

Doprinos osobnih karakteristika i religioznosti kvaliteti života i prilagodbi stanju nakon preboljenog srčanog infarkta

Tafra, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:381560>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ana Tafra

**DOPRINOS OSOBNIH KARAKTERISTIKA I
RELIGIOZNOSTI KVALITETI ŽIVOTA I PRILAGODBI
STANJU NAKON PREBOLJENOG SRČANOG INFARKTA**

Diplomski rad

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ana Tafra

**DOPRINOS OSOBNIH KARAKTERISTIKA I
RELIGIOZNOSTI, KVALITETI ŽIVOTA I PRILAGODBI
STANJU NAKON PREBOLJENOG SRČANOG INFARKTA**

**THE CONTRIBUTION OF PERSONAL
CHARACTERISTICS AND RELIGIOSITY, QUALITY OF
LIFE AND ADAPTATION STATE AFTER MYOCARDIAL
HEART ATTACK**

Diplomski rad / Master 's Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Vesna Antičević

Split, 2017.

Zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Antičević, koja mi je pružila profesionalnu i osobnu pomoć pri izradi i realizaciji rada.

Beskrajno zahvaljujem svojoj obitelji koja mi je bila potpora cijelo vrijeme izrade diplomskog rada, koja me potiče na rast i bez koje ne bih bila ovo što jesam.

Zahvaljujem svim kolegicama koje su mi pomogle u prikupljanju podataka.

Hvala vam od srca na velikoj podršci!

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1.	Infarkt miokarda	1
1.1.1.	Klinička slika infarkta miokarda	2
1.1.2.	Dijagnostika infarkta miokarda	2
1.1.3.	Liječenje infarkta miokarda.....	3
1.1.4.	Oporavak nakon infarkta	4
1.1.5.	Kardiovaskularna rehabilitacija.....	4
1.1.6.	Psihološke posljedice infarkta miokarda	6
1.2.	Kvaliteta života	7
1.3.	Religija i duhovnost u medicini	9
1.4.	Sestrinstvo i religija	11
2.	CILJ ISTRAŽIVANJA.....	14
2.1.	Cilj istraživanja	14
2.2.	Hipoteza istraživanja.....	14
3.	IZVORI PODATAKA I METODE.....	15
3.1.	Uzorak ispitanika	15
3.2.	Mjerni instrumenti	15
3.3.	Etička pitanja	16
4.	REZULTATI	17
4.1.	Osobne karakteristike pacijenata	17
4.1.1.	Spol ispitanika	18
4.1.2.	Dob ispitanika.....	18
4.1.3.	Bračni status ispitanika.....	19
4.1.4.	Školska sprema ispitanika	20
4.1.5.	Radni status ispitanika	20
4.2.	Važnost vjere u životu	21
4.2.	Stupanj religioznosti	22
4.3.	Kvaliteta života	24
4.4.	Razina prilagodbe nakon infarkta	26
4.5.	Odnos između općih karakteristika ispitanika i kvalitete života	29

4.5.1.	Povezanost između općih karakteristika (dob, religioznost) i kvalitete života	29
4.5.2.	Razlike u kvaliteti života s obzirom na spol, obrazovanje, radni status i bračno stanje	30
4.6.	Razlike u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na opće karakteristike ispitanika.....	31
4.6.1.	Razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na spol, stupanj obrazovanja, radni status i bračno stanje	31
4.6.2.	Razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na dob i s obzirom na religioznost	33
4.6.3.	Doprinos sociodemografskih karakteristika i religioznosti kvaliteti života i postinfarktnoj prilagodbi	34
4.6.4.	Predviđanje kvalitete života na osnovi sociodemografskih karakteristika i obilježja vjere	35
5.	RASPRAVA.....	38
6.	ZAKLJUČAK.....	42
7.	LITERATURA	43
8.	SAŽETAK.....	46
9.	SUMMARY	48
10.	ŽIVOTOPIS	50
11.	PRILOZI.....	53

1. UVOD

Bolesti srca i krvnih žila u razvijenim zemljama, među najčešćim su bolestima. Prema statističkim podacima i u Republici Hrvatskoj, ove bolesti uzrokuju smrt - u više od 50% bolesnika (1). Akutni infarkt miokarda jedna je od najdramatičnijih manifestacija koronarne bolesti srca (2). Nakon preboljenog akutnog infarkta miokarda obavljaju se postupci koji smanjuju mogućnost nastanka novoga kardiovaskularnog događaja. Uz promjenu nezdravih životnih navika i sudjelovanje u programu kardiovaskularne rehabilitacije, svaki bolesnik je dužan redovito uzimati lijekove. Time se smanjuje prerana smrtnost, poboljšava duljina i kvaliteta života, omogućuje brži oporavak i osigurava povjerenje u zdravstveni sustav (2). Medicinski djelatnici o mnogim bolestima, pa tako i o infarktu, imaju velika znanja, ali ne odgovaraju na pitanje smisla njihova nastanka. Odgovor na to pitanje najčešće se postavlja unutar religije. Religija ne može zamijeniti medicinu, ali može pridonijeti psihološkoj ravnoteži koja pomaže u osmišljavanju i suočavanju s bolešću.

1.1. Infarkt miokarda

Infarkt miokarda nastaje zbog naglog smanjenja koronarnog protoka krvi kao posljedica trombotičke okluzije koronarne arterije, prethodno sužene aterosklerozom. Smrtnost u akutnom infarktu miokarda je oko 30%, pri čemu se više od 50% smrti događa prije nego što oboljeli stignu do bolnice. Bolnička smrtnost u akutnom infarktu miokarda je oko 10 do 15%. Iako se preživljenje po hospitalnom liječenju poboljšalo u posljednja dva desetljeća, ipak 5-10% preživjelih umire u prvoj godini nakon infarkta miokarda. U Sjedinjenim Američkim Državama bilježi se godišnje oko 1,5 milijuna infarkta miokarda. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, posljednjih 20-tak godina prisutan je pozitivan trend smanjenja smrtnosti od krvožilnih bolesti u RH (od 2000. do 2013. bilježi se pad od 43,4% smrtnosti za krvožilne bolesti ukupno i 27,4% za ishemijske bolesti srca) (3).

U usporedbi s Europom, RH, sa standardiziranom stopom smrtnosti od 324/100 000, spada među zemlje koje imaju srednje visoke stope smrtnosti (izvor isti kao prethodno). Najčešći uzročnik akutnog infarkta miokarda (AIM) je ateroskleroza, a rjeđi uzroci su artritis, embolija, spazam, trauma, tromboza, disproporcija potrebe i opskrbe

kisikom te zloporaba kokaina. Osnovna je promjena u akutnom infarktu miokarda gubitak funkcije zahvaćenog dijela miokarda (3).

Čimbenici rizika koji pospješuju nastanak infarkta miokarda su pušenje, ateroskleroza, hiperkolesterolemija, pretilost, aterijska hipertenzija, genetska predispozicija, starija dob i stres.

1.1.1. Klinička slika infarkta miokarda

U kliničku sliku pripadaju jaka prekordijska, duboka i visceralna bol, koja obično traje dulje od 30 minuta, koju bolesnici opisuju kao najjaču bol koju su ikada doživjeli, u obliku stezanja, pritiska, gnječenja, rezanja ili pečenja. Lokalizacija nelagode je obično retrosternalno, međutim, može biti i na drugim mjestima. Može se širiti u lijevo rame, ruku čak do prstiju, u leđa, vrat, čeljust, zube, rjeđe u desnu ruku i u gornji dio trbuha. Bol traje jednu do pet minuta i obično se pojavljuje tijekom tjelesnog napora ili u emocionalnom stresu. Ostali simptomi jesu: palpitacija, omaglica, znojenje, vrtoglavica i zaduha (4). „Prema različitim autorima 20-60 % infarkta miokarda ostaje neprepoznato. Bolesnici su obično uzbuđeni ili depresivni, blijedi, oznojeni i uplašeni. Obično sjede ili su nemirni. Bolesnici sa inferiornim infarktom su hipotenzivni i bradikardni, dok su oni sa prednjim infarktom tahikardni i hipertenzivni“ (4).

1.1.2. Dijagnostika infarkta miokarda

Laboratorijski testovi koji su značajni za potvrđivanje dijagnoze infarkta miokarda su nespecifični pokazatelji nekroze tkiva i upale tkiva (ubrzane sedimentacija eritrocita (SE) i povećanje broja leukocita), promjene serumskih enzima i radionuklidno ispitivanje srca.

Elektrokardiografski znaci akutnog infarkta miokarda pojavljuju se od prvih sati do uobičajeno 24h nakon nastupanja simptoma. Oko 2/3 bolesnika već prvoga dana ima elektrokardiografske promjene koje upućuju na akutni infarkt miokarda, dok je u oko 20% bolesnika nalaz normalan. U elektrokardiogramu prati se razvoj promjena: od oštećenja miokarda, preko ishemije do nekroze. Troponin (T), miokardni enzimi kreatinkinaza (CK), laktat-dehidrogenaza (LDH), aspartat-transaminaza (AST), alanin-transaminaza (ALT) i miokardni izoenzim CK (MB-CK) u akutnom infarktu miokarda otpuštaju se iz nekrotičnog srčanog mišića u krv u velikim količinama“ (4).

Ostale dijagnostičke metode u kardiologiji:

- Elektrokardiografija (EKG) - metoda je registriranja električnih potencijala koje srce proizvodi svojim radom. Te su struje vrlo slabe, pa se pomoću elektrokardiografa pojačavaju i prenose na papir kao elektrokardiogram s tipičnom EKG- krivuljom. EKG je nakon što liječnik prikupi anamnestičke podatke i klinički pregleda pacijenta prva pretraga u dijagnostici akutnog infarkta miokarda. Na osnovi nalaza EKG-a određuje se mjesto nastanka i prepoznaju se komplikacije kao što su razne srčane aritmije, smetnje atrioventrikulskog i intraventrikulskog provođenja, aneurizma lijeve klijetke, perikarditis, ruptura srca i drugo. EKG otkriva oštećenja srčanog mišića koja mogu biti reverzibilna i ireverzibilna. Negativan T-val znak je ishemije, elevacija ST-spojnice znak je oštećenja, a nalaz Q-zupca znak je nekroze srčanog mišića.
- Dinamična elektrokardiografija (Holter) - registriranje je EKG- a tijekom 24h, uz uobičajeno bolesnikovo ponašanje. Bolesnik nosi cijeli dan mali aparat s disketom za snimanje EKG- a, s elektrodama ostavljenima na koži u području srca i vodi dnevnik s bilješkama o svojim aktivnostima i zdravstvenim smetnjama.
- Ergometrija - funkcionalna metoda pretrage srca pri kojoj se registrira rad srca uz dozirano opterećenje bolesnika. Ova pretraga je indicirana kod bolesnika koji imaju bol nejasnog uzroka, da bi se napravila evaluacija rezultata liječenja lijekovima, evaluacija rezultata kardiokirurške terapije, otkrile ishemije miokarda, otkrile srčane aritmije. Radi se i kod procjene radne sposobnosti kao i procjene rekreacijskih i športskih aktivnosti. Test opterećenja je kontraindican kod bolesnika s akutnim ili subakutnim infarktomiokarda, nestabilnom anginom pectoris, teških srčanih grešaka, poznate dijagnoze teške ishemijske bolesti srca, dekompenzacije srca, teške arterijske hipertenzije, brze ventrikulske i supraventrikulske aritmije, atrioventrikulskog bloka 2. i 3. stupnja te kod akutne infektivne bolesti.
- Ehokardiografija srca ili ultrazvuk srca (UZ) - dijagnostička metoda koja se koristi ultrazvučnim signalima za slikovno prikazivanje srca, uz morfološku i funkcionalnu analizu srčanih struktura (1).

1.1.3. Liječenje infarkta miokarda

Kako je riječ je o bolesnicima visoka rizika, u kojih je potrebno započeti liječenje odmah, potrebno je omogućiti što bržu hospitalizaciju u ustanovu koja može učinkovito zbrinjavati ovakve bolesnike (5). Budući je riječ u pravilu o tromboembolizmu jedne od

koronarnih arterija, osnovni je cilj suvremenoga liječenja rekanalizacija ("otvaranje") koronarne lezije koja je dovela do akutnog infarkta miokarda. U kardiološkim ustanovama gdje postoji mogućnost hitne perkutane koronarne intervencije, ta je vrsta liječenja terapija izbora. Može se provesti i fibrinolitičko liječenje kao alternativa perkutanoj koronarnoj intervenciji (5).

