

Kvaliteta života hospitaliziranih psihijatriskih bolesnika prema skupinama poremećaja

Kalić, Sandra

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:145130>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sandra Kalić

**KVALITETA ŽIVOTA
HOSPITALIZIRANIH
PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA PREMA
SKUPINAMA POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sandra Kalić

**KVALITETA ŽIVOTA
HOSPITALIZIRANIH
PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA PREMA
SKUPINAMA POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren pri Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

Mentorica rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag.med.techn

Rad ima 39 listova i 16 tablica

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvaljujem doc. dr. sc. Štefci Mikšić na mentorstvu. Također zahvaljujem izvođaču radova, Marinu Mamiću, mag. med. techn. na stručnoj pomoći i vođenju k ostvarenju završnog rada.

Zahvaljujem svojim roditeljima i zaručniku na velikoj podršci, a posebno zahvaljujem svojim radnim kolegama, članovima psihijatrijskog tima na pružanju podrške i motivacije tijekom ove dvije godine studiranja.

SADRŽAJ

1.UVOD	1
1.1.Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola	1
1.2.Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja	2
1.3.Poremećaji raspoloženja.....	3
1.4.Neuropski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom	4
1.5.Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika	6
2.CILJ	7
3.ISPITANICI I METODE	8
3.1.Ustroj studije.....	8
3.2.Ispitanici	8
3.3.Metode	8
3.4.Statističke metode	9
3.5.Etičko odobrenje.....	9
4.REZULTATI.....	10
5.RASPRAVA.....	20
6.ZAKLJUČAK	24
7.SAŽETAK.....	25
8.SUMMARY	26
9.LITERATURA.....	27
10.ŽIVOTOPIS	31
11.PRILOZI.....	32

1.UVOD

Mentalno i tjelesno zdravlje imaju ključnu ulogu u životu ljudi kao i u društvenom razvoju. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira mentalno zdravlje kao stanje u kojem pojedinac ima mogućnost realizirati svoje potencijale, može se nositi sa svakodnevnim stresom, može produktivno i plodno raditi te može doprinosti zajednici u kojoj boravi. Na mentalno zdravlje utječu psihološki, socijalni i biološki čimbenici. Kod rizičnih osoba pojavljuje se zlostavljanje, nasilje i uporaba sredstava ovisnosti te osjećaj straha, beznađa i nesigurnosti (1).

Prema SZO kvaliteta života je definirana kao percepcija pojedinca o njegovom položaju u životu u kontekstu kulture življenja i sustava vrijednosti u odnosu na ciljeve, probleme, očekivanja i standarde sredine (2). Prema Cummins kvaliteta života može biti subjektivna i objektivna. Subjektivna kvaliteta života uključuje emocionalno i materijalno blagostanje, zdravlje, intimnost, produktivnost, zajednicu i sigurnost. Subjektivna kvaliteta života pokazuje razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju realnih životnih uvjeta. Objektivna kvaliteta života uključuje kulturno relevantne mjere objektivnog blagostanja. Stupanj demokratičnosti u društvu, materijalno stanje i stanje okoliša opisuju objektivnu kvalitetu života (3).

1.1.Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola

Ovisnost o alkoholu je javnozdravstveni problem diljem svijeta (4). Zloupotreba alkohola uzrokuje mentalna i tjelesna oštećenja. Alkoholičari starije životne dobi mogu razviti i smrtonosne posljedice zbog fizioloških promjena koje nastaju u starijoj dobi (5). Osobe koje zloupotrebljavaju alkohol su izložene sociopatskom i kriminalnom ponašanju, dolazi do problema unutar obitelji i društva. Alkoholizam uzrokuje nefunkcioniranje obitelji što se manifestira zanemarivanjem djece od roditelja koji je ovisnik o alkoholu te emocionalnom i materijalnom osiromašenju obitelji. Psihološki poremećaji djece čiji su roditelji alkoholičari su česti. Unutar obitelji se javlja agresivnost zbog variranja osjećaja od ljubavi do mržnje. Neke od karakteristika alkoholičara su: česte promjene raspoloženja, gubitak interesa za financijsko stanje obitelji, gubitak interesa za odgoj djece, izbjegavanje razgovora koji su usmjereni na rješavanje obiteljskih problema. Liječenje ovisnosti o alkoholu je složen proces i zahtijeva cjelovit pristup u liječenju (6). Alkoholizam predstavlja problem na radnom mjestu jer utječe na produktivnost zaposlenika. Zdravstvena i radna nesposobnost se javljaju kod zaposlenih alkoholičara jer je kod njih oštećeno prosuđivanje, oslabljeni su refleksi te

nepravilno izvršavaju svoja zaduženja. Prekomjerno konzumiranje alkohola može biti posljedica izloženosti zaposlenika profesionalnom stresu. Najveću ulogu u prevenciji i apstinenciji imaju liječnici primarne zdravstvene zaštite i obitelj alkoholičara. Važno je da je ovisnik o alkoholu motiviran i da prihvaća dugotrajni proces liječenja. Liječenje ovisnosti o alkoholu zahtijeva multidisciplinarni pristup uz podršku obitelji kroz sve faze liječenja (4,5). Ispitivanje kvalitete života je klinički važno kako bi se bolesnici mogli motivirati za nastavak liječenja i prevladavanje poteškoća vezanih uz pijeње alkohola. 2014. godine Hrvatska je zauzimala 4. mjesto u svijetu po konzumaciji alkohola (7).

Prema istraživanju Petrović, Peraica i Kovačić provedenom u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče pokazalo se kako alkoholičari imaju manju kvalitetu života. Također je utvrđeno kako niža razina obrazovanja, nizak socioekonomski status i hospitalizacije utječu na kvalitetu života ovisnika o alkoholu (7).

1.2. Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja

Shizofrenija je kronični rekurentni poremećaj koji se obično javlja od rane odrasle dobi do kraja života. Najčešće se psihičke promjene pojavljuju tijekom prvih nekoliko godina bolesti (8). Klinička slika shizofrenije očituje se: halucinatornim doživljajima, sumanutim mislima, poremećajima tijeka misli, kognitivnim poteškoćama, motoričkim promjenama funkcioniranja i nemogućnošću samokontrole. Simptomi shizofrenije su pozitivni i negativni. Pozitivni simptomi uključuju: sumanutosti, halucinacije, katatoniju, agitaciju, distorzičnu komunikaciju i govor, te dezorganiziranost u ponašanju. Negativni simptomi uključuju: socijalnu izolaciju, emocionalnu povučenuost, narušeno apstraktno mišljenje, stereotipije, anhedoniju te gubitak volje za postizanje željenih ciljeva. Kod bolesnika oboljelih od shizofrenije također se javlja depresivno raspoloženje, osjećaj krivnje i agresivnost. Zbog suicidalnog rizika, shizofreni bolesnici mogu imati dvadeset do trideset godina kraći životni vijek u odnosu na opću populaciju. (9). Kada se ispituje kvaliteta života bolesnika oboljelih od shizofrenije naglasak se stavlja na zadovoljstvo svakodnevnim životnim aktivnostima te na socijalnu interakciju u bolesnikovoj okolini (10). Prema istraživanju Ristić i Batinić pokazalo se kako je deficit opažanja emocija kod bolesnika oboljelih od shizofrenije povezan sa socijalnom disfunkcijom i sa subjektivnom procjenom niže kvalitete života te kako je kvaliteta života međusobno povezana sa socijalnim funkcioniranjem (11). Rezultati istraživanja Chewa i suradnika su pokazali kako broj hospitalizacija negativno utječe na mentalno zdravlje oboljelih od shizofrenije (12).

Psihoza označava niz simptoma koji uključuju: oštećeno mentalno funkcioniranje, nemogućnost prosudbe realnosti, poremećaj raspoloženja te narušene odnose i način komuniciranja s drugima. Poremećaji kod kojih je prisutna psihoza su: shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji, perzistirajući sumanutni poremećaji i neorganska psihotična stanja (13). Prema istraživanju Guedes de Pinho i suradnika pokazalo se kako nezaposlenost negativno utječe na kvalitetu života shizofrenih bolesnika kako dobri socijalni odnosi s drugima pozitivno utječu na kvalitetu života shizofrenih bolesnika (14). U istraživanju provedenom koje su proveli Nadalin i suradnici u KBC Rijeka i PB Rab pokazalo se kako pušenje cigareta ne utječe na indeks tjelesne mase (body mass index, BMI) kod shizofrenih bolesnika (15).

