrzotine i traume s posljedičnom amputacijom ekstremiteta, česti su uzroci invaliditeta. [2]

O akutnim ili kroničnim traumama kao uzrocima invaliditeta govori se kad do trauma mišićno-koštanog tkiva dovedu loše držanje, mišićna neuravnoteženost, refleksna iritacija i zamor mišića te pretilost. Ozljede nastale direktnom traumom pokazuju sklonost poboljšanju za razliku od onih koje se razvijaju polako pa često postaju kronične i stalno se pogoršavaju. Kronična stanja invaliditeta mogu se razviti i poslije akutnih trauma s ili bez vidljive vanjske sile. Traume mišića i kosti dovode do ograničenja ili nemogućnosti pokreta te posljedično rezultiraju nepokretnošću ili smanjenom pokretljivošću osobe. [2]

Osim nasljednih bolesti, invaliditet mogu uzrokovati i razne vrste stečenih bolesti. Upravo autoimune bolesti, kao što su Chronova bolest, psorijaza, multipla skleroza, reumatoidni artritis, hipotireoidizam, sistemski eritematozni lupus, miastenija gravis i sl., čine veliki dio bolesti koje uzrokuju težak invaliditet. One se najčešće javljaju kod osoba s genetskom predispozicijom, no potaknute stresom i nekim vanjskim čimbenicima poput načina života, podneblja, prehrane itd. Više od 40 vrsta bolesti klasificirano je kao sigurno ili vjerojatno autoimunog porijekla, dok je njihova učestalost u populaciji procijenjena na 5 do 7% na svjetskoj razini. [2]

Kronične nezarazne bolesti značajan su uzročnik invaliditeta jer mogu uzrokovati cerebrovaskularni inzult, infarkt miokarda, amputacije udova, nepokretnost te općenito gubitak kvalitete života. [2] Njihova učestalost u populaciji u Europi, pa tako i u Hrvatskoj, veća je od 80%. One su i vodeći uzrok smrti u svijetu jer je, prema procjenama, od bolesti srca i krvnih žila u godinu dana umrlo 17 milijuna ljudi. Na drugom su mjestu smrtnosti zloćudne bolesti od kojih je umrlo 7,6 milijuna ljudi, a značajan udio zauzimaju i kronične nezarazne bolesti koje uključuju astmu i kroničnu opstruktivnu plućnu bolest te dijabetes. [2,42]

3.5. Vrsta i stupanj tjelesnih i mentalnih oštećenja

3.5.1. Oštećenje vida

Oštećenja vida su sljepoća i slabovidnost. Sljepoća se prema stupnju oštećenja vida dijeli na:

- potpuni gubitak osjeta svjetla (amauroza) ili na osjet svjetla bez ili s projekcijom svjetla,

- ostatak vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,02 (brojenje prstiju na udaljenosti od 1 metra) ili manje,
- ostatak oštine vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,02 do 0,05,
- ostatak centralnog vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,25 uz suženje vidnog polja na 20 stupnjeva ili ispod 20 stupnjeva,
- koncentrično suženje vidnog polja oba oka s vidnim poljem širine 5 stupnjeva do 10 stupnjeva oko centralne fiksacijske točke,
- neodređeno ili nespecificirano. [34]

Sljepoćom u smislu potrebe edukacije na Brailleovom pismu smatra se nesposobnost čitanja slova ili znakova veličine Jaeger 8 na blizinu.

Slabovidnost se prema stupnju oštećenja vida dijeli na:

- oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,1 do 0,3 i manje,
- oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,3 do 0,4,
- neodređeno ili nespecificirano. [34]

3.5.2. Oštećenje sluha

Oštećenja sluha su gluhoća i naglušost. Gluhoćom se smatra gubitak sluha u govornim frekvencijama od 500 do 4000 Hz, odnosno veći od 81 decibela. Nagluhošću se smatra oštećenje sluha od 25 do 80 decibela, a prema stupnju oštećenja sluha naglušost se dijeli na:

- lakše oštećenje sluha od 25 do 35 decibela na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000 Hz),
- umjereno oštećenje sluha od 36 do 60 decibela na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000 Hz),
- teže oštećenje sluha od 61 do 80 decibela na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000 Hz),
- neodređeno ili nespecificirano. [34]

3.5.3. Oštećenja govorno–glasovne komunikacije

Oštećenja govorno-glasovne komunikacije su ona oštećenja kod kojih je zbog anatomskih ili funkcionalnih oštećenja komunikacija govorom otežana ili ne postoji. Ova se oštećenja ocjenjuju u okviru osnovnog oboljenja. [34]

Oštećenja govorno-glasovne komunikacije su:

- oštećenja govora,

- oštećenja glasa,
- oštećenja čitanja,
- oštećenja pisanja,
- oštećenja računanja. [34]

3.5.4. Oštećenja lokomotornog sustava

Oštećenje lokomotornog sustava je trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi, a prema mjerilima težine invaliditeta:

- za pokretanje tijela (hodanje, premještanje, ručnu aktivnost) potrebna su određena ortopedska pomagala (proteze, aparati, štace ili invalidska kolica i dr.),
- nemogućnost samostalnog održavanja osobne njege (kupanje, oblačenje, obuvanje ili obavljanje fizioloških potreba) ili nemogućnost samostalnog pripremanja i uzimanja hrane,
- nemogućnost samostalnog pokretanja tijela niti uz pomoć ortopedskih pomagala. [34]

3.5.5. Oštećenja središnjeg živčanog sustava

Oštećenje središnjega živčanog sustava je trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi, a prema mjerilima težine invaliditeta:

- za pokretanje tijela (hodanje, premještanje, ručna aktivnost) potrebna su određena ortopedska pomagala (proteze, aparati, štace ili invalidska kolica i dr.),
- nemogućnost samostalnog održavanja osobne njege (kupanje, oblačenje, obuvanje ili obavljanje fizioloških potreba) ili nemogućnost samostalnog pripremanja i uzimanja hrane,
- nemogućnost samostalnog pokretanja tijela niti uz pomoć ortopedskih pomagala. [34]

3.5.6. Oštećenja perifernog živčanog sustava

Oštećenje perifernoga živčanog sustava je trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi, a prema mjerilima težine invaliditeta:

- za pokretanje tijela (hodanje, premještanje, ručna aktivnost) potrebna su određena ortopedska pomagala (proteze, aparati, štace ili invalidska kolica i dr.),
- nemogućnost samostalnog održavanja osobne njege (kupanje, oblačenje, obuvanje ili obavljanje fizioloških potreba) ili nemogućnost samostalnog pripremanja i uzimanja hrane,
- nemogućnost samostalnog pokretanja tijela niti uz pomoć ortopedskih pomagala. [34]

3.5.7. Oštećenja drugih organa i organskih sustava

Oštećenje drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni sustav) označava trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno udovoljiti nekoj od osnovnih životnih zahtjeva, kao što su:

- nemogućnost samostalnog kretanja izvan stana radi ostvarivanja osnovnih životnih potreba,
- nemogućnost samostalnog održavanja osobne njege (kupanje, oblačenje, svlačenje, obuvanje ili obavljanje fizioloških potreba),
- nemogućnost održavanja života bez korištenja određenog uređaja, naprave ili postupka kao što je: dijaliza, sonda, gastrostoma, Pudenzova pumpa, kateter i dr. [34]

3.5.8. Intelektualne teškoće

Intelektualne teškoće označavaju stanja u kojima je značajno otežano uključivanje u društveni život, a povezano je sa zaustavljenim ili nedovršenim razvojem intelektualnog funkcioniranja što je utvrđeno na osnovi medicinske, psihološke, defektološke i socijalne ekspertize. [34]

Intelektualna razina izražava se kvocijentom inteligencije od 0 do 69 prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema. [34]

Stupnjevi intelektualnih teškoća su:

- laka (približni IQ 50 do 69),
- umjerena (približni IQ od 35 do 49),
- teža (približni IQ 20 do 34),
- duboka (približni IQ ispod 20). [34]

3.5.9. Autizam

Autizam je stanje u kojem je došlo do poremećaja emocionalne stabilnosti, inteligencije, psihomotornih sposobnosti, verbalne i socijalne komunikacije. Osnovna znakovitost autizma je povlačenje u sebe, poremećaji glasnogovorne komunikacije i nesvrhovita aktivnost i perseveracija. [34]

3.5.10. Duševni poremećaji

Duševni poremećaji izražavaju se promjenama u ponašanju i u reakcijama, za koje je, na osnovi medicinske, psihološke, defektološke i socijalne ekspertize utvrđeno da su uzrokovani organskim čimbenikom ili psihozom raznih etiologija. [34]

Promjenama u ponašanju i reakcijama smatraju se:

1. dugotrajni poremećaji osobnosti i poremećaji ponašanja s dubokom regresijom osobnosti ili s teškim zakazivanjem u socijalnom kontaktu,
2. organski uvjetovani duševni poremećaji s progresivnim tijekom koji se očituju teškim oštećenjima u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju,
3. psihoze prema učestalosti psihotičnih epizoda i oštećenja osobnosti:
 - s jednom ili dvije akutne psihotične epizode u određenim vremenskim razmacima (dulje remisije) uz blaže oštećenje osobnosti,
 - s učestalim recidivima psihotičnih epizoda uz izraženo oštećenje osobnosti,
 - s dugotrajnim progresivnim tijekom uz izraženu dezorganizaciju osobnosti. [34]

3.6. Prevencija invaliditeta

Prevencija invaliditeta provodi se mjerama na tri razine prevencije: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. [1]

3.6.1. Prevencija invaliditeta na primarnoj razini

Primarna prevencija obuhvaća mjere koje poduzima društvo i zdravstvena služba sa svrhom sprječavanja bolesti, ozljeda ili kongenitalnih stanja koja mogu dovesti do oštećenja ili invaliditeta. Prema tome, cilj primarne prevencije je smanjiti ili ukloniti rizične čimbenike koji su povezani s pojedinom vrstom oštećenja. To se nastoji postići kroz sljedeće aktivnosti: edukaciju usmjerenu na način života, odmor, prehranu, vježbe, prepoznavanje rizičnih čimbenika za nastanak invaliditeta, mjere sigurnosti na radu, u kući, prometu i okolišu. U tu se svrhu provode mjere zaštite okoliša s građevinskog i ekološkog aspekta, zaštite na radu, edukacije stanovništva, pruža se rana i pravilna perinatalna skrb, vrši se priprema za roditeljstvo te imunizacija djece i rizične populacije. [2]

Fizička ozljeda može dovesti do oštećenja tjelesnog funkcioniranja te onemogućiti ljude u smislu njihovog fizičkog, mentalnog ili socijalnog funkcioniranja. Način na koji ljudi reagiraju na tjelesno oštećenje, zajedno s društvenim i okolišnim kontekstom u kojem žive, određuje

stupanj invaliditeta povezanog sa samom ozljedom. Individualna sposobnost pojedinca da se nosi s tjelesnim oštećenjem, kao i šira društvena situacija, pruža mogućnosti da se smanji mjera u kojoj tjelesne ozljede mogu dovesti do invaliditeta. Upravo su psihosocijalne intervencije vrsta intervencija koje imaju svoj primarni način djelovanja kroz psihološke ili društvene procese. Takve intervencije uključuju, na primjer, izravan terapijski rad, zdravstveno obrazovanje i socijalnu podršku. Intervencije primjenjene rano nakon traumatskog događaja, u općoj populaciji traumatskih pacijenata, predstavljaju novi pristup smanjenju invaliditeta nakon traumatskih ozljeda. Pružanjem pomoći ljudima putem psiholoških i društvenih resursa, pomaže im se u suočavanju s tjelesnim oštećenjem te tako primijenjene psihosocijalne intervencije imaju mogućnost sprječavanja razvoja tjelesnog oštećenja u fizički, mentalni i socijalni invaliditet. Kako god, potrebna su daljnja istraživanja, naročito ona usmjerena na proučavanje potrebnih intervencija za zaštitu mentalnog zdravlja nakon traumatskih ozljeda jer je to i dalje najčešća onesposobljavajuća posljedica traumatskih ozljeda. [43]

3.6.2. Prevencija invaliditeta na sekundarnoj razini

Sekundarna prevencija sastoji se od terapije za bolesti, ozljede ili kongenitalna stanja koja mogu uzrokovati oštećenja ili invaliditet. Aktivnosti sekundarne prevencije usmjerene su na rano otkrivanje i liječenje pojedinca tako da što ranije može uspostaviti normalne funkcije. One obuhvaćaju razne dijagnostičke metode, procjene i mjerenja; krvni tlak, masnoće u krvi, šećer u krvi, razne skrining testove kao što je na primjer PKU test i sl. [2]

Na primjer, vrijednost novorođenačkog skrininga je u presimptomatskom otkrivanju novorođenčadi s kongenitalnim stanjima kako bi se što ranije moglo započeti s liječenjem te spriječiti ili ublažiti dugoročne posljedice stanja. [44]

Testiranje na fenilketonuriju, nasljedni metabolički poremećaj koji nastaje zbog nedostatne aktivnosti enzima fenilalanin-hidroksilaze te posljedičnog štetnog nakupljanja aminokiseline fenilalanina i njenih metabolita, provodi se ubrzo nakon rođenja. [45]

Od 1960-tih mnoge su zemlje prepoznale važnost novorođenačkog skrininga na fenilketonuriju i počele s primjenom programa za rano otkrivanje. [44]

Ukoliko je poremećaj neliječen, uzrokuje teška oštećenja mozga koja se očituju psihomotornim zaostajanjem, epilepsijom, malim opsegom glave, stanju sličnom autizmu. S druge strane, ako je poremećaj na vrijeme uočen i pravilno liječen, dijete je potpuno zdravo. Liječenje se sastoji od doživotne prehrane bez fenilalanina. [45]

Istraživanja su pokazala da se niska fenilalaninska dijeta može koristiti za liječenje fenilketonurije i to je bilo najučinkovitije u sprječavanju intelektualnih teškoća, pod uvjetom da je dijeta započela ubrzo nakon rođenja i prije no što su se pojavili klinički simptomi. [44,46,47]

3.6.3. Prevencija invaliditeta na tercijarnoj razini

Cilj tercijarne prevencije je vraćanje osobe na optimalnu razinu funkcioniranja kroz aktivnosti usmjerene jačanju i korištenju preostalih sposobnosti, tehnike relaksacije i suočavanja sa stresom, savjetovanje o prehrani, načinu života, prilagodbi okoliša, kao i svim ostalim čimbenicima koje je potrebno prilagoditi novonastaloj situaciji, s ciljem postizanja što bolje kvalitete života. Fizičko i mentalno zdravlje, na tom nivou, ostaje ireverzibilno. [2]

Tercijarna prevencija uključuje habilitaciju i rehabilitaciju, pri čemu je habilitacija stjecanje sposobnosti koje pacijent nikad nije imao, a rehabilitacija uključuje sve ciljane mjere za smanjenje invaliditeta pojedinca, omogućavanje veće neovisnosti, socijalnu integraciju, bolju kvalitetu života i samoostvarenje. [2]

4. Rehabilitacijska skrb i uloga medicinske sestre

4.1. Pojam rehabilitacije

Rehabilitacija dolazi od latinske riječi *rehabilitare*, što znači vratiti se u prijašnje stanje. U literaturi postoji mnogo definicija rehabilitacije. Jedna od njih je ona Bakera i sur. iz 1997. godine, koja navodi da je rehabilitacija poticajni proces u kojem zajednice, organizacije i stručnjaci pronalaze društvene, psihološke i ekonomske potrebe nemoćne osobe. [2,48]

Prema definiciji Sinclaira i Dickinsona iz 1998. godine, rehabilitacija je proces s ciljem vraćanja osobne autonomije u one aspekte svakodnevnog života koji se smatraju najvažnijima pacijentima ili korisnicima usluga i obiteljskim njegovateljima. [2,49]

Hawkey i Williams naglašavaju aktivnu ulogu korisnika, obitelji i tima u rehabilitacijskom procesu. Prema njima, rehabilitacija je aktivan i kreativan proces u čijem je centru osoba, koji uključuje prilagodbu na promjene životnih okolnosti. [2,50] Pod tim se podrazumijeva podjela aktivnosti između osobe, ljudi u njejoj blizini te profesionalnog tima, koji se međusobno uvažavaju i svjesni su doprinosa jedni drugih. [2]

Rehabilitacijska skrb usmjerena je na osobu s invaliditetom kojoj se omogućava što učinkovitije funkcioniranje i prilagodba na novonastalu situaciju. Ona je, uz vraćanje i poboljšanje određenih sposobnosti, usmjerena i na očuvanje i poboljšanje kvalitete života osobe. [2]

Prema članku 26. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, države stranke dužne su organizirati, ojačati i proširiti sveobuhvatne usluge i programe osposobljavanja i rehabilitacije, osobito na području zdravstva, zapošljavanja, obrazovanja i socijalnih usluga, i to tako da osposobljavanje i rehabilitacija počnu u najranijoj mogućoj fazi, budu temeljeni na multidisciplinarnoj procjeni individualnih potreba, podupru sudjelovanje i uključivanje u sve aspekte života, budu dobrovoljni i dostupni na najbližoj mogućoj lokaciji osobama s invaliditetom. Osim navedenog, naglašena je i važnost promicanja trajne stručne obuke osoba koje rade u službama osposobljavanja i rehabilitacije. [51] Na taj se način nastoji osigurati pravo svih osoba na jednake mogućnosti funkcioniranja u svim aspektima života u skladu s preostalim mogućnostima osobe. Isto tako, nastoji se povećati kvalitetu života osobe s invaliditetom kroz zajednički proces rehabilitacije u kojem najvišu moguću pomoć pružaju obitelj osobe s invaliditetom te stručan interdisciplinarni tim. Procesom rehabilitacije želi se pomoći osobi s invaliditetom da se vrati na optimalnu razinu funkcioniranja i da se što uspješnije uklopi u zajednicu. Nastoji se povratiti i ojačati samopoštovanje osobe s invaliditetom te pomoći onespособljenoj osobi da na funkcionalna ograničenja gleda kao na izazov, a ne da u njima vidi

vlastiti hendikep. U žarištu cjelokupnog procesa su sposobnosti osobe te njena motivacija i volja za adaptacijom na novonastalu situaciju.

4.2. Ciljevi rehabilitacije

Rehabilitacija se provodi s ciljem vraćanja pacijenata u što je moguće normalnije fizičko stanje, poboljšanja emocionalnog stanja pacijenta tako da se što bolje može prilagoditi nastaloj situaciji i svojoj bolesti te poboljšavanja društvene prilagodbe pacijenta kako bi ponovo zauzeo svoje mjesto u društvu.

Navedeno se nastoji postići:

- maksimaliziranjem potencijala – ciljevi zdravstvene njege usmjereni su na osiguravanje postizanja najveće moguće razine u fizičkom, psihičkom, socijalnom i duševnom funkcioniranju za osobe s invaliditetom i njihove obitelji; osim motivacije pacijenta i obitelji, za to je potrebno osigurati pomoć stručnjaka i zajednice te određena financijska sredstva
- edukacijom – edukacijske strategije omogućavaju postizanje učenja koje mora biti aktivno, u partnerskom odnosu i maksimalno prilagođeno specifičnostima osobe i obitelji; cilj strategije je da korisnik i obitelj budu sposobni prilagoditi se ograničenju kroz usvajanje znanja i vještina,
- poticanjem preostalih sposobnosti – ljudski organizam ima sposobnost prilagodbe te osoba koja sudjeluje u procesu rehabilitacije treba prepoznati potencijale i sposobnosti korisnika,
- povećanjem kvalitete života – rehabilitacijska je praksa usmjerena na povećanje kvalitete života za osobu s invaliditetom, njenu obitelj i zajednicu,
- uključivanjem obitelji – rehabilitacija je obiteljski značajan proces u kojeg trebaju biti uključeni svi članovi obitelji,
- brigom o zdravlju – zdravlje je dinamički proces koji uključuje fizičku sposobnost, psihosocijalni razvoj, duhovnost i okolinu; intervencije u procesu rehabilitacije usmjerene su prema vraćanju, održavanju i promociji zdravog životnog stila za onesposobljenog pojedinca,
- kulturalno kompetentnom njegom – ovaj oblik njege u rehabilitaciji poštuje individualnost, vjerovanja, vrijednosti i običaje onesposobljene osobe,
- zajedničkom reintegracijom – rehabilitacijski proces pomaže onesposobljenoj osobi u shvaćanju da su funkcionalna ograničenja izazov, a ne hendikep. [2,52]

S procesom rehabilitacije treba započeti što je ranije moguće. Rehabilitacija je najvažnija u fazi rekonvalescencije. Važno je ljude, koji se oporavljaju od ozbiljnih ozljeda ili bolesti, ohrabriti da prihvate svoju situaciju te da se što prije vrate normalnim aktivnostima. Postoje osobe koje iz nekih psiholoških razloga imaju tendenciju da prihvate status invalida ako su kao

takve njegovane kroz duži vremenski period. Kod takvih osoba rehabilitacija je usmjerena na suprotstavljanje toj prirodnoj tendenciji te, ako je ikako moguće, na utjecaj na ljude na način da se zažele vratiti normalnom životu.

