

UPORABA I ZLOUPORABA PSIHOFAKAMA U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

Kralj, Mirjana

Doctoral thesis / Disertacija

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:732077>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Mirjana Kralj

**UPORABA I ZLOUPORABA PSIHOFARMAKA U OSOBA STARIJE
ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE**

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Mirjana Kralj

**UPORABA I ZLOUPORABA PSIHOFARMAKA U OSOBA STARIJE
ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE**

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

Mentor doktorske disertacije: izv. prof. dr. sc. Robert Lovrić

Komentor doktorske disertacije: izv. prof. dr. sc. Krešimir Šolić

Doktorska disertacije ima: 90 listova, 33 tablice i jednu sliku.

ZAHVALA

Hvala mentoru, izv. prof. dr. sc. Robertu Lovriću i komentoru izv. prof. dr. sc. Krešimiru Šoliću na stručnoj i znanstvenoj pomoći pri izradi doktorskog rada.

Zahvaljujem prijateljima na pomoći i potpori, posebice Štefici, Aniti, Ani, Greti te kolegicama u patronažnim službama i zdravstvenoj njezi u kući, koje su mi pomagale tijekom provođenja istraživanja.

Doktorsku disertaciju posvećujem mojoj majci, koja me kroz cijeli život podržava i usmjerava te i danas ukazuje na istinske vrijednosti života.

SADRŽAJ

Popis tablica.....	III
1. UVOD	1
1.1. Starost i starenje.....	2
1.2. Usamljenost	4
1.3. Anksioznost	5
1.4. Depresija.....	6
1.5. Psihofarmaci	8
1.6. Farmakoterapija u starijih osoba.....	9
1.7. Ovisnost u starijoj životnoj dobi.....	11
1.8. Kvaliteta života osoba starije životne dobi.....	12
2. HIPOTEZA	14
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	15
4. ISPITANICI I METODE	16
4.1. Ustroj studije.....	16
4.2. Ispitanici	16
4.3. Metode	17
4.3.1. Instrumenti.....	17
4.4. Statističke metode.....	20
4.5. Etička načela.....	20
5. REZULTATI	21
5.1. Obilježja ispitanika	21
5.2. Zastupljenost fizičkih i psihičkih bolesti u starijih osoba.....	22
5.3. Propisivanje i korištenje psihofarmaka u starijih osoba	23
5.4. Procjene simptoma ovisnosti starijih osoba o anksioliticima (CAGE upitnik).....	24
5.5. Procjene kognitivnih funkcija u starijih osoba (MMSE upitnik)	27
5.6. Samoprocjene simptoma depresije u starijih osoba (BDI – Beckov samoocjenski upitnik za depresiju)	31
5.7. Samoprocjene simptoma anksioznosti u starijih osoba (BAI – Beckov samoocjenski upitnik za anksioznost)	37
5.8. Samoprocjena kvalitete života starijih osoba (WHOQOL upitnik).....	43
6. RASPRAVA	52
7. ZAKLJUČAK	69

8. SAŽETAK	70
9. SUMMARY	71
10. LITERATURA	73
11. ŽIVOTOPIS	83
12. PRILOZI	90

Popis tablica

Broj i naslov tablice	Stranica
Tablica 5.1. Obilježja ispitanika	21
Tablica 5.2. Zastupljenost popratnih fizičkih bolesti u ispitanika	22
Tablica 5.3. Zastupljenost popratnih psihičkih bolesti u ispitanika.....	22
Tablica 5.4. Razlike u propisivanju i uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na mjesto stanovanja ..	23
Tablica 5.5. Razlike u procjenama kliničkih simptoma ovisnosti ispitanika o anksioliticima prema CAGE upitniku s obzirom na mjesto stanovanja	24
Tablica 5.6. Razlike u pojavnosti značajnih kliničkih simptoma ovisnosti ispitanika o anksioliticima s obzirom na mjesto stanovanja	25
Tablica 5.7. Razlike u propisivanju i uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima	26
Tablica 5.8. Razlike u procjenama kognitivnih funkcija ispitanika prema MMSE testu s obzirom na mjesto stanovanja	27
Tablica 5.9. Razlike u pojavnosti kognitivnih oštećenja u ispitanika (muškarci i žene) s obzirom na mjesto stanovanja	28
Tablica 5.10. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na kognitivna oštećenja	29
Tablica 5.11. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka na kontrolne preglede s obzirom na postojanje kognitivnih oštećenja u ispitanika koji žive u vlastitom domu	30
Tablica 5.12. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka na kontrolne preglede s obzirom na postojanje kognitivnih oštećenja u ispitanika koji žive u instituciji	31
Tablica 5.13. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 1 do 8)	32
Tablica 5.14. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 9 do 15)	33
Tablica 5.15. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 16 do 21) ..	34

