

Utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Korpar, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:089620>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 007/SSD/2020

**UTJECAJ TERAPIJSKOG PRISTUPA NA
KVALITETU ŽIVOTA OBOLJELIH OD
UPALNIH BOLESTI CRIJEVA**

Marija Korpar

Varaždin, srpanj 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 007/SSD/2020

**UTJECAJ TERAPIJSKOG PRISTUPA NA
KVALITETU ŽIVOTA OBOLJELIH OD
UPALNIH BOLESTI CRIJEVA**

Student:

Marija Korpar, 0982/336D

Mentor:

doc. dr. sc. Rosana Ribić

Varaždin, srpanj 2020.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

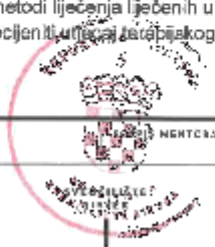
ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRESTUPNIK	Marija Korpar	MATIČNI BROJ	0982/336D
MEĐUV. KOLEGIJ	27.05.2020.	KOLEGIJ	Nacrt diplomskog rada
NASLOV RADA	Utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The influence of the therapeutic approach on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease		
AUTOR	Rosana Ribić	ZVANJE	doc. dr. sc.
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Duško Kardum, predsjednik 2. doc.dr.sc. Rosana Ribić, mentor 3. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, član 4. doc.dr.sc. Tomislav Meštrović, zamjenski član 5. _____		

Zadatak diplomskog rada

PROJ.	007/SSD/2020
OPIS	Upalne bolesti crijeva općeniti je izraz kojim se obuhvaćaju dva glavna entiteta, ulcerozni kolitis i Crohnova bolest te ostali poremećaji nepoznatih uzroka odnosno neklaasificirane upalne bolesti crijeva. Konvencionalni terapijski pristup uključuje metode standardne farmakoterapije, dijetoterapiju te kirurške metode liječenja. Biološka terapija uglavnom je predviđena za umjerene do teške oblike upalnih bolesti crijeva koji su refraktorni na antiinflamatornu i imunosupresijsku terapiju. Cilj je rada provesti procjenu kvalitete života i ispitati subjektivan status pacijenata na biološkoj terapiji i pacijenata na standardnoj terapijskoj metodi liječenja. U radu je potrebno: <ul style="list-style-type: none">• Opisati kliničku sliku i dijagnostiku upalnih bolesti crijeva• Usporediti konvencionalni terapijski pristup s biološkom terapijom• Utvrditi ulogu medicinske sestre u liječenju upalnih bolesti crijeva• Provesti istraživanje kvalitete života i ispitati subjektivan status pacijenata na biološkoj terapiji i pacijenata na standardnoj terapijskoj metodi liječenja liječenih u Općoj bolnici Varaždin• Analizirati rezultate istraživanja te procijeniti utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva

ZADATAK UKUČAN

18. 06. 2020.



240

Predgovor

„Kreativan čovjek motiviran je željom da postigne, a ne željom da pobjedi druge.“

Ayn Rand

Svakodnevno se susrećemo sa različitim životnim izazovima. Različito ih doživljavamo, neki nas „ponesu“ intenzivnije, duboko, neke ni ne primjećujemo, odradimo ih rutinski.

Moj motiv za edukacijom, željom i glađu za naučiti, je naprosto nit vodilja ovog cjelokupnog profesionalnog usavršavanja. Pamtim riječi jedne gostujuće predavačice, još sa preddiplomskog studija i njenih riječi: „Molim Vas, kolegice i kolege, bez obzira gdje, što i u kojim uvjetima radile, učite, usavršavajte se i budite velike medicinske sestre. Čuvajte i ponosite se svojom profesijom, jer posjedujemo ogromnu sposobnost utjecaja na ljudske živote, nevjerojatnu moć u našem društvu, a da toga ni svjesne nismo, jer se dovoljno ne cijenimo.“ Ta rečenica, dan danas i sasvim sigurno, zauvijek će ostati u mom sjećanju, usađena, kao da sam dobila misiju života.

„Oni koji znaju, rade. Oni koji razumiju, poučavaju.“ Aristotel

Upisavši diplomski studij, shvatila sam koliko toga u biti ne znam i koliko toga želim naučiti i znati.

Zahvalna sam svakom pojedinom profesoru Sveučilišta Sjever na strpljenju, izuzetno visokoj motiviranosti za rad s nama, studentima, na dijeljenju njihova stručnog znanja i ulaganju u nas kao ljude, medicinske sestre i tehničare modernog sestrištva.

Posebno i veliko hvala mojoj dragoj mentorici, doc.dr.sc. Rosani Ribić, koja je od prvog trena, prvog predavanja u meni izazvala izuzetno divljenje i poštovanje, oduševljenje i postala mi životni uzor, kao ženi, kao budućoj magistri, i dala mi snažan poticaj i želju za istraživanjem. Hvala Vam!

„Dom je gdje si voljen najviše, a ponašaš se najgore.“ Marjorie Pay Hinckley

Mojoj obitelji, veliko hvala, što su i dalje ustrajno slušali sve moje jadikovke. Trpjeli moja izbivanja. Tolerirali moje „umorne i teške dane“, kada su bili prepušteni sami sebi. Sine, oprostiti ćeš majci, zar ne?

„Na svijetu je najteže objasniti prijateljstvo. To nije nešto što se uči u školi. No, ako niste naučili smisao prijateljstva, stvarno niste naučili ništa.“ Muhammad Ali

Moje drage prijateljice. Maja Marković, Valentina Vincek i Ines Kosir. U ovom trenutku, kad pišem ovu zahvalu, jednostavno me prožimaju toliko snažne emocije sreće, smijeha, tuge i suza, da jednostavno imam potrebu Vas nazvati (što ću i učiniti). Koliko toga smo prošle, uistinu, svega je bilo. Toliko smo različite, a opet, zajedno, savršena cjelina. Najdraža su mi međusobna hrabrenja, motivacija i dijeljenje naših uspjeha. Hvala vam što ste uvijek imale razumijevanja za „vašu dežurnu šiziku“. Cure, što ih ja bez Vas? Sjajne ste!

No, ovaj rad, posvećujem svojoj dragoj prijateljici Mateji Sedlar. Uistinu, svakim danom zahvaljujem dragom Bogu što imam privilegiju zvati se tvojom najboljom prijateljicom. Hvala ti za svaku ohrabrujuću riječ, iskreni prijekor i često „otrežnjenje“ od mojih gluposti, strpljenje, i na kraju, odobravanje i podizanje mog, ponekad, zalutalog samopouzdanja. Hvala ti što te imam.

Sažetak

Upalne bolesti crijeva uglavnom obuhvaćaju Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis. Javljaju se u ranijoj životnoj dobi i kronične su prirode, što zahtijeva cjeloživotno liječenje uz česte hospitalizacije, a nerijetko i operativne zahvate. Upalne bolesti crijeva dokazano znatno utječu na kvalitetu života narušavajući gotovo sve kvalitativne aspekte života. Velik utjecaj zabilježen je na fizički i emocionalni status pacijenata što se očituje u svakodnevnom životu i aktivnostima od socijalne interakcije pa sve do radne sposobnosti i produktivnosti.

Osobe koje su razvile teži oblik bolesti refraktoran na konvencionalnu medikamentoznu terapiju, zahtijevaju najčešće terapiju biološkim lijekovima. Biološka terapija je dokazala značajan napredak u liječenju oboljelih od Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa. Redukcija simptoma uz postizanje remisije glavni je terapijski cilj. U ovom radu prikazano je istraživanje provedeno u Općoj bolnici Varaždin. Kod ispitanika istražena je prisutnost simptoma bolesti i opće zadovoljstvo kvalitetom vlastita života, ovisno o terapijskom pristupu.

Rezultati istraživanja ukazuju na značajno poboljšanje kvalitete života kod pacijenata na biološkoj terapiji u odnosu na konvencionalnu terapiju. Dobiveni rezultati i zaključci u skladu su sa sličnim objavljenim studijama.

Ključne riječi: Crohnova bolest, ulcerozni kolitis, konvencionalna terapija, biološka terapija, kvaliteta života

Summary

Inflammatory bowel disease mainly includes Crohn's disease and ulcerative colitis. They are chronic diseases which appear at an earlier age of life and require a lifelong treatment with frequent hospitalizations, and often surgical procedures. It has been proven that inflammatory bowel disease significantly affects on quality of life by disrupting almost all qualitative aspects of life. A strong impact on the physical and emotional status of patients was recorded. It can be observed in everyday life and activities, from social interaction to work ability and productivity.

People who have developed a more severe form of the disease which is resistant to conventional drug therapy, most often require therapy with biological drugs. Biological therapy has significant advances in the treatment of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. Reduction of symptoms and achieving full remission is the main therapeutic goal. Within this thesis research conducted at the Varaždin General Hospital is presented. The presence of disease symptoms and general satisfaction with the quality of patients life, depending on the therapeutic approach, was investigated.

The results of the research indicate a significant improvement in the quality of life in patients on biological therapy compared to conventional therapy. The obtained results and conclusions are in accordance with similar published studies.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, conventional therapy, biological therapy, quality of life

Popis korištenih kratica

IBD	Inflammatory Bowel Disease
UK	Ulcerozni kolitis
CB	Crohnova bolest
IBDU	Inflammatory bowel disease unclassified
GI	Gastrointestinalni
EIM	Ekstraintestinalne manifestacije
ECCO	European Crohn's and Colitis Organisation
CT	Kompjutorizirana tomografija
MR	Magnetska rezonanca
KKS	Kompletna krvna slika
CRP	C-reaktivni protein
PCT	Prokalcitonin
SE	Sedimentacija eritrocita
AZA	Azatioprin
6 MP	6-merkaptopurin
MTX	Metotreksat
BT	Biološka terapija
TNF	Tumor nekrotizirajući faktor
HSV	Herpes simplex virus
VZV	Varicella-zoster virus
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Virus humane imunodeficijencije
CMV	Citomegalovirus
EBV	Epstein-Barrov virus
HPV	Humani papiloma virus
HRQoL	Health-Related Quality of Life
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Upalne bolesti crijeva.....	1
2.1.	Crohnova bolest	4
2.2.	Ulcerozni kolitis.....	5
2.3.	Neklasificirana upalna bolest crijeva	7
3.	Dijagnostički izazovi IBD-a.....	8
4.	Kompleksnost terapijskih postupaka kod IBD-a.....	9
4.1.	Konvencionalne metode liječenja IBD-a	10
4.1.1.	Farmakoterapija.....	10
4.1.2.	Kirurško liječenje	12
4.1.3.	Dijetoterapija i klinička prehrana.....	12
4.1.4.	Mentalni izazovi i psihoterapijski pristup	13
4.2.	Biološka terapija	14
4.2.1.	Mehanizam djelovanja anti-TNF terapije	14
4.2.2.	Terapijski odabir anti-TNF terapije.....	15
4.2.3.	Probir i kontraindikacije bolesnika za anti-TNF terapiju.....	15
4.2.4.	Prekid anti-TNF terapije	16
5.	Medicinska sestra - član multidisciplinarnog tima.....	18
6.	Zdravstvena kvaliteta života	19
6.1.	Varijabilnost kvalitete života oboljelih od IBD-a	20
7.	Istraživački dio rada	21
7.1.	Cilj istraživanja	21
7.2.	Ispitanici i metode istraživanja.....	21
7.2.1.	Ustroj studije.....	21
7.2.2.	Ispitanici.....	22
7.2.3.	Instrument istraživanja	22
7.2.4.	Statistička analiza.....	23
8.	Rezultati istraživanja.....	24
9.	Rasprava.....	60
10.	Zaključak.....	65
11.	Literatura.....	68
12.	Popis slika	79
13.	Prilozi	80

1. Uvod

U središtu ovog rada je kvaliteta života pojedinca kao zavisna varijabla koja se opisuje kroz zadovoljstvo pojedinca te njegov subjektivni i objektivni status. Zadovoljstvo se razabire ovisno o načinu životu i svima nam je želja, ali i cilj imati što bolji život, ispunjen srećom, veseljem, zdravljem i sa što manje briga i problema koji bi na bilo koji način mogli narušiti našu životnu homeostazu.

Kvaliteta života svakako je jedan multidimenzionalan pojam koji je prvenstveno definiran subjektivnim kriterijima i u tome se istraživači takvih disciplina slažu (1). Za pojedinca je pojam kvalitete života definiran zadovoljstvom tijekom života, mogućnostima koje ima kao i ograničenjima s kojima se suočava (2).

Kada govorimo o kvaliteti života s medicinskog stajališta, tada u fokus stavljamo zdravlje i prvenstveno govorimo o utjecaju pojedine bolesti na kvalitetu života te kako novonastala situacija utječe na svakodnevne aktivnosti pojedinca, ali i njegove obitelji (3). Ovdje ćemo tako pokušati preciznije približiti kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva i definirati moguće postojeće razlike ovisno o načinu liječenju istih.

2. Upalne bolesti crijeva

Upalne bolesti crijeva, češće poznate pod engleskom skraćenicom IBD (engl. Inflammatory bowel disease), općeniti su termin koji obuhvaća dva glavna entiteta, ulcerozni kolitis (UK) i Crohnovu bolest (CB), ali također i ostale poremećaje nepoznatih uzroka odnosno neklasificiranu upalnu bolest crijeva (4). Zajednička karakteristika ovih bolesti jest kronični, relapsirajući, inflamatorni poremećaj GI trakta, popraćen simptomima od strane istog te nerijetko značajnih malapsorpcija i malnutricija (5; 6). Unatoč pojedinim sličnostima, ove bolesti definira i značajna heterogenost uz kliničke, endoskopske i patohistološke razlike. Radi se o doživotnim bolestima koje prolaze kroz dvije temeljne faze bolesti, aktivnu i pasivnu, koje se izmjenjuju. Drugim riječima to su relaps (aktivacija upale i pojava znakova/simptoma bolesti) te remisija (stanje mirovanja bolesti kad nema prisutnih simptoma).

U patogenezi ovih idiopatskih bolesti, pozadinu čine složeni imunološki poremećaji nastali kao posljedica međudjelovanja genetskih faktora i faktora okoliša (*Tablica 2.1.*), a tijek same bolesti je nepredvidiv (7). Sukladno genetskim istraživanjima, smatra se da je IBD posljedica genetski uvjetovane mutacije imunosnog odgovora na bakterijsku mikrofloru, a u prisustvu spomenutih okolnih faktora kao faktora rizika (8). Važno je napomenuti da postoji popriličan broj faktora rizika dovedenih u korelaciju s pojavom upalnih bolesti crijeva, ali su precizne znanstvene spoznaje o djelovanju istih kao specifičnih faktora još uvijek ograničene. Jedini faktor čiji je učinak jasno dokazan na povećanje rizika od pojave CB-a, a smanjenje rizika od nastanka UK-a, jest pušenje (9).

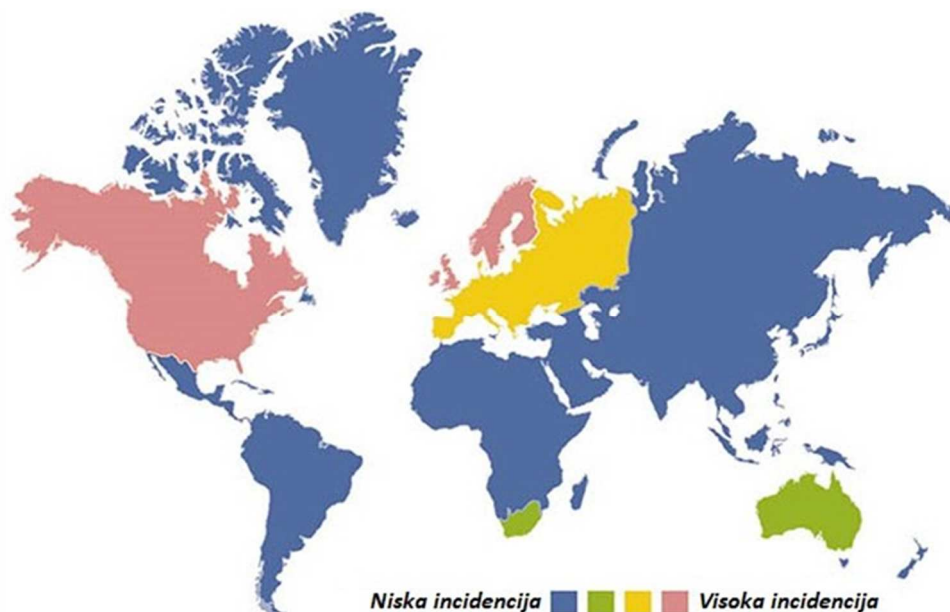
Tablica 2.1. Faktori rizika iz okoliša (10)

PUŠENJE
ORALNI KONTRACEPTIVI
FAKTORI RANOG DJETINJSTVA
<ul style="list-style-type: none"> • Rani prekid dojenja, pasivno pušenje, higijena, infekcije
INFEKCIJE
<ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium paratuberculosis, virus ospica, vakcina protiv ospica, virus rubeole
OPERACIJA SLIJEPOG CRIJEVA
PREHRANA
<ul style="list-style-type: none"> • rafinirani šećeri, margarin, kvasac, čokolada, Cola-pića

S obzirom da se radi o bolestima probavnog trakta, primarno zahvaćaju probavnu cijev, najčešće tanko i debelo crijevo, ali sekundarno izazivaju i patološke promjene koje se manifestiraju na gotovo sve organske sustave. Riječ je o tzv. ekstraintestinalnim manifestacijama (EIM) (10). Tako su poznate komplikacije poput artritisa, osteoporoze, psorijaze, anemije, tromboze, bubrežnih, plućnih, hepatobilijarnih komplikacija, uz gotovo neizostavni gubitak na tjelesnoj težini te nerijetko poremećaje u razvoju djece.

Upalne bolesti crijeva predstavljaju veliki problem i izazov danas, što zbog svoje heterogenosti i nepredvidljivosti, što zbog porasta incidencije i prevalencije bolesti povezanih s urbanim načinom života (11), ali svakako i zbog velikog raspona dobnih skupina u kojoj se bolest javlja. Također je izazov samo liječenje bolesti, s obzirom da dostupni lijekovi služe u tretiranju simptoma, a uzrok bolesti i dalje ostaje nepoznanica (12). IBD se može javiti u bilo kojem životnom periodu od djetinjstva do starosti, ali najčešće se javlja tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi, između petnaeste i tridesete godine života, dok se njih čak 25% do 30% dijagnosticira u dječjoj dobi, tj. prije navršene osamnaeste godine života (13; 14).

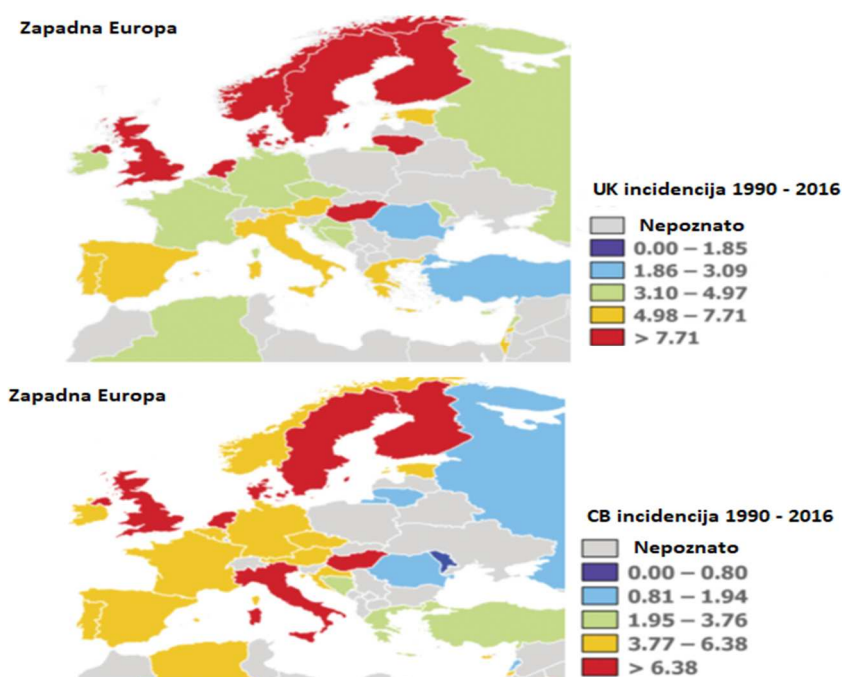
Incidencija IBD-a u cijelome svijetu raste (15; 16). Usredotočimo li se na Europu, vidljivo je da zemlje zapadne Europe uz spomenuti urbani stil života i industrijalizaciju, pokazuju vrlo visoku stopu incidencije IBD-a, a među tim se zemljama našla i Hrvatska (*Slika 2.1.*).



Slika 2.1. Razina incidencije upalnih bolesti crijeva u svijetu; Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (19.4.2020.)

Taj rastući „trend“ pokazalo je jedno hrvatsko istraživanje s incidencijom za UK koja iznosi 4,3/100.000, a za CB 7,0/100.000 (17), ali također je iste rezultate potvrdilo i najnovije istraživanje iz 2018. godine na globalnoj razini o incidenciji CB-a i UK-a

(Slika 2.2.), gdje je vidljiv rast incidencije u Hrvatskoj i zemljama zapadne Europe u 21. stoljeću (18).

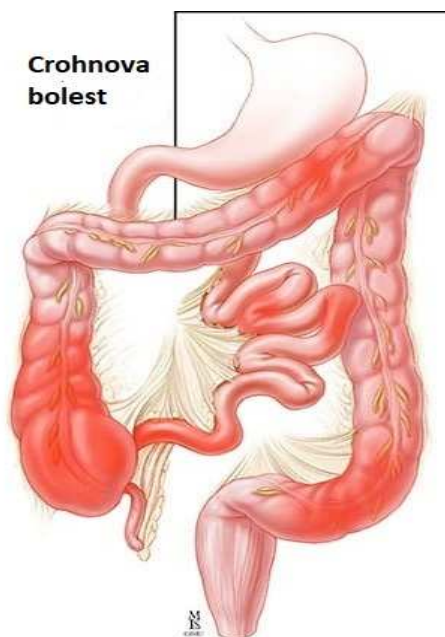


Slika 2.2. Zapadna Europa: Incidencija UK i CB na 100 000 stanovnika; Izvor: https://www.researchgate.net/figure/Worldwide-incidence-of-Crohns-disease-stratified-from-low-to-high-incidence-per_fig4_334441836 (19.4.2020.)

2.1. Crohnova bolest

Crohnova bolest, gledajući u svjetskim razmjerima jedna je od najčešćih upalnih bolesti crijeva koja može zahvatiti bilo koji dio probavne cijevi, od usta do anusa, ali najčešće je lokalizirana na terminalnom ileumu. Od crijevnih manifestacija koje dominiraju pojavljuju se patološke promjene poput ulkusa, apscesa, granuloma. Među glavnim karakteristikama CB-a jest upravo transmuralnost upale, odnosno upalom zahvaćena cijela debljina stijenke što dovodi do stvaranja fistula među crijevnim vijugama (enteroenteralne fistule), ali i između crijeva i mokraćnog mjehura ili rodnice (enterovezikalne odnosno rektovaginalne) ili se mogu otvoriti prema koži (enterokutane fistule). Uz transmuralnost, poznato je segmentalno širenje bolesti tj. diskontinuitet upalnih promjena (Slika 2.1.1). Također se mogu javiti

ekstraintestinalne manifestacije poput artropatija, kožnih promjena te mišićnih manifestacija bolesti, a iste nerijetko otkrivaju okultne crijevne upalne bolesti (19).