SZO je pokrenula rehabilitaciju utemeljenu na zajednici (CBR) nakon Deklaracije u Alma-Ati 1978. godine, u nastojanju za poboljšanjem kvalitete života osoba s invaliditetom i njihovih obitelji kroz ispunjenje osnovnih potreba te osiguravanje njihove inkluzije i participacije. Iako je u početku strategija za povećanje pristupa uslugama rehabilitacije bila ograničenih sredstava i u ograničenom izvorišnom okruženju, CBR je sada multisektorski pristup koji radi na poboljšanju izjednačavanja mogućnosti i socijalne uključenosti osoba s invaliditetom dok se bori protiv trajnog ciklusa siromaštva i invaliditeta. CBR se provodi kroz zajedničke napore osoba s invaliditetom, njihovih obitelji i zajednica te odgovarajućih državnih i nevladinih zdravstvenih, obrazovnih, strukovnih, socijalnih i drugih usluga. [53]

4.3. Uloga medicinske sestre/tehničara kroz sve tri razine skrbi za osobe s invaliditetom

Medicinske sestre/tehničari uključeni su u sve oblike sestrinske skrbi za osobe s invaliditetom, s obzirom na to da sudjeluju u skrbi za pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska uloga sastavni je dio cjelokupne skrbi, a uključuje vještine usmjerene na rano otkrivanje i sprječavanje invaliditeta, odnosno prevenciju invaliditeta, na sudjelovanje u liječenju i procesu rehabilitacije te na pomoć u uključivanju osobe s invaliditetom u svakodnevni život. [2]

U prošlosti su uputstva za rehabilitacijske programe često dolazila od drugih članova tima, a od medicinskih sestara/tehničara očekivalo se da prihvate ulogu koja je uglavnom bila usmjerena na pomoć ostalim članovima tima. Danas su medicinske sestre/tehničari ravnopravni članovi multidisciplinarnog tima, koji planiraju i provode zdravstvenu njegu. Napredovanjem spoznaja o rehabilitaciji, medicinske sestre/tehničari preuzimali su brojne uloge te postali neophodni članovi rehabilitacijskog tima. [2] Članovi multidisciplinarnog tima moraju dobro poznavati način života osobe prije bolesti, obiteljske odnose i financijsku situaciju te zajednicu u kojoj osoba živi ili će živjeti nakon provedene rehabilitacije kako bi se postigao cilj rehabilitacije, a to je da osoba nauči kako živjeti s nesposobnosti u vlastitoj okolini. [54]

U procesu rehabilitacije medicinske sestre/tehničari sudjeluju kao edukatori i savjetnici, zastupnici korisnikovih potreba i koordinatori zdravstvene njege čija je uspješnost preduvjet kvalitetnog oporavka. Također, važan su faktor u komunikaciji između pacijenta i obitelji, najbliži su samom pacijentu te kao takvi imaju ulogu motivatora i mogu potaknuti osnaživanje

osobe. Uspostava dobre komunikacije s pacijentom i obitelji doprinosi zadovoljavajućoj učinkovitosti rehabilitacijskog programa. Pritom je bitno da su medicinske sestre/tehničari upoznati s fazama prilagodbe, koje su individualne i specifične za svaku pojedinu osobu. Uz to trebaju biti upoznati s vještinama procjenjivanja, postavljanjem ciljeva, terapijom, ulogama i doprinosima suradnika, podučavanjem, edukacijom i evaluacijom. Također, medicinsko osoblje, koje radi s pacijentima koji imaju određeni invaliditet, treba razviti učinkovite načine podrške za pacijente i obitelji u tom procesu. [2]

Kod savjetovanja je važno da se pacijentima ne nameću vlastita rješenja za njihov problem, već da se pacijenta potiče, hrabri i podupire u njegovu izboru mogućeg rješenja i u svladavanju poteškoća. [2,55]

Zdravstvena njega u rehabilitaciji uključuje osnovne sestrinske vještine, praćenje smjernica napredne kliničke prakse, partnerstvo s pacijentom i obitelji, djelovanje na zajednicu i donošenje političkih odluka te kontinuiranu profesionalnu edukaciju. [2]

Praktične vještine i znanja iz njege bolesnika na odjelu medicinske rehabilitacije suštinski se ne razlikuju od svakodnevne njege bolesnika na bilo kojem drugom odjelu. U okviru tih dužnosti, najznačajnije svakodnevne obaveze medicinskih sestara/tehničara u vezi su s mobilizacijom i pozicioniranjem pacijenata, rješavanjem problema samozbrinjavanja, prevencijom i liječenjem komplikacija dugotrajnog ležanja, edukacijom i osnovnom psihoterapijom onesposobljenih. Pozicioniranje je vrlo važno kod nepokretnih ili teško pokretnih bolesnika. Tim postupcima se preveniraju deformiteti kontrakture zglobova, tromboflebitisi i kardiovaskularne komplikacije. U planiranju zdravstvene njege treba voditi računa o volji pacijenta te uvažavati i poštivati njegov izbor, a odluke donositi na temelju zajedničkog dogovora. Pacijent treba biti subjekt, a ne objekt u vlastitom procesu rehabilitacije. U svemu ovome stručnost i kreativnost trebaju pomoći medicinskim sestrama i tehničarima da prema vrsti ozljede i bolesti odaberu odgovarajući plan njege za bolesnika. [56]

Da bi medicinske sestre/tehničari bili uspješni u rehabilitacijskoj skrbi, od njih se zahtijeva da se kontinuirano educiraju u skladu sa smjernicama napredne prakse. U radu s osobama s invaliditetom medicinske sestre/tehničari susreću se sa situacijama i stanjima koja nisu učestala u svakodnevnoj medicinskoj praksi pa postoji mogućnost deficita u znanju i vještinama na određenim područjima. Zdravstvena njega također treba biti usmjerena i na uključivanje šire društvene zajednice u skrb za korisnika kako bi se ostvarila zadovoljavajuća kvaliteta života. Osim toga, medicinske sestre/tehničari trebali bi biti aktivno uključeni u širu društvenu zajednicu kroz jačanje svih čimbenika koji utječu na kvalitetu života i položaj osoba s invaliditetom u društvu. [2]

4.3.1. Uloga medicinske sestre/tehničara u zastupanju korisnikovih prava

Uloga medicinske sestre/tehničara ovisi o specifičnim potrebama korisnika. Oni trebaju kao zastupnici postupiti samo u okolnostima gdje interesi osobe nisu potpuno shvaćeni i u situacijama kad osoba nema sposobnost samoostvarenja. Često su u funkciji zagovaranja pacijenta jer sudjeluju na svim razinama zdravstvene zaštite. Dobrom koordinacijom i komunikacijom postiže se pružanje najbolje moguće skrbi samom pacijentu. Nerijetko su medicinske sestre/tehničari u situacijama neizvjesnosti i straha, bilo pacijenta ili obitelji, ti koji smiruju situaciju i pružaju osjećaj sigurnosti. Pritom preuzimaju brojne profesionalne uloge koje se međusobno isprepliću; od osobe koja brine o korisniku i osigurava mu optimalnu i potpunu sestrinsku skrb, edukatora/ice, savjetnika/ice, odvjetnika/ice ili zastupnika/ice korisnikovih interesa, menadžera, vođe, zastupnika/ice promjena do voditelja/ice ili člana/ice istraživačkog tima. [55]

U radu s korisnikom medicinska sestra/tehničar treba biti upoznat/a s preprekama koje otežavaju svakodnevni život korisnika, a samim tim i ometaju napredak rehabilitacije. Trebaju pokazati osjetljivost za tu vrstu problema te se zalagati za njihovo uklanjanje na svim mjestima gdje se može doći do rješenja tih problema. [2]

Najčešće prepreke na koje osobe s invaliditetom nailaze su:

- prostorne – prepreke u prometu, zgradama i pristupima drugim objektima onemogućuju nesmetano obavljanje aktivnosti; zajednica bi trebala poznavati i prihvatiti principe izgradnje okoliša prilagođenog potrebama i mogućnostima svake osobe,
- edukativne – postoji velik niz zapreka za učinkovitu edukaciju osoba s invaliditetom i njihovih obitelji: mobilnost i ograničenja vezana uz prijevoz, udaljenost obrazovnih ustanova, neprilagođenost programa individualnim potrebama, otežane mogućnosti edukacije u kućnim uvjetima, prostorne prepreke i sl.; zbog toga je važno uklanjanje fizičkih i drugih zapreka, razvijanje novih metoda, poticanje na prvorazrednu osjetljivost svih relevantnih društvenih čimbenika; potrebno je omogućiti i maksimalno sudjelovanje korisnika u edukaciji,
- prepreke u poslu – zaposlenje i rad ne predstavlja samo materijalnu i egzistencijalnu sigurnost, već je to i izvor samopoštovanja i zadovoljstva; veliki dio osoba s invalidnošću ne treba nikakve posebne uvjete za rad te mnoge poslove mogu obavljati bez nekih velikih i posebnih pomagala, stoga država treba brinuti za socijalnu, materijalnu i pravnu sigurnost tih ljudi i osigurati im radna mjesta; u borbi za ostvarenje ovih prava veliku ulogu imaju udruge osoba s raznim vrstama invaliditeta i druge organizacije i institucije civilnog društva,

- pravne prepreke – iako postoje pisani zakoni i podzakonski akti koji štite prava osoba s invaliditetom i jamče im sva ta prava, u svakodnevnoj je praksi, nažalost, njihova primjena minimalna i spora; udruge pacijenata i ovdje imaju značajnu ulogu,

- kulturološke prepreke – stereotipi, predrasude i stigmatizacija prisutni su u mnogim sredinama i društvenim zajednicama zbog čega je uključivanje u mnoge aspekte društvenog života i rada ljudi s invaliditetom uvelike otežano; sve to dovodi do diskriminacije socijalne izolacije tih osoba i njihovih obitelji,

- osobne prepreke – osobe koje steknu invaliditet suočene su s mnogim i teškim izazovima te raznim otežavajućim okolnostima; ovo stanje svaka osoba na svoj način prihvaća i snalazi se u okolini i novonastaloj situaciji; to može biti različito od osobe do osobe i ovisi o nizu čimbenika; zato je važno prepoznati načine prihvaćanja i reagiranja na određene situacije, odnosno što otežava, a što potiče osobu u realizaciji aktivnosti koje utječu na poboljšanje kvalitete života. [2,57]

Medicinska sestre/tehničari, koji rade s osobama s invaliditetom, trebaju dobro promatrati osobu kako bi bili u potpunosti upoznati s njezinom situacijom, njenim emocionalnim i mentalnim statusom. Trebaju obratiti pozornost na sve verbalne i neverbalne znakove, stvoriti odnos povjerenja, biti spona komunikacije, koordinatori zdravstvene njege, edukatori pacijenta i obitelji koji će način komunikacije prilagoditi situaciji i osobinama svojih sugovornika i motivatori za ostvarenje prava osoba s invaliditetom na svim razinama gdje je to moguće.

5. Društvo i osobe s invaliditetom

Povijesno gledano, odnos društva prema osobama s invaliditetom znatno se mijenjao. Iako su danas prava osoba s invaliditetom zajamčena pisanim zakonima i podzakonskim aktima, to i dalje nije garancija da će osobe s invaliditetom biti ravnopravni članovi društva. Došlo je do pomaka u pogledu društvenog statusa od obespravljenih i proganjanih do želje i nastojanja za uključivanjem osoba s invaliditetom u sve aspekte društvenog života. No, još je mnogo truda i rada potrebno uložiti da bi osobe s invaliditetom doista imale jednake mogućnosti kao i svi ostali članovi društva. S tom su svrhom osnovane i djeluju razne udruge osoba s invaliditetom. Uz njihov rad potrebna je suradnja, empatija, volja i zalaganje cijeloga društva kako bi se osobe s invaliditetom maknule s ruba društvenog života.

„Svi bismo se mi, ma na koji način bili različiti, trebali osjećati samo kao ljudi, pa se identificirati s ljudskom vrstom, a unutar nje samo s pojedincima koji su nam na neki način ili po nekim svojstvima bliski. Identifikacija s ljudskim rodом općenito omogućila bi nam svima da i sami lakše prihvaćamo različite, a i oslobodila bi nas napora da se identificiramo s većinskim ljudima.“

Mirjana Krizmanić

5.1. Odnos društva prema osobama s invaliditetom kroz povijest

U prvobitnoj su zajednici osobe s invaliditetom nailazile na netoleranciju. Smatrane su beskorisnima jer nisu mogle sudjelovati u aktivnostima bitnima za preživljavanje. Zbog toga ih se u kriznim situacijama, poput borbe s drugim plemenima ili divljim životinjama, prirodnim nepogodama (zima, glad, poplave, itd.), ostavljalo po strani, prepuštene same sebi – nezaštićene, kao teret kojeg se trebalo riješiti. Vrijednost pojedinca cijenila se prema njegovom doprinosu u pribavljanju hrane i obrani. Antičko doba također je bilo okrutno prema osobama s invaliditetom te zbog dominacije netolerantnog stava prema osobama s invaliditetom nije bilo moguće organizirati sustavnu brigu i zaštitu. U Sparti je tako bilo dopušteno fizičko likvidiranje novorođenčeta, najčešće bacanjem u klance planine Tajget, ali tek nakon što ga je pregledao najstariji u “fili” i dao dozvolu za takav postupak. Infanticid je bio uobičajen i smatralo se da je to normalan način rješavanja problema bolesne, neželjene djece te djece s nekim invaliditetom. Odrasli s invaliditetom isto su se smatrali beskorisnima, osim onih koji su stekli invaliditet u borbama; oni su imali povlašteni položaj. U Ateni se dijete s određenim invaliditetom moglo “izložiti”, tj. ostaviti pored puta, na pustom mjestu ili u šumi. U Starom Rimu roditelji su mogli „odstraniti“ svoje invalidno dijete tek nakon što ga je, neposredno nakon rođenja, pregledalo pet

odraslih susjeda i dalo svoj pristanak za izlaganje. To se obično obavljalo puštanjem takvog djeteta, u košari od pruća, niz rijeku Tiber. [2,38]

U starih Hebreja, osobe s invaliditetom moglo se prodati za robove, no nije ih se smjelo „izlagati“. U njih su odrasle slijepe osobe služile kao kućni učitelji, okretali su ručne mlinove i radili druge korisne poslove. Podrugljivo su nazivani „košare znanja“ zbog njihova iznimno pouzdanog pamćenja. U Kini se smatralo da slijepi imaju razvijeno pamćenje i mišljenje, a i indijske „Vede“ spominju invalide. [38]

U srednjem su vijeku osobe s duševnim poremećajima i „gluhonijeme“ osobe okovali lancima, mučili i istjerivali „demone“. [2] Poimanje duševnih poremećaja, kao i uostalom svih bolesti, svodilo se na nadnaravne sile. Psihički poremećaji s povremenim dramatičnim simptomima uklapali su se u demonističko shvaćanje prema kojemu su bolesti posljedice zlih duhova te su u njihovom liječenju primjenjivane metode poput egzorcizma, čaranja i raznih drugih magijskih metoda. Tako su se u početku liječenjem psihičkih poremećaja bavili svećenici i vračevi, tek kasnije tu ulogu preuzimaju liječnici. [58] Međutim, u tom razdoblju, pojedini crkveni redovi počinju osnivati prve ubožnice za siromašne, bolesne osobe i osobe s invaliditetom. [40]

Odnos prema osobama s invaliditetom postaje humaniji u vrijeme humanizma i renesanse. Tada se o njima počinju brinuti bogati pojedinci. Stvaranjem građanskoga društva mijenjaju se i odnosi prema osobama s invaliditetom. U 18. se stoljeću u Parizu otvaraju prve škole za gluhe i slijepe, a početkom 19. stoljeća otvorena je i prva škola za „mentalno retardirane osobe“. Otvaranje škola za mentalno retardirane osobe nastavilo se tijekom 19. stoljeća u Europi, Velikoj Britaniji i SAD-u. Povećavao se broj škola i domova, no oni su bili dostupni samo imućnijima te onima koji su imali svog dobrotvora. Započelo se i sa zaštitom osoba koje su stekle invaliditet na radu. Austrougarska Monarhija je 1854. godine donijela Zakon o zaštiti rudara, a 1867. uvedena je skrb za osobe s invaliditetom. [2] Time je probuđena svijest o nužnosti i važnosti skrbi za osobe s invaliditetom te se ona kao takva počela širiti diljem ostalih europskih zemalja.

U Hrvatskoj je edukacija za osobe s invaliditetom započela u „Zemaljskom zavodu za gluhonijemu djecu“ 1891. te 1895. godine u „Zemaljskom zavodu za slijepu djecu“. Rad s „mentalno retardiranim osobama“ počeo je 1930. u Zagrebu. [2]

5.1.1. Utemeljenje sustava segregacije

Ratovi, epidemije i druge nepogode, koje su rezultirale nestašicom radne snage, otvarale su prostor sposobnijim pojedincima da se uključe u rad i pokažu što mogu i znaju. Razvijao se optimistični stav prema osobama s invaliditetom i njihovim sposobnostima. Razvojem

industrijske proizvodnje otvorene su veće mogućnosti za prihvata invalida na tržištu radne snage, čime su stvorene pretpostavke za njihovo koliko-toliko sustavno školovanje, radno osposobljavanje te zapošljavanje. Došlo je do ekspanzije specijalnih škola, ustanova, fondova i metoda rada s osobama s invaliditetom. Nastala su dva sasvim odvojena i samostalna sustava – redovni i specijalni školski sustav. Sukladno tome postupno se sve više afirmirao i izdvojeni sustav radnog i profesionalnog osposobljavanja te zapošljavanja invalida u posebnim, samo njima namijenjenim, ustanovama i pogonima. [38]

Ratni vojni i civilni invalidi postaju društvena skupina s povlaštenim statusom zbog stradanja i svog doprinosa u ratu. [2]

To je dovelo do formiranja sustava segregacije, odnosno izdvajanja, gdje su osobe s invaliditetom učile, radile i živjele u zatvorenim i otuđenim oblicima života koji nije osobito korespondirao sa životom otvorene društvene sredine. Podlogu segregacijskog pristupa činilo je shvaćanje da je invalidnost apsolutno stanje koje se ne da izmijeniti te je sva pažnja usmjerena na pojedinca i njegovu smetnju. Samim tim, osobe s invaliditetom nisu smatrane ravnopravnima u društvu te su zbog toga što su različite od drugih, različito i tretirane. Sukladno takvom pristupu, segregacija (izdvajanje) je rezultat same prirode invalidnosti, a segregacijske mjere, u svrhu socijalne zaštite invalida, nerijetko su potencirale njihove teškoće i dovodile do takozvanih sekundarnih posljedica, koje su umanjivale njihove šanse da ih se promatra u terminima socijalne integracije ostalih. Još je više potencirano njihovo izdvajanje iz društvene sredine. To je bila, a djelomično je i danas, bitna povijesna značajka odnosa društva i društvenih ustanova prema invalidima. Tako je marginalizirano oko 10% populacije. [38]

5.1.2. Kreiranje sustava integracije

Razvojem spoznaje o negativnim posljedicama segregacije potaknut je nastanak modela deficita u čijem se okviru javlja pokret integracije koji je, uglavnom, usmjeren na uključivanje djece s manjim teškoćama u razvoj u redovan sustav odgoja i obrazovanja. [59]

Do promjena tako dolazi sedamdesetih godina 20. stoljeća pojavom pokreta integracije, kojim se osobe s invaliditetom uvažavaju kao ravnopravne osobe u školovanju, zapošljavanju i svim oblicima društvenog i političkog djelovanja. [2]

Umjesto isticanja različitosti i odstupanja, naglašavaju se sličnosti i identičnosti osoba s invaliditetom i ostalih u smislu da smo svi manje-više slični, a socijalna sredina, odnosno društvo, postavlja nam različite zahtjeve kojima pojedinci mogu udovoljiti u različitom stupnju. Socijalna integracija smatra se prirodnim stanjem za razliku od segregacijskog pristupa. O integraciji govorimo samo u slučaju kada se radi o istinskoj socijalnoj integraciji i međuljudskom

prihvaćanju i suradnji, a ne samo o fizičkoj prisutnosti invalida među ostalim ljudima. Prava socijalna integracija podrazumijeva uzajamne socijalne odnose i istovremenu pripadnost skupini osoba s invaliditetom, ali i skupini ostalih ljudi bez invaliditeta. Potrebno je izbjeći situacije u kojima su osobe s invaliditetom fizički integrirane (inkluzija), a socijalno izolirane. Integracija nije adaptacija ili pasivno prilagođavanje sredini ili uklapanje u nju, kako je to često uvriježeno u praksi, već ona podrazumijeva aktivno uključivanje osoba s invaliditetom u skupinu, razred ili socijalnu sredinu uz paralelno obogaćivanje te sredine originalnim doprinosom integrirane osobe. [38]

Skupština UN-a je 1975. godine pružila nove mogućnosti i pristup za ostvarenje prava osoba s invaliditetom putem donošenja Deklaracije o pravima osoba s invaliditetom. Potvrđujući pravo svih građana da ravnopravno sudjeluju u svim segmentima društva i nesmetano raspolažu svojim zakonskim ustavnim pravima, Hrvatski je sabor, na sjednici 1. travnja 2005., također donio Deklaraciju o pravima osoba s invaliditetom. [36]

Sljedeći važan dokument Skupštine UN-a su Standardna pravila o izjednačavanju mogućnosti za osobe s invaliditetom, koji zapravo predstavlja sažetak svih prethodnih dokumenata koji promoviraju pravo na jednakost. Svi doneseni dokumenti svojim stupanjem na snagu postali su mjerilo ostvarivanja nacionalne socijalne strategije u odnosu na osobe s invaliditetom. No, prvi sveobuhvatni i integralni obavezujući dokument o promoviranju i zaštiti prava i dostojanstva osoba s invaliditetom donesen je 2006. godine, od strane Generalne skupštine Ujedinjenih naroda, pod nazivom Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom. Osnovna su načela navedene Konvencije: poštivanje urođenog dostojanstva, osobne autonomije uključujući slobodu osobnog izbora i neovisnost osoba, nediskriminacija, puno i učinkovito sudjelovanje i uključivanje u društvo, poštivanje razlika i prihvaćanje osoba s invaliditetom kao dijela ljudske raznolikosti i čovječnosti, jednakost mogućnosti, pristupačnost, jednakost između muškaraca i žena, poštivanje razvojnih sposobnosti djece s teškoćama u razvoju i poštivanje prava djece s teškoćama u razvoju na očuvanje vlastitog identiteta. U lipnju 2007. godine Hrvatski je sabor također donio Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, sa svrhom promicanja, zaštite i osiguravanja punog i ravnopravnog uživanja svih ljudskih prava i temeljnih sloboda svih osoba s invaliditetom i promicanja poštivanja njihovog urođenog dostojanstva. [60]

Djelovanje Međunarodnih organizacija rada, Svjetske zdravstvene organizacije, Organizacije Ujedinjenih naroda za obrazovanje, znanost i kulturu te drugih organizacija i udruga s ciljem djelovanja na osiguravanje kvalitete života osoba s invaliditetom važno je za zaštitu prava osoba s invaliditetom. [2,61]

5.1.3. Inkluzivni pristup

Inkluzivni pristup otvara nove perspektive i mogućnosti za napredak, kako osobama s invaliditetom, tako i cijelom društvu. Njime se zagovara ostvarenje prava svih članova zajednice, uključujući i osobe s invaliditetom, a preduvjet uspješnosti tog ostvarenja je komplementarnost socijalnih, ekonomskih, kulturnih, civilnih i političkih prava koje osobe mogu ostvariti. [38]

5.2. Modeli odnosa društva prema osobama s invaliditetom

Društvo se prema osobama s invaliditetom odnosi kroz povijest na temelju nekoliko modela, koji se razlikuju po svom pristupu invaliditetu. Ti modeli su:

- vjerski model/model milosrđa,
- medicinski model/genetski model,
- društveni model/model ljudskih prava. [62]

Prema modelu milosrđa, osoba s invaliditetom je žrtva koja, ovisno o invalidnosti, ne može hodati, govoriti, vidjeti, učiti ili raditi. Invaliditet se smatra deficitom, a osobe s invaliditetom ne mogu sebi pomoći i voditi neovisan život, već su ovisne o tuđoj pomoći, milosrđu, posebnim uslugama specijalnih škola i institucijskom smještaju. Ponekad se i same osobe s invaliditetom osjećaju nemoćnima jer su usvojile takav koncept. [2,62]

Najdominantniji model kroz povijest bio je medicinski model, podržan napretkom znanosti i medicine. On je usmjeren na specifična oštećenja osobe koja poprima značenje objekta kliničke intervencije. U prvom su planu nedostatak, oštećenje i teškoće, koji zahtijevaju medicinsku intervenciju i stavljaju pojedinca u medicinsku kategoriju za medicinsku korist. Osoba s invaliditetom shvaća se kao problem, a temeljni je cilj rehabilitacije promjena i „popravljanje“ osobe. Tako su sve aktivnosti usmjerene na liječenje osobe s invaliditetom kako bi ona postigla što bolju društvenu adaptaciju. Institucionalna zaštita osoba s invaliditetom veže se upravo uz ovaj model. [63,64]

Borbom za ljudska prava sedamdesetih godina 20. stoljeća javila se potreba za uvođenjem novoga modela, koji će otkloniti stigmatizaciju i „potlačeni“ položaj osoba s invaliditetom. Dizajniran je socijalni model u kojem se problem smješta van pojedinca, tj. u društvenu strukturu. Osnovna ideja socijalnog modela je da zbog oštećenja koje objektivno postoji ne treba negirati vrijednost osobe kao ljudskoga bića, naglašavajući istovremeno prava ljudskoga bića. Ono što osobe s invaliditetom isključuje iz društva su neznanje, predrasude i strahovi koji prevladavaju u tom društvu, što za promjenu društvenog položaja osoba s invaliditetom zahtijeva restrukturiranje društva. Stavovi prema osobama s invaliditetom, kao i prema svim manjinskim

grupama, naučeni su, između ostalog, i kroz neznanje i predrasude drugih. Želimo li da se stavovi društva prema osobama s invaliditetom promijene, što je jedan složen i dugotrajan proces, prvo treba stvoriti uvjete za život prilagođen pojedinim vrstama invaliditeta. Osjetljivost i otvorenost društva mogu značajno doprinijeti funkcioniranju osoba s invaliditetom. Senzibilizirano društvo otklanja prepreke koje su razlog onesposobljenju osobe te tako doprinosi izjednačavanju mogućnosti s osobama bez invaliditeta. [2,59]

Prema tome, društvo je uzrok tome što pojedinac s fizičkim ili psihološkim razlikama postaje „invalid“ iliti osobe s oštećenjima nisu „invalidi“ mimo njihovog oštećenja, već radi barijera koje postoje u društvu koje ne uzima u obzir njihove potrebe. U socijalnom se modelu osoba aktivno zalaže za svoja prava pa je tako utemeljen i model ljudskih prava, koji u središte stavlja dostojanstvo osobe, a tek nakon toga njene medicinske značajke. Prepoznavanje vrijednosti ljudskog dostojanstva služi kao snažan podsjetnik da osobe s invaliditetom imaju udjela u društvu te polažu pravo na to društvo. [2,62]

Stoga se skrb za osobe s invaliditetom provodi kroz zakonodavstvo i državne institucije (kreiranje i provođenje zakona), zdravstvene, socijalne i obrazovne ustanove (opće i specijalizirane zdravstvene ustanove, centre za odgoj i obrazovanje, domove za stalnu, privremenu ili povremenu brigu), organizacije osoba s invaliditetom i humanitarne organizacije, redovne službe u društvu (gradski uredi za zdravstvo i socijalnu skrb, centri za socijalni rad, službe mirovinskog i invalidskog osiguranja, službe zdravstvenog osiguranja i dr.), kroz organizirano stanovanje u zajednici. [2]