Tablica 5.16	Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika (muškarci i žene) s obzirom na mjesto stanovanja	35
Tablica 5.17.	Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol	36
Tablica 5.18.	Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima	37
Tablica 5.19.	Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 1 do 6)	38
Tablica 5.20.	Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 7 do 14) ...	39
Tablica 5.21.	Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 15 do 21) ..	40
Tablica 5.22.	Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u muških i ženskih ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja	41
Tablica 5.23.	Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol	42
Tablica 5.24.	Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima	43
Tablica 5.25.	Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Tjelesno zdravlje (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna	45
Tablica 5.26.	Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Psihičko zdravlje (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna	46
Tablica 5.27.	Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Socijalni odnosi (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna	46
Tablica 5.28.	Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Okolina (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna	47
Tablica 5.29.	Samoprocjene razine kvalitete života muških i ženskih ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja	48
Tablica 5.30.	Samoprocjene razine kvalitete života ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol	49

Tablica 5.31. Samoprocjene razine kvalitete života ispitanika s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima	50
Tablica 5.32. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika koji žive u vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima	50
Tablica 5.33. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika koji žive u instituciji s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima	51

1. UVOD

Zahvaljujući sve većem životnom standardu i općem unapređenju zdravstvene zaštite stanovništva, a istovremeno, zbog smanjenja prirodnog priraštaja, došlo je do produženja životnog vijeka. Sve dulje se živi, stoga je i veći postotak osoba starijih od 65 godina (1). Svjetska zdravstvena organizacija po kronološkoj dobi definira osobe čija je dob od 60 do 75 godina kao starije osobe, stare osobe su čija je dob od 76 do 90 godina, a vrlo stare osobe su koje imaju više od 90 godina (2). Broj stanovnika koji su stariji od 65 godina u stalnom je i ubrzanom porastu. Smatra se da je populacija stara ako ima više od 11 % ljudi starijih od 65 godina. Prema podacima gerontoloških zdravstveno-statističkih pokazatelja za Hrvatsku, značajan je porast udjela starijeg stanovništva u Hrvatskoj koji je i dalje u porastu, stoga je Hrvatska, prema klasifikaciji UN-a, svrstana u četvrtu skupinu europskih država s vrlo starim stanovništvom. Na osnovu podataka državnog Zavoda za statistiku, udio starih osoba u Hrvatskoj iznosi 17,7 % i pretpostavlja se kako će do 2050. godine udio osoba starije životne dobi u populaciji biti veći od 26,8% (3). U Europi će 2050. godine, udio stanovnika starijih od 65 godina biti 60% (4).

Usamljenost je proizvod modernog doba, a pokazala se kao glavni problem u starijih osoba. Uvjeti nastanka usamljenosti mogu biti unutarnji i vanjski. Unutarnji su kognitivni procesi, a vanjski uvjeti se nalaze u prirodi i društvenoj okolini (5).

Anksiozni su poremećaji među najučestalijim poremećajima u starijoj dobi, a upotreba anksiolitika, lijekova koji ublažuju depresivno raspoloženje, strah i anksioznost, pet je puta veća u starijoj populaciji u odnosu na opću populaciju (6-8). Benzodiazepini su, najčešće propisivana skupina lijekova uopće (9,10). Tako široka primjena benzodiazepina kod gotovo svih mentalnih poremećaja u starijih ljudi vrlo često nema opravdanje (11).

