Utjecaj vjere u unaprijeđenju kvalitete života kod oboljelih

Grgić, Tea

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:413414

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

FIZIOTERAPIJE

Tea Grgić

UTJECAJ VJERE U UNAPRJEĐENJU KVALITETE ŽIVOTA KOD OBOLJELIH

Diplomski rad

Split, 2020.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

FIZIOTERAPIJE

Tea Grgić

UTJECAJ VJERE U UNAPRJEĐENJU KVALITETE ŽIVOTA KOD OBOLJELIH

THE INFLUENCE OF FAITH IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF THE DISEASED

Diplomski rad/ Master`s Thesis

doc. dr. sc. Ana Jeličić

Split, 2020.

SADRŽAJ:

1. UVOD 1

1.1. VJERA I RELIGIJA 2
1.1.1. RELIGIOZNOST 2
1.1.2. VJERA 5
1.1.3. DUHOVNOST 5
1.1.4. MOLITVA 7
1.2. KVALITETA ŽIVOTA 8
1.3. ASPEKTI ZDRAVLJA 11
1.3.1. ZDRAVIZAM 15
1.4. ASPEKTI BOLESTI 16
1.4.1. BOLEST KAO PATNJA 20
1.4.1.1. LOGOTERAPIJA – LIJEČENJE SMISLOM 21
1.4.2. STRAH OD SMRTI 23
1.5. POREMEĆAJI ŽIVČANOG SUSTAVA ISPITANIKA 25
1.5.1. MULTIPLA SKLEROZA 25
1.5.2. MOŽDANI UDAR 29
1.5.2.1. SIMPTOMI LEZIJE SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA 31
1.5.3. TUMORI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA 33
1.5.4. CEREBRALNA PARALIZA 35
1.5.5. TRAUME ŽIVČANOG SUSTAVA 38
1.5.6. PARKINSONOVA BOLEST 40
1.5.7. POLINEUROPATIJE 42
1.6. PRIKAZ SLUČAJA 43

2. CILJ RADA 45

3. IZVORI PODATAKA I METODE 46

4. REZULTATI 50

5. RASPRAVA 62

6. ZAKLJUČCI 68

7. LITERATURA 70

8. SAŽETAK 75

9. SUMMARY 76

10. ŽIVOTOPIS 78

11. PRILOZI 79

11.1. UPITNIK RELIGIOZNOSTI 79
11.2. PERSONAL WELLBEING INDEX 81
11.3. UPITNIK ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U CJELINI 82

1. UVOD

Čovjek je živo biće, osoba, u kojoj psihička, fizička, socijalna i duhovna dimenzija čine neraskidivo jedinstvo. To trebamo uzeti u obzir i na taj mu način i pristupiti. Polazna hipoteza ovog rada je da religiozni ljudi unatoč zdravstvenim poteškoćama imaju bolju percepciju kvalitete života od drugih ljudi. Naše pitanje glasi - Podnose li vjernici lakše bol i bolest od onih koji ne vjeruju? Interes ovog rada je pokazati pozitivan utjecaj vjere kao jedne od dimenzija religioznosti na opću kvalitetu života pacijenata s dijagnozom neurološkog stanja ili neurološke bolesti. Istraživanja koja se provode desetljećima unatrag pokazuju na utjecaj religioznosti na percepciju kvalitete života oboljelih. Ljudi u vjeri pronalaze smisao svog života. Ona im popunjava prazninu i daje odgovore na ključna životna pitanja.

Unatoč tome, čovjek u bolesti kroz vlastito iskustvo proživljava nemoć koja pritišće ljudsku svijest. Promatrajući pacijente s neurološkim bolestima može se primjetiti da im vjera pomaže u spoznavanju i pronalaženju smisla. Čovjek se u boli i patnji usmjerava na Boga jer svaka bolest uključuje i pitanje smrti koja bez vjere izaziva tjeskobu. Bolest može izazvati unutarnji nemir, potpuno zatvaranje u sebe, ljutnju na Boga, a isto tako može čovjeka navesti da tek tada traži Boga, s njim se poveže i spozna ono što je bitno. U ovom radu prvo moramo razjasniti pojmove vezane za vjeru u Boga, zatim definirati i analizirati zdravlje i bolest iz više perspektiva, razjasniti fenomen i pojam „kvaliteta života“, te prikazati što su i koliko su ozbiljne neurološke dijagnoze. Cilj nam je istražiti ima li i zašto vjera ulogu u životima oboljelih, posebice na percepciju kvalitete života što će nam pokazati rezultati istraživanja provedenog u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju „Biokovka“ u Makarskoj.

1.1. VJERA I RELIGIJA

1.1.1. RELIGIOZNOST

Religioznost je jedna od značajki ljudskog postojanja i bitna stavka ličnosti. Nedvojbeno je da daje odgovore na mnoga pitanja i utječe na život u cjelini. Religioznost proučavaju povijest, psihologija, sociologija, antropologija, teologija i ostale discipline. S obzirom na interes ovog rada, religioznost, religiju i srodne fenomene promatrat ćemo sa psihološkog aspekta. Teško ih je definirati do kraja jer svaka definicija ima neki nedostatak. Definicija je statična forma i njome je teško opisati jedan dinamičan proces. Ako imamo definiciju – onda nema više procesa, a ako imamo proces, nema konačne definicije (1). „Religija je sustav shvaćanja, vjerovanja, ponašanja, obreda i ceremonija, pomoću kojih pojedinci ili zajednica stavljaju sebe u odnos s Bogom ili s nadnaravnim svijetom i često u odnos jednih s drugima, te od kojega (sustava) religiozna osoba dobiva niz vrednota prema kojima se ravna i prosuđuje naravni svijet“ (2, str. 21). Kada govorimo o religiji i religioznosti odnosno svim elementima čovjekovog vjerovanja u Boga, nailazimo na nezaobilazne pojmove i sadržaje. Vjera osim što je specifični kulturalni fenomen, ona sadrži:

- sustave simbola i simboličkog izražavanja (jezik, obredi, predmeti, objekti, određene službene osobe i sl.),
- određeno ljudsko zajedništvo i socijalnu instituciju,
- osobni život nadahnut i nadahnjivan vjerom.

Iz čovjekove svjesnosti o ovisnosti o Bogu i vjere u njegovo postojanje proizlazi čovjekovo predanje njemu. Vjera je istinska poveznica čovjeka prema svemu što ga okružuje: iz odnosa prema Bogu razvija se određena težina odnosa prema samome sebi, prema ljudima i svijetu oko sebe. Dođe li do zapuštanja tih međusobnih odnosa, često dolazi do zapuštanja čovjeka na moralnom području. Ne treba izjednačavati moral s vjerom, ali možemo reći da se moral napaja vjerom. Dakle, postoje dvije vrste bitnih odnosa, čovjeka s čovjekom i čovjeka s Bogom koji idu zajedno i čine jedinstvenost. To

je ta religijsko vertikalno horizontalana dimenzija koja počiva na najvećoj kršćanskoj zapovijedi:

Ljubi Gospodina Boga svoga svim srcem svojim, svom dušom svojom i svom pameti svojom. To je najveća i prva zapovijed. Druga joj je gotovo jednaka: *Ljubi bližnjega svoga kao samoga sebe.*

Od davnina se smatralo da je čovjek religiozan po prirodi, da je njegova bit usmjerena na Boga. Rađanje i modificiranje tog postojanja u nama povezano je s društvom, odnosno to je stvar odgoja, prvenstveno u užoj obitelji a onda i u okolini u kojoj pojedinac odrasta. Nakon toga, religioznost se različito oblikuje, a ako se nije dogodila u djetinjstvu, može i kasnije u nekim životnim prilikama. Nije pravilno izjednačavati crkvenost i religioznost jer neki oblik religioznosti je prisutan u ljudskom vladanju i ne može se registrirati, ali može se primjetiti u stavovima i temeljnim ljudskim opredjeljenjima (2). Religioznost je interes za religiju, čovjekov angažman u religiji. Religija i religioznost nisu istoznačnice, ali jesu pojmovi koji se međusobno isprepleću. Religioznost se odnosi isključivo na osobnu stvar, a religija je društveno - kulturološki fenomen. Religiozna iskustva razlikuju se od osobe do osobe. Allport[1] je rekao da postoji onoliko različitih religioznih iskustava na zemlji koliko i religioznih ljudi. Ta izjava dobro opisuje kompleksnost religije i religioznosti i njihove težine u životu čovjeka. Wach[2] smatra da su sve religije, unatoč njihovim širokim varijacijama, karakterizirane trima univerzalnim dimenzijama: teorijskom – sustavom vjerovanja; praktičnom – sustavom obreda i sociološkom – sustavom socijalnih odnosa. Dok sve tri dimenzije nisu prisutne netko može imati religiozne tendencije, religiozne elemente, ali ne i potpunu religioznost. Iako je prva od ovih dimenzija – sustav vjerovanja – ona koja se smatra srcem religije, vrlo su važne i druge dvije dimenzije koje su zapravo osnova religioznosti, a vjerovanje daje smisao i značenje obredima i socijalnim odnosima (3).

Religija je cjelovit sustav ideja, vjerovanja i vrijednosti, dok religioznost podrazumijeva subjektivni i individualni stav čovjeka koji nastaje kao posljedica usvajanja religijskih vjerovanja. Religija je vanjska, javna, objektivna, ustanovljena i racionalna, a religioznost je unutrašnja, privatna, subjektivna i emocionalna stvarnost (1).

[1] Gordon Willart Allport, američki psiholog, 1897.-1967.
[2] Jochim Wach, protestantski teolog, 1898.-1955.

Prema Allportu, razlikujemo intrinzičnu i ekstrinzičnu religioznost. Ekstrinzično religiozne osobe drže više do koristi od vjere nego do njenih zahtjeva, a intrinzično religiozne osobe u vjeri nadilaze osobne interese te njeguju religioznost zbog njenih kvaliteta i vrijednosti (4). Mnoštvo ljudi koji se smatraju religioznima, neovisno kojoj religiji pripadaju, su samo običajno religiozni odnosno ekstrinzično, a to im ništa dobro ne donosi. Ako je religioznost intrinzična, ako se po njoj živi, onda ona ima pozitivan utjecaj na zdravlje i ponašanje (5).

U studiji autora Zrinščak, Črpić i Kušar (2000.), koja proučava vjerovanje i religioznost, religioznost se istražuje unutar samo dvije dimenzije: vjerovanje u smislu pravovjernosti i religioznost u užem smislu riječi (emocionalni odnos prema religiji). Vjerovanje se mjeri iskazima o vjerovanju u Boga i ostale vjerske istine dok se religioznost istražuje na osnovi nekih pitanja kao što su: postoji li osobni Bog?; koliko je Bog važan u životu?; tješi li vjera i ohrabruje li?; koliko ispitanici mole van vjerskih obreda?; i sl. Rezultati pokazuju vrlo visoku razinu vjerovanja u Boga (89,1% ispitanika), a puno niže u ostale vjerske istine. Prema ovom istraživanju, može se reći da vjerovanje čini prvu i temeljnu dimenziju religioznog odnosa (6).

E. Serocki (2001.) je sumirala rezultate nekih istraživanja, kako u svojoj knjizi navodi Ćorić (2003.), koja ukazuju na dobrobiti religioznosti. Liječnici i studenti medicinskih studija sve više proučavaju područje religioznosti i njezin utjecaj u području medicine. Studija koja je rađena na uzorku od 21 000 ljudi, potvrđuje da vjernici koji su jednom tjedno išli na zajedničku molitvu, žive prosječno sedam godina duže od onih koji nisu. Studija sa Sveučilišta u Darthmouthu iz 1995. pokazuje da oni koji pronalaze utjehu u svojoj vjeri imaju triput veće izglede preživjeti operaciju na otvorenom srcu. U indijskoj studiji koja je provedena na hindusima, ljudi koji se redovno mole 70% manje obolijevaju od bolesti krvnih žila. Herbert Benson[3] koji je poznat po istraživanju stresa, dokazao je u više studija da se ljudi koji su intrinzično religiozni bolje odupiru stresu iskrenom molitvom, bez obzira kojoj religiji pripadaju. Studija iz 1999. g. koja je obuhvatila 4000 starijih osoba na sveučilištu Duke pokazuje kako se oni koji sudjeluju u zajedničkoj molitvi lakše odupiru depresiji i strahu. Na istom tom Sveučilištu 1989. g. rađena je studija koja kaže da redovno posjećivanje crkve štiti od visokog krvnog tlaka.

[3] Herbert Benson, rođen 1935., američki liječnik, kardiolog.

Epidemiolog Jeff Levin u jednom istraživanju dokazuje da se religiozni ljudi lakše nose sa životnim teškoćama i da rijeđe obolijevaju od onih koji to nisu (2).

1.1.2. VJERA

Religija počiva na odnosu čovjeka vjernika s Bogom u kojeg vjeruje. Za kršćane je vjera „oblik osobne spoznaje kojom se pod utjecajem milosti prihvaća objava Božja u Isusu Kristu“. S antropološkog gledišta „Vjera je povjerenje čovjeka u Boga s kojim je on kao osoba korjenito povezan“ (7). Odnos koji čovjek u vjeri uspostavlja s Bogom uvijek ide u dva smjera. To je dijalog. Kršćanski Bog se objavio i on je prvi uspostavio kontakt s vjernikom i tako ga potakao da mu odgovori. Vjera je osobni i subjektivni čin, a razlikuje se od pojedinca do pojedinca (7).

Vjerovanje daje smisao životu i o njemu se najviše zna kada je u kontekstu s religijom. Ljudi su počeli vjerovati u Boga, najvjerojatnije tražeći snagu za prihvaćanje smrti. Čovjeku je bilo teško shvatiti da je na ovome svijetu samo na proputovanju, što je neminovno, i tako je otkrio vjerovanje. U kršćanstvu, prema tradiciji i vjeri, Bog se utjelovio i objavio se čovjeku te ga trajno poziva i tješi: „Tvoja vjera te spasila“. Vjerovanje je dobar lijek za svaku bolest. Vjerovanje u bolje sutra ublažava patnju a to je samo subjektivni dojam početka objektivnih promjena (8).

Kršćanstvo je prije svega vjera koja se mora živjeti u znakovima religioznosti. Vjera kao osobni stav čovjeka prema Bogu, predanje čovjeka Bogu. Vjera se bez religije pretvara u ideologiju, takva vjera se brzo pretvara u nevjeru čovjeka okrenutog potrošačkom društvu (9).

1.1.3. DUHOVNOST

Često se pojam duhovnost koristi umjesto vjere ili religije. To nisu istoznačnice, ali jesu pojmovi koji uključuju jedan drugoga, vrlo su slični, ali ne i isti. Duhovnost je čovjekovo traženje onoga što prerasta ljudsko (10). U vjerskom smislu riječi kršćanska

duhovnost je osobni susret s Bogom kao osobom. Duhovnost ima i svoje elemente koji je karakteriziraju da bi uopće postojala, kao što su razni oblici molitve, misa, sakramenti a u kršćanstvu je jedan vid duhovnosti i čašćenje svetaca (11).

Potrebno je odrediti pojmove „duša“ i „duh“. U psihologiji i filozofiji „duša“ podrazumijeva „psihu ili psihičko“, a u vjerovanjima gotovo svih religija označava ono besmrtno u čovjeku koje postoji neovisno od njegovog tijela, neopipljivi i vječni dio čovjeka koji ga čini jedinstvenim i postoji nakon smrti. „Duh“ u religiji predstavlja suprotnost nečem materijalnom, označava se kao neka božanska karakteristika. U kršćanskoj vjeri nailazimo na pojam „Duh Sveti“. Riječ je o trećoj božanskoj osobi, predstavlja jedan vid Boga i Božjeg djelovanja. (2).

Duhovnost je u posljednje vrijeme sve više interes brojnih istraživanja. Potiče od latinske riječi *spiritus* što znači „dah“ ili „disanje“. Vjera, religija i duhovnost često se koriste kao sinonimi. Za razliku od religije koja se bavi znanjem, učenjem ili metodikom duhovnosti, duhovnost je stvarna praksa. Na taj način se susreću duhovnost i religioznost. Oni koji nisu pripadnici nijedne religije imaju duhovne potrebe jer je normalno da ih svako ljudsko biće ima. Za duhovnost u širem smislu možemo reći da je duhovna dimenzija uz tjelesnu i psihičku dimenziju čovjeka, ona koja životu daje osjećaj smislenosti, povezanosti, integriteta i nade. Feldmeier[4] kaže da nismo ni svjesni da svatko od nas ima svoju viziju Boga. Isto tako smatra da svatko od nas ima svoje ideje o duhovnosti i onom što nam život čini smislenim. U literaturi koja se bavi kršćanstvom govori se o kršćanskoj duhovnosti koja se promatra kroz život vjernika i predstavlja djelovanje Duha Svetoga, te život s Bogom uz čiju milost čovjek polako produbljuje odnos prema bližnjima i svemu oko sebe. Duhovnost se označava kao sve ono što se tiče Boga u čovjeku i njegovoj duši. Dosadašnja istraživanja su pokazala važnost prakticiranja vlastite duhovnosti pri suočavanju sa stresorom kao što je bolest (12).

Neizbježno je pitanje, tko je onda duhovan čovjek? To je čovjek kojemu duh utječe na sve njegove dimenzije. Čovjek koji duhu doputi da ispuni cijelo njegovo biće podsjeća druge na Boga, posrednik je između Boga i drugih te ih poziva k njemu. Duhovan

[4] Peter Feldmeier, profesor teologije na Sveučilištu St. Thomas.

čovjek je ponizan i jednostavan, njegovu duhovnost ne primjećuje on sam koliko je primjećuje njegova okolina (10).

Kad se radi o poboljšanju zdravstvenog stanja a time i poboljšanju kvalitete života bolesnika koji je duboko u vjeri, pitanje je - je li poboljšanje zdravstvenog stanja nastupilo na temelju duhovnosti ili medicinski rečeno spontanom remisijom? Nedvojbeno je da je duhovnost kao složen i multidimenzionalan dio ljudskog iskustva usko povezana sa zdravljem i bolesti. Prva istraživanja koja su se bavila povezanošću duhovnosti, bolesti i zdravlja počela su u 19. stoljeću, ali tek šezdesetih godina 20. stoljeća znatno se povećao broj takvih studija, da bi zadnjih dvadesetak godina, na području medicine, duhovnost postala posebno istraživan fenomen. Praktični vjernici vjeruju u odzdravljenje ili poboljšanje uplitanjem nadnaravne sile nakon uslišene molitve (13).

1.1.4. MOLITVA

U nizu psihičkih fenomena religioznosti, molitva je najčešća aktivnost koja je motivirana vjerom. Molitva je sama bit religije preko koje čovjek osjeća svoju povezanost s Bogom, a može biti osobna ili zajednička. Redovno je iskustvo kod monoteista, hindusa te velikog broja budista. Ona je istinska komunikacija s Bogom koja dodiruje najintimnije slojeve duše. Sastoji se od tri dijela: traženja i pronalaženja sebe, svijesti o blizini i prisutnosti Boga te izazvanih molitvenih osjećaja, misli i riječi. U tom razgovoru s Bogom svaka dobra želja ili misao autentična je molitva. U svim religijama za molitvu, posebno onu zajedničku, predviđeno je mjesto i vrijeme. U kršćanstvu, jedan dan u tjednu je dan odmora u kojem se sabire prošlost, planira budućnost te se zahvaljuje Bogu kroz molitvu. To je dan kad je vjernik pozvan da živi svoju vjeru više nego uobičajeno (2).

Molitva u smislu povjerenja, pouzdanja i ljubavi prema Bogu ozdravlja dušu, spašava je, djeluje kao terapija na dušu i tijelo. Preko molitve bolesnik izgovara i priopćava svoje tjelesno i duševno stanje, a ako ga ne verbalizira prenosi ga mislima i emocijama. Čovjek koji moli, ako ima jaku vjeru, može puno postići. U molitvi se čiste duh i misli,

a neuroze, depresija i strahovi se nadvladaju. Molitva je jako terapeutsko sredstvo koje vjernik koristi da bi Bogu priopćio sve ono što ga muči i opterećuje mu dušu. Dragocjen plod molitve je zdravlje duše i tijela. Kroz molitvu, čovjek se druži s Bogom, a iz velike ugode, duša mu postaje mirna i radosna što se prenosi na bolesno tijelo da bi ono u konačnici bolje i zdravije funkcioniralo (14).

Molitva je duboki, osobni čin u kojem se vjernici obraćaju Bogu za ozdravljanje te se nadaju da će im molitve biti uslišene. Prema Ameling A.[5] (2000.), navodi se da čak 82% Amerikanaca vjeruje da osobna molitva može izliječiti ozbiljne bolesti, 73% njih vjeruje da se molitvom za druge i oni mogu izliječiti. Ista studija je pokazala kako 64% američkih bolničkih pacijenata želi da liječnici mole s njima za njihovo ozdravljenje (15).

Brojna istraživanja pokazuju značajne pozitivne ishode među ispitanicima koji su se aktivno molili za svoje zdravlje, od smanjenja komplikacija liječenja do smanjenja letalnih ishoda. Molitvom se ne može zamijeniti medicinska terapija, ali duhovni aspekt liječenja treba uzeti u obzir i uvažiti ga u cjelokupnom procesu liječenja pojedinca (13).