1.1.4. Oporavak nakon infarkta

Oporavak nakon infarkta u prvom redu ovisi o stupnju oštećenja srčanog mišića. Glavne preporuke bolesnicima koji su preboljeli infarkt, usmjerene su na promjenu ranijeg životnog stila. To uključuje preporuke za redovitu tjelesnu aktivnost, smanjenje tjelesne težine, ispravnu prehranu, prestanak pušenja, kontrolu šećerne bolesti (dijetom i lijekovima). Nakon preboljenoga AIM, trajna terapija trebala bi sadržavati acetilsalicilnu kiselinu, beta-blokator, ACE-inhibitor i statin. Nužno je pridržavati se zdrave prehrane (tzv. mediteranska dijeta), postići i održati idealnu tjelesnu masu, ne pušiti, održavati optimalne vrijednosti arterijskoga tlaka, regulirati lipidemiju, glikemiju te održavati redovitu tjelesnu aktivnost (5). Bolesnici bi se trebali pridržavati preporuka liječnika, redovito uzimati terapiju i posjećivati redovite kontrole, odnosno obaviti eventualne dodatne pretrage, ukoliko ih liječnik odredi. Činjenica je da se prilagodbom načina života može u vrlo značajnoj mjeri smanjiti vjerojatnost za ponovni srčani udar (infarkt miokarda), poboljšati kvaliteta života i ukupna životna prognoza bolesnika.

1.1.5. Kardiovaskularna rehabilitacija

Nakon akutnog zbivanja bolesti potrebno je osigurati postupke koji sprječavaju nastup novih kardiovaskularnih događaja u pacijenata s preboljelim infarktom. Osim promjene nezdravoga životnog stila i farmakološkog liječenja potrebno je i sudjelovanje u programu kardiovaskularne rehabilitacije. Britanski časopis NICE (engl. The National Institute for Health and Care Excellence) je 2015. godine objavio je standarde za kvalitetu u sekundarnoj prevenciji nakon akutnog infarkta miokarda koji preporučuju:

- prije otpusta s bolničkog liječenja procjenu funkcije lijeve klijetke nekom od dostupnih metoda (ehokardiografija, kardiovaskularna magnetska rezonancija, angiografija ili oslikavanje metodama nuklearne medicine),

- planiranje i dogovor za uključenje u program rehabilitacije prije otpusta s bolničkog liječenja,
- komunikaciju s liječnicima obiteljske medicine – otpusno pismo koje treba sadržavati podatke o učinjenoj obradi, daljnjem liječenju (vrsti i dozi lijekova, planu revaskularizacije) i praćenju (arterijskog tlaka i bubrežne funkcije) radi osiguranja kontinuiteta zdravstvene skrbi,
- brz početak programa rehabilitacije,
- prilagodba vrste programa rehabilitacije ovisno o lokalnim mogućnostima i odabiru samog pacijenta (2).

Ciljevi sudjelovanja u programu kardiovaskularne rehabilitacije su sljedeći:

- medicinski – poboljšanje funkcije srčanog mišića, smanjenje rizika od iznenadne smrti i ponovnog infarkta miokarda, nestanak vodećih simptoma (zaduhe i anginoznih tegoba), povećanje radne sposobnosti, prevenciju napretka aterosklerotskog procesa,
- psihološki – smanjenje anksioznosti i depresije, povratak izgubljenog samopouzdanja, efikasno upravljanje stresom, povratak dobra seksualnog zdravlja,
- ponašajni – prestanak pušenja, pridržavanje zdrave prehrane, redovita tjelesnu aktivnost, pridržavanje preporuka za farmakološko liječenje,
- socijalni – ako je moguće, povratak na posao, samostalnost prilikom svakodnevnih aktivnosti,
- za zdravstveni sustav – smanjenje troškova liječenja, ranu mobilizaciju i rani otpust s bolničkog liječenja, smanjenje potrebe za ponovnim prijemom zbog kardioloških tegoba (2).

Rehabilitacijski postupak nastavlja se na akutnu bolničku fazu liječenja i provodi se u ustanovama koje moraju biti spremne na provođenje hitnih intervencija zbog prirode bolesti te prikladno dijagnostički i terapijski opremljene (2).

U Republici Hrvatskoj programi rehabilitacije ovih bolenika se provode tijekom 21 dana bolničkog liječenja u specijaliziranim zdravstvenim ustanovama (Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice i Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju, bolesti srca, pluća i reumatizma – Thalassotherapia Opatija) (2).

Osim temelja intervencije - medicinske gimnastike u programima rehabilitacije za povratak u aktivan i produktivan život nakon kardiološkog zbivanja ovim bolesnicima potrebno je:

- kontrolirati vrijednosti arterijskog tlaka do ciljnih $< 140/90$ mmHg,
- kontrolirati vrijednosti LDL-kolesterola do ciljnih $< 1,8$ mmol/L,
- ukazati na štetnost pušenja i prekomjernog unosa alkohola,
- kontrolirati glikemiju kod dijabetičara,
- smanjiti unos soli, te jesti prehranu bogatiju voćem i povrćem te namirnicama s niskim udjelom masti,
- smanjiti tjelesnu masu,
- provoditi redovitu tjelesnu aktivnost,
- kontrolirati simptome anksioznosti i depresije (2).

1.1.6. Psihološke posljedice infarkta miokarda

Moguće posljedice infarkta miokarda su depresija, anksiozni poremećaj, ali i posttraumatski stresni poremećaj. Posttraumatski stresni poremećaj uglavnom se povezivao s izlaganjem ratnim događajima ili prirodnim katastrofama, međutim, kako infarkt miokarda ima karakteristike traumatskog događaja istraživanja su pokazala, da je velik broj ispitanika razvio posttraumatski stresni poremećaj. Danas je sve veći broj dokaza koji ukazuju na prisutnost psihičkih poremećaja kao posljedice kardijalnih bolesti, kao i o tome koliko su oni nedovoljno prepoznati i liječeni (6). Simptomi depresije javljaju se, u razdoblju oporavka, kod približno jedne od šest osoba koje su pretrpjele infarkt, zbog fiziološkog stresa kojemu je tijelo bilo izloženo i zbog psihološkoga tereta oporavka. Istraživanja pokazuju da su, nakon srčanog udara, prognoze u pogledu stanja srca u budućnosti gore, ukoliko se depresija ne liječi (7). Bolesnici s infarktom miokarda, kako bi izbjegli podsjetnike na infarkt miokarda, mogu razviti maladaptivne stilove sučeljavanja što se manifestira tako da ne uzimaju preporučenu terapiju ili da ne potraže pomoć ako im se pojave rani znakovi ponovnog infarkta (6). Elisabeth Kübler-Ross prikazuje proces prilagodbe na bolest, odnosno gubitak zdravlja u fazama:

1. *Negiranje* – najčešće prva emocionalna reakcija pri dobivanju dijagnoze koje pomaže pri umanjenju početnog šoka. Kratko traje. U ovoj fazi je preporučljivo

- prihvaćanje poricanja kao dijela pacijentove samozaštite. Pacijentu je potrebno pružiti relevantne i istinite informacije o bolesti. Potiče ga se na njihovu budućnost i konkretiziranje ciljeva izvan bolničkog okruženja.
2. *Ljtnja* - najčešće emocionalna reakcija je ljtnja, ogorčenost i/ili agresivnost. Za ovu fazu je karakteristično pitanje: "Zašto ja ?" Pacijenti mogu biti ljti na sebe, druge, a pogotovo svoje najbliže. Nerijetko svoju ljtnju iskazuju prema medicinskom osoblju. Pacijenta u ovoj fazi potrebno je usmjeriti na aktivnosti koje bi mu olakšale stjecanje kontrole nad svojom agresijom. Kod pacijenata treba poticati spremnost da traži i prihvati pomoć.
 3. *Pogodba / pregovaranje* – je faza u kojoj pacijenti pokušavaju odgoditi zahtjeve bolesti. Pitaju mogu li nekom promjenom u stilu života ili radnjom nadoknaditi gubitak zdravlja. Ovakva ponašanja vrlo često otežavaju liječenje.
U ovom razdoblju je potrebno, u komunikaciji s pacijentom educirati ga o bolesti kako bi bio što bolje upoznat sa svim aspektima svoje bolesti.
 4. *Tuga i potištenost* – faza u kojoj se javlja osjećaj gubitka zdravlja i nemogućnost promjene te činjenice. Takva spoznaja može izazvati tugu i potištenost. U ovoj fazi je potrebno poticati verbalizaciju pacijentovih osjećaja, pomoći u određivanju konkretnih ciljeva. Ova faza označuje pomak prema prihvaćanju bolesti.
 5. *Prihvaćanje* – faza u kojoj pacijent prihvaća da je dijagnoza stvarna. U ovoj fazi pacijent postaje manje zaokupljen izgubljenim, a povećava se njegovo zanimanje za stvari koje će mu olakšati svakodnevni život. To najčešće podrazumijeva usmjeravanje na konkretne situacije u pacijentovom životu – planiranje svakodnevnih aktivnosti, usklađivanje zahtjeva bolesti i obaveza (8).

1.2. Kvaliteta života

Kvaliteta života iznimno je složen koncept kojim se bave različite znanstvene discipline. S obzirom na slojevitost i brojnost stajališta kroz koje se o pojmu promišlja, gotovo ga je nemoguće jednoznačno definirati (9). Pojam kvalitete života kod svakog pojedinca odnosi se na doživljaj zadovoljstva načinom života, njegovim tijekom i uvjetima, načinom razmatranja, mogućnostima i ograničenjima.

Kada je riječ o domaćim autorima, Krizmanić i Kolesarić navode kako je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva (10).

„Kao i bilo koji drugi stav, kvaliteta života uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju objekta stava, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (11).“

Na osnovi analize brojnih studija i definicija kvalitete života Cummins utvrđuje da se u većini istraživanja javlja sedam osnovnih područja: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica i sigurnost (11).

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL) razlikuje se od šireg koncepta kvalitete života i definira se kao:

- a) stanje dobrobiti (eng. well-being) koje se sastoji od dvije komponente: sposobnosti da se obavljaju aktivnosti svakodnevnog života koje se odnose na tjelesnu, psihološku i socijalnu dobrobit i pacijentovo zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja i kontrole bolesti.
- b) individualno zadovoljstvo životom i opći osjećaj osobne dobrobiti.
- b) subjektivna procjena dobrih i zadovoljavajućih karakteristika života u cjelini (9).
- c) Cella i Tulskey navode četiri osnovne dimenzije kvalitete života: tjelesna, poslovna, emocionalna i socijalna dobrobit (12). Halauk navodi da danas evidentiramo i petu okolinu, ona je produžetak socijalne okoline, uključuje nove odrednice i zovemo ju psihosocijalna okolina (13).

Felce i Perry kao ključne indikatore kvalitete življenja definiraju tri dimenzije koje su u interakciji:

- objektivni životni pokazatelji odnosno životno stanje pojedinca;
- subjektivni osjećaj dobrobiti ili blagostanja;
- osobne vrijednosti i sklonosti.

Svaka od ovih dimenzija promatra se u odnosu na fizičku, materijalnu i socijalnu dobrobit, osobni razvoj, stupanj aktivacije te emocionalnu dobrobit, a sve u povezanosti s vanjskim utjecajima (14). Prema podjeli Felce i Perry fizička dobrobit obuhvaća zdravlje, pokretljivost i osobnu sigurnost. Kondicija i pokretljivost povezane su s fizičkim sposobnostima. Materijalna dobrobit uključuje financije i prihode, različite aspekte kvalitete životnog prostora, egzistencijalnu sigurnost, tj. sve aspekte koji su važni većini članova zajednice. Socijalna dobrobit obuhvaća kvalitetu i opseg interpersonalnih odnosa unutar stanovanja i domaćinstva, s obitelji i rodbinom, prijateljima i poznanicima; te društvenu uključenost, tj. ostvarene društvene aktivnosti i stupanj prihvaćenosti ili podrške od strane okoline (14).

Osobni razvoj i stupanj aktivacije su područja koja se odnose na stjecanje i upotrebu vještina svakidašnjeg života. Ono može biti izraženo kroz različite funkcionalne aktivnosti u područjima kao što su dom, posao, slobodno vrijeme i obrazovanje. Emocionalna dobrobit objedinjuje čuvstveno i mentalno stanje, ispunjenost, razinu stresa, samopouzdanje i samopoštovanje, seksualnost i religijska vjerovanja (15).

Renwick i Brown navode da kao rezultat utjecaja svih dimenzija kvalitete života pojedinci i okruženja u kojima oni žive tijekom vremena utječu jedni na druge i uzajamno se mijenjaju (14). Znakovito je da Brown i Brown, za razliku od velike većine drugih, neophodan značaj pridaju dimenzijama duhovnosti i društvene pripadnosti (16).

1.3. Religija i duhovnost u medicini

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 svijet (17).

Duhovnost je na području medicine postala iznimno istraživani fenomen. U kliničkoj primjeni ima za cilj integrirati duhovne potrebe i potencijale pacijenata s terapijskim procesom. Vjera u ozdravljenje kao uslišenje upućenih molitva i vjere duboko je ukorijenjena u kršćansku, posebice katoličku tradiciju. Za praktične vjernike molitva predstavlja duboko osoban, religiozan čin, u kojem se molitvom za ozdravljenje obraćaju Bogu. Molitvom bolesnici s Bogom razgovaraju, zahvaljuju mu se, iznose svoja

razmišljanja i osjećaje. Vjeruju da će im Bog uslišati njihove molitve. Duhovnost je složeni i multidimenzionalni dio ljudskog iskustva te je usko povezan s fenomenom zdravlja, bolesti, liječenja i izlječenja. Brojna su znanstvena istraživanja kroz povijest potvrdila povezanost duhovnosti i poboljšanja zdravlja (18).

