

Kvaliteta skrbi na području grada Knina oboljelih od šećerne bolesti

Šuljak, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:261041>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ivana Šuljak

**Kvaliteta skrbi na području grada
Knina oboljelih od šećerne bolesti**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ivana Šuljak

**Kvaliteta skrbi na području grada Knina
oboljelih od šećerne bolesti**

Diplomski rad

Zagreb,2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je u na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ u
Katedri za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravstva pod vodstvom prof.dr.sc.
Miroslav Mastilica i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

SADRŽAJ

Sažetak

Summary

1. Uvod	1
1.1. Šećerna bolest kroz povijest.....	2
1.2. Epidemiologija šećerne bolesti	4
1.2.1. Epidemiologija šećerne bolesti u svijetu	4
1.2.2. Epidemiologija šećerne bolesti u Hrvatskoj	4
1.3. Indikatori kvalitete skrbi za šećernu bolest	5
1.4. Globalna epidemija 21. stoljeća- problem.....	9
2. Ciljevi rada i hipoteza	11
3. Ispitanici i metode	12
4. Rezultati.....	13
5. Rasprava.....	34
5.1 Ograničenje istraživanja	37
6. Zaključak.....	39
7. Zahvale	40
8. Literatura.....	41
9. Životopis.....	43
10. Prilog 1.- Anketni upitnik SF-36.....	45

Sažetak

Kvaliteta skrbi na području grada Knina oboljelih od šećerne bolesti

Ivana Šuljak

Šećerna je bolest kompleksna, i to zbog trajanja, pojave komplikacija i samog liječenja. U definiciji kvalitete skrbi uobičajeno je da se perspektiva pacijenta postavi kao prioritet. Kako kvaliteta skrbi je veoma velika i kompleksna cijelina, tako je u ovome radu prikazan jedan segment, i to kvaliteta života oboljelih od šećerne bolesti.

Cilj: Cilj istraživanja je utvrditi te na osnovi dobivenih podataka predložiti i planirati akcije koje imaju za cilj poboljšanje kvalitete života oboljelih od šećerne bolesti

Metode: Istraživanje je provedeno na 150 ispitanika na području grada Knina.

Trajalo je u periodu od studenog 2014.godine do ožujka 2015.godine. Radi se o presječnom istraživanju. U diplomskom radu korišten je pregled literature na hrvatskom i engleskom jeziku te verificiranom anketnom upitniku za analizu zdravstvenog stanja SF-36.

Doprinos području: Na području grada Knina, ali i okolice do sada se nije provodilo nijedno istraživanje o kvaliteti života oboljelih od šećerne bolesti. Zadnjih desetak godina istraživanja su se više usmjeravala na proučavanje i donošenje standarda liječenja, a manje ispitivanju kvalitete života. Rezultati rada su pokazali da je kvaliteta života oboljelih od šećerne bolesti zadovoljavajuća, ali ne znači da poboljšanja i nisu potrebna i nisu moguća.

Ključne riječi: kvaliteta skrbi, kvaliteta života, šećerna bolest, pacijent

Summary

The quality of care with diabetes in the area Knin

Ivana Šuljak

Diabetes is a complex disease, and due to the duration, and the occurrence of complications of treatment. The definition of quality of care is common to patient perspectives set as a priority. As the quality of care is very large and complex a whole, both in this paper presented a segment, and the quality of life of diabetic patients.

Objective: The objective of this study is to determine the basis of the obtained data suggest a plan of action aimed at improving the quality of life for patients with diabetes

Methods: The study was conducted on 150 respondents in the city of Knin. It lasted in the period from November 2014 to March 2015. It is a cross-sectional study. The thesis used a review of the literature in Croatian and English language and verified questionnaire to analyze the health status of the SF-36.

The contribution of the area: In the area of Knin, and surrounding areas so far not conducted any research on the quality of life of diabetic patients. During the last ten years of research were more focused on the study and adoption of standards of treatment, rather than testing the quality of life. The results showed that the quality of life of diabetic patients is satisfactory, but it does not mean that improvements are not necessary and not possible.

Keywords: quality of care, quality of life, diabetes, patient

1. Uvod

Šećerna je bolest kompleksna, i to zbog trajanja, pojave komplikacija i samog liječenja. Ona utječe na čovjeka fizički, ali i psihički i socijalno. Poznati su faktori rizika za nastanak bolesti, kao i metode prevencije, međutim, šećerna bolest jedna je od najčešćih endokrinih bolesti današnjice.

Ona je multifaktorijalna bolest koja se utjecajem okolinskih čimbenika razvija u genetski osjetljivih pojedinaca.

Šećerna bolest nije samo zdravstveni problem, već i svjetska globalna katastrofa.

Oboljeli od šećerne bolesti moraju imati pristup odgovarajućim lijekovima i širok spektar zdravstvenih usluga u okviru svoje bolesti. Krajem 20.stoljeća jedno od najvažnijih dostignuća na polju zdravstvene zaštite bilo je priznanje središnje uloge pacijentova gledišta u praćenju kvalitete skrbi. Naime, nužno je postaviti definiciju kvalitete skrbi.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira *»kvalitetu kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje«*. (1)

Svrha ovog istraživanja je koliko kvaliteta života kao jedan od prediktora kvalitete skrbi je važna kod oboljelih od šećerne bolesti, te kao takva i utječe na bolest.

Cilj istraživanja je utvrditi te na osnovi dobivenih podataka predložiti i planirati akcije koje imaju za cilj poboljšanje kvalitete života oboljelih od šećerne bolesti.

1.1. Šećerna bolest kroz povijest

Šećerna bolest je vjerojatno stara koliko i ljudski rod.

Najstariji zapis je u Ebersovu papirusu nastalom oko 1550. godine prije nove ere. U jednom grobu kraj Tebe u Egiptu 1864. godine je nađen dobro očuvan papirus duljine 20m i širine 30cm. Našao ga je njemački egiptolog Georg Ebers pa odatle i naziv „*Papirus Ebers*“. U njemu je zapis liječnika Hesy-Ra s opisom bolesti koje su vladale u doba faraona u Egiptu. Opisana je i bolest koja se odlikuje „*potopom od mokraće*“. Istovremeno on daje i recept za liječenje: „*zrna pšenice, svježu prekrupu, kosti, zeleno olovo, zemlju i vodu ostaviti vlažne, procijediti i uzimati četiri dana*“ .

Interesantno je da grčki liječnik Hipokrat (4. stoljeće prije nove ere), koji se smatra ocem medicine, uopće nije opisao neki od kliničkih znakova i simptoma ove bolesti.

U zapisima hindskih liječnika Charaka i Sushrutaā iz 400-500. godine prije nove ere prvi se put opisuje slatkoća urina temeljem koje je postavljana dijagnoza te se opisuju dva osnovna „tipa“ bolesti uz preporuke za liječenje. Opisano je da se bolest uglavnom javlja u pretilih osoba, neumjerenih u slatkoj i masnoj hrani, a kao liječenje se preporučuje fizička aktivnost i neograničene količine povrća dok se u mršavih bolesnika, u kojih se bolest označava kao mnogo ozbiljnija, preporučuje dijeta.

Rimski liječnik Celsius (1. stoljeće nove ere) opisuje kako je liječio bolesnika koji je uzimao velike količine tekućine, mnogo je mokrio i gubio na tjelesnoj težini. Poslije kraćeg vremena bolest je završila letalno.

Galen (2. stoljeće) je smatrao da je to oboljenje bubrega, u kome tekućina putem mokraće izlazi nepromijenjena iz organizma.

U 2. stoljeću Areatus uvodi naziv dijabetes prema grčkoj riječi *diabainein* (prolaziti) jer uočava da se tekućina ne zadržava u tijelu već samo kroz njega prolazi kao kroz cijev. Njegov opis bolesti naglašava poliuriju, pojačanu žeđ, „otapanje tkiva i udova u urin“ i kratko preživljavanje bolesnika.

Perzijski liječnik Avicena (11. stoljeće) dao je opis izumiranja i otpadanja tkiva kod dijabetesne gangrene. Poslije toga značajnog napretka u razumijevanju bolesti nije bilo sve do 16. stoljeća, do Paracelsusove reforme dotadašnjeg medicinsko-

znanstvenog koncepta i prepoznavanja šećerne bolesti kao ozbiljne sustavne bolesti. John Pollo i Johan Peter Frank su u 18. stoljeću naziv bolesti „*diabetes*“

dodali „*melitus*“ (sladak, meden) zbog navedenog svostva urina u bolesnika.

Nastavlja se s proučavanjem ove bolesti tako da Dobson (1776. g.) otkriva da je slatka tvar u mokraći šećer dok Chevreul (1815. g.) identificira šećer kao glukozu.

Nakon toga Claude Bernard ispituje gušteraču u raznih životinjskih vrsta. Dokazao je da je glukoza normalni sastojak krvi, da se u bolesnika s dijabetesom znatno povećava njena koncentracija u krvi i da se često pojavljuje i u mokraći. Trommer (1841. god) je opisao metodu za kvalitativno, a Fehling (1850. g.) kvantitativno određivanje glukoze u krvi.

Engleski liječnik Prout prvi je dijagnosticirao dijabetičku komu koja nastaje kao komplikacija šećerne bolesti. U svim daljnjim proučavanjima ove bolesti otkriva se da jako važnu ulogu ima gušterača (pankreas), žlijezda smještena ispod želuca, tako da sva nova ispitivanja idu u tom smjeru.(11)(7)

1.2. Epidemiologija šećerne bolesti

1.2.1. Epidemiologija šećerne bolesti u svijetu

Svake godine, preko 4 milijun ljudi umira od šećerne bolesti i deseci milijuna oboljevaju od komplikacija kao što su srčana oboljenja, bolesti bubrega, sljepoća i amputacije stopala.

Sada, 366 milijuna ljudi ima šećernu bolest i još 280 milijuna ima povećeni rizik za razvijanje šećerne bolesti. Ukoliko se ništa ne učini, do 2030.g. očekuje se da će taj broj porasti na 552 milijuna oboljelih i još 398 milijuna s povećanim rizikom. Šećerna bolest je jedna od 10 vodećih uzročnika invaliditeta i uzrok smanjivanja produktivnosti i društveni razvoj općenito. (5)

Epidemija šećerne bolesti uzima svoj danak u broju oboljelih građana Europe, s više od 32 milijuna ljudi kojima je ova bolest dijagnosticirana i još mnogo ljudi kojima dijagnoza nije postavljena. U 2013.g troškovi liječenja u Europi su procijenjeni na 100-150 milijardi eura, te se pretpostavlja da će još više porasti, međutim, upravljanje ovom bolešću u mnogim zemljama je slabo.(2)

1.2.2. Epidemiologija šećerne bolesti u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj također smo svjedoci velikog i rastućeg zdravstvenog opterećenja šećernom bolesti. U Republici Hrvatskoj u 2013.g. registrirano je 241 990 punoljetnih osoba s dijagnozom šećerne bolesti.

Ona se nalazi kao jedan od 10 vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2014.godine se nalazila na 8. mjestu prema uzrocima smrti s 2,72% od ukupnog broja umrlih osoba starije životne dobi.(12)

Zbog navedenog velikog opterećenja šećernom bolešću u našoj zemlji i njenog sve većeg javnozdravstvenog značaja uz plan i program mjera zdravstvene zaštite i osnivanja nacionalnog CroDiab registra, 2007.godine donesen je i Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću u cilju unapređenja zdravstvene zaštite i zdravlja osoba sa šećernom bolešću.

