

Percepcija kvalitete života terminalnog bolesnika u uvjetima kućnog i bolničkog okruženja

Vlaić, Anđela

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:561797>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Anđela Vlaić

**Percepcija kvalitete života terminalnog bolesnika u uvjetima
kućnog i bolničkog okruženja**

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Anđela Vlaić

**Percepcija kvalitete života terminalnog bolesnika u uvjetima
kućnog i bolničkog okruženja /**

**Perception of quality of life in terminal phase of life in
condition of home and hospital care**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Rahela Orlandini, mag. med. techn.

Split, 2016.

Zahvala

Mentorici Raheli Orlandini, mag.med.techn., najljepše se zahvaljujem na pomoći pri izradi koncepcije i realizacije ovoga rada te na uloženom trudu. Veliko hvala na ohrabrenju te na podršci, razumijevanju i strpljenju tijekom izrade ovoga rada.

Hvala svim djelatnicima i osoblju OB Knin i Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju 'Vita' na pruženoj pomoći i sudjelovanju u provedbi istraživačkog rada te svima onima koji su pristali na anketiranje i omogućili ovo istraživanje.

Posebno hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su neizmjernim razumijevanjem i podrškom pridonijeli izradi ovoga rada.

Sadržaj:

1. UVOD	1
1.1. Percepcija kvalitete života	2
1.2. Kronični bolesnik - kronična bolest.....	3
1.3. Terminalna bolest	4
1.4. Stadiji umiranja.....	5
1.5. Palijativna skrb i hospicij.....	6
1.5.1. Hospicij u Hrvatskoj.....	8
1.6. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika.....	9
1.6.1. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi	10
2. CILJ RADA.....	13
3. IZVORI PODATAKA I METODE	14
3.1. Uzorak.....	14
3.2. Metode	17
3.3. Analiza.....	19
4. REZULTATI.....	20
4.1. Procjena kvalitete života	20
4.2. Procjena kvalitete života prema svakodnevnim aktivnostima	26
4.3. Psihofizički doživljaj bolesti.....	29
4.4. Psihofizičke sposobnosti.....	35
4.5. Zadovoljstvo različitim aspektima života	38
4.6. Emotivni doživljaj života.....	44
5. RASPRAVA.....	48
6. ZAKLJUČAK	50
7. LITERATURA	52
8. SAŽETAK.....	53
9. SUMMARY	54
10. ŽIVOTOPIS	55

1. UVOD

Dok postoji značajna različitost od mjesta do mjesta, medicina je općenito pod osjetnim pritiskom koji proistječe iz niza znanstvenih, ekonomskih, društvenih i političkih razloga. Neke od tih tenzija uzrokovane su samim uspjesima medicine, a ne njezinim nedostacima. Za mnoge ljude u zapadnom društvu, potpuno tjelesno zdravlje je postalo jedna vrsta religije u traganju za apsolutiziranjem mladosti, ljepote i skulpturalnog tijela koje bi savršeno funkcioniralo. U drugoj krajnosti, mogućnost medicine da bolesna tijela održava u funkciji, čak i kad je zdravlje nepovratno izgubljeno, stvara moralne dileme u odnosu na kraj tretmana, i javljaju se etičke rasprave oko distanziranja, o beskorisnom tretmanu ili terapijskoj ustrajnosti. Povećanje kroničnih bolesti je neizravan namet sposobnosti medicine da održava na životu one koji bi, ne tako davno, već bili umrli. Ali, zbog svoje nesposobnosti nalaženja lijeka gotovo svim kroničnim bolestima, medicina je bila prisiljena koristiti se skupim tehnologijama. Kao primjer toga mogu se navesti umjetna pluća, azidotimidin ili drugi lijekovi za AIDS, mnogi oblici kardiokirurgije i bubrežna dijaliza, što se sve više popularizira (1).

Upravo zbog tog tako velikog napretka, medicina se treba pitati za čime još traga. Istovremeno, niču nove vizije medicine i tretmana, boreći se za mjesto pod suncem u profesionalnom životu i dojmu u javnosti. U to se uključuje potreba za povratak idealu globalnosti, zvanom holistička medicina, ogroman interes za oblike alternativne i tradicionalne medicine, snažno traganje za shvaćanjem odnosa između tijela i uma, recentni napor za uvođenje palijativnih skrbi, samopomoći, promicanja zdravlja i promjena ponašanja. Postoje, međutim, brojni novi zahtjevi medicini i novi horizonti koje treba istražiti, kao i neki pritisci koji postaju oštriji (1).

1.1. Percepcija kvalitete života

Pojam kvaliteta života je subjektivni osjećaj i doživljaj pojedinca što podrazumijeva postojanje slijedećih odrednica i stanja: osjećaj radosti, životnog zadovoljstva, postojanje unutrašnjeg mira, da ne kažemo blaženstva. Nadalje misli se na život bez posebne opterećenosti, posebno na život bez straha i neizvjesnosti. Ako tome dodamo još i opušteni život i život bez podsvjesnog opterećenja, konkretno ništa nas ne tišti i ne opterećuje, onda smo jasno nabrojili glavne emocije koje idu uz kvalitetan život.

I danas, kao i nekada, živimo u četiri vrste okoline u kojima smo okruženi. To su biološka, fizikalna, kemijska i socijalna okolina. Ova zadnja je nevidljiva, ali je zato intenzivno osjećamo. Usput, odrednice socijalne okoline su u pogoršanju. Upravo socijalna okolina izravno i neizravno sudjeluje u pogoršanju zdravlja, povećanjem obolijevanja ljudi uključujući i izrazito povećanje malignih bolesti. Istovremeno socijalna okolina posredno i neposredno utječe na jedan oblik rezignacije ljudi, što pak određuje kvalitetu njihovog življenja. Moram reći da danas evidentiramo i petu okolinu. Ona je produžetak socijalne, uključuje nove odrednice i zovemo je psihosocijalna okolina (2).

Interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Među osobinama ličnosti ističu se ekstraverzija, neuroticizam, optimizam i lokus kontrole kao čimbenici koji utječu na procjenu zadovoljstva životom. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna te se u prosjeku procjenjuje kao 3/4 maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu. Bolest pojedinca izazov je njegovoj ravnoteži, međutim odnos medicinskog zdravlja i razine subjektivne kvalitete života nije jednoznačan. Iako se obolijevanje odražava na razinu kvalitete života, osobine ličnosti odrediti će veličinu te promjene. Naime, bolest izaziva tjelesne simptome i time ograničava funkcioniranje, ali ima i indirektno učinke kao što su promjene u radnoj sposobnosti i veća ovisnost o drugima. Sve to vrlo često dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca koje se manifestiraju u depresiji, anksioznosti, osjećaju bespomoćnosti i smanjenom osjećaju kontrole. No, nalazi istraživanja kroničnih

bolesnika i njihove subjektivne kvalitete života nisu konzistentni. Nekonzistentnost je dijelom uvjetovana metodološkim razlozima, ali neki autori sugeriraju da su psihološke posljedice i doživljavanje bolesti ono što dovodi do razlike u podacima. Ograničenje mnogih instrumenata je njihova primjenjivost isključivo na populaciju oboljelih osoba. Teme koje takvi instrumenti zahvaćaju, povezane isključivo sa zdravljem, mogu biti preuske za adekvatno zahvaćanje kvalitete života zdravih osoba. Zbog toga i usporedba bolesnih i zdravih ljudi postaje otežana i gubi smisao (3).

Uzevši sve ovo u razmatranje, možemo dati sljedeće radne definicije ove sintagme:

1. Kvaliteta življenja je osobno shvaćanje čovjekove pozicije u svakodnevnicima života, glede sadržaja kulture, glede odrednica zakona i prava, posebno glede mogućnosti realizacije svojih ciljeva i želja. (WHO, 1993.).
2. Kvaliteta življenja podrazumijeva neovisnost i slobodu ponašanja i govora i odlučivanja u svakodnevnoj aktivnosti.
3. Kvaliteta življenja je način na koji doživljavamo i kako vrednujemo svoj vlastiti cjelokupni život. (Tadić, 1997.)
4. Kvaliteta življenja podrazumijeva mogućnost mijenjanja i prilagodbe okoline i ljudi sebi, ali i obratno: nas okolini i drugim ljudima (Walker i Roser, 1988.) (2).

1.2. Kronični bolesnik - kronična bolest

Broj kroničnih bolesti iz dana u dan sve je veći. To pripisujemo produženom životnom vijeku i sve boljoj i suvremenijoj dijagnostici i terapiji pojedinih bolesti. Očekivano trajanje života produžilo se u posljednjih sto godina za 100 %, a nemjerljivo je napredovanje medicinskih dostignuća. Istraživanja pokazuju da se u dobi između 37. i 57. godine života može očekivati da čovjek boluje od 3 do 4 kronične bolesti. U 65. godini života broj kroničnih bolesti se udvostručuje, a nakon toga se u svakom desetljeću očekuje još najmanje jedna kronična bolest. Osnovna je zadaća prevencija, pravodobno otkrivanje i liječenje te praćenje u svekolikom okolišu, gdje kronični bolesnik živi, radi i stanuje. Prihvatljivost terapije i terapijskih postupaka mora se stalno evaluirati i pratiti s

naglaskom na smanjenju nuspojava i povećanju suradljivosti. Valja omogućiti svakom bolesniku što je moguće višu razinu kvalitetnog življenja. Pojava kronične bolesti i novonastala situacija izaziva trajni poticaj za ostale članove obitelji da se počnu skrbiti za vlastito zdravlje. Svaka kronična bolest i svaki kronični bolesnik zahtijeva strogo individualni pristup. Bolesnik je danas vrlo dobro informiran o bolestima i zainteresiran za njihovo liječenje (4).

Tko je kronični bolesnik? Je li to bolesnik koji sebe tako doživljava? Je li to onaj kojeg tako doživljava njegova obitelj ili njegova okolina? Kronični bolesnik istodobno može oboljeti od nekoliko kroničnih bolesti, a da pri tome normalno radi i živi. Prema današnjim spoznajama isti osnovni poticaji i rizici djeluju na pojavu i razvoj više kroničnih bolesti. To su pušenje, neadekvatna prehrana, premalena fizička aktivnost, prekomjerno uživanje alkoholnih pića, te zdravstvena neprosvijećenost. Na veliki broj tih čimbenika utječu odnosi i ponašanje u obitelji. Poznato je da samo znanje bez motiva neće otkloniti tzv. rizične faktore koje pridonose razvoju kroničnih bolesti. Većina ljudi upoznata je s činjenicom štetnosti mnogih navika, alkohola, pušenja, prekomjerne tjelesne težine, a da malo ili gotovo ništa ne čini na njihovu uklanjanju (4).

1.3. Terminalna bolest

Terminalna bolest je medicinski izraz koji se u 20. stoljeću koristi za opisivanje bolesti koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati te koje se očekuje da će rezultirati smrću bolesnika u kratkom vremenskom periodu. Ovaj se izraz češće koristi u progresivnim bolestima poput raka ili težih srčanih bolesti nego kod traume. U uobičajenoj upotrebi ovaj izraz označava bolest koja će dovesti do smrti bolesnika.

Bolesnik koji boluje od takve bolesti može biti označen kao terminalni bolesnik, terminalno bolestan ili jednostavno terminalan. U većini slučajeva bolesnik se smatra terminalno bolestan kada mu je očekivani životni vijek 6 mjeseci ili manje, pod pretpostavkom da će bolest napredovati uobičajenim tempom. Granica od 6 mjeseci je dogovorna te najbolje procjene duljine života mogu biti netočne, što znači da bolesnik

koji se smatra terminalnim ne mora umrijeti u roku od 6 mjeseci. Također bolesnici s sporo napredujućim bolestima, poput AIDS-a, ne moraju biti u kategoriji terminalnih bolesnika zbog toga što prognoze o duljini života mogu biti duže od 6 mjeseci. Usprkos tome, ove procjene ne garantiraju da bolesnik neće iznenadno umrijeti ranije. U globalu, liječnici malo precijene duljinu preostalog života što bi značilo da bolesnik za kojeg se očekuje da će živjeti još 6 tjedana, u većini slučajeva umre oko 4. tjedna (5).

U terminalnoj fazi bolesti specifično liječenje više ne donosi rezultata i treba ga prekinuti, te nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Ono što bolesnici teško prihvaćaju jest činjenica da lijeka za njihovu bolest više nema. Za bolesnike na kraju života naziv „terminalni bolesnik“, često nije opravdan. Taj naziv uključuje gašenje svake nade. Ali nada uvijek postoji, pa se i u najtežim stanjima nešto može učiniti. Iskustvo pokazuje da se uz odgovarajuću njegu i vrlo teški bolesnici mogu privremeno oporaviti, što može trajati danima, tjednima pa i koji mjesec. Zbog toga je prognoza u medicini najnesigurnije područje jer je bolesnik biološki sustav s mnogo nepoznanica. One mogu početi djelovati i prouzročiti učinak s kojim u prognozi nismo računali (6).

1.4. Stadiji umiranja

Jedna od najpoznatijih istraživača na ovom području, Elisabeth Kubler-Ross provodeći velik broj intervjua s umirućim bolesnicima, dolazi do zaključka da postoji pet tipičnih razdoblja kroz koje ovi bolesnici prolaze: razdoblje odbijanja, razdoblje gnjeva, razdoblje cjenkanja ili pogađanja, razdoblje potištenosti i konačno razdoblje prihvaćanja.

U **razdoblju odbijanja** ili nepriznavanja bolesti, bolesnik ne vjeruje da stvarno ima neizlječivu bolest, smatra kako su njegovi nalazi slučajno zamijenjeni s nalazima nekog drugog bolesnika i ne želi priznati da se to stvarno njemu dogodilo.

U **razdoblju gnjeva** bolesnika obuzima gnjev zbog poremećenih životnih planova i osjećaj zavisti prema ljudima koje mogu i dalje uživati u životu.

Za zdravstveno osoblje i obitelj bolesnika ovo razdoblje je teže nego ranije razdoblje, jer je gnjev bolesnika usmjeren prema svakom iz njegove okoline. Najveća je pogreška gnjev bolesnika shvaćati osobno i izbjegavati bolesnika zbog takvog ponašanja.

Cjenkanje je razdoblje koje traje relativno kratko i u kojem bolesnici obično nastoje odgoditi na neko vrijeme neizbježan kraj života da uspiju još nešto obaviti i, ako već moraju umrijeti da dožive što više ugodnih trenutaka.

Učestalost i sve veća težina simptoma, primjetno opadanje tjelesnih sposobnosti i očito približavanje trenutka smrti dovode do **razdoblja potištenosti**. Potištenost je osobito izražena u bolesnika kojima je operativnim zahvatom uklonjen određen dio tijela, nakon čega se bolesnik ne osjeća kao cjelovita ličnost i pati od osjećaja stida.

Prihvatanje je razdoblje koje se javlja samo u onih bolesnika koji žive dovoljno dugo i koji su potpuno prihvatili neizbježnost svoje sudbine. Ovo nije razdoblje prilagodbe i smirenosti, nego razdoblje u kojem se bolesnik potpuno prestaje opirati bolesti, cjenkati se i smatrati da možda ima načina da ozdravi.

Poznavanje ovih razdoblja kroz koje prolaze umirući bolesnici važno je za zdravstveno osoblje jer svako razdoblje zahtijeva različite načine komuniciranja s bolesnikom, prilagođene emotivnom stanju bolesnika u pojedinom razdoblju (7).

1.5. Palijativna skrb i hospicij

Neki terminalni bolesnici odbijaju bilo kakav tretman zbog neželjenih nuspojava, dok drugi nastavljaju agresivne tretmane u nadi da će uspjeti. Također, postoje i oni koji odbacuju standardne medicinske tretmane i nastavljaju s nedokazanim tretmanima kao što su drastične dijete. Bolesnikov izbor tretmana se može mijenjati tijekom vremena.

Svim terminalnim bolesnicima ponuđena je palijativna skrb, neovisno o njihovom stilu upravljanja bolesti, ukoliko će im pomoći smanjiti bolove ili popraviti kvalitetu života. Hospicijska skrb može biti pružena kod kuće ili u dugoročnim objektima njege. Ona pruža emocionalnu i duhovnu pomoć i podršku bolesniku i njegovoj obitelji (5).

Palijativna medicina nova je grana medicine, koja proučava postupak s bolesnicima oboljelima kod aktivne, progresivne ili uznapredovale bolesti s nepovoljnom prognozom. Težište je na kvaliteti života do smrti, i bolesnika i njegove obitelji. Počinje prevladavati mišljenje da se stavovi palijativne medicine moraju primijeniti u većini medicinskih struka, posebno u onkologiji, pedijatriji, gerijatriji i u neurologiji. Čini se da će se cjelokupna medicina podijeliti u tri područja: preventivu, kurativu i palijativu. Vrlo je razvijeno poznavanje problema početka života, ali znanje u vezi s njegovim završetkom relativno je oskudno i njegovo je produbljivanje zadatak neposredne budućnosti.

Palijativna skrb je naziv koji se upotrebljava kada se govori o skrbi koju pruža grupa liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, svećenika i dobrovoljaca. WHO proširuje definiciju: palijativna skrb naglašava život i na umiranje gleda kao normalni proces, oslobađa od mučnih simptoma, daje psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji, a pomaže obitelj i u vrijeme žalovanja.

Palijativna skrb obuhvaća tri osnovna područja:

- diferencijalnu dijagnostiku i liječenje simptoma,
- psihosocijalnu potporu bolesniku i obitelji. Ovdje su osnovni problemi komunikacije na relaciji bolesnik-njegovatelj, bolesnik-članovi obitelji i komunikacija unutar tima,
- rješavanje etičkih dvojbi vezanih uz završetak života (pristanak obaviještenog bolesnika, kazivanje istine o dijagnozi i prognozi, donošenje odluke unaprijed o budućim zahvatima - oživljavanju, presadbi organa, obustavi ili neuvođenju liječenja, asistiranom samoubojstvu itd.)

Osnovne jedinice palijativne skrbi jesu:

1. *autonomni hospicij* s krevetima i atmosferom ugodnoga privatnog doma u kojemu se slave imendani i rođendani, i kamo posjetioци navraćaju uvijek iznova,
2. *palijativni odjeli* najčešće vezani uz onkološke zavode,
3. *hospicijski kućni timovi* koji su osnova skrbi u kući, koji bolesnika povezuju s primarnom zdravstvenom zaštitom, sa specijaliziranom bolnicom ili hospicijem i hospicijskim dnevnim boravkom, već prema bolesnikovom stanju,

4. *hospicijski dnevni boravci* u kojima se izolirani kronični bolesnik resocijalizira, u kojima se sastaje sebi sličnima ili njemu interesantnima, u kojima se može baviti umjetnošću, čitati, igrati šah i sl. Poželjna je i mogućnost obavljanja ambulantne kontrole ili raznih usluga (pedikerskih, frizerskih i sl.),
5. *ambulantni pogoni*: jedinice za žalovanje, za bol, fizikalnu terapiju, itd.

Svi ovi oblici trebaju se prilagoditi aktualnim potrebama i mogućnostima zajednice, što napose naglašava Dame Cicley Saunders. Njezin je stav kako treba prihvatiti raznolikost.

Hospicij je izvedenica od latinske riječi *hospes* koja označava dobrodošlicu, gostoprimstvo pruženo strancu. U prošlim stoljećima je označavala mjesta gostoprimstva za iscrpljene i bolesne, a često su ih organizirale redovničke zajednice. Prvi moderni hospicij otvorio je Cicely Saunders u Londonu 1967. To je Hospicij sv. Kristofora koji ujedinjuje ljudsko suosjećanje s najvišim medicinskim dostignućima u ovom području. Taj se hospicij smatra vodećim nastavnim i istraživačkim centrom. Dame Cicley Saunders smatra se pokretačem hospicijskog pokreta u svijetu (8).

