

SAMOPROCJENA KVALITETE ŽIVOTA U KRONIČNIH BOLESNIKA KROZ KOMPONENTU TJELESNOG ZDRAVLJA

Gunek, Laura

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:374194>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-07**

Repository / Repozitorij:

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



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

Laura Gunek

SAMOPROCJENA KVALITETE ŽIVOTA U KRONIČNIH BOLESNIKA KROZ
KOMPONENTU TJELESNOG ZDRAVLJA

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

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

Laura Gunek

SELF-ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN CHRONIC PATIENTS
THROUGH THE COMPONENT OF PHYSICAL HEALTH

Mater thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: doc. dr. sc. Branislava Popović, dr. med., spec. obit. med.

Komentor rada: doc.dr.sc. Nives Radošević Quadranti, dr. med.

Diplomski rad obranjen je dana 19.09.2024. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr.sc. Kata Ivanišević, mag. med. techn.
2. izv. prof. dr. sc. Tatjana Čulina, dr. med.
3. doc.dr.sc. Nives Radošević Quadranti, dr. med.

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Fakultet zdravstvenih studija Rijeka
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Laura Gunek
JMBAG	0703000325008

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	doc. dr. sc. Branislava Popović, dr. med., spec. obit. med.
Datum predaje rada	05.09.2024.
Identifikacijski br. podneska	2433810767
Datum provjere rada	05.09.2024.
Ime datoteke	diplomski_rad_laura_gunek_.docx
Veličina datoteke	551.32k
Broj znakova	68272
Broj riječi	10512
Broj stranica	53

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	11 %
-----------------	------

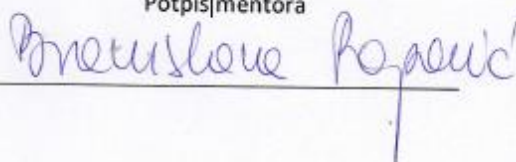
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	06.09.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	☒ DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

06.09.2024.

Potpis mentora



Sadržaj

Popis kratica.....	
Sažetak.....	
Summary.....	
1. Uvod.....	1
1.1. Upitnici za analizu kvalitete života	2
1.2. WHOQOL upitnik.....	4
1.3. Domene kvalitete života prema WHOQOL	6
1.4. Kronični bolesnici.....	12
1.4.1. Samoprocjena kvalitete života kroničnih bolesnika	13
2. Ciljevi i hipoteze	15
3. Materijali i metode	17
4. Rezultati	19
4.1. Statistička obrada	26
5. Rasprava.....	28
6. Zaključak.....	34
Literatura	35
Prilozi	38
Prilog A- popis slika i tablica	38
Prilog B: Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF, 1998.).....	39
Životopis.....	45

Popis kratica

SZO-Svjetska zdravstvena organizacija

KŽVZ- kvaliteta života vezana uz zdravlje (engl. health-related quality of life)

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life Questionnaire

Sažetak

UVOD: Kvaliteta života odnosi se na dobrobit pojedinaca ili populacije, uključujući pozitivne i negativne aspekte njihovog života u određenom trenutku. U posljednja dva desetljeća, interes za proučavanje kvalitete života znatno je porastao, dijelom zbog nove definicije zdravlja SZO, koja sada obuhvaća ne samo odsutnost bolesti, već i cjelokupno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje. Uz to, sve je veća potreba za procjenom učinkovitosti, sigurnosti i isplativosti novih terapija, pri čemu se u obzir uzima i pacijentov subjektivni osjećaj zdravlja.

CILJ: Cilj rada je utvrditi kako komponenta tjelesnog zdravlja i njegova samoprocjena utječu na kvalitetu života bolesnika s obzirom na vrstu kronične bolesti, te ispitati povezanost samoprocjene kvalitete života i zdravlja, kao i razliku u mobilnosti i zadovoljstvu u obavljanju svakodnevnih aktivnosti između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

METODE: U istraživanju je sudjelovao 391 ispitanik s kroničnim bolestima, a istraživanje je bilo anonimno i dobrovoljno. Podaci su prikupljeni putem validiranog WHOQOL-BREF upitnika SZO. Statistička obrada podataka provedena je u programu Statistica 14.0.0.15. Varijable iz upitnika izražene su na intervalnoj, a sociodemografski podaci na nominalnoj ljestvici. U analizi podataka korišteni su odgovarajući parametrijski i neparametrijski testovi, uz razinu značajnosti $p < 0,05$.

REZULTATI: Istraživanje je pokazalo da postoji značajna povezanost samoprocjene kvalitete života i zdravlja među ispitanicima s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima. Prilikom ispitivanja mobilnosti i ispitivanja razlika u obavljanju svakodnevnih aktivnosti između ispitanika nisu pronađene statistički značajne razlike.

ZAKLJUČAK: Mjerenje kvalitete života povezano s tjelesnim zdravljem važno je za zdravstvenu politiku. Temeljem istraživanja dobiveni su podatci kako samoprocjena kvalitete života poboljšava ishode liječenja, optimizira troškove i pruža ključne informacije za razvoj zdravstvenih usluga.

Ključne riječi: kvaliteta života, samoprocjena, tjelesno zdravlje, kardiovaskularne i reumatske bolesti

Abstract

INTRODUCTION: Quality of life refers to the well-being of individuals or populations, encompassing both positive and negative aspects of their lives at a given moment. Over the past two decades, interest in studying quality of life has significantly increased, partly due to the World Health Organization's (WHO) revised definition of health, which now includes not only the absence of disease but also overall physical, mental, and social well-being. Additionally, there is a growing need to assess the effectiveness, safety, and cost-effectiveness of new therapies, taking into account the patient's subjective sense of health.

OBJECTIVE: The aim of this study is to determine how the component of physical health and self-assessment affect the quality of life of patients with various chronic diseases. The study examined the relationship between self-assessment of quality of life and health, differences in mobility, and satisfaction with performing daily activities among patients with cardiovascular and rheumatic diseases.

METHODS: The study involved 391 participants with chronic diseases, and participation was anonymous and voluntary. Data were collected using the validated WHOQOL-BREF questionnaire from the World Health Organization, which assesses four domains of quality of life through 26 questions. Statistical analysis was conducted using Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.). Variables from the questionnaire were expressed on an interval scale, while sociodemographic data were on a nominal scale. Hypotheses were tested using the Kolmogorov-Smirnov test, followed by parametric and non-parametric Mann-Whitney U tests, with a significance level of $p < 0.05$.

RESULTS: The results indicated a significant correlation between self-assessment of quality of life and health among participants with cardiovascular and rheumatic diseases. No statistically significant differences were found in mobility or in performing daily activities between the groups.

CONCLUSION: Measuring quality of life related to physical health is important for shaping health policy. Self-assessment of quality of life enhances treatment outcomes, optimizes costs, and provides crucial information for the development of health services.

Keywords: quality of life, self-assessment, physical health, cardiovascular and rheumatic diseases

1. Uvod

Kvaliteta života predstavlja izrazito kompleksan koncept koji se istražuje unutar različitih znanstvenih disciplina. Zbog njegove višedimenzionalne prirode i raznolikosti perspektiva koje se koriste pri njegovoj analizi, jednoznačna definicija ovog pojma i dalje ne postoji. Kvaliteta života je pojam koji se definira kroz dobrobit pojedinaca ili populacije, uključujući pozitivne i negativne aspekte njihovog života u određenom trenutku. Tipični elementi kvalitete života uključuju fizičko, mentalno i duhovno zdravlje, odnose, obrazovanje, radno okruženje, društveni status, bogatstvo, osjećaj sigurnosti, slobodu, autonomiju u donošenju odluka, društvenu pripadnost i fizičko okruženje (1). Izraz kvaliteta života je višeznačan i subjektivan, jer se može odnositi i na subjektivno iskustvo pojedinca o njegovom životu i na objektivne životne uvjete. Dok jedna osoba može definirati kvalitetu života kroz bogatstvo ili zadovoljstvo životom, druga osoba može to definirati kroz sposobnosti, poput emocionalnog i fizičkog blagostanja. Na primjer, osoba s invaliditetom može prijaviti visoku kvalitetu života, dok zdrava osoba koja je nedavno izgubila posao može prijaviti nisku kvalitetu života. U području zdravstvene skrbi, kvaliteta života se promatra kao višedimenzionalni koncept (2).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), kvaliteta života je subjektivna procjena nečije percepcije stvarnosti u odnosu na njihove ciljeve, promatrana kroz gledište njihove kulture i vrijednosnog sustava. Istraživačka jedinica za kvalitetu života na Sveučilištu u Torontu definira kvalitetu života kao sposobnost osobe da uživa u vrijednim mogućnostima svog života (3). Važno je razlikovati kvalitetu života od sličnih pojmova poput standarda života i kvalitete života povezane sa zdravljem. Standard života uglavnom se temelji na ekonomskom statusu i prihodima, dok kvaliteta života obuhvaća mnogo širi raspon faktora (4). Stručnjaci različito definiraju kvalitetu života, no sagledavanje kvalitete života neodvojivo je povezano sa zdravljem i uključuje više faktora. Ova procjena prvenstveno je usmjerena na pacijenta, te je dinamična i složena konstrukcija koja uključuje fizičko zdravlje, emocionalno stanje, socijalne odnose, osobna uvjerenja i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Kao takva, procjena kvalitete života pruža sveobuhvatan uvid u utjecaj zdravstvenih stanja i intervencija na život pojedinca, omogućujući bolje razumijevanje i poboljšanje ishoda liječenja iz perspektive pacijenta (5).

U posljednjih 20-tak godina prisutan je značajan porast interesa za procjenom kvalitete života vezanih uz zdravlje (KŽVZ). Ova procjena postala je ključna iz nekoliko razloga. Prvo, proširena definicija zdravlja koju je uspostavila SZO sada obuhvaća ne samo odsutnost bolesti, već i cjelokupno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje (4). Drugo, sve su veći zahtjevi za procjenom učinkovitosti, sigurnosti i isplativosti novih terapijskih strategija, pri čemu odnos troškova i koristi mora uključivati i pacijentov subjektivni osjećaj zdravlja (2).

Od trenutka kada je SZO definirala pojam zdravlja, interes za kvalitetu života počeo je značajno rasti. Danas kvaliteta života zauzima važno mjesto u zdravstvenoj praksi i znanstvenom istraživanju. Iako je za mnoge kliničare termin KŽVZ relativno nov, koncept same kvalitete života nije nov. Spoj zdravlja i kvalitete života predstavlja značajnu novost u medicini. Do nedavno, broj godina koje osoba provede u životu bio je glavni pokazatelj zdravlja, no ovaj kriterij se pokazao nedovoljnim jer ne odražava stvarnu kvalitetu života. Kvaliteta života u medicinskom kontekstu može se definirati kao sposobnost pacijenta da nakon liječenja nastavi živjeti tjelesno, duševno i socijalno što je moguće bliže stanju prije početka liječenja (6).

Jedno od najvažnijih dostignuća u posljednjih 20-tak godina u zdravstvenom sustavu bilo je prepoznavanje ključne uloge pacijenta i njegovog osobnog doživljaja zdravlja u procjeni kvalitete i rezultata liječenja. Dok je ranije ishod liječenja bio usmjeren isključivo na preživljavanje, sada se fokusira na to kako promjene u funkcioniranju pacijenta ili njegovom općem osjećaju zadovoljstva odgovaraju njegovim potrebama i očekivanjima. U medicinskoj znanosti, mjerenje zdravlja i praćenje kvalitete života, uključujući kvalitetu života vezanu uz zdravlje, postali su prihvaćeni instrumenti za procjenu utjecaja bolesti, različitih metoda liječenja i složenih terapijskih zahvata na tjelesno i emocionalno stanje pacijenata u njihovim svakodnevnim aktivnostima (7).

1.1. Upitnici za analizu kvalitete života

Metode mjerenja kvalitete života temelje se na upitnicima koji su prilagođeni i vrednovani unutar specifičnog kulturnog konteksta. KŽVZ obuhvaća procjene zdravstvenog stanja, stavova, vrijednosti te opažene razine zadovoljstva i općeg blagostanja, a nije ograničena na određenu populaciju. Budući da je kvaliteta života pacijenata multidimenzionalna i subjektivna,

koriste se objektivni i validirani mjerni instrumenti (8). Ti instrumenti uključuju generičke upitnike, primjenjive na različite skupine bolesnika neovisno o dijagnozi, kao i specifične upitnike usmjerene na probleme povezane s određenom bolešću. Faktori poput stupnja obrazovanja, obiteljske potpore, (ne)zaposlenosti, trajanja bolesti i liječenja, suočavanja s bolešću, te educiranosti pacijenta i njegove obitelji mogu značajno utjecati na kvalitetu života, bilo pozitivno ili negativno (9).

