

Utjecaj vjere na poimanje kvalitete života kod osoba s poremećajima živčanog sustava

Jeličić, Ana; Grgić, Tea

Source / Izvornik: **Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti, 2022, 2, 4 - 15**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

<https://doi.org/10.48188/hcz.2.1.1>

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:227:049843>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**

SVEUČILIŠTE
U
SPLITU



SVEUČILIŠNI
ODJEL ZA
FORENZIČNE
ZNANOSTI

Repository / Repozitorij:

[Repository of University Department for Forensic Sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT


dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI



UTJECAJ VJERE NA POIMANJE KVALITETE ŽIVOTA KOD OSOBA S POREMEĆAJIMA ŽIVČANOG SUSTAVA¹

ANA JELIČIĆ¹, TEA GRGIĆ²

Cilj: Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi utjecaj vjere (i drugih dimenzija religioznosti) na subjektivnu procjenu opće kvalitete života i ukupnog 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 istraživanju metodom anketnog upitnika. Korištena su tri upitnika: upitnik religioznosti, koji ima tri dimenzije, upitnik zadovoljstva kvalitetom života na sedam domena za odrasle (PWI) te upitnik koji sadrži jedno pitanje o zadovoljstvu kvalitetom života u cjelini.

Rezultati: Duhovna dimenzija religioznosti ispitana je upotrebom osam 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, a najmanja kod dimenzije utjecaja vjere na ponašanje. Na temelju tri promatrane dimenzije religioznosti, zaključak je da kod ispitanih neuroloških pacijenata prevladava vrlo visoka razina religioznosti. Što se tiče zadovoljstva kvalitetom života na sedam domena, najzadovoljniji su odnosima s bližnjima, a najmanje su zadovoljni zdravljem. Zadovoljstvo kvalitetom života pokazalo se vrlo visokim kod oba mjerena upitnika. Testiranjem povezanosti religioznosti I (duhovne dimenzije) i zadovoljstva kvalitetom života na sedam domena te testiranjem povezanosti religioznosti I sa zadovoljstvom kvalitete života u cjelini, nije utvrđena povezanost. Testiranjem povezanosti između zadovoljstva životom na sedamdomena i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđena je pozitivna, umjerena i statistički značajna povezanost.

Zaključak: Na osnovu rezultata istraživanja zaključujemo da vjera može imati jedinstvenu ulogu u percepciji kvalitete života oboljelih te bi trebala postati dio standardne skrbi u liječenju pojedinca.

Ključne riječi: VJERA, DUHOVNOST, ZDRAVLJE, BOLEST, KVALITETA ŽIVOTA, PATNJA

UVOD

Čovjek se kroz iskustvo bolesti nosi s vlastitom ranjivošću, koja se, osim u fizičkom smislu, očituje i u psihološkoj, emotivnoj i duhovnoj praznini. Nerijetko se bolesnici, suočeni s težim oboljenjem, a

hrvaju s osjećajem besmisla. Upravo susrećući i promatrajući pacijente s neurološkim bolestima (koje su više ili manje progresivne) i stanjima (nema progresije, trajna stanja) može se primijetiti kako 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 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 ćemo razjasniti pojmove vezane za vjeru u Boga, zatim ćemo definirati i analizirati zdravlje i bolest iz više perspektiva, razjasniti fenomen i pojam "kvaliteta života". Cilj nam je istražiti ima li, i zašto, vjera ulogu u životima oboljelih, posebice na percepciju kvalitete života.

VJERA I RELIGIJA

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. "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). 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.

Wach² smatra da su sve religije, unatoč njihovim širokim varijacijama, karakterizirane trima univerzalnim dimenzijama: teorijskom, a to je sustav vjerovanja; praktičnom, što je sustav obreda, i sociološkom, odnosno sustavom socijalnih odnosa. Dok sve tri dimenzije nisu prisutne, netko može imati religiozne tendencije, religiozne elemente, ali ne i potpunu religioznost (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 unutarnja, privatna, subjektivna i emocionalna stvarnost (1). 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). Mnogi ljudi koji se smatraju religioznima, neovisno kojoj religiji pripadaju, samo su običajno religiozni, odnosno ekstrinzično. 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). Prema ovom istraživanju, može se reći da vjerovanje čini prvu i temeljnu dimenziju religioznog odnosa (6).

VJERA

Religija počiva na odnosu čovjeka vjernika s Bogom u kojeg vjeruje. Za kršćane, vjera je "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). 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 je predanje čovjeka Bogu. Vjera se bez religije pretvara u ideologiju; takva se vjera brzo pretvara u nevjeru čovjeka okrenutog potrošačkom društvu (9).