1.2. KVALITETA ŽIVOTA

Još uvijek ne postoji univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, preširok je pojam i predmet je istraživanja brojnih znanosti. U literaturi se nalazi stotinjak definicija i modela, niz teorija a time i upitnika, jer koliko se autora time bavilo, skoro je toliko i različitih pogleda. Kroz prošlo stoljeće smatralo se da je kvaliteta života vezana isključivo za standard, odnosno gledalo se ekonomski, zatim socijološki, istraživanja su se usmjeravala na zadovoljenje društvenih i osobnih potreba. Šezdesetih godina prošlog stoljeća istraživanja su se bavila subjektivnim i objektivnim pokazateljima kvalitete života, a sedamdesetih godina samo subjektivnim pokazateljima kvalitete života. Svjetska zdravstvena organizacija kvalitetu života definira kao „pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te

[5] Ann Ameling, profesorica je psihijatrijsko-mentalnog zdravlja na studiju sestrinstva na Sveučilištu Yale.

okolišnom kontekstu“ (16, str. 9). Sa psihološkog aspekta zadovoljstvo životom je subjektivni doživljaj kvalitete života. Istraživači iz tog područja smatraju da je zadovoljstvo životom kognitivna komponenta subjektivnog blagostanja. Iako se autori nisu usuglasili oko konstrukta kvalitete života, oko jednog su se složili, a to su dva osnovna aspekta koncepta: subjektivnost i multidimenzionalnost. Mnogi autori ističu individualnost kao karakteristiku kvalitete života pa bi se tako gledajući kvaliteta života očitovala u razlici između želja i očekivanja pojedinca i njegovog stvarnog iskustva. Prema Felce i Perry (1993.), kako navode Vuletić i Misajon (2011.), kvaliteta života je psihološka stavka, to je jedan općeniti stav čovjeka prema vlastitom životu odnosno stav prema više područja svoga života. Kvaliteta života, kao bilo koji drugi stav, podrazumijeva kognitivnu i afektivnu odnosno čuvstveno osjećajnu evaluaciju stava. Prema tome, zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu. Neke definicije podrazumijevaju određene populacijske skupine, npr. osobe oboljele od određenih bolesti i slično (16). Iako se u ovom našem radu bavimo oboljelima koristili smo upitnik za opću populaciju jer nas je zanimao utjecaj vjere na percepciju vlastitog života oboljelih od šarolikih, a funkcionalno približnih neuroloških bolesti i stanja koji nisu prolazni i izlječivi, a ne sam utjecaj bolesti na život. Koristili smo Personal Wellbeig Index (PWI) zbog metodološke utemeljenosti i dobrih metrijskih karakteristika, te je dostupan je na hrvatskom jeziku i postoji licenca za uporabu. Po logici, odsutnost bolesti bi trebala ukazivati na visoku kvalitetu života ali pretpostavljamo da ćemo u ovom radu dokazati da se pod utjecajem vjere stvari bitno mijenjaju.

Prema članovima International Well Being Group, kako navodi Benjak (2010.) u disertaciji, kvalitetu života određuje: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnosti (17).

Postoje objektivni i subjektivni faktori utjecaja na kvalitetu života. Objektivni su društveni, ekonomski, politički, a subjektivni su percepcija i procjena tjelesnog, materijalnog, društvenog i emocijonalnog blagostanja, osobnog razvoja i svrhovite aktivnosti. U ovom slučaju odnos objektivnog i subjektivnog nije linearan, što ne znači da promjena objektivnih čimbenika uvjetuje i promjenu subjektivnih. Sve subjektivne

komponente su pod utjecajem sustava vrijednosti svakog pojedinca, što nas u ovom radu i zanima. Mnoga istraživanja su pokazala da je subjektivna procjena kvalitete života u prosjeku pozitivna i stabilna (17).

Australski psiholog Robert Ashley Cummins značajno je pridonio razvoju ovog multidimenzijalnog konstrukta. Cummins (1995.) je, kako navodi Golubić (2010.) u disertaciji, zaključio da se kvaliteta života zasniva na homeostazi. Nivo percepcije vlastitog života stabilan je na jednoj razini. Sistem homeostaze može se objasniti kao ravnoteža krvnog tlaka ili temperature tijela koji se u normalnim uvjetima funkcioniranja zadržavaju na svojoj uobičajenoj razini za normalnu funkciju organizma. Odnos psiholoških dimenzija pojedinca i vanjskih uvjeta čini subjektivnu procjenu kvalitete života. Može doći do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja kada dođe do promjena u vanjskim uvjetima ili jednoj od psiholoških osobina pojedinca. Ljudi se i u takvim okolnostima prilagode, pronađu ravnotežu i vrate se u homeostazu (18).

U normalnim životnim okolnostima, zdravi ljudi su sposobni održavati pozitivnu i subjektivnu percepciju kvalitete života unutar normativnog raspona koji je za njih adaptivan i funkcionalan. Ako je prisutan negativan utjecaj na funkcionalnost, kao što je bolest, dolazi do narušavanja homeostaze i pada kvalitete života pojedinca. Smatra se da će osobine ličnosti odrediti u kojoj mjeri će bolest utjecati na kvalitetu života. Neka istraživanja ukazuju na pad kvalitete života samo u pojedinim segmentima dok je ukupna kvaliteta života neznatno manja. Bolest je jedan od vanjskih faktora koji negativno utječe na kvalitetu života. Utjecaj bolesti je šarolik, to nisu samo neki tjelesni simptomi i smetnje u funkcijama tijela nego i promijenjena radna sposobnost, veća ovisnost o bližnjima i dr. (19).

U zdravstvu važno mjesto zauzima ocjena kvalitete života. Uslijed bolesti, često se postavlja pitanje ako život nije više kvalitetan kao prije, je li vrijedan življenja (20)? Različita su tumačenja medicine i teologije. Za medicinu kvaliteta života obuhvaća zdravlje, tijelo, anatomske i fiziološke karakteristike, a za teologiju je to integritet ljudske osobe jer čovjek nije isključivo tijelo, on između ostalog ima tijelo (21).

Stjepan Orešković u radu iz 1994. g. analizira koncepte kvalitete života. U medicini se prvi puta „kvaliteta života“ pojavljuje kao rezultat težnji da se nadvlada patologija.

Predmoderna i moderna težnja je da životni vijek traje što duže što je izraženo u ekonomski i ekološki nerazvijenim zemljama. Postmoderno društvo zanima blagostanje te mu središnja paradigma nije isključivi rast. 15% svjetske populacije troši 87% svih sredstava potrošenih za zdravlje u svijetu. Problem više ne predstavlja kronološko, biološko i medicinski inducirano produljenje života koje se primaklo biološkim granicama trajanja ljudskog života. Središnji problem postaje kako dug život učiniti što kvalitetnijim. To je borba za veću kvalitetu života razvijenih zemalja. Autor navodi da su takva shvaćanja odvojena pa čak i izolirana od održivosti i svetosti života, vječnog mira, društvene pravde i eko ravnoteže (22).

1.3. ASPEKTI ZDRAVLJA

Čuvati, održavati zdravlje, jedno je od temeljnih prava čovjeka (23). Pojam zdravlja ima vrlo široku upotrebu, relativan je pojam jer dok je za nekoga nešto bolest za drugoga je još uvijek to zdravlje. Različite strukture društva koriste ga na različite načine i u različitim kontekstima. Obično se poseže za definicijom Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization): „Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne jednostavna odsutnost bolesti ili slabosti“ (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“) (23, 24, str. 10). Ta se definicija nije mijenjala od 1948. g., ali još uvijek ne postoji univerzalna definicija zdravlja koja je prihvaćena od strane svih koji zdravlje promatraju i njime se bave. Do tada zdravlje je bilo samo odsustvo bolesti. U definiciji Svjetske zdravstvene organizacije kaže se da je zdravlje stanje u kojem je čovjeku potpuno dobro. Tu se očituje nedostatak duhovne i etičke dimenzije, stoga se predlažu neke druge definicije koje zdravlje ne označavaju kao stanje nego kao dinamičnu pojavu. Neki autori koji se bave analizom i pojmom zdravlja smatraju da holističko zdravlje jako dobro zvuči, ali je teško vjerovati da može postojati. U novijoj literaturi sve više se okrećemo prema novim pojmovima odnosno percepciji vlastitog zdravstvenog statusa (health perception, self-rated health) što podrazumijeva subjektivno poimanje zdravlja. Kako se netko osjeća i što misli o svom

zdravlju, značajna je novost i daje dimenziju relativnosti definicije zdravlja. Netko se može osjećati zdravim unatoč prisutnoj kliničkoj patologiji (24).

Kroz povijest kršćanske duhovnosti bilo je različitih stavova prema zdravlju pa čak i ekstremnih koji su danas nezamislivi. Nedvojbeno je da je zdravlje velika vrednota bila i ostala do danas. Mons. Elio Sgreccia, nekadašnji predstojnik Papinske akademije za život (2005.), bavio se definicijom zdravlja te je smatrao da se zdravlje ne može precizno definirati kao ni bolest jer se tiče i tjelesne i duhovne dimenzije osobe. Mnogo toga ovisi i o antropološkoj stavci. On vidi četiri dimenzije zdravlja kao i bolesti, od kojih se svaka tiče čitave osobe: organsku, psihičku, socio-ambijentalnu i etičko-duhovnu dimenziju. One se mogu razdvojiti toliko da fizičko ili organsko zdravlje može biti odsutno a istovremeno može postojati velika duhovna i etička snaga. Francisco Alvarez[6] promatra zdravlje na tri razine: funkcionirati dobro, osjećati se dobro i biti dobro. Funkcionirati dobro je imati ispravno tijelo s ispravnim i skladnim funkcijama što je zajedničko i životinjama. Osjećati se dobro je tipično ljudski a misli se na percepciju vlastitog zdravstvenog stanja. Biti dobro odnosi se na duhovni dio čovjeka (24). Emmons i Kneezel (2005.), s Kalifornijskog sveučilišta istraživali su osjećaje duhovne i religiozne zahvalnosti kod skupine pacijenata koji su bolovali od neuromišićnih bolesti. Ljudi koji znaju biti zahvalni u duhovnom i religioznom smislu imaju višu razinu životnog zadovoljstva, optimizma, a manji stupanj depresije i stresa. Tu iščitavamo zahvalnost kao opći duhovni stav prema zdravlju (25).

Postoji i dinamičan pristup zdravlju u kojem se zdravlje kontinuirano ostvaruje. Taj pristup predlaže docent filozofske antropologije na Camillianumu, Mario Bizzotto. Prva točka polazišta njegovog pristupa je liječničko poimanje zdravlja, po kojem je zdrav onaj tko je ozdravljen ili izliječen. Ta misao implicira da se svi rađamo bolesni te da zdravlje treba ponovo vratiti, što po autoru ima duboke etičke implikacije jer nam ukazuje da smo odgovorni za svoje zdravlje. Druga točka polazišta je shvaćanje zdravlja kao rezultata jednog procesa koji se ne zaustavlja cijeloga života. Smatra da se zdravlje ne posjeduje jednom zauvijek jer se radi o jednoj zadaći, obvezi koja traje cijeli život. Ono ne ovisi samo o negativnim vanjskim faktorima. Priroda utječe na jednu polovicu zdravlja, a o nama ovisi druga polovica (24).

[6] Docent teologije na Međunarodnom institutu za pastoral zdravlja Camillianum u Rimu.

U studiji autora Vuletić i Ivanković (2011.), koja istražuje što čini osobnu kvalitetu života kod hrvatske gradske populacije, ispitanici su trebali navesti pet područja koje smatraju vlastitim odrednicama kvalitete života. Ispitano je 315 osoba a navedeno je 61 područje. Zdravlje kao područje kvalitete života je na prvom mjestu prema 229 ispitanika (16).

Kako autor Štifanić (1999.) navodi, što se sociološkog aspekta tiče, promatraju se društveni čimbenici utjecaja na zdravlje, koje nije samo osobni ili psihološki fenomen, već je društveno uvjetovano. U modernom društvu dvadesetog stoljeća, uvjeti u kojem društvo živi i odnosi u njemu okarakterizirani su kao mogući negativni čimbenici. Zdravlje se promatra s obzirom na društveni, ekonomski i kulturni položaj odnosno na ponašanje samog pojedinca i društva generalno. Sociološka istraživanja nastoje ustanoviti ono što je prethodilo urušavanju zdravlja i koliko je djelovanje pojedinca i društva dovelo do toga. Sociolozi se bave zdravljem kao rezultatom društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa. To da je zdravlje društveno uvjetovano najjasnije se manifestira u industrijskim društvima gdje se zna koji su mogući napadi na zdravlje i to je dokaz da svaka društvena zajednica ima vlastito poimanje zdravlja koje je povezano s kulturnim navikama (26).

Hrvoje Jurić (2018.) bavi se bioetičkim pristupom zdravlju. Smatra da je suvremena medicina u krizi jer se bavi onim konkretnim, pojedinačnim i kratkoročnim pri čemu izmiče šira slika zdravlja. Zdravlje je vrijednost na kojoj se temelji ljudska egzistencija i dobrobit, a i medicina koja brine o egzistenciji i dobrobiti još uvijek nije sigurna što je to zdravlje. I medicina i svatko od nas trebao bi znati što je zdravlje da bi se mogli baviti vlastitom, profesionalnom, institucionalnom i općedruštvenom dimenzijom zdravlja.

Postoje teme vezane za zdravlje koje su vrlo često kritički praćene u raznim znanstvenim radovima kao što su: liječnički paternalizam – tretiranje bolesnika kao objekta; tehnizacija medicine – tehnologija se smatra spasnosnom, a zanemaruje se ono personalno; birokratizacija; farmaceutizacija – preveliko korištenje „svemogućih“ lijekova; komercijalizacija zdravstvenog sustava – tržište, profit i kapital uzimaju prevlast nad socijalnom dimenzijom; medikalizacija zdravlja – tretiranje zdravlja, tjelesnosti i života uopće kao bolesti ili kao potencijalne bolesti.

Zdravlje je puno složeniji fenomen ljudskog postojanja nego „izostanak bolesti“. Otprilike znamo što je pojedina bolest i bolest uopće ali zdravlja nismo svjesni i ne zabrinjava nas kao bolest. Prema V. R. Potteru[7], potrebno je proširiti perspektivu pri kojoj se zdravlje promatra istovremeno u kratkoročnoj odnosno biomedicinskoj perspektivi i dugoročnoj odnosno društveno – humanističkoj perspektivi. Pluriperspektivan pogled na zdravlje mogao bi medicini dati jednu dublju dimenziju koja bi jamčila uspjeh u medicinskoj praksi. Bioetički pristup nastoji usmjeriti medicinu čovjeku te stvoriti most između medicine s jedne strane te filozofije i etike s druge strane (27).

Suvremeni čovjek želi postići i održati zdravlje ne samo na dostignućima medicinske znanosti nego i na sprječavanju, osvješćivanju i informiranju javnosti o zdravlju i bolesti. Medicina je usmjerena na sačuvanje čovjeka što se razlikuje od religioznog pogleda spašenog čovjeka ili personalističkog principa ostvarenog čovjeka. Zadaća medicine nije da se bori protiv smrti, nego da se bori protiv patološke smrti. Radeći za zdravlje, boreći se protiv bolesti, medicina se polako udaljava od čovječnosti. Trebamo razlikovati sadržaj života od danas moderne dugovječnosti jer jedno je broj godina, a drugo pitanje je sadržaj, smisao i cilj života (28).

Zdravlje je otvoreno pitanje, koje je teško do kraja objektivno razjasniti jer se ne može proučavati kao neki kemijski spoj. Njime se bave razne znanosti i djelatnosti, zdravlje nije posjed samo jedne od njih. Osim medicinskog određenja važan je i subjektivni dojam pojedinca o svome zdravstvenom stanju, a ne može se zanemariti ni duhovna dimenzija, jedina koja zdravlje odnosno bolest može prikazati u dimenziji spasenja.

[7] Van Rensselaer Potter,1911.-2001., američki biokemičar i liječnik onkolog, naziva ga se ocem bioetike.

1.3.1. ZDRAVIZAM

Ovdje ćemo se ostvrnuti isključivo na perspektivu Manfreda Lütza[8] i njegovu knjigu „Užitak života“. Na samom početku autor citira Platona koji je rekao da je neprestana briga za zdravlje također bolest. Danas čovjek stvara religiju zdravlja u kojoj su liječnici svećenici ili pak bogovi. Srednjovjekovni čovjek je shvaćao da ima ovozemaljski i vječni život, a današnji čovjek ima samo ograničen život na ovome svijetu. Sve što se prije činilo iz ljubavi prema dragome Bogu (post, dobra djela, hodočašća), danas se to čini za zdravlje. Suvremeni čovjek najviše strahuje od bolesti i smrti stoga smatra kako je zdrava osoba i osoba koja može ozdraviti potpuna, a bolestan ili invalid je čovjek treće klase kojemu treba onemogućiti uopće rađanje ili pak olakšati odlazak s ovoga svijeta. Religija zdravlja u invalidnosti, bolesti, boli, patnji, starosti i smrti vidi samo nedostatke u životu, a umijeće življenja je u tim marginalnim egzestencijalnim situacijama pronaći izvore životne sreće. Prema autoru, zdravlje se pretvorilo u religiju koja dijeli duh i tijelo, a zdravstveni sustav u ekonomskog giganta, dok je čovjek u svemu tome zaboravio na užitak življenja.

Po novoj religiji (zdravizmu), mora se raditi prvenstveno na tijelu kako bi se postigao užitak života. Treba ukloniti salo s bokova, potištenost iz mozga, staviti silikone u grudi, popuniti bore. Sve je to pravi napor u nastojanju da se postane lijep i savršeno zdrav. Naši su preci gradili katedrale a mi u današnjem svijetu gradimo klinike, oni su spašavali svoje duše, a mi spašavamo svoju figuru. U Njemačkoj je danas broj ljudi u teretanama veći nego na katoličkoj misi nedjeljom. Nekoć se spas tražio u religiji, danas u medicini, ono što je nekoć svećenik značio za spasenje danas je to liječnik. Autor je u knjizi želio osvijestiti čovjeku što su prave životne vrijednosti zagovarajući istinsku cjelovitu duhovnost.

Spomenuti autor pita se što je zdravlje? Navodi jednog obiteljskog liječnika koji je rekao kako je zdrav onaj čovjek koji je kadar donekle sretno i zadovoljno živjeti sa svojim bolestima. U ovoj definiciji vidimo sreću i radost kao mjerilo zdravlja. Danas svi traže neku dijagnozu. Ljudi se generalno previše bave zdravljem i tako nimalo ne

[8] Ugledni njemački psihoterapeut, liječnik i teolog koji se bavi temama duševnog zdravlja te analizira odnos suvremenog čovjeka prema bolesti i zdravlju, ističući da čovjek danas zdravlje štuje poput božanstva. Autor je nekoliko međunarodnih bestselera.

promiču užitak življenja. Zdravlje se smatra najvećim dobrom, ali nitko ne zna što je točno zdravlje. Ne može se dokazati kao bolest. Ne može se ni proizvesti. Ono je skriveno kao i sve važno u životu. Moć nad njim nema nitko, pa ni medicina. Ono što Lütz najviše zamjera religiji zdravlja i današnjoj medicini je da pacijent za sve mora imati rješenje, jer ako ne može spavati od liječnika traži lijekove za dobar san. Ako liječnik ne smatra to ispravnim, hoće njegov kolega, drugi, treći. Liječnik postaje potrošačka roba, a pacijentu se daje sloboda traženja rješenja, pritom ne shvaćajući da se zdrav san ne može proizvesti kao ni zdravlje.

Prijašnja medicina nije težila apsolutnom zdravlju, vječnom ozdravljenju, besmrtnosti, jer je bila svjesna da su zdravlje i medicina veliko dobro, ali ne i najveće. Kršćanski nauk nastojao je da zdravlje ne postane religija. Vjerski temelj najbolje je sredstvo da se ne upadne u zamku moćne religije zdravlja. Medicina i briga za zdravlje su poželjni, problem nastaje kada doziranje nije u redu. Kršćansko načelo je oduvijek bilo da se koriste sva dostignuća suvremene medicine za dobrobit čovjeka.

Invalidnost, bol, bolest, patnja, starost i smrt su normalne pojave ljudskog postojanja. Kada bi pokušali bježati od njih, bilo bi kao da bježimo od samih sebe. Način na koji ih prihvaćamo, jesmo li za njih pripravni ili ne, ukazuje jesmo li postigli životnu zrelost ili nismo (29).

1.4. ASPEKTI BOLESTI

Prema medicinskom leksikonu, bolest (morbus) je poremećaj sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim znakovima i simptomima; također, i bilo koja tjelesna anomalija ili oštećenje neke funkcije organizma. Po svojem trajanju i žestini, bolesti se dijele na akutne i kronične. Mogu se podijeliti na organske i funkcionalne, opće i lokalne, naslijeđene i stečene, zarazne i nezarazne, itd. Najčešće se bolesti dijele prema zahvaćanju organa i funkcionalnih organskih sustava, npr. neurološke bolesti. Bolesti se mogu klasificirati prema patološko - anatomskim morfološkim promjenama (upale, tumori, degeneracije itd.), a katkada imaju i neka grupna obilježja kao profesionalne bolesti (23).

U modernoj medicini postoje tri ideologije pa je toliko i pristupa bolesti: biološki, psihološki i društveno - politički. Biološki pristup se usmjerava na patologiju same bolesti, na tijelo čovjeka te mu se iz vidokruga gubi čovjek kao osoba iz obiteljskog i društvenog okruženja. Bolest se smatra kao greška koju liječnik popravlja. Ne ovisi uspjeh liječenja samo o stručnosti liječnika i patologiji već i o motiviranosti samog čovjeka da se zauzme za svoj oporavak. Psihološki pristup zapostavlja somatske i društvene aspekte bolesti, ne uzima u obzir organsku i društvenu dimenziju. Prema društveno - političkom pristupu, bolest je posljedica društvenih suprotnosti, društveno - političkih problema (30).

Rupčić (2016.) se bavio bolešću u odnosu na biologiju i kulturu. Biomedicinski model koji je dominantan i znanstveno utemeljen, s jedne strane napreduje velikom brzinom, a s druge strane proživljava krizu i to već godinama unatrag. Takav model smatra bolest predmetom, a ljudsko tijelo mehaničkim strojem, ali unatoč svim svojim manjkavostima donio je napredak i eliminirao mnoge bolesti. Za neke autore bolest je obični biološki proces, dok drugi smatraju da veliki značaj ima kulturološki uzrok i tijek bolesti, percepcija, način na koji prihvaćaju i žive bolest što potpuno mijenja tijek i bit bolesti. Ona je uglavnom posljedica zajedničkog djelovanja biologije i kulture. Rupčić tako navodi kako Engel[9] (1977.) kritizira biomedicinski model bolesti jer razdvaja tijelo od uma, a biološke procese objašnjava kao kemiju i biologiju te smatra da se tijelo ne može doživljavati kao mašina, a liječenje isključivo kao primjena lijekova i kirurgije. Za njega je bolest međusobna interakcija biologije bolesti i utjecaja uma i socijalnog iskustva na bolest (31).

Sociološka istraživanja bolesti razmatraju što je bilo prije bolesti, koliko su okolina, društvo i čovjek svojim ponašanjem utjecali na pojavu i razvoj bolesti. Društvene znanosti se zanimaju za taj fenomen jer osim što utječe na život pojedinca i njegove okoline, bolest nastaje i kao posljedica društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa. Društvene skupine često održavaju svoj grupni identitet, npr. ukoliko piju alkohol, puše, ne bave se fizičkim aktivnostima, time imaju veću predispoziciju obolijevanja. Ako je društvo izloženo socijalnim sukobima povećava se psihički stres što je također negativni čimbenik za čovjekovo zdravlje. Uvjeti u kojima pojedinac živi i njegovo osobno

[9] Georg Engel, profesor psihijatrije i medicine u to vrijeme na Sveučilištu Rochester.

ponašanje pod utjecajem su društvene strukture jer ako je dijete pothranjeno, ugrožava ga i banalna bolest koju uhranjeno dijete skoro ne bi ni osjetilo. Na temelju istraživanja u sociologiji, bolest je pod utjecajem čimbenika kao što su psihološki stavovi, fizička otpornost, imunološka kompetentnost i genetske sklonosti te društvenog statusa, socioekonomskog statusa, dobi, spola, rase, bračnog stanja, rastave i smrti (26).