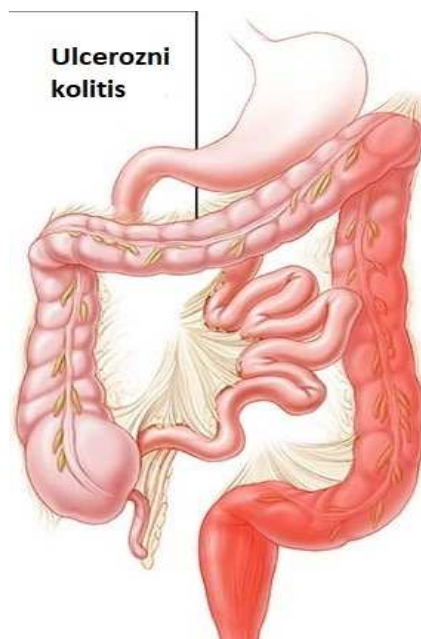
Slika 2.1.1. Diskontinuitet upalnih promjena kod Crohnove bolesti; Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (26.3.2020.)

Glavna, standardna klasifikacija CB podrazumijeva tri osnovna fenotipa bolesti: inflamatorni fenotip, stenozirajući te penetrirajući fenotip uz komplikacije krvarenja, fistula, apscesa, stenoza (20).

Tijek bolesti definiran je razdobljima aktivnosti i remisije, bilo spontane ili inducirane terapijom. Simptomatologija CB-a je izuzetno varijabilna i ovisi o zahvaćenosti pojedinih segmenata probavnog trakta, a obuhvaća bolove u abdomenu, učestale proljevaste stolice, nerijetko rektoragiju uz razvoj posljedične anemije, gubitak na tjelesnoj težini.

2.2. Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis je drugi oblik upalne bolesti crijeva koji je uglavnom ograničen na debelo crijevo, najčešće rektum te pokazuje jedan kontinuitet u širenju upale proksimalno (*Slika 2.2.1.*). Suprotno transmuralnosti CB-a, UK karakterizira zahvaćenost sloja sluznice i podsluznice te pojavu ulceracija, egzacerbacija i sl. Bolest je također sklona heterogenosti kliničke slike s fazama remisije i relapsa.



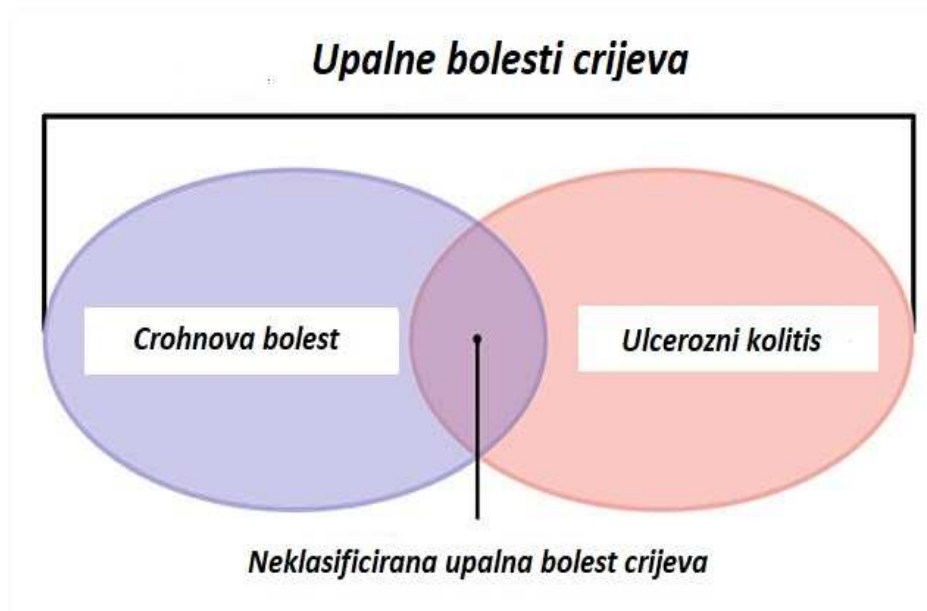
Slika 2.2.1. Kontinuitet upale i proksimalno širenje UK-a; Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (26.3.2020.)

Klasifikacija aktivnosti UK-a raspoređena je u tri oblika: blagi, srednje teški i teški oblik bolesti, a procjena se bazira na šest varijabli: broju stolica na dan, pojavi krvi u stolici, temperaturi, puls, hemoglobinu i sedimentaciji eritrocita (21; 22). Teži oblici bolesti mogu pak dovesti do dubokih ulceroznih promjena koje izazivaju komplikacije poput perforacije kolona, masivnih krvarenja, ali može doći i do komplikacija poput perianalne bolesti, pseudopolipa, toksičnog megakolona, suženja kolona, kolorektalnog karcinoma.

Prije same procjene aktivnosti bolesti, procjenjuje se i proširenost bolesti prema Montrealskoj klasifikaciji iz 2005.g. koju je podržalo Europsko društvo za Crohnovu bolest i kolitis (ECCO). Prema makroskopskom izgledu sluznice tijekom kolonoskopskog pregleda, UK se tako može klasificirati u tri skupine po proširenosti: proktitis (oznaka E1), lijevostrani kolitis (E2) i prošireni ili ekstenzivni kolitis (E3) (23).

2.3. Neklasificirana upalna bolest crijeva

Sama upalna bolest crijeva u nekih bolesnika ne zadovoljava uobičajene kriterije za sigurnu dijagnozu ulceroznog kolitisa ili Crohnove bolesti i tada govorimo o neklasificiranoj upalnoj bolesti crijeva (eng. IBD unclassified - IBDU). Takva se dijagnoza postavlja kod pacijenata gdje se ni nakon svih detaljnih pretraga i precizne evaluacije ne može razlikovati niti sa sigurnošću reći radi li se o Crohnovoj bolesti ili nekom obliku kolitisa. Znakovi i simptomi bolesti su negdje između tih dviju dijagnoza što se najbolje može predočiti shematskim prikazom (*Slika 2.3.1.*). Većina bolesnika s IBDU, s vremenom se reklasificira kao UK ili rjeđe kao CB (24). Implikacija ove dijagnoze nikako nije zanemariva već također bitno utječe na terapijsku strategiju kod oboljelih te je također važna što ranije definirana dijagnoza.



Slika 2.3.1. Neklasificirana/neodređena upalna bolest crijeva; Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (19.4.2020.)

3. Dijagnostički izazovi IBD-a

Dijagnostičke metode IBD-a obuhvaćaju procjenu kliničkih simptoma te procjenu aktivnosti i proširenosti upale. Precizna dijagnoza ključna je za adekvatno liječenje same bolesti, ali svakako je primarna rana identifikacija IBD-a. Sama dijagnostika predstavlja veliki izazov, vremenski i financijski, s obzirom da ne postoji zlatni standard u postavljanju dijagnoze. Ona obično zahtijeva kombinaciju kliničkih, endoskopskih, radioloških i histoloških postupaka uz isključenje infektivne etiologije (25).

Prvi korak čini klinički pregled liječnika specijalista uz detaljnu zdravstvenu i obiteljsku anamnezu te fizikalni pregled s inspekcijom, osobito kod pojave EIM-a.

Laboratorijska dijagnostika uključuje pretrage krvi i to nezaobilazno KKS te upalne parametre (CRP, PCT, SE) kojima se detektiraju posljedične anemije, odnosno razlučuje IBD od iritabilnog kolona.

Pretragama stolice ispituje se pojava krvi u stolici čime se otkrivaju okultna krvarenja, zatim mikrobiološka i parazitološka analiza stolice s isključivanjem infektivnog uzročnika te u novije vrijeme specifična i precizna pretraga stolice na fekalni kalprotektin, biomarker upale kod IBD-a. Riječ je o proteinu neutrofila koji se nalazi u citoplazmi upalnih stanica i ukoliko se u crijevima odvijaju upalni procesi, isti će biti povišen. Drugim riječima, količina kalprotektina odražava broj neutrofila koji sudjeluju u ovoj upali (26). Ova se jednostavna, neinvazivna pretraga koristi se i nadalje kod oboljelih od IBD-a za praćenje odgovora na terapiju te otkrivanje relapsa bolesti.

Standardni, tradicionalni dijagnostički alati svakako obuhvaćaju endoskopske metode i ezofagogastroduodenoskopiju te kolonoskopiju uz biopsiju sluznice i nastavno patohistološku analizu uzoraka. Dio standardnih postupaka također čine rentgenski i ultrazvučni pregled abdomena, a koriste se CT i MR abdomena u otkrivanju ekstraluminalnih komplikacija, prodoru lezija i zahvaćenosti crijeva (27).

4. Kompleksnost terapijskih postupaka kod IBD-a

Cjeloživotna terapija i kontrola, nepredvidivost i varijabilnost bolesti glavni su uzroci otežanog terapijskog pristupa i zahtijevaju maksimalno individualan pristup u liječenju oboljelih od IBD-a i tzv. „personalizaciju“ terapije (28). Racionalan pristup i odabir optimalnog lijeka za pojedinca obuhvaća nekoliko faza: ranu dijagnostiku IBD-a, ocjenu fenotipa, ekstenzije/proširenosti bolesti, aktivnosti bolesti, procjenu komplikacija i EIM-a te procjenu tijeka bolesti i rezultate ranije korištene terapije. Za optimizaciju terapije, nesporna je i aktivna uloga bolesnika te subjektivne povratne informacije. Bolesniku je potrebno objasniti sve poduzete mjere liječenja te kompletnu terapijsku strategiju (29).

Ključni element i primarni cilj u terapijskoj strategiji jest brza kontrola simptoma te postizanje i održavanje stabilne kliničke, biokemijske, endoskopske remisije odnosno mukozno cijeljenje sluznice (odsutnost ulceracija). Mukozno cijeljenje sluznice promatra se kao inicijalni događaj, a predstavlja kompleksan mehanizam oporavka intestinalne barijere i supresije intestinalne upale (30; 31). Takvim pristupom želi se spriječiti progresija bolesti uz destrukciju intestinalne barijere i pojavu komplikacija, što će rezultirati smanjenjem broja hospitalizacija, operativnih zahvata te poboljšanjem kvalitete života i prevencijom invaliditeta (24).

Najbolji efekt terapije i utjecaj na daljnji tijek bolesti će se tako postići primjenom adekvatne terapije u ranoj fazi bolesti, prije razvoja lokalnih i/ili sistemskih komplikacija. Za to je potrebna rana identifikacija bolesti uz procjenu svih parametara koji koreliraju s agresivnošću bolesti.

Sukladno tim spoznajama, primjenjuje se tzv. akcelerirani „step-up“ strateški pristup ili pristup „odozdo prema gore“ koji zagovara aplikaciju najdjelotvornijih lijekova što ranije, odnosno pojačanje terapije ako se ubrzo ne postigne adekvatan terapijski odgovor prethodnom terapijom (32; 33). Započinje se primjenom aminosalicilata, zatim oralnih steroida uz brzu eskalaciju prema sistemskim steroidima, imunomodulatorima, antibioticima te završno biološkim agensima (34; 35). Postoji i tzv. „top-down“ terapijski pristup („odozgo prema dolje“) gdje se odmah započinje s primjenom najdjelotvornijih lijekova, bioloških agensa, ali se on za sada ne

primjenjuje, što zbog početne nepredvidivosti agresije bolesti i bespotrebnog liječenja metodom koja može imati određene rizike za bolesnika i visoke troškove (36).

4.1. Konvencionalne metode liječenja IBD-a

Konvencionalni terapijski pristup ostvaruje se metodama standardne farmakoterapije, dijetoterapije, bilo u smislu prevencije ili liječenja malnutricije te kirurškim metodama liječenja, ali uvijek uz uključenu psihološku podršku u svim fazama i oblicima liječenja.

4.1.1. Farmakoterapija

Medikamentozna sredstva okosnica su indukcijske terapije za postizanje, ali i održavanje remisije.

- **Aminosalicilati (5-ASA)** prvi su i najčešće korišteni lijekovi u liječenju blagih do umjerenih oblika bolesti. Djeluju protuupalno na način da inhibiraju produkciju citokina i ostalih medijatora upale. Preparati poput sulfasalazina i mesalazina imaju aktivne protuupalne komponente koje djeluju unutar GI trakta, a mogu se primjenjivati oralnom putem, ali i lokalno, rektalnom ingestijom koja je općenito učinkovitija kod bolesti distalnih dijelova crijeva (37; 38). Aminosalicilati imaju topički učinak na upalom zahvaćeno crijevo te je iz tog razloga važan adekvatan način primjene odgovarajućeg lijeka uz dobro poznavanje farmakokinetičkih svojstva istog. Tako kod oralne primjene nezaštićenog mesalazina, isti će se brzo resorbirati u proksimalnim dijelovima probavne cijevi i neće stići do distalnih segmenata gdje se najviše očekuje njegov učinak. Drugi način omogućuje također oralnu primjenu, ali je mesalazin obložen ovojnicom koja se otapa isključivo pod utjecajem određenog pH u lumenu crijeva (npr. *Salofalk*) ili semipermeabilnom membranom koja omogućuje postepeno oslobađanje aktivnih sastojaka duž cijelog tankog i debelog crijeva (npr. *Pentasa*). Rektalna aplikacija putem klizme i supozitorija pak omogućuje brzu i visoku koncentraciju lijeka na ciljano mjesto upale.
- **Kortikosteroidi** poput prednizona, prednizolona i metil-prednizolona, omogućuju oralnu primjenu te intravenoznu aplikaciju hidrokortizona te metil-

prednizolona, ali i lokalnu primjenu klizma i supozitorija s topičkim učinkom na mjesto upale. Primjenjuju se u liječenju umjerenih i teških oblika upalnih bolesti crijeva. Riječ je o vrlo snažnim protuupalnim lijekovima koji brzo induciraju remisiju, međutim iziskuju restriktivnu primjenu te nisu adekvatni za terapiju održavanja jer izazivaju mnogobrojne nuspojave poput raznih infekcija, intolerancije glukoze, razvoja dijabetesa, osteoporoze, katarakte, zastoja u rastu kod djece i sl. (39; 40). Referentno na te spoznaje i nerijetko razvijenu ovisnost o steroidnoj terapiji, a s ciljem smanjenja upotrebe sistemskih kortikosteroida, a time i smanjenja nuspojava, razvijeni su nesistemski kortikosteroidi s manjim brojem nuspojava, kao što je budesonid. I najnovije Europske smjernice za liječenja IBD-a (ECCO Guidelines), preporučuju primjenu budesonida (41). Riječ je o glukokortikoidu s dokazano dobrim rezultatima remisije, ciljanim učinkom na GI trakt, a ograničenom sistemskom toksičnošću (42; 43).

- **Imunosupresivi ili imunomodulatori** su lijekovi koji preveniraju one imunološke reakcije koje su razlogom različitih bolesti pa tako i IBD-a. Među njih spadaju tzv. nespecifični imunosupresivi: azatioprin (AZA), 6 merkaptopurin (6 MP) , metotrexat (MTX) te ciklosporin. Prema provedenim studijama njihovi učinci su podosta spori, mogu potrajati i do šest mjeseci kako bi se postigla metabolička ravnoteža te željeni učinak (44; 45) te ovi lijekovi tako nisu prvi izbor za postizanje remisije. Koriste se u kontroli aktivnosti bolesti kao terapija održavanja, ali uz strogu kontrolu jer isti mogu izazvati ozbiljne nuspojave poput hepatotoksičnosti, pankreatitisa, supresije koštane srži te pojave oportunističkih infekcija (46; 47). Indikacije za ovim oblikom terapije su najčešće steroid ovisni bolesnici ili bolesnici rezistentni na steroidnu terapiju, odnosno oni kod kojih se javlja relaps svaki puta kada se smanji doza steroida ili prekine terapija steroidima te oni čije stanje dva do tri puta godišnje zahtijeva steroidnu terapiju, kao i kod bolesnika s teškim, ekstenzivnim ili fistulirajućim oblikom Crohnove bolesti uz potrebu operativnog zahvata.
- **Antibiotska terapija** uključuje monoterapiju ili kombiniranu terapiju metronidazola i ciprofoksacina. S obzirom da crijevne bakterije imaju važnu ulogu u razvoju IBD-a, istoimena terapija ima značajnu učinkovitost sukladno

analizama pojedinih studija, ali ponajprije u liječenju težih oblika bolesti sa septičnim komplikacijama i u liječenju perianalne bolesti. Ne postoji dokazana korelacija između antibiotske terapije i postizanja remisije te je i Europska agencija za lijekove sukladno tome, kao i mogućim nuspojavama, 2018. godine izdala smjernice o ograničavanju upotrebe antibiotika, posebice ciprofloksacina u liječenju CB-a (41; 48; 49).

4.1.2. Kirurško liječenje

Pojedini oblici bolesti zahtijevaju operativni zahvat koji obično uključuje resekciju crijeva uz formiranje anastomoza ili stome. Glavne indikacije takvog pristupa dijele se na one neodgodive, hitne te dogovorene, elektivne, a najčešći razlozi su indiferentnost na prethodne terapijske postupke, hitne intervencije kod perforacija crijeva, masivnih krvarenja, stenoza ili razvoja megakolona, apscesa i fistula kao i kod razvoja displazije. Zahvaljujući velikom napretku na području terapijskog menadžmenta IBD-a, i kirurški pristup je također znatno napredovao sa subspecijalizacijama tog područja te danas omogućuje poštedne operacije uz minimalno invazivni pristup (50).

4.1.3. Dijetoterapija i klinička prehrana

Nutritivno liječenje neophodna je komponenta plana terapije zbog poznate malnutricije koja je nerijetko prisutna u oboljelih od IBD-a, a dodatno pogoršava prognozu bolesti, tijek, komplikacije i samu kvalitetu života. Prevalencija takve malnutricije je vrlo visoka i može doseći do 23% izvanbolničkih pacijenata i čak do 85% hospitaliziranih pacijenata kod egzacerbacije bolesti (51). Ista se može javiti i kod UC-a i CB-a, ali je učestalija kod CB-a i to u aktivnoj fazi bolesti, a ujedno je i veći problem s obzirom da CB može zahvatiti bilo koji segment probavnog trakta, dok UC zahvaća debelo crijevo čime je i ograničen učinak na malapsorpciju. Glavni čimbenici koji su uzrok malapsorpcije su gubitak apetita, izbjegavanje hrane zbog abdominalnih bolova, proljeva, maldigestije, zatim povećane nutritivne potrebe, povećani gubici nutrijenata, interakcije lijekova te moguće postoperativne komplikacije. Težina same malnutricije pak je određena aktivnošću, trajanjem i proširenošću bolesti, kao i jačinom upalnog odgovora.

Liječenje obuhvaća prilagođenu enteralnu prehranu, nazogastričnom sondom ili peroralno. Ona može biti primarni oblik terapije ili kao potporna terapija uz lijekove, ali je i ključna u prevenciji nastanka malnutricije (52). Najčešći i prvi korak u enteralnoj prehrani su svakako tvornički, oralni pripravci koji služe kao nutritivni suport i dodatak normalnoj prehrani. Važno je također napomenuti kako se enteralnoj prehrani uvijek daje prednost pred parenteralnom prehranom kako bi se sačuvala funkcija probavnog trakta te zbog manjeg broja komplikacija i manjih troškova iste. Komplikacije poput perforacije crijeva, krvarenja, opstrukcije crijeva ili megakolona, apsolutne su kontraindikacije enteralnoj prehrani.

S druge strane, sve kontraindikacije enteralnoj prehrani, indikacije su za uvođenje parenteralne prehrane. Ona zahtijeva venski pristup, bilo periferni ili centralni, ovisno o trajanju parenteralne prehrane. Važna je u akutnim fazama bolesti, zatim spomenutim opstrukcijama crijeva, kroničnom liječenju sindroma kratkog crijeva ili kao preoperativna potpora i priprema (53; 54).

Sve navedene propisane smjernice vezane uz odabir adekvatnog načina i vrste prehrane, utemeljene su na dokazima u suradnji sa stručnjacima, a obuhvaćaju: identifikaciju malnutricije, procjenu nutritivnog statusa (prehrambeni status, antropometrijska mjerenja, laboratorijske pretrage, klinički pregled i procjenu) te primjenu odgovarajućeg modaliteta prehrane uz nadoknadu makro i mikronutrijenata (55; 56).

4.1.4. Mentalni izazovi i psihoterapijski pristup

Referentno na istraživanja o kvaliteti života oboljelih od IBD-a, vidljivo je da postoji određeni psihološki komorbiditet s entitetima poput depresije, anksioznosti, a koje su najčešće produkt zabrinutosti za vlastito zdravlje, moguće komplikacije bolesti, neizvjesnost po pitanju bolesti i terapije (57; 58). Tako IBD utječe na mentalno zdravlje što se odražava negativno na zadovoljstvo i kvalitetu života.

Prehrana primjerice, kao jedan od temeljnih aspekata života, predstavlja ovdje veliki izazov za oboljele te nerijetko zbog dugotrajnih, strogih režima prehrane, mogu razviti anksioznost vezano za ograničenja, a ovisno o razini prehrambene restrikcije, može se javiti i depresija (59). Taj se problem dalje nastavlja u začarani krug jer osobe u fazama depresije često izbjegavaju socijalne kontakte, čime se agonija samo produbljuje.

Nadalje, nesanica i umor kao važne komponente, bitno utječu na psihičko i fizičko blagostanje te su ovdje povezane s dodatno lošim utjecajem na anksioznost i depresiju (60). Ovo su samo neke od komponenata i dokazanih učinaka na mentalno zdravlje oboljelih, uz dodatne probleme samopercepcije i zadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom, intimnih problema, problema vezanih uz roditeljstvo, stigantizaciju i dr.

Ovaj širok spektar problema pokazuju kompleksnost i izazovnost psihosocijalne strane IBD-a, ali i uspješne načine suočavanja s istim uz pomoć ranim metoda psihoterapije, od tradicionalnih individualnih ili obiteljskih razgovora, do biheviornalnih intervencijskih metoda (61).

4.2. Biološka terapija

Ovaj oblik terapije uglavnom je rezerviran za umjerene do teške oblike IBD-a koji su refraktorni na anitinflamatornu i imunospresijsku prethodnu terapiju. Uvođenje biološke terapije u terapijski algoritam označilo je veliki napredak u liječenju IBD-a, zbog dokazane djelotvornosti te činjenice da su to prvi lijekovi kojima se uspješno promijeniti prirodni tijek bolesti (4; 62).

Biološki lijek je lijek čija se djelatna tvar proizvodi ili izlučuje iz biološkog izvora (ljudskog, životinjskog ili mikrobiološkog). Trenutno se najviše koriste anti-TNF- α blokatori, odnosno blokatori tumor nekrotizirajućeg faktora alfa.

4.2.1. Mehanizam djelovanja anti-TNF terapije

TNF- α je citokin koji se normalno nalazi u ljudskom organizmu. Izlučuju ga izlučuju upalne stanice, u prvom redu monociti-makrofagi i T limfociti. a ključan je u patogenezi upale i time odgovoran za oštećenja stanica različitih organa. Cilj je ovom terapijom utjecati na njegovo djelovanje, a znanstvenici su nastavno tome razvili protutijela tj. anti-TNF- α čija je primarna zadaća blokada citokina, u prvo redu čimbenika nekroze, TNF- α (63).

4.2.2. Terapijski odabir anti-TNF terapije

U Hrvatskoj postoje jasno propisane smjernice liječenja biološkom terapijom putem istoimenog Konsenzusa (4). Iste su važan element u racionalnom propisivanju terapije koja je vrlo kompleksna, skupa, ali i povezana s potencijalnim komplikacijama. Temelj tih smjernica su smjernice na razini Europe, od strane ECCO-a, utemeljenih na „evidenced-based“ podacima, no unatoč tome ista terapija i danas predstavlja veliki izazov (64; 65; 66; 67).

Nastavno smjernicama, izbor lijeka u prvom redu ovisi o dostupnosti na tržištu, načinu primjene (vremenski intervali, intravenska ili subkutana primjena), cijeni, a nije zanemarivo ni naglasiti ulogu bolesnika.