1.5.1. Hospicij u Hrvatskoj

U Hrvatskoj hospicijski pokret započinje 1994. godine prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, na kojem nam je bio uvodničar bliski suradnik i koautor Dame Cicley, Nygel Sikes. U jesen iste godine osnovano je Hrvatsko društvo za hospicij / palijativnu skrb HZL-a. Organiziraju se četiri simpozija o liječenju maligne boli u Karlovcu, dvodnevna radionica o komunikaciji, Prvi simpozij o dobrovoljcima, brojne konferencije za liječnike opće prakse o duhovnosti i žalovanju, o teškim etičkim dilemama pri završetku života, o neurološkoj palijativnoj skrbi, tečaj za medicinske sestre, kraći sastanci na ciljane teme i još brojnija pojedinačna predavanja u Zagrebu, Splitu, Varaždinu, Koprivnici, Karlovcu, Virovitici, Zadru itd. Osnovano je i Hrvatsko društvo za liječenje boli HZL-a, a za praktične ciljeve, posebno pribavljanja sredstava, osnovana je najprije Udruga prijatelja nade koja djeluje na gradskoj, a onda Hrvatska udruga prijatelja hospicija, koja djeluje na državnoj razini (8).

1.6. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika

Ljudi obično u medicini traže nešto više od fizičkog liječenja. Oni traže i empatiju i razumijevanje. Bolesnici povjeravaju liječnicima svoje bolesti i očekuju olakšanje. Oni liječnicima povjeravaju vlastite živote, i baš u tome je polazna točka liječenja i skrbi.

Skrbiti nije jednostavno izražavanje zabrinutosti, empatija i spremnost da se razgovara i saslušaju bolesnici, ili pak utješna gesta „držanja za ruku“. Dobra skrb zahtijeva izvrsnu stručnost kao neophodan sastojak. Funkcija medicine da liječi obuhvaća liječenje i skrb, i tada se liječenje može ostvariti u jednom širem smislu, čak i u onim slučajevima u kojima medicina ne može liječiti. Medicina kao takva, može liječiti stvarnim pomaganjem osobi da se suživi s trajnim bolestima.

Borba protiv smrti, u mnogim svojim manifestacijama je važan cilj medicine, ali uvijek treba postojati pozitivna napetost između toga i dužnosti medicine da prihvati smrt kao sudbinu svih ljudskih bića. Medicinski tretman treba biti korišten tako da poveća mogućnost umiranja u miru. Suvremena medicina je smatrala smrt svojim najvećim neprijateljem. Činila je to dajući smrtnim bolestima prekomjernu prednost u smislu istraživanja i novca, a ponekad je produljila život preko bilo kakve ljudske pogodnosti, posljedično zanemarujući humanu skrb za one koji umiru (1).

Jedan od prvih ciljeva zdravstvene njege, skrbeći o umirućima, trebalo bi biti ublažavanje boli i patnji uzrokovanih bolešću. Budući da raspoložemo brojnim djelotvornim postupcima za ublažavanje i otklanjanje boli, svaki se umirući bolesnik može osloboditi patnje i može mu se omogućiti kvalitetniji ostatak života (9).

1.6.1. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi

Svaki plan zdravstvene njege je individualan što znači da je svaka osoba posebna i za svaku osobu je posebno rađen plan zdravstvene njege. Dobar odnos bolesnik - medicinska sestra od velike je važnosti od samog početka jer povjerenje koje se stvara u osobu koja pomaže, uvelike pospješuje i ubrzava tijek liječenja.

Medicinska sestra kontaktira sa bolesnikom, prati ga i prepoznaje promjene u njegovom stanju i ponašanju. Povećava sposobnost adaptacije na novonastalu situaciju bolesnika i njegove obitelji. Na vrlo poseban način ga priprema za određenu intervenciju, pridržavajući se medicinske etike u svakom datom trenutku.

Medicinske sestre više nego drugi zdravstveni radnici izražavaju razumijevanje, slobodu, smisao i spremnost za humane razgovore sa oboljelim i umirućim bolesnicima, ne stoga što imaju stručniju obrazovnu pripremu, već što su prirodno svoga posla više od drugih u neposrednom kontaktu sa njima, što ih njeguju i poznaju, razvijaju empatijski odnos prema njima i što se zbog svega toga bolesnici za njih vežu. Zato se medicinske sestre trebaju više stručno pripremati, da sa kompetencijama svoje struke odgovore na ovaj težak i složen aspekt njege kao na osnovnu ljudsku potrebu (10).

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi.

Sestrinska anamneza olakšava rad medicinske sestre te način ophođenja prema bolesniku. Nakon uzete anamneze medicinska sestra postavlja sestrinske dijagnoze. Na temelju postavljenih dijagnoza formiramo cilj i daljnje intervencije uzimajući u obzir da će nam evaluacija biti uspješna.

1.6.1.1. Najučestalije sestrinske dijagnoze

Najučestalije sestrinske dijagnoze koje se odnose kod umirućeg bolesnika i njegove obitelji su:

- Bol u/s osnovnom bolešću
- Smanjena mogućnost brige za sebe u/s osnovnom bolešću
- Strah u/s ishodom i tijekom bolesti
- Mučnina i povraćanje u/s osnovnom bolesti
- Dehidracija u/s smanjenim unosom tekućine i povraćanjem
- Smanjen unos hrane i tekućine u/s gubitkom apetita i otežanim gutanjem
- Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s hipersekrecijom
- Mogućnost komplikacija smanjene pokretljivosti: dekubitus u/s nemogućnošću ustajanja i dugotrajnim mirovanjem
- Dispneja u/s dugotrajnim mirovanjem
- Opstipacija u/s smanjenom pokretljivosti
- Smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnim mirovanjem
- Visok rizik za pad u/s smanjenom pokretljivosti i nedostatkom snage
- Visok rizik za infekciju u/s oslabljenim imunitetom
- Nesanica u/s zabrinutošću
- Anksioznost u/s odvojenošću od obitelji
- Socijalna izolacija u/s hospitalizacijom
- Zabrinutost obitelji u/s ishodom bolesti umirućeg bolesnika
- Žalovanje u/s gubitkom

1.6.1.2. Sestrinske intervencije

S obzirom na sestrinske dijagnoze, najučestalije sestrinske intervencije su:

- procjena stanja bolesnika, planiranje, provođenje sestrinskih intervencija
- komunikacija s bolesnikom
- prepoznavanje faza suočavanje s bolesti i smrti prema Kübler – Ross;
- prepoznavanje paradoksalnih situacija u kojima se nalazi bolesnik i obitelj

- ublažavanje simptoma
- ublažavanje boli (primjena terapije -“per os”; točno na vrijeme”;” za pojedinca”;
“ jednostavna primjena”)
- uklanjanje kriznih perioda
- očuvanje etičkih načela u provođenju skrbi
- skrb za obitelj u procesu žalovanja

Intervencije koje će medicinska sestra provoditi ne moraju uvijek biti iste. S vremenom kako se stanje bolesnika bude mijenjalo – na bolje ili na gore, one se mijenjaju. Medicinska sestra svoje intervencije izvodi u suradnji s liječnikom. Aktivno slušanje bolesnika izaziva poštovanje i prihvaćanje, omogućava lakšu i bolju suradnju te izvođenje intervencija u suradnji s medicinskom sestrom. Uz dobar odnos s oboljelim, medicinska sestra može lakše odlučiti i procijeniti koju intervenciju treba zadržati, a koju u konačnici odbaciti.

Cilj je:

- očuvati dostojanstvo bolesnika
- umanjiti ili odgoditi patnju kod bolesnika
- osigurati kvalitetu života do smrti

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je istražiti i usporediti kvalitetu života terminalnih bolesnika u bolničkoj skrbi u odnosu na bolesnike u kućnoj njezi te uočiti čimbenike koji utječu na percepciju i kvalitetu života u terminalnom stadiju.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Uzorak

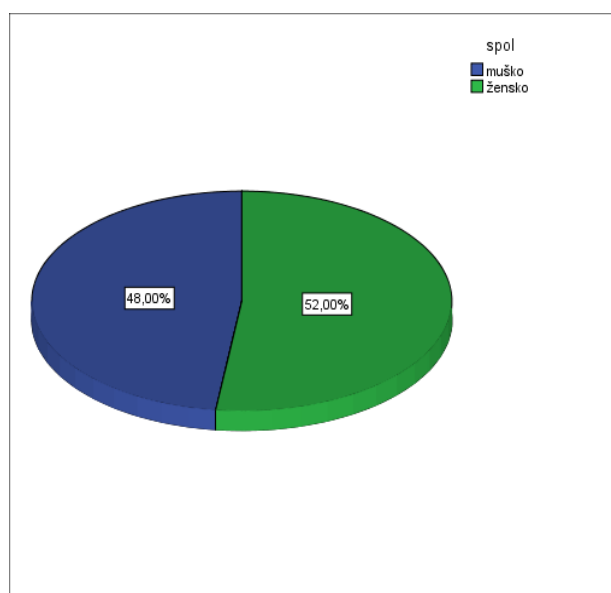
U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika.

Svi ispitanici/ispitanice su bolesnici u Općoj bolnici Knin (25 ispitanika) i korisnici kućne njege (25 ispitanika). Neki od njih su kronični bolesnici, a neki terminalni.

Tablica 1. Terminalni i kronični bolesnici

	Broj ispitanika (N)	Postotak (%)
Terminalni bolesnik	17	34,0
Kronični bolesnik	33	66,0
Ukupno	50	100,0

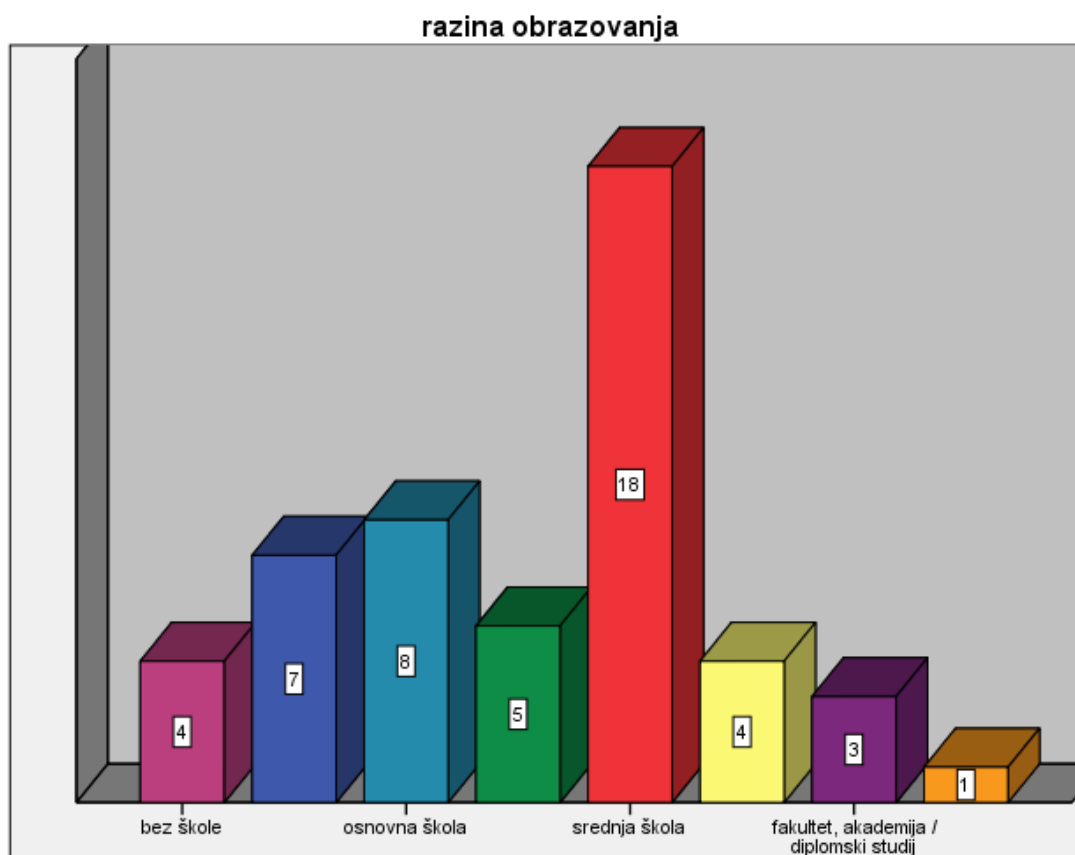
U istraživačkom uzorku bilo je 24 (48 %) muškarca i 26 (52 %) žena što je prikazano slikom 1.



Slika 1. Spol ispitanika (%)

Prema stručnoj spremi u OB Knin i Kućnoj njezi 18 ispitanika tj. 36 % je srednje stručne spreme (SSS), zatim 4 ispitanika tj. 8 % je više stručne spreme (VŠS) te 3 ispitanika tj. 6 % je visoke stručne spreme (VSS).

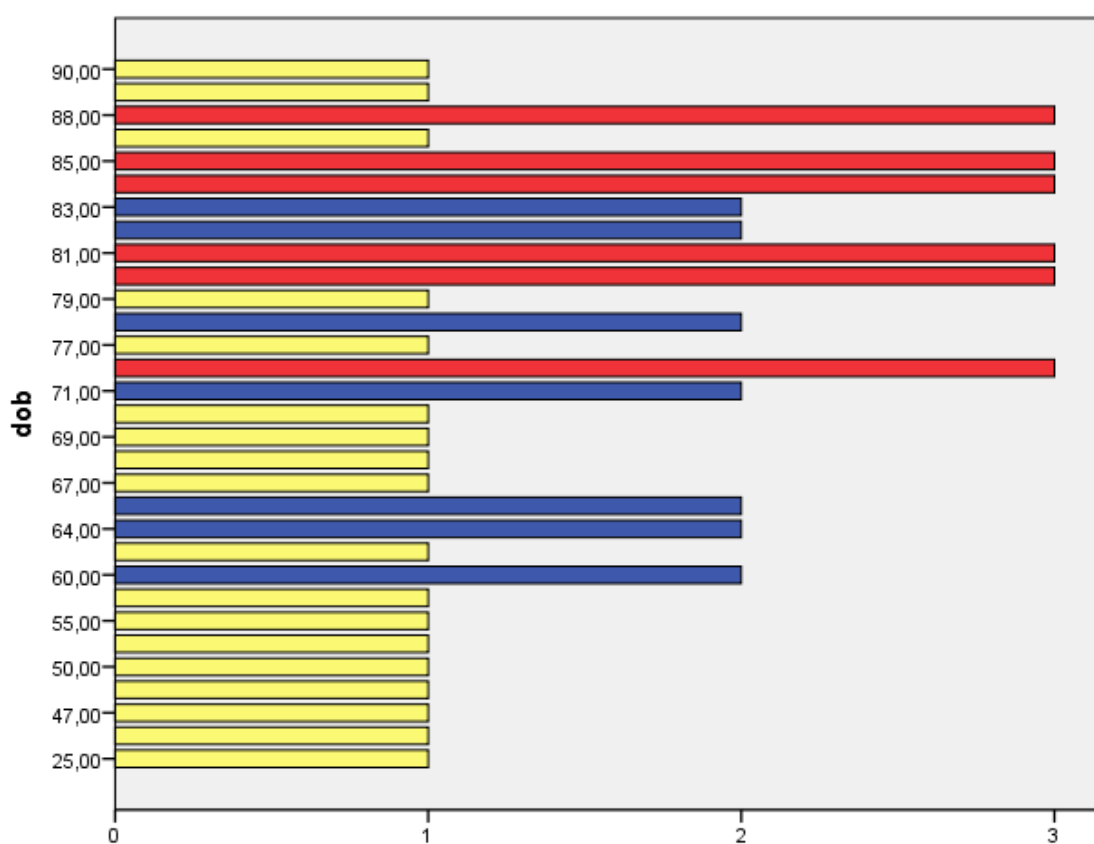
Možemo primijetiti kako je u obje skupine postotak bolesnika sa SSS najveći (slika 2).



Slika 2. Raspodjela ispitanika po stručnoj spremi (N)

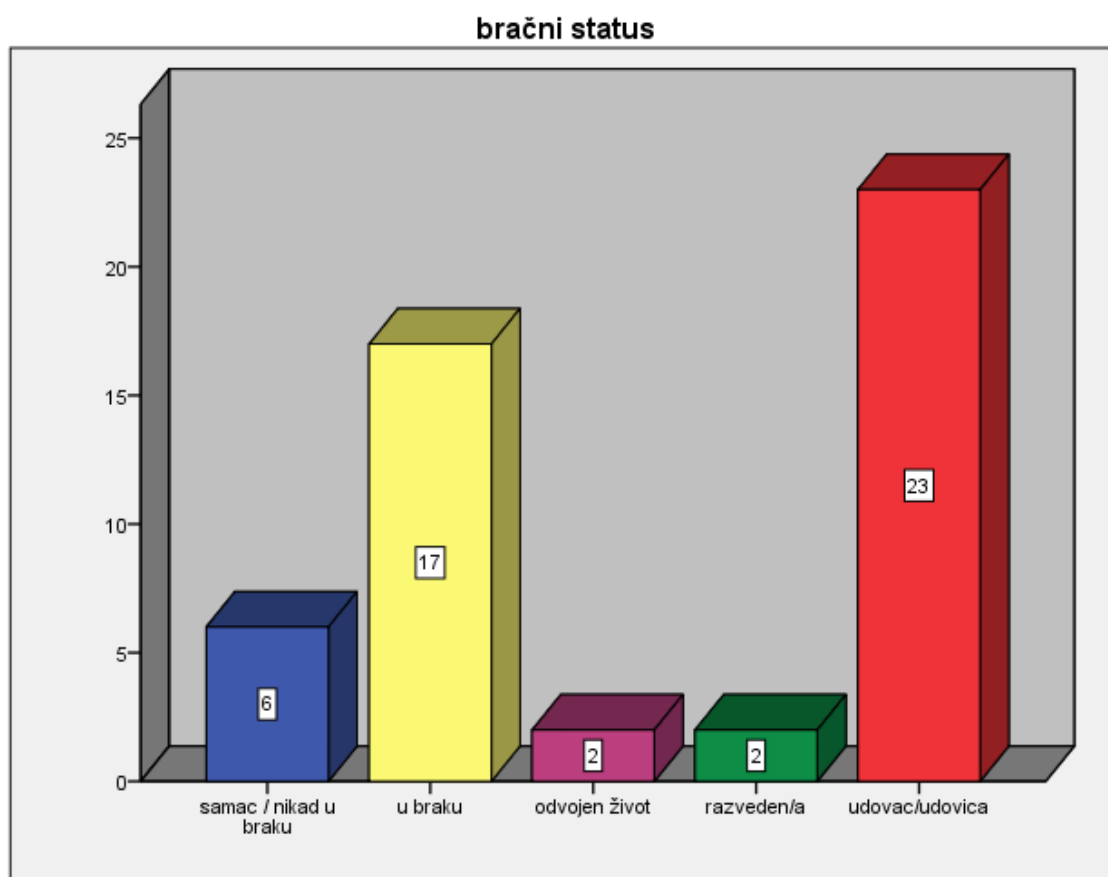
Od 50 ispitanika, najviše njih nalazi se u dobnoj skupini iznad 70 godina (32 ispitanika).

Najviše ispitanika je bilo sa 75, 80, 81, 84, 85, 88 godina, a najmanje sa 25 – 59 godina starosti (Slika 3).



Slika 3. Dobna raspodjela ispitanika (N)

Prema bračnom statusu ispitanika najviše ih je udovaca/udovica (46 %), a zatim slijede ispitanici koji su u braku (34 %). Najmanje je onih koji žive odvojeno i razvedenih (po 4 %), a samaca je 12 %.



Slika 4. Bračni status ispitanika (N)

3.2. Metode

Istraživanje se provodilo tijekom ožujka 2016. do lipnja 2016. godine na način jednokratnog anketiranja ispitanika o njihovoj percepciji kvalitete života u terminalnoj/kroničnoj fazi bolesti.

Istraživanje je provedeno uz odobrenje Etičkog povjerenstva OB Knin (Ur.broj:01-5146/15) od 21. prosinca 2015. godine i odobrenja voditeljice ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju „Vita“ od 1. travnja 2016. godine.

Anketu su ispunjavali bolesnici Opće Bolnice Knin i korisnici Kućne njege. Objasnjeno im je da je istraživanje dio završnog rada studentice sestinstva te su bili informirani o cilju istraživanja, nakon čega bi dobrovoljno pristali da sudjeluju u njemu. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika trajalo je od 10-15 minuta. U istraživanju je korišten upitnik o percepciji kvalitete života koji je napravljen u suradnji s mentoricom.