Što se tiče psihološkog vida bolesti, potrebno je razlikovati patologiju od bolesti. U medicini patologija znači loše funkcioniranje organa ili organskog sustava, biološkog ili psihičkog procesa. U medicini se patologija liječi lijekovima i kirurškim zahvatom. Bolest je psihološki stav pojedinca prema vlastitoj patologiji. Jednostavnije rečeno, netko može imati bolesnu štitnjaču, a i dalje se smatrati zdravim.

Postoje kulturalne razlike u poimanju bolesti. U engleskom jeziku pronalazimo dvije riječi za bolest: *disease* i *illnes*. Prva označava bolest, patologiju kad je proučava biološka znanost i može se jednostavno zvati „bolest“, dok druga riječ označava proživljeno iskustvo bolesti pojedinca pa se može reći da je to „moja bolest“ (25).

Ranije spomenuti Manfred Lütz kaže da je bolest prije svega veliko opterećenje, ali je neizbježan dio života. Pitanje je samo može li se iz takve sudbine izvući nešto pozitivno? Jedan pacijent suočen s bolešću pripovjedio je Lützu da odjednom nije više mislio na svakodnevne poteškoće, živio je intenzivnije i pozabavio se životno važnim pitanjima te se okrenuo vjeri. Nakon što je sve sretno završilo, počeo je čeznuti za onim intenzivnim stanjem. Iako zvuči čudno njemu je bolest kao što je Nietzsche naziva „poticaj za život, podražaj da se više doživi“ (29, str. 159). Ne treba ići u drugu krajnost pa bolest idealizirati, ali tko doživljava bolest isključivo nedostatkom taj ostaje plutati na površini ne doživljavajući istinsku dubinu života (29).

Čovjek u bolesti može ispoljiti snagu i mudrost, skrivene elemente za koje nije ni znao da ih posjeduje. Nažalost, često se događa da bolest uništava percepciju čovjeka o samome sebi. Bolest ima svoju golemu moć. Čini čovjeka ranjivim i krhkim, nepouzdanim, pogrešnim, slabim i na posljetku smrtnim. U današnje doba čovjek ima iluziju svoje vječnosti pa slijedom toga bolest, smrt i smrtnost izazivaju skandal. Bolest baca u jedan drugi svijet u kojem je sve izmijenjeno, stoga oboljeli ističu da nisu više oni stari i da to više nikada neće ni biti (31).

Prema duhovičkom modelu, bolest ovisi o nedostatku duhovnosti, a ozdravljenje je uvjetovano duhovnim napretkom pojedinca. Duhovnički model kritizira suvremenu medicinu iako sebe smatra njezinom alternativom. Sociolozi religije smatraju da se uspjeh duhovničkog modela liječenja bolesti može objasniti stavljanjem bolesti i patnje u kontekst duhovne dimenzije, zauzimajući prostor koji je ostavila praznim dehumanizirana medicina (30). Medicina gleda bolest kao neku izvanjsku silu koja napada i obuzima tijelo. Kršćanska teologija razmišlja u drugom smjeru gledajući na integritet osobe koja ima i duh i tijelo te poima bolest kao nešto što pogađa čovjeka u njegovoj cijelosti, bavi se unutarnjim stanjem osobe, odnosom prema životu, vrijednostima, emocijama i vjeri (21). S duhovnog aspekta, nijedan čovjek nije lišen boli i bolesti kao najtežih pojava u jednom životu. Dapače smatraju se najvećim izazovima postojanja uopće. Oni koji vjeruju u Boga, doživljavaju i posjeduju bolest kao i drugi, ali im vjera pomaže da duboko zađu u tajnu i smisao bolesti, da bolest ne umanji bit čovjeka, da ne razori jedinstvenost osobe (28). Do Isusa Krista, po Starom Zavjetu, odnos prema bolesti i bolesnima je kao prema kazni i kažnjenima. Isus mijenja takav stav, za njega su bolesni kao i svi drugi ljudi sa svojim dostojanstvom i potrebama. Bolesni nisu kažnjeni, nisu ni grješnici veći od drugih, nego su oni na kojima se očituje Božja slava i milosrđe. Ivan Pavao II. u svom apostolskom pismu *Spasonosno trpljenje*, jasno ističe kršćanski stav prema bolesti: bolesni i svi koji su odgovorni za bolesne, odgovorni su i za njihovu bolest koju treba liječiti. Ako se bolest ne izliječi, tada je valja prihvatiti i osmisliti svoje trpljenje. Za kršćanina trpljenje je pozitivno, ono ima smisla. Bolest u vidu trpljenja može imati terapijsko i duhovno djelovanje, a čovjekova patnja ima smisla ako se može prikazati za dobro drugih. Viktor Frankl i njegova logoterapija[10] na to ukazuju i ističu terapeutsko djelovanje prihvaćanja bolesti i trpljenja. Prema tome, čovjek koji nosi svoju patnju i ne može je promijeniti, vidi mogućnost ispunjavanja svoga života upravo tom patnjom (11).

[10] Viktor Emil Frankl, 1905.- 1997., liječnik psihijatar koji je razvio logoterapiju kao metodu liječenja pomoću smisla. Bavio se mučenicima iz koncentracijskih logora koji su dokaz da trpljenje može ishoditi nutarnje ostvarenje.

1.4.1. BOLEST KAO PATNJA

Znanstvenici su ukazali na činjenicu da bolest ima dubok utjecaj na patnju iako su to odvojeni pojmovi. Ljudska patnja je složenija, šira i teža od same bolesti. Ona obuhvaća sve nuspojave bolesti. Patnju ne mogu izliječiti ni najbolji specijalisti ni najskuplji lijekovi, ona je zaseban fenomen. Patnja podrazumijeva svjesnost o onome što ugrožava ljudsko postojanje, uključuje bolest, invalidnost, tugu, osamljenost, strah... U nekim istočnim kulturama na bolest i patnju se gleda kao na sastavni dio života i kao takve ih je poželjno prihvatiti. Na zapadu je to ipak samo patologija koju treba odstraniti i iskorjeniti.

U traženju odgovora o uzroku i smislu patnje vjernik kršćanin se usmjerava na Isusa Krista koji je raspet na križ. Ona je neizbježan životni partner, primajući život u njegovoj cjelini čovjek dobiva i križ (32). Polazeći od intimnih djelova ljudske duše, bolest i patnja izazivaju osjećaj opomene ili kazne s jedne strane, a s druge strane proizvode nagon samoodržanja.

Oprečni su stavovi prema patnji. Pojedinci smatraju da je to Božja kazna za grijehe, te proklinju vlastiti život, negiraju Boga i njegovu volju. U njima se javlja otpor protiv Boga, smatraju ga neprijateljem i optužuju za sve patnje. Dok drugi vjeruju da će im prihvaćanje patnje ili „križa“ olakšati novonastalu situaciju i pomoći da postanu pobožni (20).

Prema izvornom kršćanskom vjerovanju patnja je cijena slobode. Vjeruje se i uči kako patnju nije potrebno ukloniti, naprotiv, poželjno je prihvatiti sa svim njenim posljedicama. Spremnost na ljubav je spremnost na patnju. Patnja Isusa Krista smatra se spasonosnom u vidu zauzimanja za čovjeka. Patnja je snaga, a ne nedostatak života. To se najbolje pokazalo kod pape Ivana Pavla II. koji je s parkinsonovom bolešću, 15 godina nakon pisma o smislu trpljenju, imao snage otputovati u Izrael i govoriti slomljenog glasa kako nas patnja poziva da se zaustavimo[11] (29).

[11] U Yad Vashemu, službenom izraelskom memorijalnom centru posvećenom žrtvama holokausta, govorio je o neizrecivoj patnji koja je nanesena Židovima u holokaustu. To je ganulo ljude diljem svijeta. Tako star i u svojoj patnji, ostavio je duboki dojam suprotstavljajući se velikim zločinima 20. stoljeća.

Bolest je poremećeno zdravstveno stanje, a patnja nastaje kao produkt toga stanja te se manifestira na duševnoj razini. Patnja je puno više, puno je kompleksnija od bolesti. Posjeduje psihološke, fizio - patološke, emotivne i afektivne dimenzije. Može joj se pristupiti holistički, obuhvaćajući više aspekata: tjelesni, psihološki i duhovni. Svaki duševni događaj očituje se u tjelesnosti baš kao što ljudski duh osjeća ono što se događa na tjelesnom nivou. Prema tome, čovjek pogođen bolešću na poseban način proživljava sve negativnosti koje bolest, a time i patnja, nose. Osjeća potrebu tražiti podršku i ohrabrenje svoje okoline, obratiti se Bogu koji jedini njegovom stanju može dati smisao. Patnja je ukorijenjena u ljudsku narav i ne može je ni najnaprednija medicina iskorijeniti (33). Suvremeni čovjek bolest i patnju ne doživljava kao nešto izvanjsko nego kao neku unutarnju silu koja radi destrukciju njegovoga bića. Papa Ivan Pavao II. kaže: „Prostor patnje mnogo je širi, mnogo raznolikiji i opsežniji. Čovjek trpi na razne načine koje medicina često ne dohvaća ni svojim najrazvijenijim specijalizacijama“ (28, str. 16). Ako se vodimo tom tezom, bolesti i patnji potrebno je pristupiti puno konkretnije, pa angažman Crkve za bolesnike ima veliki značaj. Svaki čovjek u bolesti proživljava psihološku krizu odnosa sa sobom, sa svijetom, s Bogom, što rezultira krizom vjere ili dozrijevanjem u vjeri. Kriza odnosa sa samim sobom očituje se u odnosu prema svom novom bolesnom tijelu, očituje se u destrukciji identiteta kroz neprihvaćanje smisla bolesti i patnje. Stoga se nastoji sve više prakticirati terapeutska dimenzija vjere koja kaže da patnja u bolesti nije znak poraza nego je simbol nove nade (28). Teologija patnji daje ulogu spasenja i mogućnosti za bolji i puniji život u svetosti. Čovjeka može navesti na dva puta, na onaj u kojem će sazrijevati i rasti, ili na onaj drugi u kojem će duhovno potonuti. Patnja je svakako poziv na vjeru (21).

Svijet bez patnje ne bi imao smisao. To bi bio svijet bez odluka, bez umjetnosti, bez životnosti. Život bez patnje bio bi kao život pod anestezijom (29).

1.4.1.1. LOGOTERAPIJA – LIJEČENJE SMISLOM

Viktor E. Frankl je smatrao kako je volja za smislom bitna dimenzija života. Osmislio je psihoterapijsku metodu liječenja smislom, logoterapiju. U toj je metodi želio proširiti pacijentovo vidno polje da mu čitav spektar smisla i vrijednosti postane vidljiv i svjestan. Smisao se čovjeku ne može dati, on ga sam pronalazi. Čovjek ne pita nego

život njemu postavlja pitanja, a čovjek životu odgovara i za njega je odgovoran. Temelj ove terapije je bezuvjetna vjera u bezuvjetnu smislenost života. Pitanje smisla je iskonsko, staro, ljudsko pitanje. Čovjek u ovome svijetu i životu doživljava široki spektar emocija i svih mogućih senzacija da bi na kraju stajao pred pitanjem smrti i vrijednosti življenja života.

U današnje vrijeme pitanje smisla je zastupljenije nego ikada prije. Čovjek nema motiva, ne osjeća sigurnost u religiji, političkom sustavu, a pogotovo ne u tehnologiji od koje se očekivalo previše, a dobilo premalo. Osjeća se praznina i besmislenost što Frankl naziva egzistencijalnim vakuumom. Cilj ovog načina terapije je pronalaženje smisla kao motivacije te pomoć pacijentima u rubnim životnim situacijama. Bolest ima smisao koji ne leži u njoj već u načinu trpljenja. Neizlječiva bolest daje priliku spoznati smisao trpljenja (34).

V. Frankl je imao logoraško iskustvo Auschwitza koje je trajalo tri godine. Čim je došao u logor, dobio je odijelo, a u džepu je našao papirić sa židovskom molitvom. To je za njega imalo veliku simboliku, pomoglo mu je naći smisao i prihvatiti patnju kao životno iskustvo u nevjerojatnom okruženju stradavanja gdje je gotovo nemoguće naći smisao. Upravo mu je potraga za smislom pomogla da u najmračnijim trenutcima zadrži duševnu slobodu koju mu nitko nije mogao oduzeti. Iako je imao ideje o samoubojstvu, dao je sebi čvrstu riječ i iz kušnje izašao još snažniji, s vjerom da je smisao života jači od svega, pa i same smrti. Pričama o svom životu u logoru želio je pokazati kako život posjeduje smisao čak i u logoraškim okolnostima. Za svakog pojedinca je važno da pronađe baš svoj smisao te mu se preda, jer ako nađe smisao za njega će moći i trpjeti (35). On ističe kako njegova terapija nije upućena samo religioznima nego je i sekularna, za sve ljude koji je trebaju. Nakon trogodišnjeg života na rubu, Frankl je bio još sigurniji i uvjerljiviji u svojim tezama da uslijed trpljenja treba naći vrijednost i smisao koji će život učiniti vrijednim življenja (34).

1.4.2. STRAH OD SMRTI

Sam život uključuje pitanje smrti, a bolest to čini još u većoj mjeri. Neophodno je spomenuti smrt kada govorimo o bolesti jer ona nerijetko izaziva i uzrokuje smrt. Osim trpljenja, umiranje i smrt oduzimaju čovjeku smisao života te bude brojne frustracije. Ima li život smisao kad na kraju svakoga čeka smrt. V. Frankl vjeruje da bi besmrtnost zakočila svaki posao koji bi se odgađao u beskonačnost jer ljudi ne bi bili vremenski ograničeni, a ovako su prisiljeni iskorištavati prilike koje im se pružaju (34).

Smrt je najveća suprotnost onome što čovjek najviše želi, a to je da bude sretan i vječno živi. Kad se smrt preko bolesti približi čovjeku, on se psihološki uznemiri, ne želi u to vjerovati, ljuti se, postaje tjeskoban. U postmodernom društvu, što se čovjek više udaljava od Boga to brže raste strah od umiranja i smrti. Od smrti se naime panično bježi. Da bi pobjegli od smrti, ljudi sve više koriste dostignuća suvremene medicine. Medicina ponekad ima sposobnost produljenja života, ali na kraju ipak pobjeđuje smrt. Možda medicina u odgađanju smrti daje na vremenu kako bi se spoznala vrijednost života i suočilo se sa smrću (29, 32).

Smrt je dio egzistencije kao što je i rođenje. Usprkos tome, u današnjem društvu smrt je i dalje tabu. O smrti je zabranjeno govoriti, nastoji je se izbaciti iz našeg okruženja tako da se čovjeku ne dopušta da umire u svom domu okružen najmilijima, pa on umire u bolnici i u staračkom domu. Međutim, važno je suočiti se sa strahom jer potiskujući ga smrt baca sjenu na cijeli život (29). Iako svi znamo da ćemo umrijeti, imamo problem s prihvaćanjem te činjenice, stječemo dojam da je o tome čak nepristojno govoriti. Osjećaj patnje i neizvjesnosti u bolesti, ugroženosti života i blizina smrti bude spoznaju o nesavršenosti života koji odjednom poprima potpuno drugu dimenziju. U pokušajima neprihvaćanja i borbe protiv smrti, medicina nam mijenja smjer promišljanja o smislu (32). Zahvaljujući isključivo smrti, svaki trenutak u životu je jedinstven i neprocjenjiv. Ona je stvarnost koja se ne može izbrisati jer tko je potiskuje, promašuje život (29).

Elisabeth Kübler-Ross[12] kao psihijatrica je intervjuirala pacijente dok se suočavaju sa smrću. Spoznala je pet faza umiranja: poricanje, ljutnja, cjenkanje, depresija i prihvaćanje. Naglašavala je da ne prolaze svi pacijenti svaku od ovih faza niti po istom redoslijedu. U prvoj fazi pacijenti negiraju te izgovaraju: „Ne ja, to je nemoguće...“ Tako poriču stvarnost te ne priznaju ni sebi ni okolini svoje teško stanje. Moguće je da ova faza dugo potraje. Druga faza je ljutnja u kojoj se pitaju: „Zašto se to baš meni događa?“, te bijes i ljutnju iskazuju prema bližnjima. Treća faza je cjenkanje u kojoj se pacijent nastoji pogađati npr. s Bogom, obećavajući mu da će podnositi neki drugi oblik žrtve ako mu ispuni želju. U četvrtoj, fazi depresije, pacijent razmišlja na način da zašto bi se uopće trudio kad ionako više ništa nema smisla. Počinje shvaćati blizinu smrti te sve više tuguje i žali. U fazi depresije osjeća nesigurnost te se tako približava petoj fazi u kojoj dolazi do prihvaćanja. U ovoj fazi, pacijent je najslabiji, često najviše vremena provodi spavajući, miri se sa svojom smrtnošću, jer kad već ne može ništa promijeniti može se pripremiti. Model pet faza umiranja poznat kao „Kübler-Ross model“ promijenio je način promatranja medicinske struke na bolesnike u terminalnom životnom stadiju (36).

[12] Švicarsko – američka psihijatrica (1926.-2004.) koja se bavila studijama o smrti. Autorica je knjige „O smrti i umiranju“ gdje prvi put spominje teoriju o pet faza umiranja ili tuge kasnije poznatu kao „Kübler – Ross model“.

1.5. POREMEĆAJI ŽIVČANOG SUSTAVA ISPITANIKA

Neurologija je grana medicine koja proučava bolesti i ozljede središnjeg i perifernog živčanog sustava, njihov nastanak, liječenje i rehabilitaciju (23). Ovdje ćemo se baviti neurološkim stanjima i bolestima ispitanika koji su upućeni na rehabilitaciju u Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju „Biokovka“ u Makarskoj. Najčešće se radi o multipli sklerozi (kao progresivnoj neurološkoj bolesti) te moždanom udaru (odnosno stanju nakon moždanog udara), a prisutne su i druge neurološke bolesti i stanja. Promotriti ćemo ih iz fizioterapijske perspektive s obzirom na njihov nastanak i neurološki deficit, uglavnom motorički (funkcionalni) koji nose sa sobom.

1.5.1. MULTIPLA SKLEROZA

Multipla skleroza (MS) je najčešća demijelinizacijska bolest središnjeg živčanog sustava. Mijelinski omotač omogućuje brz prijenos živčanog impulsa duž aksona, a oštećenje mijelina usporava ili potpuno prekida taj put (37). Upalna je autoimuna bolest kojoj je osnovna karakteristika brojna demijelinizacijska oštećenja središnjeg živčanog sustava, odnosno plakovi po kojima je zbog gliozne sklerozacije bolest i dobila naziv. Pojavljuje se u osoba mlađe životne dobi, u početku se očituje aktivnim nastupom neuroloških ispada koje se postupno potpuno ili djelomično povlače. Takav relapsno remitirajući karakter glavno je kliničko obilježje MS. Upalna demijelinizacijska oštećenja u početku su smještena u bijeloj tvari središnjeg živčanog sustava, iako i na početku a pogotovo u kasnijoj fazi bolesti nastaju oštećenja aksona i neurona. Smatra se da MS ima dvije faze bolesti, prva je upalna relapsna faza (akutan nastup) koja je reverzibilna i nije jednakog trajanja kod svih bolesnika, a druga je neurodegenerativna u kojoj dolazi do progresije neuroloških ispada koji nisu više reverzibilni. Akutan nastup i remisija pojavljuju se u različitim vremenskim periodima i zahvaćaju različite lokacije središnjeg živčanog sustava. Relapsno remitirajući tijek (R-R MS) očituje se desiminacijom neuroloških ispada u vremenu i prostoru. Kod 10% oboljelih odmah u početku razvija se progresivni oblik bolesti bez remisija i relapsa i taj je oblik MS primarno progresivan (PP MS) (38). Žarišta demijelinizacije različite su i veličine a

najčešće se smještaju: subkortikalno, periventrikularno, cella media, korpus kalozum, pons i cerebelum (37).

Pripada među najčešće organske bolesti živčanog sustava. Morbiditet u srednjoj Europi je 3 – 7 oboljelih na 100 000 stanovnika. Učestalost bolesti među bijelom rasom povećava se udaljavajući se od ekvatora prema sjeveru. Najčešće se obolijeva između 20. i 40. godine života, a ustanovljeno je da žene obolijevaju češće od muškaraca, odnos je otprilike 3:2. Uzrok bolesti nije poznat. Ne postoji nijedan klinički simptom ni labaratorijski nalaz koji bi bio specifičan za MS. Obično grupiranje simptoma i tijek bolesti dovode do postavljanje dijagnoze. Likvor je patologijski promijenjen u više od ¾ bolesnika. Na CT-u se najčešće nalazi prejaka atrofija mozga za dob. MR-om se rano i većom učestalošću prepoznaju demijelinizacijska žarišta (39).

Simptomatika

Kako MS može zahvatiti različita područja mozga i leđne moždine tako je i sa simptomima koji su vrlo različiti. Kod jednog oboljelog mogu biti izraženiji, a kod drugog manje izraženi. U razvoju simptoma ne postoje nikakva pravila stoga ćemo ih navesti pojedinačno.

Kljenuti očnih mišića s dvoslikama, posljedica su oštećenja živaca abducensa, trohlearisa te uvijek nepotpuno okulomotorijusa. Kljenuti su jednostrane i nikad simetrične. Internuklearna oftalmoplegija je posljedica oštećenja longitidunalnog medijalnog fascikulusa, očituje se konjugiranim pogledom dipoplijom zbog kljenuti jednog od unutarnjih rektusa i nistagmusom abduciranog oka.

Neuritis optikusa jenostrano ili obostrano zahvaća čitav živac tako da bolesnik prolazno oslijepi, vidi mutno kao kroz mliječno staklo ili mrežu. Ako se optički neuritis potpuno povuče, nakon nekoliko tjedana vid se normalizira. Često zaostaje demijelinizacija i sekundarna nekroza.

Retrobulbarni neuritis optikusa najčešće se javlja jednostrano, naglo ili podmuklo. Bolesnik se žali na spontanu bol u dubini oka ili u čeonoj regiji, bol se intenzivira pokretanjem oka. Smanjena je oštrina vida. Zahvaćanje živca može se ponoviti, ili oba

živca mogu biti zahvaćena jedan za drugim u većem vremenskom razmaku. Neuritis se može povući, ali i razviti subakutno i ostati latentan tijekom evolucije MS.