1.3. Indikatori kvalitete skrbi za šećernu bolest

Mjerenje kvalitete zaštite kroničnih bolesnika na primarnoj razini, pogotovo osoba sa šećernom bolešću, nije lagana zadaća. Zamka za svako mjerenje kvalitete skrbi sadržana je u opasnosti da se mjeri ono što je dostupno, lagano, što je dobro i moguće izmjeriti. Izmjerenje ne mora imati važnost niti značenje za kvalitetu zaštite.(3)

Proučavanje kvalitete zdravstvene zaštite u primarnoj zaštiti (tako i zaštite od šećerne bolesti) i sa znanstvenog stajališta danas je vrlo izazovna tema. O toj temi nema još dovoljno sveobuhvatnih i usporedivih podataka na internacionalnoj razini (Europe) koji bi se mogli šire primjenjivati i poslužiti za snaženje i poboljšanje strategije primarne zaštite i analizu kvalitete zaštite. Razlog tome je i u specifičnostima svakog nacionalnog zdravstvenog sustava.(6)

Indikator je definiran kao mjerljivi element u procesu zaštite za koji postoji dokaz ili dogovor da se može uzeti za procjenu kvalitete izvođenja zaštite. Može se

protumačiti da se njihovom primjenom ili neprimjenom mijenja kvaliteta zaštite. Dakle, indikatori procesa zaštite dogovorno su prihvaćeni kao posredni, prijelazni pokazatelji rezultata zaštite.(9) Prijedlog indikatora procesa i rezultata zaštite koji mogu poslužiti za procjenu kvalitete zaštite osoba sa šećernom bolešću u obiteljskoj medicini predlaže Belgian Diabetes Project Group.(10) Od 125 smjernica iz procesa zaštite na temelju "best evidence ratio" odabrane su 34 smjernice koje bi dogovorom bile prihvaćene kao kvalitetni pokazatelji procesa zaštite i posredni pokazatelji kvalitete zaštite. Procjenu su radila dva nezavisna istraživača: K Dirven i J Wens iz radne grupe projekta.(10) Na skali su indikatori rangirani prema značajnosti povezanosti s rezultatima liječenja (P = 1,0 do 0,5):

1. grupa: Kontrola glikemije šećerne bolesti = 14 indikatora

1. Pacijent barem jednom godišnje treba imati procjenu stanja bolesti „ disease review“
2. Pacijent treba jednom godišnje imati procjenu stila života
3. Pacijentu treba redovno mjeriti HbA1c (prema dogovorenom standardu)
4. Pacijent koji peroralnom monoterapijom ne postiže ciljne vrijednosti HbA1c treba započeti kombiniranu peroralnu terapiju
5. Pacijent treba dobiti preporuke za promjenu stila života
6. Pacijente treba podučiti kako spriječiti nastanak hipoglikemija
7. Pacijenti bi trebali biti educirani i poticani na daljnju edukaciju
8. Pacijent treba postići ciljne vrijednosti HbA1c
9. Pacijentu koji na temeljnim principima liječenja ne postigne optimalne vrijednosti HbA1c, treba odrediti peroralnu monoterapiju

10. Pacijentu koji ne postigne ciljne vrijednosti HbA1c s optimalnom kombinacijom peroralne terapije treba uključiti inzulin

11. Pacijent treba dobiti savjete o tjelesnoj aktivnosti

12. Pacijenta na inzulinskoj terapiji treba educirati o samokontroli i samomonitoriranju glukoze u krvi

13. Ako je potrebno i dogovoreno, pacijentu se daje mogućnost samomonitoriranja terapije

14. Kod pacijentica treba provesti monitoriranje kontracepcije i vođenje trudnoće

2. grupa: Rano otkrivanje komplikacija šećerne bolesti = 2 indikatora

1. Pacijent treba imati zabilježene i klasificirane rizike za nastanak retinopatije

2. Pacijent treba redovni pregled stopala (učestalost ovisi o stanju stopala)

3. grupa: Liječenje komplikacija šećerne bolesti = 4 indikatora

1. Pacijente s mikroalbuminurijom i proteinurijom treba liječiti ACE inhibitorima, osim u slučaju prisutne bilateralne stenozе renalnih arterija

2. Pacijent treba biti educiran o načinima njege dijabetičkog stopala

3. Pacijent s dijabetičkim (Charcot) stopalom treba imati odgovarajući tretman (smanjivanje pritiska na stopalima, revaskularizaciju, antibiotike, resekciju nekrotičnoga tkiva, amputaciju, itd.)

4. Pacijent s dijabetičkom retinopatijom treba imati odgovarajući tretman, ovisno o statusu retine (konzervativno liječenje, lasersku koagulaciju, vitrektomiju, ekstrakciju katarakte)

4. grupa: Kardiovaskularne bolesti = 11 indikatora

1. Pacijent s kardiovaskularnom bolešću treba biti na hipolipemičnoj terapiji

2. Nakon srčanoga infarkta treba odlučiti o daljnjem liječenju: beta blokatorima, ACE inhibitorima, hipolipemicima i antikoagulacijskoj terapiji

3. Pacijent s kardiovaskularnim događajem treba primiti odgovarajuću terapiju:
beta blokatori, ACE inhibitori, hipolipemici, antagonisti kalcijevih kanala
4. Nakon preboljenog infarkta miokarda pacijent treba primiti intenziviranu
inzulinsku terapiju
5. Pacijent s kardiovaskularnim rizikom treba primiti odgovarajuću terapiju: beta
blokatorima, ACE inhibitorima, hipolipemicima, antagonistima kalcijevih kanala
6. Pacijenti s hipertenzijom trebaju primiti antihipertenzivnu terapiju: ACE
inhibitori ili antagonisti angiotenzin II receptora
7. Pacijenti trebaju postići ciljne vrijednosti krvnoga tlaka
8. Kod pacijenta treba provoditi redoviti skrining za kardiovaskularni rizik i
kardiovaskularne bolesti (klasifikacija rizika)
9. Pacijenta treba poticati da ne puši
10. Pacijentu treba odrediti lipidni profil s ciljem određivanja kardiovaskularnog
rizika
11. Treba poznavati pušačke navike pacijenta

5. grupa: Kvaliteta života = 3 indikatora

1. Pacijentu treba redovno procjenjivati psihosocijalni status
2. Zdravstveni djelatnici trebaju biti upoznati s potencijalnim stresnim događajima
u životu pacijenta i utjecaju na „self care“
3. Pacijent treba biti svjestan svoga psihosocijalnog problema ili liječen ukoliko
ima psihosocijalni problem. (10)

1.4. Globalna epidemija 21. stoljeća- problem

Šećerna bolest tipa dva posljednjih godina ekspandira kao globalna epidemija 21. stoljeća. Oko 90 do 95 posto svih oboljelih otpada na šećernu bolest tip dva koji je vezan uz prekomjernu težinu i tjelesnu neaktivnost. Tip dva povezan je sa stilom života. Danas živimo u društvu u kojem se manje krećemo, a istovremeno konzumiramo sve kaloričniju hranu. Manje je poljoprivrednih poslova, oni se sve više obavljaju mehanizacijom, a ne motikom, imamo organiziran prijevoz, malo tko redovito ide na posao biciklom ili pješice. Ukratko, manje smo tjelesno aktivni. Istovremeno je prehrana postala suviše kalorična.

Na takav način života evolucijski se nismo stigli prilagoditi. Još uvijek imamo metabolizam lovaca i sakupljača koji je uređen tako da čuva energiju, da je što manje troši. Naziva se i tihim ubojicom jer ništa ne boli dok se ne razviju komplikacije, a one su takve da ljudima ponekad moraju odrezati nogu zbog gangrene, da završe na dijalizi jer su im otkazali bubrezi, da oslijepu ili u velikom broju slučajeva umru od infarkta. Svjetski ekonomisti u posljednje vrijeme sve glasnije upozoravaju da niti jedan zdravstveni sustav nije sposoban pratiti rast tereta ove epidemije i njezinih komplikacija.

Stoga je jedino rješenje prevencija. (4)

Na području grada Knina, ali i okolice do sada se nije provodilo nijedno istraživanje o kvaliteti života oboljelih od šećerne bolesti. Kako se radi o području pogođenom ratom te poslijeratnim događanjima, o stanovništvu koji ima status povratnika, prognanika, izbjeglice, doseljenika ili pak domicilnog stanovništva je vrlo povoljna sredina za istraživanja koja objedinjuju zdravstvenu i sociopsihološku dimenziju zdravlja.

S obzirom na poslijeratne godine kada je natalitet u Kninu bio vodeći u zemlji, a sada se uklopio u hrvatsku statistiku po malom broju rođenih tendencija je da će područje Knina ubrzo postati staro stanovništvo. Mala stopa naseljenosti (svega 12 st/km²), izoliranost pojedinih naselja koja pripadaju gradu, državnoj granici, neasfaltiranim putovima, ali velikoj nezaposlenosti ovo istraživanje je od velike važnosti za lokalnu zajednicu, upravu i samoupravu.

Kako kvaliteta skrbi oboljelih od šećerne bolesti obuhvaća 34 smjernice od kojih neke spadaju u domenu rada liječnika bilo na primarnoj ili sekundarno zdravstvenoj zaštiti tako su ovom radu obuhvaćeni indikatori kvalitete života te prehrambene navike i navike pušenja jer je istraživanje provela patronažna sestra.

2. Ciljevi rada i hipoteza

Osnovni cilj ovog istraživanja je procijeniti kvalitetu života pacijenata s šećernom bolesti na području grada Knina kroz tri dimenzije zdravlja: tjelesnu, psihološku, socijalnu.

Specifični ciljevi istraživanja su:

1. Istražiti koliko ograničenje zbog fizičkih poteškoća utječe na kvalitetu života
2. Utvrditi da li je došlo do pogoršanja zdravlja u odnosu na prošlu godinu
3. Analizirati koliko su pacijenti zadovoljni svojom kvalitetom života
4. Predložiti, planirati i provoditi akcije koje poboljšavaju kvalitetu života pacijenata s šećernom bolesti na području Knina

H1: Kvaliteta života kao jedan od prediktora kvalitete skrbi oboljelih od šećerne bolesti na području grada Knina je zadovoljavajuća.

3. Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno na 150 ispitanika na području grada Knina. U istraživanju je sudjelovalo 96 žena te 54 muškarca. Uključeni su nasumični pacijenti oboljeli od šećerne bolesti iz popisa osoba koji su u skrbi patronažne sestre. Svi pacijenti su bilo obavješteni da je anketiranje anonimno uz dobrovoljni pristanak. Istraživanje je trajalo od studenog 2014.godine do ožujka 2015.godine. Radi se o presječnom anketnom istraživanju.