Među registriranim anti-TNF lijekovima u Hrvatskoj, a i među najčešće primjenjivanim u liječenju IBD-a su svakako infliksimab i adalimumab. O njihovoj učinkovitosti u postizanju i održavanju remisije, poboljšanju kvalitete života, smanjenim brojem hospitalizacija i operativnih zahvata govori niz randomiziranih, placebo kontroliranih ispitivanja kod UC-a (68; 69; 70), ali i kod CB-a (71; 72). Također visokoučinkovit je i ustekinumab, s visokom razinom kvalitete dokaza u smanjenju aktivnosti CB-a i u održavanju remisije (73; 74; 75).

Postoje i drugi anti-TNF lijekovi koji se koriste u liječenju ne samo IBD-a, već i drugih bolesti, ali spomenuti lijekovi su oni koji će biti prvenstveno aktualni u ovome radu s obzirom da se upravo oni apliciraju u Općoj bolnici Varaždin u liječenju CB-a i UC-a.

4.2.3. Probir i kontraindikacije bolesnika za anti-TNF terapiju

Adekvatan izbor bolesnika od iznimne je važnosti kako zbog adekvatnog primarnog odgovora na terapiju tako i zbog sprječavanja mogućih neželjenih događaja kao posljedica primjene iste. Postupci probira (*Tablica 4.2.3.1.*) tako se ujedno mogu definirati kao kontraindikacije za biološku terapiju kod bolesnika za koje bi ona mogla biti potencijalno opasna pa čak i letalna, kao primjerice kod teških srčanih bolesnika (76). Nadalje, iscrpnom anamnezom, kliničkim pregledom te pretragama, radi se probir na infekcije, neke kronične bolesti, uz poseban oprez kod ranijih malignih bolesti i sl. (77). Potrebno je obavezno procjeppljivanje protiv hepatitisa B u seronegativnih bolesnika. Cijepljenje protiv HPV-a i VZV-a provodi u specifičnim

slučajevima, dok se neživo cjepivo za sezonsku gripu aplicira jednom godišnje, a pneumokokno cjepivo jednom u pet godina. Cijepljenje živim cjepivom kontraindicirano je za vrijeme terapije blokatorima TNF- α (78).

Tablica 4.2.3.1. Probir i priprema bolesnika za anti-TNF terapiju (77; 78)

Detaljna anamneza	<ul style="list-style-type: none"> • Bakterijske i gljivične infekcije • BCG i kontakt s oboljelima od TBC-a • Ranije infekcije herpes virusima (HSV, VZV) • Uvid u kalendar redovnih cijepljenja (difterija, tetanus, poliomijelitis, rubeola, ospice, zaušnjaci) • Cijepljenje protiv hepatitisa B • Prethodna ili buduća putovanja u krajeve s endemskim infekcijama ili trope
Klinički pregledi	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikacija lokalne ili sistemske infekcije • Neurološki, stomatološki, ginekološki, dermatološki pregled
Laboratorijski testovi i pretrage	<ul style="list-style-type: none"> • Leukogram, transaminaze, CRP, analiza urina + urinokultura • Quantiferonski test • Serološka testiranja: HCV, HBV, HIV, CMV, EBV, HSV (ovisno o anamnestičkim podacima) • RTG pluća, UZV abdomena, kolonoskopija, gastroskopija
Cijepljenje	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B, VZV, HPV, sezonska gripa i pneumokok

4.2.4. Prekid anti-TNF terapije

Pitanje prekida terapije sasvim je uvaženo, legitimno pitanje, međutim trenutna literatura i istraživanje ne daju precizan odgovor na isto. Referentno na istraživanja, vidljivo je da prekidom terapije u značajnom broju bolesnika dolazi do relapsa bolesti, ali srećom i brzog odgovora ponovnim uvođenjem iste terapije (79; 80; 81). Također, potrebno je voditi računa o potencijalnim nuspojavama kod dugotrajne terapije, ali i o ograničenim financijskim resursima s obzirom na skupoću terapije.

Približno bi se moglo reći da terapije traje najmanje nekoliko godina, a stav o prekidu terapije sukladan je smjernicama ECCO-a, da se ista može prekinuti najmanje godinu dana nakon verificirane duboke remisije, uz trajno normalne laboratorijske nalaze, zacijeljene duboke slojeve sluznice te bez kortikosteroidne terapije (82).

Također se postavlja pitanje zamjene anti-TNF lijeka ili promjena doze. Ovdje se radi o mogućnosti primarne nereaktivnosti ili primarnih nonrespondera, tj. izostanka odgovora na prvotnu terapiju koja iziskuje aplikaciju nekog drugog lijeka. Kod sekundarnih nonrespondera pak govorimo o gubitku odgovora na terapiju nakon nekog

vremena zbog neadekvatne razine lijeka u organizmu te je potrebno povišenje doze lijeka i/ili skraćivanje intervala između doza.

5. Medicinska sestra - član multidisciplinarnog tima

I samo smo svjedoci da od trenutka postojanja sestrinske prakse, nije prekinut lanac kontinuirane edukacije, a time i stalnog širenja uloge medicinske sestre kao i kompetencija, aktivnosti, zadaća, intervencija koje obavlja i koje su u njezinoj nadležnosti. Sve je više prepoznata aktivna uloga medicinske sestre u zbrinjavanju kroničnih bolesnika te pozitivan učinak na rezultate i ishode liječenja, smanjenje broja hospitalizacija, kao i zadovoljstvo bolesnika (83; 84). S obzirom na kompleksnost i izazovnost upalnih bolesti crijeva, sasvim je razumljivo da iste za uspješno rukovođenje zahtijevaju i multidisciplinarni pristup koji objedinjuje profesionalce poput liječnika, nutricionista, psihologa, medicinskih sestara.

Uloga medicinske sestre ovdje se posebno ističe, prvenstveno kod osoba koje primaju biološku terapiju. Prema sestrinskom konsenzusu i ECCO-u, one svakako zahtijevaju dodatan angažman i edukaciju za temeljno i napredno zbrinjavanje oboljelih upalnih bolesti crijeva (85). Nastavno tome, napredno zbrinjavanje oboljelih, zahtijeva i profesionalnu formaciju medicinskih sestara u tzv. „IBD nurse“ ili medicinsku sestru specijaliziranu za oboljele od upalnih bolesti crijeva. Sve više podataka govori o važnosti sestrinske uloge u postizanju visokokvalitetne skrbi i zadovoljstva bolesnika uz stvaranje terapijskog odnosa (86; 87). Na području Europe postoje takva formalna obrazovanja za „IBD nurse“, a dostupna su u Velikoj Britaniji, Austriji, Češkoj, Finskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj, Španjolskoj, Švedskoj, Italiji, a u još nekim zemljama je ista u fazi razvoja (88).

Specijaliziranje sestrinske prakse ključ su uspješnog rukovođenja IBD-om, a ključne komponente za pružanje kvalitetne kliničke skrbi obuhvaćaju (89):

- promoviranje i pružanje holističke skrbi pacijentima s IBD-om
- razvijanje i promoviranje pozitivnog stava prema oboljelima od IBD-a te sprječavanje stigmatizacije
- rad medicinske sestre kao inovatora i „agenta“ za promjene unutar IBD tima
- komplementaran rad unutar multidisciplinarnog tima
- posjedovanje visokog stupnja specifičnih znanja, vještina i iskustva
- praćenje i „upravljanje“ imunosupresijom
- priprema, primjena i nadzor anti-TNF terapije

- sudjelovanje u endoskopskim zahvatima
- savjetovanje i edukacija pacijenata, obitelji, ali i šire zajednice
- istraživanje, konzultacije, profesionalni razvoj i napredak

Nadovezujući se na takvu izazovnu prirodu IBD-a, medicinska sestra za upalne bolesti crijeva, kako bi savladala te izazove, mora posjedovati i širok spektar poželjnih osobina poput motivacije, entuzijazma, empatije za specifične potrebe pacijenata, prilagodljivosti, fleksibilnosti, strpljivosti, pristupačnosti, otvorenosti, zrelosti, spremnosti na kritiku, samosvijesti i samopouzdanja (90).

6. Zdravstvena kvaliteta života

Posljednjih nekoliko desetljeća sve je veća prevalencija kroničnih oboljenja, među kojima su i upalne bolesti crijeva, a koje mogu utjecati nepovoljno na kvalitetu života i sve komponente koje su u toj kvaliteti objedinjene i povezane (91). Zdravstvena kvaliteta života ili engl. health-related quality of life (HRQOL), multidimenzionalan je pojam koji obuhvaća fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje, a pod utjecajem neke negativne komponente, u ovom slučaju bolesti i/ili liječenja, one mogu biti značajno narušene, što opet dodatno loše utječe na cjelokupni ishod u tretmanu same bolesti (92).

Kvaliteta života važna je mjera procjene, praćenja i ishoda u osoba oboljelih dugotrajnih bolesti, pa tako i IBD-a s obzirom da se također radi o kroničnim bolestima koje svojom simptomatologijom značajno utječu na svakodnevni život, narušavajući i ograničavajući fizičku aktivnost, profesionalnu produktivnost, stupanj i kvalitetu društvene interakcije, psihičko blagostanje, kao i zadovoljstvo sobom i vlastitim životom općenito, a nerijetko povlači i problem stigmatizacije s kojim se oboljeli susreću (93; 94).

Prema Patricku i Ericksonu, koji su se bavili evaluacijom zdravstvene kvalitete života, u prvi plan se stavlja ispitanik i njegova subjektivna ocjena trenutne razine funkcioniranja te zadovoljstvo istom, u odnosu na ono što ispitanik smatra idealnim (95). Glavni promatrani aspekt i cilj u studijama o zdravstvenoj kvaliteti života jest ispitati kako manifestaciju bolesti i samo liječenje doživljava i percipira sam ispitanik.

6.1. Varijabilnost kvalitete života oboljelih od IBD-a

Referirajući se na gore navedene konstatacije iz analiza i studija o pozitivnoj korelaciji između kroničnih bolesti i kvalitete života, kao polazna točka ove vlastite studije, uzet je model koji sugerira o razlikama u kvaliteti života s obzirom na varijabilnost kliničke slike same bolesti, u ovom slučaju upalnih bolesti crijeva (96; 97; 98). Taj model govori kako klinički status tj. status simptoma ima važan utjecaj na funkcionalno zdravlje pojedinca, funkcionalnost na opću zdravstvenu percepciju, a sve to pak utječe na ukupnu kvalitetu života. Važno je napomenuti da je funkcionalno zdravlje ovdje definirano kao sposobnost pojedinca na prilagodbu i obavljanje svakodnevnih aktivnosti, što se može ocijeniti objektivno i subjektivno, dok opća zdravstvena percepcija obuhvaća mentalno zdravlje i subjektivne je procjene.

Polazna istraživačka točka varijabilnosti kliničke slike i kvalitete života, nastavlja se na ispitivanje varijabilnosti kvalitete života u odnosu na terapijski tretman bolesti. To je usporedivo s drugim dostupnim studijama, koje govore o važnosti odabira i utjecaja adekvatnog načina liječenja, optimalnog za pojedinca, čime će isti dati najbolje kliničke rezultate uz smanjenje troškova ukupnog liječenja (99; 100). Nastavno tome, stupanj zadovoljstva pacijenata terapijskim tretmanom također pokazuje korelaciju i utjecaj na ishod liječenja te kvalitetu života (101; 102).

7. Istraživački dio rada

7.1. Cilj istraživanja

Svrha ovog istraživanja je istražiti prevalenciju oboljelih od upalnih bolesti crijeva na biološkome terapijskom modelu liječenja u Općoj bolnici Varaždin te provesti procjenu kvalitete života i ispitati subjektivni status pojedinca. Cilj rada je utvrditi postoje li različitosti u komponentama koje definiraju kvalitetu života, između pacijenata na biološkoj terapiji i pacijenata na standardnoj terapijskoj metodi liječenja te ispitati zadovoljstvo i informiranost o bolesti, terapiji, prehrani.

Ciljana skupina su punoljetne osobe, pacijenti oboljeli od upalnih bolesti crijeva, na odjelu za gastroenterologiju i dnevnoj internističkoj bolnici u Varaždinu, ovisno o terapijskom programu – biološkom ili konvencionalnom.

Definirane specifične hipoteze nadovezuju se na osnovnu hipotezu istraživanja, da biološka terapija kod oboljelih od upalnih bolesti crijeva ima pozitivan učinak na zdravstveni status uz jednako povoljan učinak na ostale segmente koji se odražavaju na kvalitetu života, a što će opisati subjektivni status pojedinca.

Cilj je ispitati sljedeće hipoteze:

H1: Biološku terapiju primaju osobe mlađe životne dobi

H2: Ispitanici koji primaju biološku terapiju imaju manji broj i/ili intenzitet probavnih tegoba u odnosu na ispitanike koji su na tretmanu konvencionalnom terapijom

H3: Ispitanici koji primaju biološku terapiju boljeg su subjektivnog statusa odnosno zadovoljniji su kvalitetom života, funkcionalnošću i produktivnošću od ispitanika koji primaju konvencionalnu terapiju

7.2. Ispitanici i metode istraživanja

7.2.1. Ustroj studije

Provedena je opservacijska, presječna studija, retrospektivnog tipa u Općoj bolnici Varaždin, Službi za interne bolesti, Odjela za gastroenterologiju putem dnevne internističke bolnice, u razdoblju od siječnja 2020. godine, zaključno s ožujkom 2020. godine.

7.2.2. Ispitanici

Uzorak je biran sustavno (endoskopski potvrđena dijagnoza upalne bolesti crijeva), a s formiranjem dviju skupina podjednakog broja ispitanika unutar uzorka. Obilježje formiranih dviju skupina je vrsta terapijskog pristupa kao nezavisne varijable u istraživanju (biološka terapija i konvencionalna terapija) u odnosu na zavisnu varijablu (kvaliteta života). Druga skupina ispitanika (ispitanici na konvencionalnoj terapiji) brojčano je formirana prema prvoj skupini koju je činilo deset ispitanika na biološkom terapijskom tretmanu, što je u trenutku provođenja ispitivanja bio realan broj pacijenata oboljelih od IBD-a, a na tretmanu biološkom terapijom.

Statistički skup sastoji se od anketiranih punoljetnih osoba u Općoj bolnici Varaždin, Službi za interne bolesti, Odjelu za gastroenterologiju i dnevnoj internističkoj bolnici, oboljelih od upalnih bolesti crijeva, ovisno o terapijskom programu, u razdoblju od siječnja 2020. do ožujka 2020. godine i on je potpuno definiran. Opseg statističkog skupa je 20 anketiranih osoba, a jedinica promatranja je jedna punoljetna osoba, oboljela od upalnih bolesti crijeva.

7.2.3. Instrument istraživanja

Za potrebe istraživačkog rada, kao primarni alat prikupljanja podataka korištena je anonimna anketa u pisanoj formi, konstruirana i adaptirana za potrebe ispitivanja. Formirana su pitanja zatvorenog tipa, objektivne i subjektivne prirode s mogućnošću zaokruživanja jednog ili više odgovora što je bilo dodatno naznačeno uz pripadajuće pitanje. Anketa je podijeljena u tri dijela:

- U prvom dijelu ankete traže se demografski i općeniti podaci anketiranih osoba, a to su spol, dob, stručna sprema, radni status
- U drugom dijelu ankete traže se podatci vezani uz medicinsku dijagnozu, bolest i simptome, kako bi se opisala klinička slika i dijagnostika upalnih bolesti crijeva
- U trećem dijelu ankete traže se podatci vezani uz prehrambene navike, simptome, poteškoće i mišljenje anketirane osobe o zdravstvenom stanju i zadovoljstvu dobivenim uslugama, kako bi se utvrdila uloga medicinskog osoblja i liječnika u liječenju, ali i kvaliteta života i subjektivni status pacijenata ovisno o terapijskom programu

Ujedno je korišten i kvalitativni pristup u prikupljanju podataka, odnosno korišten je polustrukturirani intervju s pacijentima koji su na biološkom tretmanu kako bi se upotpunio i dobio detaljniji uvid u kvalitetu njihova života te ispitao subjektivni status pacijenata na biološkoj terapiji u odnosu na konvencionalnu terapiju (zadovoljstvo trenutnim zdravstvenim stanjem i terapijom, utjecaj na svakodnevne aktivnosti, društveni život, posao i radnu sposobnost, odmor, san).

Kao sekundarni izvor podataka korištena je medicinska i sestrinska dokumentacija ispitanika te baze podataka, znanstveni članci i dosadašnja istraživanja sukladne tematike.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin (*Prilog 15.1.*) uz poštivanje svih etičkih načela dobrobiti, digniteta i anonimnosti ispitanika. Ispitanici su bili obaviješteni o svrsi i ciljevima istraživanja kao i svojim pravima vezanim uz isto što su potvrdili potpisom informiranog pristanka (*primjerak pristanka Prilog 15.2.*).

7.2.4. Statistička analiza

Dobiveni podaci iz anketa statistički su obrađeni. Kategorijalni podaci predstavljani su apsolutnim i relativnim frekvencijama, a numerički podatci opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, medijanom i modom.

8. Rezultati istraživanja

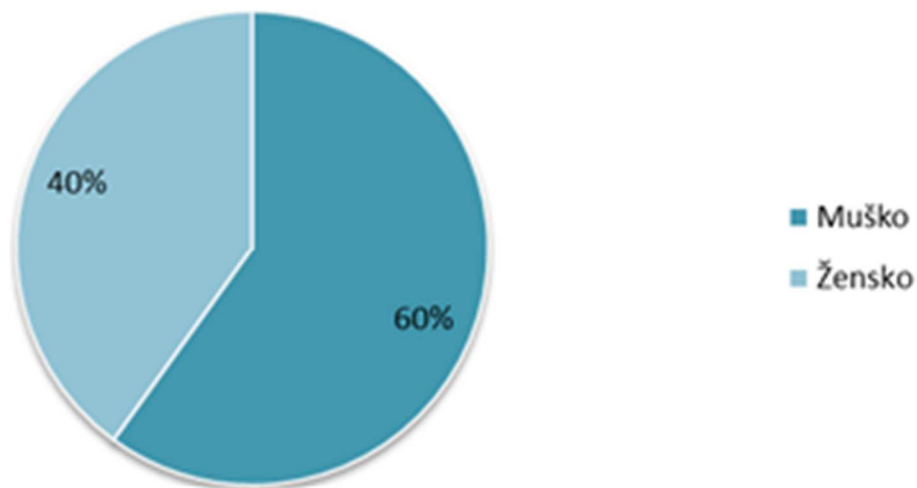
U istraživanju je sudjelovalo 20 punoljetnih osoba, ovisno o terapijskom programu liječenja, od čega 12 muških ispitanika, što čini 60% ukupnog broja ispitanika, te 8 ženskih ispitanica, što čini 40% ukupnog broja ispitanika. Navedeno je prikazano u tablici 8.1., ali i grafičkim prikazom 8.1.

Tablica 8.1. Anketirani bolesnici, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica

Spol	Broj osoba	Proporcija
Muško	12	60
Žensko	8	40
Ukupno	20	100

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.1. Anketirani bolesnici, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Anketirane osobe promatrane su ovisno o terapiji koju koriste – biološka ili konvencionalna. Konvencionalni terapijski pristup uključuje metode standardne farmakoterapije, dijetoterapiju te kirurške metode liječenja. Biološka terapija uglavnom je predviđena za umjerene do teške oblike upalnih bolesti crijeva koji su refraktorni na antinflatatornu i imunosupresijsku terapiju. U nastavku je dan prikaz anketiranih bolesnih osoba prema terapijskom programu.

Tablica 8.2. Anketirani bolesnici, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Spol	Spol		Ukupno	Proporcija		Ukupno
	Muško	Žensko		Muško	Žensko	
Biološka terapija	6	4	10	0,3	0,2	0,5
Konvencionalna terapija	6	4	10	0,3	0,2	0,5
Ukupno	12	8	20	0,6	0,4	1,0

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Iz tablice 8.2. vidljivo je kako je u oba terapijska programa promatran jednak broj žena i muškaraca.

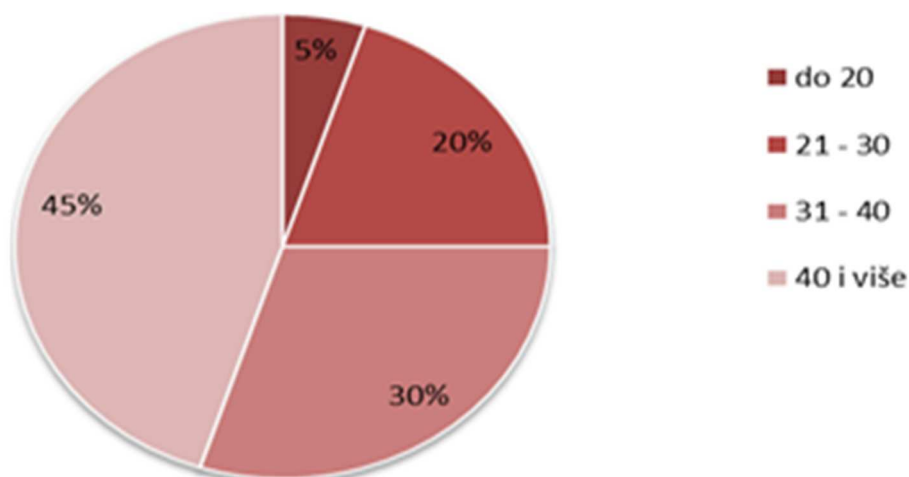
Distribucija ispitanika prema godinama starosti prikazana je tablicom 8.3., a proporcija ukupnog broja prema godinama starosti dana je grafom 8.2.

Tablica 8.3. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, neovisno o terapijskom programu, 2020.

Godine starosti	Broj osoba	Proporcija
do 20	1	0,05
21 – 30	4	0,2
31 – 40	6	0,3
40 i više	9	0,45
Ukupno	20	1

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.2. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



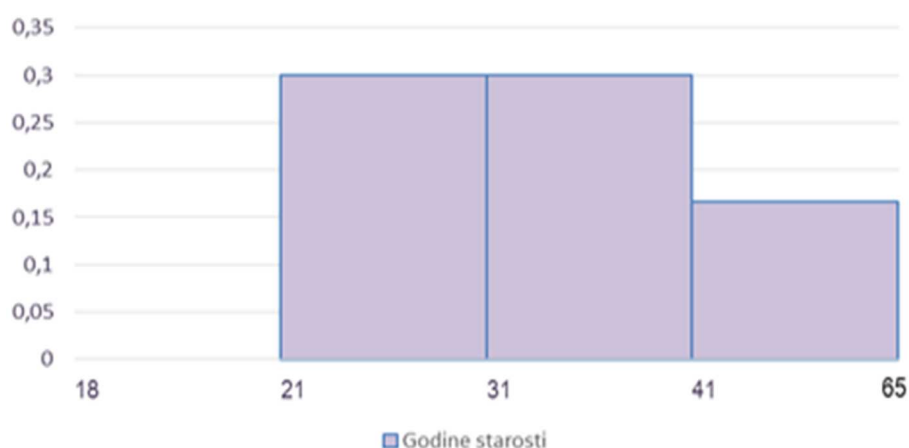
Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika bio je starosti od 40 godina i više u ukupnom skupu ispitanika, ukupno njih 9, što čini 45% ukupnog broja ispitanika. Najmanji broj ispitanika, ukupno 1 ispitanik, bio je starosti do 20 godina što čini 5% ukupnog broja ispitanika. Prosječne godine ispitanika iznose 40,83 godine, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 11,85 godine, što relativno iznosi 29,06% i koeficijent je -. Prvih 50% ispitanika starosti je od 18 godina do 39,33, dok je ostalih 50% ispitanika starosti od 39,33 godine do 65 godina.