Upitnik se sastoji od kategorije o općim podacima, kategorije o subjektivnoj procjeni kvalitete života te 5 ostalih kategorija prema kojima se procjenjuje vlastiti osjećaj zadovoljstva, sposobnosti i stanja određenim dijelovima ispitanikova života. Svaka kategorija sadrži određeni broj pitanja, a na svako pitanje ponuđeno je alternativno 5 odgovora:

- 1 – uopće ne
- 2 – pomalo
- 3 – umjereno
- 4 – u znatnoj mjeri
- 5 – u najvećoj mjeri

U zadnje dvije skupine pitanja, ponuđeni odgovori su:

- 1 – vrlo nezadovoljan
- 2 – poprilično nezadovoljan
- 3 – ni zadovoljan ni nezadovoljan
- 4 – poprilično zadovoljan
- 5 – vrlo zadovoljan

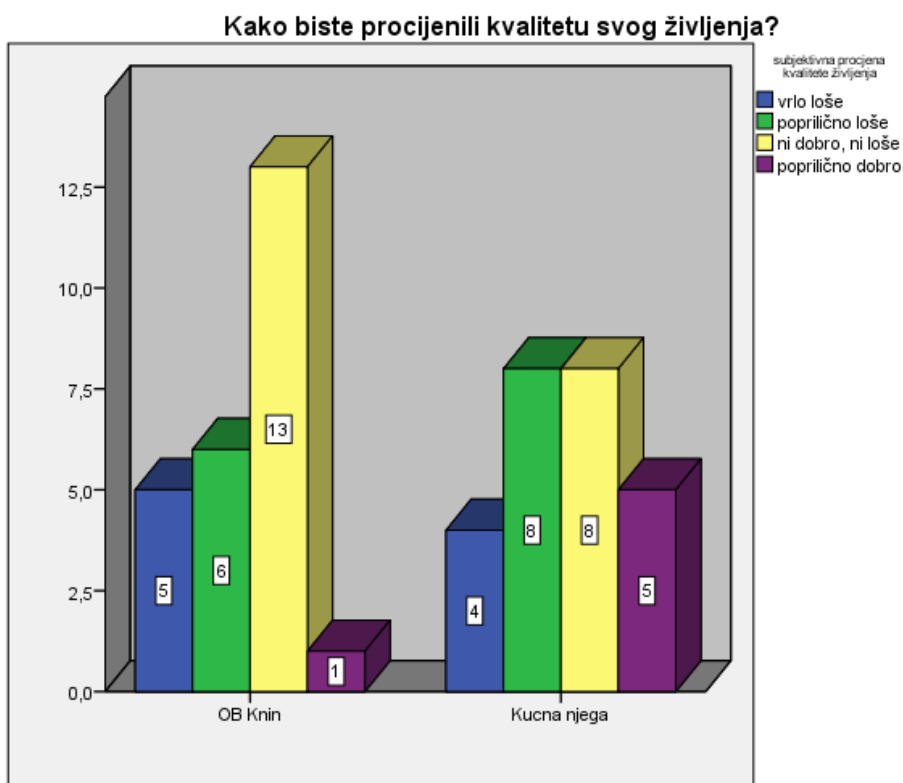
3.3. Analiza

Za statističku analizu svi podaci su unijeti i obrađeni u SPSS programu. Statistička analiza uključivala je distribuciju frekvencije. Za analizu podataka korištena je deskriptivna statistika.

4. REZULTATI

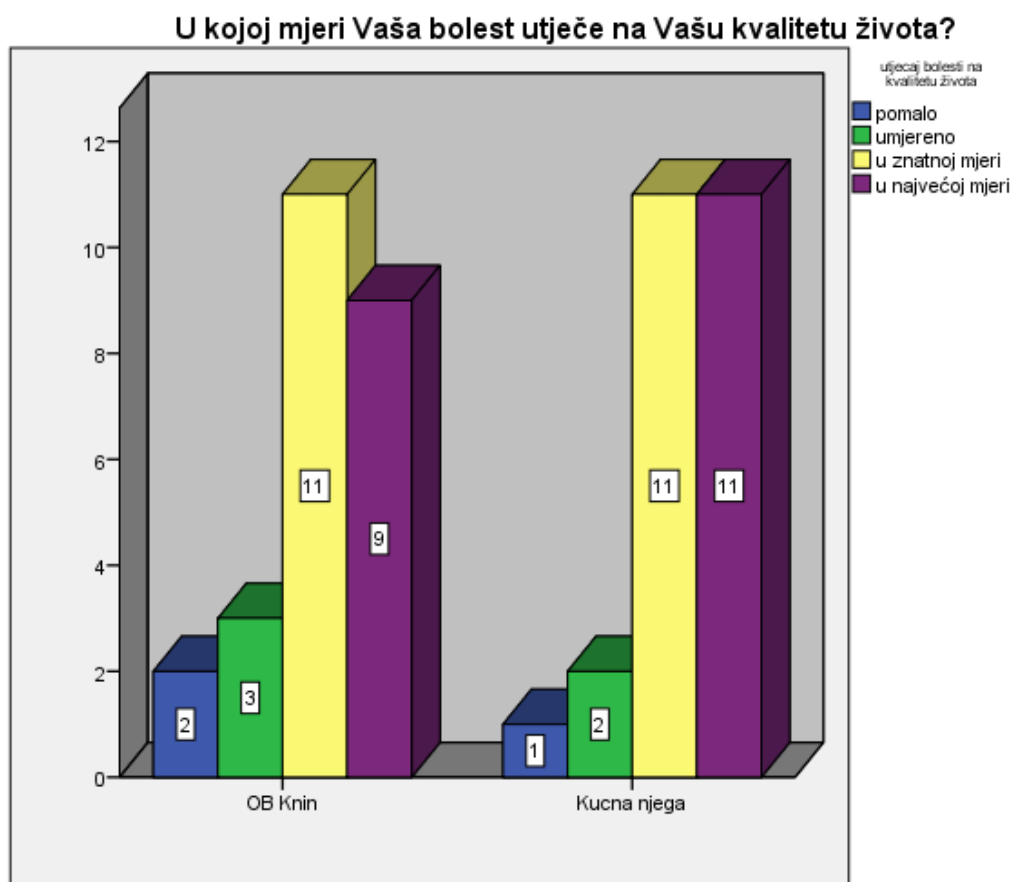
4.1. Procjena kvalitete života

Subjektivna ocjena ispitanika OB Knin i bolesnika u kućnoj njezi o kvaliteti življenja prikazana je na slici 5. Iz sveukupne procjene kvalitete živote uočavamo da su se ispitanici OB Knin izjasnili udjelom od 52 % (N=13) da je kvaliteta života ni dobra ni loša, dok su se ispitanici iz kućne njege za isti odgovor izjasnili udjelom od 32 % (N=8). Ispitanici kućne njege udjelom od 20 % (N=5) izjasnili su se da je kvaliteta života poprilično dobra, dok su ispitanici OB Knin poprilično dobrom kvalitetu života procijenili u postotku od 4 % (N=1). Ispitanici i jedne i druge skupine složili su se udjelom od 20 % (N=5) u OB Knin i udjelom od 16 % (N=4) u kućnoj njezi kako je kvaliteta života vrlo loša.



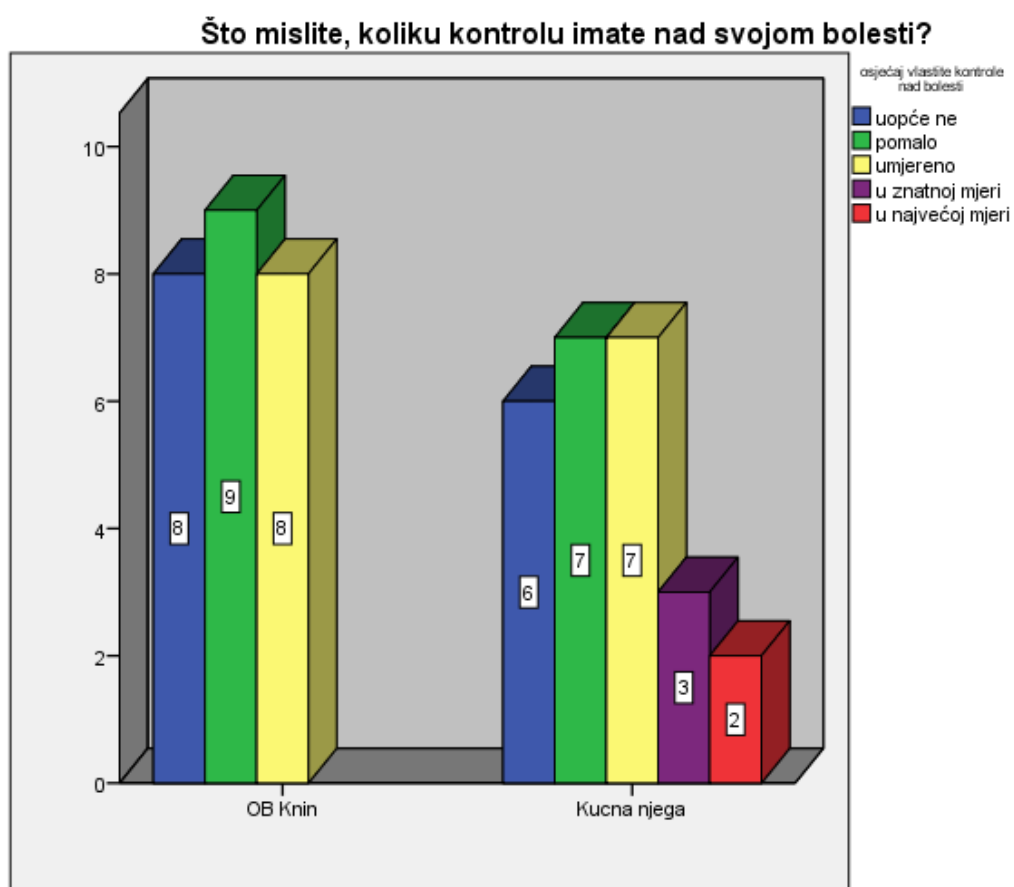
Slika 5. Subjektivna procjena kvalitete življenja (N)

Da bolest u najvećoj mjeri utječe na kvalitetu života ispitanici OB Knin izrazili su udjelom od 36 % (N=9), dok su se ispitanici kućne njege izjasnili udjelom od 44 % (N=11) za isti odgovor. Udjelom od 8 % (N=2) ispitanici OB Knin izjasnili su se da bolest pomalo utječe na kvalitetu života, dok su se ispitanici kućne njege za isti odgovor izjasnili udjelom od 4 % (N=1). Udio od 44 % (N=11) ispitanika jedne i druge skupine odgovorili su da bolest u znatnoj mjeri utječe na kvalitetu života (slika 6).



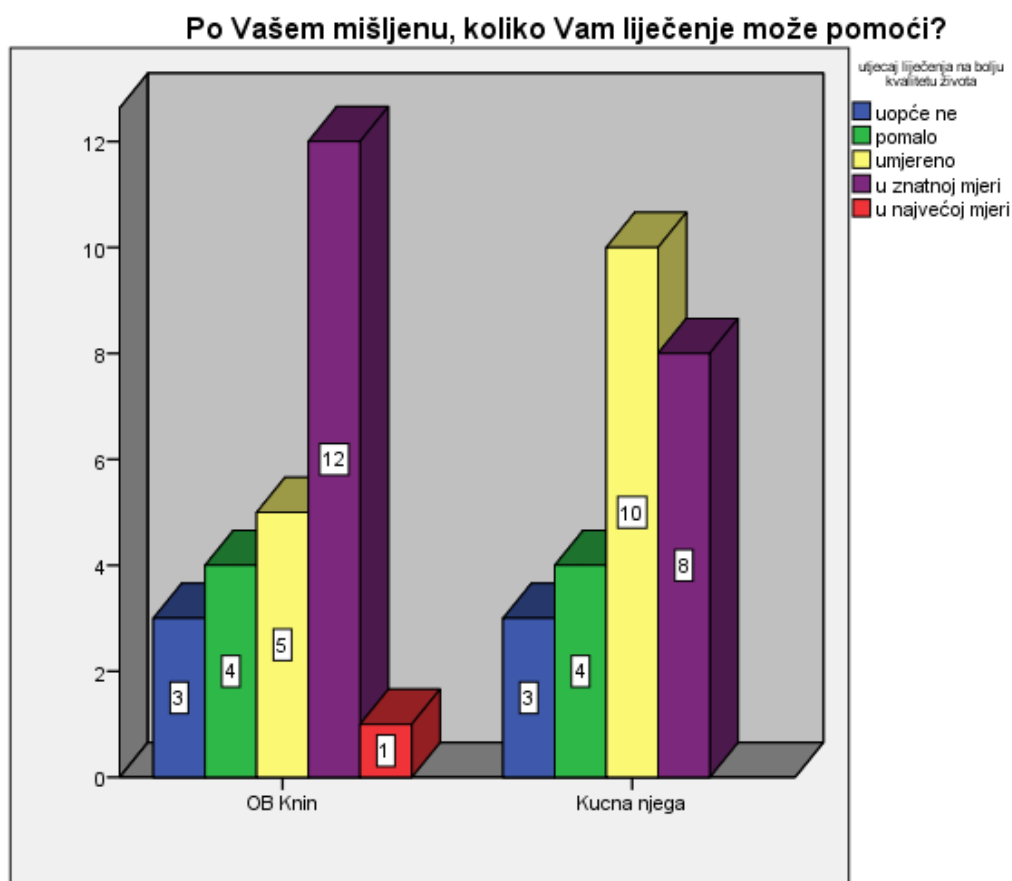
Slika 6. Utjecaj bolesti na kvalitetu života (N)

Da uopće nema kontrolu nad svojom bolesti izjasnilo se 32 % (N=8) ispitanika OB Knin, dok se za isti odgovor izjasnilo 24 % (N=6) ispitanika kućne njege. Ni jedan ispitanik (0 %) OB Knin ne smatra da ima kontrolu nad svojom bolesti u najvećoj mjeri, dok 8 % (N=2) ispitanika kućne njege smatra da ima kontrolu nad svojom bolesti u najvećoj mjeri. Da ima kontrolu nad svojom bolesti u znatnoj mjeri nije se izjasnio ni jedan ispitanik OB Knin (0 %), dok se za taj isti odgovor izjasnilo 12 % (N=3) ispitanika kućne njege (slika 7).



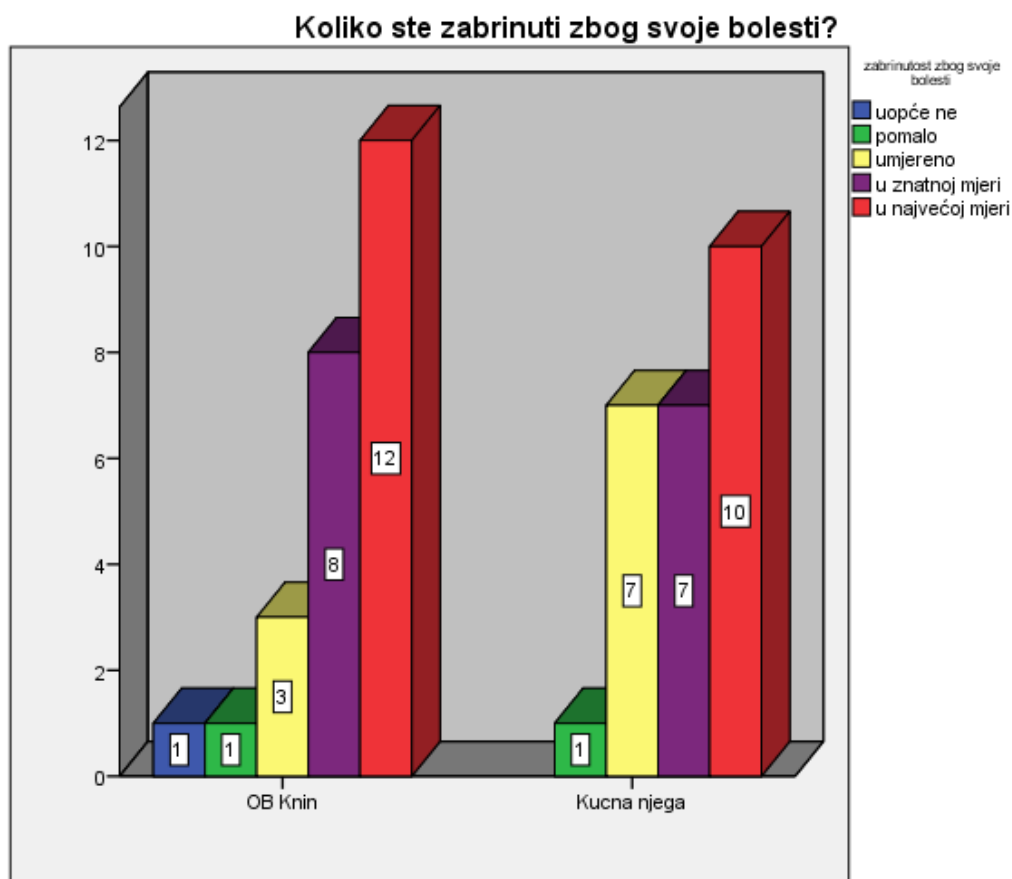
Slika 7. Osjećaj vlastite kontrole nad bolesti (N)

Najveći udio ispitanika OB Knin od 48 % (N=12) smatra da im liječenje može pomoći u znatnoj mjeri, a ispitanici kućne njege smatraju u postotku od 32 % (N=8) da liječenje u znatnoj mjeri pridonosi boljoj kvaliteti života. Najveći udio ispitanika kućne njege, odnosno 40 % (N=10) smatra da liječenje umjereno pridonosi kvalitetnijem životu, dok 20 % (N=5) ispitanika OB Knin smatra da liječenje umjereno pridonosi poboljšanju kvalitete života. Da im liječenje može pomoći u najvećoj mjeri smatra 4 % (N=1) ispitanika OB Knin dok se s navedenim ne slaže niti jedan ispitanik kućne njege. Isti udio ispitanika i OB Knin i kućne njege slaže se da liječenje uopće ne može pomoći i da pomalo može pomoći (slika 8).



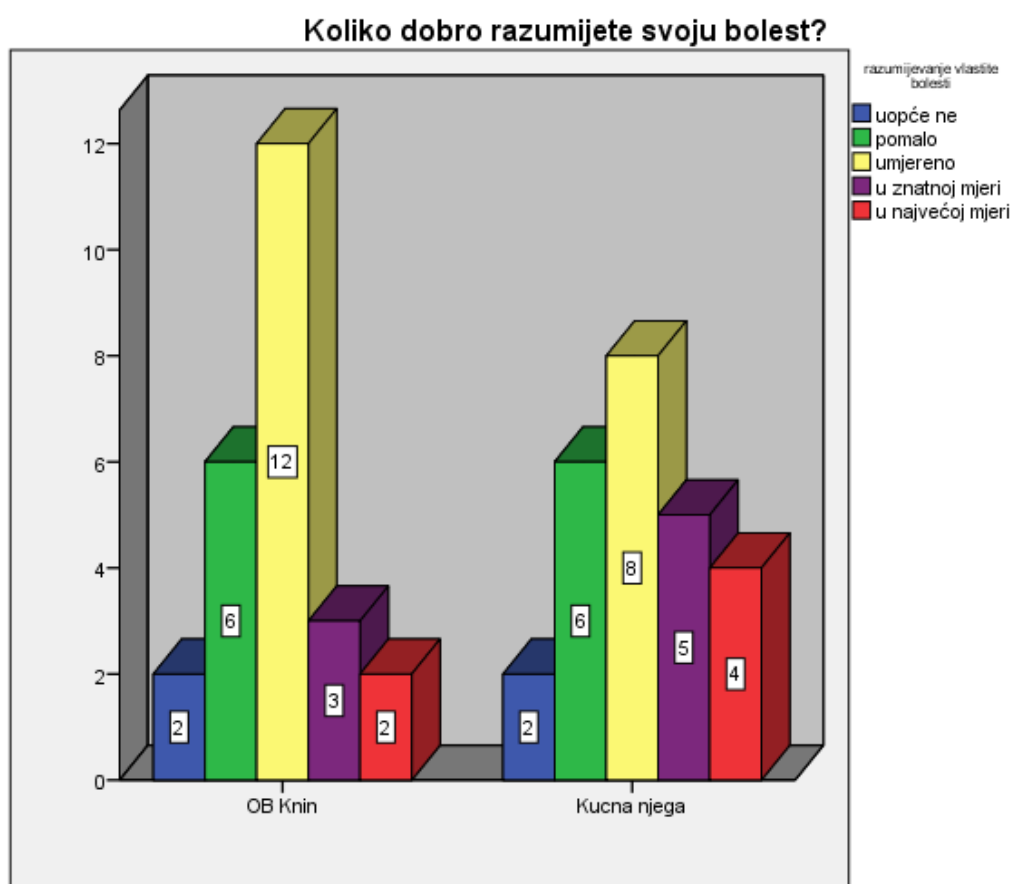
Slika 8. Utjecaj liječenja na bolju kvalitetu života (N)

Ispitanici obiju skupina, i OB Knin i Kućne njege, izjasnili su se postotkom od 4 % (N=1) da uopće ili da su u maloj mjeri zabrinuti zbog svoje bolesti. Umjereni zabrinutost zbog bolesti većim postotkom prevladava kod ispitanika Kućne njege, 28 % (N=7), dok su ispitanici OB Knin u manjem postotku umjereni zabrinuti zbog vlastite bolesti, 12 % (N=3). Obje skupine ispitanika, OB Knin i Kućne njege, u znatnoj mjeri, udjelom od 28 % - 32 %, iskazale su zabrinutost zbog postojanja bolesti dok su u najvećoj mjeri zabrinutost zbog bolesti, udjelom od 48 % (N=12) iskazali ispitanici OB Knin, a udjelom od 40 % (N=10), ispitanici kućne njege (slika 9).