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 i sakramenti. 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. Dosađajna su istraživanja pokazala važnost prakticiranja vlastite duhovnosti pri suočavanju sa stresorom kao što je bolest (12). Nedvojbeno je da je duhovnost, kao složen i višedimenzionalan dio ljudskog iskustva, usko povezana sa zdravljem i bolesti. Kad se radi o poboljšanju zdravstvenog stanja, a time i poboljšanju kvalitete života bolesnika koji je duboko u vjeri, pitanje glasi: akoje došlo do ne očekivanog poboljšanja zdravstvenog stanja, je li ono nastupilo na temelju duhovnosti ili, medicinski rečeno, spontanom remisijom?

MOLITVA

Molitva u smislu povjerenja, pouzdanja i ljubavi prema Bogu ozdravlja dušu, spašava je, djeluje kao terapija na dušu i tijelo. Kroz molitvu čovjek se druži s Bogom, a iz velike ugone dušamu 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. Ameling A.³ (2000.) navodi da čak 82% Amerikanaca

vjeruje da osobna molitva može izliječiti ozbiljne bolesti, a 73% ih 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).

KONCEPT "KVALITETA ŽIVOTA"

Tijekom prošlog stoljeća smatralo se da je kvaliteta života vezana isključivo za standard, odnosno gledalo se iz ekonomske perspektive, zatim iz sociološke, a potom su se istraživanja usmjeravala na proučavanje kvalitete života kroz 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 "pojedincevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu" (16, str. 9). S psihološkog aspekta, zadovoljstvo životom je subjektivni doživljaj kvalitete života. Kvaliteta života, kao i bilo koji drugi stav, podrazumijeva kognitivnu i afektivnu odnosno čuvstveno osjećajnu evaluaciju stava. Prema tome, zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (16).

Činjenica je da postoje objektivni i subjektivni čimbenici utjecaja na kvalitetu života. Objektivni su društveni, ekonomski, politički, a subjektivni su percepcija i procjena tjelesnog, materijalnog, društvenog i emocionalnog 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. (17).⁴ Smatra se da će osobine

¹Sveučilišni odjel za forenzične znanosti, Sveučilište u Splitu

²Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju "Biokovka"

Adresa za dopisivanje:
Doc. dr. sc. Ana Jeličić
Sveučilišni odjel za forenzične znanosti,
Sveučilište u Splitu
21000 Split, Rudera Boškovića 31
E-mail: anjelici08@gmail.com

¹ Ovaj rad, odnosno znanstveno istraživanje, provedeno je u svrhu izrade diplomskog rada studentice Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu Tee Grgić pod mentorstvom doc. dr. sc. Ane Jeličić.

³ Ann Ameling, profesorica je psihijatrijsko-mentalnog zdravlja na studiju sestrinstva na Sveučilištu Yale.

² Jochim Wach, protestantski teolog, 1898.-1955.

⁴ Australški psiholog Robert Ashley Cummins značajno je pridonio razvoju ovog multidimen-

ličnosti odrediti u kojoj mjeri će bolest utjecati na kvalitetu života. Utjecaj bolesti je raznolik; to nisu samo neki tjelesni simptomi i smetnje u funkcijama tijela, nego i promijenjena radna sposobnost, veća ovisnost o blišnjima 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)? Tumačenja medicine i teologije su različita; 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 ostaloga, ima tijelo (21). Stjepan Orešković u radu iz 1994. analizira koncepte kvalitete života. U medicini se prvi put "kvaliteta života" pojavljuje kao rezultat težnji da se nadvladapatologija. 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).

U ovom radu, kako bismo ispitali percepciju kvalitete osobnog života, koristili smo upitnik za opću populaciju, premda je istraživanje obuhvatilo osobe pogođene neurološkim bolestima i stanjima koja nisu prolazna i izlječiva. Koristili smo Personal Wellbeing Index (PWI) upitnik⁵ zbog metodološke utemeljenosti i dobrih metrijskih karakteristika. Prema članovima International Well Being Group, kako navodi Benjak (2010.) u disertaciji, kvalitetu života određuje: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata,

zionalnog konstrukta. Cummins (1995.) je, kako navodi Golubić (2010.) u disertaciji, zaključio da se kvaliteta života zasniva na homeostazi. Razina percepcije vlastitog života stabilna je na jednoj razini. Sustav 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, pronadu ravnotežu i vrate u homeostazu (18).