U Bibliji (19) opise izlječenja kao odgovor na vjeru i molitvu nalazimo na više mjesta i važna su za razumijevanje ishodišta nadanja koje pacijenti u katoličkoj tradiciji polažu u snagu molitve:

1. Kako ga zbog mnoštva naroda ne mogoše donijeti pred Njega, skinuše krov nad mjestom gdje je bio Isus te kroz otvor spustiše postelju na kojoj je ležao uzeti. Isus vidje njihovu vjeru i reče uzetome: „Zapovijedam ti, ustani, uzmi svoju postelju i hajde kući svojoj!“ On ustade, smjesta uze svoju postelju i iziđe naočigled sviju. (Mk 2:4-12),
2. Kad je ulazio u neko selo, iziđe mu u susret deset gubavaca...i počеше vikati: „Isuse, Učitelju, smiluj nam se!“ ... I očistiše se dok su odlazili... Ni jedan se ne nađe da se vrati i Bogu zahvali, osim ovoga tuđina! I reče mu: „Ustani i hajde, tvoja te vjera spasila!“ (Lk 17:11-19).

U šezdesetim godinama 20. stoljeća znatno se povećao broj empirijskih studija koje su usmjerene na istraživanje povezanosti duhovnosti i zdravlja. U priručniku „Handbook of Religion and Health“ obrađeno je više od 1200 znanstvenih studija i 400 znanstvenih prikaza koji su bili usmjereni na ljudsko zdravlje. U analizi studija i prikaza potvrđena je povezanost između duhovnosti i religioznosti te više razine zdravlja. Ova povezanost potvrđena je između ostalih i na području kardiovaskularnih bolesti (18). Istraživanja su pokazala to da molitva i duhovnost imaju svoje mjesto u integriranoj skrbi za pacijenata kako tjelesnom, tako i duševnom i duhovnom biću (18). Duhovna pomoć bolesniku od velikog je značenja, a sakramenti pomirenja i pokore, bolesničkog pomazanja i euharistije, uz molitvu pružaju duhovnu snagu i utjehu. Bolnički dušobrižnik, zdravstveni i pomoćni djelatnici moraju surađivati za dobrobit bolesnika (20). Budući da je riječ o individualnom religijskom iskustvu svakog pojedinog pacijenta, molitva se nikad neće moći propisivati niti će se njome moći zamijeniti medicinska terapija, no duhovni činitelj izlječenja treba uvažavati kao važan u cjelokupnom procesu integrativnog liječenja (18). Dosadašnja istraživanja su dokazala da je duhovnost bolesnikova potreba, koja utječe na njegovo psihofizičko stanje i poboljšava njegovu kvalitetu života (21).

Europsko društvo za palijativnu skrb (eng. European Association of Palliative Care EAPC) definiralo je duhovnost riječima: „Duhovnost je dinamičan proces kojim se otkriva unutarnja mudrost i životnost koje daju svrhu i značenje događajima u životu čak i usred osobne tragedije, krize, stresa, bolesti i patnje.“ (21).

U istraživanju koje je provedeno u Indiji sudjelovalo je 3148 stanovnika. Procjenjivao se rizik oboljenja od srčanih bolesti tijekom 20 godina. Pregledani su liječnički dosjei pacijenata, pratili su se promjene utvrđene EKG uređajem te su ispitanici upitani o prakticiranju joge i molitve. Analiza je pokazala da postoji 70% manja mogućnost oboljenja od srčanih bolesti kod onih ispitanika koji su prakticirali jogu ili su se molili (22).

U drugom istraživanju, koje je također provedeno u Indiji na populaciji od 13560 odraslih ispitanika, indikatori srčanih oboljenja su utvrđeni kliničkom povijesti ispitanika te EKG snimanjima. Pokazale su se razlike među religijskim grupama i to na način da je najviši rizik od oboljenja postojao kod muslimana, osrednji kod Hindusa dok je najniži bio kod kršćana. Autori smatraju da je važno reći da razlike postoje iako su svjesni ograničenja u zaključivanju o razlozima koji utječu na razlike oboljenja kod ovih vjerskih grupa (22).

1.4. Sestrinstvo i religija

U pružanju duhovne skrbi bolesniku medicinska sestra treba imati osnovna znanja o tradiciji i obilježjima velikih svjetskih religija. Tri najveće zapadne religije temeljene su na monoteističkoj teologiji. To su judaizam, kršćanstvo i islam. Budizam, hinduizam i konfucionizam su istočne religijske tradicije. Njihova načela u odnosu na štovanje Boga ili mnogobrojnih božanstava su različita (23). Sestrinstvo se temelji i usmjerava na na provjerenim sestrinskim teorijama (23). Virginija Henderson, američka medicinska sestra i teoretičarka sestrinstva 1966. godine definirala je zdravstvenu njegu: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti“ (24).

Na ovoj definiciji temelji se zdravstvena njega današnjice. Virginija Henderson je autorica mnogih znanstvenih djela o sestrinstvu i njezi bolesnika. Prema V. Henderson

aktivnosti zdravstvene njege usmjerene su na četrnaest slijedećih osnovnih ljudskih potreba (24):

1. disanje,
2. unos hrane i tekućine,
3. eliminacija otpadnih tvari,
4. kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela,
5. odmor i spavanje,
6. odijevanje,
7. održavanje normalne temperature tijela,
8. održavanje osobne higijene,
9. izbjegavanje štetnih utjecaja okoline,
10. komunikacija s drugim ljudima,
- 11. vjerske potrebe,**
12. obavljanje svrsishodnog rada,
13. rekreacija,
14. učenje - istraživanje i zadovoljavanje znatiželje

Faye Abdellah (1979) u „Criterion Measures of Patient Care“ uključuje komponente zdravstvene njege koji su u svezi sa osobnom vjerom. Ističe da su bolesnikove duhovne potrebe ključna sastavnica sestrinske skrbi (23).

Joyce Travelbee (1971) u svojoj teoriji zapaža da osobne duhovne vrijednosti određuju u velikoj mjeri osobnu percepciju bolesti. Medicinske sestre i njihove duhovne vrijednosti odrediti će stupanj u kojem će ona moći i biti sposobna pomoći bolesnoj osobi u pronalaženju smisla. Ističe da je važni čimbenik u odnosu sučeljavanja sa stresom i patnjom stupanj u kojem osoba prakticira svoju religiju (23).

Betty Neuman razvila je model konceptualnog okvira u kojem osim fizioloških, psiholoških, društveno-kulturnih i razvojnih varijabli ističe duhovnu dimenziju koja doprinosi zdravlju i stabilnosti osobe (23).

Zdravstvena njega i briga o zdravlju dugo kroz povijest povezani su sa duhovnošću i religijama (23). Veće zdravstvene ustanove imaju svoje stalne vjerske službenike. Najčešće se radi o onim vjerskim službenicima vjerskih zajednica kojima pripada većina pacijenata u populaciji. Ovim se načinom postiže bolja suradnja zdravstvenog osoblja i

vjerskih službenika. Udovoljiti pacijentovoj religioznoj želji i poštivati njegove duhovne potrebe sastavni je dio osnovne zdravstvene njege. Religiozna praksa koja je bitna za čovjekovu dobrobit u zdravom stanju još mu je važnija u bolesti (25). Holističkim pristupom u zdravstvenoj njezi doprinosi se kvaliteti pružene skrbi, osoba se sagledava kao cjelina, a ne kao dio. Svaki je pojedinac jedinstveno bio-psihosocijalno biće i ne može se odvajati na pojedine dijelove bez ugrožavanja njegova integriteta. Kroz cjelovitost i holističko poimanje čovjeka duhovna skrb je postala legitimna aktivnost u radu medicinske sestre (23).

Niz je djelatnosti kako bi se pacijentu omogućilo da i u bolesti živi u skladu sa svojom religijom: pomoći pacijentu da dođe do mjesta gdje se slave vjerski obredi ili pozvati vjerskog službenika da dođe k njemu; omogućiti uvijete u kojima pacijent može razgovarati s vjerskim službenikom u privatnosti; omogućiti mu da primi sakramente koji su sastavni dio njegovog vjerskog života. Medicinska sestra koja poznaje različite religije i u vezi s tim pacijentove religijske potrebe, što ima širu toleranciju prema različitim vjerama i što je svjesnija pozitivnih učinaka vjere na zdravstveno stanje pacijenta više će pomoći svojim pacijentima (25).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je utvrditi doprinos osobnih karakteristika (spol, dob, status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznosti na kvalitetu života i prilagodbu na stanje nakon srčanog infarkta.

2.2. Hipoteza istraživanja

Religiozni ljudi imaju bolju kvalitetu života te se lakše prilagođavaju stanju nakon preboljenog srčanog infarkta.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Uzorak ispitanika

U istraživanju su sudjelovali bolesnici koji su preboljeli infarkt miokarda. U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika oba spola koji se liječe nakon infarkta. Istraživanje se provodilo u razdoblju od siječnja 2016. do listopada 2016. godine na Klinici za kardiologiju Kliničkog bolničkog centra Split. Prije ulaska kod liječnika prilikom kontrole, 3-6 mjeseci nakon srčanog infarkta, u ambulanti ponudilo im se sudjelovanje u istraživanju te im se ukratko objasnio cilj i svrha istraživanja. Zatim su sudionici putem informiranog pristanka na prvoj strani bili detaljnije upoznati s istraživanjem te im je dat na potpis informirani pristanak. Sudionicima je objašnjeno da mogu odustati u bilo kojem trenutku te da će se njihovi podaci i rezultati istraživanja koristiti samo u svrhu pisanja diplomskog rada.

3.2. Mjerni instrumenti

Kao instrumenti istraživanja upotrijebljeni su:

- a) Upitnik općih podataka - Ovim upitnikom su prikupljeni podaci o dobi, spolu, radnom statusu, obrazovnom statusu i bračnom statusu. Upitnik je sastavljen u svrhu ovog istraživanja (Prilog 1),
- b) Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (Prilog 2.) (26) - Upitnikom se mjeri snaga vjere bez obzira na vjeroispovijest. Sastoji se od 10 čestica. Sudionici odgovaraju zaokruživanjem odgovarajućega broja na Likertovoj skali sa četiri stupnja, pri čemu je 1 = u potpunosti se ne slažem; 2 = pretežito se ne slažem; 3 = pretežito se slažem i 4 = u potpunosti se slažem. Ukupni rezultati se kreću između 10 (niski stupanj vjere) do 40 (visoki stupanj vjere). U ranijim istraživanjima koeficijent pouzdanosti tipa Cronbach Alpha bio je u rasponu između 0,94 i 0,97 (26).
- c) Skala zadovoljstva životom (Prilog 3.) (27) - Sastoji se od 20 čestica, pri čemu se 17 čestica odnosi na procjene globalnoga zadovoljstva životom, dok 3 čestice služe za procjenu situacijskoga zadovoljstva životom. Ova skala služi za ispitivanje zadovoljstva kvalitetom života. U provedenom istraživanju ova skala

je korištena kao mjera kvalitete života bolesnika koji su preboljeli srčani infarkt. Sudionici odgovaraju zaokruživanjem odgovarajućega broja na skali Likertova tipa sa pet stupnjeva, pri čemu je 1 = uopće se ne slažem; 2=uglavnom se ne slažem; 3=ništa se slažem, ništa se ne slažem, 4=uglavnom se slažem, 5=u potpunosti se slažem. Ukupan rezultat oblikovan je kao linearna kombinacija procjena. Pri sumaciji procjena potrebno je dvije čestice obrnuto bodovati (broj 10 i broj 11). U ranijim istraživanjima skala je pokazala jednofaktorsku strukturu s iznimno visokom pouzdanošću (koeficijent pouzdanosti tipa Cronbach alpha iznosio je .92) (27). Skala pokazuje visoku povezanost sa samopoštovanjem i optimizmom dok je visoka negativna povezanost s mjerama usamljenosti, samoće, pesimizma i anksioznosti od budućnosti. Viši rezultat označava i više zadovoljstvo životom. Rezultati se kreću u rasponu od 20 do 100. Tri posljednje tvrdnje se označavaju odgovarajućim brojem, a brojevi na skali imaju slijedeća značenja: 1=nikada mi se to nije dogodilo; 2=rijetko mi se to događa; 3=to mi se događa i ne događa, 4=često mi se to događa, 5= uvijek mi se to događa.

- d) Upitnik prilagodbe nakon preboljenog infarkta (Prilog 4.) - Ovaj upitnik je konstruiran za svrhu ovog istraživanja. Sastoji se od 5 čestica, a ukupni rezultat predstavlja ukupnu sumu odgovora na pojedinim česticama. Brojevi imaju slijedeća značenja: 1= Uopće ne; 2= U manjoj mjeri; 3= Nisam siguran; 4= U većoj mjeri i 5= U potpunosti.