Slika 9. Zabrinutost zbog bolesti (N)

Najveći udio ispitanika OB Knin smatra da umjereno razumije svoju bolest, odnosno 48 % (N=12), dok 32 % (N=8) ispitanika kućne njege ima umjereno razumijevanje svoje bolesti. Da u znatnoj mjeri razumije svoju bolest izjasnilo se 12 % (N=3) ispitanika OB Knin, te 20 % (N=5) ispitanika kućne njege. U najvećoj mjeri svoju bolest razumije 16 % (N=4) ispitanika kućne njege te 8 % (N=2) ispitanika OB Knin. Da pomalo razumije svoju bolest slaže se isti broj ispitanika iz obje skupine odnosno 24 % (N=6) ispitanika, a da je uopće ne razumije smatra 8 % (N=2) ispitanika iz obje skupine (slika 10).



Slika 10. Razumijevanje vlastite bolesti (N)

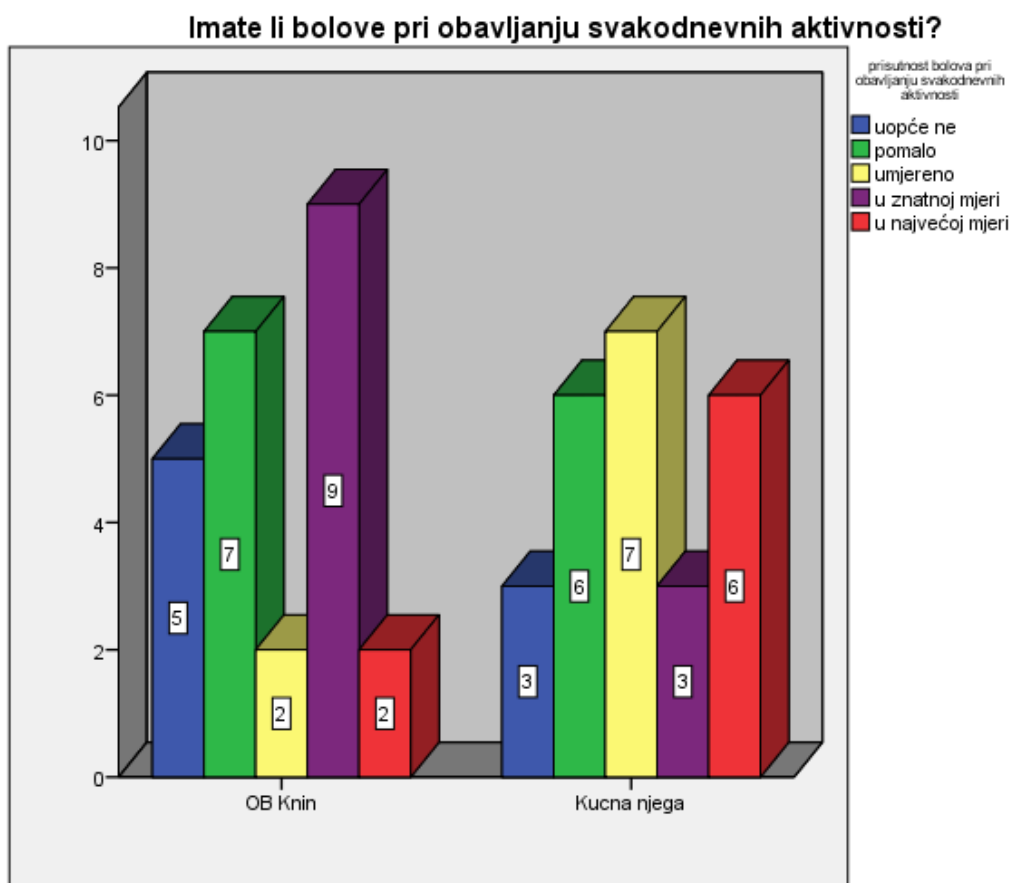
4.2. Procjena kvalitete života prema svakodnevnim aktivnostima

Pri procjeni obavljanja svakodnevnih aktivnosti u protekla dva tjedna većina ispitanika obje skupine izjasnila se da je aktivnosti u protekla dva tjedna u znatnoj mjeri bila ograničena i to udjelom od 40-44 %.

U skupini pitanja o svakodnevnim aktivnostima nije bilo većih odstupanja u odgovorima između dvije skupine, OB Knin i kućna njege.

Razlika odgovora uočljiva je kod pitanja o bolovima pri obavljanju aktivnosti te potrebnoj pomoći kod hranjenja, oblačenja i korištenja toaleta.

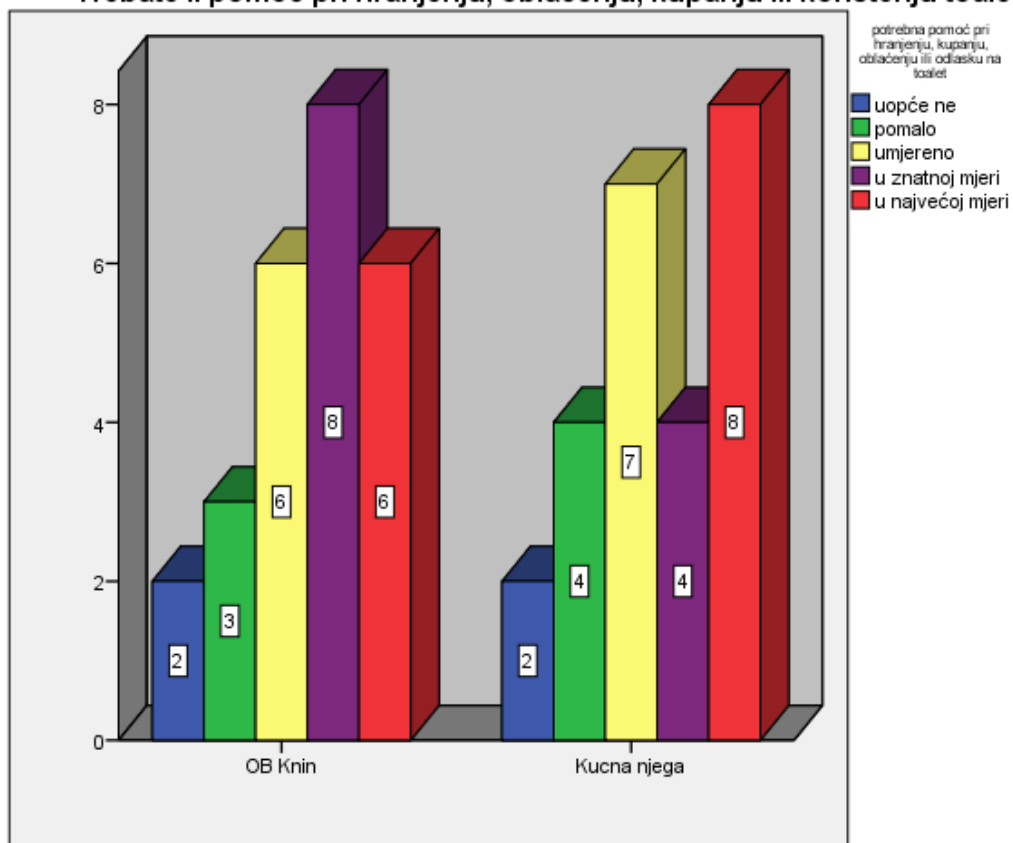
Da je bol umjereno prisutna pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti izjasnilo se 8 % (N=2) OB Knin i 28 % (N=7) ispitanika kućne njege, dok se 36 % (N=9) ispitanika OB Knin te 12 % (N=3) ispitanika kućne njege izjasnilo da je bol u znatnoj mjeri prisutna pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti. U najvećoj mjeri bol je prisutna kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti udjelom od 8 % kod ispitanika OB Knin (N=2), a udjelom od 24 % kod ispitanika kućne njege (N = 6). Da nema boli pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti izjasnilo se 16 % od ukupnog broja ispitanika (N = 8), a da je bol pomalo prisutna izjasnilo se 13 ispitanika od ukupnog broja, odnosno udio od 26 % (slika 11).



Slika 11. Prisutnost bolova pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti (N)

Da u najvećoj mjeri treba pomoć prilikom brige o sebi (hranjenje, oblačenje, kupanje, odlazak na toalet) izjasnilo se 24 % (N=6) ispitanika OB Knin, te 32 % (N=8) ispitanika Kućne njege, dok je u znatnoj mjeri pomoć prilikom brige o sebi potrebna 32 % ispitanika OB Knin (N=8), te je potrebna 16 % ispitanika Kućne njege (N=4). Manja pomoć potrebna je 12 % (N=3) ispitanika OB Knin te 16 % (N=4) ispitanika Kućne njege, a umjerena pomoć je potrebna 24 % (n=6) OB Knin te 28 % (N=7) ispitanika Kućne njege. Onih kojima pomoć uopće nije potrebna je vrlo malo, odnosno spadaju na udio od 8 % (N=2) kod obje skupine (slika 12).

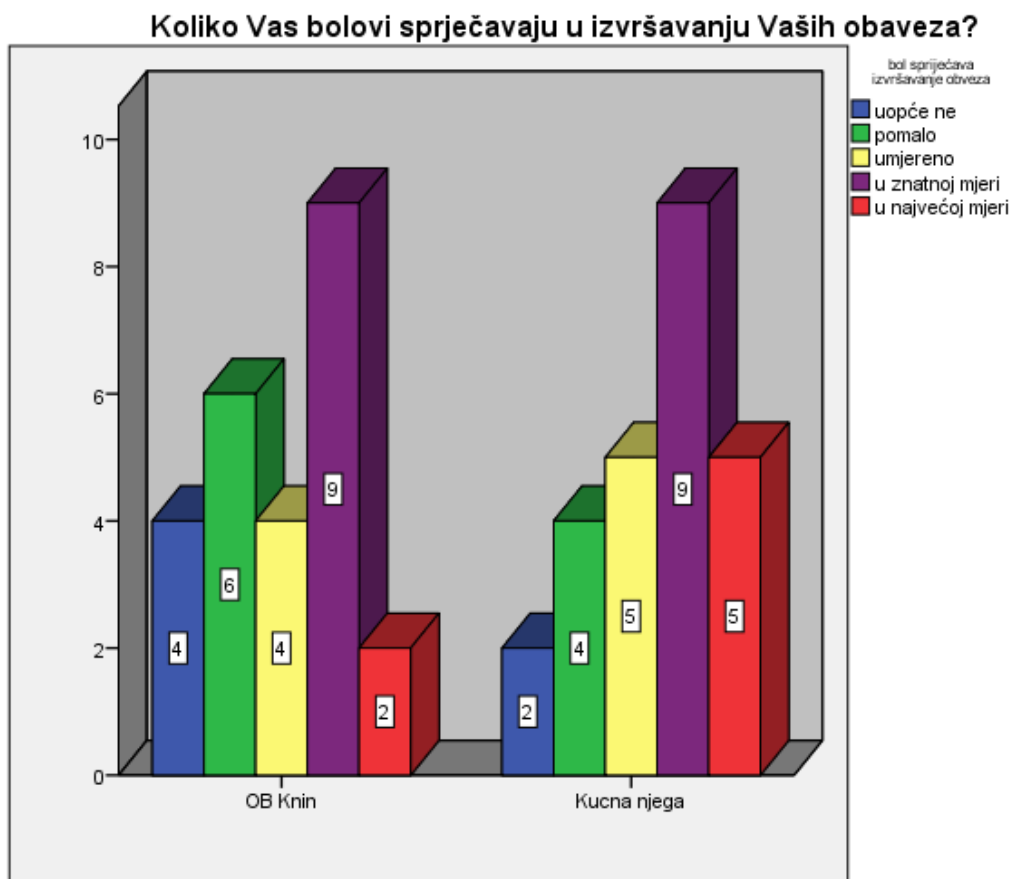
Trebate li pomoć pri hranjenju, oblačenju, kupanju ili korištenju toaleta?



Slika 12. Potrebna pomoć pri hranjenju, kupanju, oblačenju ili odlasku na toalet (N)

4.3. Psihofizički doživljaj bolesti

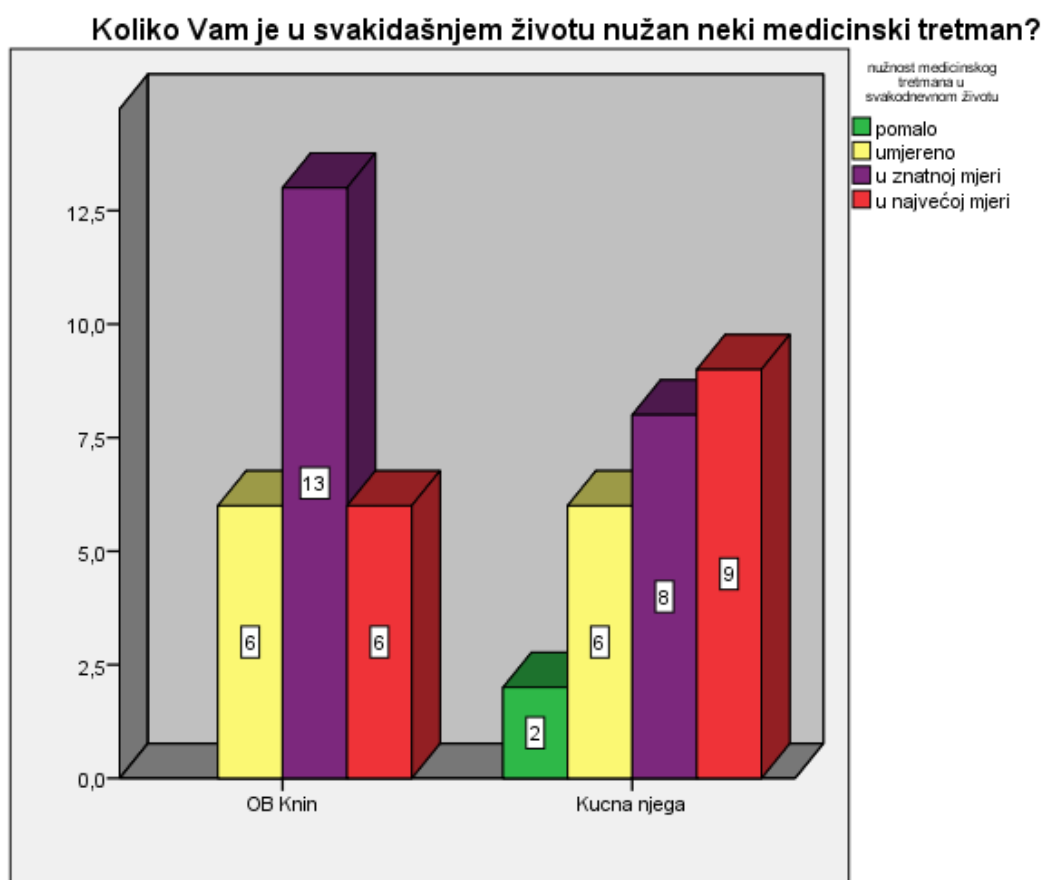
Kod 16 % (N=4) ispitanika skupine OB Knin i kod 8 % (N=2) skupine ispitanika Kućne njege bol nije zapreka pri izvršavanju obaveza, dok 24 % (N=6) OB Knin te 16 % (N=4) ispitanika Kućne njege bol pomalo sprječava pri izvršavanju obaveza. Udio od 20 % ispitanika Kućne njege izjasnilo se da ih bol u najvećoj mjeri sprječava pri izvršavanju obaveza, dok se izrazito manji udio od 8 % (N=2) ispitanika OB Knin složio s istim. Bol umjereno sprječava izvršavanje obaveza 16 – 20 %, a u znatnoj mjeri i do 36 % kod obje skupine, OB Knin i Kućna njege (slika 13).



Slika 13. Bol sprječava izvršavanje obaveza (N)

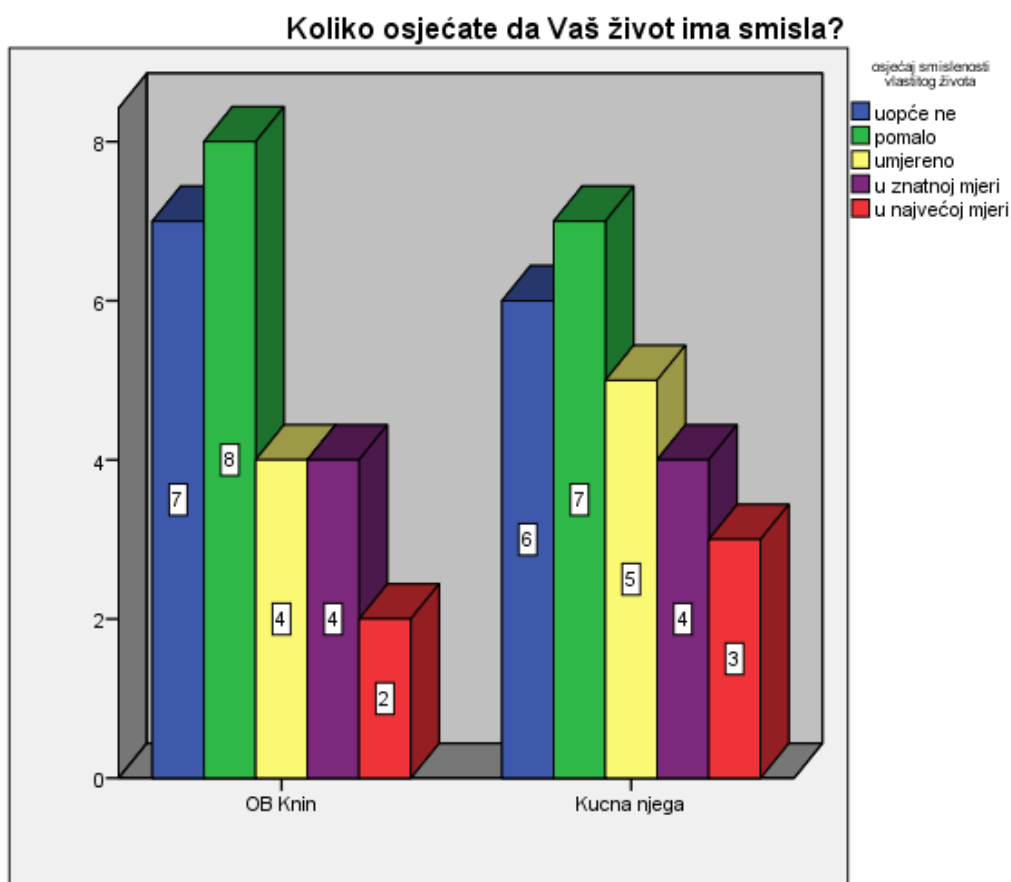
Važnost i potrebitost medicinskih tretmana u svakodnevnom životu došla je do izražaja u znatnijoj i najvećoj mjeri kod obje skupine. U skupini ispitanika OB Knin u

znatnijoj mjeri nužnost medicinskih tretmana izražena je udjelom od 52 % (N=13) a u najvećoj mjeri je izražena udjelom od 24 % (N=6), dok je kod ispitanika Kućne njege nužnost medicinskih tretmana u znatnoj mjeri vidljiva udjelom od 32 % (N=8), a u najvećoj mjeri udjelom ispitanika od 36 % (N=9). Udio od 8 % ispitanika Kućne njege istaklo je da su medicinski tretmani pomalo nužni u svakodnevnom životu, dok se nijedan ispitanik OB Knin nije složio s tim (slika 14).