Periflebitis retine je bjelkasti omotač oko vena mrežnice i kao dio kliničke slike nešto je rjeđi.

Pareza facijalnog živca po perifernom tipu očituje se ponekad kao hemifacijalni spazam ili miokimija – ritmička. Kontinuirane kontrakcije krećući od orbikularnog mišića šire se na ostale mišiće polovine lica.

Lezija živca trigeminusa očituje se parestezijama, te poremećajem osjeta na polovici lica i jezika. Rjeđa je neuralgija trigeminusa.

Piramidni znaci, odnosno centralne pareze očituju se u svim fazama bolesti. Ispočetka je to opći umor, brzo zamaranje, gubljenje snage u udovima, a kasnije dolazi do monopareze, parapareze, hemipareze, križane hemipareze pa i do tetraplegije. Trbušni refleksi su često oslabljeni ili ugašeni.

Osjet je često poremećen. Javljaju se parestezije, dizestezije te Lhermitteov znak ili „električni udar“ koji se javlja u leđima i udovima pri nagloj fleksiji vrata.

Poremećaji sfinktera su prisutni u 1/3 bolesnika. Očituju se retencijom, inkontinencijom, polakizurijom, teškoćama u početku mikcije. Javlja se i opstipacija, rjeđe fekalna inkontinencija te impotencija.

Cerebralna simptomatologija najčešća je kao diskretna dizmetrija, asinergija, adijado – hokineza, akcijsko – intencijski tremor (češće gornji ekstremiteti), nistagmus. Govor je dizartričan, spor, skandinirajući, monoton, eksplozivan. Tipični cerebralni simptom kod MS je Chartov trijas: nistagmus, intencijski tremor te skandinirajući govor.

Mentalni poremećaji su prisutni kao izmjenjivanje perioda euforije i razdražljivosti s tjeskobom i depresijom. U uznapredovaloj fazi bolesti javlja se psihoorganski sindrom a kasnije i demencija.

Paroksizmalne ataksije i dizartrije traju oko 15 sekundi, a praćene su osjetnim poremećajima u inervacijskom području trigeminusa, te prolazni točkasti napadaji,

prolazne dvoslike, paroksizmalna akinezija i paroksizmalni poremećaji osjeta te bolovi (37).

Motorički simptomi se javljaju jer bolest obuzima kortikospinalne, kortikobulbarne, cerebralne i senzitivne puteve. Oštećenje kortikospinalnih puteva dolazi u 62% oboljelih, a može biti minimalno i očitovati se kao patološka refleksna aktivnost te napredovati do teške mišićne slabosti. Neurološki deficit se očituje kao slabost u udovima, najviše ekstenzorne grupe mišića na rukama i fleksorne na nogama. Noge su zahvaćene više od ruku gdje se i spazam češće javlja. Spazam koji se javlja u 40 – 75% oboljelih može i pomoći pri hodu, ali i izazivati osjećaj zategnutosti, ukočenosti i boli. Kada je u bolesti zahvaćen mali mozak dolazi do ataksija hoda, trupa, udova, okularne i bulbarne ataksije te intencijskog tremora. Lezije na malom mozgu dovode do cerebelarne ataksije, na posteriornim djelovima leđne moždine do senzorne ataksije, a vestibularnog sustava do vestibularne ataksije. Izraženi su poremećaji koordinacije, drhtanje (tremor) tako jako da nisu izvedivi voljni pokreti, smetnje stajanja, sjedenja i hodanja (ataksija). Hod je nesiguran kao hod pijanog čovjeka, a govor isprekidan ili skandirajući. Pri oštećenju moždanog debla javljaju se dvoslike i nistagmus, može biti prisutna slabost mimične muskulature, vrtoglavica, povraćanje i vestibularna ataksija. Dizartrija i disfagija su također prisutne te rjeđe poremećaji sluha, respiratorna insuficijencija i neurogeni edem pluća (40, 41).

Liječenje

S obzirom da etiologija MS nije poznata tako i ne postoji nikakvo kauzalno liječenje. S medicinskom gimnastikom se počinje vrlo rano što znači da s ovakvom bolešću nije potrebno mirovati. Postoje i neke teorije liječenja sirovom hranom (39). Liječenjem se želi postići što brži oporavak od relapsa bolesti, smanjenje broja relapsa odnosno lezija te usporavanje napredovanja bolesti (42). Postoje tri skupine terapijskih postupaka; liječenje relapsa bolesti, liječenje simptoma i imunomodulacijsko liječenje kojim se nastoji usporiti progresija bolesti (43).

Liječenje relapsa bolesti MS se danas većinom liječi imunosupresivnim lijekovima. Preparati suprarenalne žlijezde uzimaju se u akutnom mahu bolesti. U početnoj dozi od

100 mg metilprednisolona ili ekvivalentna doza drugog kortikosteroida više od četiri tjedna s postupnim smanjenjem doze. Uzimaju se ujutro uz davanje H2 blokatora ili antacida. Druga je mogućnost pulsna terapija u kojoj se tijekom 5 dana daje 500 mg metilprednisolona u kratkim infuzijama. Kortikosteroidi uzrokuju samo prolaznu preraspodjelu imunokompetentnih stanica iz krvi u druge dijelove ali proces svejedno ide dalje. Alternativne opcije su imunoglobulini intravenozno i plazmafereza (39, 43).

Simptomatsko liječenje ublažava simptome koji prate neurološke poremećaje kao dio kliničke slike oboljelih. Spastičnost, bol, otežan hod, dekubitusi, poremećaji govora i gutanja zahtijevaju pristupe stručnjaka iz raznih područja kako bi individualno izradili terapijski program za svakog oboljelog.

Imunomodulacijsko liječenje usmjereno je na patofiziološke procese koji bolest uzrokuju. Ovakvo liječenje ima zadatak smanjiti broj relapsa, usporiti progresiju i odgoditi razvoj degenerativne faze bolesti. Preporučuje se uvođenje imunomodulacijske terapije u fazi remisije. Dok je terapija pokazala učinkovitost kod relapsnog oblika bolesti, kod progresije bolesti za sada ipak nije (43).

Tijek i razvoj bolesti je neizvjestan i nepredvidiv, iako treba reći da određeni oblici i tegobe pružaju nadu u manje više povoljan tijek. Dobroćudnih tijekova ipak ima oko 50%, ali nitko na početku bolesti ne može reći pripada li oboljela osoba tom postotku. U toj dobroćudnoj skupini trajanje bolesti je više od 30 godina, pa i duže. Srednje trajanje bolesti je 20 - 25 godina. Nakon srednjeg trajanja bolesti još je trećina bolesnika radno sposobna, a posebno sposobna za kućanstvo. Samo ¼ oboljelih umire prije 15 navršenih godina bolesti. Očekivana dužina života jednaka je za muški i ženski spol (39, 41). Multipla skleroza ima bolju prognozu nego što se smatra. Medikamentozno liječenje i medicinska gimnastika mogu skratiti mahove bolesti i ublažiti simptome (39).

1.5.2. MOŽDANI UDAR

Cerebrovaskularne bolesti prolazni su ili trajni poremećaji moždane funkcije uzrokovani ishemijom, krvarenjem ili patološkim procesom u jednoj ili više moždanih arterija. Podrazumijevaju ishemijski i hemoragijski moždani udar i anomalije moždanog

krvotoka, primjerice intrakranijalne aneurizme i arteriovenske malformacije (44). Cerebrovaskularne bolesti (CVB) uzrokuju oštećenje moždanih struktura okluzijom arterija s posljedičnom ishemijom pripadajućeg opskrbnog teritorija krvne žile ili zbog prsnuća žile kada se krv izlije u moždani parenhim.

Moždani udar je iznenada nastalo oštećenje moždanog tkiva kao posljedica poremećaja moždane cirkulacije ili krvarenja u tkivo. Tada je smanjen (manje ili više) ili potpuno prekinut dotok krvi što dovodi do oštećenja ili potpunog odumiranja moždanog tkiva koje opskrbljuje oštećena krvna žila (45).

CVB, uz srčane i maligne bolesti, zauzimaju treće mjesto prema mortalitetu i morbiditetu. Mortalitet uzrokovan CVB raste sa životnom dobi, tako da je u sedmom desetljeću života najčešći uzrok smrti. Procjenjuje se da je incidencija CVB godišnje dvostruko veća od broja umrlih (37). Moždani udar treći je uzrok smrtnosti i prvi uzrok invalidnosti u razvijenim zemljama, a u Hrvatskoj posljednjih godina prvi uzrok smrtnosti i invalidnosti. Procjena je da u Hrvatskoj, na godišnjoj razini, 36 000 ljudi dobije moždani udar (45). U svijetu od moždanog udara godišnje umre 4,5 milijuna ljudi. Iako je medicina znatno napredovala, i dalje jedna trećina takvih pacijenata umire, kod trećine dolazi do trajnog neurološkog deficita a trećina se oporavi. U razvijenim zemljama Sjeverne Amerike i zapadne Europe ukupna incidencija moždanih udara se smanjuje ali u zemljama koje su u tranziciji (srednja i istočna Europa) učestalost nažalost raste (44).

Podjela

Tranzitorna ishemijska ataka (TIA) je ishemija mozga uzrokovana smanjenjem moždanog krvotoka. Ako dođe do brze ponovne uspostave moždane cirkulacije, moždano tkivo može se u potpunosti oporaviti i neurološki simptomi su samo prolazni. Po definiciji neurološki simptomi mogu trajati manje od 24 sata da bi to bila TIA, ali najčešće traju pet do petnaest minuta. O moždanom udaru govorimo kada neurološki znakovi i simptomi traju dulje od 24 sata. Razlikujemo ishemijski moždani udar u razvoju za koji je karakteristično mijenjanje kliničke slike, najčešće pogoršanje, i završni ishemijski moždani udar kod kojega se klinička slika ne mijenja. Hemoragija ili

moždano krvarenje dovodi do nastanka neuroloških simptoma ili učinkom mase i pritiskom na okolne strukture mozga ili toksičnim učinkom samih raspadnih proizvoda krvi (44).

Najčešći uzrok ishemijskog moždanog udara je aterotromboza, odnosno nakupljanje lipida u intimi i mediji elastičnih arterija koje je praćeno proliferacijom glatkomišićnih stanica, fibrozom, kalcifikacijom i s posljedičnim poremećajem protoka krvi. Zatim kao uzrok slijedi embolija. Uklještenje embolusa na bilo kojem dijelu krvožilnog sustava doplavljenog na to mjesto cirkulacijom. Embolus može biti: tromb ili dio tromba, mjehurić plina, kapljica masti, fragmenti tumora ili sadržaj ateroma. Kao uzroci mogu biti vaskulopatije i hematološke bolesti.

Čimbenici rizika ishemijske cerebrovaskularne bolesti: hipertenzija, diabetes mellitus tipa 2, hiperkolesterolemija i hipertrigliceridemija, srčane bolesti, pušenje, alkoholizam i prekomjerna tjelesna težina.

Subarahnoidalna hemoragija je krvarenje u subarahnoidalni prostor. To je najhitnije stanje u neurologiji. Pripada joj 2 - 5% svih akutnih CVB. Incidencija raste sa životnom dobi, češća je u žena. Kod velikog dijela bolesnika ovo stanje završava smrtno. Najčešći uzroci su ruptura sakularne aneurizme i arteriovenska malformacija. Rizičnim čimbenicima se smatraju pozitivna obiteljska anamneza, te povišen krvni tlak, alkoholizam, pušenje cigareta te konzumacija kokaina. Intracerebralna hemoragija čini 10 - 15 % CVB. U ovom slučaju smrtnost je veća od ishemijske CVB. Nastaje zbog ruptura krvnih žila i arteriovenskih malformacija (37).

1.5.2.1. SIMPTOMI LEZIJE SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA

Mišićna slabost odnosno mišićna disfunkcija jedna je od glavnih posljedica moždanog udara, a manifestira se kao:

- pareza ili plegija ekstremiteta je motorna disfunkcija ili nemoć ekstremiteta. Kad se radi o moždanom udaru, gubitak pokreta je na suprotnoj strani tijela. Prvenstveno dolazi do oštećenja voljne aktivnosti. Paraliza ne zahvaća sve mišiće podjednako. Može biti

očuvana sposobnost izvođenja aktivnih pokreta, ali oni su nespretni, neprecizni i ograničeni. Gruba mišićna snaga pojedinih grupa je snižena.

Raspored pareza, odnosno paraliza može biti različit:

- hemiplegija odnosno hemipareza je oduzetost jedne polovine tijela. Ako je lezija iznad jedra facialisa, onda su pogođeni ekstremiteti suprotne strane tijela uz centralni facialis (zahvaćena je samo donja grana n. facialisa zbog bikortikalne inervacije).

- hemiplegija alterna je lezija u moždanom stablu koja daje ukrštenu hemiplegiju. Javlja se oduzetost kranijalnih živaca perifernog tipa na strani lezije i hemiplegija suprotne strane tijela.

- dihemiplegija (dihemipareza) je kombinacija dvije hemiplegije kod lezija u obje hemisfere, s tim da oduzetost nikada nije podjednaka na obje strane jer ni oštećenja na lijevoj i desnoj hemisferi ne mogu biti identična.

- pseudobulbarna paraliza je jednostrano oštećenje kortikobulbarnog puta što dovodi do pareze donje grane n. facialisa i lakše pareze n. hypoglossusa, jer su ovi živci inervirani samo iz suprotne hemisfere.

- kod kortikalnih lezija piramidnog puta oduzetost jedne strane tijela je neujednačena zbog prezentacije tijela u motornoj zoni. Zahvaćena je više ruka ili noga.

- lezija u predjelu kapsule interne, gdje su vlakna piramidnog puta zbijena na malom prostoru, dati će masivnu hemiplegiju suprotne strane.

Tonus mišića je povišen (spazam) zbog izostanka inhibicije aktivnosti nižih filogenetski starijih formacija koje su podređene višim, filogenetski mlađim strukturama. Lediran piramidni put gubi svoju funkciju kontrole nižih motornih sustava, prije svega spinalne motorike pa zato spinalni sustav postaje hiperaktivan. Mišićni refleksi su pojačani, očituju se patološki refleksi, a kožni refleksi su sniženi ili ugašeni. Spastična hipertonija očituje se kao elastični otpor mišića na pasivno istezanje koje je na početku pokreta jače pa se snižava. Na gornjim ekstremitetima hipertonija je najveća na fleksorima podlaktice, a na donjim na ekstenzorima potkoljenice. Piramidna hipertonija je selektivna i zahvaća više distalne mišiće ekstremiteta od proksimalnih.

Također, mogu se javiti i govorne smetnje kao i psihoorganski sindrom (46).

1.5.3. TUMORI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA

Tumori središnjeg živčanog sustava (SŽS) jedinstvena su, a vrlo mješovita skupina dobroćudnih i zloćudnih tumora. Podrazumijevaju tumore mozga i leđne moždine što je znatno rjeđe (čine vrlo mali udio svih tumora SŽS-a). Sve izrasline u središnjem živčanom sustavu zloćudne su po svojoj lokalizaciji, jer bilo koji proces unutar lubanje može uzrokovati neurološki deficit, kvantitativni poremećaj svijesti, pa i smrt. Mogu biti primarni tumori mozga i tumori nastali kao metastaze (presadnice) iz drugih udaljenih primarnih žarišta koji se pojavljuju deset puta više nego primarni (47). Tumori mozga obuhvaćaju 10% svih tumora uopće, a presadnice mozga obuhvaćaju 20% svih tumora mozga. Tumori mozga mogu se nalaziti u samom mozgu (gliomi, tumori krvnih žila) ili izvan moždanog tkiva (meningeomi, neurinomi, tumori hipofize) (37).

Pojednostavljeno, tumori mozga mogu biti maligni i benigni te primarni i sekundarni (metastaze).

Primarni tumori mozga

U Hrvatskoj je incidencija primarnih tumora 11,4/100 000 stanovnika, a najveća je kod starijih osoba. Većina tumora mozga češće se pojavljuje kod muškaraca. Posebno u starijoj populaciji, incidencija primarnih tumora mozga raste u posljednjih nekoliko desetljeća. Teško je jasno definirati čimbenike rizika za nastanak tumora mozga zbog velike raznolikosti tumora te zbog metodoloških razlika između istraživanja koja su se time bavila (47).

Klinička slika tumora mozga nosi sa sobom specifične simptome i znakove koji mogu biti opći i žarišni neurološki. Opći simptomi su povišen intrakranijalni tlak, promjene ponašanja i psihičke promjene. Žarišni neurološki simptomi su neurološki ispadi i epileptički napadaji. Povišen intrakranijalni tlak očituje se glavoboljom, povraćanjem, edemom papile očnog živca i znakovima potiskivanja kroz postojeće anatomske otvore

lubanje. Glavobolja je vrlo česta, u početku to bude blaža bol koja s vremenom postaje učestalija i teža. Nastaje zbog rastezanja meninga koje osjetno inervira živac trigeminus. Povraćanje je obično spontano bez prethodne mučnine. Edem papila očnog živca nastaje kao posljedica povišenog intrakranijalnog tlaka duže vrijeme tako da je danas rijetko prisutno u bolesnika s tumorom na mozgu. Promjene ponašanja i psihičke promjene očituju se kao kognitivni poremećaj, pad koncentracije i inicijative, usporenost, slabo pamćenje i sl. Neurološki ispadi nastaju kad je bolest već uznapredovala, a epileptički napadaji nastaju kada je došlo do promjena u kortikalnim strukturama mozga (37).

Što se tiče dijagnostike, osim detaljne anemneze i neurološkog pregleda, primjenjuje se kompjutorizirana tomografija (CT) ili magnetna rezonancija mozga (MR), s tim da MR ima prednost u prikazu živčanog tkiva.

Klasifikaciju tumora odredila je Svjetska zdravstvena organizacija. Stupnjevanje primarnih tumora temelji se na četiri patohistološke osobitosti: nuklearna atipija, mitotički indeks, mikrovaskularna proliferacija i nekroza. Jednostavnije rečeno, tumori s tri do četiri navedena obilježja se stupnjuju kao tumori gradusa IV, tumori s dva obilježja su tumori gradusa III, oni s jednim obilježjem su tumori gradusa II. Tumore gradusa I katrakterizira odsutnost ovih obilježja.

Najčešći primarni tumori mozga su: astrocitomi, oligodendrogliomi, ependimomi, meduloblastomi, adenomi hipofize, kraniofaringeom, tumori germinativnih stanica, meningeomi.

Liječenje tumora mozga obuhvaća tri modaliteta onkološkog liječenja: kirurški zahvat, radioterapija i kemoterapija (47).

Tumori leđne moždine

Učestalost tumora leđne moždine je znatno manja nego tumora mozga (37). Primarni tumori leđne moždine čine 2 - 4 % svih tumora SŽS-a, a kod 70 % oboljelih radi se o spororastućim, dobro diferenciranim tumorima. Dijele se na ekstraduralne, intraduralne - ekstramedularne te intraduralne - intramedularne (47).

Klinička slika ovih tumora je nespecifična bol i parestezije u kralježničnom stupu, ponekad uz specifične ispade osjeta, te motoriča slabost (37).

Ako se radi o primarnim tumoru najčešće se kirurški uklanja. Ovisno o vrsti, provodi se radioterapija, a rjeđe kemoterapija. Ako su u pitanju presadnice onda se najčešće primjenjuje samo radioterapija (47).

Moždane presadnice (metastaze)

Metastaze čine 10 - 20 % svih tumora mozga, mogu biti solitarne, ali češće su multiple te imaju jako loše prognoze. Za veliki broj metastaza na mozgu uopće se ne utvrdi ishodište (37). Iako bilo koji tumor može metastazirati na mozak, najčešće se radi o presadnicama raka pluća i dojke. Najveću sklonost širenju u mozak ima melanom. Liječenje može biti kirurško, radioterapija, radiokirurgija (gamma knife, x-knife), njihove kombinacije, te rjeđe kemoterapija (47).

1.5.4. CEREBRALNA PARALIZA

Cerebralna paraliza (CP) skupina je neprogresivnih, ali često promjenjivih poremećaja pokreta i položaja uzrokovanih razvojnim poremećajem ili oštećenjem nezrelog mozga (i/ili mozga u razvoju). Pogađa 2 - 3/1000 živorođene djece. Oštećenje funkcije mozga nastaje kao posljedica patoloških procesa koji nisu progresivni, a uglavnom su to: vaskularni poremećaji, hipoksija, infekcija, te razvojni poremećaji mozga uključujući i hidrocefalus. CP uzrokuje oštećenje mozga koje ne progredira, ali simptomi neurazvojnog poremećaja mogu se mijenjati zbog procesa maturacije, plastičnosti mozga te terapijskih postupaka. Upravo zbog te promjenjivosti kliničke slike, konačna dijagnoza se uspostavlja s minimalno 3 navršene godine, a optimalno s pet godina (48).

Etiologija

Uzrok CP uglavnom je još uvijek nepoznat kod velikog broja pogođene djece. Uzroci po vremenu nastanka mogu biti prenatalni, perinatalni i postnatalni. Neke studije

pokazuju da je u 70 - 80% slučajeva CP uzrokovana prenatalno (iako su studije po ovom pitanju vrlo neujednačene, ovisi o pojedinom istraživaču). Genetski faktori mogu biti uzrok različite patologije ili mogu modificirati tijek te tako utjecati na perinatalni razvoj. Radi se o polimorfizmima gena koji mogu mijenjati osjetljivost faktora rizika koji utječu na nastanak CP što podrazumijeva prijevremeni porod, poremećaje krvarenja i zgrušavanja, osjetljivost na infekcije i dr. Uz genetiku, veliku ulogu igraju i vanjski okolišni faktori (49). Brojne studije dokazale su da je CP rezultat patoloških trudnoća i/ili poroda. Glavni čimbenik rizika je mala porođajna težina i/ili nedonešenost. Višeplodna trudnoća značajno povećava rizik jer blizanci čine 6 - 10% djece s cerebralnom paralizom. Čimbenici rizika su i opstetričke komplikacije koje uzrokuju produženi ili ubrzani porod i pogrešne postupke tijekom samog poroda. Dolazi do asfiksije koja dovodi do lošeg Apgara. Nove studije pokazale su da je asfiksija kao etiološki čimbenik prisutna u 8 - 10% djece s CP. Sve se više govori i o perinatalnoj infekciji kao što je toksoplazmoza, rubeola, citomagalovirus čiji je učinak uništavanja intrauterino SŽS već poznat. U postnatalnom razdoblju, čimbenici rizika za nastanak CP su novorođenačke konvulzije, sepsa i meningitis, intrakranijalno krvarenje te hiperbilirubinemija. Više od 75% oštećenja mozga koja dovode do CP nastaju u razdoblju trećeg trimestra tako da su čimbenici rizika uglavnom prenatalnog i perinatalnog podrijetla (50).