1.3.Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja su skupina psihijatrijskih poremećaja koji označavaju promjene u području ponašanja i osjećaja kod kojih su oštećene emocije i raspoloženje. Poremećaji raspoloženja se javljaju obično u adolescenciji i u većini slučajeva traju doživotno. Osobe mlađe životne dobi imaju intenzivnije afektivne reakcije, nego starije osobe te zbog toga obolijevaju od težih poremećaja raspoloženja. Osobe starije životne dobi imaju težak tijek bolesti zbog slabe reakcije na liječenje. Kod starijih osoba poremećaje raspoloženja uzrokuje manjak socijalne podrške, isključenost iz društva i disabilitet (16).

Depresija je najčešći poremećaj raspoloženja i najranije opisana bolest. Simptomi koji se pojavljuju kod osoba oboljelih od depresije su: gubitak interesa za izvršavanje svakodnevnih životnih aktivnosti, gubitak osjećaja zadovoljstva, manjak energije, psihomotorna usporenost, smetnje spavanja, depresivno raspoloženje inisko samopoštovanje. Depresivni bolesnici su često okupirani pesimizmom vezanim za budućnost te se kod nekih bolesnika pojavljuju suicidalne ideje. Depresija može dovesti i do pojave psihotičnih smetnji koje se očituju sumanutim smetnjama kao što su: samokrivnja za ekonomsku krizu, poplave, potrese i samokrivnja za nevolje u obitelji. Kod depresivnih bolesnika su ponekad prisutne i halucinacije, ovisno o težini depresije (17). Prema istraživanju Siversten i suradnika pokazalo se kako depresija negativno utječe na kvalitetu života te da nakon oporavka od depresije dolazi do povećanja kvalitete života (18). Trajkov i suradnici su u svom istraživanju iznijeli rezultate kako fizička aktivnost kod depresivnih bolesnika pozitivno utječe na kvalitetu života te da su osobe koje su vježbale dva puta tjedno izrazile veću kvalitetu života (19). U istraživanju Elhadada i suradnika provedenom među 117 bolesnika na hemodijalizi pokazalo se kako je depresija izraženija kod bolesnika koji imaju niži stupanj obrazovanja i kod

nezaposlenih bolesnika (20). Rezultati istraživanja Chooa i suradnika su pokazali kako težina poremećaja negativno utječe na mentalno zdravlje oboljelih od depresije (12).

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je poremećaj raspoloženja kod kojeg je promijenjeno emocionalno stanje koje utječe na misli i ponašanje osobe. Kod većeg broja bolesnika BAP počinje s depresijom. BAP ima epizode depresije i manije koje imaju kroničan tijek i mogu trajati do godinu dana. Maničnu epizodu karakterizira povišeno raspoloženje i razdražljivost, navedeni simptomi trebaju trajati najmanje tjedan dana kako bi se postavila dijagnoza s maničnom epizodom. Bolesnik u fazi manije ima smanjenu potrebu za spavanjem, veliku potrebu za razgovaranjem i govorom, ubrzanog je tijeka misli te se javljaju rizične aktivnosti kao što je nekontrolirano trošenje novca. U fazi manije bolesnik ima poteškoće sa socijalnim odnosima s drugima (21). Popović je u svom istraživanju provedenom u Kliničkom centru Srbije na uzorku od 215 hospitaliziranih bolesnika iznijela rezultate kako muškarci oboljeli od BAP-a češće obole od asocijalnog poremećajate osobe koje nisu u radnom odnosu uz BAP obole i od asocijalnog poremećaja ličnosti (22). Prema istraživanju Amy i Kozak pokazalo se da je kod pretilih osoba koje imaju kronične bolove prisutna depresija s obzirom na to da svoje bolove rješavaju prejedanjem te na taj način dobivaju na tjelesnoj težini te su sniženog raspoloženja (23). Koloktin i suradnici su u svom istraživanju prikazali rezultate koji pokazuju kako pretilost kod bolesnika oboljelih od BAP-a smanjuje kvalitetu života (24).

1.4. Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom

Neurotskim, somatoformnim poremećajima i poremećajima izazvanim stresom je zajednička anksioznost. Anksioznost je skup tjelesnih i psihičkih simptoma koji se javljaju kada je osoba uplašena, ali bez poznavanja uzroka straha, odnosno u situacijama kod kojih ne postoji strah kod drugih osoba. Dijagnoza anksioznih poremećaja se postavlja na temelju: prisutnosti anksioznosti, situacija u kojima se javlja anksioznost i duljini trajanja, prisutnosti stresnog događaja nakon kojeg su se pojavili simptomi. Kod osoba oboljelih od navedenog poremećaja javljaju se poteškoće u socijalnom i radnom funkcioniranju. Simptomi koji ukazuju na anksioznost su: lupanje srca, pojačano znojenje, tremor tijela, nelagoda u trbuhu, pritisak u prsima, strah od smrti, psihička i tjelesna napetost, razdražljivost, poteškoće koncentracije i poteškoće usnivanja (25). Prema istraživanju Elhadada i suradnika pokazalo se kako se simptomi anksioznosti povećavaju starenjem (20). Panični poremećaj je karakteriziran napadajima panike u situacijama gdje nema objektivne opasnosti (25). Prilikom paničnog napada javlja se osjećaj gušenja, tahikardija, mučnina i vrtoglavica. Napadaj panike može trajati i do 30 minuta (26). Agorafobija je karakterizirana pojavom anksioznosti u situacijama

kada se osoba nalazi među masom ljudi i na javnim mjestima. Socijalna fobija se javlja u situacijama kada je osoba u središtu pozornosti (npr. javno govorenje), javlja se strah od osramoćenosti ako drugi primijete simptome. Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP) se dijagnosticira na temelju duljine trajanja opsesija i kompulzija. Opsesija i kompulzije trebaju trajati većinu dana tijekom 2 tjedna. Osobe oboljele od OKP-a nemaju kontrolu nad svojim opsesijama dok se ponavljanje radnje vrši s ciljem smanjenja anksioznosti. Poremećaj prilagodbe je karakteriziran simptomima anksioznosti i depresije. Simptomi navedenog poremećaja nastaju kod prilagodbe na važne životne promjene ili kod stresnih događaja, a javljaju se unutar jednog mjeseca od stresnog događaja i traju do 6 mjeseci (25).

Somatoformni poremećaji su karakterizirani zaokupiranošću tijelom i strahom od bolesti. Simptomi somatoformnih poremećaja ukazuju na pojavu fizičke bolesti, no ne postoje objektivni nalazi koji ukazuju na fizičku bolest. Najčešći simptomi koji se pojavljuju kod somatoformnih poremećaja su: kronični umor, fizička slabost, bolovi u različitim dijelovima tijela, dijareja, opstipacija, poremećaji menstrualnog ciklusa, poteškoće kod mokrenja, oslabljen apetit, mučnina i povraćanje. Dijagnoza somatoformnog poremećaja postavlja se na temelju simptoma koji su povezani sa psihološkim faktorima i stresom (27). Prema istraživanju provedenom 2008. godine u Klinici za zaštitu mentalnog zdravlja u Nišu pokazalo se kako su osobe mlađe životne dobi sklone somatizaciji jer su bile izložene negativnim događajima da je bolno ponašanje i okupacija tijelom povezano s bolešću bliske osobe (28).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) nastaje nakon svjedočenja ili izloženosti iskustvu koje je životno ugrožavajuće. Stresori koji uzrokuju PTSP su: teške nezgode, ratne traume, prirodne katastrofe, psihičko nasilje, fizičko nasilje, nasilje u obitelji, zanemarivanje od strane roditelja, kriminalni napadi i traume kod obavljanja posla. Tri su vrste PTSP-a: kod akutnog PTSP-a simptomi se pojavljuju unutar tri mjeseca, kod kroničnog nakon tri ili više mjeseci, a kod odloženog se simptomi pojavljuju nakon šest mjeseci. Osobe oboljele od PTSP-a izbjegavaju aktivnosti i situacije koje mogu podsjećati na događaj te često imaju poteškoće sa spavanjem. Oboljeli često upotrebljavaju alkohol kako se ne bi prisjećali traumatskih doživljaja. Pobuđenost, otežana koncentracija, socijalna izolacija, ljutnja i neprijateljstvo su neki od simptoma koje imaju oboljeli od PTSP-a. U liječenju oboljelih od PTSP-a veliku ulogu imaju psihoterapijska i psihosocijalna podrška te edukacija (29). Rezultati istraživanja kojeg su proveli Topić Lukačević i suradnici u Psihijatrijskoj bolnici "Sveti Ivan" u Zagrebu su pokazali kako bolesnici oboljeli od poremećaja prilagodbe, reakcije na teški stres i PTSP-a

po završetku programa dnevne bolnice iskazuju veću kvalitetu života jer navedeni program ublažava psihičke smetnje i poboljšava psihičko stanje te pomaže u boljoj percepciji kvalitete života (30). Prema istraživanju Zaidin i Othman provedenom na ispitanicima koji su doživjeli katastrofalan događaj poplave pokazalo se kako poremećaj društvenih uloga i promjena rutine negativno utječe na kvalitetu života (31).