Osobe s intelektualnim teškoćama organizirale su se u prošlom desetljeću u pokret samozastupanja koji, kao jedan od najpozitivnijih u tom razdoblju, pridonosi modelu ljudskih prava. Na taj su način osobe s intelektualnim teškoćama pokazale da imaju što reći, ako im se pruži prilika. Pod parolom „ništa o nama bez nas“ sadržana je želja za što većom kontrolom nad svojim životom i što većim stupnjem samostalnosti uz maksimalnu moguću pripadnost društvenoj zajednici. [62]

5.3. Suočavanje i reakcije osoba s invaliditetom na osobni invaliditet

Suočavanje s nepovoljnim životnim situacijama značajno utječe na funkcioniranje pojedinca u svim segmentima života. To je proces u kojem osoba nastoji konstantno kognitivnim ili ponašajnim naporima savladati, podnijeti ili smanjiti unutarnje ili vanjske zahtjeve koji premašuju sposobnosti osobe. [2,65]

Na suočavanje utječu dimenzije ličnosti, ali i podrška okoline, odnosno perspektiva vezana uz socijalnu ili društvenu ulogu pojedinca. Kao posljedica stanja koje uzrokuje onesposobljenje,

kod osobe se javlja teška psihološka reakcija na događaj s velikim rasponom osjećaja, pa čak do te mjere da se osjećaji zamjene destruktivnošću. Osoba i njena obitelj reagiraju na različite načine ovisno o tome kako percipiraju invaliditet te ovisno o količini dostupne pomoći. [2]

5.3.1. Faze suočavanja s invaliditetom

U procesu suočavanja s invaliditetom osobe prolaze kroz pet faza, prema Kubler – Ross (1975), no te faze ne moraju nužno imati isti kontinuitet, već se mogu preklapati, preskakati ili vraćati unazad. Prva faza je faza poricanja u kojoj se pojedinac nije u stanju nositi sa stvarnošću invaliditeta ni razmišljati o tome svjesno. Slijedi je faza ljutnje gdje se pri suočavanju s realnošću javljaju negativni osjećaji povezani s invaliditetom i njegovim posljedicama. U fazi cjenkanja se realnost o invaliditetu nastoji promijeniti u cjenkanju s Bogom i ostalima. Četvrta faza je faza depresije u kojoj dolazi do spoznaje realne situacije. Posljednja, peta faza, je faza prihvatanja u kojoj se pojedinac može nositi sa stvarnošću invaliditeta s novim razumijevanjem, spoznajom nove snage i sposobnosti da se nosi s posljedicama. Za mnoge ljude s invaliditetom faza odbijanja je najduža i može trajati i do nekoliko godina. Osobe se mogu nalaziti u „krizi“ koja može trajati duže vremena ili se povremeno javljati, ovisno o brojnim čimbenicima. Svaka je osoba jedinstvena ličnost, ima svoj stil života, svoja životna iskustva, sebi svojstvene emotivne i fizičke reakcije na događaje oko sebe te zbog toga postoji i različita percepcija događaja, koja različito utječe na stil suočavanja i odgovor. [2]

5.3.2. Čimbenici povezani s reakcijom na invaliditet

Neki se ljudi rađaju s invaliditetom, dok ga drugi stječu kasnije tijekom života. Oni koji se rode s njim rastu i postupno shvaćaju da su različiti od većine drugih ljudi kojima su okruženi. Drugačiji su na način koji se još uvijek negativno procjenjuje, a shvaćanje da ne mogu raditi neke stvari koje drugi mogu nastupa postupno. [35]

Pitanje koje si postavljaju kako same osobe s invaliditetom, tako i osobe koje žive s njima ili se za njih skrbe, jest je li lakše prilagoditi se životu s invaliditetom ako smo se rodili s invaliditetom ili je bolje i lakše prilagoditi se invaliditetu stečenom kasnije u životu. Na ovo pitanje je teško dati odgovor jer reakcija na invaliditet ovisi o mnoštvu čimbenika. Prije svega, svaka je osoba jedna univerzalna jedinka različita samim svojim postojanjem. Svaka se osoba, ovisno o cijelom sklopu okolnosti i čimbenika, vezanih uz nju samu, ali i njenu okolinu i širu društvenu zajednicu, na drugačiji način nosi s invaliditetom. [37]

Reakcije na činjenicu invaliditeta ovise dijelom o tome „kako i kada se dogodilo“, no isto tako reakcijama na invaliditet pridonosi i širok spektar čimbenika kao što su vrsta invaliditeta, njegova težina, njegova trajnost, spol, unutarnji kapacitet, temperament, slika o sebi i samopoštovanje, prisutnost obiteljske potpore, prihodi, dostupna tehnologija i državni financijski izvori. Prema navedenim uzročnim čimbenicima, povezanim s vrstom reakcije na invaliditet, mogu se izdvojiti četiri opće skupine odrednica reakcije: one koje proizlaze iz samog invaliditeta, one povezane s osobom koja je invalid, one prisutne u neposrednoj okolini osobe i one koje su dio šireg kulturološkog konteksta. Brojni i različiti čimbenici utječu na vrstu i intenzitet reakcije, a svi ti čimbenici utječu i jedan na drugoga, čime sve postaje još mnogo složenije. Reakcija na gubitak može imati tisuću lica, kao i sam gubitak. [35]

Što se tiče prirode invaliditeta kao jedne od skupina odrednica reakcije na invaliditet, osim vremena i načina početka invaliditeta, utjecaja na reakciju imaju vrsta funkcije koja je oštećena, težina i vidljivost onesposobljenosti, postojanost tijekom vremena te prisutnost (ili odsudstvo) boli. Tako, primjerice, osoba koja postane invalid u dojenaštvu ili djetinjstvu može, kao i osobe rođene s invaliditetom, biti izložena izoliranju, neuobičajenim postupcima u djetinjstvu (poput pretjeranog zaštićivanja ili odbacivanja) te odvajanju od glavnih tijekova obiteljskog života, igre i školovanja. Situacija je drugačija kod osoba koje steknu invaliditet kasnije; oni se mogu, ali ne moraju suočiti s istim problemima. Vrsta početka invaliditeta također je povezana s većim ili manjim stupnjem pripisivanja krivnje zbog invaliditeta. Vjerovati da je trajni invaliditet posljedica trenutačne, besmislene aktivnosti samog sebe može snažno utjecati na reakciju na invaliditet, barem dok se čovjek ne oporavi od samookrivljavanja. Kriviti nekog drugog može imati još snažniji učinak. No, ne postoji formula za izračun kako iznenadni, odnosno postupni invaliditet ili ozljeda, koju je izazvao čovjek sam ili netko drugi, utječu na reakcije na invaliditet. Vrsta oštećenih funkcija, unatoč sličnostima među svim vrstama invaliditeta, dovodi do različitih reakcija jer svaka od njih stvara različite probleme. Obično, kad se osobu koja nema invaliditet upita kojeg se invaliditeta najviše boje, većina odgovara „sljepoće“. Ljudi s invaliditetom motoričkog sustava reagiraju slično kao i ljudi bez invaliditeta; bez obzira koliko nepokretni bili, svi su suglasni da je sljepoća najteža. Slijepi i gluhi ljudi nisu istog mišljenja. Osobe oštećenog vida rjeđe smatraju da je sljepoća najgori invaliditet koji im se može dogoditi. Osobe oštećenog sluha najčešće navode da bi radije imali sljepoću nego svoj invaliditet te žalosno nadodaju kako ljudi koji nisu gluhi slabo suosjećaju s posljedicama gluhoće. Osim navedenih općih zapažanja, najveći dio posljedica oštećenja funkcije povezan je s karakteristikama onesposobljene osobe. Primjerice, „auditivna“ osoba vjerojatno će biti više pogođena gubitkom sluha nego „vizualna“ osoba. Također, jedinstvena kombinacija osobina i invaliditeta osobe također će utjecati na posljedice tog invaliditeta. Na primjer, ako netko stekne dva invaliditeta s određenim

vremenskim razmakom, a drugim invaliditetom su uskraćene i onemogućene sve aktivnosti koje su osobi pomagale da usprkos vlastitom oštećenju uživa u svakodnevnom životu, osjećaj frustracije može se pretvoriti u depresiju. Još jedan aspekt vrijedan spomena je koliko se invaliditetom narušava fizički izgled. Povreda zbog nedostatka ili gubitka fizičke ljepote katkad prelazi bol koja se osjeća zbog očitijih funkcijskih teškoća koje nastaju zbog invaliditeta. [35]

Poznata je činjenica da ne postoji direktan odnos između težine invaliditeta i intenziteta reakcije ili kvalitete prilagodbe na nju, no utvrđeno je da postoji veza između prilagodbe i težine invaliditeta u obliku slova U, te se osobe s najblažim i najtežim invaliditetom susreću s najviše teškoća. [35,66]

Blisko vezana s pitanjem težine invaliditeta je i vidljivost funkcijskog oštećenja od strane drugih. Nevidljiv invaliditet može biti vrlo težak u međuljudskim odnosima, jednostavno zbog toga što osoba izgleda kao nešto što nije. Što se tiče postojanosti invaliditeta, kod osoba s progresivnom bolešću koja skraćuje životni tijek, kao što je multipla skleroza, reakcija na invaliditet ovisi o realnim stvarima s kojima se susreću, ali i o tome kako ljudi razmišljaju o svojoj budućnosti. Važno je razumjeti da ljudi s progresivnim invaliditetom imaju većih problema od pukog invaliditeta; oni se moraju suočiti s aktivnom bolešću uz invaliditet koji nastupa tijekom bolesti. Dodatni važan čimbenik za vrstu reakcije je i prestanak simptoma i remisije, koje se katkad događaju, a što budi nadu u zaustavljanje daljnje progresije i izlječenje. Kad toga nema na vidiku, slijedi novo razočaranje, strah, srdžba i druge reakcije. Bez obzira na podražaje, kad god postoji bol, sigurno je da ona utječe na ponašanje i osjećaje osobe. Teško je biti veseo, kreativan, čak i pristojan kad bol postoji, no neki ljudi čak i to nauče. Primjerice, kronična bol u križima je dugo onesposobljavajuće stanje koje, kao svakodnevno prisutno, ubire svoj danak na energiji i koncentraciji. Budući da je ovo stanje najčešće nevidljivo, ljudi se pitaju je li bol stvarna ili je samo u njihovoj glavi. Članovi obitelji, koji su ispočetka brižni, s vremenom odustaju i postaju kritični prema osobi koja je postala neprilagođena ili neproduktivna, što još više umanjuje prilagodbu. Mjera u kojoj bol nadvladava druge podražaje u svijesti uvelike ovisi o stupnju u kojem je došlo do takvog učenja. [35]

O osobinama same osobe uvelike ovise emocionalne i ponašajne reakcije osobe na invaliditet. Kao najvidljivija osobna varijabla ističe se spol. Pritom je važno naglasiti da muški ili ženski spol ne uvjetuje odmah bolje ili lošije reakcije, već različite reakcije. Neki naglašavaju jednu spolnu razliku kao vrlo bitnu, a to je očekivanje da je muškarac hranitelj obitelji te da se u društvu lakše prihvaća pasivni, ovisni životni stil kod žena nego kod muškaraca. Ovo je prema nekima istina čak i ako žena nije bila pasivna ili ovisna ličnost prije stjecanja invaliditeta, jednostavno zato što će je društvo manje „kazniti“ za preuzimanje ovakvih crta nakon invaliditeta. S druge strane, od žena se očekuje da budu lijepe, fizički prekrasne u licu i tijelu, a

žena s invaliditetom ne može ni sanjati da zadovolji ovakav društveni ideal. Učinak invaliditeta velikim dijelom ovisi o stupnju u kojem prisutni invaliditet ometa osobu da radi vlastiti posao. Ako stjecanjem invaliditeta nijedna od prethodno važnih životnih aktivnosti nije značajnije ugrožena, osoba zadržava sposobnost da održi ranije gratificirajuće aktivnosti te tako izbjegne produženu reakciju žalovanja. Isto tako, uz postojeće aktivnosti koje ometa invaliditet, aktivnosti u kojima osoba nije sudjelovala, ali su joj bile ciljevi u budućnosti, mogu jednako snažno utjecati na reakcije osobe. Ako se uzmu u obzir interesi, vrijednosti i ciljevi osobe, ljudi s jednostranim interesima vjerojatno će snažnije reagirati na invaliditet koji ih ometa u njihovu ostvarenju. Veća je vjerojatnost da će se neka područja interesa naći pošteđena u ljudi čiji se interesi nalaze u nekoliko različitih područja. Testiranje interesa pokazuje da ljudi često nisu svjesni svojih interesa, vrijednosti i potencijalno gratificirajućih ciljeva. Što je potencijal interesa širi, osoba je zaštićenija od frustracija i potištenosti zbog svog invaliditeta. No, kad su vrijednosti osobe gotovo u potpunosti usmjerene na funkcije koje su izgubljene, značajno su snažnije reakcije na invaliditet i kasnije teškoće u učenju prilagođavanja. Očuvani kapaciteti za nošenje s problemima i uživanje također utječu na obim u kom je osoba „uništena“ gubitkom određenih funkcija. Postojanje i svjesnost vlastitih unutarnjih snaga, kao što su po prirodi visoki stupanj energije, velika motivacija u karijeri, anamneza emocionalne stabilnosti, brojni umjetnički talenti, društveni položaj itd., mogu se iskoristiti za stvaranje sigurnog i zadovoljavajućeg života uz smanjenje strahova i drugih destruktivnih emocija. Nadalje, učinjeno je mnogo istraživanja kako bi se ispitalo koje su crte ličnosti pokazatelji dobre ili loše prilagodbe na invaliditet tijekom dužeg vremena, no gotovo da nema nijednog istraživanja u kojem bi se istraživao njihov utjecaj na neposredniju emocionalnu/ponašajnu reagibilnost. Za nešto takvo potrebni su podaci o ličnosti prije i poslije invaliditeta, no, rijetko kad su dostupni podaci o ličnosti prije invaliditeta. Zato je teško istražiti ovu vrstu odnosa, no korisno je ispitati varijable za koje se zna da utječu na reakcije na promjene općenito, uključujući i one koje nameće invaliditet. Tako će fleksibilnost, prilagodljivost, zrelost i njihove suprotnosti te relativna snaga potreba osobe utjecati na vrstu reakcije. Primjerice, osoba koja ima visoku potrebu za pomoći i malu potrebu za skrbi o drugima, osjetit će manji gubitak zbog nametnute ovisnosti od osobe sa suprotnim potrebama, no to ne znači lakšu ili uspješniju prilagodbu na invaliditet. Nadalje, sustav duhovnih vrijednosti i filozofija života oblikuju značenje invaliditeta svake osobe, a to značenje utječe na načine na koje osoba reagira. Ukoliko osoba doživljava invaliditet kao kaznu od Boga za prijašnje grijehe sigurno će se osjećati drugačije od one osobe koja ga vidi kao test ili mogućnost za duhovni razvoj. Potrebno je odvojiti duhovnost od religioznosti jer specifična religijska vjerovanja mogu, ali ne moraju, biti korisna. S druge strane, prihvaćanje duhovnog aspekta života i postojanje

životne filozofije u koju se invaliditet može uklopiti uvijek ublažava destruktivne reakcije na invaliditet. [35]

Na reakcije osobe na invaliditet, osim karakteristika invaliditeta i osobe, utječu zbivanja u okolini. Invaliditet je zapravo produkt interakcije karakteristika osobe i njene okoline. Neposredna okolina, ali i širi kulturološki okvir, imaju snažan utjecaj na oblikovanje emocionalnih i ponašajnih reakcija na invaliditet. Prihvatanje i potpora obitelji, prihodi, dostupni izvori u zajednici te prisutnost ili odsutnost odanih prijatelja imaju velik utjecaj na to kako se osjeća osoba s invaliditetom. Isto tako, je li osoba smještena u ustanovu ili nije, te ukoliko jest, kakve su karakteristike te ustanove, imaju osobito snažan utjecaj. Bez obzira je li kultura kojoj pripada osoba s invaliditetom obilježena visokim stupnjem tehnologije koja može riješiti (neke) njene funkcijske probleme ili nije, dostatno financiranje programa za njene potrebe i izglasavanje zakona za zaštitu njenih prava također će utjecati na to kako će se osjećati osoba s invaliditetom. Tako zbog promjene kulturološkog okružja invaliditet više nije toliko deprimirajuć kao što je bio pred trideset godina. Manje opipljive, no jednako važne su vrijednosti i praksa kulturološke i etničke skupine kojoj osoba pripada. [35]

5.4. Stavovi, mišljenje, percepcija i reakcije okoline prema osobama s invaliditetom

Okolina je ta čiji odnos, neznanje, predrasude, strahovi, manjak iskustva, izostanak empatije, neosjetljivost dovode osobe s invaliditetom u neugodan položaj. Loša percepcija je naučena, ona je posljedica ili preuzimanja tuđih stavova, mišljenja i reakcija ili pak rezultat vlastitog neznanja i strahova. U čovjekovoj je prirodi da je skeptičan po pitanju različitih od sebe, da prema drugačijima od sebe početno postupa s barem malom dozom odbijanja. No, to je poput njegova obrambenog mehanizma. Svaka daljnja reakcija, postupanje i doživljaj različitih osoba ovisi o osjetljivosti za druge, ličnosti, osobnosti, stečenom znanju i iskustvu, otvorenosti za ono što je strano i što je drugačije. Različitost je u oku promatrača te svatko ima neke kriterije za ono što je normalno i što je nenormalno. Većinom se različitima smatraju oni koji se ističu na neki „negativni“ način, nekom vidljivom ili nevidljivom osobinom, karakteristikom, svojstvom ili sklonošću. Negativni stavovi prema osobama s invaliditetom izražavaju se uglavnom kad osoba s invaliditetom pokazuje sljedeće ponašanje: očituje svoju nesposobnost, iskazuje nerazumne zahtjeve za privilegijama, izbjegava ljude, žali se na vlastiti invaliditet ili se ponaša pasivno ili agresivno. [67]

S druge strane, dokazano je da više pozitivnih stavova korelira s boljom percepcijom života kao duhovne vrijednosti. Ljudi s više pozitivnih stavova prema osobama s invaliditetom imaju

više razine opće inteligencije, divergentnog razmišljanja te općeg poštovanja i poštovanja prema sebi i drugim ljudima. Ti su ljudi također manje ovisni na polju percepcije, nastojeći više reflektirati i preferirati moralne, vjerske, društvene i umjetničko-estetske vrijednosti kao cijenjene vrijednosti. [67]

Netolerancija prema različitostima uči se ponajviše u roditeljskom domu, uz netolerantne roditelje koji, primjerice, ne dopuštaju da im dijete sjedi u klupi s djetetom s poteškoćama u razvoju. Njihov je utjecaj najvažniji, ponajprije zato što je prvi u djetetovu životu, te se u vrtiću, školi, na igralištu druže djeca sličnog odgoja i sličnih nazora koje donose iz roditeljskog doma. Snažan utjecaj na formiranje stavova, iako daleko slabiji od utjecaja roditelja, imaju i odgojno-obrazovne institucije, od vrtića do fakulteta, te skupina vršnjaka s kojom se dijete druži. U predškolskim ustanovama djeca počinju interakciju s vršnjacima i usvajaju neke od prvih lekcija o ljudskim odnosima. [68]

Istraživanja pokazuju da se stavovi djece osnovnoškolske dobi prema osobama s invaliditetom mogu mijenjati i to u relativno kratkom periodu kroz pružanje pozitivnog, izravnog iskustva s djecom s razvojnim teškoćama, kao i kroz neizravno iskustvo; informiranje putem knjiga, vođenih diskusija ili sličnih aktivnosti. [12]

Prvi preduvjet promjena stavova društva prema osobama s invaliditetom je stvaranje uvjeta u kojima će doći do interakcije između osoba s i osoba bez invaliditeta. Prvi korak k tome treba biti uključivanje djece u redovni sustav odgoja i obrazovanja. Osobama s invaliditetom treba pružiti jednaku mogućnost obrazovanja u skladu s njihovim sposobnostima i uključivanje u društvenu sredinu već od najranije dobi. Isto tako, treba im pružiti mogućnost za rad i što veću samostalnost kroz podršku radne okoline i socijalne sredine. Jasińska-Kania i Straszyńska istraživanjem su dokazale da su mladi „otvoreni“ prema osobama s invaliditetom. [67]

Veća interakcija, veće znanje, veća informiranost osoba s invaliditetom i osoba bez invaliditeta uvelike mogu doprinijeti pozitivnijim stavovima, doživljaju i u konačnici, sveukupnoj percepciji osoba s invaliditetom. Najčešći čimbenici razmatrani kao oni koji utječu na stavove i percepciju jesu dob, spol, stupanj obrazovanja, učestalost kontakta s osobama s invaliditetom, informiranost o pojedinim vrstama invaliditeta. Tako je u pojedinim istraživanjima dokazano da žene imaju pozitivnije stavove prema osobama s invaliditetom od muškaraca. [69,70]

Pokazalo se i da sociodemografske varijable poput spola, dobi i stupnja obrazovanja ne utječu na poznavanje osoba s invaliditetom. [71]

Obrazovanje izraženo u godinama školovanja, kao čimbenik utjecaja na stavove prema osobama s invaliditetom, korelira s pozitivnijim stavovima. [69,72]

Iskustvo s osobom s invaliditetom pokazalo se najznačajnijim u formiranju stavova prema osobama s invaliditetom, tako da učestaliji kontakti imaju utjecaja na pozitivnije stavove. [68] Veća količina informacija o pojedinim vrstama invaliditeta doprinosi smanjenju osjećaja neugodnosti u prisutstvu osoba s invaliditetom. U području integracije osoba s invaliditetom kao značajan faktor pokazalo se pitanje obrazovanja, dok se spol i dob nisu pokazali statistički značajnima u odnosu na integraciju. U Hrvatskoj se osjeća da su pozitivni stavovi građana prema osobama s invaliditetom. Pri tome ne treba smetnuti s uma da 34% građana u Hrvatskoj smatra da osobe s intelektualnim teškoćama trebaju biti izdvojene iz zajednice, a da 80% građana gleda sažaljujuće na djecu s teškoćama u razvoju. Da je potrebno nešto učiniti vezano uz integraciju osoba s invaliditetom u društvo, smatra 97% Europljana, a u Hrvatskoj 71% ispitanika smatra kako je potrebno uključiti osobe s invaliditetom u društvo, dok 61% ispitanika smatra kako je potrebno utrošiti više novaca na uklanjanje fizičkih prepreka kako bi se osobama s invaliditetom omogućilo neometano kretanje i svakodnevni život. [71]

Istraživanja pokazuju da se stavovi prema osobama s invaliditetom posljednjih godina mijenjaju u pozitivnom pogledu, međutim negativni stavovi i društveno neprihvatanje osoba s invaliditetom još uvijek postoje te su prepoznati kao prepreke za postizanje uspjeha osoba s invaliditetom u društvenom, obrazovnom i profesionalnom kontaktu. [4]

Mladi nemaju ni pozitivne ni negativne stavove, ali idu prema pozitivnom usmjerenju, dok studenti imaju pozitivne stavove prema osobama s invaliditetom. [68]

Istraživanja potvrđuju kako i djeca i odrasli imaju pozitivnije stavove prema osobama s fizičkim invaliditetom nego prema osobama s psihičkim bolestima i poremećajima. [4,73]

Ljudi iskazuju volju za pomoć osobama s invaliditetom. Osobe s invaliditetom nemaju jednak pristup svim segmentima socijalnog i profesionalnog polja, kao što imaju osobe bez invaliditeta. Prema istraživanju provedenom u Poljskoj 2016. godine, među studentima medicine, pokazalo se da ispitanici u visokom postotku smatraju da osobe s invaliditetom trebaju stupati u brak, imati djecu i voziti automobil. Isto tako, pokazalo se da viši stupanj zadovoljstva vlastitim životom i razvijenost empatije utječu na formiranje pozitivnijih stavova prema osobama s invaliditetom. [67]

5.4.1. Mišljenje, stavovi i percepcija studenata sestrinstva spram osoba s invaliditetom

Dokazano je postojanje različitog mišljenja ljudi o osobama s različitim oblicima invaliditeta. Postoji niz istraživanja [13,15,74] u kojima su ispitivani stavovi studenata sestrinstva i uspoređivani sa stavovima ispitanika iz opće populacije, koja potvrđuju da studenti sestrinstva imaju negativnije stavove prema osobama s invaliditetom u odnosu na opću populaciju

zdravstvenih djelatnika, koji se ipak ne mogu generalizirati. Ne postoji značajna razlika između muških i ženskih ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja, na dobnu skupinu, na drugo visokoškolsko obrazovanje, s obzirom na radni status te ne postoji značajna razlika između dobnih skupina ispitanika s obzirom na oblik invaliditeta koji bi mogle imati osobe u njihovom budućem zanimanju. Tako prema provedenom istraživanju, dob, spol, studijski smjer i srednjoškolska sprema ispitanika ne utječu na odnos prema osobama s invaliditetom, no utjecaj ima godina studija koju ispitanici student pohađa i to u pozitivnijem smjeru paralelno s višom godinom studija. Drugim riječima, odslušani kolegiji o osobama s invaliditetom, koji se slušaju na višim godinama studija, imaju povoljno djelovanje. [4]

Pokazalo se da studenti sestrinstva imaju više negativnih stavova prema osobama s invaliditetom, nego što to imaju same osobe s invaliditetom, no imaju više pozitivnih stavova u odnosu na svoje vršnjake koji nisu studenti sestrinstva. Važan prediktor pozitivnijih stavova je kad osoba ima rođaka ili prijatelja s invaliditetom. To se pokazalo snažnim nezavisnim prediktorom pozitivnog stava u slučaju tjelesnog invaliditeta, no nema potvrde da je tako i u slučaju poznavanja osobe s intelektualnim teškoćama. Općenito, ispitanici ženskog spola i starije osobe pokazuju povoljnije stavove prema osobama s invaliditetom od muških i mlađih ispitanika. Osim toga, povećano iskustvo i kontakt s osobama s invaliditetom često su povezani s pozitivnijim stavovima, no to se ipak ne može generalizirati. Također, studenti sestrinstva imaju bolje stavove i povoljniju percepciju osoba s tjelesnim invaliditetom te u većoj mjeri podržavaju sličnost i odbijaju isključivanje osoba s intelektualnim teškoćama. [11]

Neka istraživanja [11,15] izvještavaju da su stavovi medicinskih sestara/tehničara i studenata sestrinstva pozitivniji u odnosu na opću populaciju, dok su starija istraživanja [13] pokazala da se stavovi zdravstvenih djelatnika zrcale ili mogu biti čak i lošiji od onih u općoj populaciji, koji su često negativni. Pokazalo se i da studenti sestrinstva imaju najmanje pozitivne stavove u usporedbi s medicinskim studentima i drugim studentima zdravstvene skrbi. [74]

Mnogo je studija [28,74,75,76] identificiralo prethodno iskustvo i kontakt s osobama s invaliditetom u društvenom ili radnom okruženju kao pozitivan utjecaj na stavove studenata i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom. Kontakt se odnosi na interakciju s osobama s invaliditetom, bilo društveno, bilo kroz obitelj, u zapošljavanju ili tijekom kliničkih iskustava. Neki autori sugeriraju da kontakt i rad s osobama s invaliditetom mogu promijeniti stavove [77], dok je u drugim istraživanjima [78] utvrđeno da kontakt studenata sestrinstva s osobama s invaliditetom u obitelji, društvenom životu, kliničkoj praksi ili na drugim mjestima nije značajno utjecao na njihove stavove i percepciju.