5 Upitnik je dostupan na hrvatskom jeziku.

kata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnosti (17).

GLEDIŠTA O ZDRAVLJU

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 to još uvijek zdravlje. Različite strukture društva koriste ga na različite načine i u različitim kontekstima. Obično se poseže za definicijom Svjetske zdravstvene organizacije⁶: "Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne jednostavna odsutnost bolesti ili slabosti" (23, 24, str. 10). Tu se očituje nedostatakduhovne 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 se više okrećemo prema novim pojmovima odnosno percepciji vlastitog zdravstvenog statusa (health perception, self-rated health), što podrazumijeva subjektivno poimanje zdravlja. Mons. Elio Sgreccia, nekadašnji predstojnik Papinske akademije za život (2005.), bavio se definiranjem zdravlja te je smatrao da se zdravlje, kao ni bolest, ne može precizno definirati, 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 (24, 25). Francisco Alvarez⁷ proučava zdravlje na tri razine: funkcionirati dobro, osjećati se dobro i biti dobro.⁸ Postoji i dinamičan pristup

6 World Health Organization: Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

7 Docent teologije na Međunarodnom institutu za pastoral zdravlja *Camillianum* u Rimu.

8 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 čovjekov duhovni dio (24).

zdravlju u kojem se zdravlje kontinuirano ostvaruje.⁹ Sociolozi se bave zdravljem kao rezultatom društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa. Da je zdravlje društveno uvjetovano najjasnije se manifestira u industrijskim društvima, gdje se zna koji su mogući napadina zdravlje, ato je i dokaz da svaka društvena zajednica ima vlastito poimanje zdravlja, koje je povezano s kulturnim navikama (26). Hrvoje Jurić (2018.) bavi se bioetičkim pristupom prema kojem je zdravlje puno složeniji fenomen od "izostanaka bolesti". Prema V. R. Potteru¹⁰, 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).

RAZLIČITA SHVAĆANJA BOLESTI

U modernoj medicini postoje tri ideologije, pa je toliko i pristupa bolestima: biološki, psihološki i društveno-politički. Biološki se pristup usmjerava na patologiju same bolesti, na tijelo čovjeka, te mu se iz vidokrug gubi čovjek kao osoba iz obiteljskog i društvenog okruženja. Bolest se smatra greškom koju liječnik popravljiva. Uspjeh liječenja ne ovisi 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

9 Taj pristup predlaže Mario Bizzotto. Prva polazišna točka njegovog pristupa je liječničko poimanje zdravlja, po kojem je zdrav onaj tko je ozdravljen ili izliječen. Ta misao implicira da se svi radamo bolesni te da zdravlje treba ponovo vratiti, što po autoru ima duboke etičke implikacije, jer nam ukazuje da smo odgovorni za svoje zdravlje. Druga polazišna točka je shvaćanje zdravlja kao rezultata jednog procesa koji se cijeli život ne zaustavlja. 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).

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

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 bolest smatra predmetom, a ljudsko tijelo mehaničkim strojem, ali je, unatoč svim svojim manjkavostima, donio napredak i eliminirao mnoge bolesti (31). Sociološka istraživanja bolesti proučavaju što je bilo prije bolesti, koliko su okolina, društvo i čovjek svojim ponašanjem utjecali na pojavu i razvoj bolesti. Postoje kulturalne razlike u poimanju bolesti. U engleskom jeziku pronalazimo dvije riječi za bolest: disease i illness. Prva označava bolest, patologiju, kada je proučava biološka znanost i može se jednostavno zvati "bolest", dok druga riječ označava proživljeno iskustvo bolesti pojedinca se može reći da je to "moja bolest" (25). Prema duhovničkom modelu, bolest ovisi o nedostatku duhovnosti, a ozdravljenje je dijelom uvjetovano duhovnim napretkom pojedinca. Medicina gleda bolest kao neku izvanjsku silu koja napada i obuzima tijelo. Kršćanska teologija razmišlja u drugom smjeru i gleda 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, odnosno prema životu, vrijednostima, emocijama i vjeri (21). S duhovnog aspekta, nijedan čovjek nije lišen boli i bolesti kao najtežih pojava u 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 umanjí bit čovjeka, da ne razori jedinstvenost osobe (28). 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 logoterapija¹¹ na to ukazuju i ističu tera-

11 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.

peusko djelovanje prihvaćanja bolesti i trpljenja. Prema tome, čovjek koji nosi svoju patnju i ne može je promijeniti, mogućnost ispunjavanja svoga života vidi upravo u toj patnji (11). Tko doživljava bolest isključivo nedostatkom, taj ostaje plutati na površini i ne doživljava istinsku dubinu života (29). 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). Sam život uključuje pitanje smrti, a bolest to čini još u većoj mjeri. Osim trpljenja, umiranje i smrt oduzimaju čovjeku smisao života te bude brojne frustracije (32-36).