Prvih 25% ispitanika starosti je od 18 godina do 31 godine, dok je preostalih 75% ispitanika starosti od 31 godine do 65 godina. Prvih 75% ispitanika starosti je od 18 godina do 51,67 godina, dok je preostalih 25% ispitanika starosti od 51,67 godina do 65 godina. Raspon varijacije središnjih 50% ispitanika je 20,67 godina, što relativno iznosi 25%, koeficijent je - .

Prema terapijskom programu, godine starosti bolesnih anketiranih osoba dane su grafovima 8.3. i 8.4., ali i prikazane tablicom 8.4. i 8.5.

Graf 8.3. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, biološka terapija, Opća bolnica Varaždin, 2020.



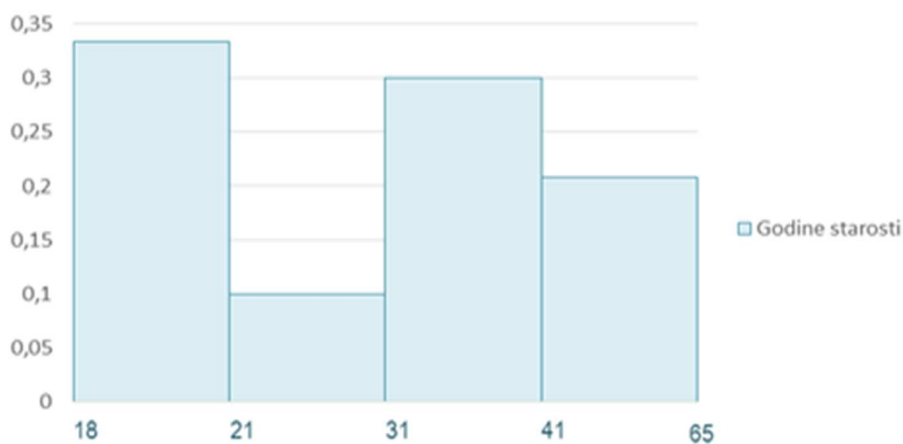
Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika na BT bio je bio je starosti od 40 godina i više, ukupno njih 4, kao i kod ukupnog skupa, što čini 40 % ispitanika. Ispitanika starosti do 20 godina nije bilo, dok je po 3 ispitanika starosti od 21 do 31 godinu, odnosno 31 godinu do 41 godinu, što čini po 30% ispitanika po promatranim granicama.

Prosječne godine ispitanika iznose 39,8 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 11,45 godine, što relativno iznosi 28,77% i koeficijent je - . To je za 1,03 godine manje nego li u ukupnom skupu. Najčešće godine starosti su 31. Prvih 50% ispitanika starosti je od 18 godina do 37,67, dok je ostalih 50% ispitanika starosti od 37,67 godine do 65 godina.

Prvih 25% ispitanika starosti je do 18 godina do 29,33 godine, dok je preostalih 75% ispitanika starosti od 29,33 godine do 65 godina. Prvih 75% ispitanika starosti je od 18 godina do 50 godina, dok je preostalih 25% ispitanika starosti od 50 godina do 65 godina. Raspon varijacije središnjih 50% ispitanika je 20,67 godina, što relativno iznosi 26,05%, koeficijent je - . Raspršenost središnjih 50% podataka jednaka je kao i u ukupnom skupu.

Graf 8.4. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, konvencionalna terapija, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika na konvencionalnoj terapiji bio je bio je starosti od 40 godina i više, ukupno njih 5, kao i kod ukupnog skupa, ali i BT, što čini 50 % ispitanika. Najmanji broj ispitanika bio je starosti od 18 do 21 godinu i od 21 godinu do 31 godinu, ukupno njih 1, što čini 10 % ispitanika po promatranim granicama.

Prosječne godine ispitanika iznose 41,85 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 12,15 godine, što relativno iznosi 29,03% i koeficijent je - . Što je za 1,02 godine više nego li u ukupnom skupu, odnosno za 2,05 više od BT. Najčešće godine starosti su 19,77. Prvih 50% ispitanika starosti je od 18 godina do 41, dok je ostalih 50% ispitanika starosti od 41 godine do 65 godina.

Prvih 25% ispitanika starosti je do 18 godina do 36 godina, dok je preostalih 75% ispitanika starosti od 36 godina do 65 godina. Prvih 75% ispitanika starosti je od 18 godina do 53 godina, dok je preostalih 25% ispitanika starosti od 53 godina do 65 godina. Raspon varijacije središnjih 50% ispitanika je 17 godina, što relativno iznosi 19,10%, koeficijent je - . Raspršenost središnjih 50% podataka manja je u odnosu na ukupni skup i biološku terapiju.

Gledano prema terapijskom programu, i kod BT, i kod konvencionalne terapije, najveći broj ispitanika bio je starosti od 40 godina i više. Međutim, kod BT niti jedan ispitanik nije starosti do 20 godina.

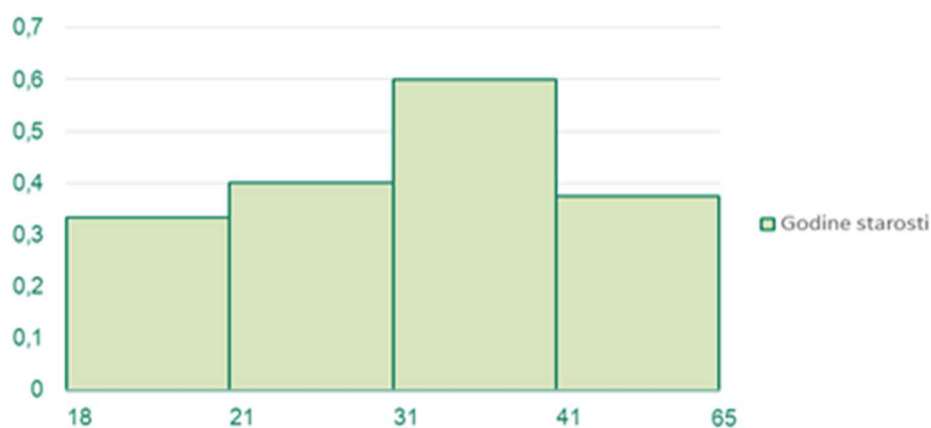
Tablica 8.4. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Godine starosti	Broj osoba	Razredna sredina	Podtotal	Podtotal	Veličina razreda	Korigirane frekvencije	Kumulativni niz „manje od“
x_i	f_i	x_i	$x_i f_i$	$x_i f_i$	i	F_{ci}	$S_x(x_i)$
18- 21	1	19,5	19,5	380,25	3	0,33	1
21- 31	4	26	104,0	2.704,00	10	0,40	5
31 – 41	6	36	216,0	7.776,00	10	0,60	11
41 - 65	9	53	477,0	25.281,00	24	0,38	20
Ukupno	20		816,5	36141,25			

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Navedeno je prikazano histogramom, odnosno grafičkim prikazom 8.5., danim u nastavku.

Graf 8.5. Anketirani bolesnici prema godinama starosti, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

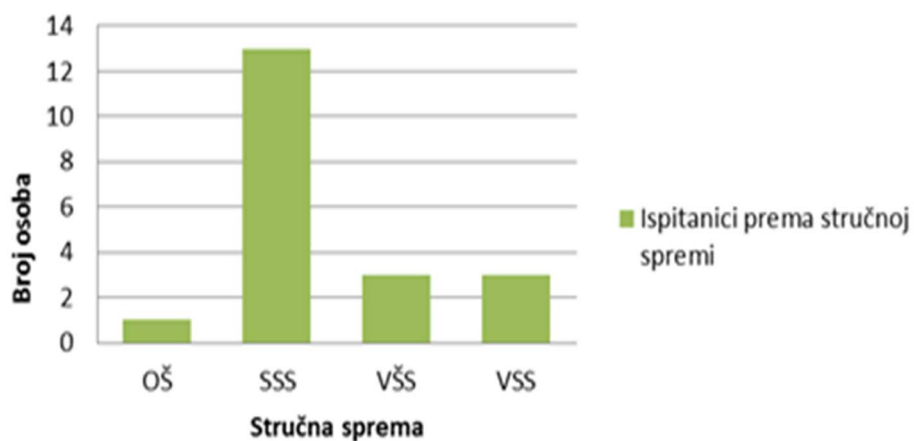
Razmotrena je i distribucija ispitanika prema razini obrazovanja, odnosno završenom stupnju obrazovanja. Najveći broj ispitanika, njih 13, što čini 65%, ima završenu srednju školu, dok najmanji broj ispitanika, ukupno 1, odnosno 5%, ima završenu osnovnu školu. Navedeno je u nastavku dano tablicom 8.5. te popraćeno grafičkim prikazom 8.6.

Tablica 8.5. Anketirani bolesnici prema razini obrazovanja, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Razina obrazovanja	Broj osoba	Proporcija
Osnovna škola	1	0,05
Srednja stručna sprema	13	0,65
Viša školska sprema	3	0,15
Visoka stručna sprema	3	0,15
Ukupno	20	1

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.6. Anketirani bolesnici prema razini obrazovanja, neovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Pema terapijskom programu, razina obrazovanja ispitanika, prikazana je tablicom 8.6.

Tablica 8.6. Anketirani bolesnici prema razini obrazovanja, prema terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Razina obrazovanja	Terapija		Ukupno	Proporcija		Ukupno
	Biološka	Konvencionalna		Biološka	Konvencionalna	
Osnovna škola	1	0	1	0,05	0,00	0,05
Srednja stručna sprema	6	7	13	0,30	0,35	0,65
Viša školska sprema	2	1	3	0,10	0,05	0,15
Visoka stručna sprema	1	2	3	0,05	0,10	0,15
Ukupno	10	10	20	0,50	0,50	1,0

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika u obje terapije posjeduje srednju stručnu sprema, na BT 30% ispitanika, dok kod konvencionalne terapije 35% ispitanika. Zanimljivo je da su ispitanici na BT starosti od 21 do 40 godina, dok su kod konvencionalne terapije to ispitanici iznad 41 godine. Najmanji broj ispitanika na BT ima osnovnu školu i visoku stručnu sprema, po 1 ispitanik, što čini 5% ukupnog broja ispitanika i oni su starosti više od 40 godina. Na konvencionalnoj terapiji niti jedan ispitanik nema osnovnoškolsko obrazovanje, a 5% ispitanika ima višu školsku sprema (1 ispitanik) i starosti je od 21 do 30 godina.

Distribucija ispitanika obzirom na radni status ispitanika prikazana je u tablici 8.7. i grafu 8.7.

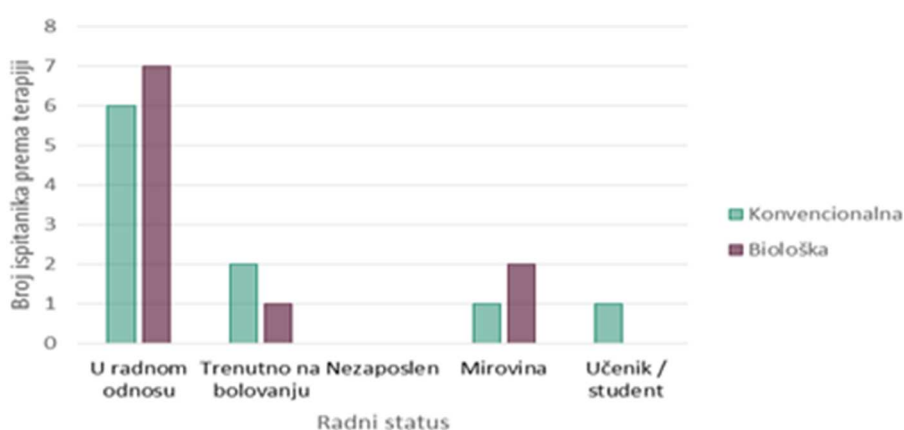
Tablica 8.7. Anketirani bolesnici prema radnom statusu, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Radni status	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
U radnom odnosu	7	6	13	0,65
Trenutno na bolovanju	1	2	3	0,15
Nezaposlen	0	0	0	0,00
Mirovina	2	1	3	0,15
Učenik / student	0	1	1	0,05
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika, njih 13, odnosno 65%, u radnom je odnosu, dok 1 ispitanik, ukupno 5%, je student. 15% ispitanika, odnosno 3 ispitanika trenutno se nalazi na bolovanju, a preostalih 15% ispitanika ima status umirovljenika. Valja napomenuti da je od ukupnog broja ispitanika koji se trenutno nalaze na bolovanju 2 ispitanika (10%) na konvencionalnoj terapiji, a 1 ispitanik u mirovini, a obrnuto je kod BT, gdje je svega 1 ispitanik trenutno na bolovanju.

Graf 8.7. Anketirani bolesnici prema radnom statusu, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Iz grafičkog prikaza vidljivo je da niti jedan ispitanik nije nezaposlen, te da je samo 1 ispitanik (konvencionalna terapija) u statusu studenta.

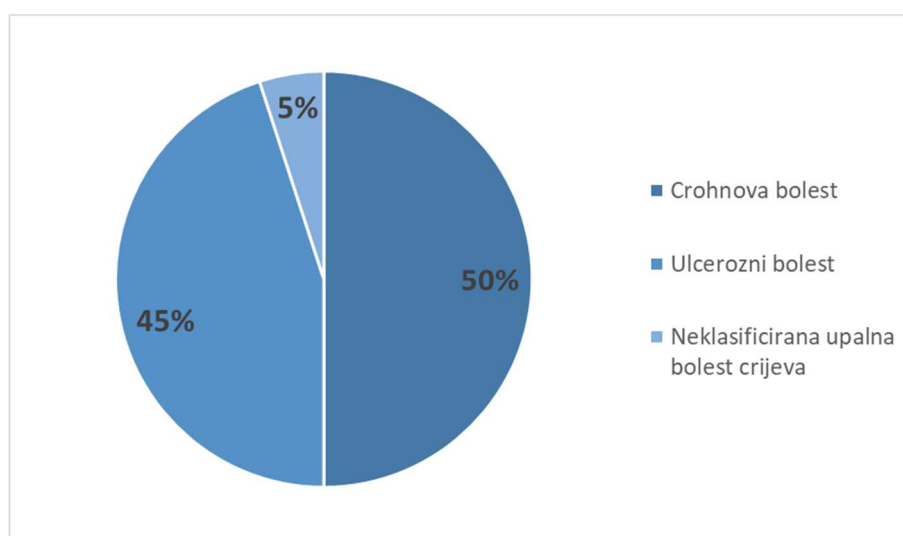
Nadalje, promatrajući ispitanike prema medicinskoj dijagnozi, najveći broj ispitanika ima CB, a tek svega jedan ispitanik ima neklasificiranu upalnu bolest crijeva. Navedeno je prikazano tablicom 8.8. i grafičkim prikazom 8.8.

Tablica 8.8. Anketirani bolesnici prema medicinskoj dijagnozi, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Medicinska dijagnoza	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Ulcerozni kolitis	2	7	9	0,45
Crohnova bolest	8	2	10	0,50
Neklasificirana upalna bolest crijeva	0	1	1	0,05
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.8. Anketirani bolesnici prema medicinskoj dijagnozi, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

CB, neovisno o terapiji, ima 50% ispitanika, dok 45 % ispitanika ima dijagnosticiran UK, a tek svega 5% ispitanika neklasificiranu upalu crijeva. Ispitanici koji su na biološkoj terapiji, njih 80%, ima CB, dok 70% ispitanika s konvencionalne terapije ima dijagnozu UK.

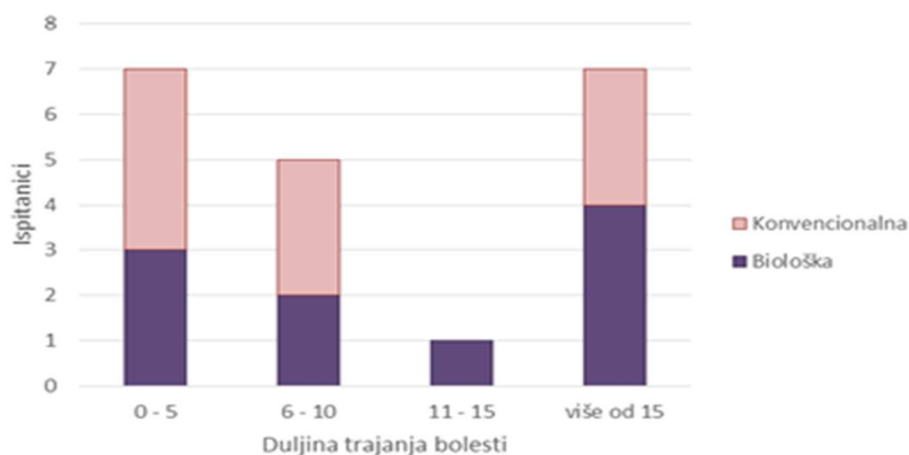
Od navedenih ispitanika, 35% ispitanika (7 ispitanika), istaknulo je da bolest traje do 5 godina, odnosno više od 15 godina. Navedeno je prikazano tablicom 8.9. i grafičkim prikazom 8.9.

Tablica 8.9. Anketirani bolesnici prema trajanju bolesti, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Trajanje bolesti	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
0 - 5	3	4	7	0,35
6 – 10	2	3	5	0,25
11 – 15	1	0	1	0,05
Više od 15	4	3	7	0,35
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.9. Anketirani bolesnici prema trajanju bolesti, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika na BT, 40%, odnosno 20% ukupnog broja ispitanika, bolesno je više od 15 godina, dok je na konvencionalnoj terapiji isti broj ispitanika bolestan do 5 godina. Najmanji broj ispitanika, svega 1 ispitanik, na BT bolestan je od 11 do 15 godina, dok u konvencionalnoj terapiji niti jedan ispitanik nije bolestan od 11 do 15 godina. Prosječno trajanje bolesti je 10,38 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 7,5 godina, što relativno iznosi 72,29%. Najčešće godine bolesti ispitanika je 7 godina. Polovica ispitanika bolesna je 8 godina ili manje od toga, dok je preostala

polovica bolesna 8 godina ili više od toga. Godine bolesti središnjih 50% ispitanika variraju u rasponu od 14,29 godina, što relativno iznosi 66,67%.

Gledajući pojedinačno po terapiji, kod BT prosječno trajanje bolesti je 11,5 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 7,25 godine, što relativno iznosi 63,04%. U konvencionalnoj terapiji prosječne godine bolesti ispitanika iznose 9,25 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka od 7,34 godine, što relativno iznosi 79,35%. Najčešće godine starosti kod BT iznose 6 godina, isto kao i u konvencionalnoj terapiji. Kod BT 50% ispitanika bolesno je 10 godina ili manje od toga, a preostalih 50% ispitanika bolesno je 10 godina ili više od toga. U konvencionalnoj terapiji prvih 50% ispitanika bolesno je 6,67 godina ili manje od toga, a preostalih 50% ispitanika bolesno je 6,67 godina ili više od toga. Kod BT središnjih 50% podataka varira u rasponu od 14,8 godina, što relativno iznosi 63,64%. Središnjih 50% podataka varira u rasponu od 13,54 godine u konvencionalnoj terapiji, što iznosi 68,42%.

Simptomi s kojima se susreću ispitanici, neovisno o terapiji prikazani su u tablici 8.10., dok su pojedinačni simptomi, ovisno o terapiji prikazani grafičkim prikazom 8.10. i 8.11.

Tablica 8.10. Anketirani bolesnici prema simptomima bolesti, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

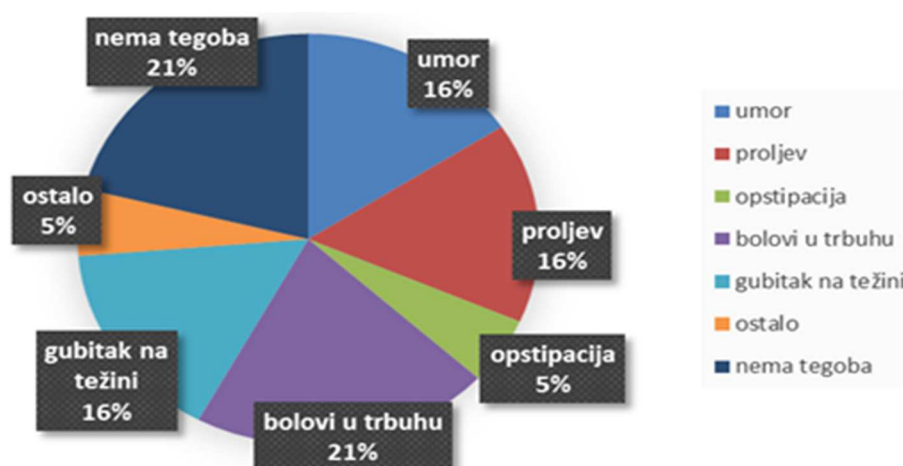
Problemi/simptomi koji utječu	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Umor	3	5	8	0,40
Proljevi	3	6	9	0,45
Opstipacija	0	0	1	0,05
Bolovi u trbuhu	4	4	8	0,40
Gubitak na tjelesnoj težini	3	2	5	0,25
Ostalo	1	1	2	0,10
Nemam nikakvih tegoba	4	2	6	0,30
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

U ostale simptome, probleme s kojim se susreću, 2 ispitanika (10%) istaknulo je glavobolju (muški ispitanik, biološka terapija, više od 40 godina, u radnom odnosu,

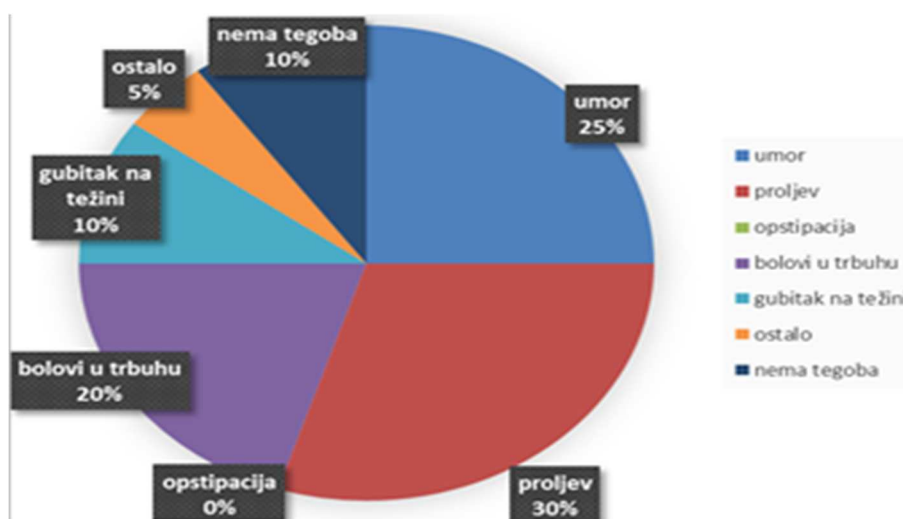
bolest traje više od 15 godina) te krvarenje iz rektuma (ženski ispitanik, konvencionalna terapija, više od 40 godina, UK, trenutno na bolovanju, bolest traje više od 15 godina). Kod BT najveći broj ispitanika, njih 4 (20%) istaknulo je bolove u trbuhu kao simptom koji najviše utječe na njihove svakodnevne aktivnosti. Kod konvencionalne terapije najveći broj ispitanika, njih 6 (30%) istaknulo je proljev, dok 5 (25%) ispitanika umor kao najčešći simptom koji utječe na njihove svakodnevne aktivnosti.

Graf 8.10. Anketirani bolesnici prema simptomima, biološka terapija, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.11. Anketirani bolesnici prema simptomima, konvencionalna terapija, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici BT, njih 4 (20%), istaknulo je kako nema tegoba, dok je na konvencionalnoj terapiji svega 2 ispitanika (10%) istaknulo kako nema tegoba. Kod BT svega 1 ispitanik ima problem s opstipacijom, dok kod konvencionalne terapije niti jedan ispitanik. Na konvencionalnoj terapiji većina ispitanika, njih 60%, ima po nekoliko simptoma, dok su ispitanici BT, 60% ispitanika, istaknuli svega po jedan simptom koji utječe na njihovu svakodnevnicu.