Prema istraživanju provedenom na stručnom studiju Sestrinstva Visoke tehničke škole u Bjelovaru, većina studenata smatra da su osobe s invaliditetom zakinite od strane društva.

Studenti su se izjasnili u najvećem postotku da ne izbjegavaju kontakt s osobama s invaliditetom te ni ne pomišljaju na to, da osobe s invaliditetom mogu biti dobri roditelji, da im treba omogućiti studiranje. Studenti sestrinstva osjećaju se opušteno u društvu osoba s invaliditetom, navode da bi možda bili u vezi s osobom s invaliditetom, suglasni su u tome da osobe s invaliditetom nemaju jednaka prava kao i osobe bez invaliditeta, prihvaćaju osobe s invaliditetom kao svoje prijatelje te ne vide zapreku da im osoba s invaliditetom ne bi mogla biti dobar radni kolega. [79]

U drugom istraživanju studenti smatraju da osobe s invaliditetom trebaju stupati u brak, imati djecu, voziti auto, raditi. Prva riječ koja ima pada na pamet prilikom opisa osoba s invaliditetom je u većini slučajeva „nesretan“, „nesposoban“, „patnik“, „osoba s teškim životom“. Većina ih želi pomoći osobama s invaliditetom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, no veći postotak bi to radije napravio u slučaju mladih ili slabovidnih osoba, a tek manji postotak kod ljudi s motoričkim oštećenjima. Većina ih smatra da društvo ne pruža adekvatnu podršku i pomoć osobama s invaliditetom. Pozitivniji stavovi, mišljenje i percepcija povezani su s višim stupnjem zadovoljstva vlastitim životom te razvijenijom empatijom. S višim zadovoljstvom vlastitim životom te razvijenijom empatijom povezuje se i zagovaranje modela integracije, dok niži stupanj toga dvoga korelira sa zagovaranjem odvajanja osoba s invaliditetom od ostalih. Smatraju da je društvo nedovoljno pripremljeno za pomoć osobama s invaliditetom te da se osobe s invaliditetom ne mogu kvalitetno ostvariti na profesionalnom polju i u društvenom životu. [67]

Moglo bi se zaključiti da su stavovi, mišljenje i percepcija studenata sestrinstva spram osoba s invaliditetom još uvijek na neodlučnoj razini, no pokazuju pozitivnu tendenciju. Studenti sestrinstva svjesni su teškoća i barijera na koje osobe s invaliditetom nailaze te nužnosti pružanja podrške da bi ostvarile vlastite potencijale te se ostvarile i na osobnom i na profesionalnom polju.

5.4.2. Stavovi i percepcija medicinskih sestara/tehničara spram osoba s invaliditetom

Zbog povezanosti stava i ponašanja te potencijalnog odnosa s populacijom o kojoj skrbe, važnost stavova medicinskih sestara/tehničara prema osobama s invaliditetom ima visok stupanj značajnosti. [46]

Medicinske sestre/tehničari su populacija koja učestalo dolazi u kontakt s osobama s invaliditetom i to u jednoj od njihovih najranjivijih faza, a to je dok im je potrebna medicinska pomoć i zdravstvena skrb.

U više se istraživanja pokazalo kako negativni stavovi prema osobama s invaliditetom među zdravstvenim osobljem mogu smanjiti učinkovitost intervencije ili dovode do toga da zdravstveni djelatnik ne pruža pomoć ili tretman osobi s invaliditetom, misleći da ih nije opravdano dati toj osobi. Osobe s invaliditetom nerijetko izvještavaju o nezadovoljstvu pruženom zdravstvenom njegom koja proizlazi iz neodgovarajućeg osobnog kontakta. [4] Rezultati do danas provedenih istraživanja pokazuju da, kada stav proizlazi iz direktnog iskustva s objektom stava, postoji veća konzistencija između stava i ponašanja, veća perzistencija takvog stava u vremenu te njegova otpornost na promjene, u odnosu na stav formiran indirektnim iskustvom s objektom stava. [79,80]

Prema istraživanju provedenom tijekom 2014. godine među medicinskim sestrama Centra za rehabilitaciju Sv. Filip i Jakov i Opće bolnice Zadar, rezultati pokazuju da medicinske sestre osobe s invaliditetom smatraju najranjivijom populacijom u društvu (72%), koja ne može samostalno donositi odluke (34%). Unatoč navedenom, u provedenom istraživanju 46% ispitanika Opće bolnice Zadar smatra da one mogu ravnopravno dati svoj doprinos društvu, dok se s tim ne slaže 54,4% ispitanika Centra za rehabilitaciju Sv. Filip i Jakov. Navedeni rezultat može se protumačiti kao posljedica trajnog kontakata s ovim osobama, suočavanja s teškim oblicima invaliditeta i prolongiranom institucionalnom skrbi, što je izraženo u medicinskim sestrama Centra za rehabilitaciju Sv. Filip i Jakov, a nije slučaj u medicinskim sestrama Opće bolnice Zadar. U analiziranju rezultata koji ispituju percepciju osnovnih ljudskih potreba, vidi se da mnoge medicinske sestre misle da su zbog specifičnosti kliničkog stanja i veće potrebne skrbi, osnovne ljudske potrebe ovih osoba različite od potreba drugih ljudi. [80]

Po pitanju integracije osoba s invaliditetom, čak 34% građana smatra da osobe s invaliditetom treba izdvojiti iz zajednice, dok to drži samo 6% medicinskih sestara. [42,45]. Osim toga, rezultati provedenog istraživanja potvrđuju da medicinske sestre ne sažalijevaju osobe s invaliditetom, što znači da ih smatraju ravnopravnima, poštuju i uvažavaju njihove mogućnosti aktivnog sudjelovanja u društvu. [80]

Unatoč sve većoj društvenoj osjetljivosti, određeni broj osoba, a posebno osobe s težim oštećenjima, bivaju smještene u institucije, prepuštene na brigu stručnjacima, a ponekad i zaboravljene od članova obitelji. Medicinske sestre/tehničari u bolnicama akutnog tipa, koji imaju manji uvid u institucionalni smještaj, smatraju da osobe s invaliditetom trebaju biti u krugu obitelji. To je tako jer osobe s invaliditetom u bolnicu najčešće dolaze u pratnji članova obitelji. Nadalje, medicinske sestre/tehničari koji svakodnevno rade s osobama s invaliditetom taj rad ne doživljavaju stresnim, za razliku medicinskih sestara/tehničara koji nisu u stalnoj interakciji s takvim pacijentima. Osobe koje rade u ustanovama akutnog tipa imaju snažniju percepciju teških oštećenja osoba s invaliditetom. Sukladno tome, niža razina stresa prisutna je u medicinskim

sestara/tehničara koji su u stalnoj interakciji s tim osobama te su se prilagodili radnim uvjetima i čestim kontaktima s osobama s invaliditetom. Može se pretpostaviti da se oni više usmjeravaju na njihove sposobnosti nego na samo oštećenje. [80]

U ispitivanju smjera stavova medicinskih sestara/tehničara prema osobama s invaliditetom, rezultati pokazuju kako najveći broj medicinskih sestara/tehničara ima pozitivna iskustva u radu s njima (86%). [80]

Češći kontakt medicinskih sestara/tehničara s osobama s invaliditetom rezultira pozitivnijim stavovima prema njima te medicinske sestre/tehničari s većim stupnjem obrazovanja imaju veći stupanj razumijevanja. [80,81]

Postoje razlike u stavovima mladih i medicinskih sestara/tehničara u smislu generacijske razlike, a shodno tome i razine iskustva u kontaktima s osobama s invaliditetom, što je razumljivo. Navedeno potvrđuje i to da medicinske sestre, osim iskustva u radu, imaju i veću socijalnu osjetljivost s obzirom na prirodu zanimanja. Iako su medicinske sestre/tehničari izrazili pozitivna iskustva u radu s osobama s invaliditetom, ipak se uočava da pokazuju stanovitu suzdržanost u iznošenju mišljenja o osobama s invaliditetom. Medicinske sestre/tehničari imaju neodlučne stavove prema osobama s invaliditetom, s tendencijom pozitivnog usmjerenja. [80]

6. Cilj istraživanja

Svrha ovog istraživanja bila je ispitati percepciju studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara prema osobama s invaliditetom te identifikacija i utjecaj tih faktora na percepciju studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara prema osobama s invaliditetom.

Nadalje, svrha istraživanja bila je ispitati postoje li razlike u percepciji s obzirom na godinu studija, radni odnos, broj godina radnog staža, spol, učestalost kontakta i prethodno osobno iskustvo u odnosu na osobe s invaliditetom. Također se istraživanjem ispitivala razina empatije ispitanika kao i osobno zadovoljstvo životom te utjecaj na doživljaj i formiranje mišljenja prema osobama s invaliditetom.

U skladu s tim, oslanjajući se na prethodno provedena istraživanja [4,11,19,67,78,79,80], postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Studenti viših godina studija više su upoznati s pristupom i načinom rada s osobama s invaliditetom, a samim tim pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom.

H2: Prethodno osobno iskustvo i učestaliji kontakt s osobama s invaliditetom rezultira pozitivnijom percepcijom osoba s invaliditetom.

H3: Zaposlene medicinske sestre/tehničari, i oni s većim brojem godina radnoga staža, pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom u odnosu na nezaposlene studente sestrinstva i medicinske sestre/tehničare.

H4: Osobe s razvijenom empatijom i izraženim većim zadovoljstvom vlastitim životom pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom.

7. Metodologija istraživanja

Istraživanjem percipiranja osoba s invaliditetom od strane studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara, obuhvaćene su 652 osobe ($N = 652$) s područja sjeverozapadne Hrvatske. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno. Te su osobe dale podatke u upitnicima koji su imali preko 50 varijabli koje se mogu svrstati u sljedeće skupine:

- a) opći podaci (spol, dob, završena srednja škola, stupanj obrazovanja, radni status, godine radnog staža, godina studija),
- b) podaci o odnosu prema osobama s invaliditetom (poznavanje neke osobe s invaliditetom, učestalost kontakta s osobom s invaliditetom, prva asocijacija pri spomenu invaliditeta, osjećaji koji se kod anketirane osobe pobuđuju u vezi s invaliditetom),
- c) podaci o zadovoljstvu vlastitim životom te
- d) niz podataka o percipiranju osoba s invaliditetom.

Pitanja u upitnicima bila su isključivo s jednim mogućim odgovorom od njih više ponuđenih. Svi upitnici popunjavali su se online, putem Google aplikacije, tijekom svibnja 2018. godine. Iz dobivene excel datoteke konvertirani su u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su sve vrste statističkih analiza (programom SPSS Statistics for Windows, verzija 17.0), dok su grafički prikazi izrađeni pomoću Microsoft Excela 2010.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su:

- a) deskriptivne metode (relativni brojevi, srednje vrijednosti, mjere disperzije, koeficijent korelacije);
- b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, hi-kvadrat test, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test i dvofaktorska analiza varijance);
- c) multivarijatne metode (analiza pouzdanosti i multipla regresijska analiza).

Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama donošeni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05, odnosno uz pouzdanost od 95%.

Rezultati analize izneseni su i opisani u tri poglavlja: deskriptivna statistička analiza, inferencijalna statistička analiza, multipla regresijska analiza i zaključci u vezi hipoteza.

Od ukupno 51 varijable, njih 41 je u upitnicima bilo iskazano na Likertovoj skali s pet stupnjeva. Slaganje je u svim takvim pitanjima u upitniku izražavano u pet stupnjeva (ocjena): 1 (uopće se ne slažem), 2 (uglavnom se ne slažem), 3 (niti se slažem niti ne slažem), 4 (uglavnom se slažem), 5 (u potpunosti se slažem).

U upitnicima nisu bile naznačene navedene vrijednosti pa su one dodane prije same statističke analize. Naime, na ovaj je način manje slaganje s izjavama u upitnicima izraženo manjom vrijednosti, a veće slaganje većom vrijednosti. Dakle, tvrdnje su izražene na ordinalnoj

mjernoj skali kojoj su pridružene navedene rang vrijednosti. Kako se pretpostavlja da su razlike među tim vrijednostima vrlo slične, tako se ova mjerna skala uvjetno može smatrati i intervalnom. Stoga je na osnovu navedenih vrijednosti moguće izračunavati srednje vrijednosti (u pravilu je to aritmetička sredina) i mjere disperzije (u pravilu su to standardna devijacija i koeficijent varijacije). Ponegdje je za potrebe analize iskazanih pet vrijednosti sažeto u četiri grupe odgovora: neslaganje s tvrdnjom (ocjene 1 i 2), neodlučnost (ocjena 3), slaganje s tvrdnjom (ocjena 4) i potpuno slaganje (ocjena 5).

8. Rezultati istraživanja

8.1. Deskriptivna statistička analiza

Prebrojavanjem odgovora na pojedina pitanja u upitnicima dobivene su apsolutne i relativne frekvencije. One su prezentirane po skupinama pitanja u devet tablica. Tako su u tablici 8.1.1. opći podaci o anketiranim osobama (studentima sestrinstva i medicinskim sestrama/tehničarima koji su u nastavku kraće nazivani ispitanicima), u tablici 8.1.2. su deskriptivni pokazatelji za dvije numeričke varijable, a u tablici 8.1.3. su ispitanici prema svom odnosu s osobama s invaliditetom.

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Spol:		
muški	71	10,9
ženski	581	89,1
Ukupno	652	100,0
Godine starosti:		
18 – 25 g.	296	45,4
26 – 35 g.	168	25,8
36 – 50 g.	159	24,4
51 – 63 g.	29	4,4
Ukupno	652	100,0
Završena srednja škola:		
medicinska škola	485	74,4
škola za zubotehničare	4	0,6
farmaceutska škola	7	1,1
škola za fizioterapeute	7	1,1
škola za primalje	15	2,3
gimnazija	76	11,6
ekonomska škola	11	1,7
upravna škola	3	0,5
ostale srednje škole	19	2,9
nepoznato	25	3,8
Ukupno	652	100,0
Završeni stupanj obrazovanja:		
srednja stručna sprema	432	66,2
preddiplomski studij	172	26,4
diplomski studij	48	7,4
Ukupno	652	100,0
Radni status:		

nezaposlen, samo studira	195	29,9
zaposlen u struci	251	38,6
zaposlen u struci i studira uz posao	175	26,8
zaposlen izvan struke i studira uz posao	31	4,7
Ukupno	652	100,0
Godine radnog staža:		
0 godina	178	27,3
1 – 5 godina	145	22,2
6 – 10 godina	71	10,9
11 – 20 godina	136	20,9
21 – 30 godina	90	13,8
31 i više	26	4,0
Nepoznato	6	0,9
Ukupno	652	100,0
Godina studija:		
ne studira	201	30,8
1. godina	131	20,1
2. godina	122	18,7
3. godina	133	20,4
diplomska razina studija	64	9,8
doktorski studij	1	0,2
Ukupno	652	100,0

Napomena: podaci o ispitanicima odnose se na oba spola premda su uvijek u tablicama (zbog kratkoće izražavanja) iskazani u muškom rodu.

Tablica 8.1.1. Broj ispitanika prema općim podacima (N = 652)[Izvor: autor]

Pretežan broj ispitanika su žene. Tek je svaka deseta osoba muškarac (tablica 8.1.1.). Te su osobe u dobi između 18 i 63 godine, prosječne starosti $30,3 \pm 10,0$ g. Od njih je 74% završilo srednju medicinsku školu, odnosno pretežno su srednje stručne spreme. Od ukupnog broja ispitanika, njih 29,9% samo studira, dok ih je 70,1% zaposleno. Od ukupno 652 osobe, njih 29,9% samo studira, 31,5% ih radi i studira, a 38,5% ih samo radi. Ispitanici u ovom istraživanju pretežno su bez radnog staža, njih 27,3%. Prosječni radni staž svih anketiranih je $9,7 \pm 10,3$ godine. To znači da je vrlo velika disperzija ispitanika s obzirom na radni staž (koeficijent varijacije je čak 106%), tako da je umjesto aritmetičke sredine bolja srednja vrijednost medijan, koji iznosi 5,5 godina (tablica 8.1.2.).

Za potrebe inferencijalne statističke analize kod nekih varijabli spajane su kategorije. Tako su kod završenog stupnja obrazovanja formirane tri kategorije: srednja stručna sprema, preddiplomski studij i diplomski studij. Kod radnog statusa su formirane dvije kategorije:

nezaposleni i zaposleni. Kod godina radnog staža formirane su tri grupe: bez radnog staža, 1-10 godina i 11 i više godina. Za studente su formirane dvije grupe godina studija: niže (1. i 2. godina studija) te više (3. godina i diplomatska razina studija).

Pokazatelj	Godine starosti	Godine radnog staža
broj ispitanika	652	646
aritmetička sredina	30,3	9,7
medijan	27,0	5,5
najmanja vrijednost	18	0
najveća vrijednost	63	43
standardna devijacija	10,0	10,3
koeficijent varijacije	33%	106%

Tablica 8.1.2. Deskriptivni pokazatelji za godine starosti i za godine radnog staža anketiranih osoba (N = 652) [Izvor: autor]

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Poznavanje neke osobe s invaliditetom:		
ne, ne poznajem	57	8,7
da, imam u obitelji, rodbini ili susjedstvu osobu s invaliditetom	229	35,1
da, u svom radu se susrećem s osobama s invaliditetom	364	55,9
sam ispitanik je osoba s invaliditetom	2	0,3
Ukupno	652	100,0
Učestalost susreta s osobama s invaliditetom:		
nikada do sada	5	0,8
par puta godišnje	109	16,7
svaki mjesec	106	16,3
svaki tjedan	190	29,1
svaki dan	242	37,1
Ukupno	652	100,0
Prva asocijacija pri susretu s osobom s invaliditetom:		
nema asocijacije, nezna, nema mišljenje	22	3,4
bespomoćnost, jad	11	1,7
bol, bolest, patnja	14	2,1
empatija, suosjećanje, sažaljenje, tuga, žalost	65	10,0
hendikep, mentalna retardacija, nedostatak, ograničenost	67	10,3
sreća što sam zdrav, ne daj Bože nikome	8	1,2
nemoć, nemogućnosti, nepokretnost, nesamostalnost, nesigurnost, nemogućnost brige o sebi	63	9,7
poteškoće, težak život, nije im lako	31	4,7

pomoć, otežan život, ovisnost o drugima, stalna skrb	112	17,2
diskriminacija, nejednakost, neravnopravnost, nerazumijevanje okoline	8	1,2
zabrinutost, briga	4	0,6
Ljubav	6	0,9
invalidska kolica, štake, pomagala	80	12,3
čovjek kao i svatko drugi, normalni ljudi	41	6,3
ima prednost	2	0,3
kako joj pomoći	15	2,3
ravnopravnost, razumijevanje, uvažavanje	7	1,1
divljenje, poštovanje	7	1,1
Snaga	13	2,0
Upornost	6	0,9
pozitivne osobe, otvorenost, radost, skromnost, dobrota	14	2,1
borac, borba kroz cijeli život, hrabrost	18	2,7
Ostalo	38	5,8
Ukupno	652	100,0

Tablica 8.1.3. Broj ispitanika prema odnosu spram invaliditeta (N = 652) [Izvor: autor]

U tablici 8.1.3. najprije su ispitanici razvrstani prema iskustvu/kontaktu s osobama s invaliditetom. Velika većina njih (91%) ima to iskustvo pa su prikladni za ovo istraživanje. Kontakt s osobama s invaliditetom, njih više od trećine ima svakodnevno, a skoro trećina njih svaki tjedan. U zadnjem dijelu tablice 8.3. navedene su brojne asocijacije koje ispitanici imaju pri susretu s osobom s invaliditetom. Navedene 23 kategorije moglo bi se sažeti u sljedećih pet kategorija: bez asocijacija (22), pesimistične asocijacije (469), neutralne asocijacije (65), optimistične asocijacije (58), ostale (nedefinirane) asocijacije (38), ukupno 652.

Bez obzira na moguću upitnost ovakve nove klasifikacije asocijacija, ostaje činjenica da ih je pretežan broj sumornih, pesimističnih, preko 70%.

U tablicama 8.1.4. i 8.1.5 za ispitanike su navedene učestalosti odabranih pojedinih stupnjeva prihvaćanja pet tvrdnji u vezi zadovoljstva životom.

R. br.	Tvrdnja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = niti se slažem niti se ne slažem	4 = uglavnom se slažem	5 = potpuno se slažem	Ukupno
1.	U većini slučajeva moj je život blizu idealnog.	18	47	160	308	119	652
2.	Zadovoljan sam svojim životom.	8	34	68	340	202	652
3.	Moji životni uvjeti su izvrsni.	14	38	141	314	145	652
4.	Imam sve što mi je važno u životu.	12	26	69	274	271	652
5.	Kada bih mogao početi život ispoč. ne bih ništa mijenjao.	55	69	162	225	141	652
	Ukupno	107	214	600	1461	878	3260

Napomena: najveće frekvencije su deblje otisnute u svakom retku tablice.

Tablica 8.1.4. Broj ispitanika prema zadovoljstvu vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]

Iz tablice 8.1.4. vidljivo je da se ispitanici u velikom broju uglavnom slažu s navedenim tvrdnjama. Na osnovu zbrojeva u toj tablici mogu se izračunati postotci ispitanika koji manje ili više prihvaćaju sve te tvrdnje, a oni iznose: uopće se ne slažu ili se uglavnom ne slažu (9,8%), ne mogu se odlučiti (18,4%), uglavnom se slažu ili se u potpunosti slažu (71,8%).

Za navedenih pet čestica (items) provedena je analiza pouzdanosti te je utvrđen koeficijent Cronbach alfa od 0,88, što znači da su odgovori ispitanika konzistentni, međusobno usklađeni.

Visoko zadovoljstvo vlastitim životom ispitanika vidljivo je i iz deskriptivnih pokazatelja koji su navedeni u tablici 8.1.5.