1.5.Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika

Pitanje kvalitete života psihijatrijskih bolesnika je česta tema današnjice u društvu osobito kada se govori o hospitalizacijama i društvenim etiketiranjem duševnih bolesnika. Ispitivanje kvalitete života psihijatrijskih bolesnika provodi se s ciljem procjenjivanja uspješnosti liječenja, ispitivanja zadovoljstva liječenjem te prevencijom oboljenja (2). Stigmatizacija kao jedan od čimbenika pridonosi sniženoj kvaliteti života psihijatrijskih bolesnika. Psihijatrijski bolesnici prihvaćaju predrasude koje drugi imaju o njima te dolazi do samostigmatizacije (32).

Prema istraživanju Adrić i Babić pokazalo se kako duševni bolesnici imaju niži ekonomski status te da je isto povezano sa smanjenom sposobnošću prilagođavanja. Također se pokazalo kako je niža kvaliteta života shizofrenih bolesnika povezana s tjelesnim zdravljem, psihičkim zdravljem te socijalnim odnosima i okolinom. U navedenom istraživanju rezultati su pokazali kako psihijatrijski bolesnici imaju smanjenu kvalitetu života na aspektu socijalnih odnosa te da broj hospitalizacija negativno utječe na kvalitetu života (2).

U istraživanju Halmi i Laslavić pokazalo se kako veća razina socijalnog funkcioniranja utječe na veću kvalitetu života psihijatrijskih bolesnika te da kvaliteta života nije povezana s dobnom strukturom (33). Rezultati istraživanja Elhadada i suradnika su pokazali kako kvaliteta života nije povezana sa spolom ispitanika te se pokazalo kako su samci izražavali veću kvalitetu života u odnosu na osobe koje su u braku, dok su pak osobe u braku izražavale veću kvalitetu života, nego rastavljeni (20). Prema istraživanju Mapatwana i suradnika pokazalo se kako je značajan prediktor kvalitete života rezidualna psihijatrijska simptomatologija te da onanegativno utječe na subjektivnu kvalitetu života. Također se pokazalo kako socijalna podrška pozitivno utječe na kvalitetu života u psihološkim, socijalnim i okolišnim domenama (34). Rezultati istraživanja Chooa i suradnika su pokazali kako samoučinkovitost i broj godina pozitivno utječu na mentalno zdravlje ispitanika (12).

2. CILJ

Opći cilj rada je ispitati kvalitetu života osoba s duševnim poremećajima prema skupinama poremećaja.

Specifični ciljevi rada su:

- ispitati razliku u kvaliteti života osoba s duševnim poremećajima, s obzirom na demografske podatke i s obzirom na duljinu trajanja poremećaja.
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života duševnih bolesnika, s obzirom na to puše li ili ne, koliko cigareta dnevno puše te postoji li razlika u kvaliteti života duševnih bolesnika s obzirom na indeks tjelesne mase (BMI).
- ispitati koji su najznačajniji prediktori kvalitete života psihijatrijskih bolesnika.

3.ISPITANICI I METODE

3.1.Ustroj studije

Provedena je presječna studija (35).

3.2.Ispitanici

Istraživanje je provedeno u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb "Sveti Rafael" u Strmcu, na odjelu Kroničnih duševnih bolesti u travnju 2021. U istraživanju je sudjelovalo 106 punoljetnih ispitanika koji se nalaze na bolničkom liječenju.

3.3.Metode

Provedeno istraživanje je bilo anonimno. Prije provođenja istraživanja bolesnicima je objašnjena svrha istraživanja. Ispitanicima je podijeljena pisana uputa za ispunjavanje upitnika te im je objašnjeno kako u svakom trenutku mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju. Prije ispunjavanja upitnika, svaki je bolesnik potpisao informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Ispitanici koji su pristali sudjelovati u istraživanju su zamoljeni da samostalno ispune upitnik odvojeno od drugih ispitanika kako bi imali osiguranu privatnost.

U istraživanju je korišten Upitnik demografskih podataka i upitnik Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF za procjenu kvalitete života (36).

Upitnik demografskih podataka se sastojao od 13 pitanja koja su obuhvaćala: dob, spol, bračni status, razinu obrazovanja, mjesto stanovanja, radni staž u godinama, broj hospitalizacija na psihijatrijskim odjelima, konzumiranje cigareta i koliko količinski, tjelesnu visinu i težinu, postojanje tjelesnih kroničnih bolesti i kojih te dijagnozu. Ispitanici su trebali napisati koliko imaju godina, kojeg su spola, žive li na selu ili gradu, kolika im je tjelesna visina i težina te navesti ako imaju tjelesnih kroničnih bolesti. Na ostatak pitanja ispitanici su trebali zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora.

WHOQOL-BREF upitnik za procjenu kvalitete životase sastojao od 100 pitanja kojim su obuhvaćene četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko stanje, socijalna interakcija i okoliš. Upitnik je javno dostupan i slobodan za korištenje.

3.4.Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele, numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju 3 i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

3.5.Etičko odobrenje

Istraživanje je provedeno u suglasnosti s etičkim povjerenstvom Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb "Sveti Rafael" Strmac, urudžbeni broj: 381-21-00-21-1.

4.REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 106 ispitanika, od kojih su 53 (50 %) žene te 53 (50 %) muškarci. Medijan dobi je 49,5 godina (interkvartilnog raspona od 34,5 do 56) u rasponu od 19 do 71 godine. Najveći broj ispitanika, njih 71 (67 %) ima završenu srednju školu, dok 10 (9 %) ispitanika ima završenih pet godina fakulteta. Od ukupno 106 ispitanika, njih 40 (38 %) je u braku, dok je 35 (33 %) samaca. U gradu živi 55 (52 %) ispitanika, a na selu 51 (48 %) ispitanika (Tablica 1).

Tablica 1. Opći podatci o ispitanicima

		Broj (%) ispitanika
Spol	Muško	53 (50)
	Žensko	53 (50)
Dob	19 – 30	16 (15)
	31 – 40	20 (19)
	41 – 50	21 (20)
	51 – 60	37 (35)
	61 – 71	12 (11)
Stupanj obrazovanja	Nezavršena osnovna škola	1 (1)
	Osnovna škola	18 (17)
	Srednja škola	71 (67)
	Viša škola	6 (6)
	Visoka škola	10 (9)
Bračni status	Udana/oženjen	40 (38)
	Rastavljen	19 (18)
	Sama/c	35 (33)
	Izvanbračna zajednica	4 (4)
	Udovac/ica	8 (7)
Mjesto stanovanja	Grad	55 (52)
	Selo	51 (48)
Ukupno		106 (100)

Prethodno hospitaliziranih do 5 puta je bilo 87 (82 %) ispitanika. S obzirom na dijagnozu zbog koje se ispitanici lijećenajviše je ispitanika, njih 32 (30 %), s poremećajima raspoloženja. Od drugih bolesti boluje 26 (25 %) ispitanika. Čak 66 (62 %) ispitanika puši. Indeks tjelesne mase ukazuje da je 5 (5 %) ispitanika pothranjeno, dok je čak 22 (21 %) ispitanika pretilo (Tablica 2).

Tablica 2. Podatci o zdravlju ispitanika

		Broj (%) ispitanika
Broj hospitalizacija	0 – 5	87 (82)
	6 – 10	11 (10)
	11 – 15	6 (6)
	16 i više	2 (2)
Dijagnoza	Mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola	22 (21)
	Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom	23 (22)
	Poremećaji raspoloženja	32 (30)
	Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja	29 (27)
Bolujete li od nekih drugih bolesti?	Da	26 (25)
	Ne	80 (75)
Pušite li?	Da	66 (62)
	Ne	40 (38)
Ako da, koliko?	Ne pušim	39 (37)
	Manje od 10 cigareta	14 (13)
	10 do 20 cigareta	33 (31)
	20 do 30 cigareta	16 (15)
	Više od 30 cigareta	4 (4)
Indeks tjelesne mase	Pothranjenost	5 (5)
	Normalna tjelesna težina	42 (40)
	Prekomjerna tjelesna težina	37 (35)
	Pretilost	22 (21)
Ukupno		106 (100)

Ispitanici su najveću kvalitetu života iskazali podskalom okoline, potom slijede društveni odnosi, dok su najmanju kvalitetu života iskazali razinom nezavisnosti i tjelesnim zdravljem. Ukupna kvaliteta života je 56,2 (interkvartilnog raspona d 37,5 do 68,7) u rasponu od 0 do 100 (Tablica 3).