Depresija je u starijoj životnoj dobi, bolest u stalnom porastu, što je paralelno popraćeno povećanim udjelom samog staračkog stanovništva. Starija životna dob, prisustvo različitih bolesnih stanja, odlazak djece iz obiteljskog gnijezda, odlazak u mirovinu, stres, gubitak supružnika ili životnog partnera, smanjenje potreba i želje za aktivnostima koje su se nekad normalno provodile, otuđenost i nezadovoljstvo, dodatni su čimbenici koji pogoduju razvijanju depresivne reakcije starijih ljudi (12). Za liječenje ovih psihičkih poremećaja koriste se psihofarmaci. To je heterogena skupina kemijskih spojeva sa zajedničkim svojstvima djelovanja na psihičko stanje čovjeka (13). U farmakoterapijskom tretmanu, neophodno je potrebno pridržavati se načela u primjeni psihofarmaka kod osoba starije životne dobi: uvijek

treba započeti s najnižom očekivanom terapijskom dozom (u starijih osoba terapijske doze su značajno niže od terapijskih doza istih lijekova od osoba srednje životne dobi i mlađih), dozu izabranog lijeka postupno povećavati (pratiti kliničko poboljšanje) do najniže učinkovite doze. Pri tome je potrebno, kada god je to moguće, izbjegavati lijekove koji imaju rizik moguće sedacije te izbjegavati kombinacije lijekova koje mogu dovesti do komplikacija, a isto tako redovito i učestalo pratiti moguću pojavu nuspojava (14, 15).

Na sistemsko djelovanje lijekova kod starijih ljudi mogu utjecati procesi starenja. Starije osobe osjetljivije su na učinak lijekova od mlađih osoba (16). Određene fiziološke promjene koje zahvaćaju funkcije bubrega i jetre mogu dovesti do promjene farmakokinetičkih svojstava, bioraspoloživosti lijeka, a utječu i na raspodjelu i eliminaciju lijekova iz organizma. Neprepoznavanje posljedica uzimanja lijekova može dovesti do velikih nejasnoća i zabuna, pa se simptomi nuspojave tretiraju kao pojava nove bolesti što rezultira propisivanjem novoga lijeka.

Polipragmazija, tj. istovremeno primjenjivanje većeg broja lijekova, premda to nije opravdano i potrebno, kod starijih bolesnika je gotovo redovita pojava. Ona povećava broj štetnih nuspojava i interakcija lijekova, povećava hospitaliziranost zbog farmakoterapije, značajno utječe na smanjenje kvalitete života bolesnika i na kraju dovodi do nepotrebnih troškova u zdravstvenim resursima (17).

Velika upotreba psihofarmaka uz komplikacije dugotrajne upotrebe, kao komorbiditet s drugim bolestima, fiziološkim promjenama u starosti i neželjenim reakcijama, može dovesti i do ovisnosti. Ovisnost se najčešće definira kao prisilna aktivnost i neodoljivo uključivanje u neko specifično djelovanje (18), najčešće u obliku potrošnje pojedinih sredstava čije uzimanje nije ni medicinski, ni prehranbeno opravdano. Lijekovi mogu biti uzrokom psihološke ili psihološke i fizičke ovisnosti.

U starijoj životnoj dobi vrlo često dolazi i do smanjene razine kognitivnog funkcioniranja što uz navedene čimbenike dovodi i do smanjenja kvalitete života (19,20). Problematika kvalitete života starih ljudi nalazi se u raslojavanju između snaga i sposobnosti starijeg čovjeka te suvremenih uvjeta i zahtjeva života. (21,22).

1.1. Starost i starenje

Starenje je prirodni proces s neizbježnim, nepovratnim i progresivnim procesima koji dovode do kvalitativnog i kvantitativnog propadanja organizma. Starenje je razgradbeni proces u kojem početkom života prevladavaju izgradbeni procesi, a nakon kraćeg ili dužeg trajanja ravnoteže prevladavaju različiti razgradbeni procesi (23). Važno je razlikovati primarno

starenje i sekundarno starenje organizma . Primarno starenje naziva se fiziološkim starenjem ili senescencijom, a ono se odnosi na uobičajene fiziološke procese koji nastaju zbog neizbježnih bioloških događanja i posljedica su trajanja ljudskog vijeka. Pod sekundarnim starenjem podrazumijevaju se patološke promjene i smanjenje funkcija s godinama koje su nastale kao posljedica brojnih vanjskih čimbenika, različitih okolinskih utjecaja te razvijanjem određenih bolesti i patoloških stanja (24).