U provedenom istraživanju korišten je upitnik zdravstvenog statusa SF-36 koji se nalazi u Prilogu 1. Korištena je kvantitativna metodologija, a za obradu rezultata korišteni su Excell I SPSS for Windows 10, statistički programi. Statistička analiza uključila je deskriptivnu analizu te Mann – Whitney U test za test značajnosti razlika među skupinama. (8)

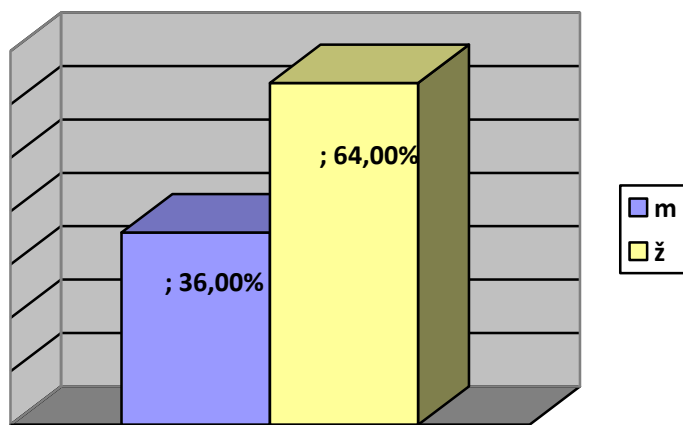
4. Rezultati

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI

Istraživanje je provedeno na 150 ispitanika na području grada Knina. U istraživanju je bilo 96, ili 64% žena te 54 ili 36% muškaraca. Prosječna dob ispitanika bila je 68,4 god ili prosječno žene 70,8 godina, a muškarci su u prosjeku bili stari 64,3 godina.

Tablica 1. Distribucija ispitanika prema spolu

		N	%
Spol	m	54	36,0%
	ž	96	64,0%

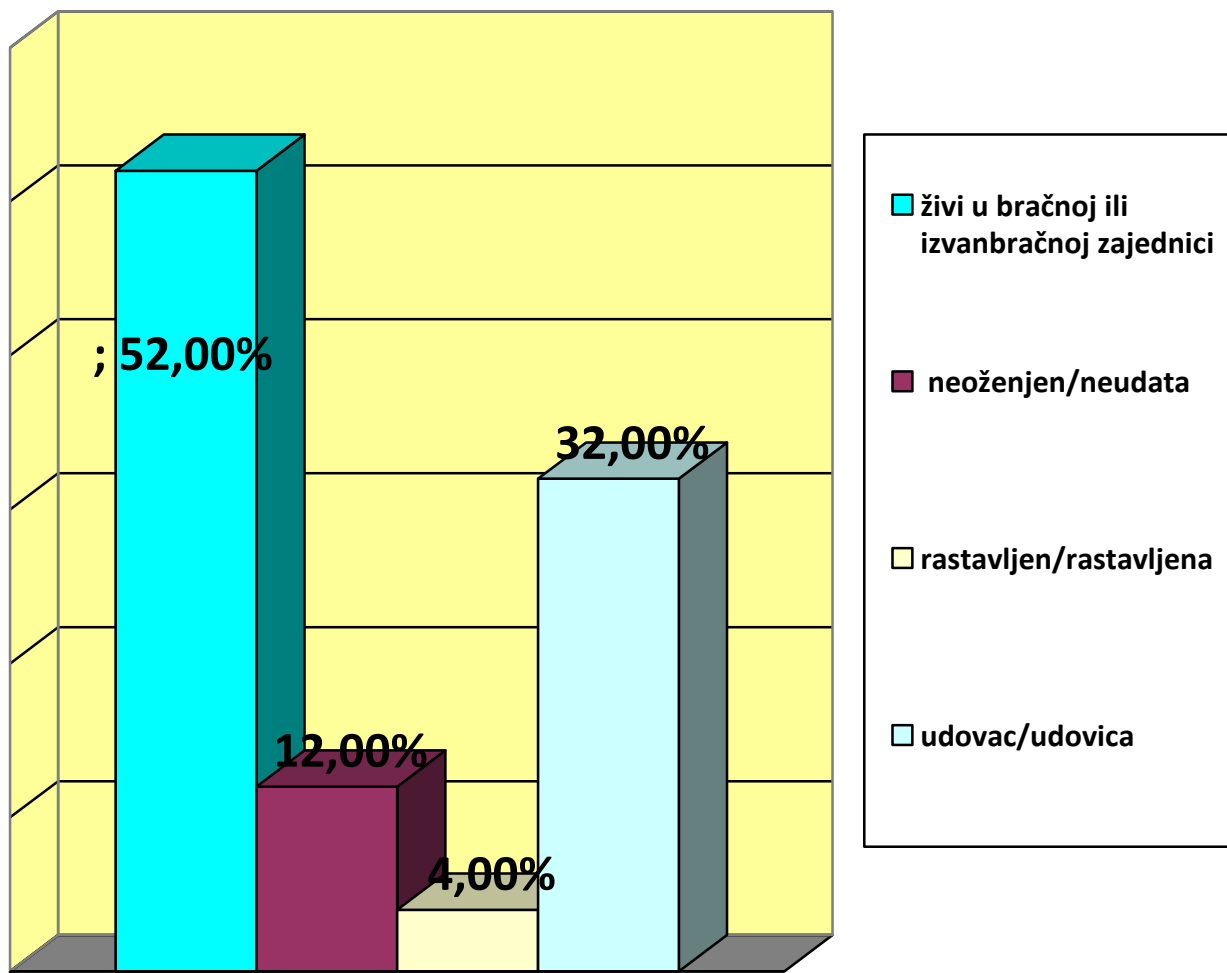


Slika 1. Distribucija ispitanika prema spolu.

Tablica 2. Distribucija ispitanika prema bračnom statusu

		N	%
Bračni status	1- živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici	78	52,0%
	2- neoženjen/neudata	18	12,0%
	3rastavljen/rastavljena	6	4,0%
	4- udovac/udovica	48	32,0%

Prema bračnom stanju, ispitanici su uglavnom u 52% slučajeva živjeli u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, također značajan udio njih 48 ili 32% bilo je udovica odnosno udovaca.

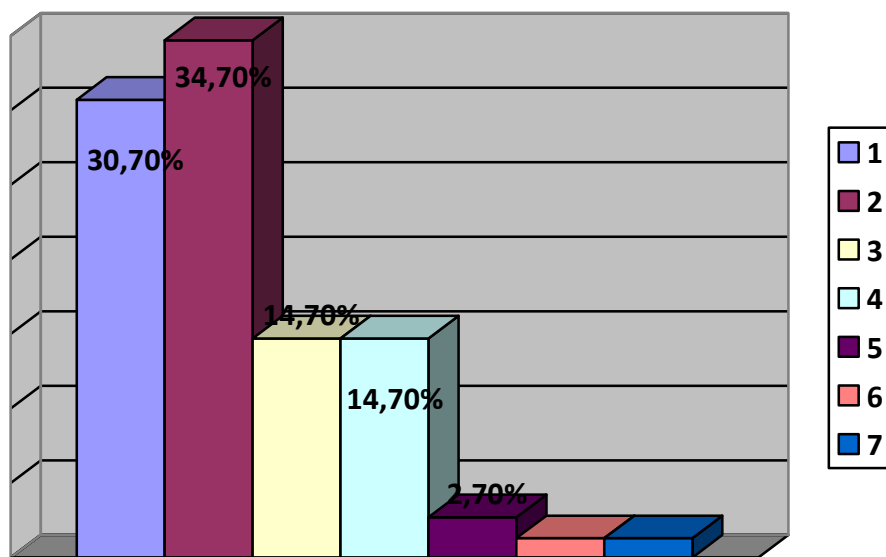


Slika 2. Distribucija ispitanika prema bračnom statusu

Tablica 2a. Distribucija ispitanika prema broju osoba u domaćinstvu?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Broj osoba	1	13	24,1%	33	34,4%	46	30,7%
	2	19	35,2%	33	34,4%	52	34,7%
	3	10	18,5%	12	12,5%	22	14,7%
	4	10	18,5%	12	12,5%	22	14,7%
	5	2	3,7%	2	2,1%	4	2,7%
	6	0	0,0%	2	2,1%	2	1,3%
	7	0	0,0%	2	2,1%	2	1,3%

U odnosu na broj osoba u domaćinstvu većina ispitanika živjela je u domaćinstvu s ukupno dvije osobe njih 98 ili 65,4%.

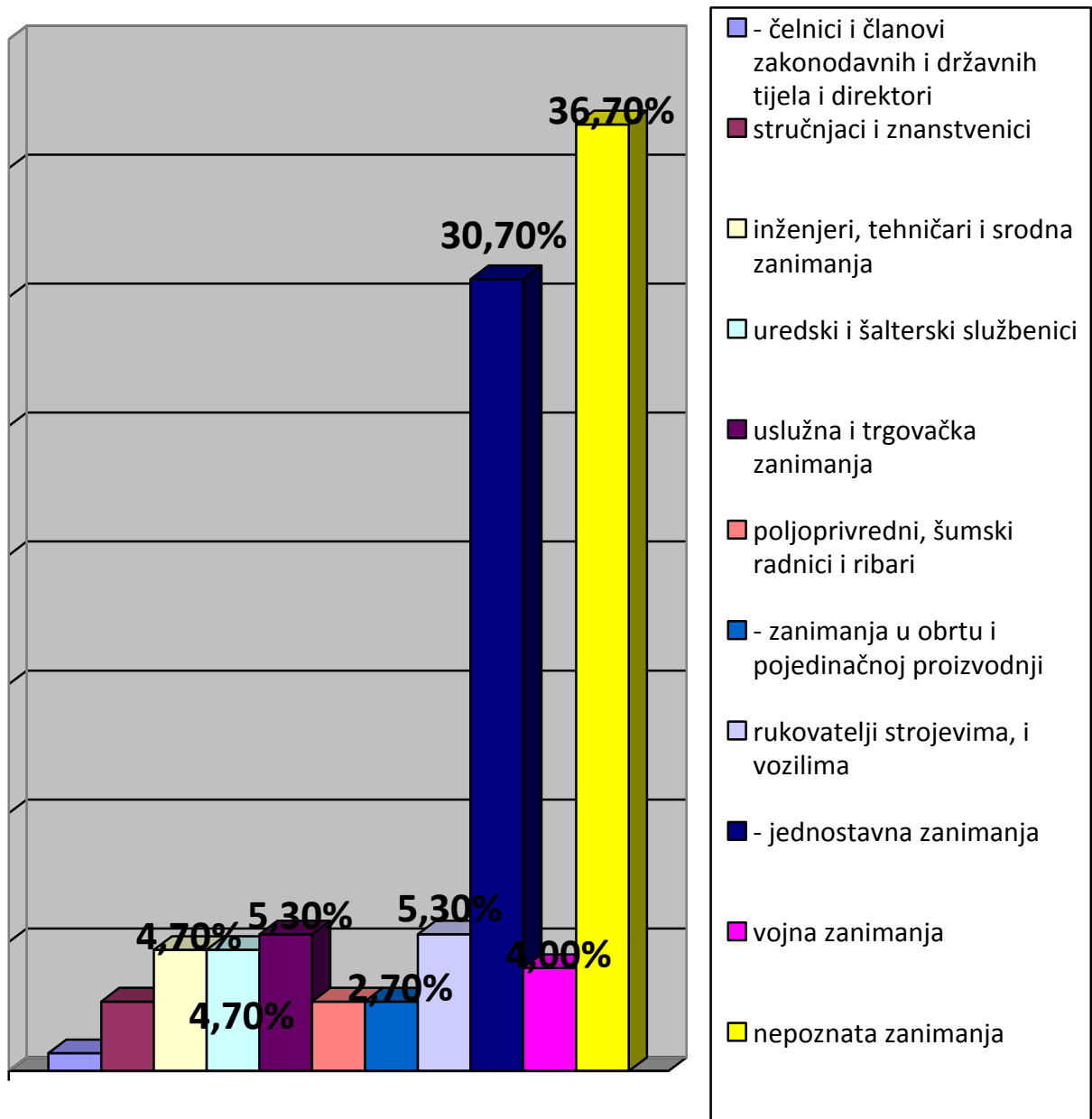


Slika 2a. Distribucija ispitanika prema broju osoba u domaćinstvu?