Klinička slika

Vrlo često znakove CP uoče roditelji djece po usporenom motoričkom razvoju koji se razlikuje od njihovih vršnjaka. Uoče hipotoniju ili hipertoniju, neobične posturalne položaje te korištenje jedne strane tijela više nego druge. Njihovi mišići, žlijezde te stopala manji su nego u zdravih osoba. Epilepsija je prisutna u oko polovine dijagnosticirane CP. Pri postavljanju dijagnoze procjenjuju se motoričke vještine odnosno utvrđuju se motorički ispadi, procjenjuje se mišićni tonus, postura, refleksi, lateralna preferencija. Oštećenje mozga uzrokuje ne samo motorički deficit, već i intelektualni te poremećaj percepcije, vida, sluha, verbalne komunikacije, poremećaje u ponašanju (51). Mogu imati i gastroenterološke komplikacije, odnosno poteškoće probave i hranjenja pa je često prisutna pothranjenost i nizak tjelesni rast. Slaba

pokretnost tijela i slabost muskulature dovode do respiratornih problema, poremećaja urodinamike, deformacija skeleta te osteoporoze koja uzrokuje patološke frakture (50).

Klasifikacija cerebralne paralize

Klasifikacija se temelji na osnovnim neurološkim simptomima: spastični, diskinetični i ataktični oblik. Spastični ima dva podtipa, jednostrani spastični (hemiplegija, hemipareza) i obostrani spastični (dipareza, tripareza, tetrapareza) (48). U više od 75% slučajeva je to spastični oblik CP, dok na ostale otpada ostalih 20 - 25%. Svima je zajednička abnormalnost pokreta i položaja.

Spastičnu CP označava povišen tonus, hiperrefleksija, simptomi piramidne disfunkcije kao Babinski. Diskinetična CP se očituje u nevoljnim, nekontroliranim, ponavljajućim, nekad i stereotipnim pokretima. Često su prisutni primitivni refleksi te promjenjiv mišićni tonus. Ataktična CP se prepoznaje po nedostatku mišićne koordiniranosti, pokreti nisu usklađeni snagom, ritmom i preciznošću. Koristi se funkcionalno stupnjevanje grubih motoričkih funkcija (GMFCS – Gross motor function classification system for cerebral palsy) i za finu motoriku šake (BFMF – Bimanual fine motor function). I jedno i drugo stupnjevanje sadrže pet stupnjeva (50).

Osobe koje imaju CP uključene su u različite habilitacijske programe te razne operativne korektivne zahvate. Cilj je regulirati i smanjiti abnormalni tonus, a pritom stimulirati normalne oblike položaja i pokreta tijela. Osim motorike, važna je vizualna i auditivna percepcija, grafomotorika, sposobnost učenja, fina motorika, okulomotorna koordinacija, govorno razumijevanje, verbalna i neverbalna komunikacija. Sukladno stanju bolesnika, svakome se pristupa individualno. Potrebno je naglasiti da pristup treba biti holistički jer pojedini sustavi ne djeluju izolirano od ukupne funkcije sustava (51).

1.5.5. TRAUME ŽIVČANOG SUSTAVA

Traume središnjeg živčanog sustava (SŽS) najčešće nastaju kao posljedica prometne nesreće ili nekih drugih udaraca, ali svakako su posljedica djelovanja mehaničke sile. Odnose se na ozljede glave i spinalne ozljede. Ozljede glave nazivaju se još i kraniocerebralne ozljede. Mogu biti otvorenog i zatvorenog tipa, ovisi o narušavanju kontinuiteta tvrde moždane ovojnice, dure mater. Kod zatvorenih ozljeda nije narušen kontinuitet ovojnice, a kod otvorenih je narušren. Ozljede mogu nastati kada je glava u mirovanju (akceleracijske ozljede) i kada je glava u pokretu (deceleracijska ozljeda). Kraniocerebralne ozljede podrazumijevaju frakturu lubanje, potres mozga (komociju mozga), kontuziju mozga, laceracije i difuzne aksonalne ozljede mozga. Mogu nastati i komplikacije ozljeda kao što su hemoragija, edem mozgovine te znakovi povišenog intrakranijalnog tlaka s mogućom hernijacijom mozgovine (37).

Traumatske ozljede lubanje i mozga

Traumatske ozljede lubanje uključuju kontuziju lubanje i frakturu lubanje (koja može biti linearna fraktura kalote, impresijska fraktura, fraktura kalote s nastavkom frakturne pukotine prema bazi lubanje i fraktura baze lubanje). Kod traume glave može biti oštećen koštani dio lubanje, a mozak ne mora biti ozlijeđen. Lubanja je tvrd oklop te zajedno s likvorom može spriječiti ozljedu mozga.

Traumatske ozljede mozga mogu biti blage i teške moždane traume. Blaga trauma mozga uključuje revirzibilnu traumatsku paralizu živčanih funkcija koja traje nekoliko sekundi, minuta ili sati. Poremećaj svijesti je kratak (ne dulji od 30 min) a postraumatska amnezija traje maksimalno 24 h. Teška trauma mozga podrazumijeva nagnječenje ili kontuziju mozga zajedno s potresom mozga. Karakterizirana je poremećajem svijesti te žarišnim neurološkim ispadima, npr. hemiplegija i epileptični napadaji. Teško primarno oštećenje moždanog debla često završava smrću, a preživljavanje ostavlja teške posljedice kao što su: disartrija, okulomotorički poremećaji i poremećaji zjenica, ataksija i tremor. Edem mozga je vrlo česta posljedica teške traume glave, njegova prisutnost je opasna jer pojačava ekspanzivnost kontuzijskog

oštećenja ili krvarenja. Klinički simptomi edema su hiperventilacija, povraćanje i pojava ekstenzornih spazama. Mogu biti prisutna i traumatska krvarenja s posljedicom kompresije mozga. Krvarenje može biti epiduralno, subduralno i intracerebralno. Otvorene ozljede mozga nastaju prekidom kontinuiteta dure. Takve ozljede događaju se u ratu ili kao posljedica prometne nesreće. U 15 - 20 % slučajeva nastaju žarišni ili konvulzivni epileptički napadaji. Simptomi su slični onima kod teške zatvorene traume mozga (38).

Kronične komplikacije traume mozga su: posttraumatska epilepsija, glavobolja, poremećaji pokreta (motorički poremećaji) i neuropsihološke promjene.

Spinalne traume

Ozljede leđne moždine nastaju kao posljedica prometne nesreće ili pada. Najčešće se događaju mlađim muškarcima a najčešće su u vratnom i prsnom dijelu. Neurološki deficit koji se dogodi često je vrlo težak, a očituje se kao teški invaliditet s kljenuti udova, smetnjama mokrenja i potencije. Spinalna komocija klinički se manifestira prolaznim smetnjama koje traju do nekoliko sati. Spinalna kontuzija ima neurološke simptome koji se tek djelomično oporavljaju. Dolazi do kljenuti ili slabosti udova zbog poprečnog oštećenja s ispadom funkcije ispod razine oštećenja, znakovi oštetećenja gornjeg motornog neurona – u početku mlohava a kasnije spastična kljenut uz oštećenje osjeta boli i temperature te smetnje mokrenja. Najčešće u početku dolazi do spinalnog šoka uz gubitak funkcija ispod oštećenja, a tek iza toga se otkriva kakvo je stvarno oštećenje (37). Trzajna trauma vratne kralježnice nastaje zbog iznenadne hiperfleksije i hiperekstenzije, a događa se na razini C3 – C4, C4 – C5. Kod vrlo jakih trauma nastupa prolazna ili trajna kvadripareza (38).

Traume perifernih živaca

Ozljede živaca nastaju djelovanjem vanjske sile i dijele se na akutna oštećenja uzrokovana izravnim ozljedama i kronična oštećenja kao posljedica biomehaničkih poremećaja. Razlikuju se tri stupnja oštećenja: neuropraksija, aksonotmeza i neurotmeza. Neuropraksija je ispad funkcije bez oštećenja živčanih vlakana, najčešće

zbog kratkotrajnog pritiska na živac, a pacijent se oporavi tijekom šest tjedana. Aksonotmeza je prekid aksona uz očuvanje Schwannove neurileme i mijelinske ovojnice, a nastupa zbog tupe ozljede ili dugotrajnog pritiska na živac. Neurotmeza je potpuni prekid živčanih vlakana, kao npr. u reznim ranama. Ozljede nastaju najčešće na radu, u prometnim nesrećama i oružanoj borbi (52).

Što se tiče oštećenja živčanog sustava, klinička slika je pojedinačna, ne može se svesti na istu, sličnu ili jednu karakterističnu. Ovisi o oštećenju, lokaciji, veličini oštećenja, životnoj dobi. Oporavak može ovisiti o brzini i kvaliteti medicinskih postupaka, o pravovremenosti i kvaliteti rehabilitacije te o pacijentovoj motiviranosti (51).

1.5.6. PARKINSONOVA BOLEST

Parkinsonova bolest (PB) je idiopatska, a u neurologiji pripada poremećajima pokreta. Najčešća je bolest pokreta odnosno bolest bazalnih ganglija. To je progresivna neurodegenerativna bolest uzrokovana neurodegeneracijom dopaminergičkih neurona supstancije nigre, tj. bolest nastaje zbog nedostatka dopamina u substanti nigri i strijatumu. Nazvana je po engleskom liječniku Jamesu Parkinsonu koji je 1817. prvi opisao ovu bolest, promatrajući prolaznika s prozora svoje ordinacije. Od njegovog prvog opisa, spoznaje o bolesti značajno su se proširile (37, 38).

Klinička slika

Bolest karakterizira: ukočenost mišića zbog povišenog mišićnog tonusa (rigidnost), usporenost (bradikineza) i blokiranje pokreta, tremor u mirovanju – akinetički tremor, gubitak posturalnih refleksa i na posljetku fleksijsko držanje tijela. Simptomi parkinsonizma ne pojavljuju se samo u idiopatskom parkinsonizmu. Postoji veliki broj različitih bolesti i drugih neurodegenerativnih bolesti mozga koje mogu izazvati simptome parkinsonove bolesti. To je skupina sekundarnog parkinsonizma i atipičnog parkinsonizma, ali i onog vezanog za demenciju (38).

Bradikineza je usporena i siromašna spontana motorika, pokreti su spori i sami početak pokreta je spor, a amplituda pokreta smanjena. Otežane su fine i precizne radnje, ustajenje iz stolice, okretanje u krevetu te se izrazito smanjuju slova pri pisanju. Oskudna je pokretljivost i mimične muskulature, treptaji postaju rjeđi, slabi glas, a govor postaje monoton.

Prisutan je rigiditet, povišen tonus muskulature u proksimalnim i distalnim mišićima, u agonističkim i antagonističkim mišićima kao i cijelom dužinom pokreta. Oboljeli zauzimaju specifičan položaj semifleksije trupa s nogama savijenim u koljenima te rukama u laktovima.

Tremor se javlja kod dijela oboljelih i to je tremor u mirovanju tzv. statički tremor. Tremor ima formu „brojanja novca ili motanja duhana“.

Posturalni poremećaji također su prisutni. Posturalni refleksi, automatske posturalne radnje, odgovorni su za uspravan položaj tijela. Posturalni poremećaji očituju se kao savijanje tijela, naprijed, natrag ili u stranu.

Oboljeli od PB karakteristični su po svom hodu sitnim koracima, hod započinje otežano i noge se vuku po podlozi. Kako bolest napreduje izmjenjuju se spore kretnje s nekontroliranim ubrzanjem kratkih koraka. Javlja se i povremena zakočenost pa bolesnik postane nepokretan kratko vrijeme (37).

PB najčešća je neurodegenerativna bolest, pojavljuje se u svim etničkim skupinama, u oba spola, ali ipak nešto više kod muškaraca. Pojavljuje se poslije 40. godine života, najčešće između 40. i 60. Prevalencija PB raste sa životnom dobi i iznosi oko 1% u populaciji osoba starijih od 65 godina (38, 39).

Etiologija

Etiologija idiopatske PB do danas nije poznata, smatra se da je rezultat genskih i okolišnih čimbenika. Činjenica je da 20% bolesnika ima pozitivnu obiteljsku anamnezu bolesti u prvom koljenu. Pretpostavlja se da interakcijom genskih i okolišnih čimbenika dolazi do poremećaja funkcije mitohondrija s posljedičnim stvaranjem slobodnih radikala i nastanka oksidativnog stresa s posljedičnom neurodegeneracijom (38).

Pomoću CT-a vidljivo ja da 60% oboljelih ima smanjenu moždanu masu, više nego što bi to odgovaralo dobi ispitanika. EEG ostaje normalan, a likvor nije promijenjen ili je neznatno povećan sadržaj bjelančevina (39).

PB je lagano progresivna, brža progresija može se izmjenjivati sa stacionarnim razdobljima bolesti. U Parkinsonovu sindromu bilo koje etiologije postoji nedostatak dopamina na odgovarajućim receptorima (39). Otkrićem manjka dopamina i primjenom derivata dopamina levodope koji uspješno kontrolira simptome bolesti, PB postaje prva neurodegenerativna bolest liječena supstitucijskom terapijom. Zahvaljujući levodopi životni vijek ovih bolesnika ne razlikuje se od ostale populacije (38). Medikamentozno liječenje neophodno je nadopuniti medicinskom gimnastikom (39).

1.5.7. POLINEUROPATIJE

Polineuropatije su distalna oštećenja perifernih živaca koja se očituju najčešće na najdistalnijim dijelovima donjih ekstremiteta. Dolaze kao simetrične senzacije: parestezije, peckanje, žarenje, stezanje, osjećaj hodanja po pijesku u distalnim dijelovima udova i sl. Kod nekih bolesnika vježbanje pogoršava simptome uzrokujući gotovo pseudoklaudikacijske tegobe. Javljaju se motorički ispadi kao motorička slabost, atrofije mišića, grčevi, fascikulacije. Neurološkim pregledom ustanovi se simetrična hiporefleksija, slabost i gubitak osjeta u zonama koje prekrivaju čarape ili rukavice uz hiperpatiju. Testiranjem osjeta bolesnici pokazuju porast osjeta proksimalno na ekstremitetima (38). Klinički se očituje paraplegijom, katkada i tetraplegijom uz eventualne ispade kranijalnih živaca. Zahvaćena vlakna u histološkoj slici pokazuju degeneraciju aksona i demijelinizacijske promjene. Različite su neupalne etiologije i mehanizama. Česte polineuropatije su: parainfekcijska, alkoholna, toksična, metabolička (dijabetes). Katkad se mehanizmi nastanka polineuropatskih reakcija kombiniraju. Važna je rana dijagnoza, točno utvrđivanje uzroka i mehanizma nastanka, što omogućuje racionalno liječenje i ranu rehabilitaciju, pri čemu se vodi računa o potrebi sprječavanja atrofije zahvaćenih mišića (23).

Bolesti i stanja koje smo naveli su kronični, a odnose se na široki spektar fizičkih i psiholoških fenomena. Podrazumijeva sve što se odnosi na fizičku onesposobljenost a i znatno više od toga. Roberts je 1955. dao sveobuhvatnu definiciju: „kronična bolest podrazumijeva sva oštećenja ili odstupanja od normale koja imaju jednu ili više sljedećih karakteristika: trajne su, ostavljaju posljedicu invalidnosti, prouzrokovane su nepovratnim patološkim promjenama, zahtijevaju specifičan trening u okviru rehabilitacije ili se može očekivati da će zahtijevati dugi period promatranja i njege“ (16, str. 191).

1.6. PRIKAZ SLUČAJA

Unatoč teškim bolestima koje smo prethodno opisali, unatoč popratnoj boli i kompleksnim i dugim rehabilitacijskim procesima postoje brojna svjedočanstva ljudi koji se upravo uz pomoć vjere, nisu predali. Dapače, vjera im je pomogla da lakše nose i podnose svoju bolest i bol. Mukotrpno iskustvo patnje koju im je bolest izazvala, vjera je ublažila. U nekim slučajevima, teško zdravstveno stanje neke je ljude i dovelo do vjere ili im je vjeru probudilo. Takav je i sljedeći slučaj.

Christa Meves[13] bavila se iskustvima ljudi koja trpe. Između ostaloga prepričava posebno zanimljivu priču djevojke koja boluje od multiple skleroze. Christa prepričava dijalog s prvog susreta koji se odvijao između njih dvije. Mlada djevojka započinje razgovor govoreći da je sportašica, što se na njoj i vidjelo, izgledala je zdravo, svježe i u punoj kondiciji što joj Christa i govori, a ona uzvraća: „Da, kada bi samo tako bilo. Ali od nekog vremena imam jedan problem. Povremeno me muči tako izrazita i bolna slabost u nogama. Posjetila sam svog sportskog liječnika ali on me ozbiljna lica uputio neurologu“. Mlada žena brizne u plač i nastavlja: „Nakon brojnih pretraga liječnik je izrazio strašnu sumnju prema mojim bolovima u nogama, tako je on mislio, moglo bi se raditi o početku multiple skleroze“ (53, str. 63).

Začudila se kako joj je uopće mogao tako nešto izgovoriti, jer takva bolest bi joj oduzela mogućnost bavljenja sportom. Iza toga je osjetila značajne smetnje vida te je

[13] Njemačka psihoterapeutkinja i spisateljica, rođena 1925.

posjetila oftalmologa. Ona ga navodi kako su joj potrebne samo bolje naočale, a on joj vrlo ozbiljno odgovara: „S naočalama u ovom slučaju, ništa se ne može pomoći“ (53, str. 63).

Pokušavala je samu sebe utješiti kako su i liječnici samo ljudi, pa mogu i oni pogriješiti. Međutim s njenim nogama stanje je bivalo sve gore i gore. Nije joj preostalo ništa drugo, nego uzeti dopust i otići u lječilište boriti se za zdravlje. Pitala se: „Zar ne, Bog će mi ipak pomoći?“ (53, str. 64).

Nekoliko mjeseci otkako je mlada djevojka otišla u lječilište nisu se čule ni vidjele te Christa prima pismo u kojem piše kako bolest brzo napreduje, voze je u invalidskim kolicima i postaje pravi slučaj za liječenje. Postaje očajna i svjesna da je to ipak multipla skleroza, stalno se pitajući zašto baš njoj kojoj je kretanje bilo i poziv i radost.

Christa se prisjeća kako je djevojci pričala i protumačila Jobov slučaj[14] kad su prvi put susrele. Mlada djevojka je smatrala kako ne može doseći dubinu Jobove vjere, naprotiv, nastupilo je suprotno, odrekla se Boga, s njim se svađala, smatrala ga je nepravednim jer bez tuđe pomoći ne može ništa.

Nakon godinu dana od kontakta pismom, mlada djevojka zove Christu na telefon i radosnim glasom je pozove da je posjeti. Idući k njoj očekivala je tužan prizor, ali dogodilo se potpuno suprotno. U stolici je ugledala radosnu ženu. Bolesnica je izgledala kao da je prosvijetljena unutarnjom svjetlošću. „Sada je sve postalo dobro. Ne proces multiple, on je i dalje progresivan, ali ja sad znam što to sve skupa znači. Sada čeznem za Božjom blizinom. Često sam posjećivala crkvu, ali Boga nisam susrela sve do ovoga ljeta. Osjećala sam kao da sam uzdignuta i uvijena u meki i čvrsti ogrtač. Bio je to neopisivi nadzemaljski osjećaj najdublje sigurnosti koji me odjednom obuzeo“ (53, str. 65).

Od tada je njena unutarnja bol nestala. Mogla je podnositi bolove u nogama, bespomoćnost i nedovoljno suosjećanja svojih njegovateljica. Ništa je više nije žalostilo jer je smatrala da je njen Bog uz nju, okružuje je, i kad traži tišinu, osjeća njegovu prisutnost. Sada više nema nikakvih problema. Sada zna da bez bolesti koja ju je pogodila, ne bi ni osjetila kako je velika i kako je blizu Božja ljubav (53).

[14] Job je biblijski lik. Simbol je patnika i raspravljanja čovjeka patnika s Bogom. Job izražava patnju, ali i svoje traženje Boga. Potpuno se predavši Bogu, Job pronalazi vjeru te nadilazi patnju.

2. CILJ RADA

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi utjecaj vjere (i drugih dimenzija i elemenata religioznosti) na subjektivnu procjenu opće kvalitete života i generalnog zadovoljstva kvalitetom života kod neuroloških pacijenata, koji su po svojoj vjeroispovijesti kršćani.

Hipoteza: Prema subjektivnim procjenama neurološki pacijenti koji su više religiozni zadovoljniji su kvalitetom vlastitog života.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

Mjesto provođenja istraživanja je Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju „Biokovka“ čije je Povjerenstvo za etička pitanja odobrilo istraživanje. Vremenski period istraživanja je od 1. studenoga 2019. do 1. veljače 2020. Ustroj istraživanja je presječna studija u vidu ankete.

Obuhvaćeno je 60 ispitanika, 42 ženskog i 18 muškog spola. To su ambulantni i stacionarni neurološki pacijenti približne motoričke funkcionalnosti (vertikalizirani, koji hodaju samostalno ili uz pomoć pomagala), starosti od 30 do 70 godina, koji su u periodu istraživanja na rehabilitaciji u „Biokovci“. Po vjeroispovijesti su rimokatolici zbog homogenosti skupine. Kriteriji isključenja su psihički poremećaji. Neurološke dijagnoze prisutne kod ispitanika u istraživanju su: multipla skleroza, stanje poslije moždanog udara (hemipareza), stanje nakon tumora središnjeg živčanog sustava (tetrapareza), cerebralna paraliza, stanje nakon traume središnjeg (ozljeda leđne moždine - parapareza) i perifernog živčanog sustava (pareza perifernog živca), parkinsonova bolest i polineuropatije.