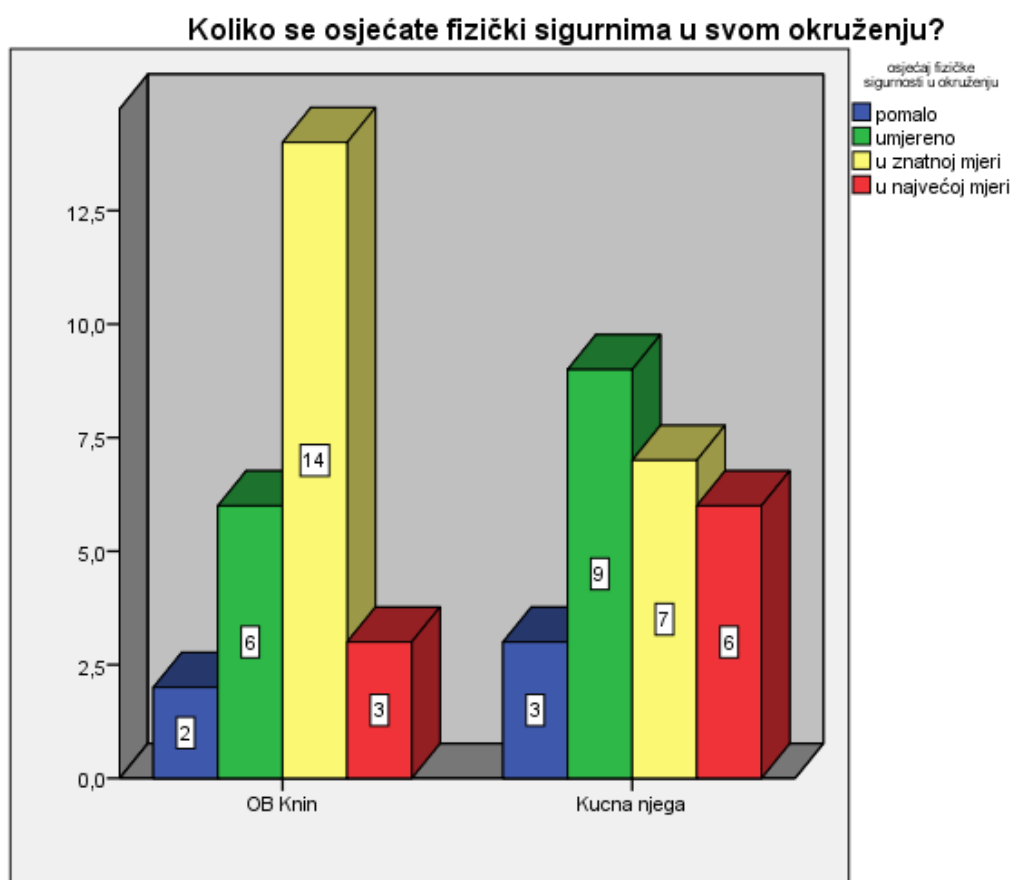
Slika 14. Nužnost medicinskog tretmana u svakodnevnom životu (N)

Osjećaj smislenosti vlastitog života u najvećoj mjeri zauzima 8 % (N=2) odgovora ispitanika OB Knin te 12 % (N=3) ispitanika Kućne njege. Važan podatak je i taj da kod udjela od 28% (N=7) ispitanika OB Knin te 24 % udjela ispitanika (N=6) Kućne njege uopće ne vide smisao vlastitog života. Udio ispitanika od 16 – 20 % obje skupine smatra da njihov život niti ima niti nema smisla (umjereno), dok udio ispitanika obje skupine, OB Knin i Kućna njega, 28 – 32 % pomalo daje važnost smislenosti vlastitog života (slika 15).



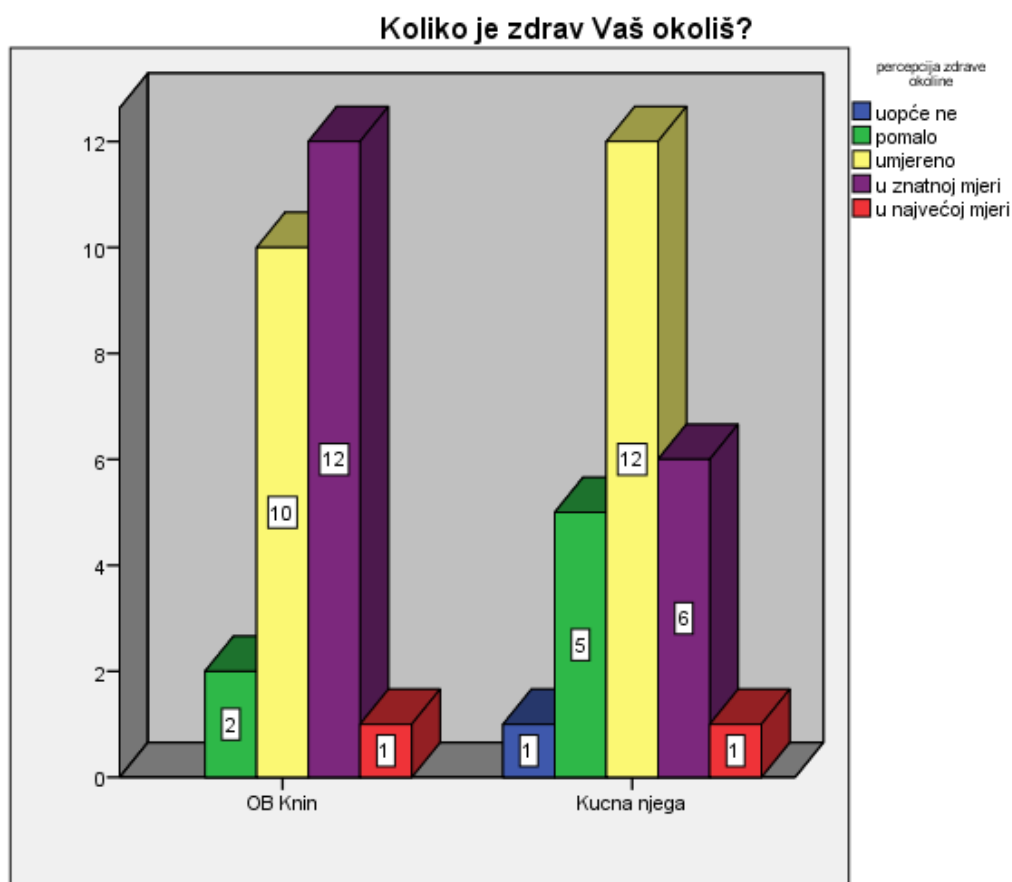
Slika 15. Osjećaj smislenosti vlastitog života (N)

Osjećaj fizičke sigurnosti u znatnoj mjeri izrazilo je 56 % (N=14) ispitanika OB Knin te 28 % (N=7) ispitanika Kućne njege. Osjećaj fizičke sigurnosti u najvećoj mjeri ispitanici OB Knin iskazuju udjelom od 12 % (N=3), a veći dio od 24 % (N=6) vidljiv je u okruženju Kućne njege. Umjeren osjećaj fizičke sigurnosti ispitanici OB Knin izrazili su udjelom od 24 % (N=6), a ispitanici Kućne njege nešto većim udjelom od 36 % (N=9) (slika 16).



Slika 16. Osjećaj fizičke sigurnosti u okruženju (N)

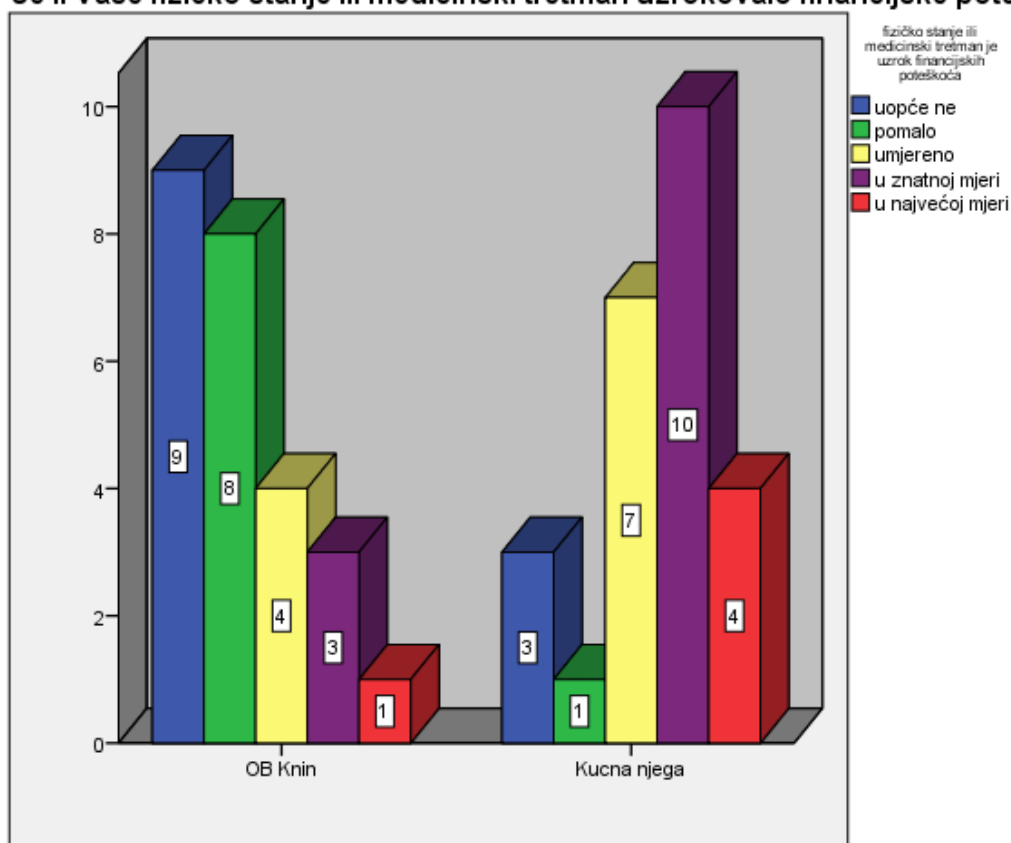
Veoma mali udio ispitanika obiju skupina, OB Knin i Kućna njega, oko 4 % u najvećoj mjeri smatra svoje okruženje sigurnim, odnosno smatra da je njihov okoliš zdrav. Očita je razlika između ispitanika koji u znatnoj mjeri smatraju svoj okoliš zdravim. Njih 48 % (N=12) iz OB Knin, te 24 % (N=6) ispitanika iz Kućne njega. Da je njihov okoliš umjereno zdrav smatra 40 - 48 % ispitanika iz obje skupine, te da žive u pomalo zdravom okolišu smatra 8 % (N=2) ispitanika OB Knin i 20 % (N=5) ispitanika Kućne njega (slika 17).



Slika 17. Percepcija zdrave okoline (N)

Medicinski tretman ili fizičko stanje kao uzrok financijskih poteškoća u najvećoj mjeri ispitanici OB Knin izražavaju udjelom od 4 % (N=1), u znatnoj mjeri 12 % (N=3), u pomalo i umjereno u rasponu od 16 – 32 % te da stanje ili medicinski tretman uopće nije uzrok financijskih poteškoća smatra njih 36 % (N=9). Ispitanici kućne njege medicinski tretman ili fizičko stanje kao uzrok financijski poteškoća smatraju njih 16 % (N=4), kao uzrok u znatnoj mjeri smatra njih 40 % (N=10). Da je medicinski tretman ili fizičko stanje umjereno uzrok financijskih poteškoća smatra 28 % (N=7). Manji broj ispitanika kućne njege odnosno 12 % (N=3) smatra da njihovo stanje uopće nije uzrok financijskih poteškoća. Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u poimanju da je fizičko stanje ili medicinski tretman uzrokovalo financijske poteškoće je $p=0,005$ što znači da je dobivena razlika statistički značajna (slika 18).

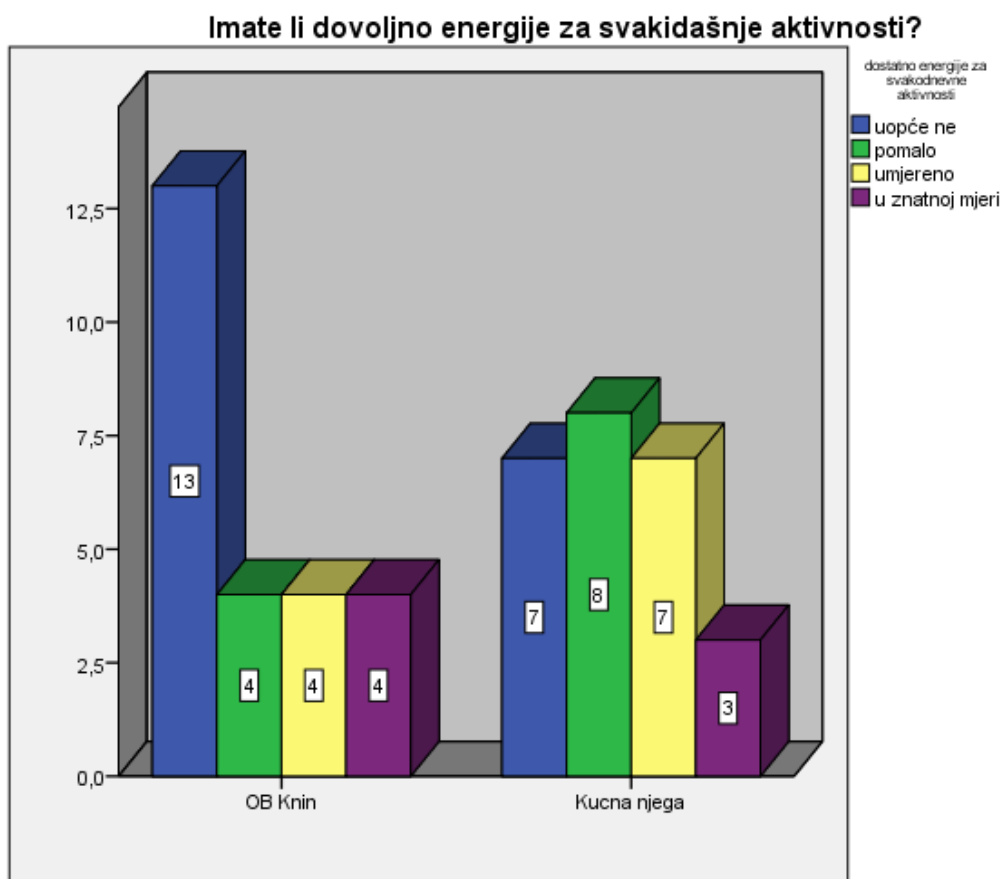
Je li Vaše fizičko stanje ili medicinski tretman uzrokovalo financijske poteškoće?



Slika 18. Fizičko stanje ili medicinski tretman kao uzrok financijskih poteškoća (N)

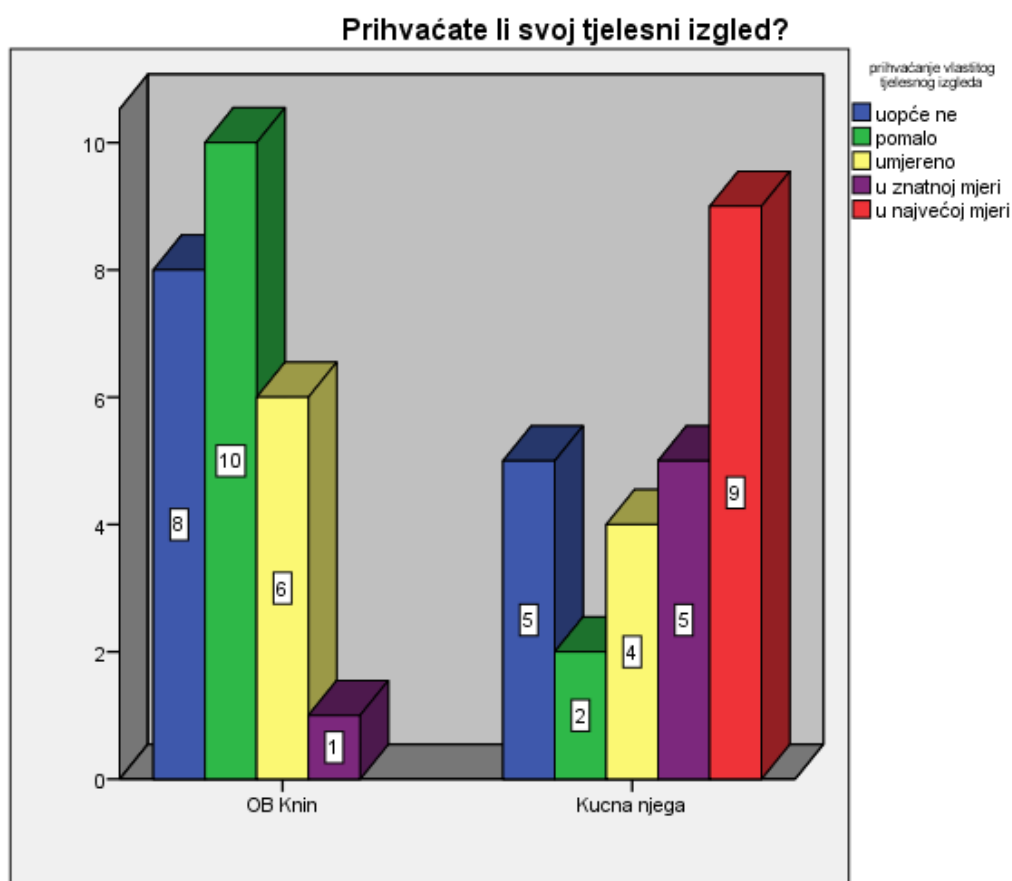
4.4. Psihofizičke sposobnosti

Ispitanici OB Knin u najvećem broju izrazili su da uopće nemaju energije za svakodnevne aktivnosti, N=13 (52 %), a ispitanici iz Kućne njege tek njih 28 % (N=7). Da imaju pomalo energije izjavilo je 16 % (N=4) ispitanika OB Knin i 32 % (N=8) ispitanika iz Kućne njege. Umjereno energije za svakodnevne aktivnosti ima 16 – 28 % ispitanika OB Knin i Kućne njege, a znatno energije tek 16 – 12 % obje skupine (slika 19).