R. br.	Tvrdnja	Broj ispitanika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.	U većini slučajeva moj je život blizu idealnog.	652	3,71	0,939	25
2.	Zadovoljan sam svojim životom.	652	4,06	0,854	21
3.	Moji životni uvjeti su izvrsni.	652	3,83	0,914	24
4.	Imam sve što mi je važno u životu.	652	4,17	0,904	22
5.	Kada bih mogao početi život ispočetka ne bih ništa mijenjao.	652	3,50	1,184	34

Tablica 8.1.5. Deskriptivni pokazatelji za zadovoljstvo vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]

Aritmetičke sredine u tablici 8.1.5. variraju između 3,50 i 4,17 tako da opća aritmetička sredina iznosi 3,85, odnosno blizu je kategorije „uglavnom se slažem“, koja ima vrijednost 4. Ispitanici su u svojim procjenama prihvaćanja navedenih tvrdnji dosta homogeni (koeficijenti varijacije su između 21% i 34%). Najmanje je prihvatljiva peta tvrdnja („Kada bih mogao početi život ispočetka ne bih ništa mijenjao“), koja ima i najveću disperziju (34%).

Kako je zadovoljstvo vlastitim životom varijabla koju treba stavljati u odnos s drugim varijablama u ovom istraživanju, tako je iz navedenih pet varijabli izračunata (izvedena) njihova prosječna vrijednost za svakog pojedinog ispitanika (omjerna varijabla). Iz dobivenih prosjeka za svakog ispitanika, izračunati su kvantili ($Q_1 = 3,4$ $Q_3 = 4,4$) te su prema njima formirane tri grupe ispitanika (ordinalna varijabla):

ispitanici s manjim zadovoljstvom životom (1,00 - 3,40)	174 ili 26,7%
ispitanici s osrednjim zadovoljstvom životom (3,41 - 4,40)	333 ili 51,1%
ispitanici s većim zadovoljstvom životom (4,41 - 5,00)	145 ili 22,2%
Ukupno ispitanika	652 ili 100%

Dakle, formirane tri grupe ispitanika prema zadovoljstvu vlastitim životom sadržavaju (poput normalne krivulje) približno četvrtinu, polovinu, odnosno četvrtinu ispitanika.

U tablicama 8.1.6. i 8.1.7. vidljiva je učestalost pojedinih osjećaja koje kod ispitanika pobuđuju osobe s invaliditetom.

R.br	Vrsta osjećaja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = niti se slažem niti se ne slažem	4 = uglavnom se slažem	5 = potpuno se slažem	Ukupno
1.	Empatija	8	7	42	196	399	652
2.	Sažaljenje	80	92	220	185	75	652
3.	Strah	253	133	197	58	11	652
4.	anksioznost i nelagoda	274	142	178	54	4	652
5.	Bijes	399	61	158	31	3	652

Napomena: najveće frekvencije su deblje otisnute u svakom retku tablice.

Tablica 8.1.6. Broj ispitanika prema tome kakve osjećaje u njima pobuđuju osobe s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]

U tablici 8.1.6. osjećaji su poredani od onih koji su više pozitivni prema onima koji su više nepoželjni, negativni. U skladu s tim, poredane su i dobivene najveće frekvencije: najveće je

iskazano prihvatanje pozitivnijih osjećaja (empatija), a najmanje je iskazano prihvatanje negativnih osjećaja (bijes). Ova je konstatacija očiglednija iz tablice 8.1.7. na osnovu aritmetičkih sredina.

R. br.	Vrsta osjećaja	Broj ispitanika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.	empatija	652	4,49	0,769	17
2.	sažaljenje	652	3,13	1,167	37
3.	strah	652	2,14	1,086	51
4.	anksioznost i nelagoda	652	2,04	1,039	51
5.	bijes	652	1,74	1,010	58

Tablica 8.1.7. Deskriptivni pokazatelji za osjećaje koje kod ispitanika pobuđuju osobe s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]

Iz tablice 8.1.7. vidljiv je pad aritmetičkih sredina od 4,49 do 1,74, odnosno veće prihvatanje od strane ispitanika pozitivnijih osjećaja (suosjećanje), a manje prihvatanje od ispitanika negativnijih osjećaja (strah, anksioznost, nelagoda, bijes). Disperzija je kod ispitanika obrnuta: najviše su ispitanici homogeni kod osjećaja empatije (koeficijent varijacije je 17%), a najmanje su homogeni kod osjećaja bijesa (58%).

Kako se empatija u ovom istraživanju treba stavljati u odnos s drugim varijablama, tako su svi ispitanici podijeljeni u tri umjesto u pet grupa (kako je to i vidljivo iz frekvencija navedenih u tablici 8.1.6.):

- manje izražena empatija (ocjene 1 do 3) 57 ispitanika
- osrednje izražena empatija (ocjene 4) 196 ispitanika
- više izražena empatija (ocjene 5) 399 ispitanika.

R. br.	Tvrdnja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = niti se lažem niti se ne slažem	4 = uglavnom se slažem	5 = potpuno se slažem	Ukupno
1	Moje općenito znanje o osobama s invaliditetom je dostatno.	4	50	258	217	123	652
2	Dovoljno sam kompetentan za rad s osobama s invaliditetom.	15	75	236	198	128	652
3	Smatram se pravom osobom za rad s osobama s invaliditetom.	28	105	278	172	69	652
4	Rad s osobama s invaliditetom je izrazito težak i stresan.	22	78	199	176	177	652
5	Frustrira me kad ne znam kako im pomoći.	33	62	189	212	156	652
6	Ispunjava me kao osobu kad mogu pomoći osobi s invaliditetom.	12	19	49	153	419	652
7	Osjećam se nelagodno u društvu osoba s invaliditetom.	420	146	54	17	15	652
8	Nastojim što kraće gledati u osobu s invalidit. pri susretu s njom.	313	101	143	44	51	652
9	Osobe s invalidit., prilikom kontakta, gledam isključivo u oči.	80	63	149	156	204	652
10	S osobama s inval.komuniciram na jednak način kao sa ostalima.	15	15	63	171	388	652
11	Sretan sam što nisam osoba s invaliditetom.	15	5	40	59	532	652
12	Divim se načinu na koje se osobe s invalid.nose sa svojim teškoć.	12	3	28	74	535	652
13	Osobe s urođenim invalid.lakše se s tim nose od onih sa steč.inv.	38	33	193	189	199	652
14	Prije bih pomogao djeci s invl.nego odraslima i starijima s inval.	291	84	179	59	39	652
15	Smatram da je tjelesni invaliditet teži od intelektualnog deficita.	207	120	241	52	32	652
16	Svakoj je osobi najteža njena vrsta invaliditeta.	12	16	81	129	414	652
17	Osobe s invaliditet. često manipuliraju osobama u svojoj blizini .	158	177	251	55	11	652
18	Osobe s invaliditetom sklone su samosažaljevanju.	86	143	295	105	23	652
19	Osobe s invaliditetom često su ljute i agresivne.	134	163	286	59	10	652
20	Osobe s invaliditetom su ranjivije i osjećajnije.	41	76	292	184	59	652
21	Osobe s invaliditetom ovisne su o pomoći drugih ljudi.	31	87	295	193	46	652
22	Osobe s inval.teret su svojim obiteljima, prijateljima, kolegama.	165	187	231	53	16	652
23	Osobe s invaliditetom ne bi trebale živjeti same.	119	108	210	110	105	652
24	Osobe s invaliditetom nesposobne su za bračni život.	455	108	63	11	15	652
25	Osoba s inval.treba biti u vezi/braku isklj.s drugom osob.s inval.	536	57	42	3	14	652
26	Nikad ne bih mogao biti u vezi s osobom s invaliditetom.	228	93	242	61	28	652
27	Osobe s invaliditetom nesposobne su za roditeljstvo.	454	104	71	11	12	652
28	Osobe s invalid.nisu, ali trebaju biti ravnopravni članovi društva.	25	13	50	120	444	652
29	Djeca s inval.trebaju pohađati nastavu zajedno sa ostalom djecom.	23	16	79	122	412	652
30	Osobe s inval.sposob.su raditi i treba im omoguć.i prilag.rad.mj.	9	3	31	92	517	652
31	Nikad ne bi zaposlio osobu s inv. niti bih volio da je moj r.kolega.	526	72	37	7	10	652

Napomena: najveće frekvencije su deblje otisnute u svakom retku tabele.

Tablica 8.1.8. Broj ispitanika prema percepciji osoba s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]

Tablica 8.1.8. sadrži velik broj tvrdnji u vezi invaliditeta. Neke su od njih pozitivno izražene, neke neutralne, neke negativno izražene. Stoga su i najveće frekvencije:

- ekstremno velike (kod ocjene 5) kada se radi o nekoj tvrdnji pozitivno izraženoj (npr. tvrdnje 9 do 13 ili tvrdnje 28 do 30),

- u sredini (kod ocjene 3) kada se radi o nekoj neutralnoj tvrdnji (npr. tvrdnji 1 do 5 ili kod tvrdnje 15, ili 17 do 23), ili su

- ekstremno male (kod ocjene 1) kada se radi o nekoj tvrdnji negativno izraženoj (npr. tvrdnje 7, 8, 24, 25, 27, 31).

Zanimljivo je da ni kod jedne tvrdnje nije najveća frekvencija kod ocjene 2 („uglavnom se ne slažem“) ili kod ocjene 4 („uglavnom se slažem“).

Sve tvrdnje u tablici 8.1.8. mogu se grupirati u dvije skupine:

- skupina A: tvrdnje 1 – 16 koje iskazuju odnos ispitanika prema osobama s invaliditetom (osjećaji, stavovi) i

- skupina B: tvrdnje 17 – 31 koje iskazuju percepciju ispitanika prema osobama s invaliditetom.

R. br.	Tvrdnja	Broj ispitanika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1	Moje općenito znanje o osobama s invaliditetom je dostatno.	652	3,62	0,897	25
2	Dovoljno sam kompetentan za rad s osobama s invaliditetom.	652	3,54	1,006	28
3	Smatram se pravom osobom za rad s osobama s invaliditetom.	652	3,23	0,984	30
4	Rad s osobama s invaliditetom je izrazito težak i stresan.	652	3,63	1,105	30
5	Frustrira me kad ne znam kako im pomoći.	652	3,61	1,101	30
6	Ispunjava me kao osobu kad mogu pomoći osobi s invaliditetom.	652	4,45	0,892	20
7	Osjećam se nelagodno u društvu osoba s invaliditetom.	652	1,56	0,920	59
8	Nastojim što kraće gledati u osobu s invaliditetom pri susretu s njom.	652	2,11	1,290	61
9	Osobe s invaliditetom, prilikom kontakta, gledam isključivo u oči.	652	3,52	1,344	38
10	S osobama s invaliditetom komuniciram na jednak način kao sa ostalima.	652	4,38	0,919	21
11	Sretan sam što nisam osoba s invaliditetom.	652	4,67	0,816	17
12	Divim se načinu na koje se osobe s invaliditetom nose sa svojim teškoć.	652	4,71	0,735	16
13	Osobe s urođenim invaliditetom lakše se s tim nose od onih sa steč. inv.	652	3,73	1,122	30
14	Prije bih pomogao djeci inv. nego odraslima i starijima s inval.	652	2,19	1,260	58
15	Smatram da je tjelesni invaliditet teži od intelektualnog deficita.	652	2,36	1,149	49
16	Svako je osobi najteža njena vrsta invaliditeta.	652	4,41	0,927	21
17	Osobe s invaliditetom često manipuliraju osobama u svojoj blizini.	652	2,36	0,994	42
18	Osobe s invaliditetom sklone su samosažaljevanju.	652	2,75	0,994	36
19	Osobe s invaliditetom često su ljute i agresivne.	652	2,46	0,966	39
20	Osobe s invaliditetom su ranjivije i osjećajnije.	652	3,22	0,982	30
21	Osobe s invaliditetom ovisne su o pomoći drugih ljudi.	652	3,21	0,927	29
22	Osobe s invaliditetom su svojim obiteljima, prijateljima, kolegama.	652	2,34	1,020	44
23	Osobe s invaliditetom ne bi trebale živjeti same.	652	2,96	1,308	44
24	Osobe s invaliditetom nesposobne su za bračni život.	652	1,50	0,907	60
25	Osoba s invaliditetom treba biti u vezi/braku isključivo s drugom osobom s invaliditetom.	652	1,32	0,794	60
26	Nikad ne bih mogao biti u vezi s osobom s invaliditetom.	652	2,34	1,170	50
27	Osobe s invaliditetom nesposobne su za roditeljstvo.	652	1,50	0,889	59
28	Osobe s invaliditetom nisu, ali trebaju biti ravnopravni članovi društva.	652	4,45	0,991	22
29	Djeca s invaliditetom trebaju pohađati nastavu zajedno sa ostalom djecom.	652	4,36	1,022	23
30	Osobe s invaliditetom sposobne su raditi i treba im omogućiti prilagodbu mjesta.	652	4,69	0,708	15
31	Nikad ne bi zaposlio osobu s invaliditetom. Niti bih volio da je moj kolega.	652	1,32	0,761	58

Tablica 8.1.9. Deskriptivni pokazatelji za percepciju osoba s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]

Na osnovu aritmetičkih sredina navedenih u tablici 8.1.9. mogu se izdvojiti izrazito slabo prihvaćene tvrdnje (s prosjekom ispod 2) i izrazito dobro prihvaćene tvrdnje (s prosjekom iznad 4). Tako je u skupini A najmanje prihvaćena

- tvrdnja 7 „Osjećam se nelagodno u društvu osoba s invaliditetom.“

dok je najviše prihvaćeno sljedećih pet tvrdnji:

- tvrdnja 10 „S osobama s invaliditetom komuniciram na jednak način kao s ostalima.“
- tvrdnja 16 „Svakoj je osobi najteža njena vrsta invaliditeta.“
- tvrdnja 6 „Ispunjava me kao osobu kad mogu pomoći osobi s invaliditetom.“
- tvrdnja 11 „Sretan sam što nisam osoba s invaliditetom.“
- tvrdnja 12 „Divim se načinu na koje se osobe s invaliditetom nose sa svojim teškoćama.“

U skupini B postoje četiri tvrdnje koje su najmanje prihvaćene:

- tvrdnja 25 „Osoba s invaliditetom treba biti u vezi/braku isklj.s drugom osobom s invaliditetom.“
- tvrdnja 31 „Nikad ne bi zaposlio osobu s invaliditetom niti bih volio da je moj radni kolega.“
- tvrdnja 24 „Osobe s invaliditetom nesposobne su za bračni život.“
- tvrdnja 27 „Osobe s invaliditetom nesposobne su za roditeljstvo.“

dok su najviše prihvaćene sljedeće tri tvrdnje:

- tvrdnja 29 „Djeca s invaliditetom trebaju pohađati nastavu zajedno s ostalom djecom.“
- tvrdnja 28 „Osobe s invaliditetom nisu, ali trebaju biti ravnopravni članovi društva.“
- tvrdnja 30 „Osobe s invaliditetom sposobne su raditi i treba im omogućiti i prilagoditi radno mjesto.“

Prije detaljnog iznošenja rezultata analize podataka o percepciji invaliditeta metodama inferencijalne statistike potrebno je navesti rezultate analize pouzdanosti (Reliability Analysis) 15 tvrdnji (čestica, items) iz skupine B koje se odnose na tu percepciju. Naime, tih 15 tvrdnji potrebno je za inferencijalnu analizu sažeti u jednu varijablu pod nazivom „percepcija invaliditeta“, tj. mišljenje ispitanika o sposobnosti osoba s invaliditetom za funkcioniranje unutar različitih životnih područja. Prije same analize pouzdanosti izvršeno je rekodiranje tvrdnji koje su negativno formulirane u odnosu na ostale tvrdnje (pretvaranje ocjene 1 u ocjenu 5, ocjene 2 u ocjenu 4 itd.), a to su tvrdnje 17, 19, 22, 24, 25, 26, 27 i 31. Provedenom analizom pouzdanosti dobiven je nizak koeficijent pouzdanosti od 0,632, što znači da bi dobivena nova varijabla „percepcija invaliditeta“ bila slabe kvalitete. Analiza pouzdanosti nam daje pokazatelje na osnovu kojih se može zaključiti što tu pouzdanost čini slabijom. Utvrđeno je da četiri varijable imaju niske koeficijente korelacije (ispod 0,15) i to:

- tvrdnja 18 sa koeficijentom korelacije od -0,336
- tvrdnja 20 sa koeficijentom korelacije od 0,073
- tvrdnja 21 sa koeficijentom korelacije od 0,009
- tvrdnja 23 sa koeficijentom korelacije od -0,093

Nakon isključivanja te četiri loše korelirane varijable s ostalim varijablama (varijable s lošom diskriminativnosti koje snižavaju pouzdanost), ponovljena je analiza pouzdanosti. Dobiven je koeficijent pouzdanosti od 0,824 (s 11 čestica umjesto 15 čestica), što znači dobru pouzdanost. Stoga je nova varijabla „percepcija invaliditeta“ formirana s preostalih 11 varijabli, zbrajanjem njihovih vrijednosti i dijeljenjem s 11. Ustvari, ona predstavlja prosjek (aritmetičku sredinu) tih 11 varijabli. Kako se radi o kvantitativnoj varijabli, izračunati su na osnovu nje sljedeći deskriptivni pokazatelji: aritmetička sredina (4,22), medijan (4,36), mod (4,36), donji kvartil (4,00), gornji kvartil (4,64), minimalna vrijednost (1,18), maksimalna vrijednost (5,00), standardna devijacija (0,564), koeficijent varijacije (13%).

Na osnovu donjeg i gornjeg kvartila ispitanici su podijeljeni u tri grupe:

- ispitanici sa negativnom percepcijom invaliditeta (1,18-3,99) 161 ili 24,7%
- ispitanici sa neutralnom percepcijom invaliditeta (4,00-4,59) 315 ili 48,3%
- ispitanici sa pozitivnom percepcijom invaliditeta (4,60-5,00) 176 ili 27,0%

Ukupno 652 ili 100%

Dakle, formirane tri grupe ispitanika prema percepciji invaliditeta imaju približno četvrtinu, polovinu i četvrtinu ispitanika, poput normalne krivulje.

Tri su izvedene (новоformirane) ordinalne i omjerne varijable važne u ovom istraživanju:

- zadovoljstvo vlastitim životom (omjerna varijabla sa prosjekom od 3,86),
- osjećaj empatije prema osobama s invaliditetom (ordinalna varijabla sa prosjekom od 4,49),
- percepcija invaliditeta (omjerna varijabla sa prosjekom od 4,22).

Prije analize razlika i povezanosti varijabli iz ove ankete provedeno je provjeravanje normalnosti raspodjele tih triju varijabli pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa. U tablici 8.1.10. prezentirani su rezultati tih testova.

R. br.	Varijable za koje je provedeno testiranje normalnosti raspodjele pomoću KS testa	N	Z	p	Distribucija je približno normalna
1.	Zadovoljstvo vlastitim životom	652	2,848	<0,001	ne
2.	Osjećaj empatije prema invalidnim osobama	652	9,680	<0,001	ne
3.	Percepcija invalidnosti	652	3,119	<0,001	ne

Tablica 8.1.10. Rezultati provjere normalnosti raspodjele tri izvedene varijable (N = 652)

[Izvor: autor]

Kao što se iz rezultata KS testova vidi u tablici 8.1.10., sve su p vrijednosti manje od 0,05 pa na osnovu toga zaključujemo da niti jedna od navedene tri distribucije nije slična normalnoj. To onda znači da kod primjene inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametrijske, već samo neparametrijske testove.

8.2. Inferecijalna statistička analiza

Analize koje slijede mogu se podijeliti u nekoliko skupina.

Prvu skupinu analiza čine neparametrijski testovi kojima je svrha utvrditi postoji li povezanost između nominalnih varijabli. Dakle, radi se o hi-kvadrat testovima kojima je prethodilo formiranje kontingencijskih tablica te su na osnovu tih tablica izračunati rezultati, koji su pregledno navedeni u tablici 8.2.1.

R. br.	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	N	χ^2	df	p ¹⁾
1.	Godina studija (niža, viša) Dostatnosti znanja o invalid. osobama (pitanje 13)	2 x 4	450	8,341	3	0,039*
2.	Godina studija (niža, viša) Kompetencije za rad s invalid.osobama (pitanje 14)	2 x 4	450	4,442	3	0,217
3.	Godina studija (niža, viša) Percepcija osoba s invaliditetom (negat.,neutr.,poz.)	2 x 3	450	1,293	3	0,524
4.	Osobno iskustvo o invalidnim osobama Percepcija osoba s invaliditetom	3 x 3	650	2,914	4	0,572
5.	Učest.kontakta s inv.osob.(rjeđe i češće tj.svaki dan) Percepcija osoba s invaliditetom	2 x 3	650	1,041	2	0,594
6.	Radni status ispitanika (nezaposlen, zaposlen) Percepcija osoba s invaliditetom	2 x 3	650	4,588	2	0,101
7.	Radni staž ispitanika (u 3 grupe) Percepcija osoba s invaliditetom	3 x 3	644	8,645	4	0,071
8.	Empatija prema osobama s invalidnosti Percepcija osoba s invaliditetom	3 x 3	650	20,262	4	<0,001** *
9.	Zadovoljstvo vlastitim životom Percepcija osoba s invaliditetom	3 x 3	650	14,136	4	0,007**
10.	Spol Percepcija osoba s invaliditetom	2 x 3	652	1,726	2	0,422
11.	Dob (u 4 grupe) Percepcija osoba s invaliditetom	4 x 3	652	5,541	6	0,477
12.	Završen stupanja obrazovanja (SSS, dodipl., dipl.) Percepcija osoba s invaliditetom	3 x 3	652	1,738	4	0,784

Napomena: 1) *statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%.

Tablica 8.2.1. Rezultati hi-kvadrat testova [Izvor: autor]

Zaključci u vezi provedenih hi-kvadrat testova su sljedeći:

1) Između godina studija (niže i više godine) i dostatnosti općenitog znanja ispitanika o osobama s invaliditetom postoji statistički značajna povezanost. Rezultati testa ($\chi^2 = 8,341$ df = 3 N = 450 p = 0,039) to dokazuju. Uvidom u tablicu kontingencije (tablica 8.2.2.) može se

izračunati da postotak onih koji se potpuno slažu s dostatnošću općenitih znanja o invaliditetu od svih studenata nižih godina studija iznosi 17%, dok taj postotak kod studenata viših godina studija iznosi 39%. Prema tome, očekivano, studenti viših godina studija su zadovoljniji svojim znanjima o osobama s invaliditetom.

2) Između godina studija (niže, više) i kompetencija za rad s osobama s invaliditetom ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,217$).

3) Između godina studija (niže, više) i percepcije invaliditeta (negativna, neutralna, pozitivna) ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,524$).

4) Između osobnog iskustva s osobama s invaliditetom (nema, ima u obitelji, ima na radu) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,572$).

5) Između učestalosti kontakta s osobama s invaliditetom (rjeđe, češće) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,594$).

6) Između radnog statusa ispitanika (nezaposlen, zaposlen) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,101$).

7) Između radnog staža ispitanika (svrstanog u tri grupe) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,071$).

8) Između osjećaja empatije prema osobama s invaliditetom (svrstano u tri grupe) i percepcije invaliditeta postoji statistički značajna povezanost. Rezultati testa ($\chi^2 = 20,262$ $df = 4$ $N = 650$ $p < 0,001$) to dokazuju. Uvidom u tablicu kontingencije (tablica 8.2.3.) može se izračunati da od svih ispitanika s manje izraženom empatijom, njih 44% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 16% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Nasuprot njima, od svih ispitanika s više izraženom empatijom, njih 21% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 31% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Dakle, zaključak je logičan: negativne percepcije invaliditeta češće su kod ispitanika s manje empatije, dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s više empatije.

9) Između zadovoljstva vlastitim životom i percepcije invaliditeta postoji statistički značajna povezanost. Rezultati testa ($\chi^2 = 14,136$ $df = 4$ $N = 650$ $p = 0,007$) to dokazuju. Uvidom u tablicu kontingencije (tablica 8.2.4.) može se izračunati da od svih ispitanika s manjim zadovoljstvom životom, njih 34% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 20% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Nasuprot njima, od svih ispitanika s većim zadovoljstvom životom, njih 22% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 34% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Dakle, zaključak je logičan: negativne percepcije invaliditeta češće su kod ispitanika s manjim zadovoljstvom životom dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s većim zadovoljstvom životom.

10) Između spola ispitanika i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,422$).

11) Između dobi ispitanika (svrstana u četiri grupe) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,477$).