Rast interesa za procjenu kvalitete života doveo je do razvoja sve sofisticiranijih metoda mjerenja ovog koncepta. Tijekom posljednjih dvadeset godina, mjerenje kvalitete života evoluiralo je od početnih nestrukturiranih intervjua i jednostavnih skala do današnjih multidimenzionalnih, standardiziranih i specifičnih skala za određene bolesti ili stanja. Ove skale omogućuju sveobuhvatnu procjenu različitih aspekata kvalitete života, uključujući fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje (2).

U početku su se koristili različiti modeli mjerenja kvalitete života, uključujući intervjue, telefonske intervjue, izravnu opservaciju i upitnike za pacijente. Danas se preferira metoda korištenja upitnika za pacijente, koji omogućuju subjektivnu procjenu njihovog fizičkog, psihičkog i socijalnog stanja. Stručnjaci se slažu da su upitnici praktični zbog minimalnih financijskih izdataka i jednostavnosti primjene, što ih čini dostupnima za široku upotrebu. Međutim, neki stručnjaci dovode u pitanje valjanost tih argumenata, tvrdeći da upitnici mogu pružiti vrijedne informacije i omogućiti dubinsku procjenu pacijentove perspektive kvalitete života u kontekstu njihovog zdravlja. Ovi stručnjaci naglašavaju da je subjektivna procjena kvalitete života ključna za razumijevanje utjecaja bolesti i terapija na svakodnevni život pacijenata. Upravo zbog toga, procjena kvalitete života danas se smatra esencijalnim dijelom medicinske prakse, istraživanja i zdravstvenog planiranja. Korištenjem standardiziranih i validiranih skala, zdravstveni radnici mogu bolje razumjeti i odgovoriti na potrebe pacijenata, te donositi informirane odluke o liječenju koje uzimaju u obzir ne samo kliničke ishode, već i cjelokupno blagostanje pacijenata (8).

Inicijativa SZO za razvoj procjene kvalitete života proizlazi iz nekoliko razloga. Posljednjih godina proširen je fokus u mjerenju zdravlja, izvan tradicionalnih pokazatelja poput mortaliteta i morbiditeta, kako bi se uključile mjere utjecaja bolesti i oštećenja na svakodnevne aktivnosti i ponašanje (npr. profil utjecaja bolesti), percipirane zdravstvene mjere i mjere invaliditeta/funkcionalnog statusa. Iako ove mjere počinju pružati uvid u utjecaj bolesti, ne procjenjuju kvalitetu života u pravom smislu, što je opisano kao "mjera koja nedostaje u

zdravlju" (10). Drugo, većina mjera zdravstvenog statusa razvijena je u Sjevernoj Americi i Velikoj Britaniji, a prevođenje tih mjera za korištenje u drugim okruženjima je dugotrajno i nezadovoljavajuće iz više razloga. Treće, mehanički model medicine, koji se bavi samo iskorjenjivanjem bolesti i simptoma, pojačava potrebu za uvođenjem humanističkog elementa u zdravstvenu skrb. Zdravstvena skrb je u suštini humanistička transakcija kojoj je dobrobit pacijenta primarni cilj. Uvođenjem procjene kvalitete života u zdravstvo, pažnja se usmjerava na ovaj aspekt zdravlja, te rezultirajuće intervencije posvećuju veću pažnju dobrobiti pacijenata. SZO inicijativa za razvoj procjene kvalitete života proizlazi iz potrebe za istinskom međunarodnom mjerom kvalitete života i ponovno naglašava svoju predanost promicanju holističkog pristupa zdravlju i zdravstvenoj njezi, kako je naglašeno u SZO definiciji zdravlja kao "stanje tjelesnog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i slabosti" (10).

1.2. WHOQOL upitnik

Organizacija The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) je u suradnji s drugih petnaest međunarodnih centara razvila upitnik s ciljem razvijanja upitnika za procjenu kvalitete života radi primjenu u raznim kulturama.

Iako WHOQOL-100 omogućava detaljnu procjenu pojedinačnih aspekata kvalitete života, može biti predugačak za neke svrhe, poput velikih epidemioloških studija gdje je kvaliteta života samo jedna od mnogih varijabli. U takvim slučajevima, procjene će se lakše uključiti u studije ako su kratke, praktične i točne. Stoga je razvijena WHOQOL-BREF skraćena verzija za procjenu kvalitete života na razini domena (10).

Na konceptualnoj razini, WHOQOL grupa je dogovorila da sveobuhvatnost treba biti zadržana u skraćenoj verziji WHOQOL-100, odabirom barem jednog pitanja iz svake od 24 domene kvalitete života, kao i dva pitanja koja se odnose na ukupnu kvalitetu života i zdravlje. Najopćenitije pitanje iz svake domene, koje je imalo najvišu korelaciju s ukupnim rezultatom,

odabrano je za WHOQOL-BREF. Pojedinačna pitanja odabrana iz WHOQOL-100 na ovaj način pregledana su od strane panela kako bi se utvrdilo odražavaju li konceptualno izvedene operacionalizacija domena kvalitete života radi mogućnosti validacije upitnika(10).

Rezultati za domene WHOQOL-BREF-a izračunavaju se uzimanjem prosjeka svih pitanja uključenih u svaku domenu i množenjem s faktorom četiri. Ti se rezultati zatim transformiraju na ljestvicu od 0 do 100. Dobiveni podatci fokusiraju se na rješenje s podjelom u četiri domene. U oba skupa podataka, originalnom pilotu i terenskom ispitivanju WHOQOL-100, postignut je prihvatljiv komparativni indeks prilagodbe (CFI) kada su podaci primijenjeni na četverodomensku strukturu koristeći potvrđujuću faktorsku analizu postižući time uvjete za validaciju upitnika. Prilikom ispitivanja i provođenja upitnika, pitanja moraju biti postavljena redoslijedom kako su navedena u originalnom WHOQOL-BREF upitniku, s nepromijenjenim uputama i zaglavljima. Pitanja su grupirana prema formatu odgovora. Ekvivalentno numeriranje pitanja između WHOQOL-BREF-a i WHOQOL-100 je navedeno kako bi se olakšala usporedba odgovora na dvije verzije za kasnije analize i valjanost validacije (10).

WHOQOL-BREF upitnik treba biti samostalno ispunjen ako ispitanici imaju dovoljno čitalačkih sposobnosti; inače, treba koristiti oblike s asistencijom pomoćnika ili intervjuima. Standardizirane upute, dane na drugoj stranici primjera WHOQOL-BREF procjene, trebaju se pročitati ispitanicima u slučajevima kada procjenu provodi pomoćnik. Na primjer, u procjeni kvalitete života kod kroničnih stanja poput artritisa, duži vremenski okvir poput četiri tjedna može biti poželjan. Nadalje, percepcija vremena razlikuje se u različitim kulturnim okruženjima, stoga može biti prikladno mijenjati vremenski okvir.

Kao konačan korak, odlučeno je da se za sve stavke u instrumentu koriste 5-bodovne Likertove ljestvice. Kako bi se osigurala usklađenost između različitih WHOQOL centara, primijenjena je metoda vizualne analogne ljestvice koja je definirala točke sidra za različite vrste ljestvica koje će se koristiti u instrumentu (na primjer, korištenjem engleskih točaka sidra kao što su "Vrlo zadovoljno - Vrlo nezadovoljno", "Nimalo - Ekstremno", "Nimalo - Potpuno" i "Nikada - Uvijek"). Također su uključene ljestvice s točkama sidra "Vrlo loše - Vrlo dobro" i "Vrlo nesretan - Vrlo sretan", koje su koristili neki centri. Uključene su četiri vrste ljestvica odgovora za procjenu intenziteta, kapaciteta, učestalosti i evaluacije (10).

Nakon testiranja upitnika kroz različite studije, dogovora načina bodovanja i analize ljestvica konačni proizvod su ljestvice WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF. Unutar samih definirane su 6 vrsta domena kvalitete života (10).

WHOQOL-100 procjenjuje kako pojedinci doživljavaju svoj položaj u životu u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem žive, te u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja, standarde i zabrinutosti. Razvijen je kroz suradnju s približno 15 različitih kulturnih okruženja tijekom nekoliko godina i testiran u 37 terenskih centara. Ovaj upitnik sadrži 100 pitanja i dostupan je u 29 jezičnih verzija koje su međusobno usporedive, što omogućuje globalnu primjenu i usporedivost rezultata. WHOQOL-100 pruža višedimenzionalni profil rezultata kroz različite domene i poddomene kvalitete života, nudeći sveobuhvatan uvid u različite aspekte životne kvalitete.

Skraćeni upitnik WHOQOL-BREF, koji sadrži 26 pitanja, nudi sažetu verziju za brže i jednostavnije procjene kvalitete života, uz zadržavanje ključnih dimenzija i informacija.

WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF imaju širok spektar primjena u različitim područjima. U medicinskoj praksi, ovi instrumenti pomažu u procjeni općeg stanja pacijenata i učinkovitosti različitih tretmana. U istraživačkom kontekstu, omogućuju analizu varijacija u kvaliteti života među različitim kulturnim skupinama, kao i usporedbu podskupina unutar iste kulture. Ovi instrumenti također služe kao korisni alati za reviziju i kreiranje politika, te za praćenje promjena u kvaliteti života tijekom vremena, kao odgovor na promjene u životnim okolnostima ili intervencijama. Pružaju vrijedne podatke za evaluaciju učinkovitosti i prednosti različitih terapija, kao i za razumijevanje utjecaja kulturnih i socijalnih faktora na kvalitetu života. Jedna od glavnih prednosti WHOQOL-BREF u odnosu na WHOQOL-100 je manji broj pitanja, što omogućuje brže i jednostavnije ispunjavanje, a istovremeno pruža detaljnu procjenu četiri ključne domene kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina.

1.3. Domene kvalitete života prema WHOQOL

Prema WHOQOL-100 razlikujemo šest domena kvalitete života: fizička sposobnost (engl. physical health), psihološka (engl. psychological), razina neovisnosti (engl. level of

independence), socijalni odnosi (engl. social relationships), okolina (engl. environment) i duhovnost/religija/osobna uvjerenja (engl. spirituality/religion/ personal beliefs). Od navedenih šest domena kvalitete života, kroz WHOQOL-BREF procjenjuju se četiri komponente kvalitete života: fizička sposobnost, psihološka domena, socijalni odnosi i okolina (10).

Prva domena prema WHOQOL-100 je fizička sposobnost. Komponente fizičke sposobnost koje se procjenjuje kroz upitnik su:

1. Bol i nelagodnost
2. Energija i umor
3. San i odmor

Komponenta „bol i nelagodnost“ procjenjuje intenzitet boli, odnosno koliko intenzivno i koliko često ispitanik osjeća bol. Također lokalizira specifična mjesta na tijelu gdje se bol pojavljuje, te procjenjuje učinak na sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Sljedeća komponenta „energija i umor“ procjenjuje opću razinu energije koju ispitanik osjeća tijekom dana, intenzitet i učestalost umora, brzinu i učinkovitost oporavka nakon fizičke aktivnosti i osjećaj iscrpljenosti, percepciju iscrpljenosti i utjecaj na svakodnevni život. Posljednja komponenta prve domene je „san i odmor“. Kroz komponentu procjenjuje se kvaliteta sna, dužina spavanja, poteškoće sa spavanjem, odnosno nesanica, buđenje tijekom noći, poteškoće u uspjavanju, osjećaj odmorenosti nakon buđenja te učinak poremećaja sna na obavljanje svakodnevnih aktivnosti (11).

Navedene komponente procjenjuju se kroz pitanja kao što su: „Koliko često su Vas bolovi sprječavali da obavite važne poslove“; „U kojoj mjeri i da li ste pokretni/mobilni“; „Da li ste zadovoljni sposobnošću za obavljanje svakodnevnih poslova“; te slična pitanja (10).