MJERNI INSTRUMENTI

- **Upitnik religioznosti**

Da bi se mjerila religioznost ispitanika Damir Ljubotina konstruirao je upitnik koji se sastojao od 38 stavki. Taj upitnik temelji se na teorijskom modelu religije prema Glocku i Starku iz 1965. g. koji počiva na 5 dimenzija prema kojima se može promatrati svaka religija (2,3). Upitnik je skraćen na 24 stavke (Stiplošek 2002.), po 8 za svaku od 3 dimenzije:

1. Dimenzija duhovnosti. Temelji se na važnosti vjere u životu pojedinca te na vjerovanjima i nekim religioznim iskustvima. Ova dimenzija ne mora uopće biti vezana za neku vjersku zajednicu, ali je svakako intrinzično motivirana i možemo je smatrati primarnom. (npr. Ponekad osjećam prisutnost Boga ili nekog božanskog bića)

2. Obredna (ritualna) dimenzija. Druga dimenzija, odnosno drugih osam pitanja odnosi se na prakticiranje različitih obreda koje propisuje pojedina vjerska zajednica. Obredi se mogu obavljati zbog tradicije ili kulture tako da mogu, ali i ne moraju ukazivati na integriranog vjernika. Ova dimenzija može biti motivirana intrinzično, ali i eksterno tj. da se zadovolje očekivanja okoline ili da se pojedinac sjedini s okolinom. (npr. Odlazim u crkvu)
3. Dimenzija utjecaja vjere na ponašanje. Odnosi se na slaganje sa stavovima vjere u svakodnevnom životu i aktivnostima koje nisu vezane za vjerske rituale. Slaganje sa stavovima vjere određuje ponašanje pojedinca ali može i razvijati netoleranciju prema osobama druge vjere ili ateistima. Primjena pravila i stavova vjere u životu predstavlja jedan od aspekata religioznog ponašanja. (npr. Ne podržavam brak s pripadnikom druge vjere)

Odgovori se daju na Likertovoj skali od 4 stupnja (0 - sasvim netočno do 3 – sasvim točno). Najmanji rezultat na pojedinim subskalama je 0 a najveći 24, stavke 17 i 21 na trećoj dimenziji boduju se obrnutim smjerom. Raspon rezultata u ukupnom upitniku je 0 – 72. Veći rezultat ukazuje na veću religioznost (3).

- **Indeks osobne kvalitete života**

„Personal Wellbeing Index – Adult (PWI – A)“ potječe od autora Roberta A. Cummins-a i International well-being grupe 2006. (4th Edition, Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University). Postoji hrvatska verzija upitnika na internetskoj stranici Australian Centre on Quality of Life, u prijevodu Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar (54). Koristi se za vrednovanje subjektivne kvalitete života, namijenjen je za odrasle osobe, a sedam domena kojima se bavi su domene važne za percepciju kvalitete života:

1. materijalno blagostanje,

2. zdravlje,

3. postignuća,

4. intimnost (bliski odnosi s drugim osobama),

5. osjećaj sigurnosti,

6. pripadnost zajednici i

7. sigurnost u budućnosti (16).

Korištenjem ovog upitnika primjenjuje se i upitnik s jednim pitanjem: „zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini“. To pitanje ne pripada ovom upitniku i analizira se kao zasebna varijabla. Svaka od 7 domena može se analizirati zasebno. Rezultat pojedine domene prikazuje se od 0 do 10 odnosno decimalna točka se pomiče za jedno mjesto tako da, ako je odgovor 6, postaje 60 na skali 0 – 100. Vrijednost ovog upitnika dobiva se izračunavanjem aritmetičke sredine vrijednosti na sedam domena. Osmo pitanje generalnog zadovoljstva kvalitetom života u cjelini koje izvorno ne pripada PWI-a, analizira se zasebno na isti način kao svaka od sedam domena (0 – 10 odnosno 0 – 100) (55).

- **Postupak**

Pacijentima se dijelila anketa tijekom radnog vremena fizioterapeuta - ispitivača. Fizioterapeut bi po prijemnoj dijagnozi (ukoliko je neurološka), neposredno prije početka terapije zabilježio osnovne podatke, dob, spol, dijagnozu te objasnio: „Istraživanje se provodi u svrhu diplomskog rada. Sastoji se od upitnika religioznosti i upitnika kvalitete života s pripadajućim uputama te od informiranog pristanka u kojemu su detaljne upute. Ukoliko ima nerazumijevanja, obratite se ispitivaču. Istraživanje je anonimno, a na pitanja odgovorite iskreno i samostalno zaokružujući po jedan odgovor za svaku stavku“. Ispitanik bi sutradan, po dolasku na individualnu kineziterapiju kod fizioterapeuta vratio ispunjene upitnike (upitnik religioznosti, upitnik zadovoljstva kvalitetom života na 7 domena (PWI), i upitnik zasebne varijable vezane za zadovoljstvo kvalitetom vlastitog života u cjelini).

U empirijskom dijelu ovog rada upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini testiraju se postavljene hipoteze istraživanja.

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na anketna pitanja od strane ispitanika.

Razina religioznosti u 3 dimenzije, zadovoljstvo osobnim životom na 7 domena (PWI), te zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini prezentiraju se upotrebom metoda deskriptivne statistike, i to medijanom, te interkvartilnim rasponom budući da je utvrđeno odstupanje vrijednosti od normalne razdiobe što je prethodno testirano Kolmogorov - Smirnov testom.

Testiranje razlika među promatranim dimenzijama testira se Kruskal - Wallis testom, dok se povezanost ispituje Spearmanovom korelacijom. Razina zadovoljstva u odnosu na graničnu vrijednost se testira Wilcoxonovim testom za jedan nezavisan uzorak.

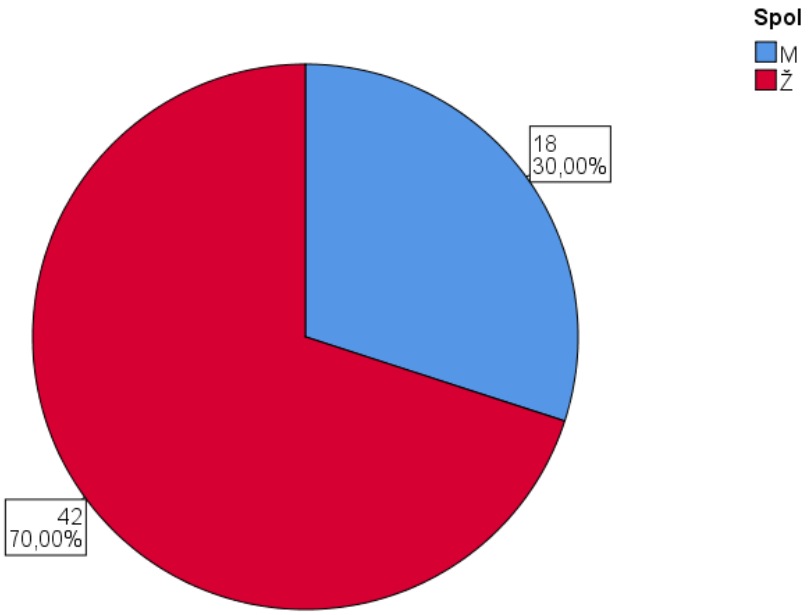
Analiza je rađena u statističkom Softwareu SPSS 25.

4. REZULTATI

Sociodemografska obilježja

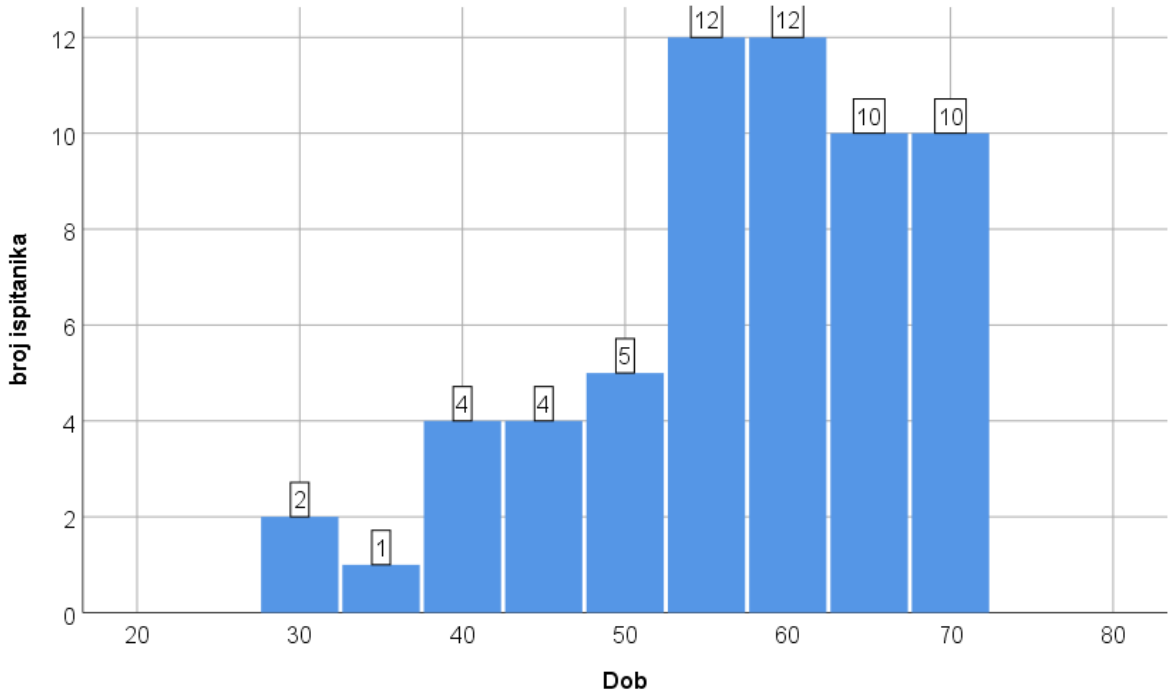
Prema spolu je veći broj ispitanih pacijenata ženskog spola za 24 u odnosu na broj ispitanih pacijenata muškog spola (χ^2= 9,60 ;p= 0,002).

Graf 1. Ispitanici prema spolu



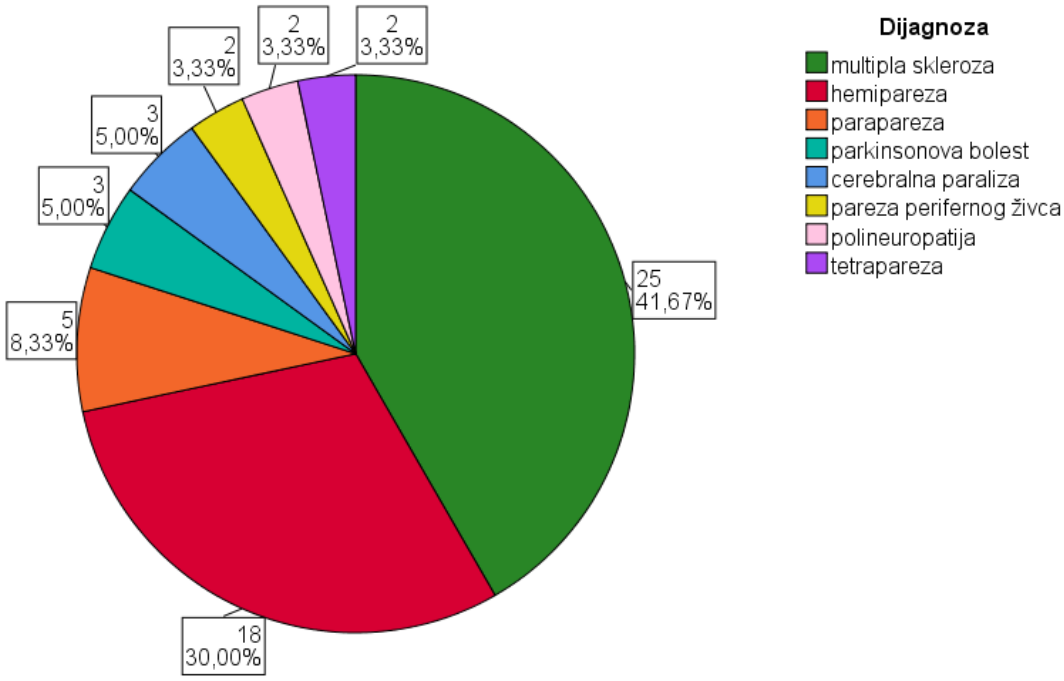
Među ispitanicima prevladavaju osobe starije od 50 godina, te je srednja vrijednost starosne dobi 58,50 godina (IQR= 51,00-64,50).

Graf 2. Ispitanici prema starosnoj dobi



Najzastupljenija dijagnoza kod ispitanika je multipla skleroza (n=25; 41,67%), zatim slijede stanje nakon moždanog udara – hemipareza (n=18; 30%), stanje nakon traume središnjeg živčanog sustava – parapareza (n=5; 8,33%), parkinsonova bolest (n=3; 5%), cerebralna paraliza (n=3; 5%), dok su u najmanjem broju zastupljeni ispitanici s dijagnozama: pareza perifernog živca (n=2; 3,33%), polineuropatija (n=2; 3,33%), te stanje nakon operiranog tumora središnjeg živčanog sustava - tetrapareza (n=2; 3,33%; χ^2=73,87; p<0,001).

Graf 3. Ispitanici prema dijagnozi



Religioznost I (duhovna dimenzija) je ispitana upotrebom 8 čestica. Opravdanost upotrebe odabranih čestica testira se Cronbach alpha pokazateljem.

Vrijednost Cronbach alpha 0,959 upućuje na zaključak da postoji unutarnja dosljednost među 8 odabranih čestica, odnosno primjerene su za korištenje promatranja dimenzije religioznost I.

Tablica 1. Cronbach alpha pokazatelj pouzdanosti mjerne skale

Cronbach's Alpha	N
0,959	8

Najveća prosječna razina utvrđena je kod čestice „Osjećam se vjernikom“ gdje je utvrđeno prosječna razina 2,58 s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 0,86 bodova, dok je najniža razina utvrđena kod čestice „Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtvu“ gdje je prosječna razina 2,08 s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 0,97.

Tablica 2. Deskriptivni pokazatelji čestica religioznosti I

	N	Prosjek	SD	Medijan	IQR	Min	Maks
Ponekad osjećam prisutnost Boga ili nekog božanskog bića	59	2,29	0,77	2,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Kada mi je teško molitva mi predstavlja veliko olakšanje	59	2,27	0,96	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Osjećam se vjernikom	59	2,58	0,86	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Vjera mom životu daje puni smisao	59	2,44	0,90	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtvu	59	2,08	0,97	2,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Vjera za mene predstavlja nadu i utjehu	60	2,40	0,92	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Mnoge stvari u životu određene su Božjom voljom	60	2,40	0,92	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00
Kada mi se dogodi nešto lijepo zahvalim se Bogu	60	2,55	0,79	3,00	(2,00-3,00)	0,00	3,00

Najveća razina ukupne religioznosti je utvrđena kod dimenzije religioznosti II (obredna ili ritualna dimenzija) gdje je utvrđena srednja vrijednost 22,00 (IQR=17,50-24,00), te je za 5 bodova veća u odnosu na religioznost utvrđenu u dimenziji III (dimenzija utjecaja na ponašanje) gdje je utvrđena srednja vrijednost 17,00 (IQR=13,00-20,00).

Na temelju 3 promatrane dimenzije religioznosti dobiva se ukupna razina religioznosti gdje je utvrđena srednja vrijednost 58,00 (IQR=51,00-65,50), odnosno može se utvrditi da među ispitanicima prevladava visoka razina religioznosti ($p<0,001$).

Tablica 3. Deskriptivni pokazatelji religioznosti

	N	**Medijan**	**IQR**
Religioznost I*	60	20,00	(16,50-24,00)
Religioznost II*	60	22,00	(17,50-24,00)
Religioznost III*	60	17,00	(13,00-20,00)
Religioznost ukupno**	60	58,00	(51,00-65,50)

*maksimalna teorijska vrijednost 24

**maksimalna teorijska vrijednost 72

Zadovoljstvo osobnim životom (PWI) je ispitano upotrebom 7 čestica. Opravdanost upotrebe odabranih čestica testira se Cronbach alpha pokazateljem.

Vrijednost Cronbach alpha 0,791 upućuje na zaključak da postoji unutarnja dosljednost među 7 odabranih čestica, odnosno primjerene su za korištenje kod kreiranja dimenzije promatranja PWI-a.

Tablica 4. Cronbach alpha pokazatelj pouzdanosti mjerne skale

Cronbach's Alpha	N
0,791	7

Najveća prosječna razina zadovoljstva je utvrđena kod čestice „Zadovoljstvo odnosima s bližnjima“ gdje je utvrđena prosječna razina zadovoljstva 8,61 s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 1,50, dok je najniža razina zadovoljstva utvrđena kod čestice „Zadovoljstvo zdravljem“ gdje je utvrđena prosječna razina zadovoljstva 5,51 s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 2,20.

Tablica 5. Deskriptivni pokazatelji čestica PWI-a

	N	Prosjek	SD	Medijan	IQR	Min	Maks
Zadovoljstvo životnim standardom	60	7,12	2,21	7,00	(5,00-9,00)	0,00	10,00
Zadovoljstvo zdravljem	59	5,51	2,20	5,00	(4,00-7,00)	0,00	10,00
Zadovoljstvo postignućima u životu	60	7,68	2,09	8,00	(6,00-9,50)	3,00	10,00
Zadovoljstvo odnosima s bližnjima	59	8,61	1,50	9,00	(8,00-10,00)	5,00	10,00
Zadovoljstvo osjećajem sigurnosti	60	7,78	1,96	8,00	(6,00-9,00)	3,00	10,00
Zadovoljstvo pripadnosti okolini	60	7,90	2,05	8,50	(6,50-10,00)	2,00	10,00
Zadovoljstvo osjećajem sigurnosti u budućnosti	60	6,97	2,52	7,50	(5,00-9,00)	0,00	10,00

PWI je mjeren upotrebom mjerne skale s rasponom vrijednosti do 100 bodova.

Srednja razina PWI-a je 76,40 (IQR=64,30-85,00), te upućuje na zaključak da je riječ o visokoj razini percepcije budući da je srednja vrijednost veća od 50 bodova ($p<0,001$).

Tablica 6. Deskriptivni pokazatelji PWI

	N	**Medijan**	**IQR**
Zadovoljstvo osobnim životom na 7 domena (PWI)	60	76,40	(64,30-85,00)

Srednja vrijednost zadovoljstva kvalitetom života u cjelini je 80,00 (IQR=55,00-90,00), te upućuje na zaključak da je riječ o visokoj razini percepcije budući da je srednja vrijednost veća od 50,00 bodova ($p<0,001$).

Tablica 7. Deskriptivni pokazatelji zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

	N	Medijan	IQR
Zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini	60	80,00	(55,00-90,00)

Budući da mjerna skala religioznosti sadržava 72 boda, dok mjerna skala zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI), te zadovoljstva kvalitetom života u cjelini sadrže 100 bodova, kod mjerne skale religioznosti je rađena transformacija vrijednosti kako bi se dobila razdioba sa 100 bodova kakvu imaju i druge dvije skale. Nakon postupka standardizacije vrijednosti, upotrebom Kruskal-Wallis testa testira se razlika u stupnju značajnosti 3 dimenzije promatranja.

Testiranjem razlike u razini religioznosti, zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI) i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini nije utvrđeno postojanje razlike (H=3,002; p=0,083), odnosno približno je jednaka razina rezultata sva 3 upitnika.

Tablica 8. Kruskal-Wallis test – razlika u razini religioznosti, zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI) te zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

	N	Medijan	IQR	H	p**
Religioznost ukupno**	60	80,56	(70,83-90,97)	3,002	0,083
PWI	60	76,40	(64,30-85,00)		
Zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini	60	80,00	(55,00-90,00)		

**Standardizirana vrijednost

** Kruskal-Wallis test

Povezanost između PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

Testiranjem povezanosti između PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđeno je postojanje pozitivne, umjerene i statistički značajne povezanosti (rho=0,633; p<0,001), odnosno porast razine PWI-a praćen je porastom zadovoljstva kvalitetom života u cjelini i suprotno.

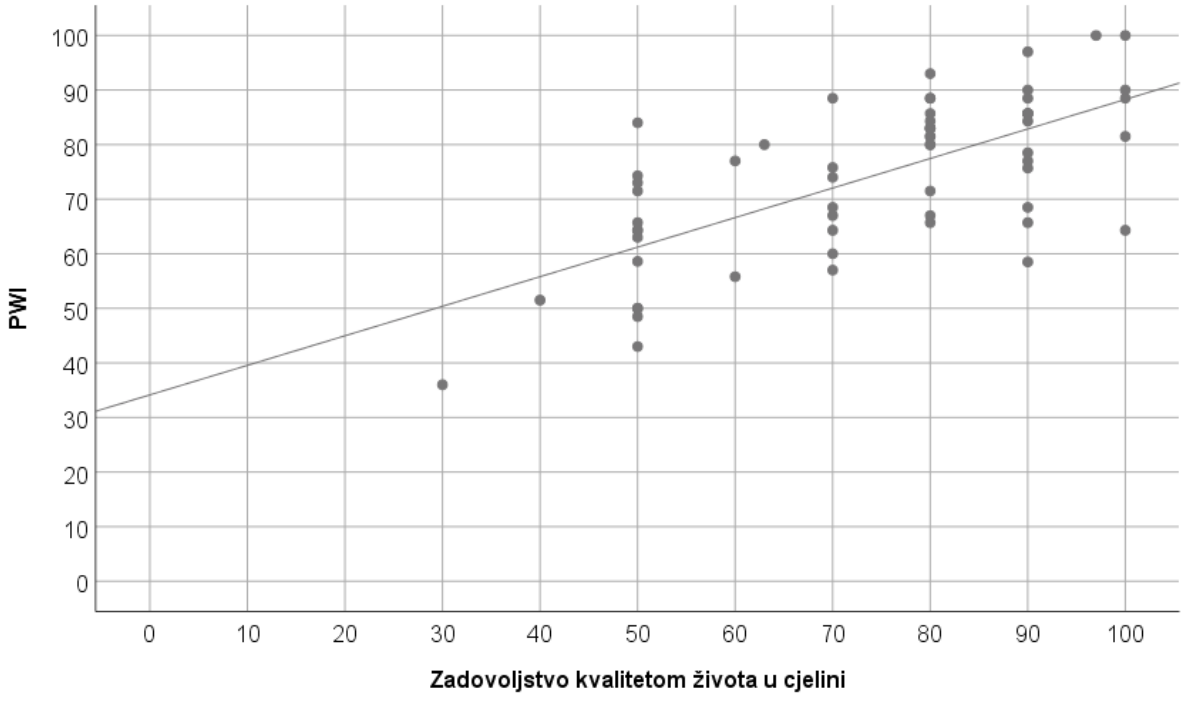
Tablica 9. Korelacija PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

		Zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini
Zadovoljstvo životom na 7 domena (PWI)	rho**	0,633**
	P	<0,001
	N	60

**Spearmanov koeficijent korelacije

Povezanost je prikazana i dijagramom rasipanja.

Graf 4. Dijagram rasipanja: Zadovoljstvo osobnim životom na 7 domena (PWI) i zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je rast PWI-a praćen porastom zadovoljstva kvalitetom života u cjelini.