Tablica 3. Distribucija ispitanika prema Zanimanju

		N	%
Zanimanje	1- čelnici i članovi zakonodavnih i državnih tijela i direktori	1	0,7%
	2- stručnjaci i znanstvenici	4	2,7%
	3- inženjeri, tehničari i srodna zanimanja	7	4,7%
	4 uredski i šalterski službenici	7	4,7%
	5 uslužna i trgovačka zanimanja	8	5,3%
	6- poljoprivredni, šumski radnici i ribari	4	2,7%
	7- zanimanja u obrtu i pojedinačnoj proizvodnji	4	2,7%
	8 rukovatelji strojevima, i vozilima	8	5,3%
	9- jednostavna zanimanja	46	30,7%
	10 vojna zanimanja	6	4,0%
	11 nepoznata zanimanja	55	36,7%
ukupno		150	100

Prema zanimanju ispitanici su u velikom broju njih 46 ili 30,7% izjavili da se bave jednostavnim zanimanjima ili nisu odgovorili na to pitanje (nepoznata zanimanja) 55 ili 36,7%

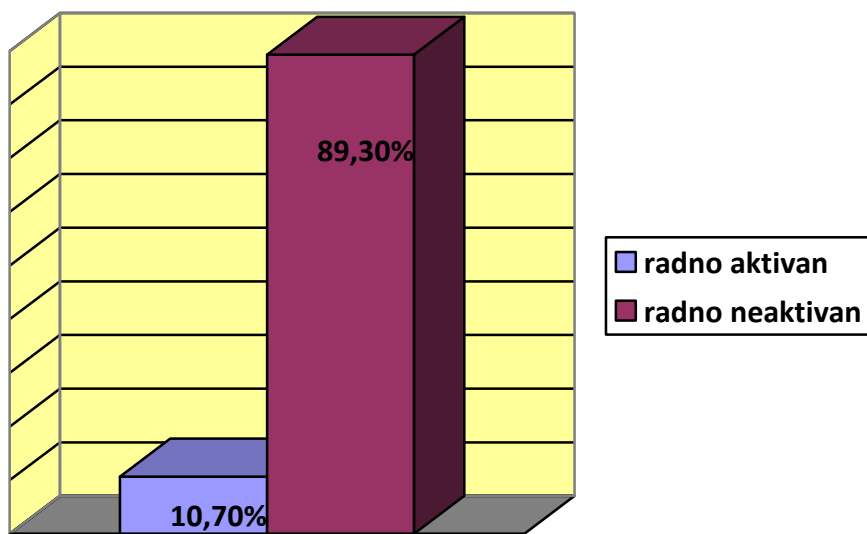


Slika 3. Distribucija ispitanika prema Zanimanju

Tablica 4. Distribucija ispitanika prema radnoj aktivnosti

		N	%
Radno aktivan	Da	16	10,7%
	Ne	134	89,3%
Ukupno		150	100

Ispitanici su u najvećem broju bili radno neaktivni 134 ispitanika, a samo njih 16 bilo je radno aktivno.

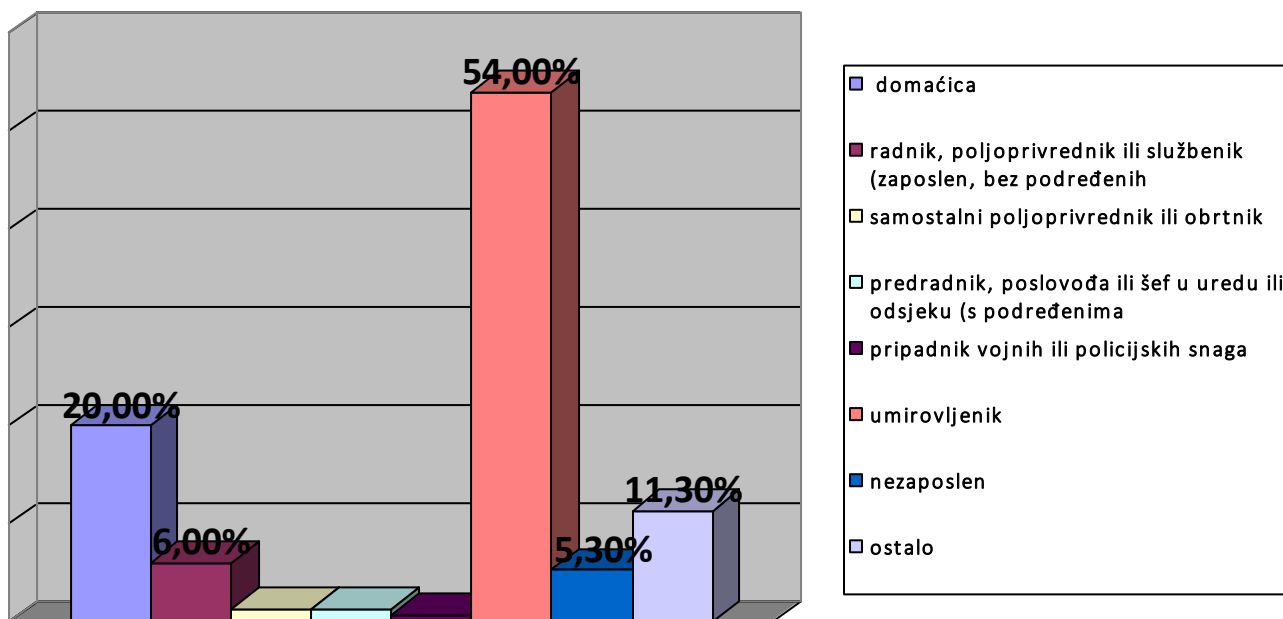


Slika 4. Distribucija ispitanika prema radnoj aktivnosti

Tablica 5. Distribucija ispitanika prema radnom položaju

		N	%
Radni položaj	1 domaćica	30	20,0%
	2 radnik, poljoprivrednik ili službenik (zaposlen, bez podređenih)	9	6,0%
	3 samostalni poljoprivrednik ili obrtnik	2	1,3%
	4 predradnik, poslovođa ili šef u uredu ili odsjeku (s podređenima)	2	1,3%
	6 pripadnik vojnih ili policijskih snaga	1	0,7%
	7umirovljenik	81	54,0%
	9 nezaposlen	8	5,3%
	10 ostalo	17	11,3%
	ukupno		150

Pitanje o radnom položaju otkriva da je među ispitanicima bilo najviše umirovljenika 81 ili 54% te domaćica 20%.

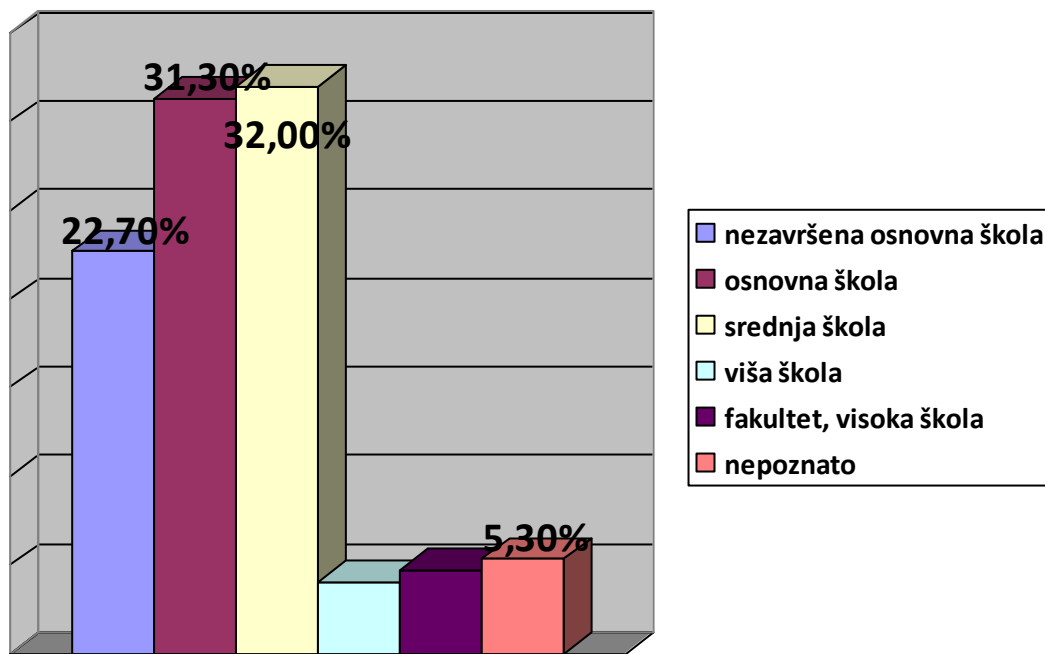


Slika 5. Distribucija ispitanika prema radnom položaju

Tablica 6. Distribucija ispitanika prema školskoj spremi (najvišoj završenoj školi)

		N	%
Školska sprema	1 nezavršena osnovna škola	34	22,7%
	2 osnovna škola	47	31,3%
	3 srednja škola (trogodišnja ili četverogodišnja)	48	32,0%
	4 viša škola	6	4,0%
	5 fakultet, akademija, visoka škola	7	4,7%
	6 nepoznato	8	5,3%
	ukupno	150	100

U odnosu na školsku spremu (najvišoj završenoj školi) najviše je ispitanika bilo za završenom ili nezavršenom osnovnom školom njih 81 ili 54,0%.



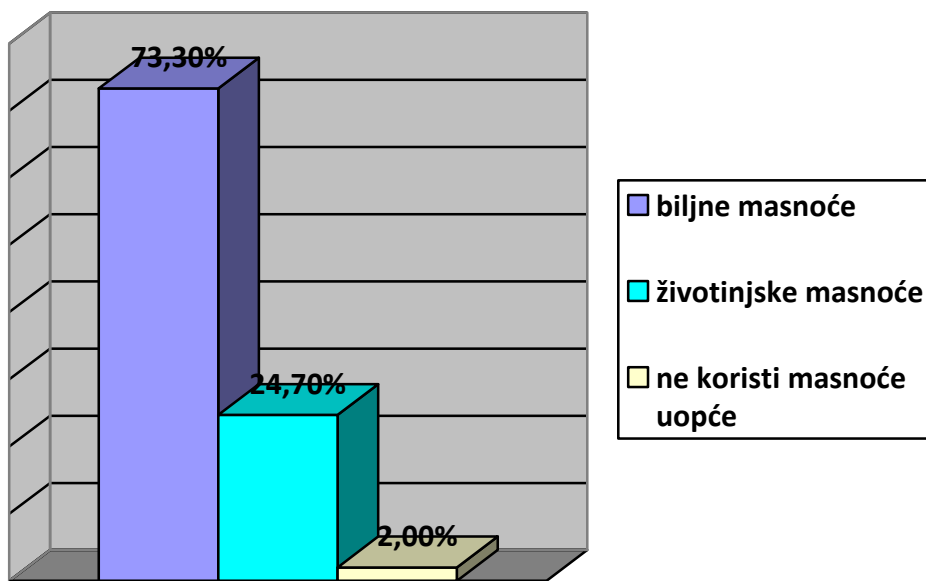
Slika 6. Distribucija ispitanika prema školskoj spremi (najvišoj završenoj školi)

PREHRANA I PUŠENJE

Tablica 7. Distribucija ispitanika prema tome, koju vrstu masnoće najčešće upotrebljavaju u pripremanju hrane kod kuće?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
FH02	1- biljno ulje, biljna mast, margarin	37	68,5%	73	76,0%	110	73,3%
	2 maslac, svinjska mast ili druga masnoća životinjskog porijekla	16	29,6%	21	21,9%	37	24,7%
	3 uopće ne upotrebljavam masnoće	1	1,9%	2	2,1%	3	2,0%

Distribucija ispitanika prema tome, koju vrstu masnoće najčešće upotrebljavaju u pripremanju hrane kod kuće pokazuje da njih najviše 110 ili 73,3% upotrebljavaju biljne masnoće.