Druga domena prema WHOQOL-100 je psihološka domena. Komponente psihološke domene koje se procjenjuje kroz upitnik su:

1. Pozitivni osjećaji
2. Razmišljanje, učenje, pamćenje i koncentracija
3. Samopoštovanje
4. Tjelesni izgled i dojam o vlastitom tijelu

5. Negativni osjećaji

Komponenta „pozitivni osjećaji“ procjenjuje učestalost pozitivnih emocija poput sreće, radosti i zadovoljstva, intenzitet i trajanje emocija, te opće zadovoljstvo životom. Kroz komponentu razmišljanja, učenja, pamćenja i koncentracije procjenjuju se kognitivne sposobnosti: sposobnost razmišljanja, učenje i sposobnost stjecanja novih informacija. Također procjenjuje se pamćenje, koliko dobro ispitanik pamti informacije i događaje te koncentracija kroz mogućnosti fokusa na zadatke. Komponenta „samopoštovanje“ procjenjuje osjećaj vlastite vrijednosti, samouvjerenost kroz razinu samopouzdanja i vjere u vlastite sposobnosti, osjećaj postignuća i samo efikasnost kroz suočavanje s izazovima. Sljedeća komponenta „tjelesni izgled i dojam o vlastitom tijelu“ procjenjuju percepciju tjelesnog izgleda, zadovoljstvo tijelom, učinak izgleda na samopouzdanje i osjećaj fizičke privlačnosti. Posljednja komponenta „negativni osjećaji“ odnosi se na procjenu učestalosti, intenziteta, trajanje negativnih emocija, te ispituje učinak negativnih emocija na svakodnevni život (12).

Navedene komponente procjenjuju se kroz pitanja kao što su: „Da li smatrate da vaš život ima smisla“; „Koliko se sigurno osjećate u vašem svakodnevnom životu“, te slična pitanja (10).

Treća domena prema WHOQOL-100 je komponenta razine neovisnosti. Komponente razine neovisnosti koje se procjenjuje kroz upitnik su:

1. Mobilnost
2. Aktivnosti svakodnevnog života
3. Ovisnost o lijekovima ili tretmanima
4. Radna sposobnost

Unutar treće domene procjenjuju se komponente „mobilnosti“ kroz sposobnost kretanja, učestalost i korištenje pomagala, utjecaj fizičkih ograničenja i sigurnost prilikom kretanja. Nadalje unutar komponente „aktivnost svakodnevnog života“ procjenjuje samostalnost u osnovnim aktivnostima (hranjenje, oblačenje, održavanje higijene,...), samostalnost u instrumentalnim aktivnostima (kuhanje, kupovina, korištenje prijevoza,...), učestalost pomoći drugih i percepcija samostalnosti kroz osjećaj neovisnosti i sposobnosti brige o sebi. „Ovisnost o lijekovima ili tretmanima“ specifična je komponenta kojom su obuhvaćene potrebe za redovitim uzimanjem lijekova, vrsta i količina medicinskim tretmana, učinkovitost istih, te

utjecaj ovisnosti o lijekovima; pritom se misli na utjecaj potrebe za lijekovima na svakodnevni život i osjećaj neovisnosti. Zadnja komponenta treće domene odnosi se na „radnu sposobnost“, pritom procjenjujući sposobnost obavljanja posla, fizičku i mentalnu sposobnost za rad, utjecaj zdravstvenog stanja na rad i sposobnost prilagodbe radnim uvjetima (13).

Navedene komponente procjenjuju se kroz pitanja kao što su: „Da li posjedujete dovoljno energije za vaš svakodnevni život“; „U kojoj mjeri i da li ste pokretni/mobilni“, te slična pitanja (10).

Četvrta domena prema WHOQOL-100 je okolina. Komponente okoline koje se procjenjuje kroz upitnik su:

1. Fizička sigurnost i zaštita
2. Kućno okruženje
3. Financijski resursi
4. Zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta
5. Prilike za stjecanje novih informacija i vještina
6. Sudjelovanje u rekreacijskim/ slobodnim aktivnostima i prilike za to
7. Fizička okolina (zagađenje, buka, promet, klima)
8. Prijevoz

Kroz komponente četvrte domene važnost se pridaje komponenti „fizičkoj sigurnosti i zaštiti“ koja procjenjuje sigurnost u zajednici, bilo to u vlastitom domu, susjedstvu ili širem društvenom okruženju, također podrazumijeva i pristup zdravstvenoj zaštiti u hitnim slučajevima kroz mogućnost brzog odgovora na hitne zdravstvene situacije. Unutar komponente „kućno okruženje“ procjenjuje se kvaliteta stanovanja, održavanje i sigurnost kuće kako ne bi došlo do potencijalnih opasnosti po zdravlje. Jednako važna komponenta su i „financijski resursi“ koji prikazuju dohodak i ekonomsku stabilnost za ostvarivanje zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba, te pristup financijskim institucijama. Kako mlađim, tako i starijim kroničnim bolesnicima od posebne je važnosti komponenta „zdravstvena i socijalna skrb“, odnosno važna im je dostupnost osnovnim zdravstvenim uslugama, specijalističkoj skrbi, lijekovima i preventivnim mjerama, te kakva je kvaliteta zdravstvene skrbi kroz sigurnost i razinu skrbi koju pruža. Osim dosad navedenih komponenata, za ostvarivanje kvalitete života jednako je važna i

komponenta „prilike za stjecanje novih informacija i vještina“ koja procjenjuje obrazovni sustav, njegovu kvalitetu i dostupnost obrazovanja na svim razinama, od osnovnog do visokoškolskog, te neformalno obrazovanje i treninzi, kao dio slobodnih aktivnosti u kojima se kroz radionice i tečajeve omogućava stjecanje vještina i znanja. Nadalje komponenta koja se procjenjuje je „sudjelovanje u rekreacijskim/slobodnim aktivnostima i prilike za to“ gdje se procjenjuje dostupnost rekreacijskih sadržaja i kvaliteta slobodnog vremena kroz mogućnosti sudjelovanja u aktivnostima koje poboljšavaju tjelesnu, mentalnu i socijalnu dobrobit, poput sporta, kulture, hobija i društvenih događanja. Komponenta „fizička okolina“ procjenjuje zagađenje zraka, vode i tla koji utječu na onečišćenje za zdravlje kroz respiratorne probleme, bolesti povezane s vodom i prehrambene probleme; buka i svjetlosno zagađenje s utjecajem stalne izloženosti na mentalno i fizičko zdravlje; promet i mobilnost kroz utjecaj na sigurnost, zagađenje i mogućnosti za sigurno kretanje, kao i dostupnost javnog prijevoza; te klimatski uvjeti kroz utjecaj lokalne klime na svakodnevni život, uključujući ekstremne temperature, vlažnost i učestalost prirodnih katastrofa. Posljednja komponenta četvrte domene odnosi se na „prijevoz“, dostupnost javnog prijevoza pristupom pouzdanim, pristupačnim i sigurnim oblicima javnog prijevoza koji povezuje različite dijelove zajednice, te kvaliteta cestovne infrastrukture (14).

Navedene komponente procjenjuju se kroz pitanja kao što su: „Da li smatrate okolinu u kojoj živite zdravom“; „Da li imate dovoljno novaca da bih zadovoljili vaše potrebe“; „Da li ste zadovoljni vašim stambenim uslovima“, te slična pitanja (10).

Peta domena prema WHOQOL-100 su socijalni odnosi. Komponente socijalnih odnosa koje se procjenjuje kroz upitnik su:

1. Osobni odnosi
2. Socijalna podrška
3. Seksualna aktivnost

Komponente pete domene uključuju „osobni odnosi“ čiji je glavni osvrt na kvalitetu osobnih odnosa, emocionalnu povezanost i podršku, komunikaciju i interakciju, povjerenje i sigurnost u osobnim odnosima, te ulogu i očekivanja u osobnim odnosima. Osim osobnih odnosa, velika se predanost pridaje socijalnoj podršci. Kroz „socijalnu podršku“ procjenjuje se sama njezina

dostupnost, kroz podršku od strane prijatelja, obitelji, zajednice i profesionalnih zdravstvenih djelatnika; procjenjuje se njezina kvaliteta kroz zadovoljstvo osobe koja ju prima, vrste socijalne podrške (emocionalna, informativna, praktična i financijska podrška), utjecaj socijalne podrške na fizičko i emocionalno blagostanje, te osjećaj pripadnosti zajednici ili društvenoj grupi. Posljednja komponenta pete domene je „seksualna aktivnost“; kroz navedenu se ispituje zadovoljstvo seksualnim životom, frekvencija seksualne aktivnosti, seksualno zdravlje, utjecaj seksualne aktivnosti na bliske odnose i opće zadovoljstvo odnosima, te povezanost seksualne aktivnosti i zadovoljstvo povezano sa samopoštovanjem i percepcijom vlastite vrijednosti (15).

Navedene komponente procjenjuju se kroz pitanja kao što su: „Da li ste zadovoljni s vašim osobnim odnosima“; „Da li ste zadovoljni s vašim seksualnim životom“; „Da li ste zadovoljni s potporom od vaših prijatelja“ (10).

Šesta domena prema WHOQOL-100 je duhovnost/religija/osobna uvjerenja. Pokazalo se kako je upravo ova komponenta najmanje značajna u procjeni kvalitete života prema ostalim komponentama. Duhovnost se procjenjuje kroz osobnu duhovnu praksu (molitva, meditacija), osjećajem duhovne povezanosti s nečim većim od sebe, također procjenjuje se utjecaj duhovnosti na svakodnevni život, te se procjenjuju duhovna snaga i podrška koju pruža u teškim trenucima. Religija se s druge strane procjenjuje kroz religioznu praksu, vjeru i uvjerenja, pripadnosti religioznoj zajednici i utjecajem religije na moralne i etičke odluke. Dio domene osobna uvjerenja odnose se na osobne filozofije života, temeljne vrijednosti i principe kojima se ispitanik vodi u životu, procjenjuje se utjecaj osobnih uvjerenja na emocionalno i mentalno blagostanje te sposobnost koliko osobna uvjerenja i filozofija života pomažu u suočavanju s životnim izazovima i stresom (16).

1.4. Kronični bolesnici

Bolest neosporno predstavlja jedan od vanjskih čimbenika koji značajno utječe na život pojedinca, uzrokujući brojne negativne posljedice. Utjecaj bolesti na kvalitetu života je složen i višestruk. Bolest ne samo da uzrokuje fizičke simptome koji ograničavaju funkcionalne sposobnosti, već ima i brojne posredne učinke. Ti učinci mogu uključivati promjene u radnoj sposobnosti, socijalnu izolaciju, razvoj loših navika i druge aspekte svakodnevnog života (17).

Koncept kvalitete života pacijenata duboko je integriran u sve aspekte zdravstvene skrbi, a posebno u području zdravstvene njege. Zdravstvena njega u svojoj osnovi usmjerena je na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Mnogi teoretičari podržavaju holistički pristup u rješavanju problema i poteškoća pacijenata, naglašavajući važnost poticanja samozbrinjavanja i postizanja što veće samostalnosti pacijenta. Time se nastoji osigurati visoka razina kvalitete života, koja obuhvaća tjelesno, emocionalno i socijalno blagostanje pacijenata (18).

Krajem dvadesetog stoljeća došlo je do značajnog napretka u razvoju koncepta zdravlja, koji je proširen i obuhvaća širi pojam kvalitete života povezane sa zdravljem. Ovaj napredak uključuje razvoj metoda za mjerenje zdravlja pomoću standardiziranih upitnika koji ne samo da ispituju tjelesno zdravlje, već i osobne stavove prema zdravlju, tegobama, bolestima i pruženoj zdravstvenoj zaštiti. Kvaliteta života povezane sa zdravljem odnosi se na stupanj u kojem tjelesne disfunkcije, bol i neugoda utječu na svakodnevno ponašanje, socijalne aktivnosti, psihičku dobrobit i druge aspekte opće kvalitete života, prema prosudbi same osobe (19).