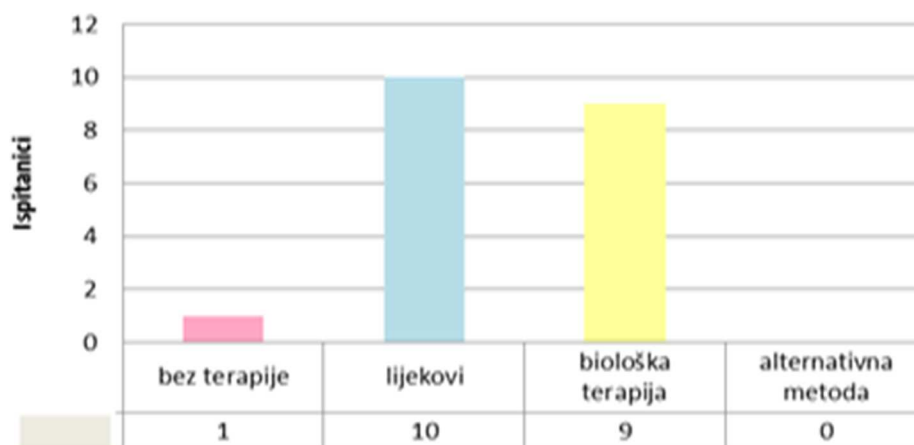
Promatrajući ispitanike prema terapijskom programu, najveći broj ispitanika, njih 10, je na lijekovima, dok je njih 9 na biološkoj terapiji. Navedeno je prikazano tablicom 8.11. i grafičkim prikazom 8.12.

Tablica 8.11. Anketirani bolesnici prema terapijskom programu liječenja, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Terapijski program	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Bez terapije	0	1	1	0,05
lijekovi	1	9	10	0,50
Biološka terapija	9	0	9	0,45
Alternativna metoda	0	0	0	0,00
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.12. Anketirani bolesnici prema terapijskom programu liječenja, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Iz grafičkog prikaza vidljivo je da niti jedan ispitanik ne koristi alternativnu metodu liječenja. Od ispitanika koji su na biološkoj terapiji svega 10%, odnosno 1 ispitanik (muška osoba, dobi od 21 do 30 godina, VŠS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti do 5 godina) koristi lijekove. Na konvencionalnoj terapiji bez liječenja je 10% ispitanika, odnosno 1 ispitanik (ženska osoba, više od 40 godina, VSS, u radnom odnosu, UK, duljina trajanja bolesti od 6 godina do 10) je bez terapije.

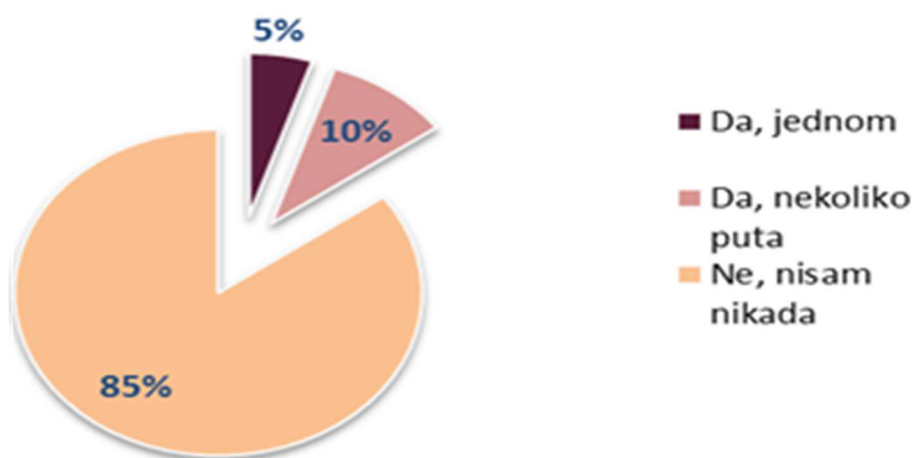
U anketi se nadalje promatralo kirurško liječenje (operativni zahvat) ispitanika, isključivo vezan uz upalne bolesti crijeva kojoj su bili podvrgnuti ispitanici. Navedeno je prikazano tablicom 8.12. i grafičkim prikazom 8.13.

Tablica 8.12. Anketirani bolesnici prema kirurškom liječenju, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Kirurško liječenje (operativni zahvat)	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Da, jednom	1	0	1	0,05
Da, nekoliko puta	2	0	2	0,10
Ne, nisam nikada	7	10	17	0,85
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.13. Anketirani bolesnici prema kirurškom liječenju, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici na konvencionalnoj terapiji, 100% ispitanika, nikada nije bilo podvrgnuto kirurškom liječenju. Kod BT, 10% ispitanika (1 ispitanik), bio je jednom podvrgnut kirurškom liječenju (muška osoba, od 31 godine do 40, VŠS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti od 6 do 10 godina, simptomi: proljev, bolovi u trbuhu, gubitak na težini, biološka terapija), odnosno 20% ispitanika nekoliko puta (2 ispitanika –

ženska osoba, više od 40 godina, OŠ, mirovina, CB, trajanje bolesti više od 15 godina, simptom: proljev; muška osoba, više od 40 godina, SSS, mirovina, CB, trajanje bolesti više od 15 godina, nema tegoba).

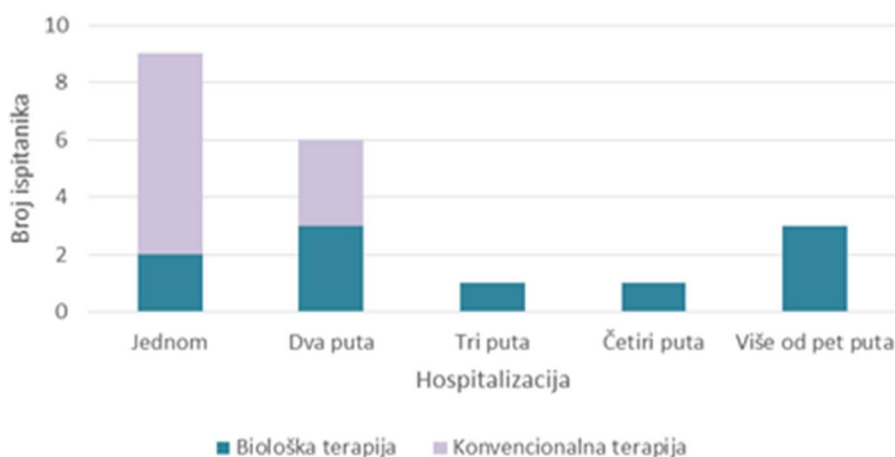
Od navedenih ispitanika, njih ukupno 9, odnosno 45% ispitanika, jednom je bilo hospitalizirano zbog simptoma i komplikacija IBD-a, od čega 7 ispitanika na konvencionalnoj terapiji, što čini 35% ukupnog broja. Navedeno je prikazano tablicom 8.13. i grafičkim prikazom 8.14.

Tablica 8.13. Anketirani bolesnici prema hospitalizaciji, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Hospitalizacija	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Jednom	2	7	9	0,45
Dva puta	3	3	6	0,30
Tri puta	1	0	1	0,05
Četiri puta	1	0	1	0,05
Više od pet puta	3	0	3	0,15
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.14. Anketirani bolesnici prema hospitalizaciji, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Na BT tri puta je hospitalizirano 10% ispitanika, odnosno 1 ispitanik (muška osoba, dobi od 21 do 30 godina, VŠS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti do 5 godina, koristi lijekove, nije nikada bio podvrgnut kirurškom liječenju). Četiri puta je bilo hospitalizirano, 10% ispitanika, odnosno 1 ispitanik (muška osoba, dobi od 31 do 40 godina, VŠS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti od 6 do 10 godina, biološka terapija, jednom podvrgnut kirurškom liječenju). Za razliku od BT, kod konvencionalne terapije niti jedan ispitanik nije bio hospitaliziran više od 2 puta, odnosno, 70% ispitanika hospitalizirano je jednom zbog simptoma i komplikacija, a 30% ispitanika dva puta.

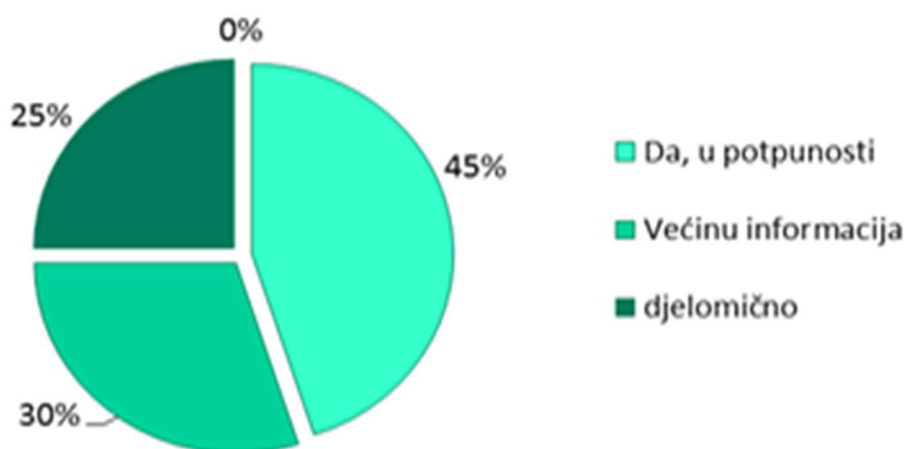
Po pitanju informiranosti, od ukupnog broja ispitanika, njih 45%, istaknulo je kako smatraju da posjeduju u potpunosti sve potrebne i željene informacije o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i prehrani, dok njih 25% smatra da djelomično posjeduju informacije. Ujedno, 60% ispitanika istaknulo je da je najviše ustupljenih korisnih informacija primilo od liječnika, dok je najmanji broj ispitanika, 10%, primilo od medicinske sestre. Navedeno je prikazano tablicom 8.14. i 8.15. te grafičkim prikazom 8.15. i 8.16.

Tablica 8.14. Anketirani bolesnici ovisno o posjedovanju informacija, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Posjedovanje informacija	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Da, u potpunosti	4	5	9	0,45
Većinu informacija	2	4	6	0,30
Djelomično	4	1	5	0,25
Nemam dovoljno informacija	0	0	0	0,00
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.15. Anketirani bolesnici ovisno o posjedovanju informacija, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

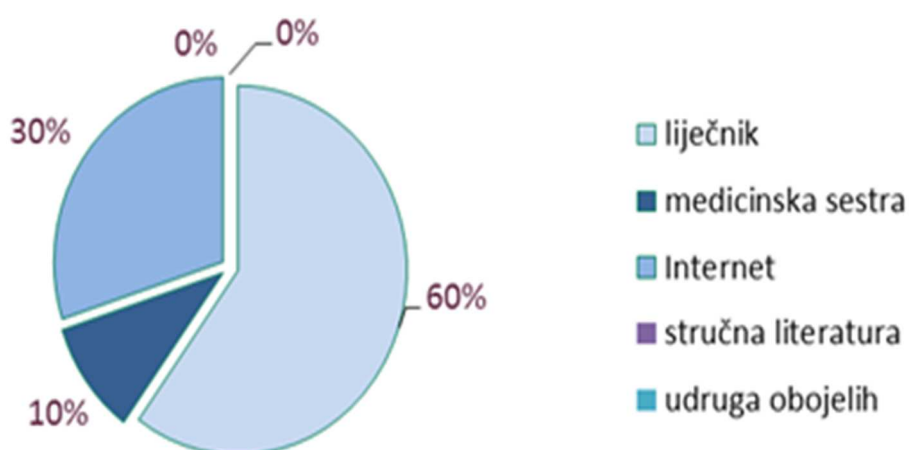
Iz grafičkog prikaza vidljivo je da niti jedan ispitanik ne smatra da nema dovoljno informacija o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i prehrani. Kod BT, 40% ispitanika smatra da u potpunosti posjeduje sve potrebne informacije o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i prehrani, 20% ispitanika smatra da posjeduje većinu informacija, dok 40% ispitanika smatra da djelomično posjeduje sve potrebne informacije. Za razliku od BT, kod konvencionalne terapije 50% ispitanika smatra da u potpunosti posjeduje sve potrebne informacije o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i prehrani, 40% ispitanika smatra da posjeduje većinu informacija, dok 10% ispitanika smatra da djelomično posjeduje sve potrebne informacije.

Tablica 8.15. Anketirani bolesnici ovisno o ustupljenim informacijama, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Ustupljene informacije	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Liječnik	4	8	12	0,60
Medicinska sestra	2	0	2	0,10
Internet	4	2	6	0,30
Stručna literatura	0	0	0	0,00
Udruga oboljelih od upalnih bolesti crijeva	0	0	0	0,00
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.16. Anketirani bolesnici ovisno o ustupljenim informacijama, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

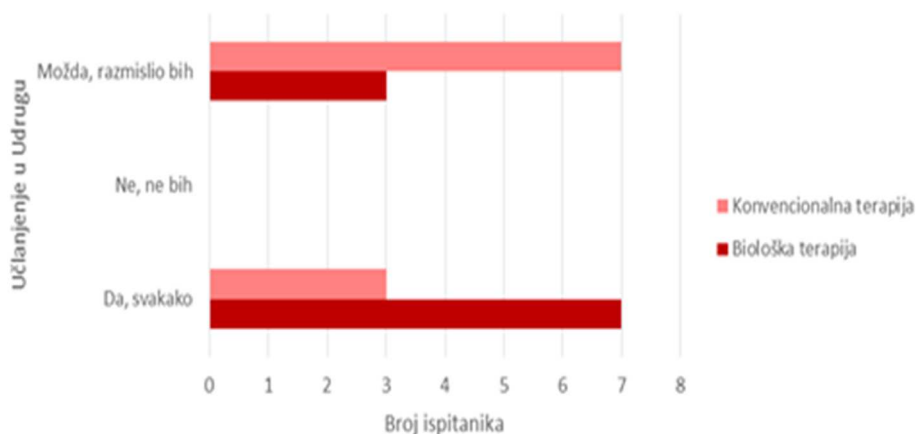


Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Niti jedan od ispitanika nije prikupio informacije putem stručne literature ili u Udruzi oboljelih od upalnih bolesti crijeva. Ispitanici na BT, 60% ispitanika, informacije su primili od liječnika ili medicinske sestre, dok je 40% ispitanika prikupilo informacije putem interneta. Ispitanici konvencionalne terapije, njih 80% informacije je primilo od liječnika, niti jedan ispitanik od medicinske sestre, a 20% ispitanika je prikupilo informacije putem interneta. Niti jedan ispitanik u ukupnom skupu, informacije nije primio od Udruge oboljelih od upalnih bolesti crijeva. Ujedno, 50% ukupnog broja

ispitanika istaknulo je kako bi se učlanilo u Udrugu za oboljele od upalnih bolesti crijeva ukoliko bi ona postojala u njihovom mjestu stanovanja, dok je ostatak ispitanika istaknulo da bi moralo razmisliti o navedenom, što je prikazano grafičkim prikazom 8.17.

Graf 8.17. Anketirani bolesnici prema informacijama o učlanjenju u Udrugu, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Nadovezujući se na anketu, kod pacijenta na BT primijenjen je i kvalitativni pristup u obliku intervjua, a također vezan za područje znanja, informiranosti i edukacije vezano uz BT, a kako bi se procijenila razina istih. Ispitanici su trebali opisati svoje znanje o BT, zadovoljstvo pruženim informacijama, te navesti smatraju li da je provedena adekvatna edukacija u bolnici te da li bi mogli sami primjenjivati BT kod kuće. Svi ispitanici su odgovorili da su dobili sve potrebite informacije o bolesti i terapiji od strane liječnika i medicinskog osoblja te da je provedena dobra edukacija na kojoj su upoznati sa tretmanom. Polovica ispitanika ističe kako nedostaje detaljniji dio informacija o nuspojavama i mogućim štetnim posljedicama za organizam. Isto tako, polovica ispitanika se ne osjeća dovoljno sigurnim da samostalno primjenjuju terapiju, ali nastavno da to navode kako se ne boje vezano uz taj segment, s obzirom da znaju kako se mogu obratiti liječniku i osoblju u tom slučaju.

U anketi se nadalje promatralo koliko prehrambene navike ispitanika utječu na boljitak kliničkog statusa, ali i koliko su prilagođene bolesti ispitanika. Prilagodba

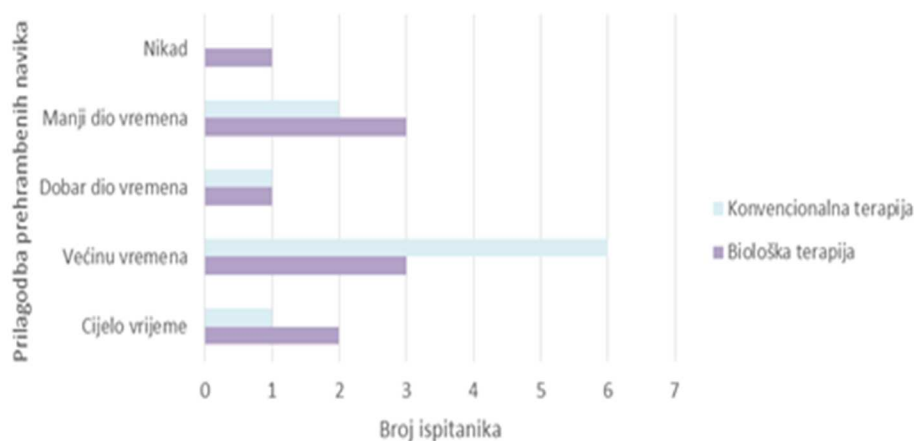
prehrambenim navikama i utjecaj prehrane prikazano je tablicama 8.16. i 8.17., te grafičkim prikazima 8.18. i 8.19.

Tablica 8.16. Anketirani bolesnici prema prehrambenim navikama, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Prilagodba prehrambenih navika	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	2	1	3	0,15
Većinu vremena	3	6	9	0,45
Dobar dio vremena	1	1	2	0,10
Manji dio vremena	3	2	5	0,25
Nikada	1	0	1	0,05
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.18. Anketirani bolesnici prema prehrambenim navikama, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika, njih 60% na konvencionalnoj terapiji, istaknulo je da su njihove prehrambene navike prilagođene bolesti, dok je kod BT, 30% ispitanika istaknulo kako su njihove prehrambene navike većinu vremena prilagođene, odnosno

30% ispitanika za manji dio vremena. Isto tako, niti jedan ispitanik u konvencionalnoj terapiji nije istaknuo da ne prilagođava svoje prehrambene navike, dok je 10% ispitanika na BT istaknulo da nikad ne prilagođava svoje navike (muška osoba, više od 40 godina, u radnom odnosu, CB, trajanje bolesti 11 – 15 godina, simptom: umor, nikada podvrgnut kirurškom liječenju, dva puta hospitaliziran).

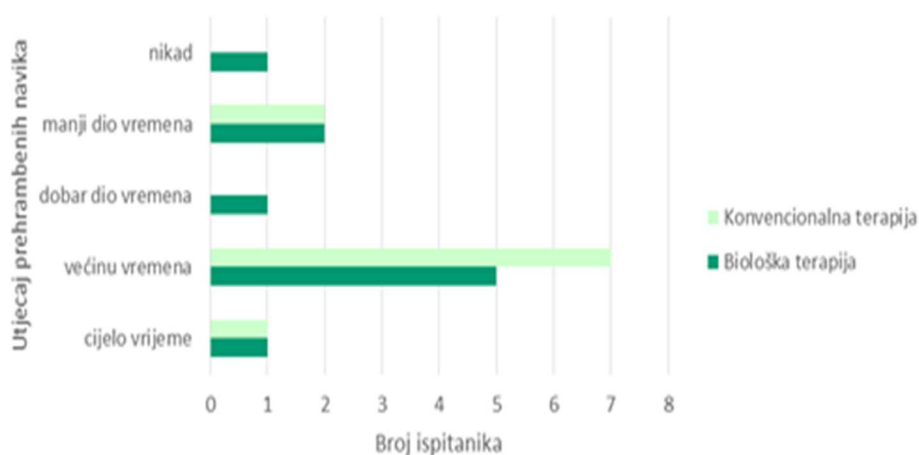
Nadalje, 60% ispitanika ističe kako većinu vremena, prilagođena prehrana bitno utječe na njihov život u smislu boljeg kliničkog statusa, smanjenih simptoma i subjektivno boljeg osjećaja (50% ispitanika BT, te 70% ispitanika konvencionalne terapije). Navedeno je prikazano tablicom 8.17. i grafičkim prikazom 8.19.

Tablica 8.17. Anketirani bolesnici prema utjecaju prehrambenih navika, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Utjecaj prehrambenih navika	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	1	1	2	0,10
Većinu vremena	5	7	12	0,60
Dobar dio vremena	1	0	1	0,05
Manji dio vremena	2	2	4	0,20
Nikada	1	0	1	0,05
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.19. Anketirani bolesnici prema utjecaju prehrambenih navika, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici konvencionalne terapije, njih 20% istaknulo je kako manji dio vremena prehrana utječe na njihov boljitak života, dok 10% ispitanika ističe kako utječe cijelo vrijeme (muška osoba, starosti od 21 do 30 godina, VŠS, u radnom odnosu, UK, do 5 godina, simptom: umor, lijekovi, jednom hospitaliziran zbog simptoma, većinu vremena prehrambene navike prilagođene bolesti).

Ispitanici BT, njih 20%, istaknulo je kako njihove prehrambene navike manji dio vremena utječu na boljitak života, dok 10% ispitanika ističe kako je to cijelo vrijeme (muška osoba, dobi od 21 do 30 godina, VŠS, u radnom odnosu, CB, simptom: umor, bolovi u trbuhu, lijekovi, duljina trajanja bolesti do 5 godina, 3 puta hospitaliziran zbog simptoma), odnosno da nikad ne utječe na boljitak života (muška osoba, dobi više od 40 godina, SSS, u radnom odnosu, CB, simptom: umor, duljina trajanja bolesti od 11 do 15 godina, 2 puta hospitaliziran zbog simptoma).

Ispitanici BT ispitani su o svjesnosti važnosti i utjecaja prehrane na stanje bolesti i eventualne pojave simptoma, te o promjeni prehrane nakon biološke terapije, ali i saznanjima obitelji o važnosti ishrane. Većina ispitanika je istaknula kako nisu ništa mijenjali u prehrani, već da uglavnom jedu sve isto kao i prije terapije, a da im je obitelj velika podrška u tome. Isto tako, manji dio ispitanika je istaknuo kako si ponekad priušti „nezdravi“ obrok, ali u umjerenim količinama. Nekoliko ispitanika

odgovorilo je kako su „otkrili“ namirnice koje im izazivaju tegobe te ih izbjegavaju (najviše navode mlijeko, prženi krumpir, masnije svinjsko meso, grah). Troje ispitanika odgovorio je kako ne pridodaje pažnju pravilnoj ishrani i preporukama, budući da to nema nikakav pozitivan učinak na bolest.