Tablica 3. Rezultati upitnika WHOQOL-100 prema podskalama

Podskala	Medijan (interkvartilni raspon)	Min – max
Tjelesno zdravlje	45,8 (39,5 – 52)	25 – 73
Psihičko zdravlje	57,5 (50,9 – 65)	27,5 – 82,5
Razina nezavisnosti	43,7 (39 – 50)	17,2 – 82,8
Društveni odnosi	58,3 (50 – 64,5)	20,8 – 81,3
Okolina	60,9 (52,7 – 67,9)	24,2 – 100
Osobna uvjerenja	56,2 (50 – 76,5)	25 – 100
Ukupna kvaliteta života	56,2 (37,5 – 68,7)	0 - 100

Muškarci su značajno više procijenili kvalitetu psihičkog zdravlja (Mann-Whitney U test, $P = 0,02$) te osobnih uvjerenja (Mann-Whitney U test, $P = 0,03$) za razliku od žena (Tablica 4).

Tablica 4. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na spol

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)		P^*
	Muško	Žensko	
Tjelesno zdravlje	45,8 (38,5 – 54)	45,8 (39,5 – 52)	0,77
Psihičko zdravlje	61,2 (52,5 – 67,5)	55 (48,7 – 61,2)	0,02
Razina nezavisnosti	43,7 (40,6 – 52)	42,2 (36,7 – 50)	0,16
Društveni odnosi	58,3 (51 – 66,6)	56,2 (43,7 – 63,5)	0,21
Okolina	60,9 (54,6 – 71)	60,1 (51,5 – 67,9)	0,16
Osobna uvjerenja	68,7 (53,1 – 81,2)	56,2 (50 – 68,7)	0,03
Ukupna kvaliteta života	62,5 (43,7 – 68,7)	56,2 (31,2 – 65,6)	0,25

* Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u kvaliteti života s obzirom na dob (Tablica 5).

Tablica 5. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na dob

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	19 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 71	
Tjelesno zdravlje	45,8 (37,5 – 52)	45,8 (38 – 52)	41,6 (39,5 – 50)	45,8 (39,5 – 54)	46,8 (43,7 – 54,1)	0,79
Psihičko zdravlje	63,7 (50,6 – 69,3)	55,6 (51,2 – 66,5)	52,5 (46,8 – 63,7)	58,7 (51,8 – 65)	58,1 (51,5 – 63,1)	0,25
Razina nezavisnosti	51,5 (39,4 – 60,5)	43,7 (39,4 – 50)	42,1 (37,5 – 49)	42,1 (39,8 – 50)	44,5 (31,2 – 51,9)	0,42
Društveni odnosi	61,4 (48,9 – 69,2)	56,2 (48,4 – 68,2)	56,2 (47,9 – 62,5)	58,3 (51,3 – 65,6)	58,3 (43,2 – 61,9)	0,89
Okolina	66,7 (56,6 – 77)	60,1 (50,9 – 69,7)	57 (50 – 64)	60,1 (52,3 – 64,4)	67,1 (53,7 – 74,)	0,20
Osobna uvjerenja	75 (56,2 – 92,1)	56,2 (50 – 73,4)	56,2 (50 – 68,7)	56,2 (50 – 81)	56,2 (51,5 – 73,4)	0,23
Ukupna kvaliteta života	62,5 (48,7 – 75)	50 (43,7 – 62,5)	62,5 (40,6 – 68,7)	50 (37,5 – 68,7)	34,3 (31,2 – 67,1)	0,37

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici koji su samci značajno su boljeg psihičkog zdravlja (Kruskal-Wallis test, $P = 0,02$), društvenih odnosa (Kruskal-Wallis test, $P = 0,04$), značajno bolje se osjećaju u okolini (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$) te im je ukupna kvaliteta života bolja (Kruskal-Wallis test, $P = 0,01$) za razliku od ispitanika koji su u braku, izvanbračnoj zajednici, rastavljeni ili udovci (Tablica 6).

Tablica 6. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na bračni status

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)					<i>P</i> *
	Oženjen/udana	Rastavljen/a	Sama/c	Izvanbračna zajednica	Udovac/ica	
Tjelesno zdravlje	45,8 (39,5 – 54)	41,6 (37,5 – 47,9)	45,8 (41,6 – 56,2)	39,5 (32,8,6 – 42,7)	47,9 (45,8 – 49,9)	0,08
Psihičko zdravlje	56,2 (51,5 – 63,1)	53,7 (46,2 – 60)	63,7 (52,5 – 70)	60 (40,3 – 61,8)	53,1 (44 – 64)	0,02
Razina nezavisnosti	42,1 (35,1 – 48,4)	48,4 (39 – 50)	46,8 (40,6 – 57,8)	42,9 (32,8 – 44,9)	44,5 (35,1 – 58,9)	0,16
Društveni odnosi	58,3 (50 – 64)	54,1 (43,7 – 62,5)	62,5 (58 – 70,8)	56,2 (54,1 – 61,4)	40,6 (39,5 – 58,3)	0,04
Okolina	60,5 (51,5 – 67,5)	60,9 (44,5 – 66,4)	64,8 (56,2 – 71,8)	53,5 (42,5 – 55)	57,8 (37,6 – 66,4)	0,03
Osobna uvjerenja	56,2 (50 – 73,4)	56,2 (43,7 – 75)	68,7 (56,2 – 87,5)	53,1 (35,9 – 60,9)	56,2 (43,7 – 73,4)	0,09
Ukupna kvaliteta života	50 (31,2 – 62,5)	62,5 (31,5 – 68,7)	62,5 (50 – 75)	40,8 (32,8 – 62,5)	56,2 (31,2 – 67,1)	0,01

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici koji žive na selu značajno su boljeg tjelesnog zdravlja za razliku od ispitanika koji žive u gradu (Mann-Whitney U test, $P = 0,02$) (Tablica 7).

Tablica 7. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na mjesto stanovanja

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Grad	Selo	
Tjelesno zdravlje	43,7 (37,5 – 52)	47,9 (43,7 – 54,1)	0,02
Psihičko zdravlje	57,5 (50 – 65)	58,7 (51,2 – 65)	0,63
Razina nezavisnosti	42,1 (43,9 – 53,1)	43,7 (39 – 50)	0,87
Društveni odnosi	58,3 (52 – 64,5)	58,3 (47,9 – 64,5)	0,58
Okolina	61,7 (53,9 – 70,3)	60,1 (51,5 – 66,4)	0,23
Osobna uvjerenja	62,5 (50 – 81,2)	56,2 (50 – 68,7)	0,66
Ukupna kvaliteta života	56,2 (43,7 – 68,7)	56,2 (31,2 – 68,7)	0,42

* Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u kvaliteti života ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja (Tablica 8).

Tablica 8. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na stupanj obrazovanja

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	OŠ	SSS	VŠS	VSS	
Tjelesno zdravlje	47,9 (39,5 – 52,1)	45,8 (37,5 – 52,1)	55,2 (42,1 – 61,4)	45,8 (39 – 52)	0,52
Psihičko zdravlje	60,6 (48,7 – 65)	57,5 (48,7 – 65)	57,5 (49,6 – 64,6)	58,1 (52,1 – 61,2)	0,89
Razina nezavisnosti	43,7 (38,2 – 52,7)	43,7 (39 – 51,5)	37,5 (36,3 – 58,5)	44,5 (40,6 – 50)	0,87
Društveni odnosi	54,1 (41,1 – 64,5)	58,3 (52 – 64,5)	52 (46,8 – 61,9)	60,4 (47,9 – 69,7)	0,55
Okolina	55,8 (43,1 – 65,2)	60,9 (53,1 – 70,3)	58,5 (56 – 69,3)	61,3 (57,8 – 68,3)	0,73
Osobna uvjerenja	56,2 (43,7 – 68,7)	62,5 (50 – 75)	78,1 (48,4 – 90,6)	65,6 (50 – 81,2)	0,49
Ukupna kvaliteta života	53,1 (29,6 – 64)	50 (37,5 – 68,7)	68,7 (54,6 – 76,5)	56,2 (43,7 – 68,7)	0,50

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u kvaliteti života ispitanika s obzirom na godine radnog staža (Tablica 9).