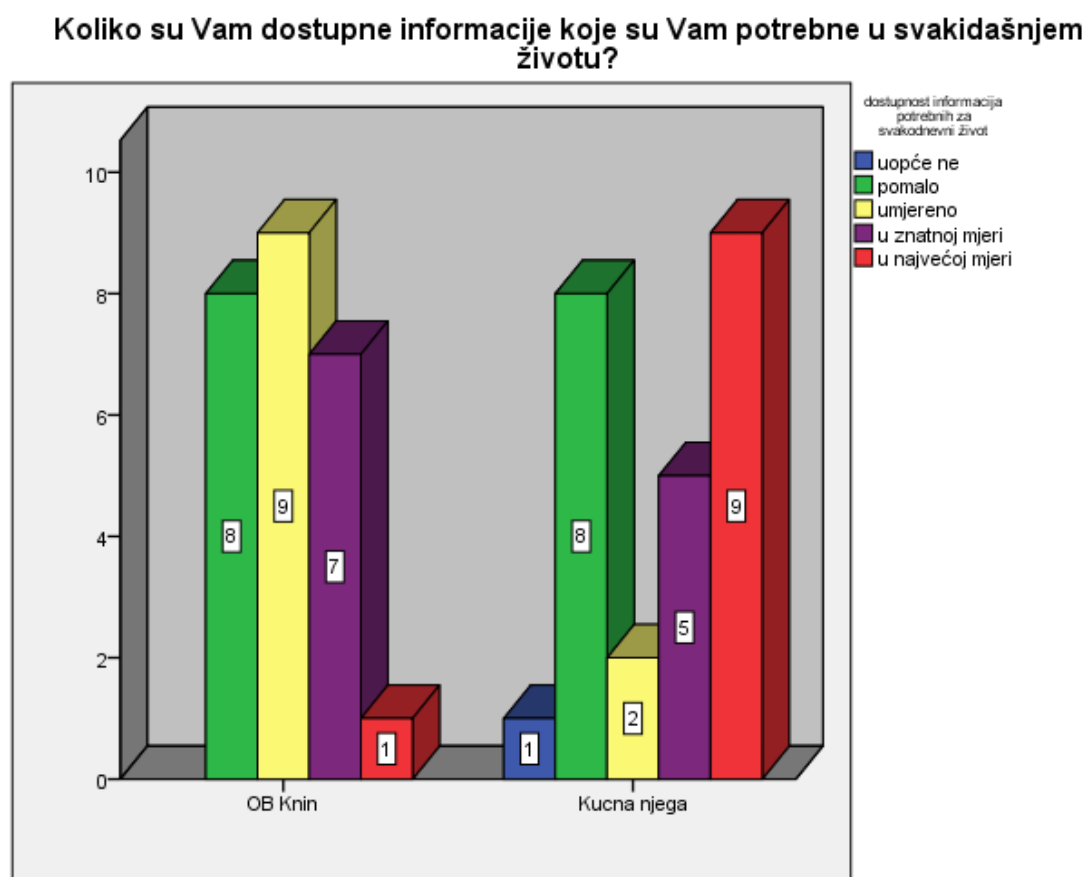
Slika 19. Dostatnost energije za svakodnevne aktivnosti (N)

U prve dvije kategorije odgovora na pitanje prihvaćate li svoj tjelesni izgled, uopće ne odgovorilo je 32 % (N=8) ispitanika OB Knin i 20 % (N=5) ispitanika Kućne njege, a da pomalo prihvaća 40 % (N=10) OB Knin i 8 % Kućne njege. U kategoriji umjereno prihvaćam svoj tjelesni izgled, obje skupine su slično odgovorile, odnosno OB Knin 24 % (N=6), a ispitanici Kućne njege 16 % (N=4). Da u znatnoj mjeri prihvaća svoj tjelesni izgled odgovorilo je tek 4 % (N=1) OB Knin, a 20 % (N=5) ispitanika Kućne njege. Zanimljiv rezultat nalazimo kod odgovora – u najvećoj mjeri. Gdje se niti jedan ispitanik OB Knin nije izjasnio da u najvećoj mjeri prihvaća svoj izgled, a za taj isti odgovor izjasnilo se 36 % ispitanika Kućne njege (N=9). Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u prihvaćanju svog tjelesnog izgleda je $p=0,001$ što znači da je dobivena razlika statistički značajna (slika 20).



Slika 20. Prihvaćanje vlastitog izgleda (N)

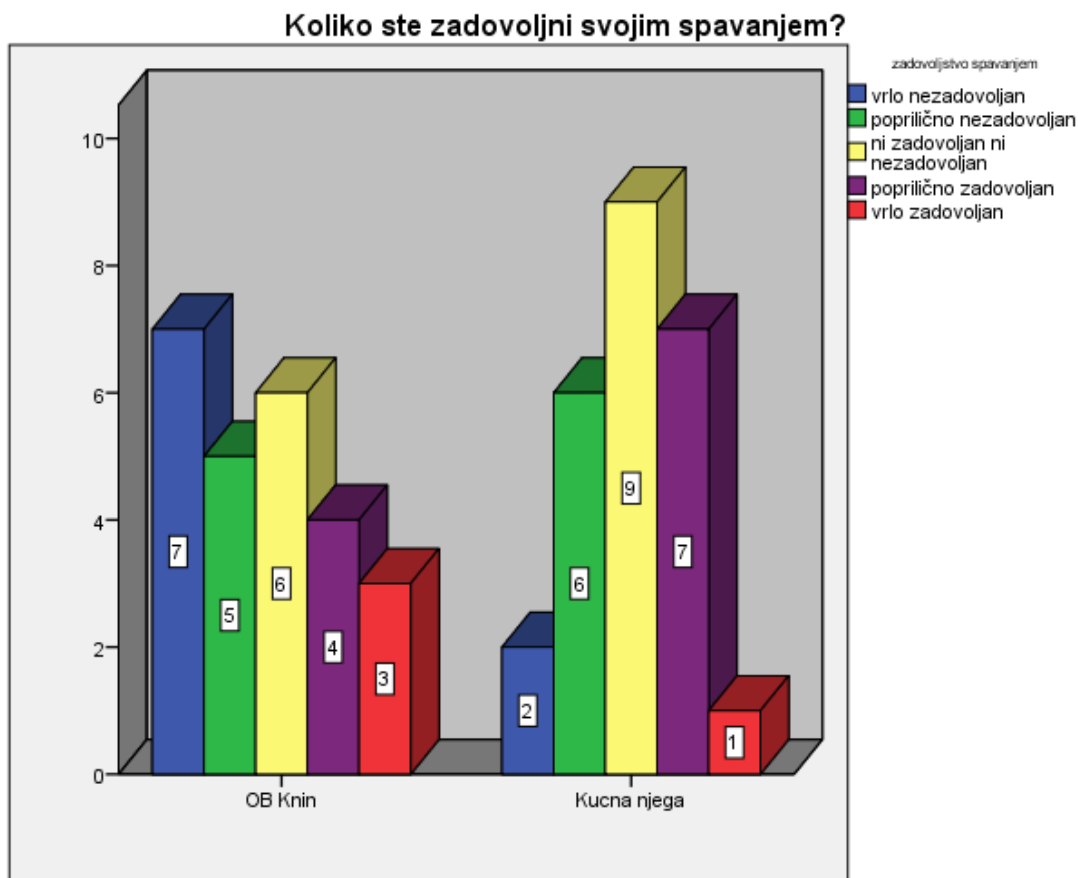
Ispitanici OB Knin na pitanje koliko su im dostupne informacije potrebne u svakodnevnom životu izjasnili su se najvećim dijelom za odgovor umjereno dostupne, odnosno njih 36 % (N=9), dok se za taj odgovor odlučilo tek 8 % (N=2) ispitanika Kućne njege. Ispitanici Kućne njege najvećim dijelom izabrali su odgovor da su im informacije potrebne za svakodnevni život dostupne u najvećoj mjeri, njih 36 % (N=9), a za isti odgovor tek 4 % (N=1) ispitanika OB Knin. Ostali odgovori su slično raspodijeljeni pa se za informacije dostupne pomalo, izjasnilo 32 % (N=8) ispitanika iz obje skupine, a za informacije dostupne u znatnoj mjeri njih 20 – 28 % (slika 21).



Slika 21. Dostupnost informacija potrebnih za svakodnevni život (N)

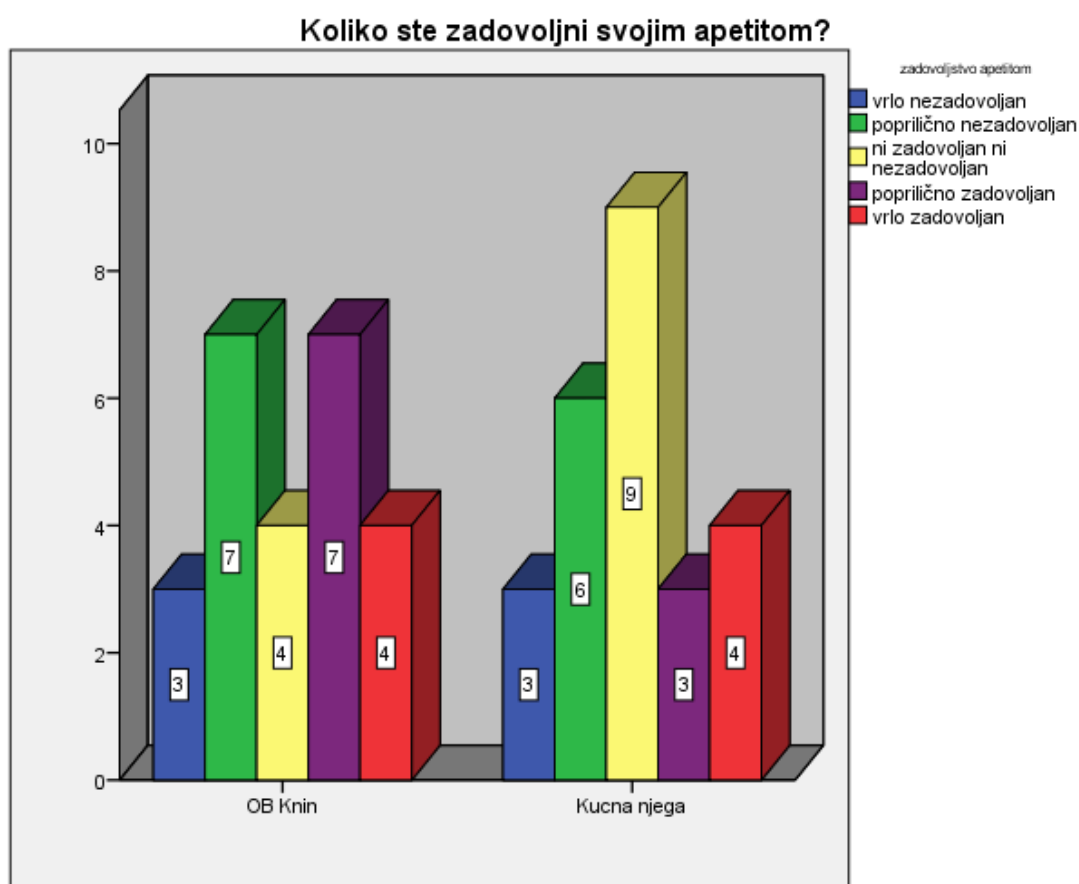
4.5. Zadovoljstvo različitim aspektima života

Veliku razliku u odgovorima na pitanje koliko ste zadovoljni svojim spavanjem vidimo u kategoriji vrlo nezadovoljnih gdje je 28 % takvih ispitanika iz skupine OB Knin, a 8 % iz Kućne njege. Približno isti udio i jednih i drugih izražava da je poprilično nezadovoljno spavanjem, njih 20 – 24 % (N=5,6). Ni zadovoljno ni nezadovoljno je 24 – 36 % ispitanika iz obje skupine, dakle 6 ispitanika OB Knin i 9 Kućne njege. Poprilično je zadovoljno 16 – 28 % ispitanih odnosno u brojkama 4- 7 ispitanih. U kategoriji vrlo zadovoljnih prevladavaju ispitanici OB Knin sa 12 % (N=3), dok ispitanici kućne njege čine 4% (N=1) (slika 22).



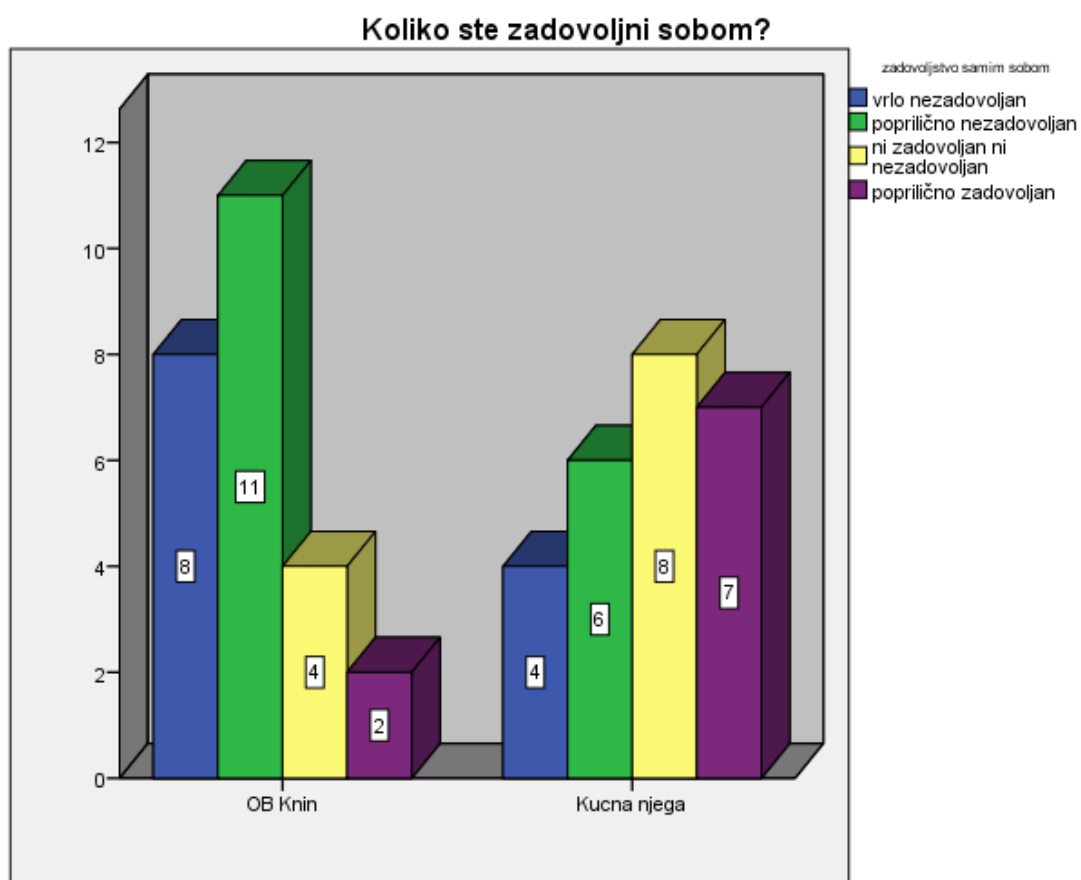
Slika 22. Zadovoljstvo spavanjem (N)

Zadovoljstvo apetitom kao vrlo nezadovoljan izražava jednak broj ispitanika iz boje skupine. OB Knin i Kućne njege, odnosno 12 % (N=3). Prilično nezadovoljno je 24 – 28 % ispitanih (N=6,7). Ni zadovoljno ni nezadovoljno je nešto veći udio ispitanika Kućne njege, 36 % (N=9), te 16 % OB Knin (N=4). Razlika je i u odgovoru poprilično zadovoljnih apetitom. Takvih je više u skupini OB Knin, 28 % (N=7), dok je u Kućnoj njezi takvih ispitanika 12 % (N=3). Isti udio ispitanih iz jedne i druge skupine izjasnio se kao vrlo zadovoljan apetitom, odnosno njih 16 % (N=4) (slika 23).



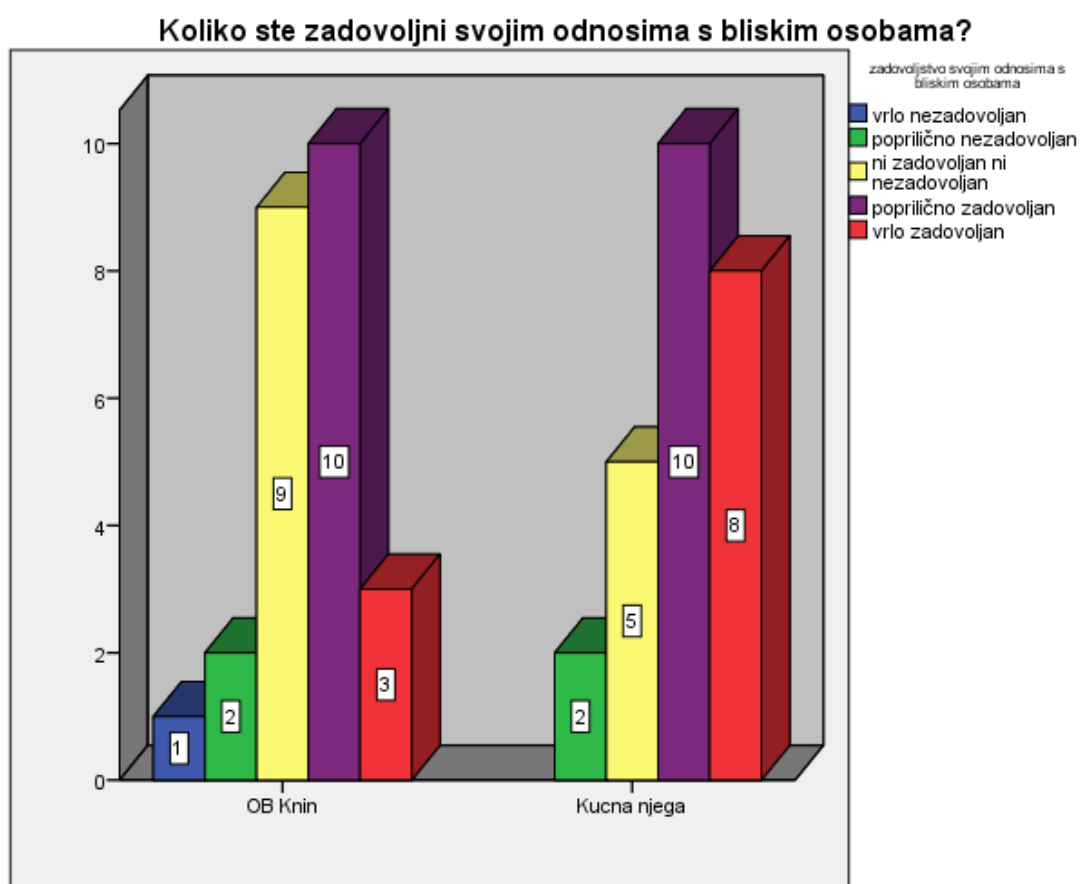
Slika 23. Zadovoljstvo apetitom (N)

Najveći broj ispitanika OB Knin izjasnio se kao vrlo nezadovoljan (32 %) i poprilično nezadovoljan sobom (44 %). Ni zadovoljnih ni nezadovoljnih je 16 % (N=4), a poprilično zadovoljnih je 8 % (N=2). Kod ispitanika u kućnoj njezi situacija je bolja. Udio od 32 % (N=8) je ni zadovoljno ni nezadovoljno, a odmah iza njih po udjelu od 28 % slijede poprilično zadovoljni sobom. Vrlo nezadovoljnih i poprilično nezadovoljnih ima 16 i 24 % ispitanih (N=4,6) (slika 24).