3.3. Etička pitanja

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split, Klasa 500-03/16-01/27, Ur. Br.: 2181-147-01/06/J.B.-16-2 (Prilog 5).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 100 pacijenata koji su preživjeli srčani udar. Ispitivan je utjecaj osobnih karakteristika pacijenata i religioznosti na kvalitetu života i prilagodbu na stanje nakon srčanog udara. Uzorak je prikupljen izravnim putem, dakle provedbom na pacijentima koji su preboljeli srčani udar. Za testiranje utjecaja korištene su kvantitativne metode. Korištene su metode tabličnog i grafičkog prikazivanja, t-test, korelacijska analiza, ANOVA test i stupnjevita regresijska analiza.

T-testom se testira razlika u dvije numeričke varijable, s obzirom na kategorijsku varijablu koja se javlja u 2 modaliteta (oblika). Utvrđivanjem razlike se donose zaključci da su vrijednosti kod grupe pacijenata za koje je karakterističan prvi modalitet jednake/različite vrijednostima grupe za koje je karakterističan drugi modalitet.

Korelacijskom analizom testira se postojanje veze u kretanju dviju numeričkih varijabli (npr. stupanj religioznosti i kvaliteta života).

ANOVA test je adekvatna zamjena za t-test u situacijama kada kategorijska varijabla egzistira u više od dva modaliteta (npr. radni status – zaposlen, nezaposlen, umirovljenik i sl.).

Regresijskom analizom se ispituje povezanost (korelacija) među prediktorskim i kriterijskim varijablama. Regresijske tehnike omogućuju kvantitativno izražavanje takve povezanosti (korelacije) te korištenje dobivenog modela za predviđanje nekih podataka u kriterijskoj varijabli u smislu određivanja konstanti koje tu zavisnost opisuju. Testiranje je rađeno u statističkom programu STATISTICA 12. Zaključci su doneseni pri razini značajnosti od 5%.

4.1. Osobne karakteristike pacijenata

U prvom dijelu empirijske obrade, tablično i slikovno, prikazana je struktura ispitanika prema osobnim karakteristikama.

4.1.1. Spol ispitanika

Tablica 1. Spol ispitanika (N=99)

Distribucija frekvencija: Spol		
	Broj ispitanika	Struktura (%)
Muški	75	75,00
Ženski	24	24,00

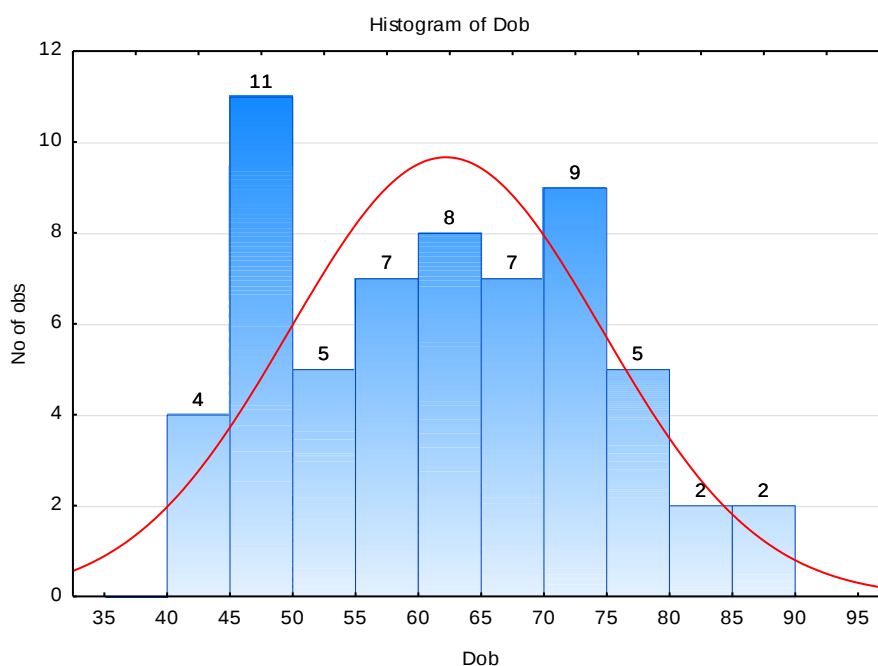
Promatrajući ispitanike s obzirom na spol može se uočiti da je od 99 ispitanika njih 75 muškog spola, a 24 ženskog spola (tablica 1).

4.1.2. Dob ispitanika

Tablica 2. Dobna distribucija ispitanika

	Prosjek	Medijan	Mod	Min	Maks	SD	Koeficijent varijacije (%)
Dob	62,05	62,5	48	41	89	12,38	19,96

Prosječna starosna dob ispitanika oboljelih od srčanog udara je 62,05 godina. Vrijednost medijana, te minimuma i maksimuma ukazuje na to da je polovica ispitanika starosne dobi od 41 do 62,5 godina, dok je polovica ispitanika starosne dobi od 62,5 do 89 godina. Mod vrijednost je najčešća starosna dob, te je u promatranoj skupini 48, što znači da najveći broj ispitanika ima 48 godina. Prosječno odstupanje od prosjeka je 12,38 godina, te se može reći da su odstupanja relativno mala ($19,96\% < 30\%$) (tablica 2. i slika 2.).



Slika 1. Struktura ispitanika prema dobi (%)

4.1.3. Bračni status ispitanika

Tablica 3. Bračni status ispitanika

Bračno stanje		
	Broj ispitanika	Struktura (%)
Oženjen/Udana	82	83,67
Izvanbračna zajednica	3	3,06
Samac	13	13,27

Promatrajući ispitanike s obzirom na bračni status može se uočiti da je najveći broj ispitanika oženjen/udana (82 ispitanika), dok 13 ispitanika su samci, te 3 ispitanika žive u izvanbračnoj zajednici. 2 ispitanika nisu naveli informaciju o bračnom stanju (tablica 3).

4.1.4. Školska sprema ispitanika

Tablica 4. Školska sprema ispitanika

Školska sprema		
	Broj ispitanika	Struktura (%)
OŠ	22	22,00
SSS	54	54,00
VŠS/VSS	23	23,00
Poslijediplomsko obrazovanje	1	1,00

Promatrajući ispitanike prema razini obrazovanja može se uočiti da je najveći broj ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom (54 ispitanika), dok je najmanji broj ispitanika s poslijediplomskim obrazovanjem (1 ispitanik) (tablica 4).

4.1.5. Radni status ispitanika

Tablica 5. Radni status ispitanika

Radni status		
	Broj ispitanika	Struktura (%)
U mirovini	64	64,65
U radnom odnosu	26	26,26
Nezaposlen	9	9,00

Promatrajući ispitanike prema radnom statusu može se uočiti da najveći broj ispitanika je u mirovini (64 ispitanika), 26 je u radnom odnosu, dok je najmanji broj ispitanika nezaposleno (9 ispitanika). Jedan ispitanik nije želio dati podatak o radnom statusu (tablica 5).

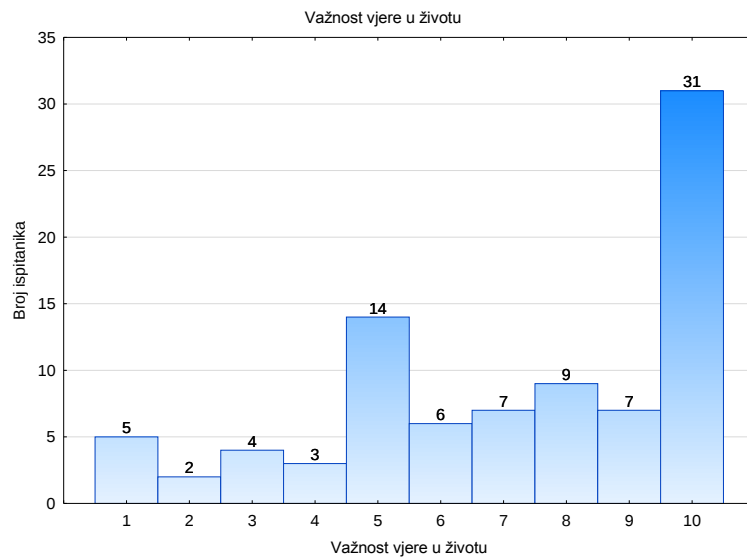
4.2. Važnost vjere u životu

Važnost vjere u životu ispitanici su izražavali korištenjem mjerne skale sa 10 razreda koji su se kretali u rasponu od 1 do 10 gdje je ocjena 1 označavalo potpunu nevažnost vjere u životu, dok je ocjena 10 označavala potpunu važnost vjere u životu.

Tablica 6. Važnost vjere u životu ispitanika

	Prosjek	Medijan	Mod	Min	Maks	SD	Koeficijent varijacije (%)
Važnost vjere u mom životu?	7,19	8	10	1	10	2,82	39,31

Prosječna važnost vjere u životu promatranih ispitanika oboljelih od srčanog udara je 7,19. Vrijednost medijana, te minimuma i maksimuma ukazuje na to da je polovica ispitanika daje važnost vjeri u rasponu od 1 do 7,19, dok je polovica ispitanika daje važnost vjeri od 7,19 do 10. Mod vrijednost je najčešća rang važnost vjere, te je u promatranoj skupini 10, što znači da najveći broj ispitanika daje rang važnosti vjere u životu vrijednost 10. Prosječno odstupanje od prosjeka je 2,82 bodova, te se može reći da su odstupanja među ispitanicima velika ($39,31\% > 30\%$) (tablica 6. i slika 2.).



Slika 2. Struktura ispitanika prema važnosti vjere u životu

4.2. Stupanj religioznosti

Nakon prikazivanja osobnih karakteristika ispitanika, u nastavku su prikazane deskriptivne vrijednosti varijabli religioznosti, kvalitete života i prilagodbe stanju nakon srčanog udara. Stupanj religioznosti ispitan je Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire upitnikom gdje su ispitanici iskazivali religioznost na ljestvici sa stupnjem slaganja u rasponu od 1 do 4. Vrijednost 1 je ukazivala na potpuno neslaganje s izjavom, dok je vrijednost 4 ukazivala na potpuno slaganje s izjavom.

Ukupan stupanj religioznosti izračunat je kao presjek stupnjeva religioznosti svih ispitanika (tablica 7).

Tablica 7. Stupanj religioznosti ispitanika

Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire	Prosječna vrijednost	Medijan	Mod	Min	Max	SD	Koeficijent varijacije (%)
Moja religioznost mi je izuzetno važna.	3,25	3,00	4,00	1	4	0,90	27,77
Svakodnevno se molim.	2,61	3,00	4,00	1	4	1,16	44,42
Moja vjera je za mene izvor životne snage.	2,99	3,00	4,00	1	4	1,05	35,98
Pomoću vjere pronalazim značenje i svrhu života.	2,91	3,00	4,00	1	4	1,11	38,22
Aktivno prakticiram vjeru u svakodnevnom životu ili u crkvi.	2,54	3,00	3,00	1	4	1,07	41,99
Moja vjera je važan dio moje osobnosti.	3,02	3,00	4,00	1	4	1,02	33,78
Moj odnos s Bogom mi je izuzetno važna.	3,09	3,00	4,00	1	4	1,02	32,98
Uživam biti okružen ljudima koji su također vjernici.	2,99	3,00	4,00	1	4	1,09	36,48
Moja vjera je za mene izvor ugođe.	3,04	3,00	4,00	1	4	1,07	35,20
Moja vjera utječe na puno mojih odluka.	2,94	3,00	4,00	1	4	1,16	39,46
Stupanj religioznosti	2,93	3,10	4,00	1	4	0,94	32,13

Iz tablice 7 vidljivo je da je najveći stupanj religioznosti iskazan kroz izjavu „Moja religioznost mi je izuzetno važna“, gdje je prosječna vrijednost 3,25, dok je najmanji stupanj religioznosti iskazan kroz izjavu „Aktivno prakticiram vjeru u svakodnevnom životu ili u crkvi“ gdje je prosječan stupanj religioznosti 2,54.

Mjerna skala religioznosti se kreće u rasponu od 1 do 4 iz čega se može uočiti da je srednja vrijednost 2,50 koja predstavlja vrijednost infleksije iz nereligioznog u religiozan stav. Dakle, prosječne vrijednosti se kreću u rasponu od 2,54 do 3,25 iz čega se može uočiti da ispitanici u prosjeku iskazuju religiozna uvjerenja u svim ispitivanim tvrdnjama.

Stupanj religioznosti predstavlja presjek religioznosti svih ispitanika te je prosječna vrijednosti 2,93 iz čega se može uočiti da je i ukupna religioznost ispitanika u prosjeku visoka.

Medijan vrijednost je položajna vrijednost koja niz dijeli na dva jednaka dijela. Dakle, polovica ispitanika je iskazala stupanj slaganja s izjavom jednak ili veći od medijan vrijednosti, dok je polovica ispitivanih ispitanika dala vrijednost manju ili jednaku medijan vrijednosti. Kod svih promatranih izjava medijan vrijednost je jednaka 3 (od moguća maksimalna 4 boda).