Tablica 9. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na godine radnog staža

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	Nemam radnog staža	1 - 10	11 – 20	21 – 30	31 – 40	
Tjelesno zdravlje	48,9 (39 – 56,2)	41,6 (35,4 – 50)	46,8 (41,1 – 52,6)	50 (42,7 – 55,2)	43,7 (37,5 – 50)	0,09
Psihičko zdravlje	59,3 (51,5 – 68,1)	56,2 (46,2 – 63,7)	58,1 (50,6 – 64)	56,2 (51,2 – 66,2)	60,6 (52,1 – 66,2)	0,84
Razina nezavisnosti	45,3 (40,2 – 57,8)	42,1 (37,5 – 48,4)	45,3 (37,5 – 51)	42,1 (32 – 50)	45,3 (40,6 – 50,7)	0,63
Društveni odnosi	58,3 (47,9 – 66,1)	54,1 (43,7 – 66,6)	57,2 (50 – 65,6)	55,2 (49,4 – 60,4)	55,2 (49,4 – 60,4)	0,72
Okolina	62,8 (52,7 – 69,7)	55,4 (50,7 – 67,9)	60,9 (56 – 64,8)	60,9 (52,7 – 74,2)	61,7 (55,6 – 68,1)	0,85
Osobna uvjerenja	59,3 (54,6 – 71,8)	56,2 (50 – 81,2)	56,2 (48,4 – 71,8)	62,5 (56,2 – 75)	71,8 (56,2 – 81,2)	0,45
Ukupna kvaliteta života	56,2 (42,1 – 64)	62,5 (43,7 – 68,7)	56,2 (40,6 – 68,7)	43,7 (28,1 – 59,3)	62,5 (42,1 – 70,3)	0,19

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u kvaliteti života s obzirom na broj hospitalizacija (Tablica 10).

Tablica 10. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na broj hospitalizacija

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 i više	
Tjelesno zdravlje	45,8 (39,5 – 52,1)	47,9 (39,5 – 54,1)	47,1 (39 – 52)	36,4 (29,1 – 38)	0,55
Psihičko zdravlje	58,7 (51,2 – 65)	57,5 (53,7 – 68,7)	58,7 (48,4 – 70,6)	46,2 (37,5 – 39)	0,51
Razina nezavisnosti	43,7 (39 – 50)	48,4 (40,6 – 50)	44,5 (32,8 – 73)	37,5 (32,8 – 41)	0,71
Društveni odnosi	56,2 (47,9 – 64,5)	62,5 (54,1 – 70,8)	56,2 (46,3 – 67,1)	55,2 (52,0 – 58)	0,48
Okolina	60,9 (53,1 – 67,9)	61,7 (55,4 – 70,3)	62,5 (52,3 – 92,3)	43,7 (42,9 – 48)	0,23
Osobna uvjerenja	56,2 (50 – 75)	62,5 (50 – 81,2)	62,5 (37,5 – 82,8)	34,3 (25 – 41)	0,21
Ukupna kvaliteta života	56,2 (37,5 – 68,7)	62,5 (43,7 – 68,7)	59,3 (40,6 – 76,5)	37,5 (25 – 46)	0,62

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici koji konzumiraju duhanske proizvode imaju značajno bolju kvalitetu društvenih odnosa za razliku od ispitanika koji ne konzumiraju duhanske proizvode (Mann-Whitney U test, $P=0,03$) (Tablica 11).

Tablica 11. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na konzumaciju duhanskih proizvoda

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Da	Ne	
Tjelesno zdravlje	45,8 (39,5 – 52,4)	45,8 (39,5 – 52)	0,47
Psihičko zdravlje	58,7 (51,2 – 65,6)	56,8 (49 – 63,7)	0,62
Razina nezavisnosti	43,7 (39 – 50)	42,9 (37,8 – 52,3)	0,80
Društveni odnosi	60,4 (51,5 – 67,1)	54,1 (47,9 – 58,3)	0,03
Okolina	61,3 (52,7 – 68,9)	60,1 (52,1 – 66,4)	0,43
Osobna uvjerenja	62,5 (50 – 81,2)	56,2 (50 – 75)	0,92
Ukupna kvaliteta života	50 (37,5 – 68,7)	62,5 (37,5 – 68,7)	0,63

*Mann-Whitney U test

Značajno bolju ukupnu kvalitetu života imaju ispitanici s normalnom tjelesnom težinom, dok pretili ispitanici imaju značajno lošiju kvalitetu života (Kruskal-Wallis test, $P = 0,05$) (Tablica 12).

Tablica 12. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na ITM

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)				P^*
	Pohranjenost	Normalna TT	Prekomjerna TT	Pretilost	
Tjelesno zdravlje	45,8 (32,2 – 58,3)	45,8 (39,5 – 52)	47,9 (41,6 – 52)	44,7 (39 – 54,1)	0,95
Psihičko zdravlje	63,7 (47,5 – 72,5)	59,3 (49,6 – 70)	58,7 (51,2 – 65)	53,7 (46,2 – 61,2)	0,23
Razina nezavisnosti	48,4 (25,7 – 67,9)	43,7 (39 – 55,4)	43,7 (39,8 – 50)	41,4 (37,5 – 48,8)	0,61
Društveni odnosi	54,1 (37,5 – 67,7)	58,3 (46,8 – 70,8)	56,2 (50 – 62,5)	58,3 (49,7 – 65,1)	0,88
Okolina	60,9 (52,7 – 76,9)	62,8 (55 – 70,7)	60,1 (52,7 – 64,4)	58,5 (49,8 – 69,7)	0,52
Osobna uvjerenja	62,5 (50 – 90,6)	56,2 (62,5 – 87,5)	62,5 (56,2 – 75)	56,2 (48,4 – 64)	0,42
Ukupna kvaliteta života	50 (43,7 – 87,5)	62,5 (48,4 – 68,7)	56,2 (37,5 – 68,7)	43,7 (25 – 57,8)	0,05

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u kvaliteti života s obzirom na komorbiditete s drugim bolestima (Tablica 13).

Tablica 13. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na komorbiditete s drugim bolestima

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)		P^*
	Da	Ne	
Tjelesno zdravlje	43,7 (39,5 – 51)	45,8 (39,5 – 52)	0,50
Psihičko zdravlje	55,6 (48,7 – 61,8)	59,3 (51,2 – 67,5)	0,12
Razina nezavisnosti	42,2 (39,8 – 48,8)	43,7 (39 – 53)	0,56
Društveni odnosi	54,1 (51,5 – 62,5)	58,3 (50 – 66,6)	0,21
Okolina	60,1 (51,5 – 66,7)	61,7 (53,7 – 70,1)	0,23
Osobna uvjerenja	59,3 (50 – 81,2)	56,2 (50 – 75)	0,69
Ukupna kvaliteta života	50 (35,9 – 62,5)	62,5 (43,7 – 68,7)	0,09

*Mann-Whitney U test

Ispitanici koji se liječe zbog mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola imaju značajno bolje tjelesno (Kruskal-Wallis test, $P = 0,02$) i psihičko zdravlje (Kruskal-Wallis test, $P = 0,002$) te im je ukupna kvaliteta života (Kruskal-Wallis test, $P = 0,02$) značajno bolja od ispitanika koji se liječe zbog drugih psihički bolesti. Ispitanici koji se liječe zbog shizofrenije, poremećaja sličnih shizofreniji i sumanutih stanja su značajno lošije razine nezavisnosti za razliku od ispitanika koji se liječe zbog neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$). Ispitanici koji se liječe zbog mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola granično značajno su boljih osobnih uvjerenja za razliku od ispitanika koji se liječe zbog neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom te poremećaja raspoloženja (Kruskal-Wallis test, $P = 0,06$) (Tablica 14).