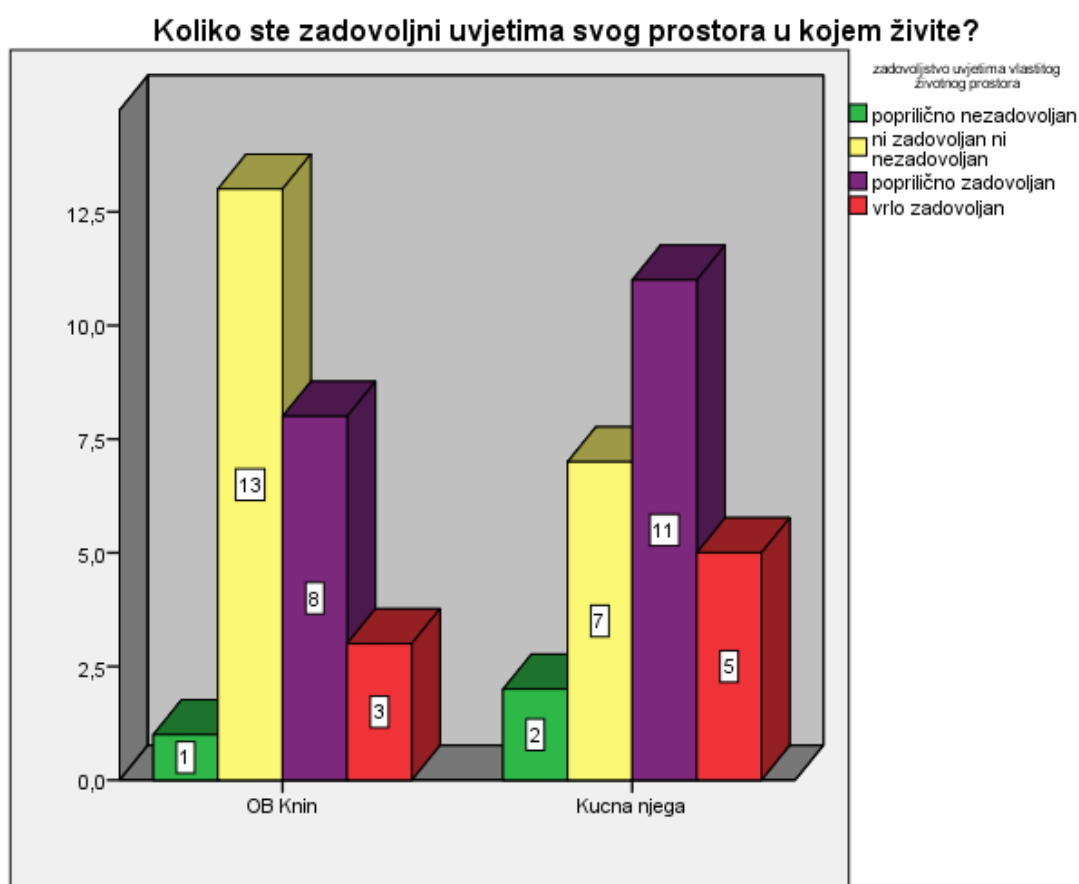
Slika 24. Zadovoljstvo samim sobom (N)

Najveći udio ispitanih u obje skupine svoje zadovoljstvo odnosom s bliskim osobama izražava kao ni zadovoljan ni nezadovoljan i kao poprilično zadovoljan. Ni zadovoljno ni nezadovoljno je 36 % (N=9) ispitanika OB Knin i 20 % (N=5) ispitanika kućne njege. Poprilično je zadovoljno 40 % ispitanih (N=10) kod obje skupine. Vrlo zadovoljno svojim odnosom s bliskim osobama je 32 % (N=8) ispitanih kućne njege i 12 % (N=3) ispitanih OB Knin. Vrlo nezadovoljan je jako mali udio od 4 % ispitanih (N=1) i to kod ispitanika OB Knin (slika 25).



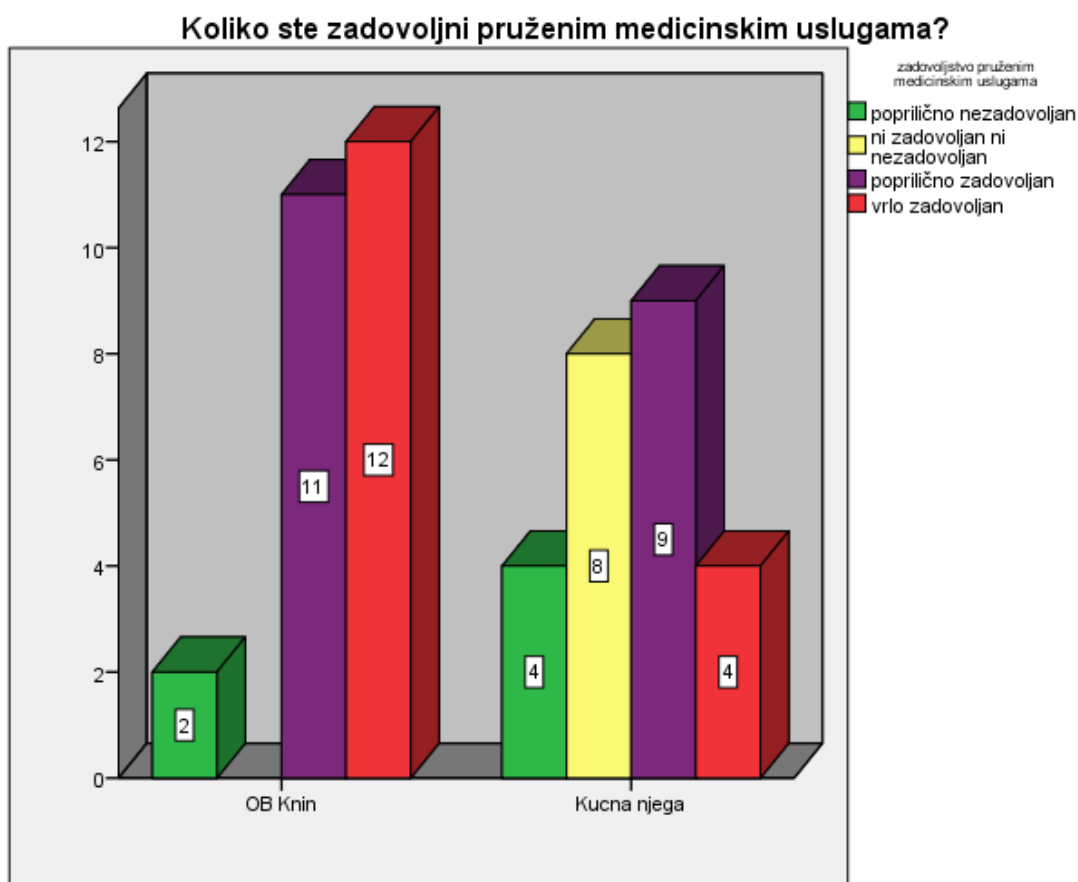
Slika 25. Zadovoljstvo odnosima s bliskim osobama (N)

U nijednoj skupini ispitanih nije bilo vrlo nezadovoljnih vlastitim životnim prostorom. Poprilično nezadovoljnih je 4 – 8 %. Ni zadovoljno ni nezadovoljno je najviše ispitanih, 52 % (N=13) OB Knin i 28 % (N=7) Kućne njege. Nakon toga slijede poprilično zadovoljni svojim životnim prostorom, a takvih je među ispitanicima u OB Knin 32 % (N=8), te među ispitanicima Kućne njege 44 % (N=11). Vrlo zadovoljni svojim životnom prostorom nešto više su ispitanici Kućne njege, njih 20 % (N=5) u odnosu na ispitanike OB Knin, njih 12 % (N=3) (slika 26).



Slika 26. Zadovoljstvo uvjetima vlastitog životnog prostora (N)

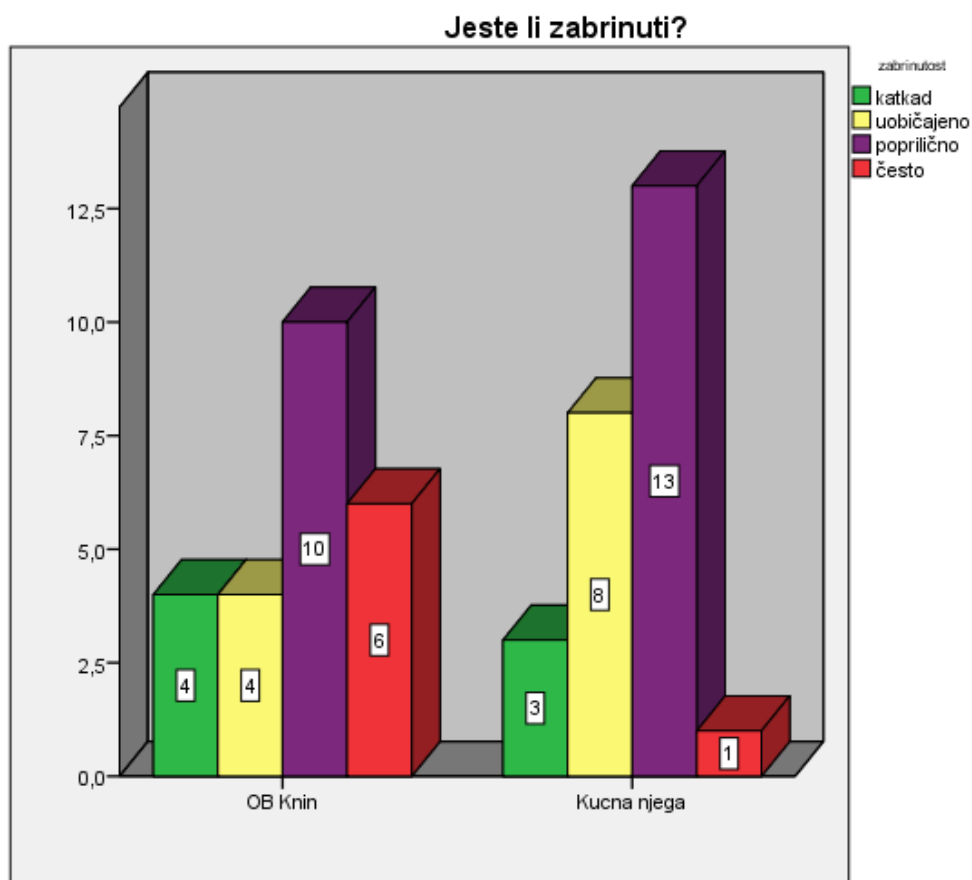
Najveći udio ispitanih iz obje skupine OB Knin i Kućna njega izjasnio se kao poprilično zadovoljan pruženim medicinskim uslugama, njih 44 % u OB Knin i 36 % u kućnoj njezi. Razlika je uočljiva među vrlo zadovoljnim pruženim medicinskim uslugama, gdje se kao vrlo zadovoljno izjasnilo 48 % (N=12) ispitanika OB Knin naprema 16 % (N=4) ispitanika Kućne njege. Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u zadovoljstvu pruženim medicinskim uslugama je $p=0,005$ što znači da je dobivena razlika statistički značajna (slika 27).



Slika 27. Zadovoljstvo pruženim medicinskim uslugama (N)

4.6. Emotivni doživljaj života

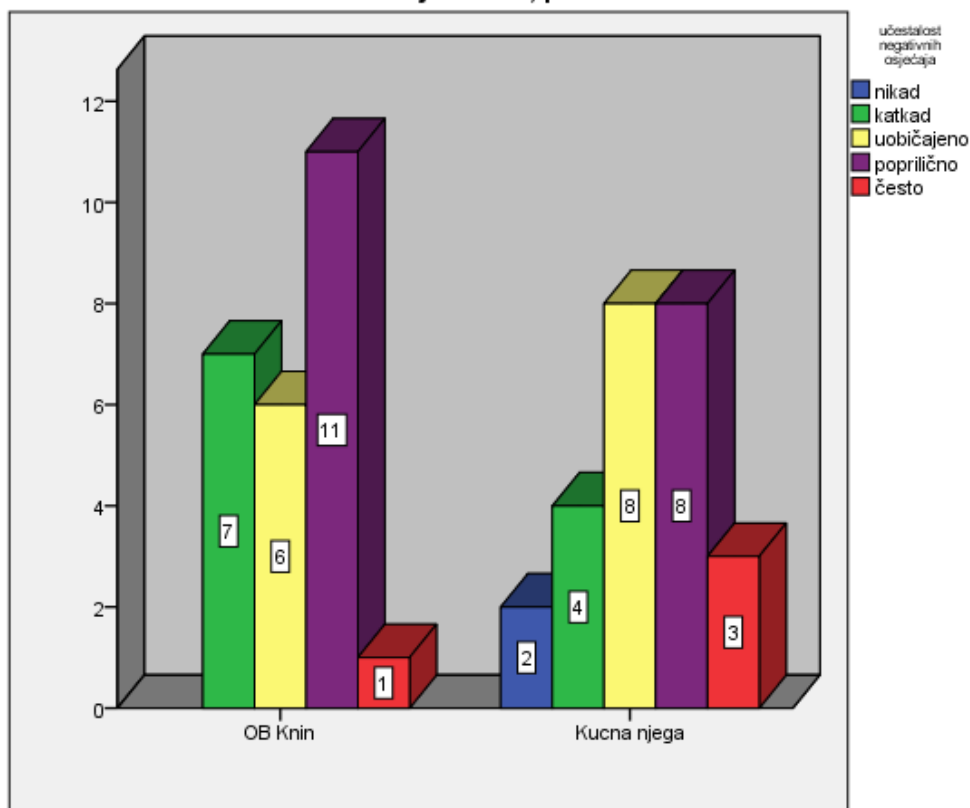
Najveći broj ispitanih iz obje skupine izjasnio se kako osjeća poprilično zabrinutost. Iz skupine ispitanika OB Knin njih 40 % (N=10), a iz Kućne njege njih 52 % (N=13). Veći broj ispitanika iz OB Knin izjasnio se kako često osjeća zabrinutost udjelom od 24 % (N=6), dok tako osjeća manji dio ispitanika kućne njege od svega 4 % (N=1) (slika 28).



Slika 28. Osjećaj zabrinutosti (N)

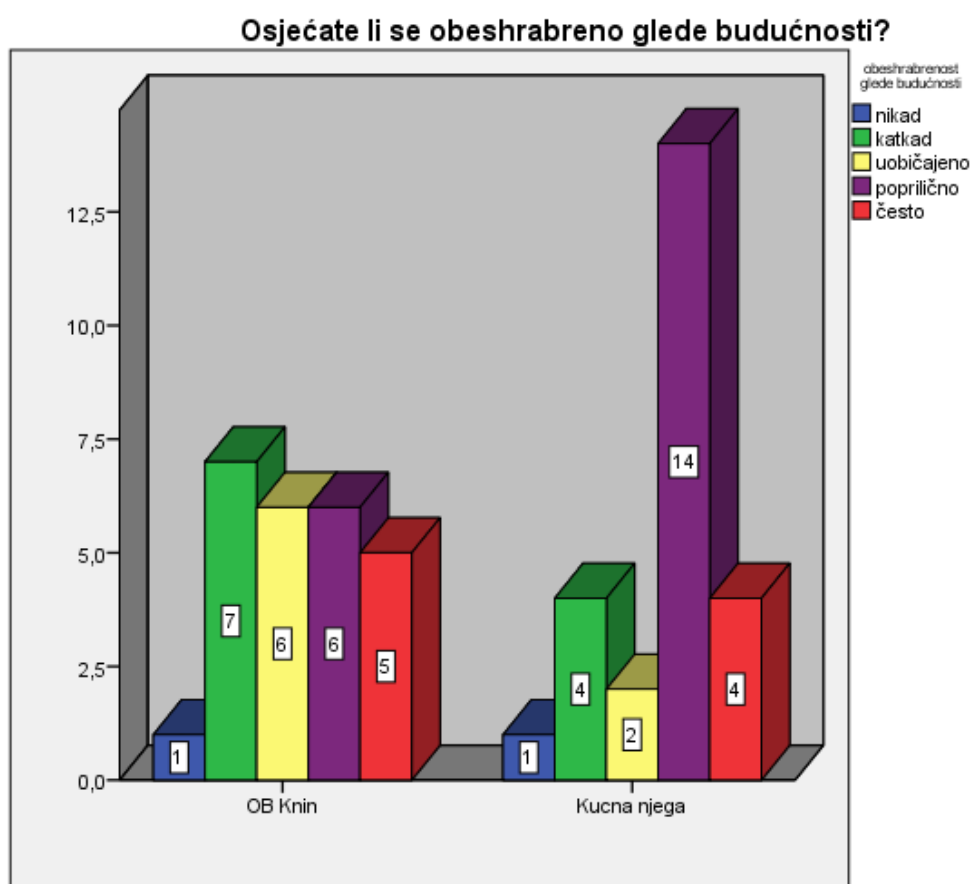
Veoma mali udio ispitanika izjavio je da nikad ne doživljava negativne osjećaje (8 % u skupini kućne njege, 0 % u OB Knin). Najveći udio njih odgovorio je da poprilično doživljava negativne osjećaje, 44 % ispitanika OB Knin i 32 % ispitanika kućne njege. Da često doživljava negativne osjećaje izjasnilo se 4 % ispitanika OB Knin i 12 % ispitanika kućne njege (slika 29).

Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?



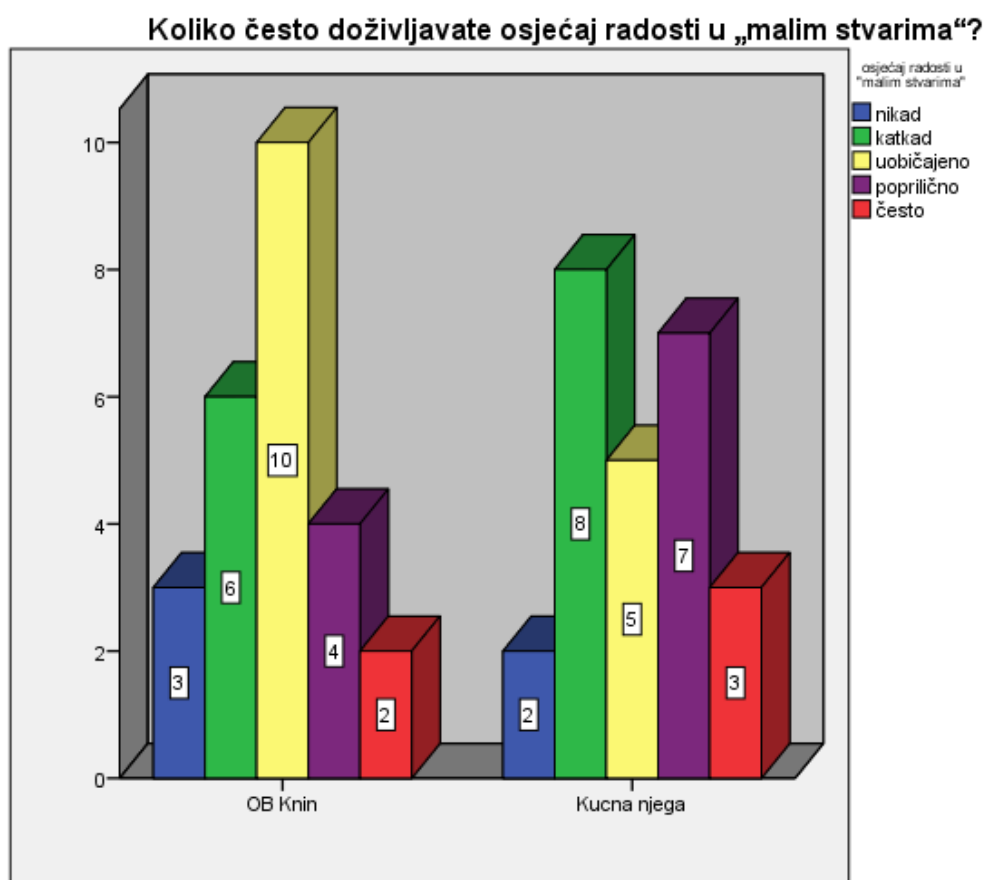
Slika 29. Učestalost negativnih osjećaja (N)

Onih koji se nikad ne osjećaju obeshrabreno glede budućnosti jako je mali postotak od 4% u obje skupine. Onih koji se katkad osjećaju obeshrabreno je 16 – 28 %. Nešto veći broj ispitanika OB Knin izjasnilo se da uobičajeno osjeća obeshrabrenost, 24 % u odnosu na 8 % kućne njege. Kod ispitanika koji se poprilično osjećaju obeshrabreno velika je razlika između OB Knin i kućne njege. Poprilično obeshrabrenih u kućnoj njezi je 56 % (N=14) dok u OB Knin taj udio iznosi 24 % (N=6). Ispitanici koji se često osjećaju obeshrabreno podjednaki su u obje skupine sa 16 – 20 % (slika 30).



Slika 30. Obeshrabrenost glede budućnosti (N)

Udio ispitanika od 8 – 12 % nikad ne osjeća radost u "malim stvarima", katkad osjeća radost 24 – 32 %. Razlika između OB Knin i Kućne njege vidljiva je u onima koji uobičajeno osjećaju radost u malim stvarima. Takvih je 40 % u OB Knin i 20 % u kućnoj njezi. Poprilično osjećaju radost u malim stvarima 28 % ispitanika kućene njege i 16 % ispitanika OB Knin. Podjednak udio u obje skupine izjavljuje da često osjeća radost u malim stvarima, 8 – 12 % (slika 31).



Slika 31. Osjećaj radosti u "malim stvarima" (N)

5. RASPRAVA

Po završetku istraživanja dobili smo uvid u percepciju kvalitete života terminalnih bolesnika koji su u bolničkoj skrbi te onih koji su u kućnoj njezi.