Subjektivno zdravlje, ili samoprocjena zdravlja, često se smatra ključnim pokazateljem kvalitete života povezane sa zdravljem. Ova mjera, koja uključuje procjenu tjelesnog i emocionalnog zdravlja, obuhvaća biološke faktore kao i brojne ne biološke čimbenike poput ličnosti, motivacije, socioekonomskog statusa, dostupnosti zdravstvene skrbi, socijalne mreže podrške, osobnih i kulturnih vjerovanja te zdravstvenog ponašanja. Samoprocjena zdravlja često je uključena u pokazatelje kvalitete života jer pruža sveobuhvatan uvid u pacijentovu percepciju vlastitog zdravlja i njegovu funkcionalnu sposobnost (20).

1.4.1. Samoprocjena kvalitete života kroničnih bolesnika

Kvaliteta života predstavlja aspekt zdravlja koji se razlikuje od onog koji se obično mjeri tradicionalnim metodama procjene, kao što su rendgenski snimci, krvni testovi i klinička prosudba. Potonje su metode koje su dominirale u zdravstvenoj zaštiti i medicini dijelom zato što se smatraju relativno objektivnima. Međutim, takve procjene mogu zanemariti važne subjektivne aspekte zdravlja koje doživljava sam pacijent (21).

Mjerenje kvalitete života izravno uključuje subjektivna mišljenja pacijenata i može pružiti zdravstvenim djelatnicima informacije koje mogu nadopuniti ili, ponekad, proturječiti tradicionalnim procjenama. Na primjer, postoje dokazi da vanjski promatrači, poput liječnika i rodbine, gledaju na kvalitetu života pacijenata s ozbiljnim invaliditetom negativnije nego sami pacijenti. To može dovesti do nesporazuma i pogrešnih odluka o liječenju, jer se subjektivno iskustvo pacijenta ne uzima dovoljno u obzir (21).

Također, u nekim slučajevima, kliničke procjene ostaju stabilne tijekom vremena, dok pacijenti izvještavaju o pogoršanju svog zdravlja. To može značiti da tradicionalne metode procjene ne hvataju suptilne promjene u pacijentovom stanju koje su njemu samom vrlo značajne. Takva neslaganja između percepcije onih koji su u određenom zdravstvenom stanju i percepcije vanjskih promatrača naglašavaju ograničenja temeljena na procjenama isključivo vanjskih promatrača (22).

Važno je razumjeti da kvaliteta života obuhvaća širok spektar aspekata, uključujući emocionalno blagostanje, socijalne odnose, fizičku funkcionalnost i subjektivni osjećaj zadovoljstva životom. Svaka od ovih dimenzija može biti različito procijenjena od strane pacijenta i vanjskog promatrača, što dodatno komplicira ocjenu ukupne kvalitete života.

Glavna svrha zdravstvenog sustava je povećati dobrobit onih koje liječi. To se može postići samo ako se mišljenja pacijenata uključe u evaluacije liječenja, čime se osigurava da zdravstvena i medicinska skrb budu u potpunosti temeljene na dokazima. Integriranjem subjektivnih procjena pacijenata s objektivnim kliničkim podacima, zdravstveni djelatnici mogu donijeti uravnoteženije i preciznije odluke koje bolje odražavaju stvarne potrebe i iskustva pacijenata (22).

Dodatno, uključivanje pacijenata u proces donošenja odluka o njihovom liječenju može povećati njihovo zadovoljstvo pruženom skrbi, poboljšati suradnju u tretmanima i, na kraju, dovesti do boljih ishoda liječenja. Pacijenti koji osjećaju da su njihovi glasovi i iskustva uvaženi skloniji su pridržavanju preporučenih terapija i sudjelovanju u vlastitoj zdravstvenoj skrbi.

U konačnici, zdravstveni sustav koji uzima u obzir i subjektivne i objektivne aspekte zdravlja može pružiti cjelovitiju i humaniziranu skrb, povećavajući ukupnu kvalitetu života pacijenata te osiguravajući da se medicinska skrb usmjerava prema stvarnim potrebama i željama onih kojima je namijenjena (22).

2. Ciljevi i hipoteze

Glavni cilj ovog rada je istražiti utjecaj tjelesnog zdravlja i samoprocjene na kvalitetu života bolesnika s različitim vrstama kroničnih bolesti. Kronične bolesti, poput dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, kronične opstruktivne plućne bolesti i reumatoidnog artritisa, predstavljaju dugoročne zdravstvene izazove koji mogu značajno utjecati na fizičko i emocionalno blagostanje pacijenata. Razumijevanje načina na koji fizičko zdravlje, kao objektivna mjera zdravstvenog stanja, te samoprocjena, kao subjektivna mjera percepcije vlastitog zdravlja, doprinose ukupnoj kvaliteti života, ključno je za razvoj učinkovitijih pristupa u liječenju i podršci bolesnicima.

Kroz analizu podataka o pacijentima s različitim kroničnim bolestima, ovaj rad istražuje korelacije između tjelesnog zdravlja, samoprocjene zdravlja i opće kvalitete života uz naglasak na identificiranju specifičnih aspekata tjelesnog zdravlja i samoprocjene koji imaju najveći utjecaj na kvalitetu života, kako bi se pružila sveobuhvatnija slika o potrebama i izazovima s kojima se suočavaju kronični bolesnici. Rezultati ovog istraživanja mogu pružiti važne smjernice za kliničku praksu i javnozdravstvene politike usmjerene na poboljšanje kvalitete života ovog dijela populacije.

Kako bismo istražili ovaj odnos, postavljene su hipoteze osmišljene kako bi omogućile dublje razumijevanje utjecaja tjelesnog zdravlja i samoprocjene na kvalitetu života bolesnika s obzirom na vrstu kronične bolesti, te kako bi se u konačnici pridonijelo razvoju ciljanih intervencija za poboljšanje kvalitete života ove populacije.

Ciljevi te hipoteze rada su sljedeće:

C1: Istražiti povezanost samoprocjene kvalitete života i zdravlja između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

C2: Ispitati postoji li razlika u mobilnosti između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

C3: Utvrditi postoji li razlika u zadovoljstvu obavljanju svakodnevnih aktivnosti između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

H1: Postoji značajna povezanost samoprocjene kvalitete života i zdravlja među ispitanicima s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

H2: Ispitanici s reumatskim bolestima imaju manju sposobnost mobilnosti u odnosu na ispitanike s kardiovaskularnim bolestima.

H3: Ne postoji statistički značajna razlika u obavljanju svakodnevnih aktivnosti između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima

3. Materijali i metode

U istraživanju su kriteriji za uključivanje obuhvaćali punoljetne ispitanike s kroničnim bolestima, dok su isključeni svi ostali pacijenti koji su dolazili u specijalističku ordinaciju. Ispitanici su ispitani prilikom dolaska na preglede u specijalističku ordinaciju obiteljske medicine Branislave Popović, dodjeljivanjem upitnika o kvaliteti života WHOQOL-BREF (Prilog B), koji se sastoji od 26 pitanja. Za ispunjavanje upitnika bila im je omogućena privatnost u zasebnoj prostoriji, ispunjavanje upitnika bilo je dobrovoljno, anonimno, te im je dana uputa o mogućnosti odustajanja od ispunjavanja istog s objašnjenjem da će podatci biti korišteni isključivo u svrhu istraživanja s ciljem izrade diplomskog rada.

Glavni instrument korišten u istraživanju je validirani Upitnik o kvaliteti života SZO, poznat kao WHOQOL-BREF, 1998. Ovaj upitnik predstavlja skraćenu verziju originalnog WHOQOL-100 upitnika, a razvijen je za bržu i učinkovitiju procjenu, pri čemu se zadržava visoka razina pouzdanosti i validnosti. Upitnik započinje s objašnjenjem uputa za ispunjavanje, nakon čega slijedi šest pitanja koja se odnose na demografske podatke, uključujući spol, godinu rođenja, stupanj obrazovanja, bračni status, trenutno zdravstveno stanje i vrstu kronične bolesti. Sljedećih 26 pitanja odnose se na različite aspekte kvalitete života i koriste Likertovu ljestvicu za bodovanje, pri čemu se odgovori ocjenjuju od 1 (najlošiji) do 5 (najbolji). Veći broj bodova ukazuje na višu kvalitetu života, što znači da pozitivni odgovor znači bolju procjenu vlastitog zdravlja i kvalitete života. Upitnik je dan ispitanicima u papirnatom obliku, a prosječno vrijeme ispunjavanja iznosilo je 5-10 minuta.

Za potrebe ovog istraživanja, fokus je na analizi podataka koji se odnose na samoprocjenu kvalitete života i zdravlja, te na pitanja koja se odnose na tjelesnu komponentu zdravlja. Podaci su analizirani u dvije skupine ispitanika: jedna skupina s kardiovaskularnim bolestima i druga skupina s reumatskim bolestima. Istražena je povezanost između samoprocjene kvalitete života i zdravlja, razlika u mobilnosti i razlika u zadovoljstvu obavljanja svakodnevnih aktivnosti između ispitanika s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima.

Varijable iz WHOQOL-BREF upitnika izražene su na intervalnoj ljestvici, i opisane u rezultatima aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, dok su sociodemografski podaci poput spola, bračnog statusa, trenutnog zdravstvenog stanja ili kronične bolesti izraženi na nominalnoj ljestvici i opisani apsolutnim frekvencijama i postocima. Sve hipoteze su prije samog testiranja bile ispitane Kolmogorov-Smirnovim testom da bi se utvrdila normalnost razdiobe. Ovisno o rezultatima testa, za prvu hipotezu koristio se Spearmanov ili Pearsonov test korelacije. Hipoteze 2 i 3 ovisno o rezultatima testa normalnosti ispitale su se parametrijskim t testom ili neparametrijskim Mann Whitney U testom za nezavisne uzorke. Sve analize provedene su na razini značajnosti $p < 0,05$, što označava da su samo rezultati s p-vrijednostima manjim od 0,05 bili smatrani statistički značajnima. Za statističku obradu podataka korišten je program Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.), koji omogućuje preciznu obradu i interpretaciju podataka, te pruža robusne alate za evaluaciju rezultata.

Etičnost provedbe istraživanja osigurana je kroz dobivanje informiranog pristanka ispitanika, te odobrenjem dr. med. Branislave Popović, čija je privatna ambulanta poslužila kao lokacija za provođenje istraživanja, osiguravajući time odgovarajuću medicinsku i administrativnu podršku. Istraživanje je kategorizirano kao niskog rizika, a ispitanici su biti temeljito informirani o svrsi i očekivanjima povezanima s prikupljanjem podataka. Zahtijevan je njihov izričiti pristanak za sudjelovanje. Zaštita privatnosti i povjerljivost pacijentovih podataka osigurana je anonimizacijom i adekvatnom zaštitom svih prikupljenih informacija. Svi osobni podaci prikupljeni tijekom istraživanja bit će zaštićeni kroz anonimizaciju i sigurnosne mjere, kako bi se spriječila identifikacija pojedinaca.

Integritet i privatnost ispitanika zaštićena je sukladno odredbama GDPR-a o zaštiti osobnih podataka. U istraživanju su poštivana temeljna etička i bioetička načela, u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije, kako bi se osigurala maksimalna zaštita integriteta i privatnosti ispitanik

4. Rezultati

Od ukupno 407 ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju, 391 ispitanik je u potpunosti ispunio upitnik. Nepotpuni odgovori, koji su pristigli od 16 ispitanika, isključeni su iz daljnje analize kako bi se osigurala kvaliteta i pouzdanost podataka. U demografskom profilu uzorka primjetno je da prevladavaju žene, koje čine 59,6% ispitanika. Što se tiče obrazovne strukture, većina ispitanika (54,0%) ima završenu srednju školu, što pokazuje relativno ujednačenu razinu obrazovanja unutar uzorka. Bračni status također je značajan faktor: broj ispitanika koji su u braku gotovo je dvostruko veći (62,7%) u odnosu na one koji nemaju partnera, uključujući samce, udovce, razdvojene ili rastavljene osobe (37,3%). Dobna struktura ispitanika pokazuje da gotovo tri četvrtine uzorka (72,9%) čine osobe starije od 41 godine. Prosječna dob ispitanika iznosi 53,12 godina, uz standardno odstupanje od 17,477 godina, što sugerira značajnu varijabilnost unutar uzorka. Većina ispitanika, njih 58,6%, pati od barem jedne kronične bolesti. Nakon analize strukture uzorka, odgovori ispitanika analizirani su deskriptivnom statistikom, te su rezultati su prikazani u Tablici 1.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Karakteristike		n	%
Spol	Ženski	233	59,6
	Muški	158	40,4
Godine	Do 40 godina	106	27,1
	41 godina i stariji	285	72,9
Obrazovanje	Bez škole i osnovna škola	25	6,4
	Srednja škola	211	54,0
	Fakultet i doktorat	155	39,6
Bračni status	U braku/s partnerom	245	62,7
	Odvojen/rastavljen	42	10,7
	Sam/udovac	104	26,6
Trenutno zdravstveno stanje	Zdrav	162	41,4
	Bolestan	229	58,6
		229	58,6
Kronične bolesti	Nijedna	139	35,5
	Jedna	181	46,3
	2 i više od 2	71	18,2

Ispitanici koji boluju od kardiovaskularnih bolesti najčešće su uz njih bolovali od ostalih bolesti (28,9%) i dijabetesa (22,9%), dok je 14,5% ispitanika patilo i od reumatskih bolesti. Gotovo četvrtina bolesnika koji su imali kardiovaskularnih problema (24,5%) imala je problema i sa reumom, a ostale bolesti (16,3%) i dijabetes (14,3%) i u ovoj skupini su bili jedan od zastupljenijih kormobiditeta.