Mod predstavlja najčešći stupanj slaganja s izjavom, te je kod svih promatranih izjava jednaka 4, što znači da se kod svih izjava o religioznosti u upitniku najveći broj ispitanika u potpunosti slagao s izjavom.

Minimum je najmanji stupanj slaganja s izjavama, te je kod svih izjava jednak 1 što znači da je kod svih izjava postojao ispitanik koji se u potpunosti nije slagao sa promatranom izjavom.

Maksimum vrijednost je najveća razina slaganja s izjavom koju je dao jedan od ispitivanih ispitanika. Vrijednost 4 ukazuje da je postojao barem jedan ispitanik koji se u potpunosti slagao s izjavom.

Standardna devijacija predstavlja prosječno odstupanje stupnja slaganja s izjavom od aritmetičke sredine. Kod svih promatranih izjava je približno jedan, što znači da se među ispitanicima stupanj slaganja razlikuje u prosjeku za približno jednu jedinicu.

Koeficijent varijacije predstavlja omjer standardne devijacije i prosječne vrijednosti, te je kod svih izjava izuzev „Moja religioznost mi je vrlo važna“ velika (veća od 30%), što znači da se stupnjevi slaganja s izjavama značajno razlikuju među ispitanicima.

4.3. Kvaliteta života

U nastavku rada su prikazani rezultati deskriptivne analize kvalitete života (tablica 8). Kvaliteta života je mjerena upitnikom skale kvalitete života gdje su ispitanici

iskazivali stupanj slaganja s izjavom, i to u rasponu vrijednosti od 1 do 5 gdje je vrijednost 1 znači potpuno neslaganje s izjavom, dok vrijednost 5 znači potpuno slaganje s izjavom.

Tablica 8. Analiza kvalitete života

Skala kvalitete života	Prosječna vrijednost	Medijan	Mod	Min	Max	SD	Koeficijent varijacije
U više aspekata moj život je blizak idealnom.	3,07	3	3	1	5	1,00	33,30
Uvjeti mog života su izvrsni.	3,21	3	3	1	5	0,90	28,80
Zadovoljan sam svojim životom.	3,67	4	4	1	5	1,00	27,03
Do sada imam sve stvari koje sam želio u životu.	3,20	4	4	1	5	1,20	38,11
Kada bi ponovno živio svoj život ne bi mijenjao gotovo ništa.	3,28	3	3	1	5	1,30	37,44
Sve u svemu ja sam jako sretna osoba.	3,68	4	4	1	5	1,10	30,77
Život mi donosi puno zadovoljstva.	3,71	4	4	1	5	1,10	28,83
Ja se općenito dobro osjećam.	3,65	4	4	1	5	1,00	27,80
Mislim da sam sretna osoba.	3,65	4	4	1	5	1,10	31,39
'U cjelini gledajući ja sam manje sretan od drugih ljudi.	3,47	3	5	1	5	1,30	38,68
'Često sam utučen i žalostan.	3,75	4	5	1	5	1,20	31,31
Mislim da sam sretan barem koliko i drugi ljudi.	3,59	4	4	1	5	1,00	28,51
Moja budućnost izgleda dobro.	3,49	4	4	1	5	1,00	29,46
Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	3,32	3,5	4	1	5	1,00	30,18
Što god da mi se dogodi mogu vidjeti i svijetlu stranu.	3,80	4	4	1	5	1,20	30,40
Uživam živjeti.	4,20	4	5	1	5	1,00	23,30
Moj mi se život čini smislen.	4,10	4	4	1	5	1,00	23,84
Kvaliteta života	3,58	3,69	--	1,12	4,82	0,70	20,92

Iskazujući stav o kvaliteti života kroz stupanj slaganja s izjavama može se uočiti da porast stupnja slaganja s izjavama „*U cjelini gledajući ja sam manje sretan od drugih ljudi*“ i „*Često sam utučen i žalostan*“ ukazuje na manju kvalitetu života, zbog čega se u računanju deskriptivnih vrijednosti koristila inverzna skala.

Dakle, inverzija je rađena na sljedeći način:

- Vrijednost 1 se transformira u vrijednost 5,
- Vrijednost 2 se transformira u vrijednost 4,
- Vrijednost 3 se transformira u vrijednost 3,
- Vrijednost 4 se transformira u vrijednost 2 i
- Vrijednost 5 se transformira u vrijednost 1.

Iz tablice 8 je vidljivo da je najveća razina kvalitete života iskazana kroz izjavu „*Uživam živjeti*“ gdje je prosječna vrijednost 4,20, dok je najmanji stupanj kvalitete života iskazan kroz izjavu „*U više aspekata moj život je blizak idealnom.*“ gdje je prosječna razina kvalitete života 3,07.

Mjerna skala kvalitete života se kreće u rasponu od 1 do 5 iz čega se može uočiti da je srednja vrijednost 3 koja predstavlja vrijednost infleksije iz ne kvalitetnog u kvalitetan život. Dakle, prosječne vrijednosti se kreću u rasponu od 3,07 do 4,20 iz čega se može uočiti da ispitanici u prosjeku žive kvalitetan život.

Ukupna kvaliteta života predstavlja presjek kvalitete života svih ispitanika te je prosječna vrijednosti 3,58 iz čega se može uočiti da je i ukupna kvaliteta životu u prosjeku zadovoljavajuća.

4.4. Razina prilagodbe nakon infarkta

U nastavku rada deskriptivno je obrađen dio upitnika koji se odnosi na razinu prilagodbe nakon infarkta.

Tablica 9. Razina prilagodbe nakon infarkta

Upitnik prilagodbe nakon preboljenog infarkta	Prosječna vrijednost	Medijan	Mod	Min	Max	SD	Koeficijent varijacije
Nakon infarkta promijenila / promijenio sam raniji životni stil (kretanje, stil prehrane, kontrola stresa..)	2,17	2,00	2,00	1	5	1,02	46,84
Nakon infarkta sam u istoj mjeri sposoban obavljati svoj posao kao što sam bio i ranije.	3,01	3,00	4,00	1	5	1,23	40,75
Nakon infarkta sam u istoj mjeri sposoban obavljati obiteljske obaveze kao i ranije.	3,47	4,00	4,00	1	5	1,09	31,45
Nakon infarkta sam i dalje zainteresiran za aktivnosti i hobbije koji su me zanimali i ranije.	3,59	4,00	4,00	1	5	1,30	36,39
Bojim se ponovnog infarkta.	2,69	2,00	1,00	1	5	1,48	54,92
Razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta	3,04	3,00	3,00	1	5	0,80	26,24

Iskazujući stav o razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta kroz stupanj slaganja s izjavama može se uočiti da porast stupnja slaganja s izjavama „*Nakon infarkta promijenila / promijenio sam raniji životni stil (kretanje, stil prehrane, kontrola stresa..)*“ i „*Bojim se ponovnog infarkta*“ ukazuje na manju razinu prilagodbe nakon preboljenog infarkta, zbog čega se u računanju deskriptivnih vrijednosti koristila inverzna skala.

Dakle, inverzija je rađena na sljedeći način:

- Vrijednost 1 se transformira u vrijednost 5,
- Vrijednost 2 se transformira u vrijednost 4,
- Vrijednost 3 se transformira u vrijednost 3,
- Vrijednost 4 se transformira u vrijednost 2 i
- Vrijednost 5 se transformira u vrijednost 1.

Iz tablice 9 vidljivo je da je najveća razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta iskazana kroz izjavu „*Nakon infarkta sam i dalje zainteresiran za aktivnosti i hobije koji su me zanimali i ranije.*“ gdje je prosječna vrijednost 3,59, dok je najmanji stupanj prilagodbe iskazan kroz izjavu „*Nakon infarkta promijenila / promijenio sam raniji životni stil (kretanje, stil prehrane, kontrola stresa)*“ gdje je prosječna razina prilagodbe 2,17.

Mjerna skala kvalitete života se kreće u rasponu od 1 do 5 iz čega se može uočiti da je srednja vrijednost 3 koja predstavlja vrijednost infleksije iz ne ostvarene razine prilagodbe nakon preboljenog infarkta u ostvarenu razinu prilagodbe nakon preboljenog infarkta. Dakle, prosječne vrijednosti se kreću u rasponu od 2,17 do 3,59 iz čega se može uočiti da ispitanici u prosjeku nisu u svim testiranim segmentima prilagodili u zadovoljavajućem stupnju stanju nakon preboljenog infarkta.

Ukupna razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta predstavlja presjek razine prilagodbe nakon preboljenog infarkta svih ispitanika te je prosječna vrijednosti 3,04 iz čega se može uočiti da je ukupna razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta jako blizu točke infleksije prilagodbe.

Medijan vrijednost je položajna vrijednost koja niz dijeli na dva jednaka dijela. Dakle, polovica ispitanika je iskazala stupanj slaganja s izjavom jednak ili veći od medijan vrijednosti, dok je polovica ispitivanih pacijenata dala vrijednost manju ili jednaku medijan vrijednosti. Kod svih promatranih izjava medijan vrijednost je jednaka 2, 3 i 4.

Mod predstavlja najčešći stupanj slaganja s izjavom ,te je kod svih promatranih izjava kreće u razinama 2 i 4 izuzev izjave „*Bojim se ponovnog infarkta*“ gdje je najveći broj ispitivanih izrazio potpuni strah od ponovnog infarkta.

Minimum je najmanji stupanj slaganja s izjavama, te je kod svih izjava jednak 1 što znači da je kod svih izjava postojao pacijent koji se u potpunosti nije slagao sa promatranom izjavom.

Maksimum vrijednost je najveća razina slaganja s izjavom koju je dao jedan od ispitivanih pacijenata. Vrijednost 5 ukazuje da je postojao barem jedan ispitanik koji se u potpunosti slagao s izjavom.

Koeficijent varijacije predstavlja omjer standardne devijacije i prosječne vrijednosti, te je kod svih izjava velika (veća od 30%), iz čega se može donijeti zaključak da se razina prilagodbe značajno razlikuje kod svih izjava među ispitivanim pacijentima.

4.5. Odnos između općih karakteristika ispitanika i kvalitete života

U nastavku su testirani odnosi kvalitete života s obzirom na osnovne karakteristike ispitanika i religioznost.

4.5.1. Povezanost između općih karakteristika (dob, religioznost) i kvalitete života

U nastavku rada testira se povezanost između dobi i religioznosti s kvalitetom života ispitanika i kvalitete života

Tablica 10. Povezanost između općih karakteristika (dob, religioznost) i kvalitete života

Varijable	Kvaliteta života	p
Dob	-0,04	0,768
Religioznost	0,15	0,135

Iz tablice 10 se može uočiti da ne postoji statistički značajna povezanost između kvalitete života ispitanika i starosne dobi ($r=-0.04$).

Iz korelacijske matrice se može uočiti da je empirijska signifikantnost (p vrijednost) 13,5% za koeficijent korelacije $r=0,15$, na temelju čega se može donijeti zaključak da ne postoji statistički značajna povezanost između religioznosti i kvalitete života.

4.5.2. Razlike u kvaliteti života s obzirom na spol, obrazovanje, radni status i bračno stanje

U nastavku rada je testirana značajnost razlika u kvaliteti života s obzirom na sociodemografske karakteristike ispitanika. Testiranje se vrši ANOVA testom (za varijable s većim stupnjem kategorija) odnosno t-testom (kada postoji samo jedna nezavisna varijabla) (tablica 11).

Ispušten je jedan ispitanik sa poslijediplomskim obrazovanjem radi nepostojanja standardne devijacije u iskazanoj kvaliteti života unutar skupine ispitanika sa poslijediplomskim obrazovanjem.

Tablica 11. Razlike u kvaliteti života s obzirom na opće karakteristike (spol, stupanj obrazovanja, radni status i bračno stanje) ispitanika

		Varijable			
Spol		M	SD	t	P
	M	3,58	0,68	0,20	0,807
	Ž	3,54	0,98		
Stupanj obrazovanja		M	SD	F	P
	OŠ	3,17	1,12	5,97	0,004**
	SSS	3,58	0,55		
	VŠS/VSS	3,90	0,55		
Radni status		M	SD	F	P
	U mirovini	3,59	0,80	0,09	0,911
	Radni odnos	3,56	0,71		
	Nezaposlen	3,48	0,53		
Bračno stanje		M	SD	F	P
	Oženjen	3,64	0,65	3,10	0,049*
	Izvanbračna zajednica	2,67	1,50		
	Samac	3,37	1,02		

Legenda: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Na temelju vrijednosti $t=0,20$; $p>0.05$ (tablica 11) može se donijeti zaključak da ne postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života među ispitanicima muškog i ženskog spola.

Iz tablice deskriptivne statistike (tablica 5) može se uočiti da je najmanja prosječna vrijednost razine kvalitete života među ispitanicima s osnovnom školom 3,17, dok je najveća razina kvalitete života kod ispitanika sa VŠS/VSS stupnjem obrazovanja i iznosi 3,90. Na temelju F vrijednosti 5,97 ($p < 0.01$) može se donijeti zaključak da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života s obzirom na školsku spremu pri čemu obrazovaniji ispitanici imaju veću kvalitetu života od ispitanika s nižim razinama obrazovanja (tablica 11).