Tipovi starenja također mogu biti različiti . U biološkom smislu, osoba može biti mlađa ili starija od drugog pojedinca jednake kronološke dobi. Biološkim starenjem podrazumijevaju se promjene u funkcijama organizma tijekom životnog vijeka i označava stvarno stanje tijela. Psihološko starenje je osobna procjena starenja, tj. mogućnosti prilagodbe svakog pojedinca na promjene u okolini i životnom okruženju. Psihološka starost definira se kao uspješnost pojedinca na adaptaciju i sposobnost prilagođavanja na promjene u životnoj okolini. Ukoliko su mogućnosti na prilagodbu veće, psihološka starost će biti manja. Na psihološko starenje utječe zdravstveni status i stanje organskih sustava pojedinca. Socijalne uloge pojedinca i odnosi s ostalim članovima društva, odnosi se na sociološku starost.. Socijalno starenje način je na koji osobe doživljavaju starenje, tj. međuodnos osobe koja stari i društva u kojem ona živi (22, 23).

Poznate su brojne teorije starenja. Jedna od najpoznatijih je teorija „nošenja i trošenja“, u kojoj se organizam uspoređuje s odjećom ili obućom koja se troši nošenjem ili se uspoređuje sa strojem čiji se dijelovi vremenom istroše, pa je nefunkcionalnost neizbježna i razmjerno duljini trošenja. Poznata „stanična teorija akumulacije pogrešaka“ tvrdi da se starenjem u stanicama nakupljaju genetske greške. Razmnožavanjem tjelesnih stanica dolazi do pogrešaka u procesu kopiranja, nove se stanice razlikuju, starije su, vremenom se gomilaju te dolazi do starenja. Teorija „programiranog starenja“ tvrdi da su promjene u starosti i smrt genetski programirani (25). Teorija „smanjene aktivnosti“ pretpostavlja da je procesu starenja svojstven prekid veze između pojedinca i društva u kojem pojedinac živi. Proces smanjenja aktivnosti zbiva se tako da se sustavno reduciraju ranije postojeći oblici socijalne interakcije, pojedinac u njima sve manje sudjeluje, slabe odnosi s prijašnjim znancima i prijateljima, što dovodi do potpune orijentacije pojedinca na samoga sebe i oblikovanja novih obrazaca ponašanja. Teorija „konzistencije“ smatra da kognitivni elementi imaju važnu ulogu u prilagodbi na starenje koja je najočitija tijekom umirovljenja. Teorijom „stresa“ pokušava se objasniti učestalost psihičkih oboljenja kod starih ljudi, pretpostavljajući da životni stresori dovode do smanjenja adaptivnih snaga organizma, što u starosti dovodi do slabe mogućnosti prilagođavanja i do simptoma psihičkih poremećaja. Teorija socijalnog sloma objašnjava zbivanja u okolini pojedinca koja

dovode do stvaranja novih socijalnih uloga i statusa starijeg čovjeka u društvu, koji je niži od prijašnjeg i dovodi do oblikovanja negativnih psiholoških funkcija ili simptoma psihičkih bolesti (26).