POREMEĆAJI ŽIVČANOG SUSTAVA KOD ISPITANIKA

Neurologija je grana medicine koja proučava bolesti i ozljede središnjeg i perifernog živčanog sustava, njihov nastanak, liječenje i rehabilitaciju (23). Ispitivanje je obuhvatilo osobe s neurološkim stanjima i bolestima 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: cerebralna paraliza, Parkinsonova bolest, stanja nakon traume središnjeg i perifernog živčanog sustava, tumori središnjeg živčanog sustava te polineuropatije.¹²

12 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). Moždani udar je iznenada nastalo oštećenje moždanog tkiva kao posljedica poremećaja moždane cirkulacije ili krvarenja u tkivo (44-46). 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), uzrokuje oštećenje mozga koje ne progredira, ali simptomima neurološkog poremećaja mogu se mijenjati zbog procesa maturatione, plastičnosti mozga te terapijskih postupaka. (48-50). Parkinsonova bolest (PB) je bolest pokreta odnosno bolest bazalnih ganglija. To je progresivna neurodegenerativna bolest uzrokovana neurodegeneracijom dopaminergičkih neurona supstancije nigre. (37, 38). Tumori središnjeg živčanog sustava (SZS) jedinstvena su, a vrlo mješovita skupina dobroćudnih i zloćudnih tumora. Sve izrasline u središnjem živčanom sustavu zloćudne su po svo-

Ove bolesti i stanja odnose se na široki spektar fizičkih i psiholoških fenomena. Podrazumijevaju 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).

ISPITANICI I ISTRAŽIVAČKA METODA

Glavni cilj ovog istraživanja bio 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 se izjašnjavaju kršćanima. Krenulo se od hipoteze da suprema subjektivnim procjenama, neurološki pacijenti koji su ujedno i religiozni, zadovoljniji kvalitetom vlastitog života. Istraživanje se provelo u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju "Biokovka" čije je Povjerenstvo za etička pitanja odobrilo istraživanje. Vremenski period istraživanja bio 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 ambulanti i stacionarni neurološki pacijenti približne motoričke funkcionalnosti (vertikalizirani, koji hodaju samostalno ili uz

joj 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, 51-52). Traume živčanog sustava nastaju kao posljedica djelovanja mehaničke sile. Odnose se na ozljede mozga, spinalne ozljede te ozljede perifernih živaca. 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 (37, 51). 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. (38).

pomoć pomagala), starosti od 30 do 70 godina, koji su u periodu istraživanja bili na rehabilitaciji u "Biokovci". Zbog homogenosti skupine, po vjeroispovijesti su rimokatolici. 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) i Parkinsonova bolest.

Mjerni instrument bio je upitnik religioznosti. Damir Ljubotina konstruirao je upitnik koji se sastojao od 38 stavki. Taj se upitnik temelji na teorijskom modelu religije prema Glocku i Starku iz 1965. koji počiva na pet dimenzija prema kojima se može promatrati svaka religija (2, 3). Upitnik je skraćen na 24 stavke (Stiplošek 2002.), po osam za svaku od tri dimenzije. 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). Obredna (ritualna) dimenzija 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). 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 četiri stupnja (0 - sasvim netočno, do 3 - sasvim točno).

no). 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. Cumminsa i International well-being grupe 2006.¹³ Koristi se za vrjednovanje subjektivne kvalitete života, namijenjen je za odrasle osobe, a sedam domena kojima se bavi su domene važne za percepciju kvalitete života. To su: materijalno blagostanje, zdravlje, postignuća, intimnost (bliski odnosi s drugim osobama), osjećaj sigurnosti, pripadnost zajednici i 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 sedam domena može se analizirati zasebno.¹⁴

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 kao što su dob, spol i dijagnoza te objasnio ispitanicima razloge istraživanja.¹⁵ Ispitanik bi sutradan,

13 (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).

14 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).

15 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".