Iz tablice 4. može se uočiti da je najmanja prosječna vrijednost razine kvalitete života među nezaposlenim ispitanicima, dok je najveća razina kvalitete života kod ispitanika u radnom odnosu. Na temelju p vrijednosti 0,911 može se donijeti zaključak da ne postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života s obzirom na radni status (tablica 11).

Iz tablice 3. može se uočiti da je najmanja prosječna vrijednost razine kvalitete života među ispitanicima u izvanbračnoj zajednici, dok je najveća razina kvalitete života kod ispitanika koji su u braku. Na temelju F vrijednosti 3,10 ($p < 0.05$) može se donijeti zaključak da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života s obzirom na bračno stanje pri čemu ispitanici koji su u braku imaju višu kvalitetu života u odnosu na samce i ispitanike u izvanbračnoj zajednici (tablica 11).

4.6. Razlike u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na opće karakteristike ispitanika

4.6.1. Razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na spol, stupanj obrazovanja, radni status i bračno stanje

U tablici 12. prezentirane su vrijednosti t-testa i F omjera, uz pripadajuće p vrijednosti. Ispitivane su razlike u stupnju prilagodbe nakon infarkta s obzirom na sociodemografske karakteristike ispitanika.

Tablica 12. Razina prilagodbe s obzirom na spol, stupanj obrazovanja, radni status i bračno stanje

		Variable			
Spol		M	SD	t	P
	M	3,09	0,78	1,09	0,274
	Ž	2,89	0,82		
Stupanj obrazovanja		M	SD	F	P
	OŠ	2,73	0,83	4,17	0,018**
	SSS	2,99	0,74		
	VŠS/VSS	3,39	0,74		
Radni status		M	SD	F	P
	U mirovini	3,14	0,80	3,87	0,024**
	Radni odnos	2,99	0,70		
	Nezaposlen	2,38	0,74		
Bračno stanje		M	SD	F	P
	Oženjen	3,03	0,78	7,92	0,457
	Izvanbračna zajednica	2,47	0,11		
	Samac	3,10	0,99		

Legenda: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Na temelju t-test vrijednosti 1,09; $p > 0,05$ može se donijeti zaključak da ne postoji statistički značajna razlika u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta među ispitanicima muškog i ženskog spola (tablica 12).

Na temelju F vrijednosti 4,17; $p < 0,05$ (tablica 12) može se donijeti zaključak da postoji statistički značajna razlika u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na školsku spremu. Iz tablice deskriptivne statistike (tablica 4) može se uočiti da je najmanja prosječna vrijednost razine prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara među ispitanicima s osnovnom školom, dok je najveća razina prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara kod pacijenata sa VŠS/VSS stupnjem obrazovanja.

Na temelju F vrijednosti 3,87; $p < 0,05$ može se donijeti zaključak da postoji statistički značajna razlika u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na radni status (tablica 12). Iz tablice deskriptivne statistike (tablica 5) može se uočiti da je najmanja prosječna vrijednost razine prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara među

nezaposlenim pacijentima, dok je najveća razina prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara kod pacijenata u mirovini. Razlika je statistički značajna što znači da se umirovljenici najbolje prilagođavaju stanju nakon infarkta, a nezaposleni najlošije.

Na temelju F vrijednosti 7,92; $p > 0,05$ može se donijeti zaključak da ne postoji statistički značajna razlika u brzini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na bračno stanje. Iz tablice deskriptivne statistike (tablica 3) može se uočiti da je najmanja prosječna razina prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara među pacijentima u izvanbračnoj zajednici, dok je najveća razina prilagodbe nakon preboljenog srčanog udara kod samaca (tablica 12).

4.6.2. Razina prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na dob i s obzirom na religioznost

Tablica 13. Prilagodba nakon preboljenog infarkta s obzirom na dob i s obzirom na religioznost

Variable	Prilagodba nakon infarkta	P
Dob	-0,04	0,754
Religioznost	-0,17	0,107

Na temelju rezultata korelacijske analize može se donijeti zaključak da ne postoji veza između dobi ispitanika i razine prilagodbe nakon preboljenog infarkta ($r = -0.04$; $p > 0.05$). Dakle, ne može se reći da starije osobe ili mlađe osobe se različito prilagođavaju nakon preboljenog infarkta, već je razina prilagodbe definirana drugim čimbenicima (tablica 13).

Iz korelacijske matrice se može uočiti da koeficijent korelacije $r = -0,17$; $p > 0.05$ ne doseže razinu statističke značajnosti na temelju čega se može donijeti zaključak da ne

postoji statistički značajna veza između religioznosti i stupnja prilagodbe nakon infarkta (tablica 13) .

4.6.3. Doprinos sociodemografskih karakteristika i religioznosti kvaliteti života i postinfarktnoj prilagodbi

Da bismo odgovorili na istraživački cilj provedena je regresijska analiza pri čemu su kao prediktori korištene sociodemografske karakteristike i obilježja vjere (snage i važnosti vjere), a kao dva nezavisna kriterija kvaliteta života i postinfarktna prilagodba. Prvo su izračunate interkorelacije između prediktora i kriterija i rezultati su prikazani u tablici 14.

Tablica 14. Povezanost između važnosti vjere, snage vjere, kvalitete života i stanjem nakon infarkta

	Važnost vjere	Snaga vjere	Kvaliteta života	Nakon infarkta
Važnost vjere	1,00	.73* *	0.17	0.07
Snaga vjere		1,000	0.27**	0.01
Kvaliteta života			1	0.33**
Nakon infarkta				1

Legenda: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Iz tablice 14 se zaključuje da ljudi koji se bolje oporavljaju nakon infarkta imaju bolju kvalitetu života, odnosno oni koji se lošije oporavljaju imaju slabiju kvalitetu života. Nadalje, ljudi koji imaju viši stupanj religioznosti procjenjuju vjeru važnijom u svom životu. Naposljetku, ljudi koji imaju viši stupanj religioznosti imaju bolju kvalitetu života.

4.6.4. Predviđanje kvalitete života na osnovi sociodemografskih karakteristika i obilježja vjere

U tablici 15. prikazani su regresijski koeficijenti s pripadajućim p vrijednostima. Kao prediktori su uvrštene varijable snage i važnosti vjere, te sociodemografska obilježja ispitanika, dok je kao kriterij korištena varijabla kvalitete života.

Tablica 15. Prikaz prediktorskog utjecaja sociodemografskih karakteristika i obilježja vjere na kvalitetu života (1. i 6. korak)

Koraci	Prediktori	β	P
1.	Snaga vjere	0,35	0,189
	Bračni status	0,01	0,960
	Školska sprema	0,52	0,004**
	Radni status	0,20	0,240
	Vjernik prije infarkta	0,24	0,282
	Vjernik nakon infarkta	-0,12	0,530
	Važnost vjere	0,16	0,613
6.	Snaga vjere	0,33	0,036**
	Školska sprema	0,48	0,003**

Legenda: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Kriterij: kvaliteta života

Rezultati regresijske analize u 6. koraku ukazuju na slijedeće (tablica 15):

- Viši stupanj obrazovanja predviđa bolju kvalitetu života u stanju nakon preboljelog infarkta;
- Viši stupanj religioznosti predviđa bolju kvalitetu života u stanju nakon preboljelog infarkta.

Ovi rezultati ukazuju da će religiozni ljudi s višim stupnjem obrazovanja imati bolju kvalitetu života tijekom oporavka od infarkta u odnosu na ljude s nižim stupnjem obrazovanja koji nisu vjernici.

4.6.5. Predviđanje prilagodbe postinfartnom stanju na osnovi sociodemografskih karakteristika i obilježja vjere

U tablici 16. prikazani su regresijski koeficijenti s pripadajućim p vrijednostima. Kao prediktori su uvrštene varijable snage i važnosti vjere, te sociodemografska obilježja ispitanika, dok je kao kriterij korištena varijabla prilagodbe nakon infarkta.

Tablica 16. Prikaz prediktorskog utjecaja sociodemografskih karakteristika i obilježja vjere na stupanj prilagodbe nakon infarkta (1. i 7. korak)

Koraci	Prediktori	β	P
1.	Snaga vjere	-0,24	0,455
	Bračni status	-0,36	0,044*
	Školska sprema	0,29	0,135
	Radni status	0,25	0,188
	Vjernik prije infarkta	0,77	0,755
	Vjernik nakon infarkta	-0,34	0,110
	Važnost vjere	-0,42	0,266
7.	Bračni status	-0,35	0,042*

Legenda: * $p < 0.05$

Kriterij: Stupanj prilagodbe postinfartnom stanju

Rezultati regresijske analize ukazuju da ispitanici koji su u braku imaju bolju prilagodbu nakon preboljelog infarkta (tablica 16).

5. RASPRAVA

U provedenom istraživanju ispitivao se doprinos osobnih karakteristika (spol, dob, status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznosti na kvalitetu života i prilagodbu na stanje nakon srčanog infarkta.

Testiranjem razlika u kvaliteti života s obzirom na religioznost i opće karakteristike ispitanika, utvrđeno je da obrazovaniji i oženjeni ispitanici procjenjuju vlastitu kvalitetu života boljom u odnosu na ispitanike s nižim stupnjevima obrazovanja, samce i ispitanike koji su u izvanbračnoj zajednici. Testiranjem razlika u postinfarktnoj prilagodbi, utvrđeno je da se stanju nakon infarkta bolje prilagođavaju ispitanici koji su obrazovaniji i koji su u mirovini u odnosu na ispitanike s nižim stupnjevima obrazovanja i ispitanika koji su u radnom odnosu ili su nezaposleni.

Rezultati regresijske analize pokazuju da stupanj obrazovanja i snaga vjere predviđaju kvalitetu života nakon infarkta u smjeru zaštitnog utjecaja višeg obrazovanja i veće snage vjere. Prediktor uspješnosti u postinfarktnoj prilagodbi je status veze na način da se samci bolje prilagođavaju uvjetima života nakon preboljelog infarkta.

Medicinski pojam kvalitete života može se odrediti kao mogućnost čovjeka da nakon medicinske intervencije živi što sličnije fizički, mentalno i socijalno, životu prije intervencije, odnosno prije bolesti. World Health Organization (WHO) formirala je skupinu za ispitivanje kvalitete života koja kvalitetu života definira kao percepciju uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i brige (33). Prosječna vrijednost kvalitete života ispitanika u ovom uzorku iznosila je 3,58 (maksimalni rezultat je 5). Ova vrijednost ukazuje da ispitanici nakon preboljelog infarkta zadržavaju relativno dobru kvalitetu života već 3-6 mjeseci nakon preboljelog infarkta.

U ranijem istraživanju je utvrđeno da se kvaliteta života bolesnika sa infarktom miokarda poboljšava s prolaskom vremena od infarkta (12 mjeseci u odnosu na 1. mjesec nakon infarkta) iako u obje vremenske točke bolesnici koji su preboljeli infarkt imaju značajno niže rezultate na skali kvalitete života u odnosu na zdrave ispitanike (34). Stoga je moguće očekivati da će se kvaliteta života bolesnika iz ovog istraživanja dodatno povećavati kako bude prolazilo vrijeme od nastanka infarkta. Temeljem rezultata u ovom istraživanju moguće je utvrditi da u ovoj fazi oporavka veću kvalitetu života imaju obrazovaniji ispitanici i oni koji su u braku. Ove nalaze moguće je objasniti većom

informiranošću obrazovanih ispitanika, većom mogućnošću zadržavanja radnog mjesta i financijske sigurnosti nakon infarkta te većom socijalnom obiteljskom podrškom koju imaju ispitanici koji su u braku. Moguće je da navedeni čimbenici omogućuju ispitanicima bolju kvalitetu života i nakon preboljelog infarkta. Stupanj obrazovanja pojavljuje se kao prediktor kvalitete života nakon infarkta što važnosti stupnja obrazovanja daje još veći značaj. Osim obrazovanja, prediktorski značaj na kvalitetu života ima i snaga vjere tako da vjernici s višim stupnjem religioznosti imaju bolju kvalitetu života. Moguće je da im vjera pruža osjećaj sigurnosti i optimističnih očekivanja od budućnosti. Značaj vjere na kvalitetu života pronađen je i u drugim istraživanjima.

U istraživanju provedenom 2009. godine u Hrvatskoj ispitivao se odnos između kvalitete života i religioznosti u bolesnika s karcinomom dojke. Utvrđeno je da je umjerena religioznost povezana s lošijom percepcijom tjelesnog zdravlja. Tvrdnja „Bolest je smanjila moju vjeru“ povezana je s lošijim dimenzijama kvalitete života: manje dobrobiti, više boli, lošijim tjelesnim zdravljem, više uloženog napora u sučeljavanju s bolesti, više umora i manje općeg zadovoljstva. Tvrdnja „Vjera mi pomaže u bolesti“ povezana je s višom društvenom podrškom (28)“. U Iranu je provedeno istraživanje gdje su se promatrala duhovna iskustva oboljelih od akutnog infarkta pri čemu je zaključeno da duhovnost pomaže bolesnicima u prevladavanju novonastale bolesti (29) .