Starenje i starost su različiti pojmovi. Starenje je postupan, nepovratan i progresivan proces koji dovodi do smanjenja strukture i funkcioniranja pojedinih organa i čitavih organskih sustava, dok je starost pojam koji se odnosi na određeno razdoblje u životu, povezano s kronološkom dobi. Biološka i kronološka starost, najčešće nije istovjetna, već je uvjetovana individualnim osobinama čovjeka, bilo genotipskim ili fenotipskim. Proces starenja započinje već samim začecem i traje do kraja ljudskog života (16). Skupina starijih ljudi nije homogena. Raslojava se prema biološkim, socijalnim, ekonomskim, kulturnim i drugim različitostima. Biološko je raslojavanje prema psihofizičkim svojstvima, pa se tako razlikuju tri razdoblja starosti: rana starost (od 65 godina), duboka starost (od 75 godina) i razdoblje završetka života (nakon 85 godina). Socijalno raslojavanje nastaje temeljem sposobnosti i mogućnosti samostalnog rješavanja problema, zadovoljavanja vlastitih potreba, ali temeljem ranije stečenog obiteljskog, socijalnog i materijalnog statusa (22).

U starijoj dobi, aktivnost zdravog čovjeka ne prestaje, već mijenja način i oblik. Starija životna dob je vrijeme velikih prilagodbi na nove životne okolnosti i oblike aktivnosti nakon prestanka radnog odnosa te izazovnih mogućnost za razvoj novih uloga u životu starijih osoba.

1.2. Usamljenost

Usamljenost je negativno i subjektivno iskustvo pojedinca. Odnosi se na percepciju osobe kao nedostatak kvalitete i/ili kvantitete njezinih socijalnih odnosa ili stupnja socijalnog uključivanja. Subjektivna komponenta usamljenosti znači da se osoba s prilično širokim socijalnim krugom isto može osjećati usamljeno. I obrnuto, osoba s malo socijalnih kontakata ne mora se osjećati usamljeno (3).

Usamljenost je osjećaj nesretnosti koji je posljedica raskoraka između stvarnih i željenih socijalnih kontakata. Vrlo važan čimbenik za sprječavanje usamljenosti je prisutnost osobe od povjerenja, npr. djece, rođaka, prijatelja i susjeda. Nema jasnog odgovora na pitanje jesu li zadovoljniji stari ljudi ako žive u zajedničkom kućanstvu s djecom ili su zadovoljniji ako žive u zasebnom kućanstvu, ali u blizini, što najčešće žele stari ljudi koji su samostalni i sposobni za brigu o sebi. U našoj je zemlji briga za stare ljude prepuštena obitelji. Uglavnom postoji međugeneracijska obiteljska povezanost i solidarnost te se u najvećem broju slučajeva stari ljudi pouzdaju u stalnu, praktičnu i emocionalnu pomoć svoje obitelji (27). Preseljenje u starački dom iznimno je važan događaj u životu stare osobe i može biti vrlo stresan. Potiče vrlo

jake osjećaje napuštenosti, nesigurnosti i neizvjesnosti. Jedan od najznačajnijih razloga je prelazak iz poznatog u nepoznato okruženje. Većina doživi osjećaj gubitka: napuštanje obitelji, prijatelja, lokalne zajednice i prethodnog načina života. Preseljenje u novo okruženje sa svojom rutinom, gdje ovise o pomoći drugih, može dovesti do osjećaja manje vrijednosti i gubitka identiteta i depresije (22).

Jedan je od najjačih oblika stresa što ga osoba može doživjeti u životu, je gubitak bračnog partnera, osobito ako je bračna zajednica trajala dugo. Udovištvo predstavlja tešku promjenu za starije ljude; obudovljeni se uglavnom osjećaju sasvim izgubljeno, imaju učestalije i intenzivnije tjelesne i psihičke tegobe, a to otežava i produžava proces prilagodbe. Osjećaj osamljenosti, kojem su stare osobe jako podložne, često ih može dovesti do bolesti ovisnosti, a mogući su i suicidi u starijoj populaciji (28).