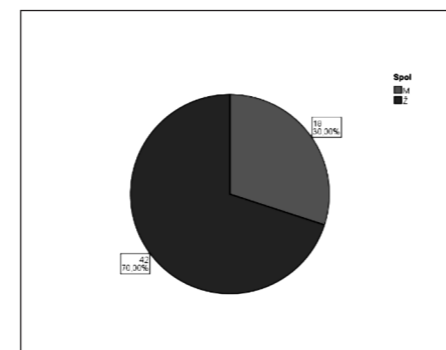
po dolasku na individualnu kineziterapiju kod fizioterapeuta, vratio ispunjene upitnike (upitnik religioznosti, upitnik zadovoljstva kvalitetom života na sedam domena (PWI) i upitnik zasebne varijable vezane za zadovoljstvo kvalitetom vlastitog života u cjelini).

U empirijskom dijelu ovog rada, upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini testiraju se postavljene hipoteze istraživanja. Uradu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na anketna pitanja od strane ispitanika. Razina religioznosti u tri dimenzije, zadovoljstvo osobnim životom na sedam 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.

REZULTATI

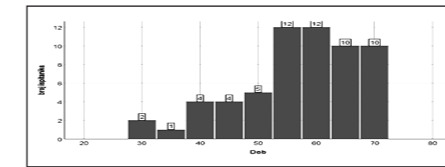
Sociodemografska obilježja

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

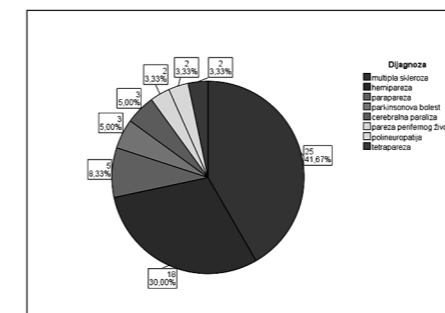


Graf 1. Ispitanici prema spolu

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



Graf 3. Ispitanici prema dijagnozi

Tablica 1. Cronbach alpha pokazatelj pouzdanosti mjerne skale

Cronbach's Alpha	N
0,959	8

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

Tablica 2. Deskriptivni pokazatelji čestica religioznosti I

	N	Prosjeak	SD	Medijan	IQR	Min	Maks
Ponekad osjećam prisutnost Boga ili nekogbožanskog 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

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

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%; $\chi^2=73,87; p<0,001$).

Religioznost I (duhovna dimenzija) je ispitana upotrebom osam čestica. Opravdanost upotrebe odabranih čestica testira se Cronbach alpha pokazateljem. Vrijednost Cronbach alpha 0,959 upućuje na zaključak da postoji unutarnja dosljednost među osam odabranih čestica, odnosno primjerene su za korištenje promatranja dimenzije religioznost I.

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.

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 pet 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 tri 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 ($p<0,001$).

Zadovoljstvo osobnim životom (PWI) je ispitano upotrebom sedam čestica. Opravdanost upotrebe odabranih čestica testira se Cronbach alpha pokazateljem. Vrijednost Cronbach alpha 0,791 upućuje na zaključak da postoji unutarnja dosljednost među sedam 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	Prosjeak	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 mjereno 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).

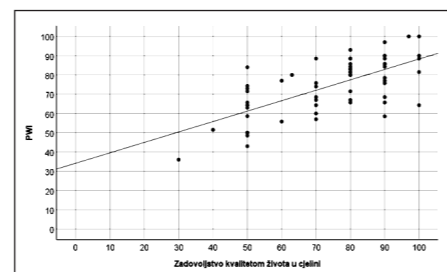
Tablica 7.
Deskriptivni pokazatelji zadovoljstva kvalitetom života u cjelini

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

Budući da mjerna skala religioznosti sadržava 72 boda, dok je mjerna skala zadovoljstva osobnim životom na sedam domena (PWI), te zadovoljstva kvalite-

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

Testiranjem povezanosti između PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini utvrđeno je postojanje pozitiv-



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

zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, i suprotno.

Povezanost je prikazana i dijagramom rasipanja.

	N	Prosjeak	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 mjereno 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 je mjerna skala zadovoljstva osobnim životom na sedam domena (PWI), te zadovoljstva kvalite-

ne, umjerene i statistički značajne povezanosti (rho=0,633; p<0,001), odnosno porast razine PWI-a praćen je porastom

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

Povezanost između religioznosti I i zadovoljstva osobnim životom na sedam 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

Tablica 8.
Kruskal-Wallis test - razlika u razini religioznosti, zadovoljstva osobnim životom na sedam 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

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

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

**Spearmanov koeficijent korelacije

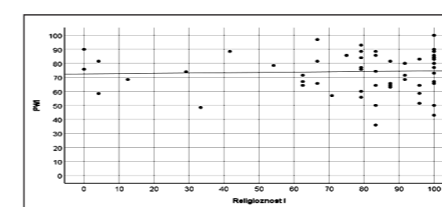
Tablica 10.
Korelacija religioznosti I (duhovne dimenzije) i PWI-a

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

**Spearmanova korelacija

religioznosti I se ne odražava na promjenu PWI-a, i suprotno.