Religioznost ima izuzetno važnu ulogu u životu mnogih ljudi. Crkva nudi tradicionalnu poruku spasenja, koja donosi novu nadu i nov smisao života (31). Postoje dokazi koji govore kako religioznost može poboljšati psihološku prilagodbu u slučaju bolesti. Potraga za smislom života jedna je od najvećih motivacija u ljudskom životu, a to daje nadu za ljude koji su suočeni s nekakvim poteškoćama (32). Sifton i suradnici navode kako se u brojnim istraživanjima pokazalo da je vjera u Boga povezana sa samopoštovanjem te s pozitivnim vrednovanjem samoga sebe. Isti autori navode da je vjera povezana s boljim mentalnim zdravljem, s pozitivnim raspoloženjem i boljim životnim zadovoljstvom (33) što može unaprijediti kvalitetu života ljudi i u situacijama suočavanja s bolestima.

Upravo religija potiče čovjeka na svakodnevno obraćenje, odnosno usmjerava pažnju na njegovu nutrinu, dovodi ga u jezgru svoje osobnosti, te na taj način osoba stalno radi na sebi. Dakle, za prevenciju psihičkih poteškoća, poremećaja i bolesti nije dovoljno samo uklanjati vanjske uzroke, nego je bitno i jačati nutarnju strukturu psihe. Potrebno je

osigurati takvu strukturu koja će očuvati čovjekovo mentalno zdravlje, a upravo zdrava religioznost može to ojačati i osigurati tako da se čovjek koji je suočen s bolešću može lakše nositi s izazovima. U ovom istraživanju je pokazano da ispitanici s preboljelim srčanim udarom pridaju značajnu važnost vjeri u životu. Najveći stupanj religioznosti iskazan je kroz izjavu „Moja religioznost mi je izuzetno važna“, s prosječnom vrijenošću 3,25 (od maksimalnih 4), dok je najmanji stupanj religioznosti iskazan kroz izjavu „Aktivno prakticiram vjeru u svakodnevnom životu ili u crkvi“ gdje je iznos prosječne vrijednosti 2,54 (od maksimalne vrijednosti 4). Može se zaključiti da je ukupna religioznost ispitanika u prosjeku visoka.

Prosječan stupanj postinfarktne prilagodbe ispitanici u ovom istraživanju ocjenjuju s vrijednošću 3,04 (od maksimalnih 5) što ukazuje na relativno dobru, ali još uvijek nedovoljnu prilagodbu novom načinu života 3-6 mjeseci nakon infarkta. Najvišim ocjenama ispitanici procjenjuju čestice: „*Nakon infarkta sam i dalje zainteresiran za aktivnosti i hobije koji su me zanimali i ranije*“ i „*Nakon infarkta sam u istoj mjeri sposoban obavljati obiteljske obaveze kao i ranije*“ što odražava njihov doživljaj o očuvanosti vlastite funkcionalnosti u različitim životnim područjima. Međutim, najmanji stupanj prilagodbe iskazan je kroz izjavu „*Nakon infarkta promijenila / promijenio sam raniji životni stil (kretanje, stil prehrane, kontrola stresa..)*“. Ovaj odgovor ukazuje na nedovoljnu svjesnost o nužnosti promjene životnog stila u svrhu prevencije novog infarkta i pogoršanja bolesti. Ovakav stav može biti rezultat nedovoljne informiranosti bolesnika o bolesti od strane zdravstvenog tima ili može biti rezultat neprihvatanja ozbiljnosti bolesti. Budući je od infarkta prošlo od 3-6 mjeseci vrlo je vjerojatno da bolesnici još uvijek nisu psihološki prihvatili kroničnu bolest (35).

Kao prediktor postinfarktne prilagodbe pojavljuje se status veze na način da se samci bolje prilagođavaju stanju nakon infarkta od ljudi u braku. Iako se moglo očekivati da se bolje prilagođavaju ljudi u braku jer imaju izravnu socijalnu podršku, ovaj nalaz se ipak može protumačiti time što se samci u većoj mjeri oslanjaju na sebe i bolje shvaćaju značaj vlastite odgovornosti u oporavku koju ne mogu podijeliti s bračnim partnerima.

Rezultati dobiveni u ovom radu mogu unaprijediti kvalitetu zdravstvene njege bolesnika i podići ju na višu razinu. Potrebna je edukacija osoblja, ali i oboljelih te njihovih obitelji koji brinu o bolesnicima u svim fazama njihove bolesti u smislu učinkovitije edukacije bolesnika o potrebi promjene životnog stila. Poticanjem i

motiviranjem medicinskih sestara na cjeloživotno učenje osigurava se kvalitetna i učinkovita zdravstvena zaštita temeljena na kvaliteti, stručnom znanju, odgovornosti i humanosti.

Buduća istraživanja mogu ići u smjeru boljeg razumijevanja značaja koji duhovnost može imati u oporavku nakon infarkta. Također je u budućim istraživanjima potrebno pratiti daljnji tijek oporavka u smislu povećanja kvalitete života i postinfaktne prilagodbe. U ovom istraživanju postoje i ograničenja koja sprečavaju generalizaciju nalaza. Naime, odgovori bolesnika su evaluirani kroz mjere samoiskaza. Općeniti nedostatak ovakvih mjerenja je nepouzdanost odgovora koja može zavisiti od trenutnih raspoloženja i suradljivosti ispitanika. Uzorak u ovom istraživanju bio je prigodni tj. u istraživanje su uključeni samo oni ispitanici do kojih se, u vrijeme istraživanja, moglo doći. U budućim istraživanjima bilo bi dobro sastaviti uzorak dovoljne veličine metodom slučajnog odabira kako bi mogućnost generalizacije rezultata mogla biti veća.

6. ZAKLJUČAK

Medicinski pojam kvalitete života može se odrediti kao mogućnost čovjeka da nakon medicinske intervencije živi što sličnije fizički, mentalno i socijalno životu prije intervencije, odnosno prije bolesti. Koliko ćemo biti nesretni i manje kvalitetno živjeti zbog svoje kronične bolesti ili s navedenim posljedicama, ne ovisi o tome koliko smo stvarno bolesni ili hendikepirani, nego i o tome kako osobno doživljavamo svoju "bolest". Terapijski se učinci u liječenju bolesnika danas više ne bi smjeli uspoređivati i evaluirati samo na temelju poboljšanja laboratorijskih nalaza i preživljavanja bolesnika, već i na temelju poboljšavanja njegove kvalitete življenja (36).

U skladu s postavljenim ciljem, ovim istraživanjem može se zaključiti da bolesnici s višim stupnjem obrazovanja i koji su u braku procjenjuju vlastitu kvalitetu života stupanj prilagodbe postinfartnom stanju višim, u odnosu na bolesnike s nižim obrazovnim stupnjem i na one koji su samci. Međutim, viši stupanj religioznosti i viši stupanj obrazovanja predviđaju bolju kvalitetu života nakon preboljelog infarkta, dok samački status (bez stalnog partnera) predviđa bolju postinfarktnu prilagodbu.

7. LITERATURA

1. Vincelj J. Interna medicina odabrana poglavlja Zagreb: Zdravstveno veleučilište i Naklada Slap, 2008.
Dostupno na: <http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/interna%201.pdf>
(24.01.2017)
2. Ivanuša M. Sekundarna prevencija nakon akutnog infarkta miokarda: važnost kardiovaskularne rehabilitacije i farmakološkog liječenja. Medicus 2015; 24(2):127-132.
3. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Hrvatski Zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Zagreb: 2013.
4. Andreis I. Jelaković A. Patologija i patofiziologija. Zagreb : Školska knjiga, 2010.
5. Miličić, D. (2003). Pristup bolesniku s akutnim koronarnim sindromom. Medicus 2003; 12(1):51-63.
6. Jendričko, T. Razvoj psihičkih poremećaja u bolesnika s akutnim koronarnim sindromom. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. 2012.
7. Kheriaty A. Cihak J. Pobjedite depresiju snagom vjere. Split: Verbum, 2014.
8. Poljak I. Kako se nositi s bolešću.
Dostupno na: <http://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/kako-se-nositi-s-bolescu/> (24.01.2017)
9. Slavuj L. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. Geoadria. 2012.
10. Krizmanić M. Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". Primijenjena psihologija 1989: 10: 179 -184.
11. Vuletić G. Mujkić A. Što čini osobnu kvalitetu života. Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Zagreb: Škola narodnog zdravlja "A. Štampar" Medicinski fakultet. Sveučilišta u Zagrebu.
Dostupno na: http://www.snz.unizg.hr/cms/images/PDF/kvaliteta_zivota.pdf.
(19.01.2017)
12. Cella DF. Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology 1990; 4:29-38.

13. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Bjelovar: Radovi Zavoda za znanstveno istraživački i umjetnički rad u Bjelovaru. 2013; 7:251-7.
14. Felce D. Perry J. Assessment of Quality of Life. U: Schalock, R.L. (Ed.): Quality of Life. Conceptualization and Measurement. Washington DC: American Association on Mental Retardation 1996; 63-72.
15. Bratković D. Pojam i čimbenici kvalitete življenja. Plavi fokus glasilo Hrvatske komore medicinskih sestara. ISSN 1845-8165. 2008; IV(3).
16. Brown I. Brown R. Quality of Life and Disability. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
17. English H.B. English A.C. A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. New York: David McKay Company, Inc., 1976.
18. Racz A. i sur. Duhovna strana izlječenja – nadnaravno čudo ili spontana remisija. JAHS. 2016; 2(1):15-22.
19. Rebić A, Fućak J, Duda B, ur. Jeruzalemska Biblija. Zagreb: Kršćanska sadašnjost, 1996.
20. Topčić T. (2013). Bolnička kapela – ambulanta duše. Služba Božja: liturgijsko-pastoralna revija, 2013; 54(3-4): 419-426.
Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/112252> (18.01.2017)
21. Vuletić S. Juranić B. Mikšić, Š. Rakošec, Ž. (2014). Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika. Bogoslovska smotra, 2014; 84(4): 881-906.
22. Ančić B. Vjerska zajednica kao socijalni resurs: Istraživanje o povezanosti religije i zdravlja. Doktorski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Filozofski fakultet, 2013. Dostupno na:
<http://idiprints.knjiznica.idi.hr/246/1/2013%20An%C4%8Di%C4%87%20-%20PhD.pdf> (18.01.2017)
23. O'Brien ME. Spiritual Care: Nurses Role. Spirituality in Nursing, Standing on Holy Ground. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, 2011.
24. Fućkar G. Proces zdravstvene njege, Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
25. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: HUSE, HUMS, 1994.

26. Plante T.G. Boccaccini, M.T. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 1997; 45: 375-387.
27. Reić Ercegovac I. Penezić Z. Subjektivna dobrobit bračnih partnera tijekom tranzicije u roditeljstvo. *Društvena istraživanja*, 2012; 2(116): 341-361.
28. Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubičić, Šamija, M. (2009). Religiosity and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Collegium antropologicum*, 33(4), 1265-1271.
29. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spirituality in survivors of myocardial infarction. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012;17:343–51.
30. Jousilahti P. et al. Sex, Age, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Heart Disease: A Prospective Follow-Up Study of 14 786 Middle-Aged Men and Woman in Finland. (1999).
Dostupno na: <http://circ.ahajournals.org/content/99/9/1165.long> (18.01.2017)
31. Živković I. Vuletić S. Ekleziogene neuroze u psihopataloškim oblicima religioznosti. *Društvena istraživanja*, 2007; 92(6): 1263-1285.
32. Shiah Y. J. Chang F. Chiang S. K. Lin I. M. Tam W. C. C. Religion and Health: Anxiety, Religiosity, Meaning of Life and Mental Health. *J Relig Health*, 2015; 54(1): 35-45.
33. Silton N. R. Flannelly K. J. Galek K. Ellison C. G. Beliefs About God and Mental Health Among American Adults. *J Relig Health*, 2014; 53(5): 1285-1296.
34. Rančić, Nataša, et al. "Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction." *Open Medicine* 8.2 (2013): 266-272.
35. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002
36. Stojković S. *Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti / diplomski rad*. Osijek: Medicinski fakultet sveučilišta; 2016.

8. SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi doprinos osobnih karakteristika (spol, dob, status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznosti na kvalitetu života i prilagodbu na stanje nakon srčanog infarkta. U istraživanju je sudjelovalo 100 pacijenata oba spola koji su preboljeli infarkt miokarda. Istraživanje se provodilo u razdoblju od siječnja 2016. do listopada 2016. godine na Klinici za kardiologiju Kliničkog bolničkog centra Split.