Većina se žena i muškaraca iz radnog aktiviteta povlači u razdoblju između šezdesete i sedamdesete godine života. U tom razdoblju događaju se i druge promjene (socijalne, ekonomske, medicinske) koje se mogu negativno odraziti na njihovo zdravstveno stanje. Umirovljenje može biti vrlo teško i bolno iskustvo, osobito za ljude koji su bili zadovoljni svojim poslom, uspješno ga obavljali te u njemu pronalazili sadržaje i smisao u životu. Umirovljenje je za njih tada neugodna promjena koja ih dovodi do psihičkih poremećaja i bolesti, a ponekad i do opadanja psihičkih i kognitivnih funkcija. Današnje se generacije umirovljenika suočavaju s nizom problema pa odlazak u mirovinu izaziva zabrinutost i tjeskobu. Osim smanjenih financijskih primanja, ograničavaju se društvene aktivnosti i smanjuju kontakti sa socijalnom okolinom, javljaju se i neke druge povrede osobnosti, jer osoba u mirovini, više nije uvažena kao prije. Već i samim odlaskom u mirovinu značajno se smanjuje interes društva i okoline, umanjuje se dotadašnja vrijednost pojedinca i on na taj način osjeća gubitak na priznavanju i važnosti. Osjećaj da osoba više nije korisna može imati destruktivan utjecaj na samopoimanje i dovesti do razvijanja negativnih emocija (24).

1.3. Anksioznost

Anksioznost je simptom koji se javlja kod većine psihijatrijskih poremećaja, ali i kao osnovni simptom kod anksioznih, stresnih i somatofobnih poremećaja. To je skupina poremećaja obilježena jakom tjeskobom, a uzrok može biti gubitak, stres, različito traumatsko iskustvo ili unutarnji nesvjesni konflikt (29).

Znaci tjeskobe zaslužuju posebnu pozornost kod starih osoba. Potištenost je jedan od najčešćih znakova tjeskobe. Stari ljudi govore sporije i slabije. Obraćaju manje pozornosti vlastitoj njezi. Nedostaje im energije za uobičajene aktivnosti. Kod njih prevladava osjećaj pesimizma i život

izgleda tužniji i beznadan. Tjeskoba može biti naglašena u staroj dobi jer neposredni problemi podsjećaju na ranije poteškoće pa ih muči i prošlost i sadašnjost.

Prema MKB-10 anksiozni poremećaji kao što su različiti somatoformni poremećaji, poremećaji prilagodbe, panični poremećaji, fobično-anksiozni i drugi anksiozni poremećaji, reakcije na stres, posttraumatski stresni poremećaji i neki drugi, nalaze se u grupi „Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji“.

Liječenje se uz mnoge oblike, provodi i anksioliticima, lijekovima koji se u pravilu dobro podnose, netoksični su, a značajna prednost im je brzi početak djelovanja. Veliki nedostatak ove skupine lijekova je brzi razvoj tolerancije, tj. ovisnosti koja se može pojaviti već nakon četiri tjedna korištenja anksiolitika.

Kako starije osobe nerado priznaju svoje psihičke poteškoće, a kliničari i obitelji mogu simptome poistovjetiti s uobičajenim stavovima i predrasudama o procesima starenja ili životnim stresovima i gubitcima, anksioznost često ostaje neprepoznata i neliječena. Posljedice neliječene anksioznosti mogu dovesti do kognitivnih oštećenja, oslabljene kvalitete života, problema s okolinom, razvojem ovisnosti o alkoholu te do mnogih drugih oblika narušavanja fizičkog, mentalnog i socijalnog zdravlja starijih osoba.

1.4. Depresija

Danas u svijetu više od sto milijuna ljudi pati od depresije, a u Hrvatskoj oko dvjesto tisuća, što nameće zaključak kako se radi o velikom javnozdravstvenom problemu (30). Depresija je jedan od najčešćih duševnih poremećaja. Bila je opisana još u staroj Grčkoj, pod nazivom melankolija, prema tadašnjem vjerovanju kako je uzrokovana „crnom žuči“ (16).

Depresija je duševna bolest koja duboko zadire u dušu oboljelog i suočava ga s iskustvima bespomoćnosti i beznađa (14). Manifestira se mnoštvom različitih simptoma. Prema MKB-10 tipični simptomi depresije su: depresivno raspoloženje, povećan umor, smanjena aktivnost i nedostatak energije (često se uočava zamor i pri najmanjoj aktivnosti) i gubitak interesa i uživanja.