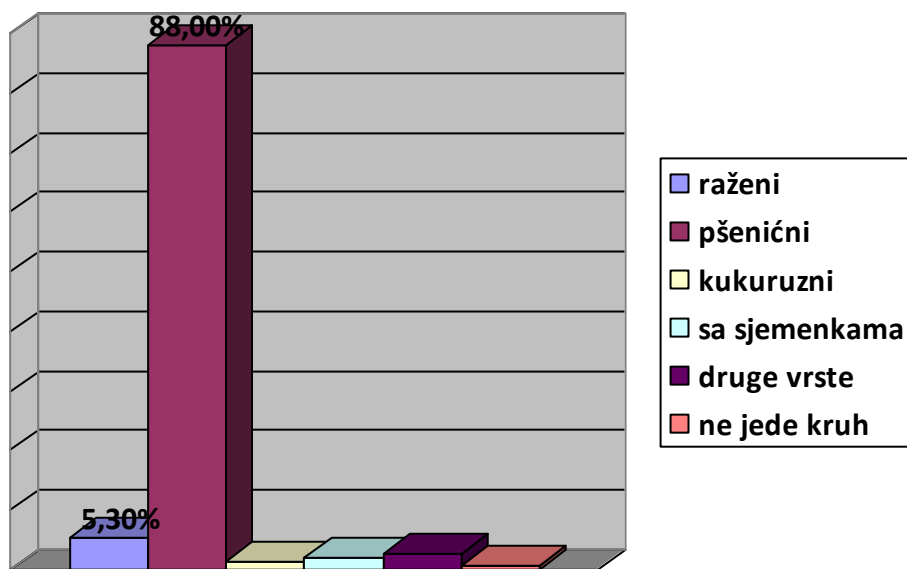


Slika 7. Distribucija ispitanika prema tome, koju vrstu masnoće najčešće upotrebljavaju u pripremanju hrane kod kuće?

Tablica 7. Distribucija ispitanika prema tome, koju vrstu kruha obično jedete?

		M		Ž		ukupno	
		N		%		N	%
FH09	raženi	5	9,3%	3	3,1%	8	5,3%
	Pšenični, bijeli, polubijeli, crni	46	85,2%	86	89,6%	132	88,0%
	kukuruzni	0	0,0%	2	2,1%	2	1,3%
	specijalni sa sjemenkama	1	1,9%	2	2,1%	3	2,0%
	druge vrste kruha	2	3,7%	2	2,1%	4	2,7%
	ne jedem kruh	0	0,0%	1	1,0%	1	0,7%

Prema odgovoru na pitanje koju vrstu kruha obično jedu, ispitanici su najčešće odgovorili da jedu pšenični bijeli, polubijeli ili crni kruh, njih 132 ili 88%

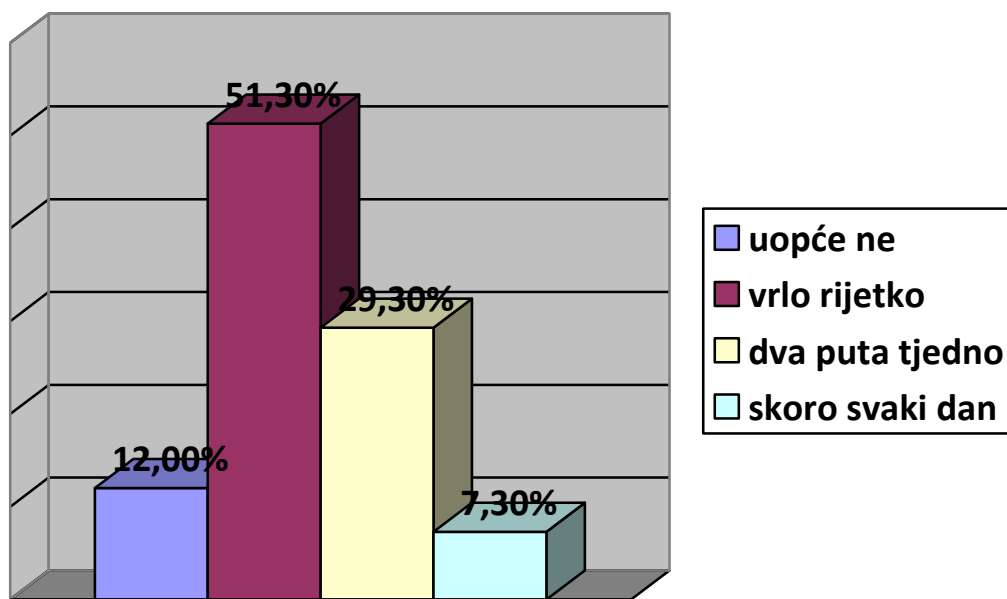


Slika 7. Distribucija ispitanika prema tome, koju vrstu kruha obično jedete?

Tablica 8. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često jedu trajne ili polutrajne suhomesnate proizvode?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
FHA19	uopće ne	6	11,1%	12	12,5%	18	12,0%
	vrlo rijetko	20	37,0%	57	59,4%	77	51,3%
	do dva puta tjedno	21	38,9%	23	24,0%	44	29,3%
	svaki dan ili skoro svaki dan	7	13,0%	4	4,2%	11	7,3%

Distribucija ispitanika prema tome, koliko često jedu trajne ili polutrajne suhomesnate proizvode, najviše je izjavilo da jedu vrlo rijetko 77 ili 51,3%

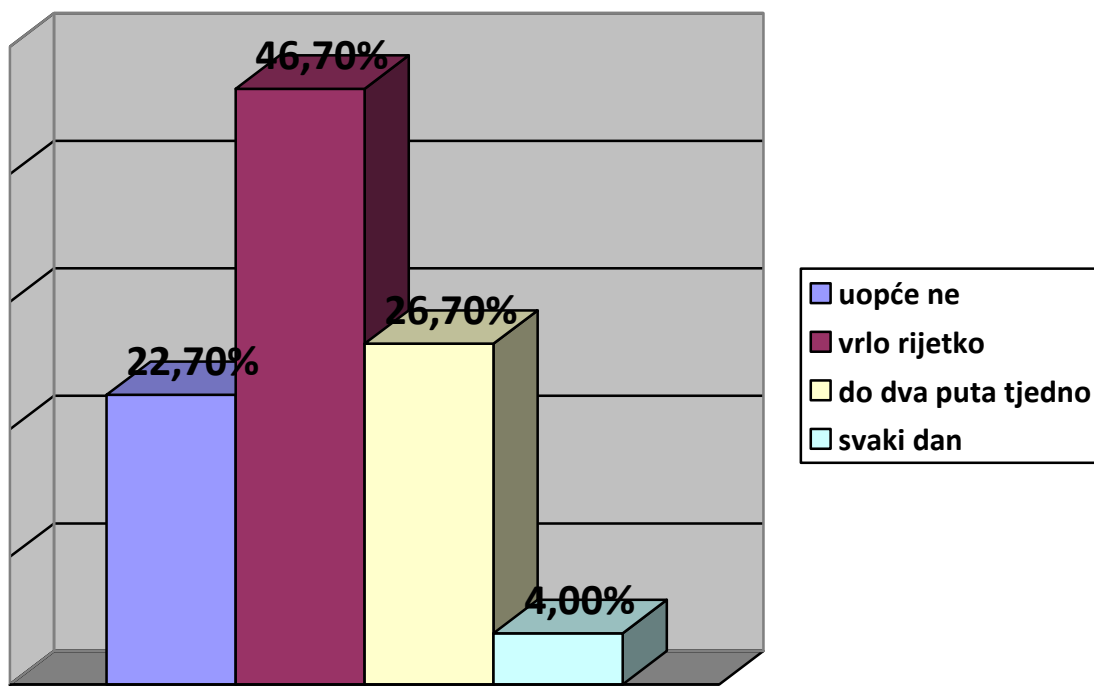


Slika 8. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često jedu trajne ili polutrajne suhomesnate proizvode?

Tablica 9. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često jedete kolače, kekse ili druge slatkiše?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
FHA20	Uopće ne	12	22,2%	22	22,9%	34	22,7%
	Vrlo rijetko	26	48,1%	44	45,8%	70	46,7%
	Do dva puta tjedno	15	27,8%	25	26,0%	40	26,7%
	Svaki dan ili skoro svaki dan	1	1,9%	5	5,2%	6	4,0%

Raspodjela ispitanika prema tome, koliko često jedu kolače, kekse ili druge slatkiše, njih najviše 70 ili 46,7% izjavilo je da to jedu vrlo rijetko. Samo 6 ispitanika izjavilo je da to jede svaki ili skoro svaki dan.

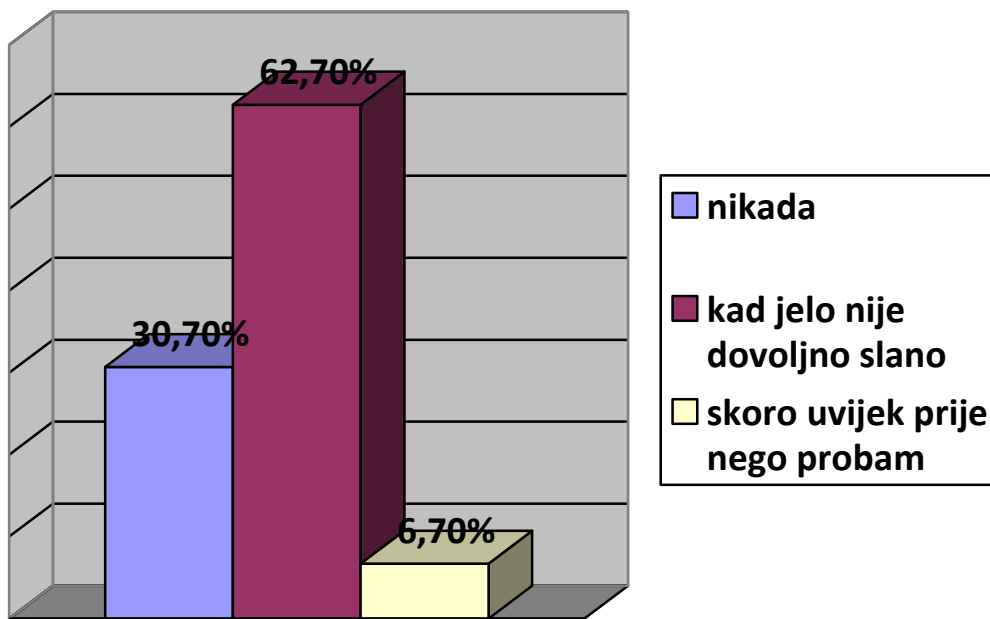


Slika 9. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često jedete kolače, kekse ili druge slatkiše?