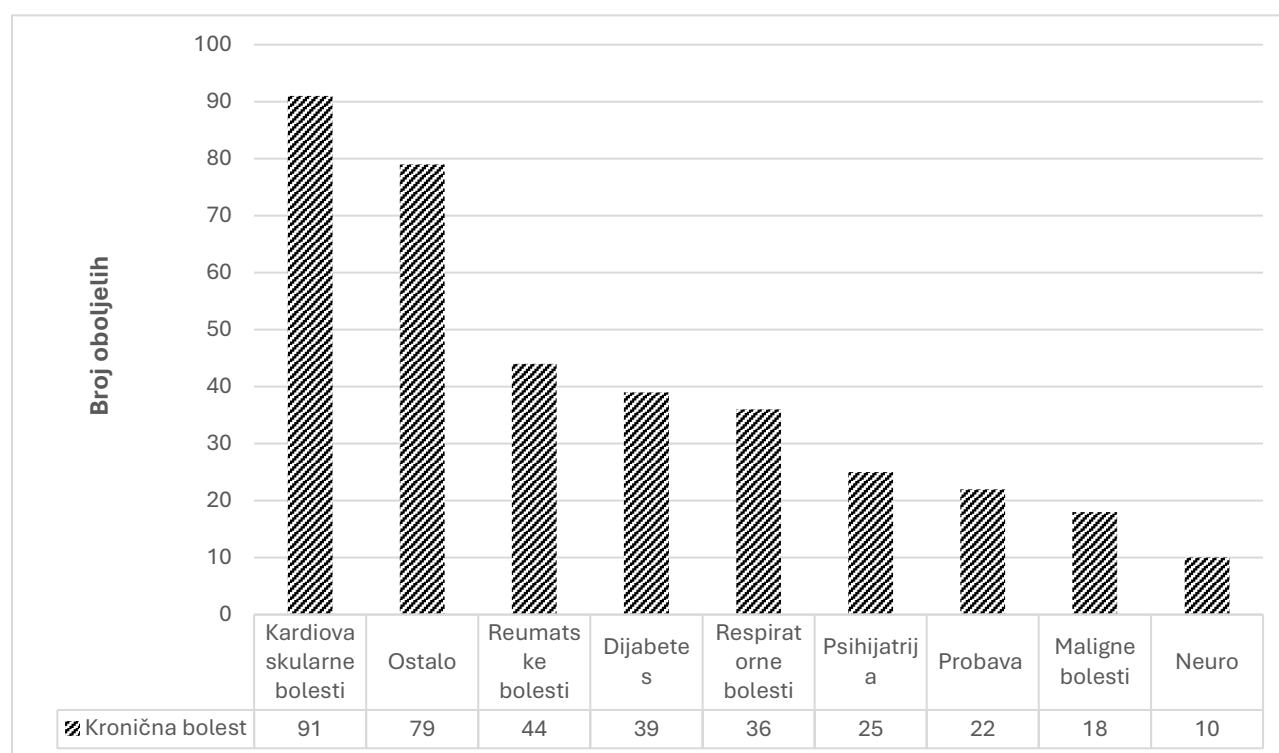
Tablica 2. Kormobiditeti ispitanika

Kormobiditet		n	%
Uz	Dijabetes	19	22,9%
kardiovaskularne bolesti	Maligne bolesti	7	8,4%
	Reumatske bolesti	12	14,5%
	Bolesti dišnog sustava	5	6,0%
	Ostalo	24	28,9%
	Psihičke bolesti	7	8,4%
	Bolesti	7	
	gastrointestinalnog trakta		8,4%
	Neurološke bolesti	2	2,4%
Uz	reumatske	12	24,5%
bolesti	Kardiovaskularne bolesti		
	Dijabetes	7	14,3%
	Maligne bolesti	4	8,2%
	Bolesti dišnog sustava	4	8,2%
	Ostalo	8	16,3%
	Psihičke bolesti	5	10,2%
	Bolesti	6	12,2%
	gastrointestinalnog trakta		
	Neurološke bolesti	3	6,1%

Od kroničnih bolesti najzastupljenije su kardiovaskularne bolesti, koje pogađaju 23,3% ispitanika, što ih čini najčešćom skupinom bolesti unutar uzorka. Slijedi skupina "Ostale bolesti", koja obuhvaća 20,2% ispitanika. Ova kategorija uključuje razne kronične bolesti koje nisu posebno navedene, ali koje također značajno utječu na kvalitetu života oboljelih. Raznolikost bolesti u ovoj skupini sugerira potrebu za individualiziranim pristupom u liječenju i podršci. Reumatske bolesti čine treću po zastupljenosti skupinu, sa 11,3% ispitanika koji pate od ovih stanja. Reumatske bolesti često su povezane s bolovima i smanjenom pokretljivošću,

što dodatno naglašava važnost adekvatne medicinske skrbi i podrške za ovu populaciju. Ovi podaci, prikazani na Grafu 1; pružaju ključan uvid u distribuciju kroničnih bolesti među ispitanicima, što je važno za razumijevanje specifičnih potreba ove populacije te za planiranje ciljanih zdravstvenih intervencija.

Graf 1. Broj ispitanika u uzroku prema kroničnoj bolesti koju imaju



Ispitanici su na pitanja odgovarali Likertovom skalom na kojoj ocjena 1 znači najmanji stupanj slaganja a ocjena 5 najveći. Negativno postavljena pitanja označena sa * su obrnuto rekodirana. Rezultati istraživanja navedeni u Tablici 3 ukazuju da su ispitanici općenito najzadovoljniji domenom života koja se odnosi na utjecaj okoline ($M=3.88$, $SD=0.195$). Toj su domeni u cjelokupnom uzorku dodijelili ocjenu u rasponu od 3.62 za pitanje da li smatraju okolinu u kojem žive zdravom do 4.15 za pristup informacijama potrebnim za život. Opće razine zadovoljstva za sve domene su poprilično homogene, i ne pokazuju značajnija odstupanja od prosječne razine zadovoljstva. Ispitanici koji boluju od srčanih bolesti nešto su manje zadovoljni fizičkim zdravljem ($M=2.27$, $SD=1.076$) od onih koji pate od reumatskih ($M=3.33$,

SD=1.007). Iako sa kroničnim bolestima, ispitanici su iskazivali najniže ocjene prema tvrdnjama koje su se odnosile na njihovu samostalnost. Srčani bolesnici su pri tome iskazali manji stupanj samostalnosti. Na pitanje “ U kojoj mjeri Vam je potrebna svakodnevna medicinska pomoć?” imali su veći prosječan broj bodova (M=1,97, SD=1,090) od ispitanika koji pate od reumatskih (M=1.55, SD=0.875) bolesti. Kardiološki bolesnici općenito ocjenjuju kvalitetu života nižom (M=3.64 SD=0.889) od onih sa reumatskim bolestima (M=3.64; SD=0.889). Veća prosječna ocjena koja se odnosi na cjelokupni uzorak domene fizičko zdravlje (M=3.84, SD=0.983) u odnosu na uzorak sa kardiovaskularnim bolestima (M=2.27, SD=1.076) i sa reumatskim bolestima (M=3.33 SD=1.007) odraz je da ostale kronične bolesti imaju višu razinu fizičkog zdravlja od promatranih bolesti koje su u uzorku bile najzastupljenije). Psihološkim zdravljem zadovoljniji su bili ispitanici sa reumatskim bolestima (M=3.93, SD=0.856) od kardioloških bolesnika (M=3.65, M=0.970). Kod domene društveni odnosi (engl. Social Relationships) ispitanici su neovisno o svojoj bolesti bili indiferentni (M=3.78, SD=0.876), jedino je njihovo zadovoljstvo osobnim kvalitetama bilo nešto više u odnosu na prosječne vrijednosti (M=4.01, SD=0.714).

Tablica 3. Deskriptivna pitanja prema pojedinačnim odgovorima na pitanja

			Complete		Kardio		Reuma	
Item number		Construct / Item	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
		QUALITY OF LIFE	3.55	0.900	3.28	1.000	3.64	0.889
Q1	General QOL	Kako bi ocijenili Vašu kvalitetu života?	3.67	0.872	3.42	1.012	3.70	0.765
Q2	General health	Da li ste zadovoljni s Vašim zdravljem?	3.43	0.928	3.13	0.991	3.57	0.998
		PHYSICAL HEALTH	3.84	0.983	2.27	1.076	3.33	1.007

Q3*	Pain and discomfort	Koliko često su Vas bolovi sprječavali da obavite važne poslove?	3.51	1.219	2.59	1.282	2.70	1.424
Q4*	Medication dependency	U kojoj mjeri Vam je potrebna svakodnevna medicinska pomoć?	4.30	0.977	1.97	1.090	1.55	0.875
Q10	Energy	Da li imate dovoljno energije za svakodnevni život?	3.70	0.915	3.52	1.015	3.61	0.945
Q15	Mobility	U kojoj mjeri i da li ste pokretni/mobilni?	4.17	0.934	3.97	1.048	4.09	0.984
Q16	Sleep	Da li ste zadovoljni s Vašim snom/spavanjem?	3.58	1.032	3.32	1.173	3.80	0.904
Q17	Daily Activities	Da li ste zadovoljni s Vašom sposobnošću za obavljanje svakodневnih poslova?	3.71	0.956	3.59	1.022	3.73	0.899
Q18	Work capacity	Da li ste zadovoljni s Vašim osobnim odnosima?	3.94	0.793	3.92	0.846	3.86	0.905
PSYCHOLOGICAL HEALTH			3.85	0.901	3.65	0.970	3.93	0.856
Q5	Positive feelings	Koliko znate uživati u životu?	3.56	1.033	3.40	1.210	3.50	1.045
Q6	Spiritually	Da li smatrate da Vaš život ima smisla?	4.25	0.917	4.15	0.965	4.30	0.851
Q7	Concentration	U kojoj mjeri se možete koncentrirati?	3.83	0.833	3.89	0.862	3.70	0.878
Q11	Body image	Da li možete prihvatiti Vaš izgled?	3.95	0.859	4.07	0.867	4.00	0.807
Q19	Self-esteem	Da li ste zadovoljni sa sobom?	3.93	0.830	3.91	0.865	3.95	0.861
Q26*	Negative feelings	Koliko često ste imali negative osjećaje. npr.	3.47	0.973	2.49	1.004	2.86	1.048