U istraživanju su korišteni sljedeći mjerni instrumenti: Upitnik općih podataka (prikupljeni su podaci o dobi, spolu, radnom statusu, obrazovnom statusu i bračnom statusu), upitnik Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (mjeri snagu vjere bez obzira na vjeroispovijest), Skala zadovoljstva životom (procjena globalnoga zadovoljstva/kvalitete života i procjena situacijskoga zadovoljstva/kvalitete života) te Upitnik prilagodbe nakon preboljenog infarkta (upitnik konstruiran za svrhu ovog istraživanja).

Rezultati su pokazali da ispitanici pridaju važnost vjeri u životu i u prosjeku žive kvalitetan život. Činjenica je da se prilagodbom načina života može u vrlo značajnoj mjeri smanjiti vjerojatnost za ponovni srčani udar (infarkt miokarda), poboljšati kvaliteta života i ukupna životna prognoza bolesnika. Istraživanje je pokazalo da se ispitanici nisu u svim testiranim segmentima potpuno prilagodili stanju nakon preboljenog infarkta. Testiranjem povezanosti općih karakteristika ispitanika i kvalitete života, istraživanje je pokazalo da ne postoji povezanost u kvaliteti života i nekih općih karakteristika poput spola, starosne dobi i radnog statusa, dok postoji razlika u kvaliteti života s obzirom na opće karakteristike poput školske spremu, bračnog stanja i religioznosti. Testiranjem povezanosti općih karakteristika ispitanika i razine prilagodbe nakon preboljenog infarkta, istraživanje u ovom radu je pokazalo da ne postoji povezanost u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta i nekih općih karakteristika poput spola, starosne dobi i religioznosti, dok postoji razlika u razini prilagodbe nakon preboljenog infarkta s obzirom na školsku spremu, bračno stanje i radni status.

U skladu s postavljenim ciljem, ovim istraživanjem može se zaključiti da osobne karakteristike (status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznost, doprinose kvaliteti života i prilagodbi na stanje nakon srčanog infarkta. Religiozni ljudi s višim

stupnjem obrazovanja imaju bolju kvalitetu života, dok se samci bolje prilagođavaju načinu života nakon preboljenog srčanog infarkta.

Ključne riječi: infarkt, osobne karakteristike, religioznost, kvaliteta života, prilagodba

9. SUMMARY

The subject of this paper are the contributions of personal traits and religiousness to the quality of life and adjusting to life after suffering a heart attack.

The goal of research is to determine how personal traits (sex, age, education, working and marital status) and religiousness affect the quality of life and adjusting to life after heart attack. The research encompassed data taken from 100 patients of both sexes who had suffered a myocardial infarction. The timeframe was from January 2016 to October 2016 at the Cardiology Clinic of the University Hospital Centre Split.

The research instruments were: Questionnaire on general data (on age, sex, working status, education status and marital status), Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (measuring the strength of faith regardless of the denomination), life satisfaction rate (assessment of global life satisfaction rate and assessment of situational life satisfaction) and the Questionnaire of adjustment after suffering a heart attack (questionnaire devised for the purpose of this research). The research showed that subjects give a great deal of importance to their faith and on average lead a quality life. The fact remains that by adjusting their lifestyle, they can significantly decrease the probability of having another attack (myocardial infarction), increase the quality of life and overall prognosis of the patient.

The research showed that subjects did not adjust to the situation after having suffered a heart attack in all segments fully. By testing the link of general traits of the subjects and the quality of life, the research showed that there is no link between the quality of life and general traits like sex, age and religiousness, while there was a difference in quality of life considering general traits like education level, marital status and working status. By testing the link between general traits of the subjects and the level of adjustment after having suffered a heart attack, the research in this paper showed there was no link in the level of adjustment after suffering a heart attack and some general traits like sex, age, marital status and religiousness, while there was a difference in the level of adjustment after suffering a heart attack with regards to education level and working status.

In line with the set goals, this research concludes that personal traits (status of education, working status and marital status) and religiousness contribute to the quality of life and adjustment to the situation after having suffered a heart attack. Religious

people have better quality of life and have an easier time adjusting to the period after suffering a heart attack.

Key words: heart attack, personal traits, religiousness, quality of life, adjustment

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI

Ime i Prezime	Ana Tafra
Adresa	Put sv. Roka 19, 21314 Jesenice
Kontakt telefon	091 / 44 555 94
Elektronička pošta	ana.tafra@yahoo.com
Državljanstvo	Hrvatsko
Datum rođenja	15.09.1977.

RADNO ISKUSTVO

Datum	od 01.04.2015.-
Poslodavac	KBC Split
Pozicija	Glavna sestra Odjela koronarne skrbi i invazivne kardiologije Klinike za bolesti srca i krvnih žila
Datum	od 24.05.2000.- 31.03.2015.
Poslodavac	KBC Split
Pozicija	Medicinska sestra
Datum	od 20.04.1999. do 05.02.2000.
Poslodavac	Ordinacija opće medicine Dr. med. Silvana Pivac
Pozicija	Medicinska sestra
Datum	od 06.08.1998. do 28.02.1999.
Poslodavac	Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Sv. Lucija
Pozicija	Medicinska sestra
Datum	od 09.12.1996. do 08.12.1997.
Poslodavac	Dom zdravlja Split
Pozicija	Medicinska sestra, pripravnik

ŠKOLOVANJE

Datum	2013. -
Mjesto	Split
Ustanova	Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija
Usmjerenje	Diplomski sveučilišni studij, Sestrinstvo

Datum	2007.– 2010.
Mjesto	Split
Ustanova	Medicinski fakultet Split, Sveučilište u Splitu
Usmjerenje	Smjer sestrinstvo

Datum	1992.–1996.
Mjesto	Split
Ustanova	Zdravstvena škola Split
Usmjerenje	Medicinska sestra

OSOBNOSTNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

MATERNJI JEZIK	Hrvatski
----------------	----------

STRANI JEZICI

Jezik	Engleski
Govori	Da
Piše	Da
Čita	Da

SOCIJALNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE	Komunikativna, sklona timskom radu, usmjerena ciljevima, razvijene organizacijske sposobnosti
--------------------------------------	---

TEHNIČKE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE	Poznavanje rada na računalu: uredski alati (MS Office aplikacije), internet, osnove programiranja
-------------------------------------	---

KONGRESI I SIMPOZIJI

- 16.10.2008. 1.kongres HUKMS, Opatija, Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara
- 06.03.2009. 3. hrvatski sastanak o kardiovaskularnim intervencijama, Zagreb
- 21.10.2010. 2. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara, Opatija
- 25.03.2011. 3. simpozij medicinskih sestara intervencijske kardiologije Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara, Dubrovnik
- 10.11.2011. 3. simpozij HUKMS, Zagreb
- 15.10.2012. 3. kongres HUKMS, Opatija,
- 11.04.2013. 5. simpozij medicinskih sestara invazivne i interventne kardiologije s međunarodnim sudjelovanjem KBC Zagreb
- 12.03.2016. 7. Nacionalni kongres intervencijske kardiologije s međunarodnim sudjelovanjem Crointervent
- 03.11.2016. 6. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara, Zagreb

TEČAJEVI

- 13.09.2015. ALS Provider Course, Split
- 13.05.2016. Osnove elektrokardiograma i poremećaja srčanog ritma za medicinske sestre, Opća bolnica Zadar
- 9.12.2016. Osnove palijativne medicine - poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja, Split
- 14.1.2017. Komunikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini - poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja, Split

11. PRILOZI

Prilog 1. -Upitnik općih podataka

Spol: M Ž

Dob:

Bračno stanje:

a) oženjen / udana

b) izvanbračna zajednica

c) samac

Školska sprema:

OŠ

SSS

VŠS/VSS

Poslijediplomsko obrazovanje

Radni status

U radnom odnosu

Nezaposlen

U mirovini

Jeste li bili vjernik prije infarkta?

DA

NE

Jeste li postali vjernik nakon infarkta?

DA

NE

Važnost vjere u mom životu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Prilog 2. Santa Clara upitnik snage vjere

1. Moja religioznost mi je izuzetno važna.	1	2	3	4
2. Svakodnevno se molim.	1	2	3	4
3. Moja vjera je za mene izvor životne snage.	1	2	3	4
4. Pomoću vjere pronalazim značenje i svrhu života.	1	2	3	4
5. Aktivno prakticiram vjeru u svakodnevnom životu ili u crkvi.	1	2	3	4
6. Moja vjera je važan dio moje osobnosti.	1	2	3	4
7. Moj odnos s Bogom mi je izuzetno važan.	1	2	3	4
8. Uživam biti okružen ljudima koji su također vjernici.	1	2	3	4
9. Moja vjera je za mene izvor ugone.	1	2	3	4
10. Moja vjera utječe na puno mojih odluka.	1	2	3	4

Prilog 3. Skala zadovoljstva životom

1- U više aspekata moj život je blizak idealnom.	1	2	3	4	5
2- Uvjeti moga života su izvrsni.	1	2	3	4	5
3- Zadovoljan sam svojim životom.	1	2	3	4	5
4- Do sada imam sve stvari koje sam želio u životu.	1	2	3	4	5
5- Kada bi ponovo živio svoj život ne bi mijenjao gotovo ništa.	1	2	3	4	5
6- Sve u svemu ja sam jako sretna osoba.	1	2	3	4	5
7- Život mi donosi puno zadovoljstva.	1	2	3	4	5
8- Ja se općenito dobro osjećam.	1	2	3	4	5
9- Mislim da sam sretna osoba.	1	2	3	4	5
10- U cjelini gledajući ja sam manje sretan od drugih ljudi.	1	2	3	4	5
11- Često sam utučen i žalostan.	1	2	3	4	5
12- Mislim da sam sretan barem koliko i drugi ljudi.	1	2	3	4	5
13- Moja budućnost izgleda dobro.	1	2	3	4	5
14- Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	1	2	3	4	5
15- Što god da mi se desi mogu vidjeti i svijetlu stranu.	1	2	3	4	5
16- Uživam živjeti.	1	2	3	4	5
17- Moj mi se život čini smislen	1	2	3	4	5

Je li Vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo

18- ...da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli	1	2	3	4	5
19- ...da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole	1	2	3	4	5
20- ...da ste se osjećali potpuno sretni	1	2	3	4	5

Prilog 4. Upitnik prilagodbe nakon preboljelog infarkta

1. Nakon infarkta promijenila /promijenio sam raniji životni stil (kretanje, stil prehrane, kontrola stresa...	1	2	3	4	5
2. Nakon infarkta sam u istoj mjeri sposoban obavljati svoj posao kao što sam bio i ranije.	1	2	3	4	5
3. Nakon infarkta sam u istoj mjeri sposoban obavljati obiteljske obveze kao i ranije.	1	2	3	4	5
4. Nakon infarkta sam i dalje zainteresiran za aktivnosti i hobije koji su me zanimali i ranije.	1	2	3	4	5
5. Bojim se ponovnog infarkta	1	2	3	4	5

Prilog 5- Suglasnost Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SPLIT ETIČKO POVJERENSTVO

Klasa: 500-03/16-01/27

Ur.br.: 2181-147-01/06/J.B.-16-2

Split, 19.05.2016.g.

I Z V O D

IZ ZAPISNIKA SA SJEDNICE ETIČKOG POVJERENSTVA KBC SPLIT

TAJRA ANA, m.s., iz Klinike za bolesti srca i krvnih žila uputila je Etičkom povjerenstvu KBC Split zahtjev za provedbu istraživanja :

„Doprinos osobnih karakteristika i religioznosti kvaliteti života i prilagodbi stanju nakon preboljelog srčanog infarkta“

Istraživanje se planira provesti za potrebe izrade diplomskog rada na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija, Diplomski studij sestrinstva

U zahtjevu je obrazloženo kako slijedi :

- Plan istraživanja od dana 28.04.2016.g., organizacija, ciljevi i metodologija istraživanja
 - Vrsta istraživanja : putem ankete, priložen obrazac anketnog upitnika s obrascem informiranog pristanka ispitanika
 - Ispitanci : preboljeli od infarkta miokarda
 - Vrijeme provedbe istraživanja : do kolovoza 2016.g.
 - Način zaštite osobnih podataka - obrazložen
 - Troškovi istraživanja : Nema troškova za KBC Split
- Zahtjevu je priloženo:
- Suglasnost mentora i suglasnosti predstojnika Klinike za bolesti srca i krvnih žila

Nakon razmatranja zahtjeva, donijet je sljedeći

Z a k l j u č a k

Iz priložene dokumentacije razvidno je da se tijekom provedbe istraživanja štiti identitet i prava ispitanika u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka (NN 103/03-106/12) i Zakonom o zaštiti prava pacijenata (NN169/04, 37/08), te da je istraživanje usklađeno s odredbama Etičkog kodeksa medicinskih sestara HKMS-a iz 2005.g.

Etičko povjerenstvo KBC Split je suglasno s provedbom predloženog istraživanja pod uvjetom da troškovi istraživanja ne idu na teret KBC-a Split te da se prilikom provedbe istraživanja poštuju navedena etička načela.

Predsjednik Etičkog povjerenstva

Prof.dr.sc.Jugoslav Bagatin


KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SPLIT
Etičko povjerenstvo