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



Graf 5.
Dijagram rasipanja: Religioznost I i PWI

Iz grafičkog se prikaza 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

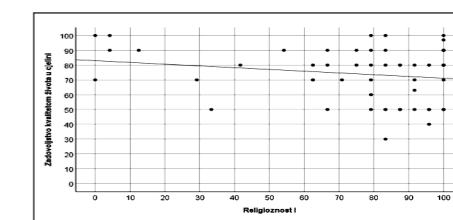
Testiranjem povezanosti između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, nije utvrđeno postojanje povezanosti (rho=-0,040; p=0,763). Dakle, veća razina religioznosti I se ne odražava na povećanje zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, i suprotno.

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

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

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

**Spearmanova korelacija



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 sedam domena (PWI), te zadovoljstva kvalitetom života u cjelini. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike u razini religioznosti, zadovoljstva osobnim životom na sedam 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 izme-

đu religioznosti I i PWI-a nije utvrđena, kao ni povezanost između religioznosti I i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini. Kao primjer navodimo slučaj pacijenta XX koji je doživio prometnu nesreću 1987. godine, od kada 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, a 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.

RASPRAVA

Autorica Vuger - Kovačić u istraživanju se bavila kvalitetom života osoba oboljelih od multiple skleroze (MS) koristeći upitnik (PWI), koji je korišten i u ovom istraživanju, i došla je do zaključka da je ona niska (16). 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. U ovom 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, a u njenom je istraživanju broj ispitanika znatno veći. U istraživanju autora Allahbakhshaina i sur. iz 2011. korišten je upitnik SWBS - spiritual wellbeing

scale gdje su rezultati vrednovani kao niski, srednji i visoki, prema broju bodova, a većina ispitanika pokazala je duhovno srednje blagostanje, i to 97,9% (56). Raspon dobi bio 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 i 35% muškaraca, dok je u našem istraživanju sudjelovalo 70% žena i 30% muškaraca. Autor navodi veliki pozitivni utjecaj ekonomskog statusa na duhovnost. To možemo usporediti s rezultatima našeg istraživanja u kojima je čestica "zadovoljstvo životnim standardom" treća po redu najmanjeg zadovoljstva. 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 u kojem je prosjek dobi 58,50, a religioznost/duhovnost visoko izražena. James B. Wade i sur., 2018. proveli su istraživanje u SAD-u koje se bavi religioznošću, duhovnošću i srećom odnosno njihovom povezanošću kod odraslih osoba s neurološkim stanjem ili bolesti (57). Istraživanje je pokazalo 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. Finocchiaro i sur. 2014. bavili su se duhovnošću (SWB - spiritual well being) kao prediktorom kvalitete života odraslih osoba s paraplegijom (58). Istraživanje ima 75 ispitanika, a svrha mu je bila ispitati odnos između duhovnog blagostanja, depresije i kvalitete života. Zaključak je da su ispitanici kod kojih je bila izražena duhovnost imali veću kvalitetu života. Chlan i sur. su 2010. godine istraživali ulogu duhovnosti i religioznosti te zadovoljstvo životom kod odraslih koji su imali spinalnu ozljedu u djetinjstvu (prije 18. godine, a ispitanici su bili u dobi 24 - 45, dok je 298 osoba sudjelovalo u svim upitnicima) (59). Zaključak je da su važnost religije i duhovnog suočavanja značajno pozitivno povezani sa starijom dobi, dužim trajanjem takvog stanja i većim životnim zadovoljstvom. Naše istraživanje je pokazalo vrlo visoke razine religioznosti i duhovnosti te kvalitete života kod stari-

je 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. 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 većom kvalitetom života i većim životnim zadovoljstvom (58).