		žalost ili strah. u prošla dva tjedna.						
		SOCIAL	3.78	0.87	3.	0.91	3.76	0.934
		RELATIONSHIPS		6	72	5		
Q20	Personal relation	Da li ste zadovoljni s Vašim osobnim kvalitetama?	4.01	0.71	4.0	0.77	4.05	0.746
Q21	Sexual activity	Da li ste zadovoljni s Vašim seksualnim životom?	3.52	1.01	3.2	1.05	3.45	1.109
Q22	Social support	Da li ste zadovoljni s potporom od Vaših prijatelja?	3.82	0.87	3.9	0.89	3.77	0.911
		ENVIRONMENT	3.88	0.19	3.	0.927	3.92	0.856
				5	91			
Q8	Safety	Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?	3.95	0.85	3.	0.867	3.91	0.960
Q9	Home environment	Da li smatrate okolinu u kojoj živite zdravom?	3.62	0.90	3.	0.897	3.57	0.974
Q12	Financial resources	Da li imate dovoljno novaca da bi zadovoljili Vaše potrebe?	3.74	0.97	3.	1.063	3.70	0.904
Q13	Information	Da li imate pristup informacijama koje su Vam potrebne za svakodnevni život?	4.15	0.82	4.	0.935	4.09	0.772
Q14	Leisure	Da li imate dovoljno mogućnosti za Vaše aktivnosti u slobodnom vremenu? (jako loše loše srednje dobro odlično)	3.67	0.97	3.	1.142	3.66	0.914
				4	69			

Q23	Home	Da li ste zadovoljni sa Vašim stambenim uvjetima?	4.12	0.77 1	4. 21	0.723	4.27	0.694
Q24	Health care	Da li ste zadovoljni s mogućnostima medicinskih usluga i ustanova?	3.86	0.89 1	4. 03	0.900	4.05	0.776
Q25	Transport	Da li ste zadovoljni s transportnim sredstvima koja su Vam na raspolaganju	3.91	0.85 6	3. 96	0.829	4.16	0.805

4.1. Statistička obrada

Normalnost distribucija varijabli Samoprocjena kvalitete života i Samoprocjena kvalitete zdravlja prema vrsti kronične bolesti za H1 provjerena je Kolmogorov-Smirnov testom. Distribucije nisu statistički značajno odstupale od normalne ($K-S-Z=0.42$, $p=0.994$ i $K-S-Z=0.474$, $p=0.637$ respektivno). S obzirom na navedeno, zadovoljeni su uvjeti za provedbu Pearsonovog koeficijenta korelacije. Među općom populacijom utvrđena je jaka i statistički značajna povezanost između ove dvije varijable ($r=0.55$, $p=0.000$) te ispitanici koji procjenjuju da su zdraviji imaju veću kvalitetu života. Ta je povezanost nešto manje izražena kod bolesnika koji pate od kardiovaskularnih bolesti ($r=0.49$, $p=0.000$) a jača kod bolesnika sa reumatskim oboljenjima ($r=0.69$, $p=0.000$) te se hipoteza prihvaća.

S obzirom da je je za H2 Kolmogorov-Smirnov testom zadovoljena normalnost razdiobe varijable mobilnost ($K-S-Z=0.28$, $p=1.000$) u odnosu na tip kronične bolesti, proveden je t test za nezavisne uzorke te nije utvrđena statistički značajna razlika u mobilnosti ispitanika sa reumatskim bolestima u odnosu na kardiovaskularne bolesnike ($t(139)=0.66$, $p=0.507$). Međutim, s obzirom da su ispitanici imali i druge kormobiditete, ispitalo se koliko su oni utjecali na takav zaključak, a koliko sama dijagnoza. Tako su ispitanici imali još i sljedeće

kormobiditete, prikazane u Tablici 2. Ne samo da ne postoji statistički značajna razlika u mobilnosti između bolesnika sa kardiovaskularnim i reumatskim bolestima, već su bolesnici sa reumatskim oboljenjima mobilniji ($M=4.09$, $SD=1.048$) od bolesnika sa kardiovaskularnim oboljenjima ($M=3.97$, $SD=0.948$). S obzirom na navedeno apstrahirali su se samo oni bolesnici koji imaju ili isključivo reumatske bolesti ili kardiovaskularne bolesti. Bolesnika koji su patili samo od kardiovaskularnih bolesti bilo je 31 (34,7%) a onih koji su imali samo reumatske bolesti 14 (31,8%) u ukupnom broju oboljelih od navedenih bolesti. Zadovoljstvo mobilnošću kardiovaskularni bolesnici ocijenili su višim ($M=4.16$, $SD=1.036$) od bolesnika sa reumatskim bolestima ($M=3.79$, $SD=1.051$). Međutim, iako ispitanici s reumatskim bolestima imaju manju sposobnost mobilnosti u odnosu na ispitanike s kardiovaskularnim bolestima, ta razlika nije statistički značajna ($t(43)=1.12$, $p=0.269$). Stoga na mobilnost ne utječe samo jedna bolest, već je pod utjecajem više kormobiditeta.

Prema H3 Kolmogorov-Smirnov testom provjerena je normalnost distribucije varijable koja se odnosi na sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti kod ispitanika s različitim vrstama kroničnih bolesti za H3 ($K-S-Z=0.91$, $p=0.383$). Nakon što je utvrđeno da distribucija zadovoljava uvjete normalnosti, pristupilo se daljnjim analizama korištenjem t-testa za nezavisne uzorke. U prvoj fazi analize, t-test je proveden između ispitanika koji su uz glavne bolesti (kardiovaskularne ili reumatske) imali i druge komorbiditete. Rezultati su pokazali da nema statistički značajne razlike u sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti između ove dvije skupine ispitanika ($t(133)=0.78$, $p=0.440$). Obje skupine su, u prosjeku, pokazale slične razine zadovoljstva sposobnošću obavljanja svakodnevnih zadataka. Reumatski bolesnici su iskazali neznatno veće zadovoljstvo ($M=3.73$, $SD=0.899$) u odnosu na kardiovaskularne bolesnike ($M=3.59$, $SD=1.022$), ali ta razlika nije bila dovoljno velika da bi bila statistički značajna.

Daljnja analiza fokusirala se na ispitanike koji su imali isključivo jednu od ove dvije glavne bolesti, bez dodatnih komorbiditeta. Rezultati su pokazali da su obje skupine bolesnika, neovisno o prisutnosti komorbiditeta, imale prosječnu sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Reumatski bolesnici su bili neznatno zadovoljniji svojom sposobnošću ($M=3.64$, $SD=0.745$) u usporedbi s kardiovaskularnim bolesnicima ($M=3.52$, $SD=0.996$). Međutim, ta razlika također nije bila statistički značajna ($t(43)=0.43$, $p=0.673$), s razlike od manje od 0,2 boda. Dobiveni rezultati time potvrđuju hipotezu.

5. Rasprava

U tradicionalnom medicinskom pristupu, ishod liječenja ili medicinskog tretmana često se mjerio godinama preživljenja ili postizanjem laboratorijskih vrijednosti unutar "normalnih granica." Međutim, moderni pristup sve više prepoznaje da terapijski učinci ne mogu biti procijenjeni isključivo na temelju ovih objektivnih parametara. Danas se sve veći naglasak stavlja na poboljšanje kvalitete života pacijenata kao ključni pokazatelj uspješnosti liječenja (23).

Interes medicinskih stručnjaka i istraživača proširio se izvan okvira standardnih mjera uspjeha, kao što su laboratorijski rezultati ili vrijednosti krvnog tlaka. Iako biokemijski parametri mogu ukazivati na potrebu za prilagodbom ili promjenom terapije, oni ne moraju nužno odražavati pacijentovo subjektivno iskustvo zdravlja i blagostanja. Postoji mogućnost da liječenje postigne značajno poboljšanje u laboratorijskim nalazima, ali da pacijent i dalje ne osjeća značajno poboljšanje u svakodnevnom životu. Na primjer, pacijentu se može produljiti životni vijek zahvaljujući naprednim terapijama, ali ako bol, patnja ili smanjena kvaliteta života ostanu prisutni, uspjeh liječenja postaje upitan. U tom kontekstu, kvaliteta života postaje presudna za procjenu stvarnog učinka terapije. Ona uključuje širok spektar faktora, uključujući fizičku funkcionalnost, emocionalno stanje, socijalne interakcije i opće zadovoljstvo životom (24).

Rezultati prikazani u Tablici 3. sugeriraju da su ispitanici općenito zadovoljni svojim okruženjem, ali postoje područja koja zahtijevaju poboljšanja, posebice u percepciji zdravlja okoline. Opća razina zadovoljstva u svim domenama je ujednačena, što upućuje na stabilan pogled ispitanika na različite aspekte života bez izrazitih varijacija.

Podaci pokazuju da ispitanici s kardiovaskularnim bolestima imaju niže zadovoljstvo fizičkim zdravljem u usporedbi s onima s reumatskim bolestima, što ukazuje na veće poteškoće u održavanju fizičkog zdravlja. Također, ovi ispitanici iskazuju manji stupanj samostalnosti, s većom potrebom za svakodnevnom medicinskom pomoći, što ukazuje na veću ovisnost o kontinuiranoj medicinskoj podršci.

Ispitana kvaliteta života sugerira da ispitanici s drugim kroničnim bolestima doživljavaju višu razinu fizičkog zdravlja u usporedbi s onima s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima, što može značiti da ove bolesti posebno negativno utječu na fizičko zdravlje. Psihološkim

zdravljem zadovoljniji su ispitanici s reumatskim bolestima, što može ukazivati na manje psiholoških izazova u usporedbi s kardiovaskularnim bolesnicima, kod kojih je prisutan veći strah od ozbiljnih komplikacija.

Zadovoljstvo društvenim odnosima nije značajno pogođeno kroničnim bolestima, što može značiti da ispitanici ne vide svoju bolest kao ključni faktor u društvenim interakcijama. Unatoč zdravstvenim problemima, zadovoljstvo osobnim kvalitetama je iznad prosjeka, što sugerira pozitivan stav prema vlastitim sposobnostima.

U ovom istraživanju analizirane su tri hipoteze (H1, H2, H3) kako bi se ispitala povezanost između samoprocjene kvalitete života, kvalitete zdravlja, mobilnosti, i sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti kod pacijenata s kroničnim bolestima, posebno reumatskim i kardiovaskularnim bolestima. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju hipotezu H1, koja ukazuje na pozitivnu korelaciju između samoprocjene kvalitete života i kvalitete zdravlja. Ispitanici koji smatraju da su zdraviji također imaju tendenciju ocjenjivati svoju kvalitetu života kao veću. Ovaj nalaz je u skladu s prethodnim istraživanjima koja su pokazala da percepcija dobrog zdravlja značajno doprinosi višim ocjenama kvalitete života. Ovaj rezultat je osobito važan u kontekstu reumatskih bolesti, koje često imaju izravne i vidljive posljedice na svakodnevno funkcioniranje i opće zdravlje. S obzirom na prirodu ovih bolesti, koje mogu uključivati bol, ukočenost i smanjenu pokretljivost, percepcija zdravlja ima izrazito jak utjecaj na opću kvalitetu života. Na temelju ovih rezultata, hipoteza da postoji statistički značajna povezanost između samoprocjene kvalitete života i samoprocjene kvalitete zdravlja može se prihvatiti. Iako je potvrđena opća povezanost između ove dvije varijable, analiza također pokazuje da snaga te povezanosti može varirati ovisno o vrsti kronične bolesti. To ukazuje na potrebu za prilagođenim pristupom u procjeni i poboljšanju kvalitete života kod različitih skupina pacijenata. U budućim istraživanjima bilo bi korisno dodatno istražiti kako različiti aspekti zdravlja, kao što su psihičko zdravlje, socijalna podrška i ekonomskih uvjeta, doprinose percepciji kvalitete života kod različitih pacijenata.

Hipoteza H2, koja je pretpostavljala da nema statistički značajnih razlika u mobilnosti između ispitanika s reumatskim bolestima i onih s kardiovaskularnim bolestima, nije potvrđena. Ovaj nalaz sugerira da se ispitanici s ovim dvjema vrstama kroničnih bolesti ne razlikuju značajno u svojoj sposobnosti mobilnosti. Međutim, važno je napomenuti da su mnogi ispitanici imali više

od jedne kronične bolesti, odnosno komorbiditete, koji mogu značajno utjecati na ukupno zdravlje i funkcionalne sposobnosti, uključujući mobilnost.

Stoga je ključno u daljnjim istraživanjima ispitati u kojoj mjeri prisutnost dodatnih kroničnih bolesti može utjecati na rezultate vezane uz mobilnost. Također, potrebno je analizirati koliko osnovna dijagnoza, bilo da se radi o reumatskoj ili kardiovaskularnoj bolesti, doprinosi ukupnoj sposobnosti mobilnosti. Ovi nalazi upućuju na zaključak da mobilnost kod ispitanika nije isključivo određena tipom kronične bolesti, već je pod snažnim utjecajem prisutnosti drugih komorbiditeta. Stoga, daljnja istraživanja trebala bi uključiti analizu različitih kombinacija kroničnih bolesti kako bi se bolje razumio njihov učinak na mobilnost i druge aspekte kvalitete života.