Tablica 10. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često dodaju sol svom obroku za stolom?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
FHA21	nikada	19	35,2%	27	28,1%	46	30,7%
	Kad jelo nije dovoljno slano	32	59,3%	62	64,6%	94	62,7%
	Skoro uvijek prije nego probam	3	5,6%	7	7,3%	10	6,7%

Raspodjela ispitanika prema tome koliko često dodaju sol svom obroku za stolom, najviše ispitanika je izjavilo da sol dodaju svom obroku kad jelo nije dovoljno slano, 94 ili 62,7%.

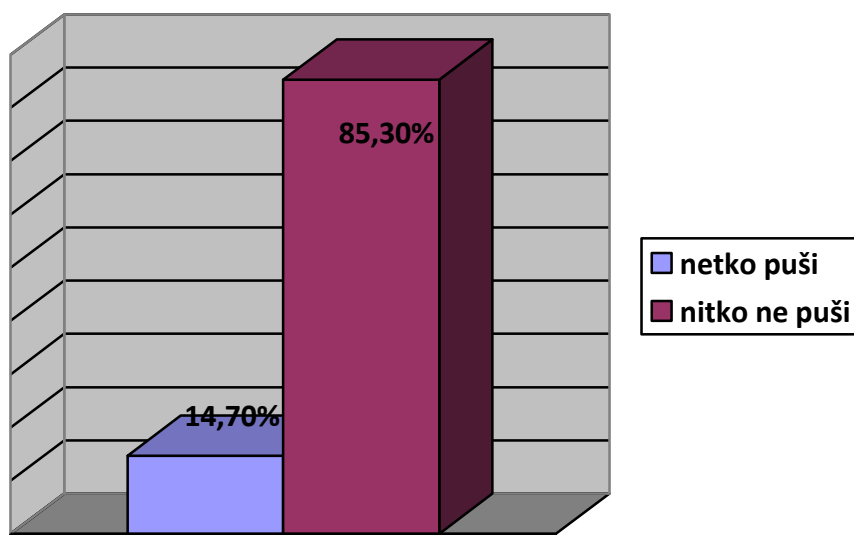


Slika 10. Distribucija ispitanika prema tome, koliko često dodaju sol svom obroku za stolom?

Tablica 11. Pušite li Vi ili netko od članova Vaše obitelji?

		M		Ž		ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Pušenje u obitelji	Ne nitko ne puši	41	75,9%	89	90,6%	128	85,3%
	Netko puši	13	24,1%	9	9,4%	22	14,7%

Na pitanje: pušite li Vi ili netko od članova Vaše obitelji? Velika većina ispitanika izjavila je da nitko ne puši 128 ili 85,3% ispitanika.



Slika 11. Pušite li Vi ili netko od članova Vaše obitelji?

Tablica 12. Deskriptivna statistika za Dob BMI i QOL.

					p
		M	Ž	ukupno	
Dob	M	64,3	70,8	68,4	
	SD	14,8	15,2	15,3	
BMI	M	28,1	27,4	27,6	0,282
	SD	4,8	5,2	5,0	
QOL01	M	6,4	6,1	6,2	0,572
	SD	2,3	2,5	2,4	

p = značajnost razlike po spolu

Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase (BMI) za ukupan uzorak ispitanika iznosi 27,6 što ukazuje na prekomjernu tjelesnu težinu ispitanika.

Kvaliteta života se ispitala pitanjem o općem zadovoljstvu životom. Odgovori su se davali na skali od 0 do 10 pri čemu je veći broj ukazivao na veće zadovoljstvo odnosno kvalitetu života.

Prosječna vrijednost za cijeli uzorak iznosi 6,2 što ukazuje na relativno visoku subjektivnu kvalitetu života.

Provedeno testiranje značajnosti razlika prema spolu u odnosu na indeks tjelesne mase (BMI) te u odnosu na procjenu zadovoljstva svoje kvalitete života nisu nađene značajne značajne statističke razlike .

Tablica 13. ZDRAVSTVENI STATUS (prema dimenzijama SF-36, prema spolu i ukupno.)

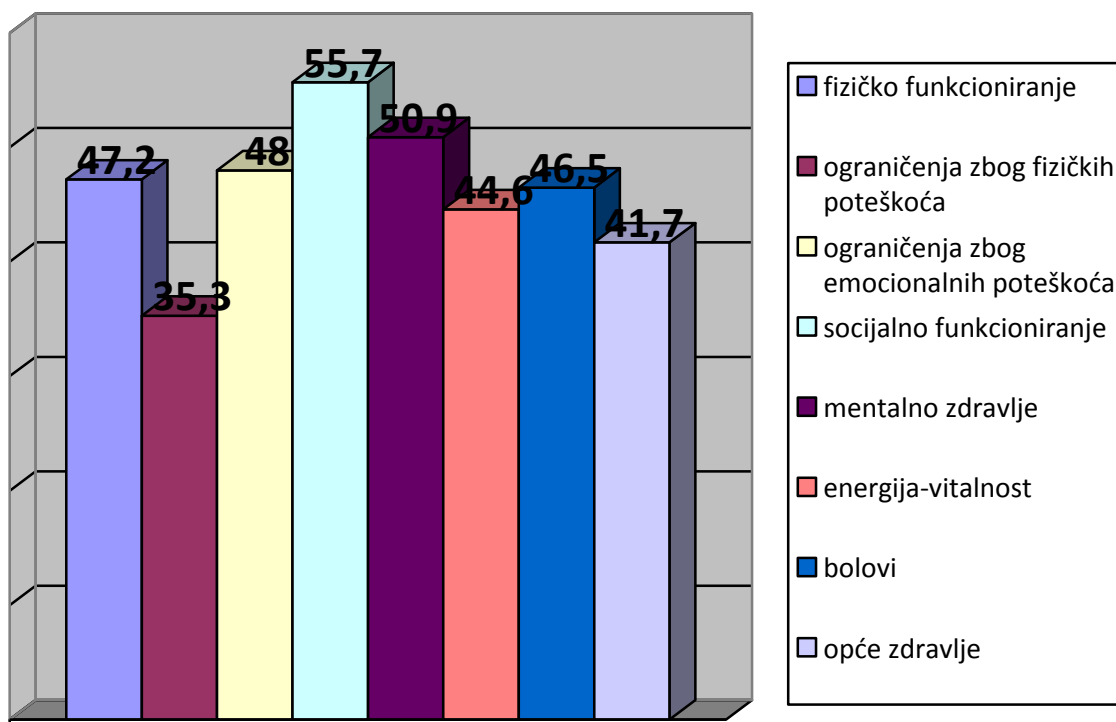
Zdravlje je u ovom istraživanju mjereno upitnikom SF-36 kojim se dobiva multidimenzionalna mjera zdravlja, odnosno rezultati na osam dimenzija zdravstvenog statusa što je prikazano u tablici koja slijedi.

Rezultati su iskazani na skali od 0 do 100 pri čemu viša vrijednost ukazuje na bolje zdravlje na navedenoj dimenziji.

SF36 Dimenzije zdravstvenog statusa	M		Ž		UKUPNO		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Fizičko funkcioniranje	45,1	33,9	48,4	31,3	47,2	32,2	0,595
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	40,3	44,9	32,6	41,5	35,3	42,8	0,357
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	53,1	47,8	45,1	46,9	48,0	47,2	0,305
Socijalno funkcioniranje	59,7	28,1	53,5	26,3	55,7	27,0	0,201
Mentalno zdravlje	52,7	20,6	49,9	21,2	50,9	20,9	0,464
Energija / vitalnost	47,6	22,6	42,9	22,3	44,6	22,5	0,225
Bolovi	49,8	23,8	44,7	22,2	46,5	22,9	0,221
Opće zdravlje	43,2	18,5	40,8	19,0	41,7	18,8	0,386

p = značajnost razlike po spolu

Rezultati pokazuju da muškarci iskazuju bolje zdravlje u odnosu na žene ispitanice, u većini dimenzija samoocijenjenog zdravlja, osim u dimenziji fizičkog funkcioniranja prema čemu ispitanice iskazuju bolje vrijednosti. Međutim statističko testiranje pokazuje da uočene razlike po spolu, nisu značajne niti u jednoj dimenziji zdravlja.



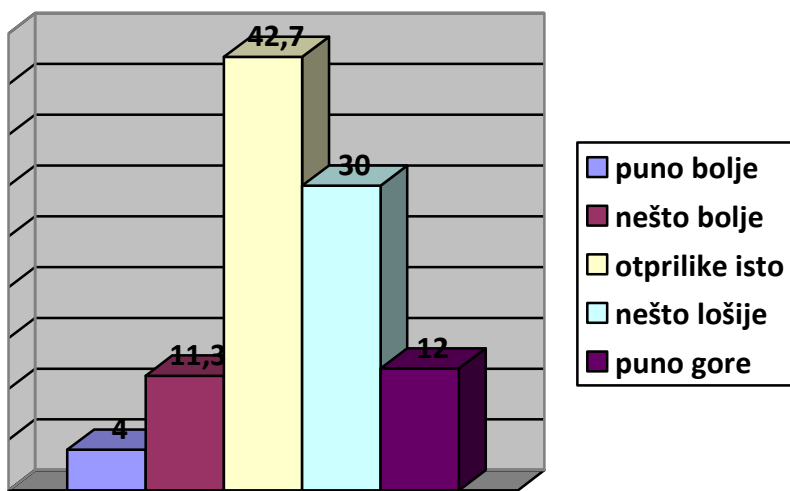
Slika 13. ZDRAVSTVENI STATUS (prema dimenzijama SF-36)

Tablica 14. Distribucija ispitanika prema Promjeni u zdravlju i po spolu

Zdravlje u odnosu na prošlu godinu	M		Ž		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%
Puno bolje	5	9,3%	1	1,0%	6	4,0
Nešto bolje	5	9,3%	12	12,5%	17	11,3
Otprilike isto	22	40,7%	42	43,8%	64	42,7
Nešto lošije	16	29,6%	29	30,2%	45	30,0
Puno gore	6	11,1%	12	12,5%	18	12,0

Najveći broj ispitanika navodi da im je zdravlje isto kao i prije godinu dana, njih 64 ili 42,7%. Uočljive su razlike po spolu; veći postotak žena navodi da im je zdravlje nešto

lošije ili puno lošije nego prije godinu dana. Niti jedan muški ispitanik ne navodi da mu je zdravlje puno lošije dok to navodi 14,4% žena. Međutim, treba uzeti u obzir da je uzorak muškaraca brojčano manji i da su žene u prosjeku starije od muškaraca u ovom istraživanju (uzorku).