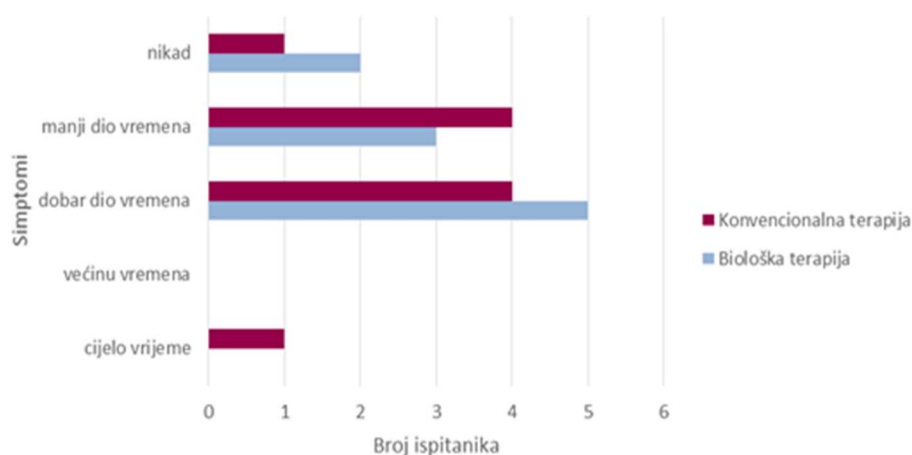
Iako je 60% ukupnog broja ispitanika istaknulo da većinu vremena prehrambene navike utječu na boljitak njihova života, njih manje, točnije 45% ispitanika izjavilo je da su prehrambene navike većinu vremena prilagođene bolesti, 45% ispitanika u ukupnom skupu ističe kako većinu vremena osjećaju simptome (umor, bolove, probavne smetnje i druge simptome), a 35% ispitanika da ih osjeća manji dio vremena. Navedeno je prikazano tablicom 8.18. i grafičkim prikazom 8.20.

Tablica 8.18. Anketirani bolesnici prema osjetu simptoma, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Osjećaj simptoma	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	0	1	1	0,05
Većinu vremena	0	0	0	0,00
Dobar dio vremena	5	4	9	0,45
Manji dio vremena	3	4	7	0,35
Nikada	2	1	3	0,15
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.20. Anketirani bolesnici prema osjetu simptoma, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici BT, njih 50%, ističe kako osjećaju simptome dobar dio vremena, dok njih 20% ističe kako nikad ne osjećaju simptome. Niti jedan ispitanik BT ne osjeća simptome cijelo vrijeme ili većinu vremena. Ispitanici konvencionalne terapije, njih 40% osjeća simptome dobar dio vremena ili manji dio, dok 10% ispitanika osjeća simptome cijelo vrijeme (ženska osoba, više od 40 godina, SSS, trenutno na bolovanju, UK, trajanje bolesti više od 15 godina, simptomi: umor, proljev, bolovi u trbuhu, krvarenje iz rektuma, lijekovi, nikad podvrgnuta kirurškom liječenju, jednom hospitalizirana zbog simptoma i komplikacija), odnosno 10% ispitanika nikad (ženska osoba, više od 40 godina, SSS, CB, trajanje bolesti 6 - 10 godina, simptomi: bolovi u trbuhu, lijekovi, nikad podvrgnuta kirurškom liječenju, jednom hospitalizirana zbog simptoma i komplikacija).

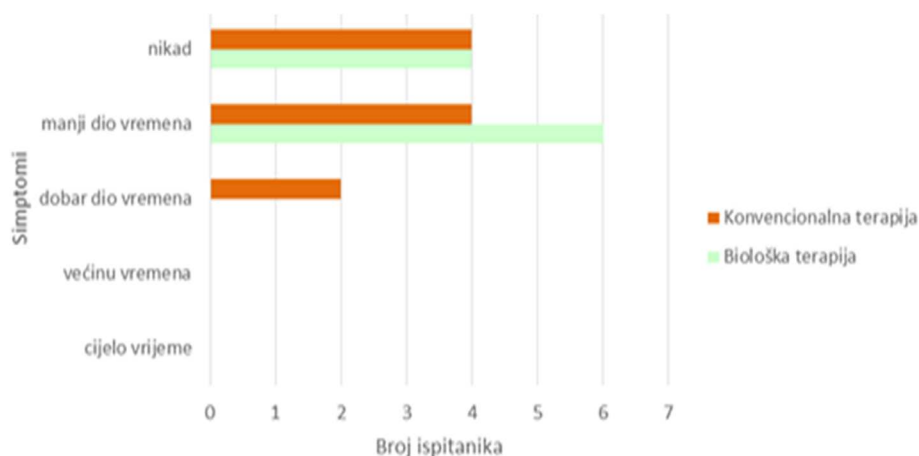
Ispitanici, njih ukupno 50%, od čega 60% BT i 40% konvencionalne, manji dio vremena morali su izbjegavati školu, fakultet, posao ili druge obaveze zbog istih tegoba. Niti jedan ispitanik u ukupnom skupu nije morao izbjegavati obveze cijelo vrijeme ili većinu vremena. Navedeno je prikazano tablicom 8.19. i grafičkim prikazom 8.21.

Tablica 8.19. Anketirani bolesnici prema izbjegavanju svakodnevnih obveza, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Izbjegavanje svakodnevnih obveza	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	0	0	0	0,00
Većinu vremena	0	0	0	0,00
Dobar dio vremena	0	2	2	0,10
Manji dio vremena	6	4	10	0,50
Nikada	4	4	8	0,40
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.21. Anketirani bolesnici prema izbjegavanju svakodnevnih obveza, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Na BT, 40% ispitanika, nikad nije moralo izbjegavati svakodnevne obveze, kao i kod konvencionalne terapije. Čak 60% ispitanika na BT, manji dio vremena moralo je izbjegavati svakodnevne obveze, dok je na konvencionalnoj terapiji to isto moralo 40% ispitanika. No, kod konvencionalne metode 20% ispitanika dobar dio vremena mora izbjegavati svakodnevne obveze.

Ispitanici koji primaju BT, na otvoreno pitanje, kako se snalaze s radnim obvezama, koliko su im one zahtjevne i naporne ili su jednake kao i prije primanja BT-a, ističu

kako su im radne obveze vezane uz posao ili fakultet sada predstavljaju manje opterećenje, imaju veću i dužu koncentraciju na obveze, a manje na bolest, navode da su manje su umorni po izvršavanju obveza, samopouzdaniji su te lakše i bolje komuniciraju s drugima, lakše stupaju u kontakt i ostvaruju nova poznanstva.

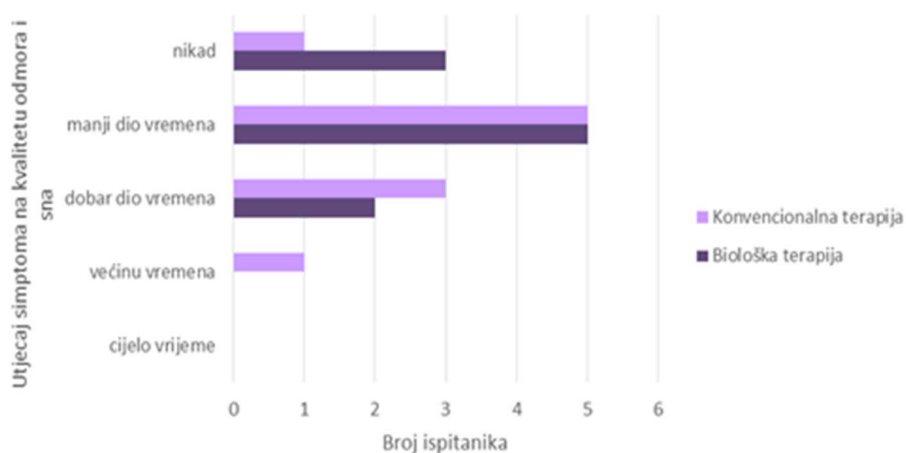
Nadalje, promatrajući utjecaj simptoma na kvalitetu odmora i sna, 50% ukupnog broja ispitanika (po 5 ispitanika u obje skupine), ističe kako simptomi utječu na kvalitetu sna manji dio vremena. Svega 5% ispitanika (1 ispitanik na konvencionalnoj terapiji) istaknulo je da simptomi većinu vremena utječu na kvalitetu odmora i sna. Navedeno je prikazano tablicom 8.20. i grafičkim prikazom 8.22.

Tablica 8.20. Anketirani bolesnici prema utjecaju simptoma, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Utjecaj simptoma na kvalitetu odmora i sna	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	0	0	0	0,00
Većinu vremena	0	1	1	0,05
Dobar dio vremena	2	3	5	0,25
Manji dio vremena	5	5	10	0,50
Nikada	3	1	4	0,20
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.22. Anketirani bolesnici prema utjecaju simptoma, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici BT, njih 30% iskazalo je da nema utjecaja simptoma na kvalitetu odmora i sna, dok kod konvencionalne terapije njih samo 10% (ženska osoba, više od 40 godina, SSS, u radnom odnosu, UK, duljina trajanja bolesti 6 – 10 godina, bolovi u trbuhu, lijekovi, nikad kirurški liječena, jednom hospitalizirana). Ispitanici BT, njih 20%, osjeća utjecaj simptoma na san dobar dio vremena – muška osoba, starosti od 21 do 30 godina, VŠS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti 6 – 10 godina, simptomi: umor, bolovi u trbuhu, lijekovi, tri puta hospitaliziran, nikad podvrgnut kirurškom liječenju; muška osoba, starosti više od 40 godina, VSS, u radnom odnosu, CB, duljina trajanja bolesti više od 15 godina, simptomi: umor, proljev, opstipacija, bolovi u trbuhu, gubitak na teini, glavobolja, BT, više od 5 puta hospitaliziran, nikad podvrgnut kirurškom liječenju). Kod konvencionalne terapije čak 30% ispitanika navodi isti utjecaj na san dobar dio vremena.

Tijekom intervjua, većina ispitanika BT na pitanje kvalitete odmora i sna, odnosno primjećuju li neke bitne razlike u odnosu na kvalitetu sna prije BT, odgovorili su da sada puno bolje spavaju, da su opušteniji, odmor je kvalitetniji, osjećaju se odmorno i puni su energije. Dvoje ispitanika istaknulo je da općenito nemaju problema sa spavanjem, te da nema bitne razlike, spavaju i odmaraju dobro i lako.

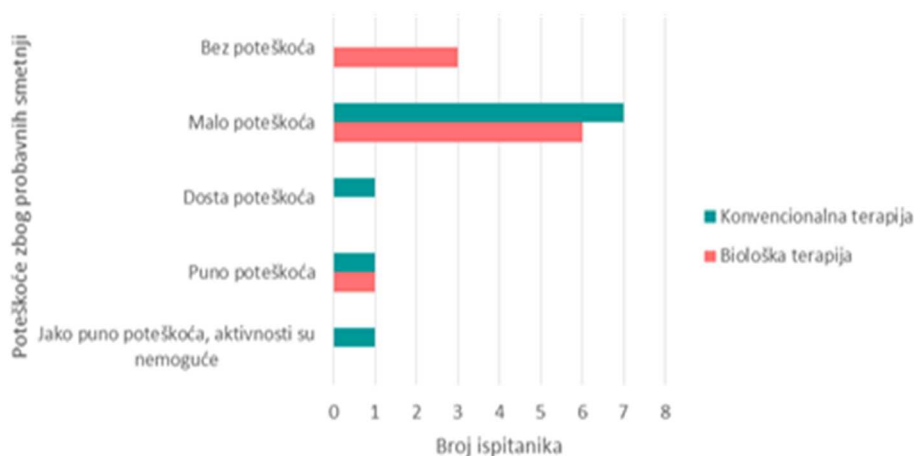
Iako je 50% ukupnog broja ispitanika istaknulo da manji dio vremena mora izbjegavati obveze ili ima utjecaj simptoma na odmor i san, čak 65% ukupnog broja ispitanika ističe kako je imalo malo poteškoća zbog probavnih smetnji u posljednje vrijeme kod nekih aktivnosti u provođenju slobodnog vremena. Navedeno je prikazano tablicom 8.21. i grafičkim prikazom 8.23.

Tablica 8.21. Anketirani bolesnici prema poteškoćama zbog probavnih smetnji, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Poteškoće zbog probavnih smetnji	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Jako puno poteškoća	0	1	1	0,05
Puno poteškoća	1	1	2	0,10
Dosta poteškoća	0	1	1	0,05
Malo poteškoća	6	7	13	0,65
Bez poteškoća	3	0	3	0,15
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.23. Anketirani bolesnici prema poteškoćama zbog probavnih smetnji, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici BT, njih 30%, je bez poteškoća uzrokovanih bolešću, dok kod konvencionalne terapije niti jedan ispitanik nije naveo da je bez tegoba. Ispitanici BT,

njih 10%, ima puno poteškoća, kao i kod konvencionalne terapije. No, za razliku od BT, kod konvencionalne terapije 10% ispitanika osjeća poteškoće uzrokovane bolešću jako puno ili dosta.

Ispitanici BT na otvoreno pitanje kakav je njihov trenutni društveni život i aktivnosti (sport, putovanja i slično) u odnosu na razdoblje prije primanja terapije, istaknuli su da su trenutno puno aktivniji i samopouzdaniji (osjećaju se bolje, bave se sportom, više izlaze i družu se, obavljanje aktivnosti im ne predstavlja nikakav problem ili dodatan razlog brigu).

Bez obzira što 65% ispitanika ima svega malo poteškoća zbog probavnih smetnji u posljednje vrijeme u provođenju slobodnog vremena, čak 40% ukupnog broja ispitanika ipak osjeća strah, zabrinutost, frustraciju zbog mogućih učestalih tegoba, smetnji ili komplikacija manji dio vremena, dok niti jedan ispitanik većinu vremena. Navedeno je prikazano tablicom 8.22. i grafičkim prikazom 8.24.

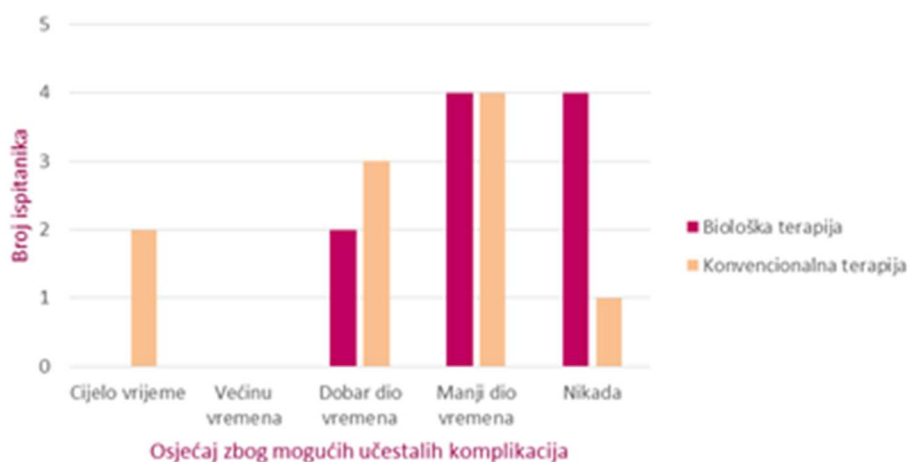
Tablica 8.22. Anketirani bolesnici prema osjećaju zbog mogućih učestalih tegoba, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Osjećaj zbog mogućih učestalih tegoba	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Cijelo vrijeme	0	2	2	0,10
Većinu vremena	0	0	0	0,00
Dobar dio vremena	2	3	5	0,25
Manji dio vremena	4	4	8	0,40
Nikada	4	1	5	0,25
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Većina ispitanika BT na pitanje osjećaju li se pod stresom ili osjećaju neizvjesnost u vezi bolesti ili slično, odgovorili su da su u svakodnevnom životu smireniji, da se od početka terapije stres općenito smanjio, kao i tjeskoba i strah. Jedino što su ispitanici istaknuli da je još uvijek u određenoj manjoj dozi ostala neizvjesnost vezana uz samu bolest i moguće pogoršanje simptoma.

Graf 8.24. Anketirani bolesnici prema osjećaju zbog mogućih učestalih tegoba, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika na BT, 80% ispitanika, samo manji dio vremena ili nikad ne osjeća zabrinutost zbog mogućih učestalih tegoba, smetnji ili komplikacija, dok suprotno tome, čak 80% ispitanika konvencionalne terapije cijelo vrijeme, dobar dio vremena ili manji dio vremena osjeća zabrinutost.

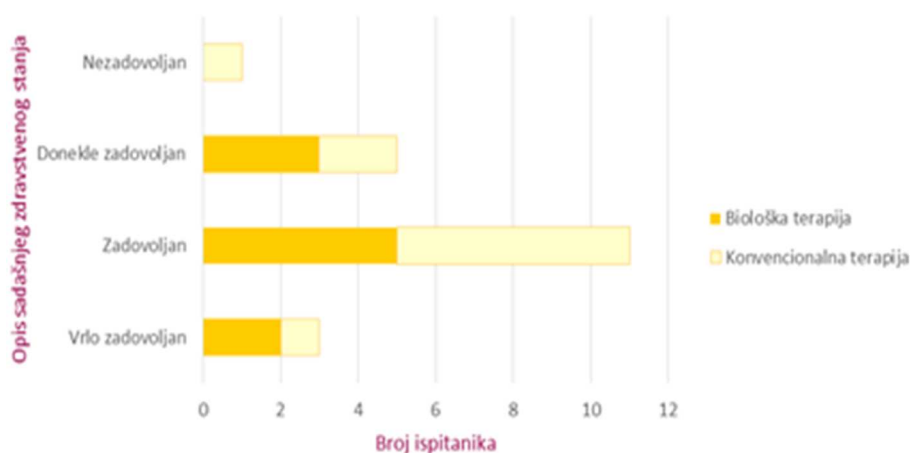
Iako je 40% ukupnog broja ispitanika istaknulo kako osjeća strah, zabrinutost, frustraciju zbog mogućih učestalih tegoba, smetnji ili komplikacija manji dio vremena, čak 55% ispitanika, sadašnje zdravstveno stanje opisalo bi kao zadovoljavajuće. Navedeno je prikazano tablicom 8.23. i grafičkim prikazom 8.25.

Tablica 8.23. Anketirani bolesnici ovisno o sadašnjem zdravstvenom stanju, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Sadašnje zdravstveno stanje	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Vrlo zadovoljan	2	1	3	0,15
Zadovoljan	5	6	11	0,55
Donekle zadovoljan	3	2	5	0,25
Nezadovoljan	0	1	1	0,05
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Graf 8.25. Anketirani bolesnici ovisno o sadašnjem zdravstvenom stanju, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Najveći broj ispitanika na BT, 80% ispitanika, zadovoljan je ili donekle zadovoljan sadašnjim zdravstvenim stanjem, kao i ispitanici konvencionalne terapije. Ispitanici BT, njih 20% vrlo su zadovoljni sadašnjim zdravstvenim stanjem, dok je svega 10% ispitanika konvencionalne terapije vrlo zadovoljno, odnosno nezadovoljno zdravstvenim stanjem.

Od ukupnog broja ispitanika, 70% ispitanika, zadovoljno je ili vrlo zadovoljno sadašnjim zdravstvenim stanjem, no čak 95% ukupnog broja ispitanika vrlo je

zadovoljno ili zadovoljno pruženim terapijskim programom i zdravstvenom uslugom. Navedeno je prikazano tablicom 8.24. i grafičkim prikazom 8.26.

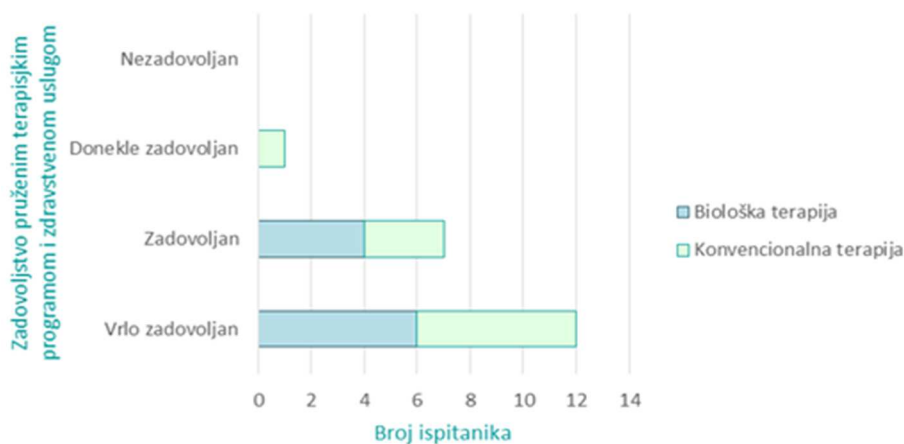
Tablica 8.24. Anketirani bolesnici ovisno o zadovoljstvu pruženim terapijskim programom, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.

Zadovoljstvo pruženim terapijskim programom i zdravstvenom uslugom	Terapija		Ukupno	Proporcija
	Biološka	Konvencionalna		
Vrlo zadovoljan	6	6	12	0,60
Zadovoljan	4	3	7	0,35
Donekle zadovoljan	0	1	1	0,05
Nezadovoljan	0	0	0	0,00
Ukupno	10	10	20	1,00

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Na pitanje o usporedbi samopouzdanja i zadovoljstva ispitanika BT, sada i prije same terapije, odnosno primjećuju li ispitanici neku bitnu razliku, većina ispitanika odgovorila je da se osjeća daleko bolje i zadovoljnije samim sobom, ima više samopouzdanja u obavljanju svakodnevnih obveza i zadovoljstva, sretniji su i bezbrižniji s obzirom na terapiju i rezultate iste te navode da su slobodniji i opušteniji.

Graf 8.26. Anketirani bolesnici ovisno o zadovoljstvu pruženim terapijskim programom, ovisno o terapijskom programu, Opća bolnica Varaždin, 2020.



Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Ispitanici na BT, njih 100%, vrlo je zadovoljno ili zadovoljno pruženim terapijskim programom i zdravstvenom uslugom. Ispitanici konvencionalne terapije, njih ukupno 90%, vrlo je zadovoljno ili zadovoljno pruženim terapijskim programom i zdravstvenom uslugom, a 10% ispitanika je donekle zadovoljno.

Gledajući pojedinačne odgovore ispitanika možemo zaključiti kako su ispitanici uvidjeli da i prehrambene navike utječu na prevenciju i kvalitetu života. Za utvrđivanje utjecaja terapije na kvalitetu života promatralo se slijedeće pitanje u anketi: „Jeste li u posljednje vrijeme morali izbjegavati školu, fakultet, posao ili neke druge obveze i događaje zbog tegoba?“, a odstupanja od frekvencija očekujemo pod hipotezom: „Može li se prihvatiti pretpostavka da kvaliteta života ispitanika ovisi terapijskom programu“.

Ista se testira se uz razinu signifikantnosti 5%. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 8.25.

Tablica 8.25. Rezultati

Utjecaj bolesti na aktivnosti	odgovori ispitanika - mišljenje					
	<i>cijelo vrijeme</i>	<i>većinu vremena</i>	<i>dobar dio vremena</i>	<i>manji dio vremena</i>	<i>nikad</i>	<i>ukupno</i>
Biološka terapija	0	0	0	6	4	10
Konvencionalna terapija	0	0	2	4	4	10
Ukupno	0	0	2	10	8	20
	0,00	0,00	1,00	5,00	4,00	10,00
	0,00	0,00	1,00	5,00	4,00	10,00
	0,00	0,00	2,00	10,00	8,00	20,00
Hi-kvadrat						2,4
Yatesov Hi-kvadrat						0,725
P-vrijednost						0,3012
Yetsova p-vrijednost						0,6959
Stupnjevi slobode						2

Izvor: Autor, podaci dobiveni anketom

Dobiveni $\chi^2 = 2,4$, dok je tablični $\chi^2_{0,05}(1)(2) = 5,99147$ te prihvaćamo H_0 hipotezu, da postoji razlika između kvalitete života ispitanika ovisno o terapijskom programu liječenja, no zbog veličine uzorka ne možemo govoriti o statistički značajnoj razlici.