Rezultati analize H3 ukazuju na to da sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti nije značajno narušena ni kod jedne skupine pacijenata, bez obzira na prisutnost dodatnih bolesti. Hipoteza da ispitanici s kardiovaskularnim i reumatskim bolestima podjednako uspješno obavljaju svakodnevne aktivnosti je time potvrđena. Ovaj nalaz dodatno naglašava potrebu za holističkim pristupom u razumijevanju kako različite kronične bolesti i njihovi komorbiditeti utječu na kvalitetu života bolesnika. S obzirom na rezultate, čini se da pacijenti, unatoč prisutnosti kroničnih bolesti, uspijevaju održavati svoju funkcionalnu sposobnost i nastaviti obavljati svakodnevne aktivnosti. Ovaj zaključak podržava ideju da terapijski pristupi trebaju biti usmjereni na održavanje i poboljšanje funkcionalne sposobnosti pacijenata, s ciljem očuvanja njihove neovisnosti i kvalitete života. U budućim istraživanjima bilo bi korisno dodatno istražiti kako različiti čimbenici, poput socijalne podrške, motivacije i prilagodbe životnog okruženja, utječu na sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti kod osoba s kroničnim bolestima.

Holistički pristup u medicinskoj praksi, koji uzima u obzir ne samo fizičke simptome već i psihosocijalne aspekte zdravlja, postaje sve važniji u procjeni uspješnosti liječenja. Integracija subjektivne procjene zdravlja i kvalitete života omogućava sveobuhvatniji pristup pacijentima, koji je usmjeren ne samo na preživljavanje, već i na osiguranje kvalitete tog života.

Ovi rezultati pružaju detaljan uvid u to kako različite kronične bolesti utječu na aspekte života ispitanika. Analiza sugerira da su fizičko zdravlje i samostalnost posebno pogođeni kod kardiovaskularnih bolesnika, dok psihološko zdravlje ostaje relativno očuvano kod osoba s reumatskim bolestima. Ovi podaci mogu pomoći u ciljanju specifičnih potreba pacijenata i

prilagođavanju zdravstvenih intervencija kako bi se poboljšala kvaliteta života osoba s kroničnim bolestima.

Ovo istraživanje pruža vrijedne uvide u povezanost između samoprocjene kvalitete života, zdravlja, mobilnosti i sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti kod osoba s kroničnim bolestima. Potvrđene su H1 i H3 o značajnoj povezanosti između samoprocjene kvalitete života i zdravlja, kao i o odsustvu značajnih razlika u sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti između ispitanika s reumatskim i kardiovaskularnim bolestima nije potvrđena zbog značajne razlike, te se hipoteze prihvaćaju. H2 u kojoj se ispituje mobilnost dokazana je veća mobilnost ispitanika koji boluju od reumatskih bolesti, te hipoteza nije potvrđena.

Međutim, rezultati također ukazuju na složenost interakcija između različitih čimbenika koji utječu na kvalitetu života, naglašavajući potrebu za individualiziranim pristupom u procjeni i terapiji. Daljnja istraživanja trebala bi uključiti detaljnije analize različitih komorbiditeta i drugih čimbenika koji mogu utjecati na kvalitetu života, s ciljem bolje podrške pacijentima u održavanju njihove funkcionalne sposobnosti i općeg blagostanja.

Provedeno je slično istraživanje s temom Samoprocjene zdravlja i funkcionalne sposobnosti osoba treće životne dobi. Ovo istraživanje se bavilo osobama starijim od 75 godina, koje se često smatraju fizički najmanje aktivnom populacijom, uz prisutnost osjećaja usamljenosti i nemoći. Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost spola, bračnog statusa i stupnja obrazovanja s njihovom samoprocjenom zdravlja i funkcionalnim sposobnostima (27).

Ispitanici su odgovarali na pitanja o kvaliteti života, utjecaju zdravstvenog stanja na svakodnevne aktivnosti, te učestalosti fizičke aktivnosti. Rezultati su pokazali da postoji povezanost između spola, bračnog statusa i stupnja obrazovanja sa subjektivnom procjenom zdravlja i funkcionalnim sposobnostima starijih osoba. Zaključeno je da funkcionalne sposobnosti opadaju s godinama, a ispitanici s višim stupnjem obrazovanja pokazuju manja ograničenja u obavljanju dnevnih aktivnosti. Žene su, u usporedbi s muškarcima, subjektivno lošije ocijenile svoje zdravlje i prijavile veće poteškoće u fizičkom funkcioniranju (27).

U zemljama s razvijenim društveno-ekonomskim sustavom, dulji životni vijek žena pripisuje se napretku u zdravstvenoj zaštiti, ali i povećanoj učestalosti kardiovaskularnih bolesti kod muškaraca. Literatura ukazuje da žene češće traže medicinsku pomoć i više brinu o svom

zdravlju nego muškarci, ali unatoč tome, češće pate od lošijeg zdravstvenog stanja, depresije, anksioznosti i poremećaja raspoloženja (30). Istraživanje je također pokazalo da osobe s nižim stupnjem obrazovanja češće imaju lošiju samoprocjenu zdravlja, pri čemu je 70% osoba sa završenom osnovnom školom izjavilo da se ne osjećaju fizički zdravo, u usporedbi s 35% osoba sa srednjoškolskim ili višim obrazovanjem. Također je uočena obrnuto proporcionalna veza između razine obrazovanja i prisutnosti ograničenja zbog zdravstvenog stanja u obavljanju dnevnih aktivnosti, što se može objasniti činjenicom da su osobe s višim stupnjem obrazovanja radile na manje fizički zahtjevnim i bolje plaćenim poslovima te raspolažu većim materijalnim sredstvima za očuvanje zdravlja (27).

U sljedećem je istraživanju pregledom različitih istraživanja uočena važnost utjecaja boli na kvalitetu života, s posebnim osvrtom na samopercepciju tjelesnog zdravlja. Dostupna literatura pokazuje da osobe koje pate od kronične boli doživljavaju značajno narušene kvalitete života u svim aspektima. Bol ne samo da ograničava tjelesne funkcije, već ozbiljno narušava i psihičko zdravlje, što se manifestira kroz simptome anksioznosti, depresije i smanjenog socijalnog funkcioniranja (28).

Samopercepcija tjelesnog zdravlja kod osoba s kroničnom boli često je izrazito negativna. Osobe s kroničnom boli osjećaju ograničenja u svakodnevnim aktivnostima koje su ključne za održavanje osjećaja zadovoljstva i unutaršnjeg mira. Kronična bol dovodi do smanjene pokretljivosti, napetih mišića, nedostatka energije i promjena u apetitu. Psihološki, bol izaziva osjećaje depresije, ljutnje, tjeskobe i straha, što dodatno pogoršava percepciju vlastitog zdravlja (28).

Istraživanja također ukazuju na razlike u percepciji boli s obzirom na dob i spol. Primjerice, muškarci s malignim oboljenjima često prijavljuju bolje opće funkcioniranje i zadovoljniji su svojim zdravljem u usporedbi sa ženama, koje češće doživljavaju lošiju kvalitetu života i izraženije simptome. S godinama, žene prijavljuju povećanje broja simptoma, dok oba spola bilježe smanjenje opće kvalitete života s porastom dobi. Problem kronične boli posebno je izražen nakon kirurških zahvata, gdje čak petina pacijenata navodi operaciju kao uzrok kronične boli. Vrsta kirurške tehnike također može utjecati na razvoj boli, što dodatno otežava proces oporavka i percepciju tjelesnog zdravlja (28).

Upravljanje kroničnom boli ključan je aspekt u poboljšanju kvalitete života. Međutim, pravovremeno liječenje često izostaje, dijelom zbog subjektivne prirode boli, ali i zbog

nedostatka adekvatnog odgovora medicinske struke. Edukacija o čimbenicima koji uzrokuju bol, kao i promicanje pravovremenog traženja medicinske pomoći, mogu značajno doprinijeti boljoj percepciji vlastitog zdravlja i općenitoj kvaliteti života (29). Osobe koje se suočavaju s kroničnom boli često percipiraju svoje tjelesno zdravlje kao loše, što dodatno otežava njihovu sposobnost za normalno funkcioniranje i održavanje svakodnevnih aktivnosti. Ova negativna percepcija stvara začarani krug u kojem bol, osim što fizički ograničava osobu, doprinosi i pogoršanju psihičkog stanja, što sveukupno narušava kvalitetu života(28).

6. Zaključak

Zaključci o samoprocjeni kvalitete života kroz komponentu tjelesnog zdravlja ukazuju na značajan pomak u mjerilima ishoda liječenja i učinkovitosti zdravstvenog sustava. Tradicionalne varijable poput smrtnosti, morbiditeta i troškova liječenja, iako važne, sve su više nadopunjene ili čak zamijenjene kompleksnijim pokazateljima koji uključuju procjenu bolesnika o njegovom funkcionalnom statusu i blagostanju.

Tjelesno zdravlje, kao komponenta kvalitete života, omogućuje bolesnicima da sami procijene utjecaj bolesti i tretmana na njihove svakodnevne aktivnosti, fizičku funkcionalnost, bol i opću dobrobit. Ovaj pristup usmjerava pozornost ne samo na produžavanje života, već i na kvalitetu života, uzimajući u obzir subjektivne osjećaje pacijenata, koji su često ključni u razumijevanju ukupne učinkovitosti liječenja.

Ovo istraživanje pruža vrijedne uvide u povezanost između samoprocjene kvalitete života, zdravlja, mobilnosti i sposobnosti obavljanja svakodневnih aktivnosti kod osoba s kroničnim bolestima. Kroz hipoteze potvrđene su značaje razlike u povezanosti između samoprocjene kvalitete života i zdravlja, kao i o odsustvu značajnih razlika u sposobnosti obavljanja svakodnevних aktivnosti između ispitanika s reumatskim i kardiovaskularnim bolestima. Nadalje dokazano je da kronična bolest ne mora isključivo utjecati na mobilnost, da pacijenti usprkos reumatskim bolestima imaju dobru mobilnost.

Mjerenje kvalitete života povezano s tjelesnim zdravljem danas igra ključnu ulogu u oblikovanju zdravstvene politike. Financijeri zdravstvenog sustava zahtijevaju jasne, mjerljive pokazatelje koji opravdavaju njihova ulaganja, dok pacijenti traže objektivne informacije koje potvrđuju uspješnost njihovog liječenja. Osim toga, mjerenjem kvalitete života kroz tjelesno zdravlje moguće je evaluirati terapijske učinke u kliničkim istraživanjima i usporediti različite medicinske postupke, što doprinosi ne samo boljem razumijevanju bolesti, nego i razvoju učinkovitijih zdravstvenih intervencija. Ova praksa ne samo da poboljšava kvalitetu zdravstvene zaštite, nego i omogućuje optimizaciju troškova, te pruža relevantne informacije za daljnji razvoj i prilagodbu zdravstvenih usluga.