ZAKLJUČAK

Religioznost I (duhovna dimenzija) ispitana je upotrebom osam čestica. Najveća prosječna razina utvrđena je kod čestice "Osjećam se vjernikom", dok je najniža razina utvrđena kod čestice "Zbog svoje vjere spreman sam na odricanja i žrtvu". Najveća razina ukupne religioznosti utvrđena je kod religioznosti II (obredna ili ritualna dimenzija), zatim slijede religioznost I te religioznost III (dimenzija utjecaja vjere na ponašanje). Na temelju sve tri dimenzije religioznosti vidljivo je da među ispitanicima prevladava visoka razina ukupne religioznosti. Što se tiče deskriptivnih pokazatelja PWI-a, najveća prosječna razina od sedam čestica zadovoljstva utvrđena je kod "Zadovoljstvo odnosima s bližnjima", dok je najniža razina zadovoljstva kod čestice "Zadovoljstvo zdravljem". Srednja razina PWI-a upućuje na zaključak da je riječ o visokoj razini percepcije zadovoljstva životom na sedamdomena. Srednja vrijednost upitnika zadovoljstva kvalitetom života upućuje na zaključak da je visoka percepcija zadovoljstva kvalitetom života u cjelini. Testiranjem razlike u razini ukupne religioznosti, PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, nije utvrđeno postojanje razlike. Testiranjem povezanosti između PWI-a i zadovoljstva kvalitetom života u cjelini, utvrđeno je postojanje pozitivne, umjerenе i statistički značajne povezanosti, 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. 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, što bi značilo da se viša razina religioznosti I ne odražava na povećanje zadovoljstva kvalitetom života u cjelini.

Kao ograničenje ovog istraživanja ističe se nedostatak kontrolne skupine u postojećoj skupini (manje religiozni/manje izražena komponenta duhovnosti). Očekivanja su bila da će biti ispitanika koji su manje religiozni, međutim to se nije dogodilo. Broj ispitanika trebao bi biti znatno veći, a time i duži period istraživanja. Istraživanje koje smo provedli i rezultati do kojih smo došli pomoći će nam u odabiru metoda, postupaka i ključnih kriterija za buduća istraživanja na ovu temu. Ipak, na osnovu dobivenih rezultata istraživanja možemo zaključiti da vjera ima jedinstvenu ulogu u percepciji kvalitete života oboljelih koji sebe smatraju vjernicima te da bi njima duhovna podrška tijekom liječenja pomogla ako bi postala dio standardne skrbi.

NOVČANA POTPORA/FUNDING
Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL
Nije potrebno/None

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST
Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./ *All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