Slika 14. Distribucija ispitanika prema Promjeni u zdravlju

5. Rasprava

Ovo istraživanje se temeljilo na osnovnom pitanju koliko zdravstveno stanje pacijenata s šećernom bolešću ima utjecaja na svakodnevni život, aktivnosti, navike i druženje s bliskim i dragim osobama.

Razgovor s ispitanikom koji bi trebao rezultirati nizom važnih podataka o osjetljivoj temi kao što je zdravstveno stanje nije nimalo jednostavno provesti.

Istraživanja o ovoj temi u Republici Hrvatskoj još uvijek nema mnogo, ali ni u Europi koji bi mogli poslužiti kao usporedba, jedino kardiovaskularne bolesti su obrađene upitnikom sf-36, i to Hrvatskom zdravstvenom anketom iz 2008.godine.

Uzorak je sačinjavalo 150 ispitanika, od toga 64% žena, a 36% muškaraca s time da su žene u prosjeku bile starije od muškaraca, a i inače su općenito ispitanici bili osobe starije životne dobi.

Prema radnom položaju 54% njih je u mirovini te domaćica 20%. Kako se radi o osobama starije životne dobi ne iznenađuju nas rezultati u odnosu na školsku spremu, gdje je 54% njih imalo završenu ili nezavršenu osnovnu školu jer u njihovo vrijeme se slabo pohađala škola.

Što se tiče prehrambenih navika na pitanje koliko njih konzumira slatkiše, čak 46,7% izjavilo vrlo rijetko, a samo 6 ispitanika izjavilo da jede skoro svaki dan što je vrlo zadovoljavajuće, iako konzumacija kruha pokazuje da velika većina njih čak 88% konzumira bijeli kruh jer je to najčešći odgovor koji su naveli u ispitivanju što nimalo za pacijente s šećernom bolešću nije preporučljivo. Što se tiče dodavanja soli svome obroku za stolom čak 62,7% je odgovorilo da dodaju sol kada jelo nije dovoljno slano.

Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase (BMI) za ukupan uzorak ispitanika iznosi 27,6 što ukazuje na prekomjernu tjelesnu težinu ispitanika što se u potpunosti poklapa s rezultatima na nacionalnoj razini prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koji pokazuju da 63% muškaraca i 54% žena ima prekomjernu težinu. Važno je napomenuti da je svako povećanje vrijednosti indeksa tjelesne mase (BMI-a) od 27 na dalje indikator i alarm da se treba odmah djelovati i upozorava na mijenjanje prehrambenih navika. Vidljivo je iz gore navedenih rezultata da pacijenti s šećernom bolešću imaju pogrešne usvojene prehrambene navike.

Provedeno testiranje značajnosti razlika prema spolu u odnosu na indeks tjelesne mase (BMI) te u odnosu na procjenu zadovoljstva svoje kvalitete života nisu nađene značajne značajne statističke razlike. Ispitanici s obzirom na povećani indeks tjelesne mase pokazuju da im taj rezultat ne utječe previše na kvalitetu života općenito kod muškaraca ili žena.

Što se tiče osnovnog cilja istraživanja, a to je procjena kvalitete života kroz tri dimenzije zdravlja gdje prosječna vrijednost iznosi 6,2 što ukazuje na relativno visoku subjektivnu kvalitetu života.

Kako je osam dimenzija zdravlja ispitivano putem upitnika tako se došlo do rezultata da ne postoje znatne razlike između spolova, iako muškarci pokazuju bolje zdravlje u odnosu na žene ispitanice, jedino u fizičkom funkcioniranju žene iskazuju bolje vrijednosti. Kod ograničenja zbog fizičkih poteškoća kao što su uspinjanje, sagibanje, hodanje oko pola kilometra, nošenje torba s namirnicama itd. žene iskazale određene poteškoće i u odnosu na muškarce imale niže rezultate i kao takvo im je u nekoj mjeri utjecalo na kvalitetu života.

Međutim statističko testiranje pokazuje da uočene razlike po spolu, nisu značajne niti u jednoj dimenziji zdravlja.

Kada se postavi pitanje da li je došlo do pogoršanja zdravlja u odnosu na prošlu godinu, najveći broj ispitanika navodi da im je zdravlje isto kao i prije godinu dana 42,7%. Veći postotak žena navodi da im je zdravlje nešto lošije, dok niti jedan ispitanik muškog spola ne navodi da mu je zdravlje puno lošije dok to navodi 14,4% žena. Međutim, treba uzeti u obzir da su žene u prosjeku starije od muškaraca u ovom uzorku.

Kod samog pitanja o kvaliteti života gdje su se odgovori davali na skali od 0 do 10 pri čemu je veći broj ukazivao na veću kvalitetu života. Muškarci su za prosječnu vrijednost imali 6,4, a žene 6,1 što ukazuje na visoku subjektivnu kvalitetu života, a značajne statističke razlike između spolova nema.

Iznenaduje da stanovnici Knina ima puno povoljnije rezultate u emocionalnom i socijalnom funkcioniranju te u mentalnom zdravlju, dok su dimenzije fizičkog funkcioniranja, ograničenja zbog fizičkih poteškoća, vitalnosti i bolova u relativnom zaostajanju.

Zanimljivo je da su se ispitanici u razgovoru tužili na loše zdravlje što i dokazuju niže vrijednosti dimenzije opće zdravlje, ali im to u konačnici kod ocjenjivanja kvalitete života nije bilo presudno da bi naglasili da im je kvaliteta života nezadovoljavajuća.

Rezultati dobiveni upitnikom SF-36 u ovom istraživanju dali su još neke zanimljive informacije o tom uzorku. Među ispitanicima s šećernom bolesti prevladavaju ispitanici koji imaju niske vrijednosti profila fizičkog zdravlja, ali više vrijednosti profila psihičkog zdravlja, a pogotovo socijalnog funkcioniranja.

U dimenziji ograničenja zbog emocionalnih poteškoća žene su iskazale niže vrijednosti od muškaraca, što pokazuje da su žene sklonije osjećati se malodušnima i tužnima, iako nisu nađene značajne statističke razlike među spolovima.

Međutim, moram naglasiti da dobri rezultati ne znače da poboljšanja i nisu potrebna i nisu moguća.

Javnozdravstvene akcije kao što su mjerenja glukoze u krvi, krvnog pritiska i indeksa tjelesne mase su više nego dobrodošle. Najbolje je te akcije povezati sa datumima od važnosti kao što su Svjetski dan zdravlja, Svjetski dan bolesnika.

Dostupnost mjerenja glukoze u krvi u prostorijama patronažne službe učestalo, pokretnim pacijentima je više nego dobrodošla s ciljem da se pacijentima s ograničenim kretanjima može više posvetiti u kućnim posjetama.

Rad u grupama jedan put mjesečno, gdje se pacijentima s šećernom bolešću osim druženja, mjerenja glukoze mogu održati prigodna predavanja.

Dakle, kao što je vidljivo, iz rezultata kvaliteta života kao jedan od prediktora kvalitete skrbi oboljelih od šećerne bolesti na području grada Knina je zadovoljavajuća.

Niže vrijednosti u ograničenju zbog fizičkih poteškoća treba uzeti s zadržkom, jer se ipak u većini radi o ispitanicima starije životne dobi kojima fizičko funkcioniranje s godinama dosta opada.

5.1 Ograničenje istraživanja

Indikatori kvalitete nisu direktne ili definitivne mjere kvalitete, već oni upućuju na područja skrbi koja treba pažljivo istražiti, evaluirati i poboljšati. Indikatori kvalitete su dobro poznati u bolničkom zdravstvenom sustavu. U području skrbi osoba s šećernom bolešću, nisu još uvijek usvojeni indikatori kvalitete, niti su uvelike prisutni.

Radi se o relativno malom uzorku od 150 ispitanika i s samo jednog područja stanovanja. Nedostatak je u tome da se radi o pretežito ispitanicima starije životne dobi, dok srednje i mlađe životne dobi je bio zanemariv broj.

U istraživanje nisu ušli indikatori prevencije i ranog otkrivanja bolesti kao osnovnog postulata rada patronažne setre. Prioriteti zdravstvenog sustava u većini zemalja, kao i kod nas orijentirani su na potrebe zajednice, pa individualne potrebe pojedinca tj. skrb usmjerena pacijentu može biti teže ostvariva.

6. Zaključak

Istraživanje je potvrdilo hipotezu da je kvaliteta života kao prediktor kvalitete skrbi oboljelih od šećerne bolesti na području grada Knina zadovoljavajuća.

Šećerna bolest velik je javnozdravstveni problem i kao takva predstavlja veliko opterećenje cijelog zdravstvenog sustava.

Prekomjerni indeks tjelesne mase, kao i nepravilna prehrana kao što je slučaj i u ovom istraživanju značajan je problem kojemu se treba posvetiti. Međutim, postavlja se pitanje kako osobe s ustaljenim navikama, a naročito u pogledu prehrane treba se educirati da bi se okrenuli zdravijim životnim navikama. Kako se radi o osobama koje su najviše umirovljenici, te im je prisutna loša ekonomska situacija zbog malih primanja postavlja se pitanje kako kupovati raženi kruh, više povrća i voća, mlijeka i mliječnih proizvoda.

U dimenzijama zdravstvenog statusa ispitanici su iskazali niže vrijednosti u fizičkim ograničenjima što pretpostavljamo da je u korelaciji s njihovoj životnoj dobi.

Što se tiče psihološkog funkcioniranja kod ispitanika pokazali relativno dobro funkcioniranje, iako se radi od čak 32% udovaca ili udovica. Pretpostavlja se da se razvila uspješna prilagodba na zadanu situaciji i da su uspješniji u socijalnom funkcioniranju, kao što su komunikacija s djecom, rodbinom li susjedima

Posebno se u ovom istraživanju daje naslutiti uloga patronažne sestra koja ulaskom u dom ima uvid u sve aspekte funkcioniranja života ispitanika.

Šećerna bolest se ne može izliječiti, ali kvalitetnim osposobljavanjem pacijenata za samoliječenje, samokontrolu i samopomoć znatno se podiže stupanj kvalitete života.

7. Zahvale

Izuzetno hvala mentoru, prof.dr.sc. Miroslavu Mastilici na pruženoj podršci, hvalevrijednim savjetima i uloženom vremenu.

Hvala, divnim profesorima na Medicinskom fakultetu koji su nam nesebično dijelili svoje znanje i vrijeme.

Hvala, patronažnim sestrama iz Doma zdravlja Knin koje su me tijekom dvije godine neprestano bodrile i poticale.

Posebno hvala, suprugu Damiru koji je često u zadnje dvije godine bio „*samohrani roditelj*“, djeci Ivanu Zvonimiru, Martini i Roku, na pruženoj ljubavi.