Literatura

1. Slavuj L. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria*. 2012;17(1):73-92.
2. National Center for Biotechnology Information (NCBI). Substance use disorder treatment and care for people with mental health disorders: report of the International Narcotics Control Board for 2017 [Internet]. Vienna: United Nations; 2017 [cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>
3. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (Internet). 2012 [cited 2024 May 27]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
4. Tomašić Humer J, Babić Čikeš A, Šincek D. Sociodemografske odrednice kvalitete života osoba kasne odrasle dobi. *Medica Jadertina* 2023;53(1):5-13.
5. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-9.
6. Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med*. 1996;124:832-9.
7. Maksimović K. Kvaliteta života u RH : Diplomski rad [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku; 2021.
8. Kovač B. Mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjerilo uspješnosti zdravstvene skrbi. *Zdravstveni glasnik*. 2017;3(1):86-93.
9. Grubišić F. Kvaliteta života i kronična koštano-mišićna bol. Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za spondiloartropatije, Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice". Zagreb: 2012.
10. World Health Organization. WHOQOL: User Manual. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization;1998. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
11. Harvard University Health Services. Center for Wellness and Health Promotion. Physical Wellness. Harvard University Health Services. [Internet]. Available from: <https://wellness.huhs.harvard.edu/physical>

12. Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2010
13. Vuletić G. Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života [disertacija]. Ivanković D, mentor. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1999.
14. Poljak D, Ovsenik M, Janović Š, Veronek J, Bajs Janović M. Inovativni konceptualni model sociokulturnih sastavnica kvalitete života starijih osoba. *Socijalna psihijatrija*. 2022;50(1):3-22.
15. Ambrosi-Randić N. Emocije, ličnost i socijalni odnosi u kontekstu uspješnog starenja. U: Tucak Junaković I, urednik. *Uspješno starenje: Teorijski pristupi, metode istraživanja i čimbenici doprinosa*. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2022.
16. Šikljan S. Povezanost kvalitete života i duhovnosti roditelja odraslih osoba s invaliditetom [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet; 2016
17. Mellor D, Cummins RA, Loquet C. The gold standard for life satisfaction: Confirmation and elaboration using an imaginary scale and qualitative interview. *International Journal of Social Research Methodology Theory and Practice*. 1999.
18. Lawton MP. Quality of life and the end of life. U: Birren JE, Schaie KW. (ur.) *Handbook of the psychology of aging*. San Diego, Academic Press. 2001;593-616.
19. Armstrong D, Caldwell D. Origins of the Concept of Quality of Life in Health Care: a Rhetorical Solution to a Political Problem. *Social Theory and Health*. 2004.
20. Bosworth HB, Siegler IC, Brummett BH, Barefoot JC, Williams RB, Vitaliano PP, i sur. The relationship between self-rated health and health status among coronary artery patients, *Journal of Aging and Health*. 1999.
21. Pavlović B, Pavić J. Samoprocjena kvalitete života i rada medicinskih sestara/tehničara u Domu zdravlja Zagreb – centar. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* [Internet]. 2022.
22. Osmančević Katkić L. Samoprocjena kvalitete života i očekivanja od budućnosti mladih s teškoćama u razvoju [Disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2018.
23. Sprangers MA, Aaronson NK. The role health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol*. 1992.
24. Walker SR, Rosser R. Quality of life assessment and application. MTP Press, Lancaster, *N Engl J. Med*. 1998; 2(1):46-52.

25. Gerding MN, Terwee CB, Dekker FW, et al. Quality of life in patients with Graves' ophthalmopathy in markedly decreased: measurement by the medical outcomes study instrument. *Thyroid*. 1997.
26. Gafni A, Birch S. QALYs and HYE (healthy years equivalent). Spotting the differences. *J Health Econ*. 1997.
27. Marinović Glavić M, Mandić A, Juraga D, Vasiljev V, Rukavina T, Bilajac L. Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina* [Internet]. 2020;50(4):285-291. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/250749>
28. Mijatović D. Kvaliteta života osoba s prisutnom kroničnom boli. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2017;13(51).
29. Bodrožić M. Kvaliteta života u osoba s kroničnom boli u lumbalnoj kralježnici [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2020. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:940564>
30. Pecik P. Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika [Završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet; 2023. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:199:636198>

Prilozi

Prilog A- popis slika i tablica

Graf 2. Broj ispitanika u uzroku prema kroničnoj bolesti koju imaju.....	23
Tablica 1. Sociodemografske karakteristike uzorka.....	21
Tablica 2. Komorbiditeti ispitanika.....	22
Tablica 3. Deskriptivna pitanja prema pojedinačnim odgovorima na pitanja.....	24

Prilog B: Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF, 1998.)

WHOQOL - BREF

BOSNISCHE, KROATISCHE, SERBISCHE
VERSION

Übersetzung/Prevod:
Mag. Sanela Piralić Spitzl
Dr. Mara Stamenković
Dr. Avdo Rustembegović

Instrukcija

U ovom testu bit će te pitani kako vi lično/osobno ocjenjujete vaš kvalitet života, vaše zdravstveno stanje kao i ostala područja vašeg života. **Molim vas odgovorite na sva pitanja.** Ako niste sigurni kod odgovora pojedinih pitanja u tom slučaju izaberite odgovor koji je najbliži vašem mišljenju. Često je to odgovor koji vam prvi padne na pamet.

Molim vas odgovorite na sva pitanja koja su na osnovi vašeg ličnog /osobnog ocjenjivačkog kriterija, nadanja, naklonosti i interesa. Kod odgovora mislite na život u posljednje dvije sedmice/tjedna. Jedno od mogućih pitanja na primjer glasi:

	<i>uopšte ne</i>	<i>skoro ne</i>	<i>polovično</i>	<i>pretežno</i>	<i>potpuno</i>
Dobivate li od drugih ljudi potporu kada je vam je potrebna?	1	2	3	4	5

Kod ovog pitanja trebate staviti križić u ono polje koje najviše izražava u kojem opsegu ste u posljednje dvije sedmice/tjedna primili podršku od drugih ljudi koja vam je bila potrebna. Ako ste u posljednje dvije sedmice/tjedna pretežno primili potporu od ljudi koju ste trebali onda stavite križić u polje sa brojem 4.

	<i>uopšte ne</i>	<i>skoro ne</i>	<i>polovično</i>	<i>pretežno</i>	<i>potpuno</i>
Dobivate li od drugih ljudi potporu kada je vam je potrebna?	1	2	3	4	5

Ako uopšte niste primili od drugih ljudi potporu koju ste trebali posljednje dvije sedmice/tjedna onda stavite križić u polje sa brojem 1.

O VAMA

Kojeg ste spola?

☐ Muško ☐ Žensko

Kada ste rođeni?

Koji najviši stepen obrazovanja posjedujete?

- | | |
|---|--|
| ☐ Nemam školu | ☐ Srednja škola s maturom |
| ☐ Osnovna škola | ☐ Viša škola |
| ☐ Zanat | ☐ Univerzitet |
| ☐ Srednja škola bez mature | ☐ Doktorat |

Vaše bračno stanje?

- | | |
|--|---|
| ☐ Živim sam/a | ☐ Živim odvojeno |
| ☐ Udana/oženjen | ☐ Rastavljen/a |
| ☐ S partnerom (bez braka) | ☐ Udovac/a |

Da li ste sada bolesni?

- ☐ Da ☐ Ne

Ako jeste, od čega ste bolesni (dijagnoza)? _____

Molim vas pročitajte svako pitanje i razmislite kako ste se u zadnje dvije sedmice/tjedna osjećali i zabilježite križićem broj u tabeli koji vašem stanju najviše odgovara.

		<i>jako loše</i>	<i>loše</i>	<i>srednje</i>	<i>dobro</i>	<i>odlično</i>
1	Kako bi ocijenili vaš životni kvalitet?	1	2	3	4	5
		<i>jako nezadovoljan/a</i>	<i>ne-zadovoljan/a</i>	<i>niti zadovoljan niti nezadovoljan/a</i>	<i>zadovoljan/a</i>	<i>jako zadovoljan/a</i>
2	Da li ste zadovoljni s vašim zdravljem?	1	2	3	4	5

U sljedećim pitanjima radi se o tome, koliko intenzivno ste doživjeli određena stanja prošle dvije sedmice /tjedna.

		<i>uopšte ne</i>	<i>malo</i>	<i>srednje</i>	<i>prilično</i>	<i>veoma</i>
3	Koliko često ste kroz vaše bolove bili spriječeni da uradite najpotrebnije poslove?	1	2	3	4	5
4	U kojoj mjeri vam je potrebna dnevna medicinska pomoć za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
5	Koliko znate uživati u vašem životu ?	1	2	3	4	5
6	Da li smatrate da vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5
7	U kojoj mjeri se možete koncentrisati?	1	2	3	4	5
8	Koliko se sigurno osjećate u vašem svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9	Da li smatrate okolinu u kojoj živite zdravom?	1	2	3	4	5

U sljedećim pitanjima se radi o tome u kojoj mjeri ste prošle dvije sedmice /tjedna doživjeli određene stvari ili ste bili u stanju određene stvari uraditi?

		<i>uopšte ne</i>	<i>skoro ne</i>	<i>polovično</i>	<i>pretežno</i>	<i>potpuno</i>
10	Da li posjedujete dovoljno energije za vaš svakodnevni život?	1	2	3	4	5
11	Da li možete prihvatiti vaš izgled?	1	2	3	4	5
12	Da li imate dovoljno novaca da bih zadovoljili vaše potrebe?	1	2	3	4	5
13	Da li imate pristup informacijama koje su vam potrebne za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
14	Da li imate dovoljno mogućnosti za vaše aktivnosti u slobodnom vremenu?	1	2	3	4	5
		<i>jako loše</i>	<i>loše</i>	<i>zrednje</i>	<i>dobro</i>	<i>odlično</i>
15	U kojoj mjeri i da li ste pokretni/mobilni?	1	2	3	4	5

U sljedećim pitanjima radi se o tome, u kojoj mjeri ste bili zadovoljni, srećni ili dobro s obzirom na različite aspekte vašeg života prošle dvije sedmice /tjedna.

		<i>jako nezadovoljan/a</i>	<i>nezadovoljan/a</i>	<i>niži zadovoljan niži nezadovoljan/a</i>	<i>zadovoljan/a</i>	<i>jako zadovoljan/a</i>
16	Da li ste zadovoljni s vašim snom?	1	2	3	4	5
17	Da li ste zadovoljni s vašom sposobnošću za obavljanje svakodnevnih poslova?	1	2	3	4	5
18	Da li ste zadovoljni s vašim ličnim/osobnim odnosima?	1	2	3	4	5
19	Da li ste zadovoljni sa sobom?	1	2	3	4	5
20	Da li ste zadovoljni s vašim ličnim/osobnim kvalitetama?	1	2	3	4	5
21	Da li ste zadovoljni s vašim seksualnim životom?	1	2	3	4	5

		<i>jako nezadovoljan/a</i>	<i>nezadovoljan/a</i>	<i>ni ti zadovoljan ni ti nezadovoljan/a</i>	<i>zadovoljan/a</i>	<i>jako zadovoljan/a</i>
22	Da li ste zadovoljni s potporom od vaših prijatelja?	1	2	3	4	5
23	Da li ste zadovoljni sa vašim stambenim uslovima?	1	2	3	4	5
24	Da li ste zadovoljni sa mogućnostima medicinskih usluga i ustanova?	1	2	3	4	5
25	Da li ste zadovoljni sa transportnim sredstvima koje vam stoje na raspolaganju?	1	2	3	4	5

U sljedećim pitanjima radi se o tome, koliko često su se kod vas pojavila negativna osjećanja kao što su naprimjer strah ili žalost u prošle dvije sedmice /tjedna.

		<i>nikada</i>	<i>ne često</i>	<i>povremeno</i>	<i>često</i>	<i>uvijek</i>
26	Kako često imate negativna osjećanja kao što su na primjer žalost ili strah u prošle dvije sedmice/tjedna.	1	2	3	4	5

Da li vam je neko pomogao pri ispunjavanju ovog testa? ☐ da ☐ ne

Koliko ste vremena utrošili da bih ispunili ovaj test? _____ minuta

Da li imate bilo kakvih primjedbi što se tiče ovog testa?

Životopis

OSOBNJE INFORMACIJE:

- Laura Gunek, rođena 07.03.2000. u Varaždinu
- Ulica Fiorella la Guardia 7 a
- Mob: 0997830304
- Gmail: lauragunek13@gmail.com

OBRAZOVANJE:

- Osnovna škola Ante Starčevića Lepoglava (2006.-2014.)
- Medicinska škola Varaždin- Medicinska sestra/tehničar- opće njege (2014.-2019.)
- Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, stručna prvostupnica Sestrinstva (2019.-2022.)
- Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci (2022.-)

RADNO ISKUSTVO:

- Ginekološka ordinacija Ljiljana Gal [03/07/2019 – 06/09/2019]
- Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju Helena Smokrović [10/03/2022 – 15/07/2022]
- Klinički bolnički centar Rijeka [13/09/2022 – DANAS]- Medicinska sestra u anesteziološkom timu

RAČUNALNE VJEŠTINE:

- Microsoft Word, Excel, PowerPoint