LITERATURA

- Marinović - Bobinac A. Neerkvena religioznost u Hrvatskoj. Društvena istraživanja. 1995; 4 (6) (20): 853-66.
- Čorić ŠŠ. Psihologija religioznosti. Drugo dopunjeno izdanje. Jastrebarsko: Naklada slap; 2003.
- Stiplošek D. Povezanost religioznosti, samopostovanja i lokusa kontrole. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2002.
- Leutar Z, Josipović AM. Neke dimenzije religioznosti mladih. Nova prisutnost. 2008; VI (3): 397-420.
- 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>.
- Zrinščak S, Črpić G, Kušar S. Vjerovanje i religioznost. Bogoslovska smotra. 2000; 70 (2): 233-55.
- 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-vernik-religiozan/>.
- Gruden V. Sreća, zdravlje, vjerovanje. Nova prisutnost. 2003; I (2): 277-83.
- Tomić C. Religioznost i vjera. Veritas; 2006. [pristupljeno 17.01.2019.] Dostupno na: http://www.veritas.hr/arhiv/ver2006/ver01_06/bozjaric.htm.
- Pejić M. Tko je duhovan čovjek? 2017. rujan 20. [pristupljeno 27.10.2019.] Dostupno na: <https://franjevci-st.com/tko-duhovan-čovjek/2716>.
- Špehar M. Sveci i kršćanska duhovnost prema zdravlju i bolesti. Acta medico-historica Adriatica. 2012; 10 (2): 339-50.
- Leutar I, Leutar Z. Duhovnost kao resurs snage i otpornosti obitelji u rizičnim okolnostima. Nova prisutnost. 2017; XV (1): 65-87.
- 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.
- Komadina A. Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. Crkva u svijetu. 2016; 51 (4): 615-38.
- Ameling A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. Holist Nurs Pract. 2000 Apr; 14 (3): 40-8.
- Vuletić G (ur.). Kvaliteta života i zdravlje. Osiijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2011.
- Benjak T. Kvaliteta života i zdravlje roditelja djece s pervazivnim razvojnim poremećajima [dissertacija]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
- Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika [dissertacija]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
- Joković S, Pavlović J, Hadživuković N, Đević R, i Vilotić S. Metode ispitivanja i pokazatelji kvaliteta života. Biomedicinska istraživanja. 2017; 8 (1): 90-4.
- Zagorac I. Aleksandra Frković: Medicina i bioetika. Socijalna ekologija. 2010; 19 (2): 229-31.
- Jeličić A. Teološko poimanje dostojanstva života i patnje - katolički doprinosi bioetici. Znakovi vremena. 2014; 7 (63): 81-91.
- Orešković S. Koncepti kvalitete života. Socijalna ekologija. 1994; 3 (3-4): 263-74.
- Padovan I. Medicinski leksikon. Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 1992.
- 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.
- Emmons RA, Kneezel TT. Giving Thanks: Spiritual and Religious Correlates of Gratitude. Journal of Psychology and Christianity. 2005; 24 (2): 140-8.
- Štifanić M. Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. Društvena istraživanja. 2001; 10 (1-2) (51-52): 191-211.
- Jurić H. Zdravlje: pluriperspektivni bioetički pristup. Medix; 2018. [pristupljeno 16.11.2019.] Dostupno na: <https://www.medix.hr/zdravlje-pluriperspektivni-bioetički-pristup>.
- Mateljan A. Otajstvo supatnje. Sakrament bolesničkog pomaganja. Split: Crkva u svijetu; 2002. str. 144.
- Lütz M. Užitek života - Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnesa. Split: Verbum; 2015.
- Bijelić B. Ermanno Pavesi, Bioetika umijeća ozdravljenja. Obnovljeni život. 2014; 69 (3): 417-9.
- Rupčić D. Bolest u procjepu biologije i kulture. Postmoderni shvaćanje bolesti kao biokulturne pojave. Filozofska istraživanja. 2016; 36 (3): 421-38.
- Mateljan A (ur.). Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi. Split: Crkva u svijetu; 2018. str. 265-6.
- Nad 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. 345-76.
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. Poecik K. Neurologija. 2 izdanje prema 8., pre radenom 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, Kitz 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): 117-35.
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): 93-7.
49. Rešić B. Genetika i cerebralna paraliza. Paediatr Croat. 2013; 57 (Supl 1): 87-92.
50. Mejaški Bošnjak V. Neurološki sindromi dojenčake dobi i cerebralna paraliza. Paediatr Croat. 2007; 51 (Supl 1): 120-9.
51. Horvatić J, Joković Oreb I, Pinjatela R. Oštećenja središnjeg živčanog sustava. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2009; 45 (1): 99-110.
52. Paladino J. Kompendij 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 - on set spinal cord injury. Spinal Cord. 2011 Mar; 49 (3): 371-5.

Summary

THE INFLUENCE OF FAITH ON THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH NERVOUS SYSTEM DISORDERS

Ana Jeličić, Tea Grgić

Objective: The main objective of this study is to determine the influence of faith (and other dimensions of religiosity) on the subjective assessment of quality of life and general satisfaction with quality of life in neurological patients, who are Christians by religion.

Methods: Sixty neurological patients during rehabilitation in a special hospital for medical rehabilitation participated in this research using a questionnaire method. 3 questionnaires were used: a questionnaire on religiosity that has 3 dimensions, a questionnaire on quality of life satisfaction in 7 adult domains (PWI) and a questionnaire containing one question on satisfaction with the quality of life as a whole.

Results: The spiritual dimension of religiosity was examined using 8 particles. The highest level was found in the particle "I feel like a believer", and the lowest in "Because of my faith I am ready to give up and sacrifice." The highest level of religiosity was found in the ritual dimension, followed by the spiritual dimension and the lowest in the dimension of the influence of faith on behaviour. Based on the 3 observed dimensions of religiosity, the conclusion is that a very high level of religiosity prevails in the examined neurological patients. In terms of satisfaction with the quality of life in 7 domains, they are the most satisfied with their relationships with the people that are close to them and the least satisfied with their health. Satisfaction with the quality of life was very high in both measured questionnaires. By testing the connection between religiosity I (spiritual dimensions) and satisfaction with the quality of life in 7 domains, and by testing the connection between religiosity and satisfaction with the quality of life as a whole, no connection was established. By testing the relationship between life satisfaction in 7 domains and satisfaction with quality of life as a whole, a positive, moderate and statistically significant association was found.

Conclusion: Based on the results of the research, we conclude that faith can play a unique role in perception of the quality of life of patients and should become a standard part of care in the treatment of the individual.

Keywords: FAITH, SPIRITUALITY, HEALTH, DISEASE, QUALITY OF LIFE, SUFFERING

Primljeno/Received: 22. 2. 2022.

Prihvaćeno/Accepted: 12. 4. 2022.