Nadalje, ispitivala se usporedba varijanci dvaju skupova ispitanika, ovisno o terapijskom programu. Testirana je veličina omjera procjene varijanci, odnosno empirijski F-omjer. Prosječne godine starosti ispitanika prema biološkom tretmanu iznose 39,8 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka izraženo apsolutno od 11,45 godina (varijanca iznosi 131,16). Prosječne godine starosti ispitanika prema konvencionalnom tretmanu iznose 41,85 godina, uz prosječno odstupanje od prosjeka izraženo apsolutno od 12,15 godina (varijanca iznosi 147,50). Hipoteza glasi: „*Može li se prihvatiti pretpostavka da su godine starosti pacijenata u biološkom terapijskom programu manje od konvencionalnog terapijskog programa*“.

Testiranje je provedeno uz 10% signifikantnosti.

$$\text{Empirijski F-omjer: } F = \frac{\sigma_{BT}^2}{\sigma_{KT}^2} = \frac{131,16}{147,50} = 2,89$$

$$\text{Teorijska vrijednost testa: } F_{0,1,[9,9]} = F_{0,1[9,9]} = 5,35$$

Budući da je empirijski F-omjer manji od testne vrijednosti F-testa sa 9,9 stupnjeva slobode i razinu signifikantnosti od 10% prihvaća se da su godine starosti ispitanika u biološkom tretmanu manje od godina starosti ispitanika po konvencionalnom terapijskom programu. Time je potvrđena prva hipoteza – da biološku terapiju primaju mlađe osobe.

9. Rasprava

U posljednjih dvadesetak godina mnogo je uloženo u istraživanja na temu IBD-a, osobito po pitanju utjecaja na kvalitetu života, s obzirom na to da se radi o bolestima kronične prirode s varijacijama i nepredvidivošću kliničke slike. Simptomi koji se generiraju imaju dokazano znatan utjecaj na promjene aktivnosti, produktivnosti odnosno gotovo sve fizičke aspekte života, ali i na društvene te emocionalne aspekte (103; 104), a ujedno praćene kao parametre u procjeni kvalitete života i u ovome istraživanju.

Kvaliteta života neophodna je komponenta u procjeni ishoda liječenja odnosno evaluaciji svakog terapijskog program, s obzirom da aktivnost bolesti, u ovom slučaju upalnih bolesti crijeva, ima direktan utjecaj na kvalitetu života (22; 105; 106). Osim objektivne procjene putem kliničkog statusa, neizostavno se prati i ispituje subjektivni doživljaj ispitanika te su u tu svrhu razvijeni mjerni instrumenti u obliku upitnika namijenjeni pacijentima/ispitanicima. U slučaju kvalitete života oboljelih od IBD-a, postoji više specifičnih upitnika, ali u širokoj primjeni je IBDQ (engl. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), koji je visoko validiran i pouzdan jer se njegova vrijednost usporedila s vrijednošću kliničkog pregleda te indeksom aktivnosti same bolesti (107; 108). Ukupno 32 pitanja IBDQ-a pokrivaju četiri područja, od funkcije crijeva i istih simptoma, do općih simptoma te emocionalnog i socijalnog statusa (*Prilog 15.3.*).

U svrhu ovog istraživanja i izrade diplomskog rada korištene su smjernice navedenog upitnika kao svojevrsni model, a prema kojem je konstruiran i prilagođen vlastiti upitnik, s usmjerenjem ponajviše prema simptomima od strane probavnog trakta te općim zadovoljstvom kvalitete života i percepcijom iste (uključujući terapijski tretman i zadovoljstvo njime, svakodnevne aktivnosti, poslovne i druge obveze, putovanja, društveni život, odmor i san).

Prema navedenoj statističkoj obradi podataka, ispitanici na BT su bolesnici s dijagnosticiranim težim oblikom bolesti gdje je nastupila rezistencija na dugotrajnu standardnu terapiju, više puta su podvrgnuti kirurškom liječenju i hospitalizaciji, za razliku od ispitanika na konvencionalnoj terapiji. No, prelaskom na BT, ispitanici iste, istaknuli su da su zadovoljniji trenutnim zdravstvenim stanjem te da su uvidjeli

napredak u liječenju bolesti u odnosu na ranije, s obzirom na redukciju simptomatologije, te čak 40% ispitanika na BT nema tegoba, za razliku od konvencionalne terapije gdje 20% ispitanika nema nikakvih tegoba.

Nadalje, prehrana u kontroli IBD-a je od velike važnosti referentno na studije koje govore o mnogobrojnim mehanizmima utjecaja iste, od toga da hrana potiče stvaranje metabolita koji mogu aktivirati ili dodatno povećati aktivnost bolesti pa sve do utjecaja na sluznicu crijeva koja ima važnu protektivnu funkciju od samog sadržaja crijeva čime i epitel ostaje intaktan, a tako postignutom remisijom bolesti, izostaju i probavne tegobe (109). Gledajući prehrambene navike, ispitanici na konvencionalnoj terapiji u većinu vremena moraju prilagođavati svoje prehrambene navike, za razliku od ispitanika na BT, na koje u manjem postotku utječu prehrambene navike na kvalitetu života većinu vremena. Navedeno potvrđuje drugu hipotezu da ispitanici na BT imaju manje probavnih tegoba. Isto se referira na studiju koja ukazuje na bolji klinički i nutritivni status ispitanika na BT, u odnosu na konvencionalnu terapiju, smatrajući da postignuta remisija dovodi do poboljšanja nutritivnog statusa, iako direktan i precizan učinak BT-a na nutritivni status nije još u potpunosti razjašnjen, ali su dobro poznati mehanizmi utjecaja prehrane (110). Referentna studija ističe takve pozitivne rezultate poboljšanja nutritivnog statusa kod oboljelih od CB-a, kod kojih je nerijetko prisutna proteinsko energetska malnutricija, što se povezuje s istraživanjem u Općoj bolnici Varaždin, gdje je većina ispitanika na biološkoj terapiji također pod dijagnozom CB-a, čak njih 80%, a uz poboljšanje nutricije.

Ono što je najznačajnije kod provedbe istraživanja je da su ispitanici na BT zadovoljni kvalitetom života, smireniji su te se smanjio osjećaj tjeskobe, straha, depresije, uz bolju kvalitetu sna, što je u sličnim istraživanjima istaknuto među glavnim indikatorima HRQoL-a, a uz korelaciju s BT u korist iste (111). Prema svim definicijama HRQoL-a, manja razina prisutnosti negativnih osjećaja poput straha, anksioznosti, neizvjesnosti, nervoze i slično, neovisno je povezana s boljom kvalitetom sna, dok svi segmenti zajedno povećavaju produktivnost, koncentraciju i cjelokupnu radnu aktivnost. Navedeno potvrđuje i činjenica da je manje osoba na bolovanju koje su na BT (10%), u odnosu na konvencionalnu terapiju (20%). S obzirom na dobivene podatke o godinama starosti, gdje je vidljiv ukupan prosjek godina ispitanika od 40,83 godine, što svakako spada u produktivnu dob u životu čovjeka, a nastavno i podatke

da je većina ispitanika, čak 65% u radnom odnosu, govori o važnosti zadovoljene komponente i očuvanja radne sposobnosti, samoostvarenja, doprinosa, stvaranja i produktivnosti općenito, kao također visoko rangiranog indikatora kvalitete života. Nastavno tome cilj je smanjiti broj i duljinu trajanja bolovanja te povećati zaposlenost i rad općenito, što je kod ispitanika na BT i vidljivo kao pozitivan rezultat, a dodatno potkrijepljeno studijama iste tematike (104; 112).

Čak 30% ispitanika BT istaknulo je da sadašnji simptomi bolesti ne utječu na kvalitetu njihova života, dok je na konvencionalnoj terapiji isti odgovor dalo tek 10% ispitanika. Promatrajući navedeno, bitno je i napomenuti da 90% ispitanika na BT ima malo poteškoća ili nema uopće poteškoća u provođenju aktivnosti, dok je kod konvencionalne terapije 70% ispitanika koji imaju malo poteškoća. Prethodno navedeno potvrđuje treću hipotezu da su ispitanici na BT zadovoljniji, boljeg subjektivnog statusa odnosno pokazuju veću razinu funkcionalnosti i produktivnosti. Isti se rezultati povezuju s ranijim, ali i najnovijim studijama objavljenim krajem protekle godine, koje također ističu pozitivne rezultate, a vezane uz dokazano postizanje i održavanje dugotrajne remisije te mukoznog cijeljenja sluznice uz biološku terapiju, u odnosu na neuspješno dugotrajno liječenje konvencionalnom terapijom (113; 114). Ujedno, na BT prosječno trajanje bolesti je 11,5 godina, dok je u konvencionalnoj terapiji 9,25 godina, što je manje u odnosu na BT, ali je važno istaknuti da je kod konvencionalne terapije, utjecaj bolesti na svakodnevne aktivnosti (škola, posao, druženja i slično), veći, odnosno od dobrog dijela vremena do nikada, za razliku od biološke, gdje je to tek manji dio vremena ili nikada.

Nadalje, umor je detektiran kao jedan od najčešćih simptoma koji utječe na svakodnevne aktivnosti kod pacijenata na konvencionalnoj terapiji, dok je kod pacijenata na BT, prema analizi intervjua, utvrđena bolja kvaliteta sna, što ispitanici opisuju osjećajem bolje odmorenosti i više energije u odnosu na period prije BT. Odsutnost simptoma umora povezuje se s primjenom adalimumaba i terapije održavanja od 40 mg supkutane injekcije istog lijeka, kojeg u Općoj bolnici Varaždin prima najveći broj ispitanika kroz najduži period, s obzirom da se upravo on prvi počeo primjenjivati još početkom 2018. godine. Isti se učinak adalimumaba uz dokazano poboljšanje HRQoL-a, povezuje sa studijom koja je pratila pacijente na terapiji održavanja u odnosu na placebo skupinu (115; 116).

Drugi najzastupljeniji primjenjivani lijek u Općoj bolnici Varaždin je infliksimab. Smanjenje osjećaja straha, depresije, uz veću dozu samopouzdanja, lakšu i bolju komunikaciju, više aktivnog, društvenog života, istaknute su komponente HRQoL-a od strane ispitanika, a povezane s primjenom infliksimaba i terapije održavanja od 5mg/kg intravenske infuzije. Takav se učinak infliksimaba poziva na studije koje govore o značajnom poboljšanju svih ranije spomenutih četiri područja kvalitete života prema IBDQ-u (117; 118).

Neizostavni dio u istraživanju jest svakako bila i kategorija informiranosti i edukacije, s obzirom da su informacije neophodne za pomoć pacijentu u upravljanju i prihvaćanju bolesti. Prethodnim studijama otkriveno je da što više pacijenti znaju o svojoj bolesti, to su vjerojatnije mirniji i zadovoljniji uz kvalitetniji život (119). Vodeći se time, ispitana je razina odnosno zadovoljstvo pacijenata znanjem kojeg imaju o samoj bolesti, prehrani, terapiji te postoje li razlike između ispitivanih skupina. Iako postoji heterogenost u posjedovanju informacija, svakako su pozitivni rezultati da niti jedan ispitanik ne smatra da nema dovoljno informacija o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i prehrani te da su većinu informacija dobili od zdravstvenog osoblja. Nadovezujući se na analizu intervjua kod pacijenta na BT, zanimljivi su rezultati koji ukazuju da su ispitanici ostali zabrinuti zbog mogućih neželjenih reakcija i komplikacija BT, zbog kojih vjerovatno izostaje sigurnost za moguću samostalnu primjenu terapije kod kuće.

Kako bi se ova kategorija znanja, informiranosti i edukacije dodatno uzdignula na kvaliteti i kvantiteti informacija neophodna je uloga medicinske sestre, poglavito magistre sestrinstva kao glavnog promotora holističkog pristupa pojedincu s naglaskom na znanje kao važan izvor sigurnosti i zadovoljstva pacijenata. Visok stupanj i razina specifičnih znanja, iskustava, vještina magistre sestrinstva, glavni su njezin alat kao edukatora s mogućnošću prilagodbe načina edukacije samom pacijentu, odnosno osiguranja adekvatnog, individualnog, personaliziranog pristupa.

Polovica ispitanika izjasnila se da ukoliko bi u blizini mjesta stanovanja postojala udruga oboljelih od IBD-a, učlanili bi se u istu, dok je ostatak izjavio da bih razmislio. Povezujući tu spoznaju s analizama studija koje govore o želji pacijenata za upoznavanjem drugih i istoj situaciji (120; 121), ostavlja se otvoreno pitanje da li

pacijentima iz ove studije nedostaje međusobna podrška i razmjena iskustava s drugim oboljelima kao dodatna sigurnost te mogućnost informiranja i edukacije?

10. Zaključak

Unatoč iznimno velikom broju, opsegu i intenzitetu svih istraživanja, etiopatogeneza ovih kroničnih bolesti crijeva i dalje ostaje nepotpuna, ali se smatra kako neadekvatan imunološki odgovor potaknut antigenima probavnog trakta, ima važnu ulogu u razvoju bolesti. Konvencionalna, medikamentozna terapija koja se desetljećima primjenjuje, uglavnom je usmjerena na nespecifično potiskivanje imunološkog sustava i do sada nije dala zadovoljavajuće rezultate u korist primarnog cilja, odnosno postizanja dugotrajne i duboke, stabilne remisije.

Lijekovi biološkog spektra djelovanja, predstavili su izniman napredak u liječenju upalnih bolesti crijeva, a riječ je lijekovima s ciljanim djelovanjem na glavne medijatore upale, tzv. citokine, koji se pojačano stvaraju u kroničnoj upalnoj bolesti crijeva. Cilj takvog pristupa i modaliteta liječenja je modificiranje prirodnog tijeka bolesti te uvođenje oboljelog u dugotrajnu remisiju uz mukozno cijeljenje sluznice crijeva te poboljšanje kvalitete života na zadovoljstvo pacijenata, a što prema dostupnim rezultatima i analizama istraživanja, odlazi u korist biološke terapije u odnosu na konvencionalnu terapiju.

Kako se i u Općoj bolnici Varaždin ista terapija primjenjuje od ožujka 2018. godine (prvotno adalimumabom i infliksimabom) te je time jedina bolnica u sjeverozapadnom dijelu zemlje koja provodi takav oblik liječenja, provedenim preliminarnim presječnim istraživanjem, želio se steći uvid u promjene u kvaliteti života tih pacijenata, a ovisno o terapijskom pristupu.

Lijekovi koji se trenutno apliciraju u biološkom terapijskom tretmanu Opće bolnice Varaždin su adalimumab, infliksimab te ustekinumab, a u tijeku je priprema novih pacijenata i uvođenje terapije vedolizumabom koji je analizom studija pokazao dobre rezultate u postizanju i održavanju remisije, osobito kod oboljelih od UK (122).

Iako provedena studija u Općoj bolnici Varaždin ima ograničenja, liječenje biološkom terapijom označilo je napredak u liječenju istih pacijenata s obzirom na dobivene rezultate i poboljšanje u svim aspektima ranije navedenim kao indikatorima kvalitete života. S obzirom na mali uzorak, ne možemo statistički značajno potkrijepiti i navesti razliku ovisnu o terapijskom pristupu, ali svakako je vidljivo usmjerenje u korist

biološke terapije kao kvalitativno utjecajne i učinkovite u odnosu na konvencionalnu terapiju. Opravdano se isti rezultati mogu nadovezati i upotpuniti s istraživanjima koja su dokazala značajno poboljšanje zdravstvene kvalitete života (HRQoL) i svih njezinih segmenata, održavanje remisije, smanjenje broja hospitalizacija uz smanjenje ukupnih troškova liječenja (123; 124).

S obzirom na zahtjevnost i kompleksnost biološke terapije i tzv. upravljanja imunosupresijom, a samim time u utjecajem na sve aspekte kvalitete života, neophodna su dodatna specifična znanja koje magistra sestrinstva mora posjedovati i istima tako osigurava adekvatno upravljanje holističkim pristupom i zdravstvenom njegom pacijenata, a ne samo primjenom terapije. Takvim rukovođenjem osiguravaju se dobri rezultati, prvenstveno na zadovoljstvo i sigurnost pacijenata, koji predstavljaju glavne entitete opisane kao primarne ciljeve u njezinom planu upravljanja.

U Varaždinu, 24. srpnja 2020.

—
MARKO
ALIFRANCO

Sveučilište
Sjever

—
MARKO



—
MARKO

—
SVEUČILIŠTE
SJEVER

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MARIJA KOĐAR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UČEŠĆE ŽENSKOG PERSONA U KREATIVNOM IZRAŽAVANJU (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Marija Kođar

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MARIJA KOĐAR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom: diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UČEŠĆE ŽENSKOG PERSONA U KREATIVNOM IZRAŽAVANJU (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Marija Kođar

(vlastoručni potpis)

11. Literatura

1. Wan GJ, Counte MA, Cella DF, Hernandez L, Deasy S, Shiimoto G. An Analysis of the Impact of Demographic, Clinical, and Social Factors on Health-Related Quality of Life. *Value in health*. 1999; 2(4):308-318.
2. Crnković I, Rukavina M, Ostrogonac K. Kvaliteta života laringektomiranih osoba. *JAHS*. 2015; 1(2):107-118.
3. Pinjatela R. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2008; 44(2):79-98.
4. Vucelić B, Čuković-Čavka S, Banić M, Bilić A, Borzan V, Duvnjak M, et al. Hrvatski konsenzus o liječenju upalnih bolesti crijeva biološkom terapijom. *Acta Med Croatica*. 2013; 67:75-87.
5. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2002; 347:417-29.
6. Abraham C, Cho JH. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2009; 361:2066-78.
7. Naser SA, Sagrainsingh SR, Naser AS, Thanigachalam S. Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis causes Crohn's disease in some inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol. Baishideng Publishing Group Inc*. 2014; 20(23):7403-15.
8. Vucelić B. Upalne bolesti crijeva, str.723-60. [aut. knjige] Vucelić B i sur. Gastroenterologija i hepatologija. 2002; Zagreb: Medicinska naklada.
9. Cosnes J, Baugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease: an intervention study. *Gastroenterology*. 2001; 120:1093-99.
10. Vucelić B, Čuković-Čavka S. Upalne bolesti crijeva. *Medicus*. 2006; 15(1):53-62.
11. Shivananda S, Lennard-jones J, Logan R, et al. Incidence of IBD across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study. *Gut*. 1996; 9(5):690-7.
12. Panek M. Sastav crijevne mikrobiote i čimbenici upale u bolesnika s upalnim bolestima crijeva. 2018; Zagreb : Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

13. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr. NIH Public Access*. 2015; 169(11):1053–60.
14. Kolaček S, Hojsak I. Kronične upalne bolesti crijeva (IBD) u djece – novosti u etiologiji, fenotipu, dijagnostici i liječenju. *Paediatr Croat*. 2017; 61(1):10-25.
15. Irvine EJ, Farrokhyar F, Swarbrick, et al. Critical review of epidemiologic studies in IBD. *Scand J Gastroenterol*. 2001; 36(2):2-15.
16. Armitage E, Drummond HE, Wilson DC, et al. Increasing incidence of both juvenile-onset Crohn's disease and ulcerative colitis in Scotland. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001; 13:1439-47.
17. Mijandrušić Sinčić B, Vucelić B, Peršić M, et al. Incidence of IBD in Primorsko-goranska County, Croatia, 2000-2004: A prospective population based study. *Scand J Gastroenterol*. 2006; 41:437-44.
18. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2018; 390(10114):2769–78.
19. Freeman HJ. Natural history and long-term clinical course of Crohn's disease. *World Journal of Gastroenterology*. 2014; 20: 31–36.
20. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005; 5-36.
21. Truelove S, Witts L. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1995; 2(4947):1041-1048.
22. Katičić M. Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva. *Acta Med Croatica*. 2013; 67(2):93-110.
23. Stange E. European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2008; 2(1):21-23.

24. Vucelić B. Upalne bolesti crijeva. *Reumatizam*. 2013; 60(2):13-23.
25. Wei SC, Chang TA, Chao TH, Chen JS, Chou JW, Chou YH, et al. Management of Crohn's disease in Taiwan: consensus guideline of the Taiwan Society of *Inflammatory Bowel Disease*. *Intest Res*. 2017; 15(3):285–310.
26. Bjarnason I. The Use of Fecal Calprotectin in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2017; 13(1): 53–56.
27. Bruining DH, Bhatnagar G, Rimola J, Taylor S, Zimmermann EM, Fletcher JG. CT and MR enterography in Crohn's disease: current and future applications. *Abdom Imaging*. 2015; 40(5):965–974.
28. Yang SK. Personalizing IBD Therapy: The Asian Perspective. *Dig Dis*. 2016; 34:165-174.
29. Burger D, Travis S. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2011; 140:1827-37.
30. Henderson P, van Limbergen JE, Schwarze J, et al. Function of the intestinal epithelium and its dysregulation in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 7:382-95.
31. Salim SY, Soderholm JD. Importance of disrupted intestinal barrier in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17:362-81.
32. Nielsen OH. New Strategies for Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *Front Med*. 2014; 1:3.
33. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, Söderholm J, Colombel JF, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *J Crohns Colitis*. 2010; 4:28–6210.
34. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012; 380:1590–605.
35. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2011; 365:1713–2510.
36. Tsuia JJ, Huynh QH. Is top-down therapy a more effective alternative to conventional step-up therapy for Crohn's disease? *Ann Gastroenterol*. 2018; 31(4): 413–424.

37. Marteau P, Probert CS, Lindgren S, et al. Combined oral and enema treatment with Pentasa (mesalazine) is superior to oral therapy alone in patients with extensive mild/moderate active ulcerative colitis: a randomised, double blind, placebo controlled study. *Gut*. 2005; 54(7):960–965.
38. Safdi M, DeMicco M, Sninsky C, et al. A double-blind comparison of oral versus rectal mesalamine versus combination therapy in the treatment of distal ulcerative colitis. *American J Gastroenterol*. 1997; 92(10):1867–1871.
39. Wilhelm SM, Love BL. Management of patients with inflammatory bowel disease: current and future treatments. *Pharmaceutical Journal*. 2017; 9(3).
40. Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, et al. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *American J Gastroenterol*. 2011; 106(4):590–599.
41. Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, Gisbert JP, Raine T, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019; 14(1):4-22.
42. Sherlock ME, MacDonald JK, Griffiths AM, et al. Oral budesonide for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (10):Cd007698.
43. Rezaie A, Kuenzig ME, Benchimol EI, et al. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (6):CD000296.
44. Chande N, Patton PH, Tsoulis DJ, et al. Azathioprine or 6-mercaptopurine for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (10):Cd000067.
45. Timmer A, Patton PH, Chande N, et al. Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; (5):Cd000478.
46. McDonald JW, Wang Y, Tsoulis DJ, et al. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (8):CD003459.

47. Patel V, Wang Y, MacDonald JK, et al. Methotrexate for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (8):CD006884.
48. Khan KJ, Ullman TA, Ford AC, et al. Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *American J Gastroenterol*. 2011; 106(4):661–673.
49. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018; 113(4):481-517.
50. Sica GS, Biancone L. Surgery for inflammatory bowel disease in the era of laparoscopy. *World J Gastroenterol*. 2013; 19(16): 2445–2448.
51. Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D, Tonkić A, Čuković-Čavka S, Mijandrušić-Sinčić B, et al. Smjernice za kliničku prehranu kod upalnih bolesti crijeva. *Liječ vjesn*. 2018; 140:106–119.
52. Krznarić Ž, Kolaček S, Vranešić Bender D, et al. Hrvatske smjernice za primjenu enteralne prehrane u Crohnovoj bolesti. *Liječ Vjesn*. 2010; 132:1–7.
53. Triantafi Ilidis JK, Papalois AE. The role of total parenteral nutrition in inflammatory bowel disease: current aspects. *Scand J Gastroenterol*. 2014; 49(1):3–14.
54. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017; 36(3):623–50.
55. Vranešić Bender D. Procjena nutritivnog statusa bolesnika na odjelu gastroenterologije (disertacija). 2005; Zagreb, Sveučilište u Zagrebu : Prehrambeno-biotehnološki fakultet.
56. Forbes A, Escher J, Hébuterne X, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2017; 36(2):321–47.
57. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 21:499–508.