Povezanost između religioznosti I i zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI)

Testiranjem povezanosti između religioznosti I (duhovna dimenzija) i PWI-a nije utvrđeno postojanje povezanosti (rho=0,107; p=0,142). Dakle, veća razina religioznosti I se ne odražava na promjenu PWI-a i suprotno.

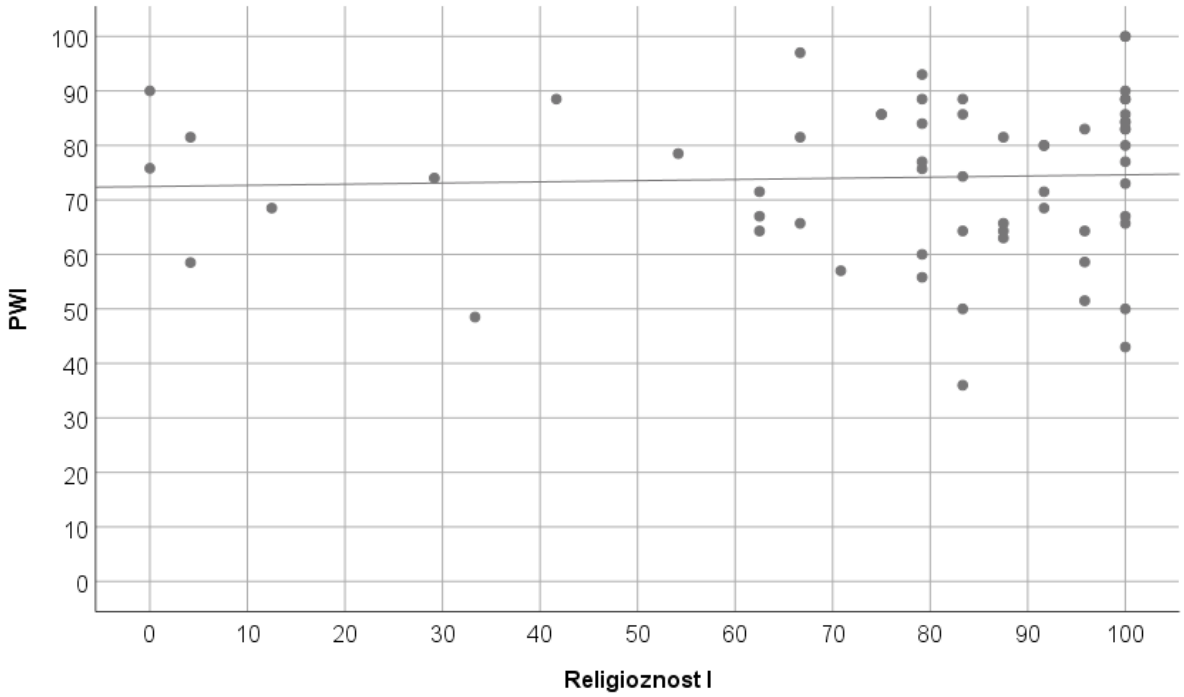
Tablica 10. Korelacija religioznosti I (duhovne dimenzije) i PWI-a

		Zadovoljstvo osobnim životom (PWI)
Religioznost I (duhovna dimenzija)	rho**	0,108
	P	0,142
	N	60

** Spearmanova korelacija

Razdioba religioznosti I i PWI-a prikazana je grafički dijagramom rasipanja.

Graf 5. Dijagram rasipanja: Religioznost I i PWI



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da kod ispitanika prevladava visoka razina religioznosti I, dok PWI oscilira kod svih razina religioznosti I zbog čega povezanost nije utvrđena.

Povezanost između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

Testiranjem povezanosti između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini nije utvrđeno postojanje povezanosti (rho=-0,040; p=0,763). Dakle, veća razina religioznosti I se ne odražava na povećanje zadovoljstva kvalitetom života u cjelini i suprotno.

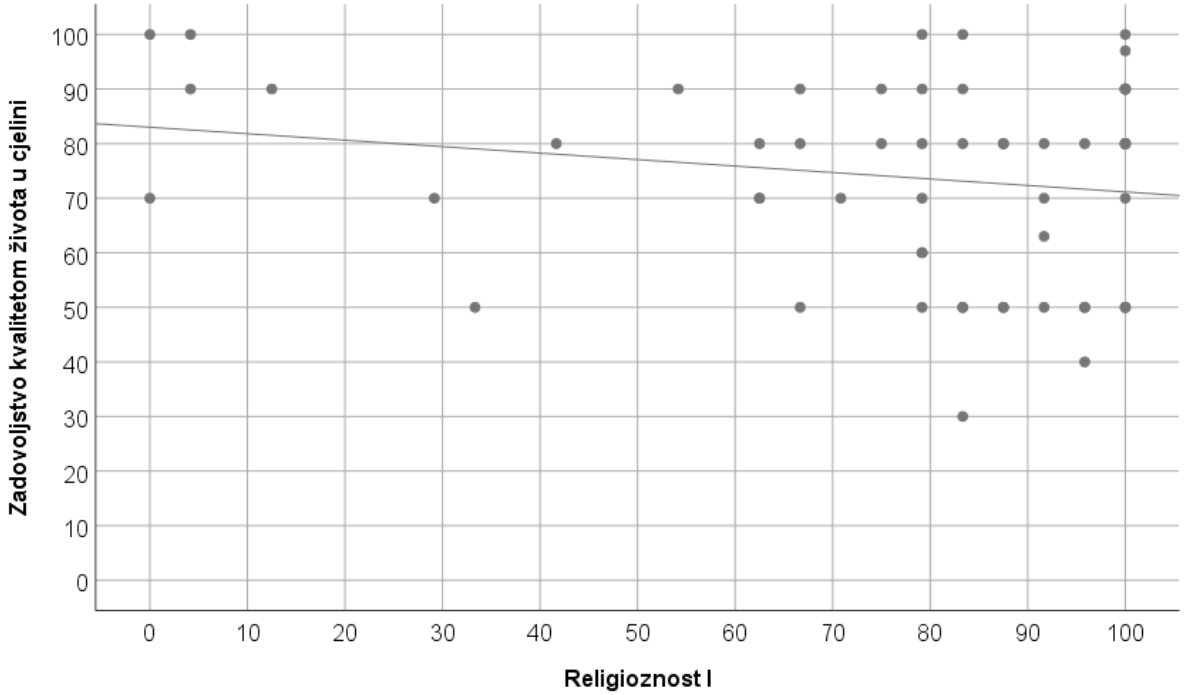
Tablica 11. Korelacija religioznosti I (duhovne dimenzije) i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

		Zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini
Religioznost I (duhovna dimenzija)	rho**	-0,040
	P	0,763
	N	60

**Spearmanova korelacija

Razdioba religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini prikazana je grafički dijagramom rasipanja.

Graf 6. Dijagram rasipanja: Religioznost I i zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da kod ispitanika prevladava visoka razina religioznosti I, dok zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini oscilira kod svih razina religioznosti I, zbog čega povezanost nije utvrđena.

Nakon provedenog istraživanja utvrđena je visoka razina religioznosti kod neuroloških pacijenata, kao i visoki stupanj zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI), te zadovoljstva kvalitetom života u cjelini.

Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike u razini religioznosti, zadovoljstva osobnim životom na 7 domena (PWI) te zadovoljstva kvalitetom života u cjelini ($p=0,083$).

Testiranjem povezanosti između PWI i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđeno je postojanje pozitivne povezanosti, odnosno porastom razine PWI-a raste i zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini i suprotno ($rho=0,678$; $p<0,001$).

Povezanost između religioznosti I i PWI-a nije utvrđena, kao niti povezanost između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini.

Kao primjer navodimo slučaj pacijenta XX koji je doživio prometnu nesreću 1987. godine otkad je teško pokretan, a na upitniku religioznosti je postigao sljedeće rezultate:

Tablica 12. Rezultati upitnika religioznosti pacijenta XX

	Vrijednost
Religioznost I*	19/24
Religioznost II*	24/24
Religioznost III*	19/24
Religioznost ukupno**	62/72

Na upitniku PWI ispitanik je imao 88,50 bodova, te na upitniku o zadovoljstvu kvalitetom života u cjelini maksimalnih 100 bodova.

Iako je teško pokretan već 33 godine kod svih promatranih dimenzija bilježio je iznadprosječne vrijednosti.

5. RASPRAVA

Autorica Vuger - Kovačić (16) navodi kako Clinebell (1966.) „daje teoretski model misli - tijelo - duhovnost u kojem objašnjava da kroz duhovne potrebe osoba pronalazi značenje i svrhu života, daje i dobiva ljubav te održava nadu i kreativnost“ (16, str. 192). Navodi se i da je „duhovnost važna varijabla kod suočavanja s bolešću, naročito kod kroničnih i terminalnih bolesnika, a osobe koje su teško oboljele navode molitvu, transcedentna iskustva kao vrlo važne potrebe koje mogu pomoći oboljelima“ (16, str. 192). Također, citira i druge autore koji su ustanovili kako je optimizam prediktor veće kvalitete života. Spomenuta autorica u istraživanju se bavila kvalitetom života osoba oboljelih od multiple skleroze (MS) i došla je do zaključka da je niska koristeći upitnik (PWI) koji je korišten i u ovom našem istraživanju. Ispitanih je bilo 397, u dobi od 18 do 73 godine, prosjek dobi je bio 45 godina, a prosjek trajanja bolesti 9,82 godine. Ustanovila je da demografske varijable nisu bile statistički značajne, razina onesposobljenosti i depresivnosti smanjuju kvalitetu života, a kao najjači prediktor kvalitete života je socijalna podrška. Ustanovila je kako je trajanje bolesti u pozitivnom odnosu s kvalitetom života što bi značilo da oboljeli s godinama mijenjaju životne stavove, mire se sa sudbinom te se usmjeravaju na mogućnosti takve kakve jesu. Rezultati su ukazali da kad se radi o kvaliteti života ovih ispitanika posebnu pažnju treba obratiti na socijalnu podršku. Smatra da socijalna podrška pozitivno utječe na tjelesno i mentalno zdravlje djelovanjem na emocije. Stoga, takav oblik podrške može djelovati kao zaštita za održavanje veće kvalitete života. Ispitanici su najmanje zadovoljni zdravljem a najviše pripadnosti zajednici i bliskim odnosima.

Uspoređujući navedeno istraživanje s našim istraživanjem, dolazimo do istog rezultata prema kojem su ispitanici najmanje zadovoljni zdravljem a najviše odnosima s bližnjima. U našem istraživanju pokazalo se veće zadovoljstvo kvalitetom života (≈80%) dok je u istraživanju spomenute autorice zadovoljstvo ispitanika kvalitetom života samo 61% što se smatra graničnim (60%) kod ispitivanja konstrukta kvalitete života. U našem istraživanju prosjek godina je ipak veći za 13 godina, a nismo se bavili dužinom trajanja bolesti te je u njenom istraživanju broj ispitanika znatno veći.

Duhovno blagostanje bitno je kod kroničnih bolesti i stanja jer daje životu svrhu i smisao, te je važan pristup u promicanju općeg zdravlja i kvalitete života. Poznato je da kronična invalidnost (kao što je kod MS) postavlja pitanja o smislu i svrsi života. Vjeruje se da nedostatak duhovnosti rezultira pojavom depresije, stresa i tjeskobe te nedostatkom smisla i svrhe u životu. Mnogi su bolesnici prepoznali duhovnost kao čimbenik koji uklanja spomenute negativnosti te promiče kvalitetu života (56).

U istraživanju autora Allahbakhshaina i sur. (56) iz 2011. g. provedenom u Iranu (Teheran) koje se bavi duhovnošću bolesnika s MS-om, korišten je upitnik *SWBS - spiritual wellbeing scale* gdje su rezultati vrednovani kao niski, srednji i visoki, prema broju bodova. Dok su u našem istraživanju vrlo visoki rezultati religioznosti i duhovnosti, u istraživanju spomenutog autora većina ispitanika pokazala je duhovno srednje blagostanje i to 97.9% ali raspon dobi je od 20 – 57 godina (od 236 ispitanika, trajanje bolesti 1-30 god.) dok je kod nas znatno veća dob ispitanika. U ovom istraživanju sudjelovalo je 65% žena te 35% muškaraca, dok je u našem istraživanju sudjelovalo 70% žena i 30% muškaraca. Autor navodi veliki pozitivni utjecaj ekonomskog statusa na duhovnost. Ovo istraživanje jedno je od rijetkih koje otkriva važan podatak o nezaposlenosti upravo ovakve grupe ispitanika, čak 73,6% ispitanika. To možemo usporediti s rezultatima našeg istraživanja u kojima je čestica „zadovoljstvo životnim standardom“ treća po redu najmanjeg zadovoljstva. Nezaposlenostnismo ispitivali a možda je upravo to razlog malog zadovoljstva životnim standardom. Isto tako Allahbakhshain i sur. spominju razvedene ispitanike i one koji nisu zadovoljni zajedničkim životom te nemaju izvor socijalne podrške što im uz bolest stvara dvostruki stres te im duhovnost može biti od pomoći kod prilagođavanja bolesti. Također navode duhovnost kao najvažniji aspekt zdravlja i zadovoljstva životom te ističu da se duhovnost povećava s godinama jer se starenjem čovjek suočava sa stvarnošću smrti i nastoji se prilagoditi novoj zbilji, što se pokazalo i u našem istraživanju gdje je prosjek dobi 58,50 a religioznost/duhovnost visoko izražena. Citiraju i istraživanje u kojem je intervju dalo 10 žena oboljelih od side ukazujući na to da je duhovnost glavna komponenta osjećaja sigurnosti i ugode. Navode i istraživanja Bussinga i sur. koji zaključuju da je niska razina duhovnosti oboljelih od MS, dok Levine i sur. dolaze do zaključka da duhovnost u životu ima važnu ulogu pri suočavanju s bolešću.

James B. Wade i sur. (57), 2018. g. proveli su istraživanje u SAD-u koje se bavi religioznošću, duhovnošću i srećom odnosno njihovom povezanošću kod odraslih osoba s neurološkim stanjem ili bolesti. Cilj je bio ispitati povezanost religioznosti i duhovnosti s razinom sreće 354 neurološki oboljela ispitanika (37 – 85 god.), provodeći anketu 3 godine. Duhovnost i sreća ispitivani su neovisno o težini neurološkog statusa, dok smo mi okvirno definirali koliki je neurološki deficit odnosno kolika je motorička sposobnost (svi ispitanici mogu se samostalno vertikalizirati, a neki i puno više od toga). Istraživanje ovih autora pokazalo je veliku pozitivnu povezanost egzistencijalne duhovnosti (osobna snaga) i sreće ali ne i religiozne duhovnosti (vezano uz Boga) i sreće dok je u našem istraživanju izražena visoka religiozna duhovnost. Autor sugerira da bi se i dalje trebalo baviti vjerom, molitvom i njihovim utjecajem na sreću i zadovoljstvo te zaključuje da duhovne i religiozne dimenzije poboljšavaju subjektivno blagostanje, a viša razina religioznosti i duhovnosti utječu na niske razine depresije te umanjuju socijalnu izolaciju, što smo prijemjetili u prvom istraživanju koje smo naveli u ovom poglavlju, bitnost bliske okoline. U navedenom istraživanju spominje se razlika religioznosti i duhovnosti navodeći niz istraživanja koja se bave i drugim bolestima kao što su karcinom i HIV pozitivni, ističući da duhovnost ima veći utjecaj od religioznosti na smanjenje depresivnih epizoda oboljelih i povećanje kvalitete života te prilagodbe na novonastalo stanje.

Finocchiaro i sur. (58), 2014. g. bavili su se duhovnošću (*SWB - spiritual well being*) kao prediktorom kvalitete života odraslih osoba s paraplegijom. Istraživanje ima 75 ispitanika i svrha mu je bila ispitati odnos između duhovnog blagostanja, depresije i kvalitete života. Koristio se korelacijski dizajn. Zaključak je da su ispitanici kod kojih je bila izražena duhovnost imali veću kvalitetu života. Kvaliteta života značajno je pozitivno povezana s većim SWB a negativno s depresijom dok je kod nas depresija bila isključni kriterij.

Chlan i sur. (59), 2010. g istraživali su ulogu duhovnosti i religioznosti, i zadovoljstvo životom kod odraslih koji su imali spinalnu ozljedu u djetinjstvu (prije 18. godine, a ispitanici su u dobi 24 - 45, brojčano ih je 298 koji su sudjelovali u svim upitnicima). Istraživani su: stupanj onesposobljenosti, zdravstveno stanje u 12 točaka, zadovoljstvo životom te religioznost i duhovnost. Polovica ispitanika izjavila je da im je religioznost

važna ili vrlo važna, a više od polovice ispitanika koristi duhovno suočavanje (*BriefCOPE*- npr. molio sam se ili meditirao). Zaključak je da su važnost religije i duhovnog suočavanja značajno pozitivno povezani sa starijom dobi, dužim trajanjem takvog stanja i većim životnim zadovoljstvom.

Istraživanja na ovu temu ne sežu daleko u prošlost i nema ih u velikom broju. Uglavnom su bliski ishodi istraživanja. Nalazi se veza između religioznosti/duhovnosti i kvalitete života neurološki oboljelih. U našem istraživanju pokazane su vrlo visoke razine promatranja i religioznosti i duhovnosti te kvalitete života kod starije populacije neurološki oboljelih ali ne i povezanost. Istraživanja se razlikuju u metodama i postupcima tako da ih je teško potpuno približiti i usporediti. Uglavnom ih većina navodi pozitivnu povezanost. Postoji značajna rasprava u vezi definiranja religioznosti i duhovnosti. Sve je više dokaza da duhovnost i religioznost služe kao zaštitni čimbenici protiv različitih negativnosti. Religioznost se obično smatra formalnim, institucionalnim i izvanjskim izrazom vjere a mjeri se važnost religije i učestalost sudjelovanja u vjerskoj službi. Duhovnost je subjektivno iskustvo koje može biti i unutar i izvan religije. Duhovnost je kao unutarnji, osobni i emocionalni izraz svetog mjeren duhovnim ili religioznim suočavanjem te mirom i ugodom koji proizlaze iz vjere. Isto tako postoje razlike u ispitivanju kvalitete života. Može biti zadovoljstvo kvalitetom na više domena, kvaliteta života vezana samo uz zdravlje, zadovoljsto kvalitetom života u cjelini, upitnici zadovoljstva i sreće, itd (59).

Rijetko se dosad istraživala bitnost religioznosti/duhovnosti kod populacije koja je u rehabilitacijskom procesu. Pojavile su se značajne veze kod odraslih pacijenata koji su bili na rehabilitaciji nakon moždanog udara, imali su visoko mjerene religijske i duhovne indekse a niže razine anksioznosti i depresivnih simptoma od manje religioznih/duhovnih pojedinaca. U istraživanju koje uključuje odrasle osobe s ozljedom leđne moždine, veća duhovnost bila je povezana s većomm kvalitetom života i većim životnim zadovoljstvom (58).

Kada smo naveli rezultate našeg istraživanja, te rezultate drugih istraživanja i ono što se općenito zna o ovoj temi, možemo se kritički osvrnuti i na način proučavanja. Iz pretraženih članaka primjećujemo da bi duhovnost/religioznost trebala imati jedinstvenu ulogu u rehabilitacijskim ustanovama i bolesti uopće. Očito je da imaju značaj u

promicanju zadovoljstva kvalitetom života. Na kvalitetu života mogu utjecati razni faktori, a tako i na religioznost/duhovnost, ovisi na kojem dijelu svijeta provodimo istraživanje, kakva je percepcija tamošnjeg društva, okolina i uvjeti života, običaji društva, sustav vrijednosti pojedinca, itd. Iz svega dosad navedenoga zaključujemo da postoji pozitivna povezanost religioznosti/duhovnosti i kvalitete života na koji god način da se ovaj odnos proučavao. U našem istraživanju motorička funkcionalnost je svedena na pacijente koji hodaju samostalno ili uz primjerena pomagala, svi mogu samostalno doći u vertikalni položaj, dok u spomenutim istraživanjima ili se razina funkcionalnosti ne navodi ili postoji upitnik koji to određuje ili se pak navodi – ispitanici su neurološki pacijenti neovisno o stupnju motoričke nesposobnosti. Važno je i trajanje bolesti ili stanja koje mi nismo navodili a pokazalo se pozitivno povezanim s religioznosti/duhovnosti i zadovoljstvom kvalitete života u gore spomenutim istraživanjima. Također su bitne i dobne skupine ispitanika ako je dosad zaključeno da je religioznost/duhovnost bliža starijoj populaciji. Ono što je zajedničko svim istraživanjima na ovu temu je jedna vremenska točka anketiranja. Već smo spomenuli duhovnost i religioznost kao slične ali i različite konstrukte. Ovisi o istraživanju, u našem skala religioznosti sadrži duhovnu dimenziju kao jednu trećinu ukupnog upitnika. Kod nekih autora nalazimo i jedan i drugi pojam, kod nekih duhovnost koja je isključivo religiozna, ali ima i onih koji se bave samo egzistencijalnom duhovnošću koja nije vezana za religiju, ili se bave i jednom i drugom. Ono što nismo pročitali ni u jednom, a nije prisutno ni u našem istraživanju je vrijeme u kojem su osobe došle u doticaj s religioznošću, je li seže iz djetinjstva pod utjecajem obitelji i okoline ili su se duhovnost i religioznost probudile u samoj bolesti? Ekonomski status, materijalno blagostanje, prihodi, također se negdje ispituju, ne kod svih autora, a mogu biti važni faktori u donošenju zaključaka. Isključni kriterij bio nam je veće odstupanje u psihičkom zdravlju dok su pojedina istraživanja imala upitnike koji mjere razinu depresivnosti i anksioznosti. Što se spola tiče, autori nisu obraćali posebnu pažnju na tu dimenziju koja se također može promatrati. U istraživanju autora Allahbakhshaina i sur. (56) navodi se kako nema statistički značajne razlike u razini duhovnosti između muškaraca i žena te da je razina religioznosti veća kod žena. U drugim spomenutim istraživanjima nije bilo značajne veze između spola i duhovnosti/religioznosti. U našem

istraživanju nismo se bavili razlikama između muškaraca i žena u promatranim dimenzijama.