Prema dobivenim rezultatima istraživanja percepcije kvalitete života terminalnog bolesnika vidljive su razlike između bolesnika u kućnoj njezi te onih koji su u bolničkoj skrbi. Dok su kod nekih pitanja razlike dosta vidljive, kao u slučaju uzrokovanja financijskih poteškoća medicinskim tretmanom, gdje su korisnici kućne njege u znatno većem postotku nezadovoljniji svojim financijskim stanjem u odnosu na korisnike bolničke skrbi, kod većine pitanja nema statistički značajne razlike. Nadalje, istraživanje je također pokazalo da ispitanici kućne njege znatno zadovoljniji sobom nego ispitanici u bolničkoj skrbi. Na kvalitetnu percepciju utječu mnogi čimbenici. To uključuje slušanje, prisutnost, brižnost, iskrenost, otvorenost, prisutnost, verbalizaciju osjećaja što mnogi bolesnici u bolničkoj skrbi ne mogu izraziti jer je često medicinsko osoblje izloženo utjecaju negativnih čimbenika, prvenstveno poslom s posljedičnom demotivacijom za bolesnikove potrebe. Veće zadovoljstvo ispitanika kućne njege proizlazi iz činjenice da u našem društvu još uvijek vladaju neki tradicionalni stavovi o životu i umiranju te se obitelj u teškim trenucima drži na okupu. Kod hospitaliziranih ispitanika obitelj prihvati bolest i razgovara o njoj, ali je veći broj onih koji se osjećaju na teret obitelji u odnosu na one u kući što nam najbolje pokazuje postotak od samo 12 % ispitanika u bolničkoj skrbi koji je vrlo zadovoljno odnosom s bliskim osobama.

Današnji čovjek je otuđen i na neki način bježi od smrti i umiranja. Kada se tome pridoda sve veći udio starije populacije i sve veća incidencija malignih, neurovaskularnih i drugih neizlječivih bolesti, vidi se progresivno povećanje broja neizlječivih bolesnika. Samo istraživanje pokazuje da je najveći broj ispitanika iznad 70 godina starosti, a najmanje ih ima u rasponu godina od 25-59 godina. Ovim istraživanjem nisu bila obuhvaćena djeca. Ona naime smrt i umiranje poimaju sasvim drugačije. Nešto je veći postotak žena u istraživanju (52 %) nego muškaraca (48 %).

Većina bolesnika svoju kvalitetu života ne smatra ni dobrom ni lošom i poprilično lošom što je jedan od važnih pokazatelja da postoje nedostaci u ovom segmentu zdravstvene skrbi.

Najčešći uzroci smanjenja kvalitete života u ukupnoj ispitivanoj populaciji je bol. Čak 40-44% ispitanika izjasnilo se da je bilo ograničeno u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Bol smanjuje kvalitetu života kod 8 % hospitaliziranih ispitanika, a kod 24 % ispitanika u kući što upućuje na činjenicu da je bol mnogo bolje kontrolirana u bolničkim uvjetima u odnosu na one u kući. Nakon boli slijede umor, osjećaj besmislenosti života, nezadovoljstvo sobom, obeshrabrenost glede budućnosti, nezadovoljstvo različitim aspektima života. Polazeći od rezultata da je jako mali broj ispitanika pokretno, jasno je da su potrebe za obavljanjem osobne higijene, eliminacije stolice i urina, unos hrane i tekućine iznimno loše zadovoljene bez pomoći medicinskih sestara i članova obitelji te drugog osoblja koje im pomaže.

Do 30 % terminalnih bolesnika unutar prve godine od postavljanja dijagnoze razvije poremećaj raspoloženja. Rizik se povećava mutilirajućim faktorima, nuspojavama terapije. Ostali faktori uključuju probleme u međuljudskim odnosima, nedostatak potpore obitelji i prijatelja, strah od gubitka kontrole i sl.

Uvažavajući postavke medicinske struke, u određenoj fazi bolesti, bolest se više ne liječi nego se terapijskim mjerama kontroliraju simptomi, i koliko se može održava kvaliteta života do samoga kraja.

6. ZAKLJUČAK

1. Kvaliteta života bolja je u kućnoj njezi jer ju je 20 % ispitanika ocijenilo kao poprilično dobru, dok je isto učinilo samo 4 % ispitanika u bolničkoj skrbi.
2. Obje skupine su se izjasnile kako bolest u najvećoj mjeri utječe na kvalitetu života udjelom od 44 %.
3. Iz podataka je vidljivo kako nijedan ispitanik u bolničkoj skrbi nema osjećaj kontrole nad bolesti, a u kućnoj njezi taj udio iznosi niskih 8 %. Iz toga možemo zaključiti kako ispitanici obje skupine nemaju osjećaj kontrole (24 – 32 % uopće nema kontrolu).
4. Ispitanici u bolničkoj skrbi u većem udjelu (48 %) smatraju kako liječenje pridonosi kvaliteti života, dok se s tim nisu složili ispitanici iz kućne njege.
5. U kategoriji procjene kvalitete života prema svakodnevnim aktivnostima, udjelom od 40 – 44 % ispitanici obje skupine izjasnili su se kako su im aktivnosti u protekla dva tjedna bile znatno ograničen. Kod pitanja potrebne pomoći pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti (hranjenje, oblačenje, odlazak na toalet, kupanje) ispitanici obje skupine u sličnom postotku (24 – 32 %) su se izjasnili da im je pomoć u najvećoj mjeri potrebna.
6. Važan podatak je da se po pitanju osjećaja smislenosti vlastitog života obje skupine izjašnjavaju kako uopće ne vide smisao svog života udjelom od 24 – 28 %.
7. Osjećaj fizičke sigurnosti u okruženju pokazao se veći kod ispitanika kućne njege udjelom od 24 %, u odnosu na bolničku skrb.
8. Normalna je pojava da se ispitanici osjećaju obeshrabreno glede budućnosti, ali ipak iz podataka primjećujemo razliku među onima koji se osjećaju poprilično obeshrabreno. Mnogo veći udio (56 %) ih je u kućnoj njezi.
9. Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u poimanju da je fizičko stanje ili medicinski tretman uzrokovalo financijske poteškoće ($p=0,005$), ukazuje na statistički značajnu razliku gdje bolesnici u kućnoj njezi imaju veće financijske poteškoće uzrokovane bolešću i medicinskim tretmanom.
10. Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u prihvaćanju svog tjelesnog izgleda ($p=0,001$) ukazuje na statistički značajnu razliku gdje bolesnici u kućnoj njezi bolje prihvaćaju svoj tjelesni izgled od bolesnika u bolničkoj skrbi.

11. Vjerojatnost slučajne pojave između dvije skupine ispitanika u zadovoljstvu pruženim medicinskim uslugama ($p=0,005$) ukazuje na statistički značajnu razliku gdje su bolesnici u bolničkoj skrbi zadovoljniji pruženim medicinskim uslugama od onih u kućnoj njezi.

7. LITERATURA

1. Pessini, L. Distanzija – do kada produžavati život? Rijeka: Medicinski fakultet u Rijeci, Hrvatsko bioetičko društvo, 2004.
2. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti, Radovi Zavoda za znanstveno istraživački i umjetnički rad u Bjelovaru [Internet], sv. 7; 2013. [preuzeto s interneta: 2.9.2016.]; 251-257. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/file/166494>
3. Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi, Zagreb [Internet], 2005. [preuzeto s interneta: 2.9.2016.]; 5-6. Dostupno na: <https://bib.irb.hr/datoteka/261924.TinaMartinis.pdf>
4. Lovasić S. Kronične nezarazne bolesti u ordinaciji liječnika opće/obiteljske medicine. Medicus, [Internet], 9 (1); 2000 [preuzeto s interneta: 1.9.2016.]; 105-112. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/19192>
5. Wikipedija – suradnici. Terminalne bolesti [Internet]. Wikipedija, Slobodna enciklopedija; 2014. [preuzeto s interneta: 1.9.2016.]. Dostupno na: https://hr.wikipedia.org/wiki/Terminalne_bolesti
6. Palijativna skrb. Bolesnik na kraju života [Internet]. Palijativna skrb; 2013. [preuzeto s interneta: 1.9.2016.]. Dostupno na: http://palijativna-skrb.hr/files/Edukit/BOLESNIK_NA_KRAJU_ZIVOTA.pdf
7. Havelka M. Psihološke pojavnosti neizlječivih bolesti. U: Zdravstvena psihologija. Zagreb: Slap; 2002. p. 228.
8. Jušić A. i sur. Hospicij / palijativna medicina. Zagreb: Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka; 1995. p. 61-64.
9. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1992.
10. Vemić N. Uloga medicinske sestre kod palijativnih bolesnika i oboljelih od malignih bolesti u kućnim uvjetima, Medical [Internet]. Kolovoz 2016. [preuzeto s interneta: 2.9.2016.]; 64. Dostupno na: <http://www.medicalcg.me/izdanje-br-64/uloga-medicske-sestre-kod-palijativnih-bolesnika-i-oboljelih-od-malignih-bolesti-u-kucnim-uslovima/2/>

8. SAŽETAK

Cilj: Provedeno istraživanje imali je za cilj istražiti i usporediti kvalitetu života terminalnih bolesnika u bolničkoj skrbi u odnosu na bolesnike u kućnoj njezi, te uočiti čimbenike koji utječu na percepciju i kvalitetu života u terminalnom stadiju.

Metode: Za istraživanje smo koristili jednokratno anketiranje terminalnih i kroničnih bolesnika Opće bolnice Knin i bolesnika u kućnoj njezi. U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika. Istraživanje se provodilo od ožujka do lipnja 2016. god. na način jednokratnog anketiranja ispitanika o kvaliteti života. Za statističku analizu svi podaci su unijeti i obrađeni su u Microsoft Excel tablicama. Statistička analiza uključivala je distribuciju frekvencije. Za analizu podataka korištena je deskriptivna statistika.

Rezultati: U kategoriji o kvaliteti života prema svakodnevnim aktivnostima ispitanici su se u znatnoj i najvećoj mjeri složili da u prethodna dva tjedna imaju znatno smanjenu aktivnost. Kroz kategoriju psihofizičkog doživljaja bolesti iz anketnih rezultata vidljivo je kako ispitanici obje skupine u umjerenom i znatnoj mjeri smatraju kako njihov život nema smisla. Psihofizičke sposobnosti ispitanici su ocijenili kako u znatnoj i većoj mjeri nemaju energije kao prije pojave bolesti. Što se zadovoljstva različitim aspektima života tiče, ispitanici u bolničkoj skrbi u većem udjelu su zadovoljni pruženim medicinskim uslugama, ali su manje zadovoljni sobom i odnosima s bliskim osobama. Obe skupine se slažu u odgovorima kako se u znatnoj mjeri osjećaju potišteno i obeshabreno glede budućnosti te nerijetko razvijaju negativne osjećaje.

Zaključak: Anketiranjem terminalnih i kroničnih bolesnika i ispitujući čimbenike koji utječu na percepciju kvalitete života, a to su svakodnevne aktivnosti, zadovoljstvo različitim aspektima života te emotivni doživljaji, dobili smo podatke koje smo prethodno naveli u rezultatima. Cilj istraživačkog rada je istražiti kvalitetu života terminalnih i kroničnih bolesnika u bolničkoj skrbi i kućnoj njezi. Možemo zaključiti da je sa zdravstvene strane kvaliteta života bolja u bolničkoj skrbi (zadovoljstvo pruženim med. uslugama, liječenje poboljšava kvalitetu života), dok je emotivni život bolji u kućnoj njezi što se očituje većim zadovoljstvom ispitanika samim sobom i interakcijom s bliskim osobama.

9. SUMMARY

Research objectives: The research was aimed to investigate and compare the quality of life for terminal patients in hospital care compared to patients in the home care, and observe the factors that influence the perception of the quality of life in the terminal stage

Methods: For the study we used a one-time survey of terminal and chronic patients in Knin General Hospital and patients in home care. The study included 50 patients. The survey was conducted from March to June 2016. in the way of one-time survey of respondents about the quality of life. For the statistical analysis all data is entered and processed in Microsoft Excel tables. Statistical analysis included the distribution of frequencies. For data analysis was used descriptive statistics.

Results: In the category of quality of life according to the daily activities, respondents have substantial and largely agreed that in the past two weeks have significant reductions in activity. Through the category of psychological and physical experience of illness from the survey, results show that respondents in both groups moderate and largely believe that their life has no meaning. Psychophysical abilities respondents rated as significantly and increasingly have less energy than before the onset of disease. As satisfaction with various aspects of life are concerned, respondents in hospital care in greater proportion are satisfied with the medical services, but are less satisfied with their lives and relationships with loved ones. Both groups agree on the answers to be significantly depressed and discouraged about the future and often develop negative feelings.

Conclusion: By polling terminal and chronic patients and examining the factors that influence the perception of quality of life, and these are: everyday activities, satisfaction of various aspects of life and emotional experiences, we got the information that we have previously stated in the results. The goal of research is to investigate the quality of life of terminal and chronic patients in hospital care and home care. We conclude that the medical side of the quality of life is better in hospital care (satisfaction with the med. services, treatment improves quality of life), while emotional life is better in home care which is reflected in higher satisfaction of respondents itself and interacting with loved ones.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Andela Vlaić

Datum i mjesto rođenja: 2.8.1993., Split

Adresa: Ante Starčevića 50, Solin

Mobitel: 0958268622

E-mail: andjelavlaic@gmail.com

Obrazovanje:

2000- 2008.g. Osnovna škola Don Lovre Katića, Solin

2008 - 2012.g. I. gimnazija, Split

2012.g. - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Preddiplomski sveučilišni studij, Split

Smjer: sestrinstvo

Vještine:

Rad na računalu: aktivno koristi računalo, poznavanje rada na MS Office paketu

Strani jezici: engleski (aktivno), talijanski (aktivno), španjolski (aktivno)

PRILOZI:

ANKETNI UPITNIK KVALITETE ŽIVOTA- TB

ID:

Datum intervjuja: _____

A. OPĆI PODATCI:

1. **Spol:** 1.m 2.ž
2. **Datum rođenja:** _____ **Dob:** _____
3. **Razina obrazovanja:**
 1. bez škole
 2. nepotpuna osnovna škola
 3. osnovna škola
 4. obrtnička ili industrijska škola
 5. srednja škola
 6. viša škola /prvostupnik
 7. fakultet, akademija /diplomski studij
 8. magisterij, doktorat, specijalizacija
4. **Bračni status:**
 1. samac/nikad u braku
 2. u braku
 3. razveden
 4. odvojen život
 5. razveden
 6. udovac/udovica
5. **Medicinska dijagnoza (šifra MKB-10):** _____
6. **Druge kronične nezarazne bolesti:**

Šifra (MKB-10)	Naziv bolesti
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

B. PROCJENA KVALITETE ŽIVOTA:

Molim Vas, procijenite svoje osjećaje, te na skali za svako pitanje odaberite broj koji Vam najbolje odgovara. Ne postoje „točni“ i „pogrešni“ odgovori na postavljena pitanja. Podatke koje nam date koristiti će se isključivo za potrebe istraživanja.

7. Kako biste Vi procijenili kvalitetu svog življenja?

Vrlo lošom	Poprilično lošom	Ni dobrom, ni lošom	Poprilično dobrom	Vrlo dobrom
1	2	3	4	5

8. U kojoj mjeri Vaša bolest utječe na Vašu kvalitetu života?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

9. Što mislite, koliku kontrolu imate nad svojom bolešću?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

10. Po Vašem mišljenju, koliko Vam liječenje može pomoći?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

11. Koliko ste zabrinuti zbog svoje bolesti?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

12. Koliko dobro razumijete svoju bolest?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

C. Slijedeća se pitanja odnose na doživljaj određenih situacija u protekla dva tjedna.

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
13.	Jeste li bili ograničeni u obavljanju svojih svakodnevnih dnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
14.	Imate li kratki dah pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
15.	Imate li bolove pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
16.	Trebate li se odmarati tijekom svakodnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
17.	Osjećate li slabost pri izvođenju svakodnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
18.	Osjećate li poteškoće pri kratkim šetnjama?	1	2	3	4	5
19.	Trebate li ostati u krevetu ili stolici tijekom cijelog dana?	1	2	3	4	5
20.	Trebate li pomoć pri hranjenju, oblačenju, kupanju ili korištenju toaleta?	1	2	3	4	5

D. Slijedeća se pitanja odnose na to KOLIKO ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna.

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
21.	Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obaveza?	1	2	3	4	5
22.	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	1	2	3	4	5
23.	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5
24.	Koliko se dobro možete koncentrirati (npr. dok čitate novine ili gledate TV)?	1	2	3	4	5
25.	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svom okruženju?	1	2	3	4	5
26.	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1	2	3	4	5
27.	Je li Vaše fizičko stanje ili medicinski tretman ometa Vaš obiteljski život?	1	2	3	4	5
28.	Je li Vaše fizičko stanje ili medicinski tretman uzrokovalo financijske poteškoće?	1	2	3	4	5

E. Slijedeća se pitanja odnose na to KOLIKO STE POTPUNO doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna.

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
29.	Imate li dovoljno energije za svakidašnje aktivnosti?	1	2	3	4	5
30.	Koliko se možete kretati uokolo?	1	2	3	4	5
31.	Prihvaćate li svoj tjelesni izgled?	1	2	3	4	5
32.	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	1	2	3	4	5
33.	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
34.	U posljednje vrijeme sam izgubio/la na tjelesnoj težini.	1	2	3	4	5

F. Slijedeća se pitanja odnose na to KOLIKO ste bili ZADOVOLJNI različitim dijelovima Vašeg života u protekla dva tjedna.

		Vrlo nezadovoljan	Poprilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Poprilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
35.	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	1	2	3	4	5
36.	Koliko ste zadovoljni svojim apetitom?	1	2	3	4	5
37.	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	1	2	3	4	5
38.	Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
39.	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	1	2	3	4	5
40.	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	1	2	3	4	5
41.	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog prostora u kojem živite?	1	2	3	4	5
42.	Koliko ste zadovoljni pruženim medicinskim uslugama?	1	2	3	4	5

G. Slijedeća se pitanja odnose na to koliko ste često osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.

		Nikad	Katkad	Uobičajeno	Poprilično	Često
43.	Osjećate li umor?	1	2	3	4	5
44.	Osjećate li se napetim?	1	2	3	4	5
45.	Jeste li zabrinuti?	1	2	3	4	5
46.	Osjećate li se razdražljivo?	1	2	3	4	5
47.	Osjećate li se depresivno?	1	2	3	4	5
48.	Imate li poteškoća zapamtiti stvari?	1	2	3	4	5
49.	Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?	1	2	3	4	5
50.	Osjećate li se obeshrabreno glede budućnosti?	1	2	3	4	5
51.	Koliko često uživate u dobroj knjizi, dobroj emisiji na radiju ili TV?	1	2	3	4	5
52.	Koliko često doživljavate osjećaj radosti u „malim stvarima“?	1	2	3	4	5

Hvala Vam što ste nam pomogli svojim odgovorima u našem istraživanju.

OBAVIJEST ZA ISPITANIKA

Poštovani,

Pozivamo Vas za sudjelovanje u istraživanju u kojem se ispituje kvaliteta života, naslova: „Percepcija kvalitete života terminalnog bolesnika u uvjetima kućnog i bolničkog okruženja“.

Istraživanje nema komercijalni karakter. Podatci će služiti za izradu završnog rada.

Vaši osobni podatci ostati će povjerljivi te Vam jamčimo anonimnost.

Sudjelovanje je dragovoljno i možete ga prekinuti bilo kada tijekom istraživanja bez ikakvih posljedica.

Sudjelujući u ovom istraživanju za Vas nema rizika ni štete, a kompenzacije nisu omogućene.

Ukoliko imate dodatnih pitanja vezanih s upitnikom, postupkom i/ili rezultatima istraživanja, možete se obratiti Anđeli Vlaić, studentici Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva na e-mail: andjelavlaic@gmail.com.

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

Svojim potpisom dajem suglasnost da sam upoznat s gore navedenom svrhom istraživanja, rizicima i koristima, kompenzacijama te pristajem biti sudionik ovog istraživanja.

Potpis ispitanika: _____

Datum: _____