58. Neuendorf R, Harding A, Stello N, et al. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2016; 87:70–80.
59. Quick VM, Byrd-Bredbenner C, Neumark-Sztainer D. Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature. *Adv Nutr.* 2013; 4:277–86.
60. Ranjbaran Z, Keefer L, Farhadi A, et al. Impact of sleep disturbances in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 22:1748–53.
61. Taft TH, Ballou S, Bedell AMS, Lincenberg D. Psychological Considerations and Interventions in Inflammatory Bowel Disease Patient Care. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017; 46(4): 847–858.
62. Blonski W, Buchner AM, Lichtenstein GR. Inflammatory bowel disease therapy: current state-of-the-art. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011; 27(4):346–357.
63. Mijandrušić Sinčić B. Priprema bolesnika s upalnim bolestima crijeva za primjenu blokatora tumor-nekrotizirajućeg faktora alfa. *Medicina Fluminensis.* 2010; 29-36.
64. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis.* 2012; 6:965-90.
65. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. *J Crohn's Colitis.* 2012; 6: 991-1030.
66. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohn's Colitis.* 2010; 4: 28-62.
67. Van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohn's and Colitis.* 2010; 4: 7-27.
68. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med.* 2005; 353: 2462-76.

69. Reinisch W, Sandborn WJ, Rutgeerts P. Long term infliximab maintenance therapy for ulcerative colitis: the ACT-1 and ACT-2 extension studies. *Inflamm Bowel Dis.* 2012; 18:201-11.
70. Barreiro-de Acosta M, Garcia-Bosch O, Gordillo J. Efficacy of adalimumab rescue therapy in patients with chronic refractory pouchitis previously treated with infliximab: a case series. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012; 24: 756-8.
71. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med.* 2014; 350: 876-85.
72. Stack WA, Mann SD, Roy AJ. Randomised controlled trial of CDP571 antibody to tumour necrosis factor-alpha in Crohn's disease. *Lancet.* 1997; 349: 521-4.
73. MacDonald JK, Nguyen TM, Khanna R, Timmer A. Ustekinumab i briakinumab za liječenje aktivne Crohnove bolesti. *Cochrane Systematic Review.* 2016; 10.1002/14651858.CD007572.
74. Khanna R, Feagan BG. Ustekinumab for the treatment of Crohn's disease. *Immunotherapy.* 2013; 5(8):803-15.
75. Niederreiter L, Adolph TE, Kaser A. Anti-IL-12/23 in Crohn's disease: bench and bedside. *Current Drug Targets.* 2013; 14(12):1379-84.
76. Pache I, Rogler G, Felley C. TNF-alpha blockers in inflammatory bowel diseases: practical consensus recommendations and a user's guide. *Swiss Med Wkly.* 2009; 139:278-87.
77. Viget N, Vernier-Massouille G, Salmon-Ceron D, Yazdanpanah Y, Colombel JF. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. *Gut.* 2008; 57:549-58.
78. Rahier JF, Ben-Horin S, Chowers Y, Conlon C, De Munter P, D'Haens G, et al. European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of oppurtunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohn's Col.* 2009; 3(2):47-91.

79. Louis E, Belaiche J, Reenaers C. Anti-TNF and Crohn's disease: when should we stop? *Curr Drug Targets*. 2010; 11:148-51.
80. Louis E, Mary JY, Vernier-Massouille G, et al. Maintenance of remission among patients with Crohn's disease on antimetabolite therapy after infliximab is stopped. *Gastroenterology*. 2012; 142: 63-70.
81. Reinisch W, Sandborn WJ, Rutgeerts P, et al. Long term infliximab maintenance therapy for ulcerative colitis: the ACT-1 and ACT-2 extension studies. *Inflamm Bowel Dis*. 2012; 18:201-11.
82. D'Haens GR, Panaccione R, Higgins PDR. World Congress with European Crohn's and Colitis Organisation: when to start, which drug to choose, and how to predict response? *Am J Gastroenterol*. 2011; 106: 199-212.
83. Leach P, De Silva M, Mountfield R, Edwards S, Chitti L, Fraser RJ, Bampton P. The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *J Crohns Colitis*. 2014; 8(5):370-4.
84. Molander P, Jussila A, Toivonen T, Mäkkeli P, Alho A, Kolho KL. The impacts of an inflammatory bowel disease nurse specialist on the quality of care and costs in Finland. *Scand J Gastroenterol*. 2018; 53(12):1463-1468.
85. O'Connor M, Bager P, Duncan J, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *J Crohns Colitis*. 2013; 7:744-764.
86. Whayman K, Stansfield C, Duncan J, O'Connor M. Developing the role of the clinical nurse specialist in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Nurs*. 2012; 10:22-27.
87. Corrala JE, Yarurb AJ, Diaza L, Simmons OL, Sussman DA. Cross-sectional analysis of patient phone calls to an inflammatory bowel disease clinic. *Ann Gastroenterol*. 2015; 28:357-365.
88. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. 2012; 6:965-990.

89. Nightingale AJ, Middleton W, Middleton SJ, Hunter JO. Evaluation of the effectiveness of a specialist nurse in inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology*. 2000; 12 (9):967-973.
90. Castledine G. Advanced and specialist nursing practice. *Oxford: Blackwell Publishing*. 1998. London: Routledge.
91. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013; 7(4):322-37.
92. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002; 83(2):10-7.
93. Casellas F, López-Vivancos J, Vergara M, Malagelada J. Impact of inflammatory bowel disease on health-related quality of life. *Dig Dis*. 1999; 17:208-218. .
94. Taft TH, Keefer LA. Systematic review of disease-related stigmatization in patients living with inflammatory bowel disease. *Clin Exp Gastroenterol* . 2016; 9:49-58.
95. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. 1993; *New York : Oxford University Press*.
96. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *J Am Med Assoc*. 1995; 273:59-65.
97. Sousa KH, Kwok OM. Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modelling. *Qual Life Res*. 2006; 15:725-37.
98. Ferrans CA, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholars*. 2005; 37:336-42.
99. Jerant A, Fenton JJ, Bertakis KD, Franks P. Satisfaction with health care providers and preventive care adherence: a national study. *Med Care*. 2014; 52:78-85.
100. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012; 172:405-411.

101. Eijk I, Stockbrügger R, Russel M. Influence of quality of care on quality of life in IBD: literature review and studies planned. *Eur J Intern Med.* 2000; 11:228-234.
102. Bager P, Julsgaard M, Vestergaard T, Christensen LA, Dahlerup JF. Adherence and quality of care in IBD. *Scand J Gastroenterol.* 2016; 51:1326-1331.
103. Janke KH, Klump B, Gregor M, Meisner C, Haeuser W. Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2005; 11:272–286.
104. Fullwood A, Drossman DA. The relationship of psychiatric illness with gastrointestinal disease. *Annu Rev Med.* 1995; 46:483–496.
105. Lönnfors S, Vermeire S, Avedano L. IBD and health-related quality of life — Discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2014; 8(10):1281–1286.
106. Mahadev S, Young JM, Selby W, Solomon MJ. Quality of Life in Perianal Crohn's Disease: What Do Patients Consider Important? *Dis Colon Rectum.* 2011; 54(5):579-85.
107. Verissimo R. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Psychometric Evaluation of an IBDQ Cross-Culturally Adapted Version. *Gastrointestin Liver Dis.* 2008; 17(4):439-444.
108. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 1989; 96: 804-10.
109. Lewis JD. The Role of Diet in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2016; 12(1): 51–53.
110. Campos dos Santos J, Malaguti C, Azevedo Lucca F, et al. Impact of biological therapy on body composition of patients with Chron's disease. *Rev Assoc Med Bras.* 2017; 63(5):407-413.
111. Lee AJ, Kraemer DF, Kanar O, Berry AC, Smotherman C, Eid E. Immunomodulator and Biologic Agent Effects on Sleep Quality in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Ochsner J.* 2018; 18(1): 76–80.

112. De Boer AG, Bennebroek Evertsz' F, Stokkers PC, Bockting CL, et al. Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016; 28(10):1130-1136.
113. Molander P, Kempainen H, Ilus T, Sipponen T. Long-term deep remission during maintenance therapy with biological agents in inflammatory bowel diseases. *Scand J Gastroenterol*. 2019; 55(1):34-40.
114. Moss AC. Optimizing the use of biological therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2015; 3(1): 63–68.
115. Vogelaar L, Spijker AV, van der Woude CJ. The impact of biologics on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Clin Exp Gastroenterol*. 2009; 2:101–109.
116. Loftus EV, Feagan BG, Colombel JF, et al. Effects of adalimumab maintenance therapy on health-related quality of life of patients with Crohn's disease: patient-reported outcomes of the CHARM trial. *Am J Gastroenterol*. 2008; 103:3132–3141.
117. Feagan BG, Reinisch W, Rutgeerts P, et al. The effects of infliximab therapy on health-related quality of life in ulcerative colitis patients. *Am J Gastroenterol*. 2007; 102:794–802.
118. Feagan BG, Yan S, Bala M, Bao W, Lichtenstein GR. The effects of infliximab maintenance therapy on health-related quality of life. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98:2232–2238.
119. Robinson A, Thompson DG, Wilkin D, Roberts C. Guided self-management and patient-directed follow-up of ulcerative colitis: a randomised trial. *Lancet*. 2001; 358:976–981. .
120. Larsson K, Sundberg HM, Karlbom U, Nordin K, Anderberg UM, Loof L. A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2003; 38:763–769.

121. Oxelmark L, Magnusson A, Lofberg, Hilleras P. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. *Inflamm Bowel Dis.* 2007; 13:182–190.
122. Mosli MH, MacDonald JK, Bickston SJ, Behm BW, Tsoulis DJ, et al. Vedolizumab for Induction and Maintenance of Remission in Ulcerative Colitis: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Inflamm Bowel Dis.* 2015; 21(5):1151-9.
123. Holdam AS, Bager P, Dahlerup JF. Biological therapy increases the health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 2016; 51(6):706-711.
124. Owczarek D, Cibor D, Szczepanek M, Mach T. Biological Therapy of Inflammatory Bowel Disease. *Pol Arch Med Wewn.* 2009; 119 (1-2):84-88.

12. Popis slika

- Slika 2.1. Razina incidencije upalnih bolesti crijeva u svijetu; *Izvor:* https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (19.4.2020.)..... 3
- Slika 2.2. Zapadna Europa: Incidencija UC i CB na 100 000 stanovnika; *Izvor:* https://www.researchgate.net/figure/Worldwide-incidence-of-Crohns-disease-stratified-from-low-to-high-incidence-per_fig4_334441836 (19.4.2020.)..... 4
- Slika 2.1.1. Diskontinuitet upalnih promjena kod Crohnove bolesti; *Izvor:* https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (26.3.2020.)..... 5
- Slika 2.2.1. Kontinuitet upale i proksimalno širenje UC; *Izvor:* https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (26.3.2020.)..... 6
- Slika 2.3.1. Neklasificirana/neodređena upalna bolest crijeva; *Izvor:* https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (19.4.2020.)..... 7

13. Prilozi

Prilog 13.1. Odobrenje Etičkog povjerenstva o provođenju istraživanja

OPĆA BOLNICA VARAŽDIN

Etičko povjerenstvo

Broj:02/1-91/95-2019.

Varaždin, 04. prosinca 2019.

Na temelju odredaba članka 3. i 5. Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin, Etičko povjerenstvo na 95. sjednici održanoj 4. prosinca 2019. godine donijelo je

ODLUKU

I. Donosi se odluka o davanju suglasnosti na provođenje anonimnog i dobrovoljnog istraživanja pod nazivom „Utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života obupalih od upalnih bolesti crijeva“ koje će u Općoj bolnici Varaždin, Odjelu za gastroenterologiju i dnevnoj bolnici provoditi Marija Korpar, studentica diplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjeveru u svrhu izrade diplomskog rada.

Istraživanje se može provoditi uz uvjete da je ispitanik o ispitivanju informiran, da postoji slobodna odluka o sudjelovanju u istraživanju te potpisani pristanak i da je ispitivanje potpuno anonimno.

II. Od punog sastava Etičkog povjerenstva

1. Krunoslav Koščak, dr.med.
2. Alen Pajtak, dr.med.
3. Sanjara Kucijan, dr.med.
4. Vilim Kolaric, dr.med.
5. Ksenija Kukoc, dipl.med.sestra
6. Monika Melnjak, mag.psych.
7. Bosiljka Matnar, dipl. iur.

sjednici su bili nazočni:

1. Krunoslav Koščak, dr.med.
2. Alen Pajtak, dr.med.
3. Tatjana Jurkin Vručec, dr.med.
4. Vilim Kolaric, dr.med.
5. Ksenija Kukoc, dipl.med.sestra
6. Monika Melnjak, mag.psych.

Etičko povjerenstvo jednoglasno je donijelo ovu odluku.



Krunoslav Koščak, dr. med.

Prilog 13.2. Ogladni primjerak Informiranog pristanka za ispitanike

INFORMIRANI PRISTANAK ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

NAZIV ISTRAŽIVANJA: Utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva

MJESTO ISTRAŽIVANJA: Opća bolnica Varaždin, Služba za interne bolesti, Odjel za gastroenterologiju, Dnevna internistička bolnica

IME I PREZIME VODITELJA ISTRAŽIVANJA: Marija Korpar, bacc.med.techn.

Poštovani,

pozivamo Vas da u svojstvu sudionika sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se prema Vašoj medicinskoj dokumentaciji te putem ankete i kratkog intervjua ispitati Vaš subjektivni status te kvaliteta života ovisno o primjeni vrste terapije (standardne terapije ili biološke terapije) u liječenju upalne bolesti crijeva. Želimo da sudjelujete u istraživanju zato što ispunjavate gore navedene kriterije što je ključan čimbenik za uspješnost samog istraživanja.

Voditelj istraživanja je Marija Korpar, studentica diplomskog studija sestrinstva te prvostupnica sestrinstva na Odjelu gastroenterologije OB Varaždin, a pod vodstvom doc.dr.sc. Rosane Ribić, Sveučilište Sjever, Varaždin. Istraživanje nema nikakvu financijsku potporu, a provodi se u svrhu izrade diplomskog rada.

Molimo Vas pažljivo pročitajte ovaj Informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju u kojem se objašnjava zašto se ispitivanje provodi i koji bi mogli biti rizici za Vaše zdravlje ukoliko pristanete sudjelovati. U slučaju da ne razumijete bilo koji dio Informiranog pristanka molimo Vas da se za objašnjenje obratite ispitivaču u istraživanju. Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno i možete se u bilo kojem trenutku povući. Ukoliko odlučite sudjelovati u ovom istraživanju od Vas će se tražiti da potpišete Informirani pristanak uz naznaku datuma. Informirani pristanak potpisuje se u dva primjerka. Jedan ostaje kod sudionika ispitivanja, a drugi kod istraživača.

Istraživač koji provodi ovo istraživanje neće primiti nikakvu financijsku naknadu.

Podaci o istraživanju: Cilj istraživanja je ustvrditi postoje li različitosti u kvaliteti svakodnevnog života i aktivnosti između bolesnika na biološkoj terapiji, odnosno na standardnoj terapiji kortikosteroidima, imunomodulatorima, antibioticima i drugim lijekovima te ispitati zadovoljstvo navedenim metodama liječenja. Od sudionika se očekuje da ispuni upitnik s unaprijed ponuđenim odgovorima (anonimno) te da s voditeljem istraživanja dogovori termin kratkog razgovora/intervjua koji bi se proveo u prostorijama OB Varaždin, a vezano isključivo za Vašu osnovnu bolest.

Mogući rizici sudjelovanja u istraživanju: Istraživanje ne donosi nikakve rizike i neželjene posljedice za Vas i Vaše zdravlje.

Moguća korist od istraživanja: Sudjelovanjem u istraživanju doprinijet ćete spoznaji o kvaliteti života oboljelih od upalnih bolesti crijeva ovisno o vrsti terapije kojoj ste podvrgnuti.

Rezultati: Ukupni rezultati bit će prikazani u diplomskom radu Marije Korpar.

Zaštita identiteta sudionika: Identitet sudionika bit će poznat samo voditelju istraživanja.

Anonimnost i povjerljivost podataka: Prikupljeni podaci o identitetu sudionika i njihovom zdravstvenom stanju bit će poznati samo voditelju istraživanja te se neće objavljivati izvan istraživačkog konteksta.

Korist za istraživača: Rezultati istraživanja bit će korišteni u svrhu izrade diplomskog rada.

Tko je odobrio istraživanje: Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin.

Pitanja o ispitivanju i kontakt podaci: Za sva dodatna pitanja o samom istraživanju možete se slobodno obratiti voditelju ovog istraživanja, Mariji Korpar, osobno ili putem mail adrese, makorpar@unin.hr.

Dobrovoljno sudjelovanje: Sudjelovanje u ovome istraživanju je u potpunosti dobrovoljno. Vaša odluka o tome da li želite ili ne želite sudjelovati u ovom istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja. Ukoliko se odlučite sudjelovati u istraživanju, možete u bilo kojem trenutku prekinuti svoje sudjelovanje u njemu. O Vašoj odluci obavijestit ćete istraživača u pisanom obliku (adresa je navedena). Odluka o prekidanju sudjelovanja u istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja.

Svojim potpisom potvrđujem da sam informiran/a o ciljevima, prednostima i rizicima ovog istraživanja i pristajem u njemu sudjelovati.

U Varaždinu, godine.

Potpis sudionika

Ili Zakonskog zastupnika

Potpis voditelja istraživanja

Prilog 13.3. Primjerak IBDQ upitnika na hrvatskom jeziku

1. Koliko često ste imali stolicu u posljednja 2 tjedna?		7. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti da ćete morati na operaciju zbog vaših probavnih smetnji?	
Stolice su učestalije nego ikad prije	1	Cijelo vrijeme	1
Iznimno učestale	2	Većinu vremena	2
Jako učestale	3	Dobar dio vremena	3
Umjereni porast učestalosti stolica	4	Neko vrijeme	4
Nešto veći porast učestalosti stolica	5	Manji dio vremena	5
Blagi porast učestalosti stolica	6	Vrlo mali dio vremena	6
Normalno, bez porasta učestalosti stolica	7	Nikako	7
2. Koliko vam je često osjećaj umora ili iscrpljenosti bio problem u posljednja 2 tjedna?		8. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna morali odgoditi ili otkazati društveni događaj zbog probavnih problema?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
3. Koliko ste se često u posljednja 2 tjedna osjećali frustrirano, nestrpljivo ili nemirno?		9. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog grčeva u trbuhu?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
4. Koliko često u posljednja 2 tjedna niste mogli pohađati školu ili ići na posao zbog probavnih smetnji?		10. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali općenito loše?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
5. Koliko često u posljednja 2 tjedna niste imali stolicu?		11. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti da nećete moći naći WC?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
6. Koliko energije ste imali u posljednja 2 tjedna?		12. Koliko ste poteškoća imali zbog probavnih smetnji za vrijeme slobodnog vremena ili sportskih aktivnosti u posljednja 2 tjedna?	
Nisam imao energije	1	Jako puno poteškoća; aktivnosti su nemoguće	1
Vrlo malo	2	Puno poteškoća	2
Malo	3	Dosta poteškoća	3
Nešto	4	Poneka poteškoća	4
Umjereni	5	Malo poteškoća	5
Dosta	6	Vrlo malo poteškoća	6
Puno	7	Bez poteškoća; probavni problemi ne ograničavaju razonodu i šport	7

<p>13. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali bol u trbuhu?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7	<p>19. Mnogi pacijenti s probavnim smetnjama često su zabrinuti ili tjeskobni zbog vlastite bolesti. Brinu se da će dobiti rak, da im nikad neće biti bolje ili da će se bolest ponovno javiti. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti ili tjeskobni?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
<p>14. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna loše spavali ili se budili tijekom noći?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7	<p>20. Koliko često vas je u posljednja 2 tjedna mučio osjećaj nadutosti?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
<p>15. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali depresivno ili obeshrabreno?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7	<p>21. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali opušteno i bez napetosti?</p> <table border="1"> <tr><td>Nikako</td><td>1</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>4</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Gotovo cijelo vrijeme</td><td>6</td></tr> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>7</td></tr> </table>	Nikako	1	Manji dio vremena	2	Dio vremena	3	Dobar dio vremena	4	Većinu vremena	5	Gotovo cijelo vrijeme	6	Cijelo vrijeme	7
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
Nikako	1																												
Manji dio vremena	2																												
Dio vremena	3																												
Dobar dio vremena	4																												
Većinu vremena	5																												
Gotovo cijelo vrijeme	6																												
Cijelo vrijeme	7																												
<p>16. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna morali izbjegavati događaje gdje nije bilo blizu WC-a?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7	<p>22. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali krvarenje u stolici?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
<p>17. Koliko ste u posljednja 2 tjedna imali problema s plinovima?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7	<p>23. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali posramljeno zbog probavnih smetnji?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												
<p>18. Koliki problem vam je u posljednja 2 tjedna bio zadržati ili dobiti na tjelesnoj masi koju biste željeli postići?</p> <table border="1"> <tr><td>Glavni problem</td><td>1</td></tr> <tr><td>Veliki problem</td><td>2</td></tr> <tr><td>Značajan problem</td><td>3</td></tr> <tr><td>Briga</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manja briga</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mala briga</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Glavni problem	1	Veliki problem	2	Značajan problem	3	Briga	4	Manja briga	5	Vrlo mala briga	6	Nikako	7	<p>24. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali osjećaj da morate na WC, iako su su vam crijeva bila prazna?</p> <table border="1"> <tr><td>Cijelo vrijeme</td><td>1</td></tr> <tr><td>Većinu vremena</td><td>2</td></tr> <tr><td>Dobar dio vremena</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neko vrijeme</td><td>4</td></tr> <tr><td>Manji dio vremena</td><td>5</td></tr> <tr><td>Vrlo mali dio vremena</td><td>6</td></tr> <tr><td>Nikako</td><td>7</td></tr> </table>	Cijelo vrijeme	1	Većinu vremena	2	Dobar dio vremena	3	Neko vrijeme	4	Manji dio vremena	5	Vrlo mali dio vremena	6	Nikako	7
Glavni problem	1																												
Veliki problem	2																												
Značajan problem	3																												
Briga	4																												
Manja briga	5																												
Vrlo mala briga	6																												
Nikako	7																												
Cijelo vrijeme	1																												
Većinu vremena	2																												
Dobar dio vremena	3																												
Neko vrijeme	4																												
Manji dio vremena	5																												
Vrlo mali dio vremena	6																												
Nikako	7																												

25. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali plačljivo ili uzrujano?		29. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog mučnine ili nelagode u truhu?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
26. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog slučajnog prljanja rublja?		30. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali razdražljivo?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
27. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili ljuti zbog vaših probavnih problema?		31. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna osjećali manjak razumijevanja od drugih ljudi?	
Cijelo vrijeme	1	Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2	Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3	Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4	Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5	Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6	Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7	Nikako	7
28. Koliko su vaši probavni problemi ograničavali spolne odnose u posljednja 2 tjedna?		32. Koliko ste zadovoljni i sretni s vašim životom u posljednja 2 tjedna?	
U potpunosti ograničavaju	1	Vrlo sam nezadovoljan i nesretan većinu vremena	1
Znatno ograničavaju	2	Općenito sam nezadovoljan i nesretan	2
Umjerenog ograničavaju	3	Malo sam nezadovoljan i nesretan	3
Ponekad ograničavaju	4	Općenito sam zadovoljan i sretan	4
Malo ograničavaju	5	Zadovoljan sam i sretan većinu vremena	5
Vrlo malo ograničavaju	6	Vrlo sam zadovoljan i sretan većinu vremena	6
Ne ograničavaju	7	Iznimno sam zadovoljan i sretan	7