Sada znamo koji su nedostatci a koje pozitivnosti ovog istraživanja. Svakako će nam poslužiti kao dobar alat za bavljenje ovom temom u budućnosti. Neophodan nam je veći broj ispitanika, kao kod istraživanja koje smo navodili jer postoji veća vjerojatnost većeg broja manje religioznih/duhovnih odnosno kontrolne skupine u postojećoj bez čega hipotezu ne možemo dokazati. Ako govorimo o idealnoj kontrolnoj skupini, to bi bili nereligiozni ispitanici što je u Hrvatskoj teško očekivati s obzirom da ih je malo uopće, a još teže očekivati da će ih biti relevantan broj u skupini neurološki oboljelih točne odgovarajuće motoričke funkcionalnosti (60). Vrijedno je što imamo dimenzije i duhovnosti i religioznosti. Što se funkcionalnosti tiče, skupina je poprilično homogena. Raspon dobi kod nas je vrlo širok a prevladava starija populacija. Poželjno je da ima svih dobnih skupina jer pojedina istraživanja navode da duhovnost/religioznost raste sa starosnom dobi, kao i vrednovanje kvalitete života (16, 56). I ono što se razlikuje od autora do autora je alat za ispitivanje kvalitete života. Je li kvaliteta života vezana uz zdravlje?; odnosi li se na kvalitetu života u cijelosti?; je li vezana uz zadovoljstvo ili sreću? Ono što je nas zanimalo je subjektivna procjena kvalitete života na 7 domena (nevezana samo i isključivo za zdravstveni status) i zadovoljstvo kvalitetom života u cjelini neurološki oboljelih pod većim ili manjim utjecajem religioznosti/duhovnosti. Ovo što smo do sada napravili pomoći će nam u odabiru metoda, postupaka i uključnih kriterija, kao orijentacijsko istraživanje za buduća istraživanja na ovu temu.

Kao ograničenje ovog istraživanja ističe se visoka razina religioznosti/duhovnosti koja je praćena i visokom razinom zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, te zadovoljstva osobnim životom na sedam domena (PWI). Zbog nedostatka kontrolne skupine (manje religiozni/manje izražena komponenta duhovnosti) u postojećoj skupini, veza nije mogla biti utvrđena.

6. ZAKLJUČCI

U ovom istraživanju najviše je ispitanika s dijagnozom multiple skleroze (n=25; 46%) te hemipareze ili stanja nakon moždanog udara (n=18; 30%). Žena je 70% a muškaraca 30%. Srednja vrijednost starosne dobi je 58,50 godina (IQR= 51,00-64,50).
Religioznost I (duhovna dimenzija) ispitana je upotrebom 8 čestica. Najveća prosječna razina utvrđena je kod čestice „Osjećam se vjernikom“ ($\bar{x}$=2,58; SD=0,86), dok je najniža razina utvrđena kod čestice „Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtvu“ ($\bar{x}$=2,08; SD=0,97).

Najveća razina ukupne religioznosti utvrđena je kod religioznosti II (obredna ili ritualna dimenzija) gdje srednja vrijednost iznosi 22,00 (IQR=17,50-24,00), zatim slijede religioznost I gdje je srednja vrijednost 20,00 (IQR=16,50-24,00) te religioznost III (dimenzija utjecaja vjere na ponašanje) sa srednjom vrijednošću 17,00 (IQR=13,00-20,00).

Na temelju sve 3 promatrane dimenzije religioznosti utvrđena je srednja vrijednost 58,00 (IQR=51,00-65,50) te se iščitava da među ispitanicima prevladava visoka razina ukupne religioznosti (p<0,001).

Što se tiče deskriptivnih pokazatelja PWI-a najveća prosječna razina od 7 čestica zadovoljstva utvrđena je kod „Zadovoljstvo odnosima s bližnjima“ ($\bar{x}$=8,61; SD=1,50), dok je najniža razina zadovoljstva kod čestice „Zadovoljstvo zdravljem“ ($\bar{x}$=5,51; SD=2,20).

Srednja razina PWI-a je 76,40 (IQR=63,30-85,00) te upućuje na zaključak da je riječ o visokoj razini percepcije zadovoljstva životom na 7 domena s obzirom da je srednja vrijednost veća od 50,00 bodova (p<0,001).

Srednja vrijednost upitnika zadovoljstva kvalitetom života u cjelini je 80,00 (IQR=55,00-90,00) te upućuje na zaključak da je visoka percepcija zadovoljstva kvalitetom života u cjelini s obzirom da je srednja vrijednost veća od 50,00 bodova (p<0,001).

Testiranjem razlike u razini ukupne religioznosti, PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini nije utvrđeno postojanje razlike (H=3,002; p=0,083).

Testiranjem povezanosti između PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđeno je postojanje pozitivne, umjerene i statistički značajne povezanosti (rho=0,633; p<0,001), odnosno porast razine PWI-a praćen je porastom zadovoljstva kvalitetom života u cjelini i suprotno.

Testiranjem povezanosti između religioznosti I (duhovna dimenzija) i PWI-a nije utvrđeno postojanje povezanosti (rho=0,107; p=0,142). Dakle, veća razina religioznosti I ne odražava se na promjenu PWI-a i suprotno.

Testiranjem povezanosti između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini nije utvrđeno postojanje povezanosti (rho= -0,040; p=0,763) što bi značilo da se viša razina religioznosti I ne odražava na povećanje zadovoljstva kvalitetom života u cjelini.

Nakon provedenog istraživanja utvrđene su visoke vrijednosti sve 3 mjerene razine. Očekivanja su bila da će biti ispitanika koji su manje religiozni (kao kontrolna skupina u postojećoj), međutim to se nije dogodilo te se nije uspjela dokazati zadana hipoteza. Broj ispitanika trebao bi biti znatno veći a time i duži period istraživanja da bi bila veća vjerojatnost kontrolne skupine u postojećoj.

7. LITERATURA

1. Marinović - Bobinac A. Necrkvena religioznost u Hrvatskoj. Društvena istraživanja. 1995;4(6 (20)):853-866.
2. Ćorić ŠŠ. Psihologija religioznosti. Drugo dopunjeno izdanje. Jastrebarsko: Naklada slap; 2003.
3. Stiplošek D. Povezanost religioznosti, samopoštovanja i lokusa kontrole. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2002.
4. Leutar Z, Josipović AM. Neke dimenzije religioznosti mladih. Nova prisutnost. 2008;VI(3):397-420.
5. Pavičić D. Religiozni ljudi lakše se nose sa životom i manje su bolesni. 2019 Svibanj 22 [pristupljeno 26.10.2019.]
   Dostupno na: https://franjevci-st.com/religiozni-ljudi-lakse-se-nose-sa-zivotom-i-manje-su-bolesni/6382
6. Zrinšćak S, Črpić G, Kušar S. Vjerovanje i religioznost. Bogoslovska smotra. 2000;70(2):233-255.
7. Što točno znače pojmovi „VJERA“ i „RELIGIJA“ Je li svaki vjernik – religiozan? Glas Koncila. 2018 Lipanj 8 [pristupljeno 17.11.2019.] Dostupno na: https://www.glas-koncila.hr/sto-tocno-znace-pojmovi-vjera-i-religija-je-li-svaki-vjernik-religiozan/
8. Gruden V. Sreća, zdravlje, vjerovanje. Nova prisutnost. 2003;I(2):277-283.
9. Tomić C. Religioznost i vjera. Veritas; 2006. [pristupljeno 17.01.2019.]
   Dostupno na: http://www.veritas.hr/arhiv/ver2006/ver01_06/bozjaric.htm
10. Pejić M. Tko je duhovan čovjek? 2017 Rujan 20 [pristupljeno 27.10.2019.] Dostupno na: https://franjevci-st.com/tko-duhovan-covjek/2716
11. Špehar M. Sveci i kršćanska duhovnost prema zdravlju i bolesti. Acta medico-historica Adriatica. 2012;10(2):339-350.
12. Leutar I, Leutar Z. Duhovnost kao resurs snage i otpornosti obitelji u rizičnim okolnostima. Nova prisutnost. 2017;XV(1):65-87.
13. Racz A, Pavić J, Čutura V. Duhovna strana izlječenja - nadnaravno čudo ili spontana remisija. Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti. 2016;2(1):15-22.

14. Komadina A. Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. Crkva u svijetu. 2016;51(4):615-638.
15. Ameling A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. Holist Nurs Pract. 2000 Apr;14(3):40-8.
16. Vuletić G (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2011.
17. Benjak T. Kvaliteta života i zdravlje roditelja djece s pervazivnim razvojnim poremećajima [disertacija]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
18. Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika [disertacija]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
19. Joković S, Pavlović J, Hadživuković N, Đević R, i Vilotić S. Metode ispitivanja i pokazatelji kvaliteta života. Biomedicinska istraživanja. 2017;8(1)90-94.
20. Zagorac I. Aleksandra Frković: Medicina i bioetika. Socijalna ekologija. 2010;19(2):229-231.
21. Jeličić A. Teološko poimanje dostojanstva života i patnje – katolički doprinosi bioetici. Znakovi vremena. 2014;7(63)81-91.
22. Orešković S. Koncepti kvalitete života. Socijalna ekologija. 1994;3(3-4):263-274.
23. Padovan I. Medicinski leksikon. Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 1992.
24. Szentmartoni M. Duhovno-psihološki vidovi ljudskog zdravlja. Ančić NA, Bižaca N (ur.). Kršćanstvo i zdravlje. Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa; Split: Crkva u svijetu, 2006. str. 9-28.
25. Emmons RA, Kneezel TT. Giving Thanks: Spiritual and Religious Correlates of Gratitude. Journal of Psychology and Christianity. 2005;24(2), 140–148.
26. Štifanić M. Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. Društvena istraživanja. 2001;10(1-2 (51-52)):191-211.
27. Jurić H. Zdravlje: pluriperspektivni bioetički pristup. Medix; 2018. [pristupljeno 16.11.2019.] Dostupno na: https://www.medix.hr/zdravlje-pluriperspektivni-bioeticki-pristup

28. Mateljan A. Otajstvo supatnje. Sakrament bolesničkog pomazanja. Split: Crkva u svijetu; 2002. str. 144.
29. Lütz M. Užitak života – Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa. Split: Verbum; 2015.
30. Bijelić B. Ermanno Pavesi, Bioetika umijeća ozdravljenja. Obnovljeni život. 2014;69.(3.):417-419.
31. Rupčić D. Bolest u procjepu biologije i kulture. Postmoderno shvaćanje bolesti kao biokulturne pojave. Filozofska istraživanja. 2016;36(3):421-438.
32. Mateljan A (ur.). Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi. Split: Crkva u svijetu; 2018. str. 265-266.
33. Nađ B. Misterij patnje. Evangelizacijski izazov bolničkog dušobrižništva. Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2017.
34. Kešina I. Liječenje pomoću smisla. Ančić NA, Bižaca N (ur.). Kršćanstvo i zdravlje. Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa; Split: Crkva u svijetu; 2006. str. 345-376.
35. Puljić Ž. Franklova logoterapija – liječenje smislom. Društvena istraživanja. 2005;14(4-5 (78-79)):885-902.
36. Šutalo A. Faze umiranja Elisabeth Kübler-Ross kod palijativnih bolesnika. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2019.
37. Butković Soldo S, Titlić M. Neurologija: za visoku školu za medicinske sestre, fizioterapeute, inženjere radiologije. Osijek: Studio HS internet; 2012.
38. Brinar V i sur. Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
39. Poeck K. Neurologija. 2 izdanje prema 8., prerađenom i proširenom izdanju. Božičević D, Brinar V, Brzović Z, Zurak N (ur.). Zagreb: Školska knjiga; 2000.
40. Nedeljković U. Uticaj rehabilitacije na oporavak osoba sa multiplom sklerozom posle akutnog pogoršanja bolesti [disertacija]. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet; 2014.
41. Schafer U, Kitze B, Poser S. Multipla skleroza, Više znati – bolje razumjeti. Zagreb: Naklada slap; 2010.

42. Bašić Kes V, Zavoreo I, Šerić V, Vargek Solter V, Cesarik M, Hajnšek S i sur. Recommendations for Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis. Acta clinica Croatica. 2012;51(1):117-135.
43. Gogić T. Značajke liječenja interferonom beta 1a i 1b u bolesnika s multiplom sklerozom. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2017.
44. Sinanović O, Trkanjac Z. Neuromotorni simptomi nakon moždanog udara. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
45. Bočina I. Moždani udar. Narodni zdravstveni list. [pristupljeno 30.12.2019.] Dostupno na: http://www.zzjzpgz.hr/nzl/42/ubojica.htm
46. Ivanović SP. Cerebrovaskularne bolesti. Podgorica: IP Obeležja; 2010.
47. Vrdoljak E, Belac Lovasić I, Kusić Z, Gugić D, Juretić A. Klinička onkologija. 3. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
48. Mejaški Bošnjak V, Đaković I. Europska klasifikacija cerebralne paralize. Paediatr Croat. 2013; 57 (Supl 1): 93-97.
49. Rešić B. Genetika i cerebralna paraliza. Paediatr Croat. 2013; 57 (Supl 1): 87-92.
50. Mejaški Bošnjak V. Neurološki sindromi dojenačke dobi i cerebralna paraliza. Paediatr Croat. 2007; 51 (Supl 1): 120-129.
51. Horvatić J, Joković Oreb I, Pinjatela R. Oštećenja središnjeg živčanog sustava. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanj. 2009;45(1):99-110.
52. Paladino J. Kompedij neurokirurgije. Zagreb: Naklada ljevak; 2004.
53. Maves C. Biblija pomaže u liječenju – Moja iskustva s ljudima koji trpe. Đakovo: UPT; 2007.
54. Australian Centre on Quality of Life. Instruments/Resources. [pristupljeno 27.01.2020.] Dostupno na: http://www.acqol.com.au/instruments
55. Matić K. Odnos religioznosti i zadovoljstva životom kod studenata. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju; 2014.
56. Allahbakhshian M, Jafarpour M, Parvizi S. Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011 Summer;16(3):202-6.

57. Wade JB, Hayes RB, Wade JH, Bekenstein JW, Williams KD, Bajaj JS. Associations between Religiosity, Spirituality, and Happiness among Adults Living with Neurological Illness. Geriatrics (Basel). 2018 Sep; 3(3): 35.
58. Finocchiaro DN, Roth AP, Connelly CD. Spiritual well-being as predictor of quality of life for adults with paraplegia. Rehabil Nurs. Nov-Dec 2014;39(6):285-93.
59. Chlan KM, Zebracki K, Vogel LC. Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric - oneset spinal cord injury. Spinal Cord. 2011 Mar;49(3):371-5.
60. Wikipedia: Slobodna enciklopedija. Ireligija u Hrvatskoj. [pristupljeno 25.03.2020.] Dostupno na: https://hr.wikipedia.org/wiki/Ireligija_u_Hrvatskoj

8. SAŽETAK

CILJ: Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi utjecaj vjere (i drugih dimenzija i elemenata religioznosti) na subjektivnu procjenu opće kvalitete života i generalnog zadovoljstva kvalitetom života kod neuroloških pacijenata, koji su po svojoj vjeroispovijesti kršćani.

METODE: Šezdeset neuroloških pacijenata tijekom rehabilitacije u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju sudjelovalo je u ovom istraživanju u vidu ankete. Korištena su 3 upitnika: upitnik religioznosti koji ima 3 dimenzije, upitnik zadovoljstva kvalitetom života na 7 domena za odrasle (PWI) te upitnik koji sadrži jedno pitanje o zadovoljstvu kvalitetom života u cjelini.

REZULTATI: Duhovna dimenzija religioznosti ispitana je upotrebom 8 čestica. Najveća razina utvrđena je kod čestice „Osjećam se vjernikom“ a najmanja kod „Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtvu“. Najveća razina religioznosti utvrđena je kod obredne dimenzije, zatim kod duhovne i najmanja kod dimenzije utjecaja vjere na ponašanje. Na temelju 3 promatrane dimenzije religioznosti zaključak je da kod ispitanih neuroloških pacijenata prevladava vrlo visoka razina religioznosti. Što se tiče zadovoljstva kvalitetom života na 7 domena, najzadovoljniji su odnosima s bližnjima a najmanje zadovoljni sa zdravljem. Zadovoljstvo kvalitetom života pokazalo se vrlo visoko kod oba mjerena upitnika. Testiranjem povezanosti religioznosti I (duhovne dimenzije) i zadovoljstva kvalitetom života na 7 domena te testiranjem povezanosti religioznosti I sa zadovoljstvom kvalitete života u cjelini nije utvrđena povezanost. Testiranjem povezanosti između zadovoljstva životom na 7 domena i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđena je pozitivna, umjerena i statistički značajna povezanost.

ZAKLJUČAK: Nakon provedenog istraživanja utvrđene su visoke vrijednosti kod sve 3 razine promatranja. Zbog nedostatka kontrolne skupine (manje religiozni) u postojećoj skupini hipoteza nije mogla biti utvrđena. Na osnovu svega navedenog zaključujemo da duhovnost može imati jedinstvenu ulogu u promicanju kvalitete života oboljelih te bi trebala postati standardni dio skrbi u liječenju pojedinca.

9. SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this research is to determine the impact of faith (and other dimensions and elements of religiosity) on a subjective assessment of overall quality of life and satisfaction with the quality of life in general with neurological patients, who are Christians by belief.

METHODS: Sixty neurological patients during their rehabilitation in a special medical rehabilitation hospital participated in this study in the form of survey. Three different questionnaires were used: a three-dimension questionnaire about religiosity, a questionnaire about satisfaction with the quality of life in 7 adult domains (PWI) and a questionnaire containing one question about satisfaction with the quality of life in general.

RESULTS: The spiritual dimension of religiosity was tested using 8 particles. The highest level was found in the particle "I feel like a believer" and the lowest in "For my faith I am ready for renunciation and sacrifice". The highest level of religiosity was found in the ritual dimension, followed by the spiritual dimension and the lowest is the influence of faith on believers' behavior. A very high level of religiosity prevails in neurological patients that were surveyed (based on the 3 observed dimensions of religiosity). In terms of satisfaction with the quality of life in 7 domains, the respondents are most satisfied with their relationships with their loved ones and least satisfied with their health. Satisfaction with the quality of life turned out to be very high in both questionnaires. By testing the connection between religiosity (and other spiritual dimension) and satisfaction with the quality of life in 7 domains, and by testing religiosity and satisfaction with the quality of life as a whole, no connection has been established. By testing the connection between the satisfaction with life in 7 domains and the satisfaction with the quality of life as a whole, a positive, moderate and statistically significant relationship was found.

CONCLUSION: After the research conducted, high values were determined at all three levels of observation. Due to the lack of a control group (less religious) in the existing group, the hypothesis could not be confirmed. Based on all the above, we conclude that

spirituality can play a unique role in promoting the quality of life with the diseased and should become a standard part of care in the curing treatment of an individual.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime:

Tea Grgić

Datum i mjesto rođenja:

17.05.1987., Makarska

Adresa:

Hercegovačka 3, Vrgorac

E-mail adresa:

grgictea41@gmail.com

OBRAZOVANJE:

Osnovna škola „Vrgorac“ u Vrgorcu

Opća gimnazija, Srednja škola „Tin Ujević“ u Vrgorcu

Stručni studij fizioterapije u Splitu, 2005.-2009.

Razlikovni mudul te diplomski studij fizioterapije na odjelu zdravstvenih studija Sveučiliša u Splitu, 2016. -

DODATNE EDUKACIJE:

Bobath za djecu, 2013.

RADNO ISKUSTVO:

Pripravnički staž u trajanju od godinu dana u Općoj bolnici Dubrovnik, rujan 2009. - rujan 2010. Zaposlena u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Biokovka, s prekidima od 2012. do danas, od 6. mjeseca 2019. zaposlena na neodređeno. Ukupno 6 godina radnog iskustva.

DODATNA ZNANJA I VJEŠTINE:

Engleski jezik

11. PRILOZI

11.1. UPITNIK RELIGIOZNOSTI

UPUTA:

Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje se odnose na neke oblike Vašeg svakodnevnog ponašanja. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju i na skali procijenite u kojoj mjeri tvrdnja točno opisuje Vaše uobičajeno ponašanje.

Pri tome vrijednosti na skali imaju sljedeća značenja:

sasvim netočno	**uglavnom netočno**	**uglavnom točno**	**sasvim točno**
0	**1**	**2**	**3**

Ponekad osjećam prisutnost Boga ili nekog božanskog bića	0	1	2	3
Kada mi je teško molitva mi predstavlja veliko olakšanje	0	1	2	3
Osjećam se vjernikom	0	1	2	3
Vjera mom životu daje puni smisao	0	1	2	3
Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtve	0	1	2	3
Vjera za mene predstavlja nadu i utjehu	0	1	2	3
Mnoge stvari u životu određene su Božjom voljom	0	1	2	3
Kada mi se dogodi nešto lijepo zahvalim se Bogu	0	1	2	3
Redovito odlazim u crkvu (hram Božji)	0	1	2	3
Svećenik mi redovito posvećuje dom	0	1	2	3
Obavio sam većinu vjerskih obreda koje propisuje moja religija	0	1	2	3
Znam ime svoje župe i župnika (svećenika)	0	1	2	3
Poznajem osnovne molitve	0	1	2	3
Dobro poznajem redoslijed bogoslužja	0	1	2	3
Vjerski praznici za mene predstavljaju posebno svečan događaj	0	1	2	3
Moju djecu odgajati ću u duhu moje religije	0	1	2	3
Odustao/la bih od crkvenog vjenčanja ukoliko bi to moj partner/partnerica zahtijevao/zahtjevala	0	1	2	3
S ljudima druge religije druge religije nikada nisam bio tako prisan kao sa svojima	0	1	2	3
Nisam pristalica braka s pripadnicima druge religije	0	1	2	3
Crkva mora imati značajnu ulogu u društvu	0	1	2	3
Pri izboru partnera uopće mi nisu važna njegova/njezina vjerska uvjerenja	0	1	2	3
Protivnik sam vanbračne zajednice	0	1	2	3
Mlade bi trebalo odgajati u duhu vjere	0	1	2	3
Mnogi problemi u društvu posljedica su zanemarivanja religije	0	1	2	3

11.2. PERSONAL WELLBEING INDEX

PWI UPITNIK ZA ODRASLE – HRVATSKA VERZIJA

Molimo Vas da odgovorite koliko ste zadovoljni pojedinostima u svom životu koristeći ocjene od 0 do 10

0 = nimalo nisam zadovoljan, 5 = ni zadovoljan ni nezadovoljan do 10 = u potpunosti sam zadovoljan.

Nimalo nisam zadovoljan — ni zadovoljan ni nezadovoljan — u potpunosti sam zadovoljan

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OSOBNI ŽIVOT

Koliko ste zadovoljni …?

1. svojim životnim standardom	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. svojim zdravljem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. onim što postižete u životu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. svojim odnosima s bližnjima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. svojim osjećajem sigurnosti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. pripadnošću okolini u kojoj živite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. osjećajem sigurnosti u budućnosti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.3. UPITNIK ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U CJELINI

Koliko ste zadovoljni kvalitetom svoga života u cjelini?

(zaokružite ocjenu 0 -10)

Nimalo nisam zadovoljan					ni zadovoljan ni nezadovoljan					u potpunosti sam zadovoljan
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10