Tablica 14. Kvaliteta života (WHOQOL-100) s obzirom na dijagnozu

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)				P^*
	Mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola	Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom	Poremećaji raspoloženja	Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja	
Tjelesno zdravlje	52,0 (43,7 – 60,4)	39,5 (35,4 – 50)	45,8 (38,0 – 50)	45,8 (39,5 – 53)	0,02
Psihičko zdravlje	65 (60,6 – 70)	57,5 (48,7 – 63,7)	55 (48,7 – 60)	52,5 (49,3 – 63,7)	0,002
Razina nezavisnosti	43,7 (42,1 – 58,2)	46,8 (40,6 – 50)	42,1 (31,6 – 59,6)	40,6 (38,2 – 59,3)	0,03
Društveni odnosi	61,4 (53,6 – 75)	58,3 (43,7 – 62,5)	58,3 (48,4 – 64,5)	54,1 (47,9 – 61,4)	0,10
Okolina	63,2 (59,1 – 71,8)	55,4 (50,7 – 61,7)	61,7 (54,2 – 68,5)	59,3 (53,1 – 74,2)	0,11
Osobna uvjerenja	68,7 (56,2 – 82,8)	56,2 (43,7 – 62,5)	56,2 (43,7 – 68,7)	62,5 (50 – 81,2)	0,06
Ukupna kvaliteta života	65,6 (50 – 75)	43,7 (31,2 – 68,7)	50 (31,2 – 62,5)	62,5 (46,8 – 65,6)	0,02

*Kruskal-Wallis test

Regresijskom analizom utvrđena je značajna regresija ukupne kvalitete života s indeksom tjelesne mase te granično značajna regresija ukupne kvalitete života s dobi. Regresijskom analizom ukupne kvalitete života s kategorijskim varijablama nije utvrđena značajna regresija (Tablica 15).

Tablica 15. Regresijska analiza

Podskala	Numeričke varijable	Koeficijent regresije	P	
Ukupna kvaliteta života	Dob	-0,282	0,06	
	Indeks tjelesne mase	-1,013	0,008	
	Godine radnog staža	0,005	0,97	
	Broj hospitalizacija	-0,382	0,46	
	<i>Dummy varijable</i>		AR	P
	Spol	0,008	0,18	
	Bračni status	0,018	0,09	
	Stupanj obrazovanja	0,013	0,13	
	Mjesto stanovanja	-0,005	0,48	
	Komorbiditeti	0,012	0,13	
	Konzumacija duhanskih proizvoda	-0,006	0,56	
	Psihijatrijska dijagnoza	-0,004	0,42	

Prema prosječnoj vrijednosti podskala upitnika, ispitanici su najveću kvalitetu života iskazali subskalom osobnih uvjerenja, potom slijedi okolina i društveni odnosi, dok su najmanju kvalitetu života iskazali subskalama razine nezavisnosti i tjelesnog zdravlja (Tablica 16).

Tablica 16. Aritmetičke sredine upitnika WHOQOL-100 prema podskalama

Podskala	Aritmetička sredina (SD)
Tjelesno zdravlje	46,62 (9,66)
Psihičko zdravlje	57,61 (10,75)
Razina nezavisnosti	45,53 (11,35)
Društveni odnosi	56,95 (12,04)
Okolina	60,51 (14,15)
Osobna uvjerenja	63,56 (19,52)
Ukupna kvaliteta života	53,65 (20,68)

5.RASPRAVA

Kvaliteta života osoba oboljelih od duševnih bolesti je aktualna tema današnjice. Kada se govori o kvaliteti života psihijatrijskih bolesnika često se pitamo kakva je njihova kvaliteta života, što utječe na njihovu kvalitetu života, a između ostaloga često su skloni stigmatizaciji od strane društva.

U ovom istraživanju opći cilj je ispitati kvalitetu života osoba s duševnim poremećajima prema skupinama poremećaja. Kada govorimo o kvaliteti života bolesnika s pojedinim skupinama poremećaja, u istraživanju se pokazalo kako osobe oboljele od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih alkoholom imaju veću kvalitetu života u odnosu na osobe oboljele od nekih drugih psihičkih bolesti, također imaju bolje tjelesno i psihičko zdravlje. Ovakvi rezultati su u suprotnosti s rezultatima koje su u istraživanju dobili Petrović, Peraica i Kovačić gdje se pokazalo kako alkoholičari imaju manju kvalitetu života (7). Razlika u ovom istraživanju može biti u tome što je istraživanje provedeno na manjem uzorku ljudi, programu rada ustanove, te zbog kratkog trajanja hospitalizacije. Teško je reći zbog čega postoji razlika u rezultatima istraživanja, moguće je kako je ovim istraživanjem obuhvaćena mlađa populacija osoba oboljelih od bolesti ovisnosti od alkohola, također nije nevažno za napomenuti kako je ovo istraživanje provedeno među hospitaliziranim ovisnicimakoji su djelomično ili potpuno oporavljeni te svakako procjenjuju svoju kvalitetu života višom nego prije hospitalizacije, odnosno za vrijeme intenzivnog konzumiranja alkohola. Svakako da kvaliteta života osoba ovisnih o alkoholu ovisi o mnogo čimbenika kao što su dob, početak konzumiranja alkohola, bračni status, zaposlenje i slično što u ovome istraživanju nije obrađivanote bi u nekim od budućih istraživanja trebalo obratiti pažnju.

Ristić i Batinić su u svom istraživanju iznijeli rezultate kako je deficit opažanja emocija kod shizofrenih bolesnika povezan sa socijalnom disfunkcijom i nižom kvalitetom života te kako je kvaliteta života povezana sa socijalnim funkcioniranjem (11), suprotno očekivanjima u ovome istraživanju se pokazalo kako društveni odnosi ne utječu na kvalitetu života bolesnika oboljelih od shizofrenije. Istraživanje Chewa i suradnika je pokazalo kako broj hospitalizacija negativno utječe na mentalno zdravlje oboljelih od shizofrenije (12), u ovome istraživanju nisu potvrđeni takvi rezultati. U istraživanju Guedes de Pinho i suradnika pokazalo se kako nezaposlenost negativno utječe na kvalitetu života shizofrenih bolesnika (14), što se može povezati s rezultatima ovog istraživanja koji su pokazali kako shizofreni bolesnici imaju manju razinu nezavisnosti.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali kako osobe oboljele od poremećaja raspoloženja imaju manju kvalitetu života u odnosu na osobe oboljele od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola i shizofrenih bolesnika. U istraživanju Elhadada i suradnika provedenom među 117 bolesnika na hemodijalizi pokazalo se kako je depresija izraženija kod bolesnika koji imaju niži stupanj obrazovanja i kod nezaposlenih bolesnika (20), u ovome se pak istraživanju pokazalo kako stupanj obrazovanja i zaposlenost ne utječu značajno na kvalitetu života osoba oboljelih od psihičkih bolesti. Prema istraživanju Amy i Kozak pokazalo se da je kod pretilih osoba koje imaju kronične bolove prisutna depresija s obzirom na to da svoje bolove rješavaju prejedanjem te na taj način dobivaju na tjelesnoj težini te su sniženog raspoloženja (23). Koloktin i suradnici su u svom istraživanju došli do rezultata koji pokazuju kako pretilost kod bolesnika oboljelih od BAP-a smanjuje kvalitetu života (24), isto je potvrđeno i u ovome istraživanju gdje se pokazalo kako osobe oboljele od psihičkih bolesti, a koje su pretile, imaju značajnije lošiju kvalitetu života. Ovakvi rezultati su očekivani, jer je pretilost veliki problem, često vrlo izražen kod osoba koje boluju od duševnih bolesti. Nerijetko u ovoj skupini bolesnika dolazi do pretilosti uslijed slabijeg kretanja, kao posljedice socijalne izolacije, depresije, umora ili ponekad kao nuspojava neuroleptika koji mogu dovesti do naglog povećavanja tjelesne težine. Stoga je vrlo važno da medicinske sestre/ tehničari koji rade s oboljelima od mentalnih poremećajima upoznaju pacijente s važnosti zdrave prehrane i fizičke aktivnosti. Također je važno da se na psihijatrijskim odjelima i ambulantom kontinuirano radi spacijentima kako bi im se ukazalo na važnost pravilne ishrane jer se kroz ovo istraživanje pokazalo da manja pretilost dovodi do veće kvalitete života u ovoj skupini bolesnika.

U ovome istraživanju se pokazalo kako osobe oboljele od neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom imaju nižu kvalitetu života u odnosu na bolesnike oboljele od drugih bolesti, ovakvi rezultati nisu u skladu s rezultatima istraživanja provedenim u Psihijatrijskoj bolnici "Sveti Ivan" koji su pokazali kako bolesnici oboljeli od poremećaja prilagodbe, reakcije na teški stres i PTSP-a po završetku programa dnevne bolnice iskazuju veću kvalitetu života. Razlog ovakvih rezultata može biti u tome što je ovo istraživanje provedeno na uzorku ispitanika koji su na stacionarnom liječenju, a program dnevne bolnice predstavlja stupanj veće rehabilitacije i bolju percepciju bolesti kroz edukativne grupe.