12) Između završenog stupnja obrazovanja (SSS, dodiplomski, diplomski) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,784$).

Godina studija	Dostatnost znanja o invaliditetu				Ukupno
	ne slažem se	ni se slažem ni se slažem	slažem se	u potp.se slažem	
1. ili 2.	17	120	72	44	253
3. ili diplomski studij	18	69	76	34	197
Ukupno	35	189	148	78	450

Tablica 8.2.2. Ispitanici koji studiraju prema godinama studija i prema dostatnosti znanja o invaliditetu (pitanje 13 iz upitnika) N = 450 [Izvor: autor]

Empatija	Percepcija invaliditeta u 3 grupe			Ukupno
	negativno (1,18-3,99)	neutralno (4,00-4,59)	pozitivno (4,60-5,00)	
manje izražena	25	23	9	57
osrednje izražena	52	103	41	196
više izražena	84	189	124	397
Ukupno	161	315	174	650

Tablica 8.2.3. Ispitanici prema stupnju empatije s osobama s invaliditetom i prema percepciji invaliditeta (N = 650) [Izvor: autor]

Zadovoljstvo vlastitim životom	Percepcija invaliditeta u 3 grupe			Ukupno
	negativno (1,18-3,99)	neutralno (4,00-4,59)	pozitivno (4,60-5,00)	
Manje	58	80	35	173
Osrednje	71	171	90	332
Veće	32	64	49	145
Ukupno	161	315	174	650

Tablica 8.2.4. Ispitanici prema stupnju zadovoljstva vlastitim životom i prema percepciji invaliditeta (N = 650) [Izvor: autor]

Drugu skupinu analiza čine U testovi i H testovi. Naime, da bi utvrdili je li neka razlika u percepciji invaliditeta statistički značajna ili nije, koristio bi se t-test ako imamo dvije kategorije, odnosno F-test (ANOVA) ako imamo tri ili više kategorija. Kako ključne varijable u ovom istraživanju nisu normalno distribuirane (tablica 8.1.10.), neophodno je umjesto ta dva testa koristiti njihove neparametrijske alternative, a to su Mann-Whitneyev U test, odnosno Kruskal-Wallisov H test. Rezultati U-testa i H-testa prikazani su u istoj tablici (tablica 8.2.5.).

R. br.	Varijabla	Grupa ispitanika	Broj ispit.	Sred. rang.	U ili χ^2	Z ili df	p
1.	Općenito znanje o osobama s invaliditetom (pitanje 13 u upitn.)	niže g.studija više g.studija	253 197	219,38 232,75	U=23373	z=-1,202	0,229
2.	Kompetent.za rad s osobama s invaliditetom (pitanje 14 u upitn.)	niže g.studija više g.studija	253 197	217,55 235,71	U=22910	z=-1,544	0,123
3.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema godinama studija)	niže g.studija više g.studija	253 197	222,48 229,38	U=24156	z=-0,559	0,576
4.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema iskus.u radu s osobama s invaliditetom)	nema iskustva ima u bliž.okol. ima na radu	57 229 364	307,66 344,68 316,23	$\chi^2=3,806$	df = 2	0,149
5.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema učest.kont.s osobama s invaliditetom)	rjeđe češće	410 242	323,22 332,05	U=48266	z=-0,579	0,562
6.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema radnom statusu)	nezaposleni zaposleni	195 457	331,08 324,55	U=43664	z=-0,406	0,685
7.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema radnom stažu)	0 godina 1-10 godina 11 i više godina	178 216 252	330,61 330,36 312,60	$\chi^2=1,415$	df = 2	0,493
8.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema empatiji)	manja empatija osrednja empat. veća empatija	57 196 399	238,55 306,30 348,98	$\chi^2=20,442$	df = 2	0,001***
9.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema zadovolj.vlast.životom)	manje zadovolj. osrednje zadovolj. veće zadovolj.	174 333 145	291,17 336,46 346,03	$\chi^2=8,645$	df = 2	0,013*
10.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema spolu)	muški ženski	71 581	300,85 329,63	U=18804	z=-1,218	0,223
11.	Percepcija osoba s invaliditetom (prema dobi)	18-25 godina 26-35 godina 36-50 godina 51-63 godine	296 168 159 29	334,51 323,60 320,26 295,74	$\chi^2=8,645$	df = 2	0,676
12.	Percepcija osoba s invaliditetom	SSS prediplomski	432 172	323,86 336,26	$\chi^2=0,718$	df = 2	0,698

	(prema završenom obrazovanju)	diplomski	48	315,31			
--	-------------------------------	-----------	----	--------	--	--	--

Napomena: 1) * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%.

Tablica 8.2.5. Rezultati usporedbe pomoću Mann-Whitneyevog U testa, odnosno Kruskal-Wallisovog H testa [Izvor: autor]

Na osnovu rezultata navedenih u tablici 8.2.5 mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1) Ispitanici studenti nižih godina studija statistički se značajno ne razlikuju po općenitom znanju o invaliditetu od studenata viših godina studija. Istina, studenti nižih godina studija svoje znanje ocjenjuju manjim od studenata viših godina studija ($219,38 < 232,75$), ali ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,229$). Ovdje su uspoređene sredine rangova koje kao rezultate daju U test odnosno H test.

2) Isto tako ispitanici studenti nižih godina studija statistički se značajno ne razlikuju po kompetencijama za rad s osobama s invaliditetom od studenata viših godina studija. Naime, studenti nižih godina studija svoje kompetencije ocjenjuju manjim od studenata viših godina studija ($217,55 < 235,71$), ali ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,123$).

3) U svim narednim testovima uspoređivana je percepcija invaliditeta pojedinih podgrupa ispitanika. Tako se iz trećeg testa vidi da je percepcija invaliditeta niža kod studenata nižih godina studija, a viša kod studenata viših godina studija ($222,48 < 229,38$). No, ta je razlika slučajna ($p = 0,576$).

4) Ispitanici koji nemaju iskustva s osobama s invaliditetom, ispitanici koji imaju osobe s invaliditetom u bližoj okolini i ispitanici koji imaju osobe s invaliditetom na radu različito percipiraju invaliditet. Negativnije ih percipiraju oni koji nemaju iskustva s osobama s invaliditetom, a pozitivnije ih percipiraju oni koji imaju osobe s invaliditetom u bližoj okolini ($307,66 < 344,68 > 316,23$), ali te su razlike tolike da ih se ne može smatrati značajnima ($p = 0,149$).

5) Ispitanici koji rjeđe dolaze u kontakt s osobama s invaliditetom lošije ih percipiraju u odnosu na one ispitanike koji s njima imaju češće kontakte (svakodnevno). No, ta je razlika ($323,22 < 332,05$) ipak slučajna ($p = 0,562$).

6) Nezaposleni ispitanici bolje percipiraju osobe s invaliditetom u odnosu na zaposlene ispitanike ($331,08 > 324,55$), ali je i ta razlika slučajna ($p = 0,685$).

7) Ispitanici bez radnog staža i ispitanici s manjim radnim stažem bolje percipiraju invaliditet od ispitanika s većim radnim stažem ($330,61 \approx 330,36 > 312,60$). Međutim, ta je razlika slučajna ($p = 0,493$).

8) Postoji statistički značajna razlika u percepciji invaliditeta između ispitanika različitog stupnja empatije prema osobama s invaliditetom. Ispitanici s najmanjom empatijom imaju i najnižu percepciju invaliditeta, dok oni ispitanici kod kojih je empatija najviše izražena najbolje percipiraju invaliditet ($238,55 < 306,30 < 348,98$) pa je $p = 0,001$ (grafikon 8.2.6.2.).

9) Postoji statistički značajna razlika u percepciji invaliditeta između ispitanika različitog zadovoljstva vlastitim životom. Ispitanici s najmanjim zadovoljstvom imaju i najnižu percepciju invaliditeta, dok oni ispitanici kod kojih je zadovoljstvo životom najveće najbolje percipiraju invaliditet ($291,17 < 336,46 < 346,03$) pa je $p = 0,013$ (grafikon 8.2.6.1).

10) Muškarci lošije percipiraju invaliditet u odnosu na žene ($300,85 < 329,63$) ali je ta razlika samo slučajna ($p = 0,223$).

11) Ispitanici različite dobi različito percipiraju invaliditet. Oni koji su mlađi imaju bolju percepciju invaliditeta u odnosu na one koji su stariji. No, ta je razlika između četiriju dobni grupa slučajna ($p = 0,676$).

12) Ispitanici različitog nivoa završenog obrazovanja različito percipiraju invaliditet. Ipak, ta je razlika između triju nivoa obrazovanja slučajna, odnosno nije statistički značajna ($p = 0,698$).

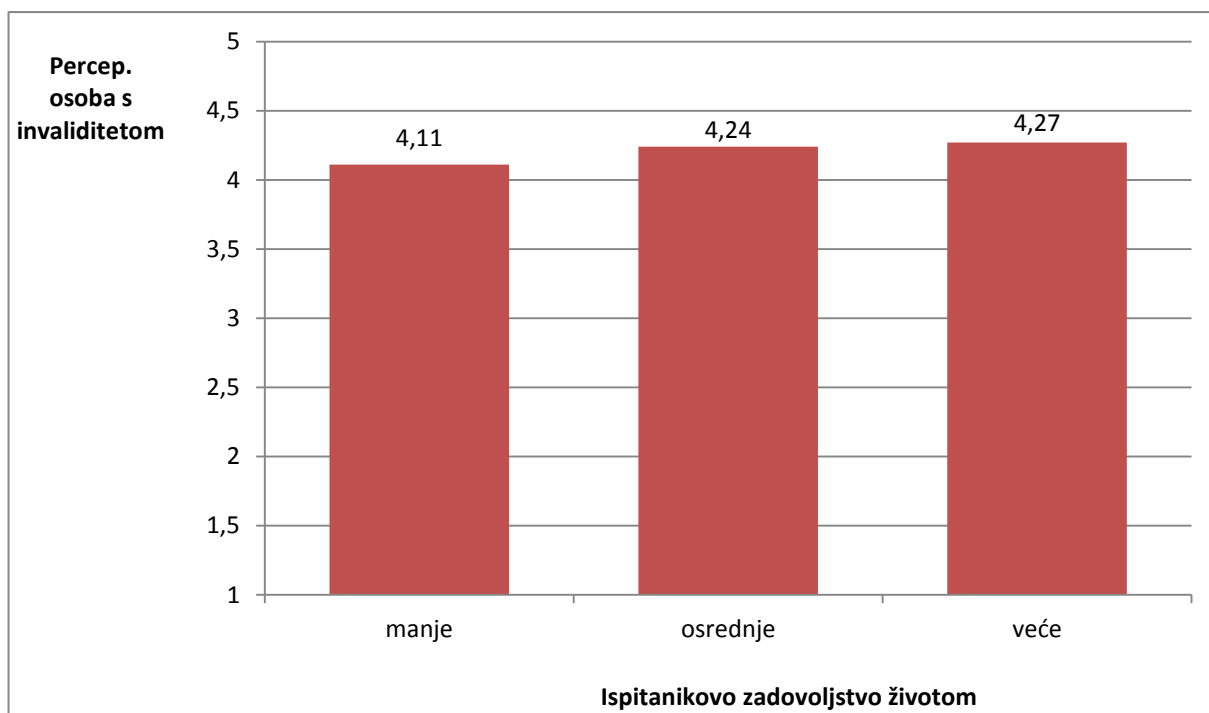
Treća skupina analiza je korelacijska analiza dvjema neparametrijskim metodama koje su dale slične rezultate, a ti su rezultati navedeni u tablici 8.2.6.

R b	Varijable	N	Spearmanov koeficijent korel.ranga	p	Kendallov tau koeficijent	p
1.	Percepcija osoba s invaliditetom Izraženost osjećaja empatije	652	0,17	<0,001***	0,14	<0,001***
2.	Percepcija osoba s invaliditetom Zadovoljstvo vlastitim životom	652	0,12	0,002**	0,09	0,002**

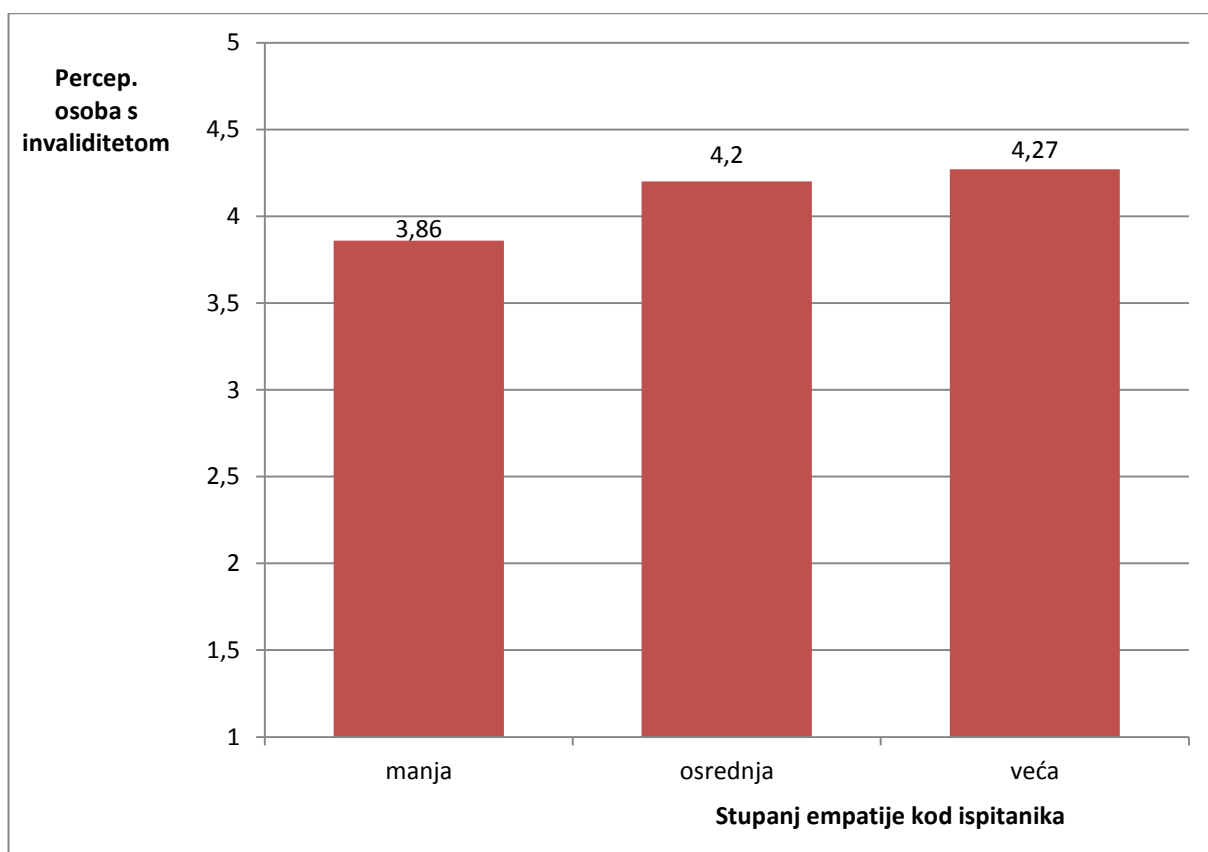
Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 8.2.6. Rezultati korelacijske analize neparametrijskim metodama (N = 652) [Izvor: autor]

Svi koeficijenti korelacije navedeni u tablici 8.2.6. pokazuju postojanje slabe, pozitivne i statistički značajne ($p < 0,05$) povezanosti, kako Spearmanovi koeficijenti korelacije ranga, tako i Kendalovi koeficijenti korelacije.



Grafikon 8.2.1. Percepcija osoba s invaliditetom kod anketiranih ispitanika s obzirom na zadovoljstvo vlastitim životom ($N = 652$) [Izvor: autor]



Grafikon 8.2.2. Percepcija osoba s invaliditetom kod anketiranih ispitanika s obzirom na stupanj empatije prema njima (N = 652) [Izvor: autor]

Četvrta analiza je dvofaktorska analiza varijance (Two-way ANOVA) provedena za varijablu stupanj percepcije invaliditeta kao zavisnom kvantitativnom varijablom. Nezavisne kvalitativne varijable su u toj analizi bile izraženost osjećaja empatije i zadovoljstvo vlastitim životom, budući da su se te dvije varijable pokazale u prethodnim analizama kao relevantne. Iako stupanj percepcije invaliditeta kao varijabla nije normalno distribuirana, provedena je ova parametrijska metoda analize kako bi se eventualno potvrdili zaključci prijašnjih metoda analize percepcije kao ključne varijable u ovom istraživanju. U tablici 8.2.7. navedene su aritmetičke sredine stupnja percepcije invaliditeta, dok je tablica 8.2.8. ANOVA tablica pa sadrži standardne veličine.

Zadovoljstvo vlastitim životom	Empatija			Ukupno
	manja	osrednja	veća	
manje	3,56	4,15	4,22	4,11
osrednje	3,97	4,22	4,29	4,24
veće	4,21	4,23	4,28	4,27
Ukupno	3,86	4,20	4,27	4,22

Tablica 8.2.7. Prosječne vrijednosti percepcije invaliditeta kod ispitanika s obzirom na osjećaj empatije prema osobama s invaliditetom i s obzirom na zadovoljstvo vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]

Kvalitativna varijabla	Suma kvadrata	df	Sredine kvadrata	F	p
empatija	5,563	2	2,782	9,191	<0,001
zadovoljstvo životom	3,660	2	1,830	6,047	0,003
empatija * zadov.životom	2,440	4	0,610	2,016	0,091

Tablica 8.2.8. Rezultati analize varijance (ANOVA) za percepciju invaliditeta kao zavisnom kvantitativnom varijablom (N = 652) [Izvor:autor]

Rezultati navedeni u tabeli 8.2.8. upućuju na tri zaključka:

1) Postoji statistički značajan utjecaj empatije na percepciju invaliditeta (zanemarujući zadovoljstvo životom). Ispitanici manje empatije pokazuju negativnije percipiranje invaliditeta, dok ispitanici veće empatije pokazuju pozitivnije percipiranje invaliditeta ($3,86 < 4,20 < 4,27$) i ta je razlika statistički značajna ($p < 0,001$). Razlika između stupnja empatije je, prema Bonferoni post hoc testu, statistički značajna ($p < 0,001$):

- a) između manje i osrednje empatije ($p < 0,001$) i
- b) između manje i veće empatije ($p < 0,001$).

2) Postoji statistički značajan utjecaj zadovoljstva vlastitim životom na percepciju invaliditeta (zanemarujući empatiju). Ispitanici manje zadovoljni svojim životom negativnije percipiraju invaliditet, dok ispitanici većeg zadovoljstva svojim životom pozitivnije percipiraju invaliditet ($4,11 < 4,24 < 4,27$). Razlika između zadovoljstva vlastitim životom je, prema Bonferoni post hoc testu, statistički značajna ($p = 0,003$):

a) između manjeg zadovoljstva i osrednjeg zadovoljstva ($p = 0,033$) i

b) između manjeg zadovoljstva i većeg zadovoljstva ($p = 0,035$).

3) Ne postoji statistički značajna interakcija između empatije i zadovoljstva vlastitim životom na percepciju invaliditeta ($p = 0,091$).

8.3. Multipla regresijska analiza

Varijable u ovom modelu regresijske analize i njihove aritmetičke sredine su:

Zavisna varijabla Y	→	Percepcija invaliditeta	4,22
Nezavisna varijabla X1	→	Izraženost osjećaja empatije	4,49
Nezavisna varijabla X2	→	Zadovoljstvo vlastitim životom	3,86

Dakle, radi se o tri izvedene varijable čiji je postupak formiranja naprijed već opisan. U ovom je modelu analize korištena ENTER metoda koja je primijenjena na bazu podataka s 652 ispitanika. U narednoj tablici 8.3.1. prezentirane su analizom dobivene vrijednosti regresijskih koeficijenata s pripadajućom standardnom greškom, t vrijednosti i p vrijednosti:

Varijabla u modelu	Nestandardizir. koeficijenti		Standard. koeficijent beta	t	p ¹⁾
	B	stand. greška			
konstanta	3,345	0,155		21,614	<0,001***
osjećaj empatije	0,135	0,028	0,184	4,747	<0,001***
zadovoljstvo vlastitim životom	0,068	0,028	0,096	2,465	0,014*

Napomena: 1) * statistička značajnost do 5%, ** statistička značajnost do 1%, *** statistička značajn. do 0,1%.

Tablica 8.3.1. Pregled rezultata regresijske analize [Izvor: autor]

Na osnovu dobivenih rezultata analize može se zaključiti da su u navedenom modelu statistički značajne sve navedene varijable ($p < 0,05$). U ANOVA analizi dobiveni rezultati ($F = 16,527$ $p < 0,001$) pokazuju značajnost koeficijenta multiple korelacije. Koeficijent korelacije (R) je 0,22, što znači da između percepcije invaliditeta kao zavisne varijable i dviju nezavisnih varijabli X1 i X2 postoji slaba pozitivna korelacija. Koeficijent determinacije (R^2) je 0,048, što znači da je vezom između promatrane zavisne varijable Y i nezavisnih varijabli X1 i X2 objašnjeno tek 4,8% odstupanja (varijacija) pa po tome model multiple regresije nije reprezentativan. Korigirani koeficijent determinacije (Adjusted R Square) je 0,046. Jednadžba multiple regresije glasi: $\hat{Y} = 3,345 + 0,135 X1 + 0,068 X2$

9. Zaključci u vezi hipoteza

U ovom su radu postavljene četiri hipoteze. U nastavku su iznesene te četiri hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti, odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvatanju odnosno odbacivanju.

Prva hipoteza (H1) je glasila: „Studenti viših godina studija više su upoznati s pristupom i načinom rada s osobama s invaliditetom, a samim tim pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom“. Dokazi u vezi te hipoteze, što su naprijed u tekstu obrazloženi, su sljedeći:

a) Između godina studija (niže i više godine) i dostatnosti općenitog znanja ispitanika o osobama s invaliditetom postoji statistički značajna povezanost. Rezultati hi-kvadrat testa ($p = 0,039$) to dokazuju. Uvidom u tablicu kontingencije može se ustanoviti da su studenti viših godina studija zadovoljniji svojim znanjima o invaliditetu od studenata nižih godina studija (tablica 8.2.1., redni broj 1).

b) Između godina studija (niže, više) i kompetencija za rad s osobama s invaliditetom ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,217$), kako je to utvrđeno hi-kvadrat testom i vidljivo iz tablice 8.2.1. pod rednim brojem 2.

c) Između godina studija (niže, više) i percepcije invaliditeta (negativna, neutralna, pozitivna) ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,524$) kako je zaključeno na osnovu hi-kvadrat testa (tablici 8.2.1. pod rednim brojem 3).

d) Ispitanici studenti nižih godina studija statistički se značajno ne razlikuju po općenitom znanju o invaliditetu od studenata viših godina studija. Istina, studenti nižih godina studija svoje znanje ocjenjuju manjim od studenata viših godina studija ($219,38 < 232,75$), ali ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,229$) kao što se to vidi iz provedenog H testa (tablice 8.2.5., redni broj 1).

e) Ispitanici studenti nižih godina studija statistički se značajno ne razlikuju po kompetencijama za rad s osobama s invaliditetom od studenata viših godina studija. Naime, studenti nižih godina studija svoje kompetencije ocjenjuju manjima od studenata viših godina studija ($217,55 < 235,71$), ali ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,123$) kako je to vidljivo iz provedenog H testa (tablice 8.2.5, redni broj 2).

f) Ispitanici studenti različitih godina studija razlikuju se s obzirom na percepciju invaliditeta. Percepcija invaliditeta je niža kod studenata nižih godina studija, a viša kod studenata viših godina studija. No, ta je razlika slučajna kako je utvrđeno U testom ($p = 0,576$) a vidljivo iz tabele 8.2.5., redni broj 3.

Od šest prezentiranih zaključaka samo jedan od njih (pod a) ide u prilog točnosti navedene hipoteze. Prema tome, može se zaključiti da navedena hipoteza nije prihvaćena kao istinita.