8.Literatura

1. Barber J, Muller S, Whitehurst T, Hay E. Measuring morbidity: self-report or health care records? *Fam Pract.* 2010;27:25-30.
2. Global diabetes plan 2011-2021, International diabetes federation; 2011; 3-4
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014-g. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015:300
4. <http://m.tportal.hr/vijesti/355955/Epidemija-dijabetesa-prijeti-krahom-zdravstva.html> Pristupljeno 02.03 2015
5. http://www.primapharme.hr/dogadjanja/novosti-i-teme/aktualne-teme-povijest-secerne-bolesti_117 pristupljeno 01.04 2015
6. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010; 11:81. Dostupno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81> pristupljeno 11. ožujak 2015.
7. Leonid Poretsky, (2009). *Principles of diabetes mellitus* (2nd ed.). New York: Springer. 3-9
8. Nie NH, Hull CH, Jenkis JE, Steinbrenner K, Bent DH. Statistical package for social sciences. 2nd ed. New York: McGraw Hill; 1970.
9. Vrca Botica M, Ožvačić Adžić Z. Procjena kvalitete zaštite osoba s šećernom bolešću u obiteljskoj medicini. 1. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2012. U: M Vrca Botica, I Pavlič Renar, Šećerna bolest u odraslih. Zagreb; Školska knjiga 2012;1-2

10. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, van Royen P. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: an example from six European countries. Prim Care Diabetes. 2007;1:17-23.
11. World Health Organization. The world health report 2003: Shaping the future. Geneva: World Health Organisation
12. www.healthpowerhouse.com pristupljeno 12.03 2015

9. Životopis

OSOBNNE INFORMACIJE

Ivana Šuljak

Ivana Meštrovića 57, Drniš

Tel/mob: 022/887059; 0916643201

Email: suljakivana1975@gmail.com

ivana.suljak@dzknin.hr

Datum rođenja: 29.03 1975

RADNO ISKUSTVO

2002.-danas Glavna sestra i patronažna sestra DZ Knin

1998.-2002. Patronažna sestra DZ Knin

1997.-1998. Patronažna sestra DZ Drniš

OBRAZOVANJE

2013-2015 Sveučilišni diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu

2006-2007 Razlikovni studij na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu

1994-1997 Preddiplomski stručni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Rijeci

1989-1993 Zdravstvena škola Split, usmjerenje medicinska sestra-tehničar

OSTALE VJEŠTINE I ZNANJA

- poznavanje rada na PC-u,
- znanje Engleskog jezika u čitanju i pisanju,
- posjedovanje vozačke dozvole B-kategorije

OSTALE INFORMACIJE

- aktivni član sekcije patronažnih sestara pri HUMS-u,
- član HKMS,
- redovni predavač raznih tečajeva pri HKMS
- predavač na tečajevima „Majka i dijete“
- predavač na tečajevima Crvenog križa Knin

HOBI

- čitanje knjiga svakodnevno
- izrada goblena

10. Prilog 1.- Anketni upitnik SF-36

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA
Student: IVANA ŠULJAK

ZDRAVSTVENA ANKETA DOMAĆINSTVA

Vaše domaćinstvo i Vi kao predstavnik tog domaćinstva izabrani ste za sudjelovanje u ovoj zdravstvenoj anketi koju provodim u cilju prikupljanja podataka za izradu diplomskog rada na sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva na Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu..

Upitnikom se ispituje Vaše zdravstveno stanje, neke životne navike, n te socijalni status Vašeg domaćinstva.

Molimo Vas da prihvatite sudjelovanje u ovom anketnom istraživanju. Svojim pristankom i Vi ćete pridonijeti izradi studentskog diplomskog rada kao i unapređenju brige o vašem zdravlju. Napominjemo da će se sve informacije koje nam pružite koristiti isključivo u navedene svrhe, a povjerljivost informacija bit će zaštićena.

Hvala Vam na suradnji.

Zdravstvena anketa (SF-36)

Ovom se anketom ispituje Vaše mišljenje o vlastitom zdravlju.

Ti će podaci pokazati kako se osjećate i koliko ste u stanju obavljati svoje uobičajene aktivnosti.

Odgovorite na svako pitanje tako da označite odgovor onako kako je navedeno. Ako niste sigurni kako odgovoriti na neko pitanje, molimo Vas da odgovorite najbolje što možete.

SF_01 Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje:
(zaokružite jedan odgovor)

- 1 - odlično
- 2 - vrlo dobro
- 3 - dobro
- 4 - zadovoljavajuće
- 5 - loše

SF_02 U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje?
(zaokružite jedan odgovor)

- 1 - puno bolje nego prije godinu dana
- 2 - malo bolje nego prije godinu dana
- 3 - otprilike isto kao i prije godinu dana
- 4 - malo lošije nego prije godinu dana
- 5 - puno lošije nego prije godinu dana

Sljedeća pitanja se odnose na aktivnosti kojima se možda bavite tijekom jednog tipičnog dana.

Da li Vas trenutačno Vaše zdravlje ograničava u obavljanju tih aktivnosti?
Ako da, u kojoj mjeri?
(zaokružite jedan broj u svakom redu)

	AKTIVNOSTI	DA puno	DA malo	NE nimalo
SF_03a	fizički naporne aktivnosti , kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima	1	2	3
SF_03b	umjereni naporne aktivnosti , kao što su pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl.	1	2	3
SF_03c	podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	1	2	3
SF_03d	uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	1	2	3
SF_03e	uspinjanje uz stepenice (jedan kat)	1	2	3
SF_03f	saginjanje, klečanje ili pregibanje	1	2	3
SF_03g	hodanje više od 1 kilometra	1	2	3
SF_03h	hodanje oko pola kilometra	1	2	3

SF_03i	hodanje 100 metara	1	2	3
SF_03j	kupanje ili oblačenje	1	2	3

Jeste li u protekla 4 tjedna u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja?
(zaokružite jedan broj u svakom redu)

		DA	NE
SF_04a	Skratili ste vrijeme provedeno u radu ili drugim aktivnostima	1	2
SF_04b	Obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
SF_04c	Niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	1	2
SF_04d	Imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud)	1	2

Jeste li u protekla 4 tjedna imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema (npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)?
(zaokružite jedan broj u svakom redu)

		DA	NE
SF_05a	Skratili ste vrijeme provedeno u radu ili drugim aktivnostima	1	2
SF_05b	Obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
SF_05c	Niste obavili posao ili neke druge aktivnosti onako pažljivo kao obično	1	2

SF_06 U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima?
(zaokružite jedan odgovor)

- 1 - uopće ne
- 2 - u manjoj mjeri
- 3 - umjereno
- 4 - prilično
- 5 - izrazito

SF_07 Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna?
(zaokružite jedan odgovor)

- 1 - nikakve
- 2 - vrlo blage
- 3 - blage
- 4 - umjerene
- 5 - teške
- 6 - vrlo teške

SF_08 U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali u Vašem uobičajenom radu (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)?
(zaokružite jedan odgovor)

- 1 - uopće ne
- 2 - malo
- 3 - umjereno
- 4 - prilično
- 5 - izrazito

Sljedeća pitanje govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali.

Koliko ste (se) vremena u protekla 4 tjedna:
(zaokružite jedan odgovor u svakom redu).

	stalno	skoro uvijek	dobar dio vremena	povremeno	rijetko	nikada	
SF_09a	osjećali puni života?	1	2	3	4	5	6
	bili vrlo nervozni?	1	2	3	4	5	6
SF_09b	osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti?	1	2	3	4	5	6
SF_09c	osjećali spokojnim i mirnim?	1	2	3	4	5	6
SF_09d	bili puni energije?	1	2	3	4	5	6
SF_09e	osjećali malodušnim i tužnim?	1	2	3	4	5	6
SF_09f	osjećali iscrpljenim?	1	2	3	4	5	6
SF_09g	bili sretni?	1	2	3	4	5	6
SF_09h	osjećali umornim?	1	2	3	4	5	6

SF_10 Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.) (zaokružite jedan odgovor)

- 1 - stalno
- 2 - skoro uvijek
- 3 - povremeno
- 4 - rijetko
- 5 - nikada

Koliko je u Vašem slučaju TOČNA ili NETOČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji? (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	potpuno točno	uglavnom točno	ne znam	uglavnom netočno	potpuno netočno	
SF_11a	Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi	1	2	3	4	5
SF_11b	Zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem	1	2	3	4	5
SF_11c	Mislim da će mi se zdravlje					

SF_11d	pogoršati	1	2	3	4	5
	Zdravlje mi je odlično	1	2	3	4	5

Prehrambene i druge navike

FHA_02 Koju vrstu masnoće najčešće upotrebljavate u pripremanju hrane kod kuće? (zaokružite samo jednu vrstu)

- 1 - biljno ulje, biljna mast, margarin
- 2 - maslac, svinjska mast ili druga masnoća životinjskog porijekla
- 3 - uopće ne upotrebljavam masnoće

FHA_09 Koju vrstu kruha obično jedete?

- 1 - raženi
- 2 - pšenični (bijeli, polubijeli, crni)
- 3 - kukuruzni
- 4 - specijalni sa sjemenkama
- 5 - druge vrste kruha
- 6 - ne jedem kruh

FHA_19 Koliko često jedete trajne ili polutrajne suhomesnate proizvode?

- 1 - uopće ne
- 2 - vrlo rijetko (nekoliko puta mjesečno)
- 3 - do dva puta tjedno
- 4 - svaki dan ili skoro svaki dan

FHA_20 Koliko često jedete kolače, kekse ili druge slatkiše?

- 1 - uopće ne

SMO_01 Pušite li Vi ili netko od članova Vaše obitelji?

- 1 - ne, nitko
- 2 - netko puši

Obilježja ispitanika

PHN_02 Broj osoba u izabranom domaćinstvu:

BKI_01 Godina rođenja/dob? _____?

BKI_02 Spol

- 1 - muški
- 2 - ženski

BKI_03 Bračno stanje

- 1 - živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici
- 2 - neoženjen/neudata
- 3 - rastavljen/rastavljena
- 4 - udovac/udovica

BKI_04 Zanimanje

- 1 - čelnici i članovi zakonodavnih i državnih tijela i direktori
- 2 - stručnjaci i znanstvenici
- 3 - inženjeri, tehničari i srodna zanimanja
- 4 - uredski i šalterski službenici
- 5 - uslužna i trgovačka zanimanja
- 6 - poljoprivredni, šumski radnici i ribari
- 7 - zanimanja u obrtu i pojedinačnoj proizvodnji
- 8 - rukovatelji strojevima, i vozilima
- 9 - jednostavna zanimanja
- 10 - vojna zanimanja
- 11 - nepoznata zanimanja

BKI_05 Radno aktivan

- 1 - da
- 2 - ne

BKI_06 Radni položaj

- 1 - domaćica
- 2 - radnik, poljoprivrednik ili službenik (zaposlen, bez podređenih)
- 3 - samostalni poljoprivrednik ili obrtnik
- 4 - predradnik, poslovođa ili šef u uredu ili odsjeku (s podređenima)
- 5 - upravitelj (direktor, ravnatelj) poduzeća ili ustanove
- 6 - pripadnik vojnih ili policijskih snaga
- 7 - umirovljenik
- 8 - učenik ili student
- 9 - nezaposlen
- 10 - ostalo

BKI_07 Školska sprema (najviša završena škola)

- 1 - nezavršena osnovna škola
- 2 - osnovna škola
- 3 - srednja škola (trogodišnja ili četverogodišnja)
- 4 - viša škola
- 5 - fakultet, akademija, visoka škola
- 6 - nepoznato

Kvaliteta života

QOL_01 Koliko ste općenito zadovoljni svojim životom?
(zaokružite križić na crti koja najbolje opisuje Vaše zadovoljstvo)

x-----x-----x-----x-----x-----x-----x-----x-----x-----x
nimalo potpuno
zadovoljan zadovoljan