U istraživanju Adrić i Babić rezultati su pokazali kako broj hospitalizacija negativno utječe na kvalitetu života (2), u ovome se istraživanju pak pokazalo kako nema značajne razlike u kvaliteti života duševnih bolesnika s obzirom na broj hospitalizacija.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako vezano za bračni status ispitanika samci imaju značajno bolje psihičko zdravlje, društvene odnose te da općenito imaju bolju kvalitetu života što je u skladu s rezultatima istraživanja Elhadada i suradnika gdje se pokazalo kako su samci izražavali veću kvalitetu života u odnosu na osobe koje su u braku, dok su pak osobe u braku izražavale veću kvalitetu života nego rastavljeni (20). Ovakvi su rezultati neočekivani iz razloga što obično život u braku povećava kvalitetu života u svim skupinama mentalnih poremećaja, iz različitih razloga, od redovite prehrane, kontrole uzimanja lijekova, brige za oboljele tijekom lošijih faza bolesti i mnogih drugih benefita koji ovakav život donosi.

Za očekivati bi bilo kako će osobe koje žive u gradu biti zadovoljnije svojim tjelesnim zdravljem, s obzirom na to da imaju bržu dostupnost zdravstvene usluge zbog boljeg javnog prijevoza općenito bolje životne uvjete kao što su veća mogućnost bavljenja rekreativnim aktivnostima, no u ovome istraživanju se pokazalo kako su ispitanici koji žive na selu boljeg tjelesnog zdravlja ($P=0,02$). Zanimljivo je kako se pokazalo da ispitanici koji konzumiraju duhanske proizvode imaju bolju kvalitetu društvenih odnosa u odnosu na ispitanike koji ne konzumiraju duhanske proizvode. Vrlo je veliki udio pušača kako se i očekivalo, 62%, naspram opće populacije 31,1% (37). Udio pušača kod duševnih bolesti inače je veći, te je i ovo prilika da medicinske sestre/tehničari tijekom hospitalizacija i liječenja kroz dnevne bolnice rade na odvikavanju od pušenja i ukazivanja na probleme koju ova ovisnost nosi.

Prema istraživanju Halmi i Laslavić pokazalo se kako veća razina socijalnog funkcioniranja utječe na veću kvalitetu života psihijatrijskih bolesnika te da kvaliteta života nije povezana s dobnom strukturom (33). Prema istraživanju Mapatwana i suradnika pokazalo se kako je značajan prediktor kvalitete života rezidualna psihijatrijska simptomatologija te da ona negativno utječe na subjektivnu kvalitetu života. Također se pokazalo kako socijalna podrška pozitivno utječe na kvalitetu života u psihološkim, socijalnim i okolišnim domenama (34). Rezultati istraživanja Chooa i suradnika su pokazali kako samoučinkovitost i broj godina pozitivno utječu na mentalno zdravlje ispitanika (12). No, rezultati ovoga istraživanja su pokazali kako je jedini značajan prediktor kvalitete života kod psihijatrijskih bolesnika povećana tjelesna težina. O ovome problemu kod psihijatrijskih bolesnika već je ranije pisano, no valja ponoviti kako medicinske sestre i tehničari koji rade sa psihijatrijskim bolesnicima trebaju kontinuirano raditi na zdravoj prehrani i zdravom načinu životajer se pokazalo kako povećana tjelesna težina negativno utječe na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima.

Dakle, rezultati ovoga istraživanja su pokazali kako medicinske sestre/tehničari imaju prostora za rad s pacijentima oboljelim od duševnih bolesti. Prvenstveno na smanjivanju pretilosti i pušenja kroz koje može doći do poboljšanja kvalitete života oboljelih. Mogućnosti su različite od rada s hospitaliziranim pacijentima, izvanbolničkim grupama, kroz klubove liječenih alkoholičara, dnevne bolniceu koje dolaze sve skupine koje su obuhvaćene ovim istraživanjem.

6.ZAKLJUČAK

Na temelju rezultata dobivenih u ovom istraživanju mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Osobe oboljele od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola imaju veću kvalitetu života u odnosu na osobe oboljele od drugih mentalnih poremećaja.
- Osobe oboljele od mentalnih poremećaja koje žive same imaju bolju kvalitetu života od osoba koje su u vezi ili braku, dok broj hospitalizacija, dob, stupanj obrazovanja i zaposlenost ne utječe na kvalitetu života psihijatrijskih bolesnika.
- Osobe koje žive na selu imaju bolje tjelesno zdravlje.
- Pretilost negativno utječe na kvalitetu života osoba oboljelih od mentalnih poremećaja, dok pušenje pozitivno utječe na kvalitetu društvenih odnosa, a život na selu doprinosi boljem tjelesnom zdravlju.
- Značajan negativan prediktor kvalitete života psihijatrijskih bolesnika je indeks tjelesne mase

7.SAŽETAK

Ciljevi rada: Ispitati kvalitetu života osoba s duševnim poremećajima prema skupinama poremećaja, ispitati razliku u kvaliteti života osoba s duševnim poremećajima s obzirom na demografske podatke i duljinu trajanja poremećaja, ispitati postoji li razlika u kvaliteti života duševnih bolesnika, s obziromna topuše li ili ne i koliko cigareta dnevno puše, postoji li razlika u kvaliteti života duševnih bolesnika s obzirom na indeks tjelesne mase, ispitati koji su najznačajniji prediktori kvalitete života psihijatrijskih bolesnika.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb "Sveti Rafael" u Strmcu. U istraživanju je sudjelovalo 106 ispitanika. U istraživanju je korišten Upitnik demografskih podataka i upitnik Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF za procjenu kvalitete života.

Rezultati: Ispitanici su najveću kvalitetu života iskazali podskalom okoline, a najmanju kvalitetu života su iskazali razinom nezavisnosti i tjelesnim zdravljem. Ispitanici koji su sami su boljeg psihičkog zdravlja, značajno bolje se osjećaju u okolini te im je ukupna kvaliteta života veća. Ispitanici koji žive na selu značajno su boljeg tjelesnog zdravlja za razliku ispitanika koji žive u gradu. Ispitanici koji konzumiraju duhanske proizvode imaju značajno bolju kvalitetu društvenih odnosa. Ispitanici s normalnom tjelesnom težinom imaju značajno bolju kvalitetu života, dok pretili ispitanici imaju značajno lošiju kvalitetu života. Osobe oboljele od alkoholizma imaju značajno bolje tjelesno i psihičko zdravlje. Ispitanici koji se liječe od shizofrenije imaju lošiju razinu nezavisnosti.

Zaključak: Značajan negativan prediktor kvalitete života psihijatrijskih bolesnika je indeks tjelesne mase

Ključne riječi: alkoholizam; duševni poremećaji; kvaliteta života; neurotski poremećaji; poremećaji raspoloženja; psihijatrijski bolesnici; shizofrenija.

8.SUMMARY

Quality of life of hospitalized psychiatric patients by groups of disorders

Research objectives: To examine the quality of life of people with mental disorders according to groups of disorders, to examine the difference in quality of life of people with mental disorders regarding demographic data and the duration of the disorder, to examine whether there is a difference in the quality of life of the mentally ill, depending on whether they smoke or not and how many cigarettes a day they smoke and whether there is a difference in quality of life of the mentally ill with regard to body mass index (BMI), to examine which are the most significant predictors of the quality of life of psychiatric patients.

Respondents and methods: The study was conducted at the Special Hospital for Psychiatry and Palliative Care “Sveti Rafael” in Strmac. 106 respondents participated in the study. A demographic data questionnaire and World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire were used in the research.

Results: Respondents expressed the highest quality of life with the subscale of the environment and the lowest quality of life with the level of independence and physical health. Respondents who are single have better mental health; feel significantly better in the environment and their overall quality of life is higher. Respondents living in the countryside have significantly better physical health as opposed to respondents living in the city. Respondents who consume tobacco products have a significantly better quality of social relationships. Respondents with normal body weight have a significantly better quality of life while obese respondents have a significantly poorer quality of life. Individuals with alcoholism have significantly better physical and mental health. Respondents treated for schizophrenia have a poorer level of independence.

Conclusion: Significant negative predictor of the quality of life of psychiatric patients is body mass index.

Keywords: alcoholism; mental disorders, quality of life, neurotic disorders, mood disorders, psychiatric patients; schizophrenia.