Druga hipoteza (H2) je glasila: „Prethodno osobno iskustvo i učestaliji kontakt s osobama s invaliditetom rezultira pozitivnijom percepcijom osoba s invaliditetom“. Dokazi u vezi te hipoteze, što su u prethodnom tekstu obrazloženi, su sljedeći:

a) Između osobnog iskustva s osobama s invaliditetom (nema, ima u obitelji, ima na radu) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,572$) kako je utvrđeno pomoću hi-kvadrat testa (tablica 8.2.1., redni broj 4).

b) Između učestalosti kontakta s osobama s invaliditetom (rjeđe, češće) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,594$) kako je utvrđeno hi-kvadrat testom (tablica 8.2.1., redni broj 5).

c) Ispitanici koji nemaju iskustva s osobama s invaliditetom, ispitanici koji imaju osobe s invaliditetom u bližoj okolini i ispitanici koji rade s osobama s invaliditetom različito percipiraju invaliditet. Negativnije ih percipiraju oni koji nemaju iskustva s osobama s invaliditetom, a pozitivnije ih percipiraju oni koji imaju osobe s invaliditetom u bližoj okolini ($307,66 < 344,68 > 316,23$), ali te su razlike tolike da ih se ne može smatrati značajnima ($p = 0,149$). Ovaj je zaključak izveden pomoću H testa (tablica 8.2.5., redni broj 4).

d) Ispitanici koji rjeđe dolaze u kontakt s osobama s invaliditetom lošije ih percipiraju u odnosu na one ispitanike koji s njima imaju češće kontakte (svakodnevno). No, ta je razlika ($323,22 < 332,05$) ipak slučajna ($p = 0,562$). Ovo je zaključak izveden pomoću U testa (tablica 8.2.5., redni broj 5).

Kako nijedan od navedena četiri zaključka ne idu u prilog navedene hipoteze, može se zaključiti da ta hipoteza nije prihvaćena kao istinita.

Treća hipoteza (H3) je glasila: „Zaposlene medicinske sestre/tehničari, i oni s većim brojem godina radnoga staža, pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom u odnosu na nezaposlene studente sestrinstva i medicinske sestre“. Dokazi u vezi te hipoteze, što su u prethodnom tekstu izneseni, su sljedeći:

a) Između radnog statusa ispitanika (nezaposlen, zaposlen) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,101$). Ovakav je zaključak proizašao iz izvedenog hi-kvadrat testa (tablica 8.2.1., redni broj 6).

b) Između radnog staža ispitanika (svrstanog u tri grupe) i percepcije invaliditeta ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,071$). Ovakav je zaključak proizašao iz izvedenog hi-kvadrat testa (tablica 8.2.1., redni broj 7).

c) Nezaposleni ispitanici bolje percipiraju osobe s invaliditetom u odnosu na zaposlene ispitanike ($331,08 > 324,55$), ali je i ta razlika slučajna ($p = 0,685$). Ovakav je zaključak donesen na osnovu U testa (tablica 8.2.5., redni broj 6).

d) Ispitanici bez radnog staža i ispitanici s manjim radnim stažem bolje percipiraju invaliditet od ispitanika s većim radnim stažem ($330,61 \approx 330,36 > 312,60$). Međutim, ta je razlika slučajna ($p = 0,493$). Ovaj je zaključak izveden na osnovu primijenjenog H testa (tablica 8.2.5., redni broj 7).

Od četiri navedena zaključka na osnovu provedenih hi-kvadrat testova, U testova i H testova nijedan od njih nije u prilog navedene hipoteze. Stoga se donosi konačni zaključak da ta hipoteza nije prihvaćena kao istinita.

Četvrta hipoteza (H4) je glasila: „Osobe s razvijenom empatijom i izraženim većim zadovoljstvom vlastitim životom pozitivnije percipiraju osobe s invaliditetom“ Dokazi u vezi te hipoteze, što su u prethodnom tekstu prezentirani i opisani, su sljedeći:

a) Između osjećaja empatije prema osobama s invaliditetom (svrstano u tri grupe) i percepcije invaliditeta postoji statistički značajna povezanost. Rezultati hi-kvadrat testa to dokazuju ($p < 0,001$). Utvrđeno je da su negativne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s manje empatije, dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s više empatije (tablica 8.2.1., redni broj 8).

b) Između zadovoljstva vlastitim životom i percepcije invaliditeta postoji statistički značajna povezanost, kako se to zaključuje na osnovu hi-kvadrat testa ($p = 0,007$). Utvrđeno je da su negativne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s manjim zadovoljstvom životom dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s većim zadovoljstvom životom (tablica 8.2.1, redni broj 9).

c) H testom je utvrđeno da postoji statistički značajna razlika u percepciji invaliditeta između ispitanika različitog stupnja empatije prema osobama s invaliditetom. Ispitanici s manjom empatijom imaju i najnižu percepciju invaliditeta, dok oni ispitanici kod kojih je empatije najviše izražena najbolje percipiraju invaliditet ($p = 0,001$), kako je navedeno u tablici 8.2.5., pod rednim brojem 8.

d) H-testom je utvrđeno da postoji statistički značajna razlika u percepciji invaliditeta između ispitanika različitog zadovoljstva vlastitim životom. Ispitanici s manjim zadovoljstvom imaju i najnižu percepciju invaliditeta, dok oni ispitanici kod kojih je zadovoljstvo životom veće najbolje percipiraju invaliditet ($p = 0,013$), kako je navedeno u tablici 8.2.5., pod rednim brojem 9.

e) Neparametrijski koeficijenti korelacije (Spearmanovi koeficijenti korelacije ranga i Kendallovi koeficijenti korelacije) pokazuju da između percepcije invaliditeta i izraženosti empatije te između percepcije invaliditeta i zadovoljstva vlastitim životom postoji slaba, pozitivna i statistički značajna povezanost ($p < 0,05$).

f) Na osnovu dvofaktorske analize varijance utvrđeno je:

- da postoji statistički značajan utjecaj empatije na percepciju invaliditeta (zanemarujući zadovoljstvo životom). Ispitanici manje empatije pokazuju negativnije percipiranje invaliditeta dok ispitanici veće empatije pokazuju pozitivnije percipiranje invaliditeta i ta je razlika statistički značajna ($p < 0,001$);

- da postoji statistički značajan utjecaj zadovoljstva vlastitim životom na percepciju invaliditeta (zanemarujući empatiju). Ispitanici manje zadovoljni svojim životom negativnije percipiraju invaliditet, dok ispitanici većeg zadovoljstva svojim životom pozitivnije percipiraju invaliditet ($p = 0,003$).

g) Na osnovu multiple regresijske analize je utvrđeno da su statistički značajne sve navedene varijable ($p < 0,05$) u modelu u kojem je zavisna varijabla percepcija invaliditeta, a nezavisne varijable su osjećaj empatije i zadovoljstvo vlastitim životom. Koeficijent multiple korelacije od 0,22 znači da između percepcije invaliditeta kao zavisne varijable i dviju nezavisnih varijabli (empatije i zadovoljstva vlastitim životom) postoji slaba pozitivna korelacija koja je statistički značajna ($p < 0,001$).

Od prethodnih sedam zaključaka, na osnovu primijenjenih različitih metoda statističke analize, njih dva ne idu u prilog četvrte hipoteze (pod e i pod g), što se može donekle i razumjeti jer se ne radi o izvorno omjernim varijablama. Kako preostalih pet zaključaka pokazuje suprotno, donosi se konačni zaključak da se ta hipoteza prihvća kao istinita.

10. Rasprava

Ovim se istraživanjem ispitivalo što sve utječe na percepciju osoba s invaliditetom, kakva je percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom te postoje li značajne razlike u dvije skupine ispitanika s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, godinu studija, učestalost kontakta s osobama s invaliditetom, razvijenu empatiju, stupanj zadovoljstva vlastitim životom. Dobiveni rezultati uspoređeni su sa sličnim stranim istraživanjima [7,11,19,67,78]:

Na pitanje koja im je prva asocijacija prilikom susreta ili pomisli na osobu s invaliditetom, u većini (70%) slučajeva ispitanici su navodili sumorne, pesimistične asocijacije koje se odnose na vizualnu ikonu invaliditeta (invalidska kolica, štake, pomagala) ili na riječi usredotočene na gubitak ili nedostatak (ograničenost, nemoć, nesamostalnost, nesigurnost, nemogućnost brige o sebi, otežan život, hendikep, mentalna retardacija itd.), što je u skladu s istraživanjem Byron, M. et al. [7]. Od pozitivnih su asocijacija navodili „normalni ljudi, borac, borba kroz cijeli život, hrabrost, pozitivne osobe, radost, dobrota, kako joj pomoći“.

Ispitanici su se izjasnili da osobe s invaliditetom u njima najviše izazivaju osjećaj empatije, odnosno najviše je iskazano prihvaćanje pozitivnih osjećaja, a najmanje su prihvaćeni negativni osjećaji kao što je bijes. To je u skladu s istraživanjem Łukaszuk, C.R. et al. [67], gdje su pozitivniji osjećaji također jače izraženi (spremnost na pomoć, empatija, želja za poznavanjem takve osobe). Prema tome se može zaključiti da su ispitanici senzibilizirani prema osobama s invaliditetom.

Prema tvrdnjama koje iskazuju odnos prema osobama s invaliditetom, može se vidjeti da se ispitanici ne osjećaju nelagodno u društvu osoba s invaliditetom, da s njima komuniciraju na jednak način kao i s ostalima, da su sretni što nisu osoba s invaliditetom i da ih ispunjava kao osobu kad mogu pomoći nekoj osobi s invaliditetom, što ide u prilog konstataciji da su ispitanici osjetljivi na potrebe osoba s invaliditetom. To je u skladu s rezultatima istraživanja Łukaszuk, C.R. et al. [67], prema kojima je većina ispitanika potvrdila da bi pomogla osobi s invaliditetom u svakodnevnim aktivnostima, no više bi pomogli mladima i slabovidnim osobama, dok se u ovom istraživanju ispitanici ne slažu s tvrdnjom da bi prije pomogli djeci s invaliditetom nego odraslim osobama s invaliditetom. Prema tome se može zaključiti da ne postoji diskriminacija osoba s invaliditetom s obzirom na njihovu dob.

Ispitanici su neodlučni po pitanju je li tjelesni invaliditet teži od intelektualnog deficita i velika većina (83,22%) se slaže s tvrdnjom da je svakoj osobi najteža njena vrsta invaliditeta. Obično osobe bez invaliditeta navode sljepoću kao invaliditet kojega se najviše boje, no osobe oštećena vida mnogo rjeđe smatraju da je njihova vrsta invaliditeta najgora. Drugačija je

situacija s osobama oštećena sluha koje nerijetko navode da bi radije imale sljepoću nego vlastiti invaliditet. [35] Ovo uvriježeno mišljenje ne podudara se s rezultatima dobivenima u ovom istraživanju, no to se može objasniti i time što im je ponuđena tvrdnja kod koje su trebali izraziti vlastiti stupanj ne(slaganja) s njom.

Ispitanici su najveće neslaganje, u skupini tvrdnji koje se odnose na percepciju osoba s invaliditetom, izrazili kod tvrdnji da osoba s invaliditetom teba biti u vezi/braku isključivo s drugom osobom s invaliditetom, da nikad ne bi zaposlili osobu s invaliditetom niti bi voljeli da je njihov radni kolega, da su osobe s invaliditetom nesposobne za bračni život i roditeljstvo. U toj su skupini najviše prihvaćene tvrdnje da djeca s invaliditetom trebaju pohađati nastavu zajedno s ostalom djecom, da osobe s invaliditetom nisu, ali trebaju biti ravnopravni člnovi društva, da su sposobne raditi i da im treba omogućiti i prilagoditi radno mjesto. Ovi su rezultati u skladu s istraživanjem Łukaszuk, C.R. et al. [67], prema kojima je većina ispitanika uvjerena da osobe s invaliditetom mogu i trebaju stupati u brak, da su sposobni za roditeljstvo, da bi voljeli da je osoba s invaliditetom njihov radni kolega te da su sposobni i da trebaju raditi s osobama bez invaliditeta te na radnom mjestu prilagođenom njihovim mogućnostima. U istraživanju Łukaszuk, C.R. et al. [67] većina ispitanika je izjavila da društvo nije pružilo potrebnu podršku osobama s invaliditetom te se one tako nisu mogle u potpunosti ostvariti na profesionalnom i socijalnom polju, što je u skladu s tvrdnjom da osobe s invaliditetom još uvijek nisu, ali bi trebale biti ravnopravni članovi društva.

Nadalje, najviše je ispitanika (48,3%) s neutralnom percepcijom invaliditeta, varijablom koja je prethodno definirana kao mišljenje ispitanika o sposobnosti osoba s invaliditetom za funkcioniranje unutar različitih životnih područja.

Između godina studija (niže i više godine) i dostatnosti općenitog znanja ispitanika o osobama s invaliditetom postoji statistički značajna povezanost. Postotak onih koji se potpuno slažu s dostatnošću općenitih znanja o invaliditetu od svih studenata nižih godina studija iznosi 17%, dok taj postotak kod studenata viših godina studija iznosi 39%. Prema tome, očekivano, studenti viših godina studija su zadovoljniji svojim znanjima o osobama s invaliditetom, što se slaže s istraživanjem Veronek, J. et al. [4], gdje se može zaključiti da studenti viših godina studija, s većim brojem odslušanih kolegija, imaju više znanja o osobama s invaliditetom. S druge strane, između godine studija i kompetencija za rad s osobama s invaliditetom ne postoji statistički značajna povezanost što se može objasniti time da u istraživanju nisu korišteni alati za specifičnu procjenu kompetencija, ali i time da, uzimajući u obzir godinu studija, ispitanici nisu homogeni po pitanju dobi te radnom iskustvu.

Pokazalo se da osobno iskustvo s osobama s invaliditetom (nema, ima u obitelji, ima na radu), učestalost kontakta s osobama s invaliditetom, radni status (zaposlen, nezaposlen) i radni

staž ispitanika ne utječu značajno na percepciju invaliditeta, što nije u skladu sa stranim istraživanjima [11,19] u kojima je dokazano da učestaliji kontakt doprinosi boljoj percepciji osoba s invaliditetom i razvoju pozitivnijih stavova, a kao dodatan nezavisni prediktor pozitivnih stavova i percepcije navodi se imati rođaka ili prijatelja koji je osoba s invaliditetom.

Dokazano je da postoji povezanost između razine empatije i percepcije invaliditeta. Od svih ispitanika s manje izraženom empatijom, njih 44% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 16% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Nasuprot njima, od svih ispitanika s više izraženom empatijom, njih 21% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 31% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Iz toga se može zaključiti da su negativne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s manjom razinom empatije, dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s višom razinom empatije. Ova je povezanost u skladu s istraživanjem Łukaszuk, C.R. et al. [67], kojim je dokazano da studenti s visokim stupnjem empatije imaju pozitivniju percepciju osoba s invaliditetom, da su voljni pomoći osobi s invaliditetom u svakodnevnim aktivnostima, da preferiraju model integracije, dok je preferiranje separacijskog modela prisutno u osoba s nižim stupnjem empatije.

Statistički značajna povezanost pronađena je i između zadovoljstva vlastitim životom i percepcije invaliditeta. Od svih ispitanika s manjim zadovoljstvom životom, njih 34% ima negativnu percepciju invaliditeta, a njih 20% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Nasuprot njima, od svih ispitanika s većim zadovoljstvom životom, njih 22% ima negativnu percepciju invaliditeta, a 34% ima pozitivnu percepciju invaliditeta. Može se zaključiti da su negativne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s manjim zadovoljstvom životom, dok su pozitivne percepcije invaliditeta češće kod ispitanika s većim zadovoljstvom životom. To isto navode Łukaszuk, C.R. et al. [67] u svom istraživanju, gdje je dokazano da osobe s visokim stupnjem zadovoljstva razvijaju pozitivnije stavove i percepciju, otvorenije su prema osobama s invaliditetom, iskazuju spremnost na pomoć osobama s invaliditetom te preferiraju model integracije.

Demografske karakteristike (dob, spol, završeni stupanj obrazovanja) ne utječu značajno na percepciju invaliditeta, što je u skladu sa stranim istraživanjima [19,78], ali se ne podudara s istraživanjem Łukaszuk, C.R. et al. [67] u kojem se pokazalo da muški studenti imaju negativnije stavove i percepciju osoba s invaliditetom od ženskih ispitanika te istraživanjem [19] gdje je dokazano da je starija dob povezana s manje povoljnim stavovima i percepcijom spram osoba s invaliditetom.

Prema rezultatima se može reći da ne postoji razlika u percepciji osoba s invaliditetom od strane studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara te ne postoji značajna razlika u percepciji osoba s invaliditetom ako se u obzir uzimaju zaposlene i nezaposlene

medicinske/sestre tehničari. Percepcija osoba s invaliditetom te njihovih sposobnosti da funkcioniraju u različitim životnim situacijama je neutralna, no s tendencijom prema pozitivnoj percepciji.

11. Zaključak

U svijetu raste broj osoba s invaliditetom jer napredak javnog zdravstva, sestrinstva, medicine i socijalnih resursa omogućavaju produžetak života i porast populacije. Osobe s invaliditetom, kao „različite“ od drugih, prošle su kroz povijest težak put da bi došle do prava koja u osoba bez invaliditeta egzistiraju sama po sebi. Danas, unatoč postojanju niza zakona i podzakonskih akata, radu brojnih organizacija, porastu osviještenih građana, postojanju ustanova za zbrinjavanje osoba s invaliditetom te niza stručnjaka koji se bave njihovom problematikom, osobe s invaliditetom još uvijek vode borbu za ostvarenje svojih potencijala na osobnom, društvenom i profesionalnom planu. Nailaze na mnoštvo prepreka u svojoj fizičkoj i socijalnoj okolini te im jedino senzibilizirano društvo, kroz sustave podrške, može pomoći u otklanjanju prepreka koje su uzrok njihovom onesposobljenju i u konačnici doprinjeti funkcioniranju osoba s invaliditetom i izjednačavanju njihovih mogućnosti s osobama bez invaliditeta.

U svijetu se provelo mnoštvo istraživanja koja su se bavila problematikom utjecaja stavova, mišljenja i percepcije na odnos prema osobama s invaliditetom, ne bi li se identificirali čimbenici utjecaja sa svrhom da se na njih djeluje i poboljša taj odnos te da osobe s invaliditetom žive ispunjen život. Demografski čimbenici (dob, spol, razina obrazovanja), kontakt i učestalost tog kontakta su najčešće ispitivani i pokazali su se kao najutjecajniji. Također, viša razine empatije i i visoko zadovoljstvo vlastitim životom značajno doprinose boljim stavovima i percepciji odnosa s invaliditetom, što je i potvrđeno u ovom istraživanju. Najpozitivniju percepciju osoba s invaliditetom imali su ispitanici s višim razinama empatije i većim zadovoljstvom vlastitim životom. Gledajući sveukupne rezultate može se zaključiti da ispitani studenti sestrinstva i medicinske sestre/tehničari imaju pozitivnu percepciju osoba s invaliditetom. Tome u prilog ide čvrsto neslaganje s tvrdnjama da su osobe s invaliditetom nesposobne za bračni život i roditeljstvo, da trebaju biti isključivo u vezi/braku s drugom osobom s invaliditetom te da nikad ne bi zaposlili osobu s invaliditetom ili voljeli da je takva osoba njihov radni kolega. No, neodlučnost iskazana u tvrdnjama da osobe s invaliditetom manipuliraju u svojoj okolini, da su sklone samosažaljevanju, da su često ljute i agresivne, ranjivije i osjećajnije od drugih, da su ovisne o pomoći drugih ljudi, da ne bi trebale živjeti same, da su teret svojim obiteljima, prijateljima i kolegama, ukazuje na potrebu za analizom čimbenika koji najviše doprinose stvaranju povoljnog ili zadržavanju negativnog odnosa prema osobama s invaliditetom u zdravstvenoj skrbi.

Kako se medicinske sestre/tehničari često u svom svakodnevnom radu susreću s osobama s invaliditetom, nužno je da razviju i/ili održe što pozitivnije stavove i percepciju prema njima, kako bi kao pravi profesionalci mogli pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb. Dokazano je da

postojanje negativnih stavova i negativna percepcija utječu nepovoljno na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi. Štoviše, neprikladni stavovi i ponašanje zdravstvenog osoblja česta su prepreka korištenju zdravstvenih usluga od strane osoba s invaliditetom. Stoga je važno da medicinske sestre/tehničari od ranog obrazovanja rade na razvoju i/ili održavanju pozitivne percepcije prema osobama s invaliditetom. Te obrazovne intervencije trebale bi biti fokusirane na oblike kontakta izvan konteksta formalnih odnosa skrbi, primjerice kroz izravni kontakt i rad s osobama s invaliditetom, iskustvene kampove učenja, simulacijske vježbe ili kombinacije strategija. Kroz svakogodišnje radionice tijekom školovanja, koje bi uključivale voditelja osobu s određenom vrstom invaliditeta i pružile iskustvo iz prve ruke te mnogo informacija, redovite posjete ili volontiranje u ustanovama i centrima s osobama s invaliditetom, uključivanjem u sportske aktivnosti zajedno s osobama s invaliditetom (npr. kao asistent kod terapijskog jahanja, plivanja, kuglanja itd.), moglo bi se postići poboljšanje stavova i odnosa prema osobama s invaliditetom.

12. Literatura

- [1] <https://www.hrleksikon.info/definicija/percepcija.html>, dostupno 4.6.2018.
- [2] J. Pavić: Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Zdravstveno veleučilište Zagreb. 2014.
- [3] Z. Žunić: Profesionalnom rehabilitacijom u 21. stoljeće. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži. Zagreb, 2001. 19-37.
- [4] J. Veronek, Z. Bukvić, E. Kovačić: Mišljenje studenta o osobama s invaliditetom. Zbornik prispevkov: Celostna obravnava pacijenta. Novo mesto. 2016. str 507-512.
- [5] WHO (2006). International classification of functioning, disability, and health. 2001; World Health Organization. Switzerland: Geneva.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1, dostupno 28.8.2018.
- [6] A. Petek: Transformacija politike prema osobama s invaliditetom u Hrvatskoj: analiza ciljeva. Anali Hrvatskog politološkog društva, 2010. 7(1), 101-121.
- [7] M. Byron, Z. Cockshott, H. Brownett & T. Ramkalawan: What does 'disability' mean for medical students? An exploration of the words medical students associate with the term 'disability'. Medical Education, 2005. 39(2), 176-183.
- [8] N.E. Clarke & N.M. Crewe: Stakeholder attitudes toward ADA Title I: Development of an indirect measurement method. Rehabilitation Counseling Bulletin, 2000. 43.2, 58-65.
- [9] V. Kothandapani: Validation of feeling, belief, and intention to act as three components of attitude and their contribution to prediction of contraceptive behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 1971. 19(3), 321-333.
- [10] S.J. Breckler: Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. Journal of Personality and Social Psychology, 1984. 47(6), 1191-1205.
- [11] P.M. Ten Klooster et al.: Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. Journal of Advanced Nursing, 2009. 65.12, 2562-2573.
- [12] H.E. Yuker: Attitudes toward persons with disabilities. Springer Publishing Co, 1988.
- [13] M.J. Paris: Attitudes of medical students and health-care professionals toward people with disabilities. Archives of physical medicine and rehabilitation, 1993. 74.8: 818-825.

- [14] J.M. Carter & N. Markham: Disability discrimination. *British Medical Journal*, 2001. 323(7306), 178–179.
- [15] L. Gething: Judgements by health professionals of personal characteristics of people with a visible physical disability. *Social Science and Medicine*, 1992a. 34(7), 809–815.
- [16] W.Y. Lam, S.K. Gunukula, D. McGuigan, N. Isaiah, A.B. Symons & E.A. Akl: Validated instruments used to measure attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 2010. 7, 55.
- [17] A. Ndengeyingoma & J. Ruel: Nurses' representations of caring for intellectually disabled patients and perceived needs to ensure quality care. *Journal of Clinical Nursing*, 2016. 25, 3199–3208.
- [18] J. Cleary & O. Doody: Nurses' experience of caring for people with intellectual disability and dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26, 620–631.
- [19] G. Kritsotakis, P. Galanis, E. Papastefanakis, F. Meidani, A.E. Philalithis, A. Kalokairinou & P. Sourtzi: Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of clinical nursing*, 2017. 26(23-24), 4951-4963.
- [20] M. Lyons: Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 1991. 45(4), 311–316.
- [21] R. McConkey & M. Truesdale: Reactions of nurses and therapists in mainstream health services to contact with people who have learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 2000. 32(1), 158–163.
- [22] W. Horner-Johnson, C. Keys, D. Henry, K. Yamaki, F. Oi, K. Watanabe, H. Shimada & I. Fugjimura: Attitudes of Japanese students toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2002. 46(Pt 5), 365–378.
- [23] K. Stachura & F. Garven: A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. *Clinical Rehabilitation*, 2007. 21(5), 442–449.
- [24] M.H. Oermann & C.L. Lindgren: An educational programme's effects on students' attitudes toward people with disabilities: a 1-year follow-up. *Rehabilitation Nursing*, 1995. 20(1), 6–10.
- [25] A.M. Van Boxtel, L. Napholz & D. Gnewikow: Using a wheelchair activity as a learning experience for student nurses. *Rehabilitation Nursing*, 1995. 20(5), 265–267, 273.

- [26] L. Goddard & L. Jordan: Changing attitudes about persons with disabilities: effects of a simulation. *Journal of Neuroscience Nursing*, 1998. 30(5), 307–313.
- [27] M.J. White, K. Kouzekanani, R. Olson & E. Amos: Camp Can-Do. Outcomes of an experiential learning experience. *Nurse Educator*, 2000. 25(3), 121–124.
- [28] S. Chan & B. Cheng: Creating positive attitudes: the effects of knowledge and clinical experience of psychiatry in student nurse education. *Nurse Education Today*, 2001. 21(6), 434–443.
- [29] T.L. Thompson, K. Emrich & G. Moore: The effect of curriculum on the attitudes of nursing students toward disability. *Rehabilitation Nursing*, 2003. 28(1), 27–30.
- [30] D. Bratko: Psihologija. Udžbenik za gimnazije. Profil International, Zagreb. 2001. 58-81.
- [31] <https://www.scribd.com/document/373016892/percepcija2013>, dostupno 4.6.2018.
- [32] https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37593400/PONAANJE_POTROAA.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1528213585&Signature=%2BT6maEByEAqQdlHxLI9aDjqaOPY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPONASANJE_POTROSACA_prof._dr._Tanja_Kesi.pdf, dostupno 4.6.2018.
- [33] D.I. Hawkins, R.J. Best & K.A. Coney: Consumer behavior: Implication for marketing strategy. Chicago, Irwin, 1995. 477-481.
- [34] Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, *Narodne novine*, 64/2001. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2001_07_64_1049.html, dostupno 5.6.2018.
- [35] C.L. Vash & N.M. Crewe: Psihologija invaliditeta. Slap. 2010.
- [36] Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom, *Narodne novine* 47/2005. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2005_04_47_911.html, dostupno 05.06.2018.
- [37] M. Krizmanić: Život s različitima. Profil, Zagreb. 2010.
- [38] G. Zovko: Invalidi i društvo. *Revija za socijalnu politiku*, 1999. 6(2), 105-117.
- [39] W. Raspberry: New name a search for acceptance. *Lansing State Journal*, 1989.
- [40] R. Vasta, M.H. Haith, S.A. Miller: Dječja psihologija. Naklada Slap, Jastrebarsko. 2004.
- [41] D. Kocijan – Hercigonja, A. Došen, V. Folnegović – Šmalc i D. Kozarić – Kovačić: Mentalna retardacija. Naklada Slap, Jastrebarsko. 2000.

- [42] A. Petrić: Kronične nezarazne bolesti kao vodeći uzroci smrti stanovnika Zadarske županije u razdoblju od 2005. do 2009. godine. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 2014. 7(28).
- [43] M. De Silva, M. MacLachlan, D. Devane, D. Desmond, P. Gallagher, U.Schnyder & V. Patel: Psychosocial interventions for the prevention of disability following traumatic physical injury. The Cochrane Library, 2009.
- [44] J.J. Pitt: Newborn screening. The Clinical Biochemist Reviews, 2010. 31(2), 57.
- [45] B. Hanulak: Zdravstvena njega djeteta oboljelog od fenilketonurije i galaktozemije. Završni rad. Sveučilište Sjever. Varaždin. 2016.
- [46] H. Bickel, J. Gerrard, E.M. Hickmans: Influence of phenylalanine intake on phenylketonuria. Lancet, 1953. 265:812–3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13098090>, dostupno 9.6.2018.
- [47] L.I. Woolf, R. Griffiths, A. Moncrieff: Treatment of phenylketonuria with a diet low in phenylalanine. Br Med J., 1955. 1:57–64.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2060789/>, dostupno 9.6.2018.
- [48] M. Baker, J. Fardell & B. Jones: Disability and Rehabilitation: Survey of Education Needs of Health and Social Service Professionals: The Case for Action. Disability & Rehabilitation Open Learning Project, 1997.
- [49] A. Sinclair & E. Dickinson: Effective practice in rehabilitation: the evidence of systematic reviews. King's Fund Publishing, 1998.
- [50] B. Hawkey & J.E. Williams: Role of the Rehabilitation Nurse: RCN Guidance. Royal College of Nursing, 2007.
- [51] A. Korać Graovac & A. Čulo: Konvencija o pravima osoba s invaliditetom-novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama. Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 2011. 61(1), 65-109.
- [52] S.D. Hargrove & J.B. Derstine: Definition and philosophy of rehabilitation nursing: History and scope including chronicity and disability. Comprehensive rehabilitation nursing, 2001. 3-10.
- [53] Disability and rehabilitation. Community-based rehabilitation (CBR). WHO.
<http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>, dostupno 11.06.2018.
- [54] N. Obad: Specifičnosti u radu medicinske sestre u rehabilitaciji osoba s ozljedom kralješnične moždine. Završni rad. Sveučilište Sjever. Varaždin. 2016.
- [55] Z. Mojsović i sur.: Uloga sestre. Sestrinstvo u zajednici. Visoka zdravstvena škola. Zagreb. 2005.

- [56] S. Beljin: Uloga medicinske sestre/tehničara u rehabilitacijskom timu. Visoka zdravstvena sanitarna škola strukovnih studija „Visan“. Beograd. 2012.
<https://www.scribd.com/document/79024268/Uloga-Sestre-u-Reh-Timu>, dostupno 11.6.2018.
- [57] A. Herrstrom Skelly: Physical Disabilities and rehabilitation: The Role of Nurse in the Community. Mosby, 1990.
- [58] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb. 2007.
- [59] J. Cvetko, M.T. Gudelj & L. Hrgovan: Inkluzija. Diskrepancija: studentski časopis za društveno-humanističke teme, 2000. 1(1), 24-28.
- [60] Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, Narodne novine 6/2007.
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/međunarodni/2007_06_6_80.html, dostupno 16.6.2018.
- [61] E. Turbić: Evolucija društvenog odnosa prema osobama s invaliditetom, Magazin-Info, 2012. (2), 12-46.
- [62] V. Mihanović: Invaliditet u kontekstu socijalnog modela. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2011. 47(1), 72-86.
- [63] G. Quinn & T. Degener: The moral authority for change: human rights values and the worldwide process of disability reform. Human Rights and Disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. New York, Geneva: United Nations, 2002. 9-18.
- [64] V. Majsec Sobota, M. Bakula-Anđelić & Z. Šostar: Položaj osoba s invaliditetom u Gradu Zagrebu. Revija za socijalnu politiku, 2006. 13(1), 53-65.
- [65] R.S. Lazarus: From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual review of psychology, 1993. 44(1), 1-22.
- [66] R.A. Huebner & K.R. Thomas: The relationship between attachment, psychopathology, and childhood disability. Rehabilitation Psychology, 1995. 40(2), 111.
- [67] C.R. Łukaszuk et al.: Medical students' perceptions of people with disabilities. Progress in Health Sciences, 2016. 6(2).
- [68] Z. Leutar & A. Štambuk: Stavovi mladih prema osobama s tjelesnim invaliditetom. Revija za sociologiju, 2006. 37(1-2), 91-102.
- [69] H.E. Yuker: Variables that influence attitudes toward persons with disabilities: Conclusions from the data. Journal of Social Behavior and Personality, 1994. 9(5), 3.

- [70] G. Cloerkes: *Soziologie der Behinderten: Eine Einfuehrung*. Heidelberg: Winter, 2001.
- [71] E.N. Hižman, Z. Leutar & S. Kancijan: Stavovi građana prema osobama s invaliditetom u Hrvatskoj u usporedbi s Europskom unijom. *Socijalna ekologija* Zagreb, 2008. 17(1), 2008.
- [72] R.F. Antonak: Development and psychometric analysis of the Scale of Attitudes Toward Disabled Persons. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1982. 13(2), 22–29.
- [73] S. Gosden Kitchen: *Perception of Students with Disabilities: An Assessment of Attitudes Held by Pre-Service Teachers*. West Virginia: Department of Advanced Educational Studies, 2007.
- [74] R.C. Tervo, G. Palmer & P. Redinius: Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 2004. 18(8), 908–915.
- [75] J.A. Seccombe: Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: the effects of a curriculum change. *Nurse Education Today*, 2007b. 27(5), 445–451.
- [76] H. Sahin & A.D. Akyol: Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. 19(15-16), 2271-2279.
- [77] H.E. Yuker & M.K. Hurley: Contact with and attitudes toward persons with disabilities: The measurement of intergroup contact. *Rehabilitation Psychology*, 1987. 32(3), 145.
- [78] A. Uysal, B. Albayrak, B. Koçulu, F. Kan & T. Aydın: Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse education today*, 2014. 34(5), 878-884.
- [79] M. Ratkajec: Stavovi studenata sestrinstva na Visokoj tehničkoj školi u Bjelovaru prema osobama s invaliditetom. *Završni rad*. Visoka tehnička škola u Bjelovaru. Bjelovar. 2016.
- [80] M. Ljubičić, S. Šare & N. Bratović: Stavovi medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom. *Sestrinski glasnik*, 2015. 20(1), 33-38.
- [81] E. Slevin & D. Sines: Attitudes of nurses in a general hospital towards people with learning disabilities: influences of contact, and graduate-non-graduate status, a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 1996. 24(6), 1116-1126.

Popis tablica

- [1] Tablica 8.1.1. Broj ispitanika prema općim podacima (N = 652) [Izvor: autor]
- [2] Tablica 8.1.2. Deskriptivni pokazatelji za godine starosti i za godine radnog staža anketiranih osoba (N = 652) [Izvor: autor]
- [3] Tablica 8.1.3. Broj ispitanika prema odnosu spram invaliditeta (N = 652) [Izvor: autor]
- [4] Tablica 8.1.4. Broj ispitanika prema zadovoljstvu vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]
- [5] Tablica 8.1.5. Deskriptivni pokazatelji za zadovoljstvo vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]
- [6] Tablica 8.1.6. Broj ispitanika prema tome kakve osjećaje u njima pobuđuju osobe s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]
- [7] Tablica 8.1.7. Deskriptivni pokazatelji za osjećaje koje kod ispitanika pobuđuju osobe s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]
- [8] Tablica 8.1.8. Broj ispitanika prema percepciji osoba s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]
- [9] Tablica 8.1.9. Deskriptivni pokazatelji za percepciju osoba s invaliditetom (N = 652) [Izvor: autor]
- [10] Tablica 8.1.10. Rezultati provjere normalnosti raspodjele tri izvedene varijable (N = 652) [Izvor: autor]
- [11] Tablica 8.2.1. Rezultati hi-kvadrat testova [Izvor: autor]
- [12] Tablica 8.2.2 .Ispitanici koji studiraju prema godinama studija i prema dostatnosti znanja o invaliditetu (pitanje 13 iz upitnika) N = 450 [Izvor: autor]
- [13] Tablica 8.2.3. Ispitanici prema stupnju empatije s osobama s invaliditetom i prema percepciji invaliditeta (N = 650) [Izvor: autor]
- [14] Tablica 8.2.4. Ispitanici prema stupnju zadovoljstva vlastitim životom i prema percepciji invaliditeta (N = 650) [Izvor: autor]
- [15] Tablica 8.2.5. Rezultati usporedbe pomoću Mann-Whitneyevog U testa, odnosno Kruskal-Wallisovog H testa [Izvor: autor]
- [16] Tablica 8.2.6. Rezultati korelacijske analize neparametrijskim metodama (N = 652) [Izvor: autor]
- [17] Tablica 8.2.7. Prosječne vrijednosti percepcije invaliditeta kod ispitanika s obzirom na osjećaj empatije prema osobama s invaliditetom i s obzirom na zadovoljstvo vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]

- [18] Tablica 8.2.8. Rezultati analize varijance (ANOVA) za percepciju invaliditeta kao zavisnom kvantitativnom varijablom (N = 652) [Izvor:autor]
- [19] Tablica 8.3.1. Pregled rezultata regresijske analize [Izvor: autor]

Popis grafikona

- [1] Grafikon 8.2.1. Percepcija osoba s invaliditetom kod anketiranih ispitanika s obzirom na zadovoljstvo vlastitim životom (N = 652) [Izvor: autor]
- [2] Grafikon 8.2.2. Percepcija osoba s invaliditetom kod anketiranih ispitanika s obzirom na stupanj empatije prema njima (N = 652) [Izvor: autor]

Prilozi

Prilog 1. Pismo ispovijesti osobe s invaliditetom koja je sudjelovala u istraživanju

Ovo je pismo ispovijesti osobe I.S., koja ima sindaktiliju na desnoj ruci, o njenom putu od djetinjstva do zaposlenja, preprekama na koje je nailazila i još uvijek nailazi kao osoba s invaliditetom te njenom načinu nošenja s osobnim oštećenjem i rekacijama okoline. Ima 26 godina, radi kao medicinska sestra na odjelu pedijatrije, živi s roditeljima i nema djece. Uz invaliditet, boluje još od jedne bolesti koja joj dodatno otežava život, no ne želi je javno iznositi.

„Evo, ovako pokušala sam sve sročiti u neki sastavak, ali toga je jednostavno previše pa ću se osvrnuti na neke najbitnije situacije. Prva prepreka koju sam imala započinje još u vrtiću, gdje su me druga djeca gledala kao cirkusku atrakciju; dolazili bi i iz drugih vrtićkih grupa da vide kako izgleda drugačija djevojčica. Nisam imala prijatelje. Povremeno sam se igrala samo s jednim dječakom i djevojčicom koje su također drugi odbacivali zbog intelektualnih teškoća. Zadirivanje nije prestalo sve dok nisam „natukla“ nekoliko djece koja su me izazivala. Ubrzo je došla osnovna škola, već smo svi bili veći pa je bilo ok. Postojala je jedna djevojčica koja me gledala sa zgražanjem, ali nakon kratkog vremena ispričala mi se i danas smo najbolje prijateljice. Tu je puno doprinijela i moja učiteljica koja je nekoliko puta napravila sat razrednika bez mene i postigla da me ostali prihvate takvu kakva jesam. Ostatak osnove škole je protekao dobro, nisam nailazila na ruganje i prepreke, štoviše bila sam uključena u neke sportske aktivnosti. Došlo je vrijeme za srednju školu, svi su bili jako tolerantni do drugog srednje kada sam saznala da su me još u prvom razredu htjeli ispisati iz škole, ali, srećom, moja se mentorica zauzela za mene i nije to dopustila. Nije me povrijedila njihova želja, nego to što me o tome nisu obavijestili. Ostalo je bilo jako dobro, čak se nisam osjećala neugodno kad smo učili o mojoj bolesti. Nakon škole došlo je vrijeme za zapošljavanje. Neki poslodavci nisu ni primjetili moj invaliditet i ne, zaista mi ne smeta. Odstažirala sam na jednom od fizički najtežih odjela, radila sam jednako kao i drugi. Jedna kolegica mi je savjetovala da sredim invaliditet kako bih imala prednost pri zapošljavanju, što sam i učinila (jer neko vrijeme nakon staža nisam mogla naći posao u bolnici nego sam radila kod privatnika). Na temelju toga sam uspjela dobiti posao, iako su me neki poslodavci unatoč invaliditetu odbili, a u jednoj ustanovi čak i "izvrijedali" na temelju mjesta obavljanja mog pripravničkog. Nisam to smatrala osobnim jer sam od više ljudi čula da su se tako i prema njima ponijeli. Što se tiče samih radnih mjesta, nitko nikada nije radio razliku, uvijek sam bila ravnopravna i sada sam. Ljudi imaju puno pitanja, poslodavci jer moraju, a drugi pak iz znatiželje. Puno puta se zna dogoditi da me, primjerice u tramvaju, ljudi gledaju s gađenjem. Jednom je jedna žena to pokazala vrlo „lijepim“ izrazom

lica i maknula se od mene. Ponekad sam ljuta pa im poželim to isto, uzela sam si pravo na to. U međuvremenu uz prirođeni invaliditet, dobila sam još jednu bolest o kojoj nerado pričam, osim s par bliskih osoba. Tko ne zna, ne vidi i ne treba. Također sam imala užasna iskustva. Zbog te bolesti, jednom kad sam pala izlazeći iz tramvaja (tj. gurnuli su me, a ja sam bila preslaba da bih ostala stajati, doslovno su prešli preko mene. Imala sam otisak cipela na leđima. To nisam nikada nikome ispričala. S obzirom da ne koristim pomagalo, puno mi je lakše nego osobi koja ga koristi. Znam ih mnogo i imaju puno većih problema. S nekim se stvarima teško nosim pa sam potražila pomoć o kojoj također šutim jer, eto, društvo je takvo. Da mogu sve ispočetka ne bih mijenjala mnogo stvari, dapače, bila bih glasnija, bezobraznija. Znam da ne zvuči lijepo, ali neke stvari u životu te nauče mnogočemu i jako promjene. Ima tu mnogo nepravilnosti u svemu, od školstva do zapošljavanja. Ljudi nisu navikli na različito, ali se čovjek s vremenom privikne i počinje ignorirati neke stvari, iako možda ne bi trebao.“

Prilog 2. Anketa „Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom“ u word formatu

PERCEPCIJA STUDENATA SESTRINSTVA I MEDICINSKIH SESTARA PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

Poštovane/i,

ovaj upitnik izrađen je za potrebe istraživanja za izradu završnog rada na studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjever.

Upitnik je u potpunosti anoniman, rezultati neće biti prikazani pojedinačno, a koristit će se isključivo za izradu navedenog istraživanja. Pitanja su podijeljena u tri skupine, a za rješavanje je potrebno izdvojiti maksimalno 10 minuta.

Unaprijed se zahvaljujem na odvojenom vremenu i strpljenju prilikom rješavanja upitnika.

Antonija Draganić

1. SPOL:

- ☐ Muško
- ☐ Žensko

2. UPIŠITE BROJČANO SVOJU DOB:

3. NAVEDITE SVOJE SREDNJOŠKOLSKO OBRAZOVANJE:

4. TRENUTNI ZAVRŠENI STUPANJ OBRAZOVANJA:

- ☐ srednja škola
- ☐ gimnazija
- ☐ preddiplomski studij
- ☐ diplomski studij
- ☐ doktorat

5. VAŠ RADNI STATUS:

- ☐ nezaposlen/a, samo studiram
- ☐ zaposlen/a u struci
- ☐ zaposlen/a u struci i studiram uz posao
- ☐ zaposlen/a, no ne u struci i studiram uz posao

6. BROJ GODINA RADNOG STAŽA:

7. GODINA STUDIJA KOJU TRENUTNO POHAĐATE:

- ☐ 1. godina
- ☐ 2. godina
- ☐ 3. godina
- ☐ diplomatska razina studija
- ☐ doktorat
- ☐ ne studiram

8. POZNAJETE LI NEKU OSOBU S INVALIDITETOM?

- ☐ ne, ne poznajem
- ☐ da, imam u obitelji/rodbini/susjedstvu osobu s invaliditetom
- ☐ da, u svom se radu susrećem s osobama s invaliditetom
- ☐ ostalo:

9. KOLIKO SE ČESTO SUSREĆETE S OSOBAMA S INVALIDITETOM?

- ☐ svaki dan
- ☐ svaki tjedan
- ☐ svaki mjesec
- ☐ par puta godišnje
- ☐ nikada se dosad nisam susreo/la s osobom s invaliditetom

10. VAŠA PRVA ASOCIJACIJA PRILIKOM SPOMINJANJA OSOBE ILI SUSRETA S OSOBOM S INVALIDITETOM JE? Navedite riječ ili riječi koje povezujete s invaliditetom.

11. ZADOVOLJSTVO VLASTITIM ŽIVOTOM

Izaberite jedan od ponuđenih stupnjeva (ne)slaganja s navedenim tvrdnjama.

	Potpuno se slažem.	Uglavnom se slažem.	Niti se slažem niti se ne slažem.	Uglavnom se ne slažem.	Uopće se ne slažem.
U većini slučajeva moj je život blizu idealnog.	☐	☐	☐	☐	☐
Zadovoljan/a sam svojim životom.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji životni uvjeti su izvrsni.	☐	☐	☐	☐	☐
Imam sve što mi je važno u životu.	☐	☐	☐	☐	☐
Kad bih mogao/la početi život ispočetka, ne bih ništa mijenjao/la.	☐	☐	☐	☐	☐

12. OSOBE S INVALIDITETOM U MENI POBUĐUJU OSJEĆAJ:

	Potpuno se slažem.	Uglavnom se slažem.	Niti se slažem niti se ne slažem.	Uglavnom se ne slažem.	Uopće se ne slažem.
empatije	☐	☐	☐	☐	☐
sažaljenja	☐	☐	☐	☐	☐
straha	☐	☐	☐	☐	☐
anksioznosti i nelagode	☐	☐	☐	☐	☐
bijesa	☐	☐	☐	☐	☐

U ovom se odjeljku nalaze tvrdnje o tome kako mi sebe doživljavamo u odnosu prema osobama s invaliditetom, koji su naši osjećaji i viđenja spram osoba s invaliditetom. Potrebno je označiti svoj stupanj (ne)slaganja s navedenom tvrdnjom.

13. Moje općenito znanje o osobama s invaliditetom je dostatno.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

14. Dovoljno sam kompetentan/a za rad s osobama s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

15. Smatram se "pravom" osobom za rad s osobama s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

16. Rad s osobama s invaliditetom izrazito je težak i stresan.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

17. Frustrira me kad ne znam kako im pomoći.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

18. Ispunjava me kao osobu kad mogu pomoći osobi s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

19. Osjećam se nelagodno u društvu osoba s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

20. Nastojim što kraće gledati u osobu s invaliditetom prilikom susreta s njom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

21. Osobe s invaliditetom, prilikom kontakta, gledam isključivo u oči kako ih ne bih povrijedio/la.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

22. S osobama s invaliditetom komuniciram na jednak način kao i sa svima ostalima.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

23. Sretan/a sam što nisam osoba s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

24. Divim se načinu na koji se osobe s invaliditetom nose sa svojim teškoćama.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

25. Osobe koje imaju invaliditet od rođenja lakše se nose sa svojim invaliditetom od onih koje su status osobe s invaliditetom stekle kasnije.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

26. Prije bih pomogao/la djeci s invaliditetom, nego odraslim i starijim osobama s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

27. Smatram da je tjelesni invaliditet teži od intelektualnog deficita.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

28. Svakoj je osobi najteža njena vrsta invaliditeta.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

U ovom se odjeljku nalaze tvrdnje koje se odnose na našu percepciju i doživljaj osoba s invaliditetom, naša mišljenja o njihovoj sposobnosti funkcioniranja unutar različitih životnih područja. Potrebno je označiti svoj stupanj (ne)slaganja s navedenom tvrdnjom.

29. Osobe s invaliditetom često iskorištavaju vlastiti invaliditet za manipuliranje osobama u svojoj blizini, sa svrhom postizanja vlastitih ciljeva.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

30. Osobe s invaliditetom sklone su samosažaljevanju.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

31. Osobe s invaliditetom često su ljute i agresivne.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

32. Osobe s invaliditetom su ranjivije i osjećajnije.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

33. Osobe s invaliditetom ovisne su o pomoći drugih ljudi.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

34. Osobe s invaliditetom teret su na leđima svojim obiteljima, prijateljima, kolegama.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

35. Osobe s invaliditetom ne bi trebale živjeti same.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

36. Osobe s invaliditetom nesposobne su za bračni život.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

37. Osoba s invaliditetom treba biti u vezi/braku isključivo s drugom osobom s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

38. Nikad ne bih mogao/la biti u vezi s osobom s invaliditetom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

39. Osobe s invaliditetom nesposobne su za roditeljstvo.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

40. Osobe s invaliditetom nisu, ali trebaju biti ravnopravni članovi društva uključeni u sve segmente društvenog života lokalne zajednice.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

41. Djeca s invaliditetom trebaju pohađati nastavu u učionicama zajedno sa svom ostalom djecom.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

42. Osobe s invaliditetom sposobne su raditi i treba im omogućiti rad na mjestima prilagođenima njihovim mogućnostima

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem

43. Nikad ne bih zaposlio/la osobu s invaliditetom niti bih volio/la da je moj radni kolega.

	1	2	3	4	5	
potpuno se slažem	☐	☐	☐	☐	☐	uopće se ne slažem



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Antonija Draganić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom "Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom" te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Antonija Draganić

Vlastoručni potpis:
Antonija Draganić

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Antonija Draganić neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom "Percepcija studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema osobama s invaliditetom", čija sam autorica.

Student/ica:
Antonija Draganić

Vlastoručni potpis:
Antonija Draganić