9.LITERATURA

- 1.Zagorščak K, Buhin Cvek A, Sajko M, Božičević M. Stavovi i predrasude studenata studija sestrištva prema psihički bolesnim osobama. Socijalna psihijatrija. 2017;45.3:209-216.
- 2.Adrić I, Babić D. Kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika. Zdravstveni glasnik. 2015;1(2):15-23.
- 3.Best CJ, Cummins RA. The Quality of Rural and Metropolitan Life. Australian. 2000;52:69-74.
- 4.Smrekar M, Čukljek S, Hošnjak AM, Ilić B, Ledinski Fičko S. Alcoholism: Success of Long-Term Treatment- a Systematic Review. Croatian Nursing Journal. 2018;2.1:63-71.
- 5.Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J, Matošić A, Mustajbegović J, Turčić N, Poplašen Orlovac D, Prohić A, Bubaš M. Ovisnost o alkoholu-posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. Arhiv za higijenu rada i toksikologiju. 2006;57.4:413-426.
- 6.Cvančić J, Getoš R. Alkoholizam kao problem u obitelji i društvu. Sestrinski glasnik. 2017;22.1:22-26.
- 7.Kovačić Petrović Z, Peraica T, Kozarić Kovačić D. The Importance of Assessing Quality of Life in Patients with Alcohol Dependence. Archives of Psychiatry Research. 2021;57:29-38.
- 8.Henigsberg N, Folnegović Šmalc V. Frequency and length of schizophrenia admissions: analysis by ICD-10 defined subtypes. Društvena istraživanja. 2002;11.57:113-131.
- 9.Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti što o tome trebaju znati socijalni radnici? Ljetopis socijalnog rada/ Annual of social work. 2012;19.1:53-72.
- 10.Opalić P, Nikolić S. Evaluation of schizophrenic patients quality of life. Vojnosanitetski pregled. 2008;65.5:383:391.
- 11.Ristić B, Batinić B. Opažanje emocija kao prediktor socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života kod pacijenata obolelih od shizofrenije. Psihološka istraživanja. 2020;23.2:161-185.
- 12.Choo CC, Chew PKH, Ho CS, Ho RC. Quality of life in patients with a major mental disorder in Singapore. 2019;9:727.
- 13.Glavina T. Klinička obilježja i dijagnoza psihotičnih poremećaja. Medicus. 2017;26.2:127-131.

- 14.Guedes de Pinho L, Pereira A, Chaves C. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40.3:202-209.
- 15.Nadalin S, Rebić J, Ružić K, Perčić E, Šendula Jengiđ V, Buretić Tomljanović A. Može li pušenje povećati rizik za pojavu metaboličkog sindroma u pacijenata sa shizofrenijom u hrvatskoj populaciji? *Medicina fluminensis.* 2018;54.1:52-58.
- 16.Trtica Majnarić Lj, Bekić S, Bosnić Z, Volarić M. Poremećaji raspoloženja u starijoj životnoj dobi i izazovi skrbi u općoj/obiteljskoj medicini. *Medicina familiaris Croatica; journal of the Croatian Association of Family medicine.* 2018;26.1-2:39-55.
- 17.Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus.* 2017;26.2:161-165.
- 18.Siversten H, Bjorklof Hanevold G, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and Quality of life in older persons: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders.* 2015;40.5-6:311-339.
- 19.Trajkov M, Eminović F, Radovanović S, Dopsaj M, Pavlović D, Kljajić D. Kvalitet života i depresija starih osoba koje se bave fizičkom aktivnošću. *Vojnosanitetski pregled.* 2018;75.2:177-184.
- 20.Elhadad A, Ragab A, Atia S. Psychiatric comorbidity and quality of life in patients undergoing hemodialysis. *Middle East Current Psychiatry.* 2020;27:1-8.
- 21.Mihaljević Peleš A, Šagud M, Bajš Janović M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati Bipolarni afektivni poremećaj? *Medicus.* 2017;26.2:167-172.
- 22.Popović V. Prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. Doctoral dissertation. Univerzitet u Beogradu. 2016.
- 23.Amy E, Kozak A. "The more pain I have, the more I want to eat": obesity in the context of chronic pain. *Obesity.* 2012;20.10:2027-2034.
- 24.Kolotkin RL, Corey PK, Crosby RD, Swanson JM, Toumari AV, L'Italien GJ, i sur. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity.* 2008;16.4:749-754.

- 25.Štrkalj Ivezić S, Flnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*. 2007;13.71:56-58.
- 26.Strahimirović Lj. Značaj komorbiditeta paničnog poremećaja i somatskih bolesti. *Medicinski časopis Krag*. 2018;52.4:140-144.
- 27.Tomić N. Somatoformn versus psychosomatic disorders. *Psihijatrija danas*. 2003;35.1:91-97.
- 28.Nikolić G, Tasić I, Manojlović S, Samardžić L, Tošić S, Ćirić Z. Psychiatric syndromes associated with atypical chest pain. *Vojnosanitetski pregled*. 2010;67.7:530-536.
- 29.Čuržik D. Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47.1:51-58.
- 30.Topić Lukačević S, Cvitanušić S, Filipčić I, Kosović M. Poticanje rezilijencije, a time i kvalitete života kod stresom i traumom uzrokovanih poremećaja putem kriznih intervencija. *Socijalna psihijatrija*. 2020;48.3:257-284.
- 31.Zaidin Othman A, Dahlan A, Norfaizah Borhani S, Rusdi H. Posttraumatic stress disorder and quality of life among flood disaster victims. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2016;234:125-134.
- 32.Bandić I, Brigić M, Leutar Z. Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja. *Mostriensia: časopis za društvene i humanističke znanosti*. 2020;24.1:89-107.
- 33.Halmi A, Laslavić A. Akcijska istraživanja kvalitete života osoba s različitim duševnim poremećajima u Republici Hrvatskoj. Rezultati preliminiranog istraživanja. *Socijalna ekologija*. 2002;11.1(2):133-145.
- 34.Mapatwana D, Tomita A, Burns J, Robertson L. Predictors of quality of life among community psychiatric patients in a peri-urban district of Gauteng province, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*. 2018;24.
- 35.Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
36. Whoqol-bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessmenth. Dostupno na: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

Datum pristupa: 11.1.2021.

37.Dečković Vukres V, Ivičević Uhernik A, Mihel S. Istraživanje o uporabi duhana u odrasloj populaciji Republike Hrvatske. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2016:19-19.

11.PRILOZI

1.Suglasnost etičkog povjerenstva

2.Informirani pristanak bolesnika

1.Suglasnost etičkog povjerenstva



Bolnički red Svetog Ivana nd Boga - Milosrdna braća

**SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB
pSVETI RAFAEL“ STRMAC**

Strmac Naselje 4, Ğumetlica, 35404 Cemik, www.bolnicasvetirafael.eu

OIB 34177692639 * IBAN HR6423400091110450906 • TEL: 035/386-700 * FAX:03s/386-701

Etičko povjerenstvo

Ur.broj:381-21-00-21-1

Šumetlica, 26.02.2021. godine

Etičko povjerenstvo Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac na svom 5. sastanku održanom dana 26.02.2021. godine daje

SUGLASNOST

temeljem koje Sandra Kalić, studentica Diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva u Slavanskom Brodu, može provoditi u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac istraživanje u svrhu diplomskog rada na temu „Kvaliteta života hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika prema skupinamaporemećaja“.

Ova suglasnost daje se uz molbu da se po završenom istraživanju u Bolnici prezentiraju utvrđeni rezultati istraživanja.

Predsjednica Etičkog povjerenstva
Marijana Bogadi, dr.med.spec.psih.

Dostaviti:

1. Uprava bolnice
2. Sandra Kalić
3. Arhiva Etičkog povjerenstva

2.Informirani pristanak bolesnika

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani, molim Vas za sudjelovanje u istraživačkom radu za diplomski rad pod nazivom Kvaliteta života hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika prema skupinama poremećaja. Ovo istraživanje provodi Sandra Kalić, studentica 2.godine Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo Slavonski Brod. Molim Vas da ovaj formular pročitate u cijelosti, te da prije pristanka za sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koja pitanja koja Vas zanimaju.

Pročitao/la sam ovaj formular o sudjelovanju u istraživanju koje provodi studentica diplomskog studija sestrinstva pod naslovom "Kvaliteta života hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika prema skupinama poremećaja" a u svrhu informiranog pristanka ispitanika u cijelosti. Dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih za ovo istraživanje. Na pitanja mi je odgovoreno na način koji mi je bio razumljiv. Svrha i korist ovog istraživanja su mi objašnjeni. Razumijem da je moja anonimnost kao i anonimnost mojih odgovora zajamčena.

Pristajete li sudjelovati u istraživanju?

1.DA

2.NE

TISKANO IMA I PREZIME ISPITANIKA/CE

POTPIS: _____

TISKANO IME I PREZIME STUDENTICE

POTPIS: _____

U Strmcu, _____