Drugi simptomi su: osjećaj krivnje i bezvrijednosti, smanjena pažnja i nedostatak koncentracije, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, pesimistični pogledi na vlastitu budućnost, pojava ideja za samoozljeđivanje ili samoubojstvo, poremećaj spavanja, smanjen apetit. Od somatskih simptoma koji su karakteristični za depresiju su: gubitak zainteresiranosti i doživljaj zadovoljstva u svim aktivnostima koje su uobičajeno poželjne i ugodne, izostanak emocionalnih reakcija na pojedine događaje ili aktivnosti koje uobičajeno izazivaju

emocionalni odgovor, ranije jutarnje buđenje dva ili više sati ranije od uobičajenoga, izrazita psihomotorna oštećenja ili agitacija, značajan gubitak apetita, koji ima za posljedicu gubitak tjelesne težine i izraziti gubitak libida. Pri postavljanju dijagnoze depresivnog poremećaja treba sagledati sve raspoložive i poznate anamnestičke i heteroanamnestičke podatke: trajanje poremećaja, broj i okolnosti pojave depresivnih simptoma, utjecaj poremećaja na radno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje te na diferencijalno-dijagnostički kriteriji. U sadašnjoj klasifikaciji navedeni su sljedeći stupnjevi depresivnih poremećaja: blaga, umjerena i teška depresivna epizoda. Blagu depresivnu epizodu karakteriziraju blaže teškoće u svakodnevnom životu, koje ne uzrokuju prekid u obavljanju uobičajenih aktivnosti. Kod umjereno depresivne epizode, pojavljuju se značajnije poteškoće u socijalnom funkcioniranju i obavljanju radnih i svakodnevnih kućnih aktivnosti. Teška depresivna epizoda može biti sa ili bez prisutnosti psihotičnih simptoma. U ovom stupnju depresivnih poremećaja izražena je izuzetna ograničenost u obavljanju svih aktivnosti i socijalna nefunkcionalnost, uz prisutnost drugih simptoma (31, 32).

Starija populacija suočava se s brojnim psihičkim, fizičkim i socijalnim promjenama uloga koje iskušavaju njihove osjećaje o sebi i kapacitete za sretan život. U podmakloj dobi neizbježno je da ljudi gube kontakt sa svojim krugom prijatelja, a sve im je teže sklapati nova poznanstva i uključivati se u novi krug prijatelja. Usamljenost je jedan od glavnih čimbenika koji dovodi do razvoja depresivnih simptoma (14).

Klinička slika depresije u starijih ljudi bitno se razlikuje od kliničke slike ljudi u srednjoj i mlađoj životnoj dobi. Najčešći simptomi depresije u starijoj dobi jesu: gubitak energije, gubitak interesa i zanimanja za okolinu, smetnje u koncentraciji, problemi sa spavanjem, smanjen apetit i gubitak na tjelesnoj težini. Stariji se često tuže na mnoge somatske tegobe, na razne tjelesne simptome, umor, slabost, glavobolju, bolove u leđima, zglobovima i sl.

Stariji više naginju melankoličnoj slici depresije, karakterizirane hipohondrijazom, osjećajem beznadnosti i bespomoćnosti, sa samooptuživačkim tendencijama, a katkad i s paranoidnim i suicidalnim idejama. Iako čovjek koji pati od depresije izgleda bez energije, usporen, iscrpljen, u depresiji troši silnu energiju u obliku agresije, ali usmjerenu prema samome sebi. Depresivna osoba sebe kažnjava, ne dopušta si da joj bude dobro, mora patiti zbog osjećaja krivnje (5). Mogu se javiti i atipični oblici depresije, koji više podsjećaju na anksioznost, kao kronično neobjašnjivi tjelesni simptomi: vrtoglavica, kronični bolovi, zatvor, gubitak tjelesne težine, nesanica, zatim zabrinutost, nemir, napetost i razdražljivost. U ekstremnim slučajevima starije osobe mogu postati potpuno uvjerenе da boluju od neizlječive bolesti, a nije rijedak slučaj da to bude uzrokom samoubojstva kod starih osoba (6).

Svjetska zdravstvena organizacija objavila je 1996. godine rezultate istraživanja Globalnog opterećenja bolestima za 96 najčešćih bolesti u svijetu (3, 33). Depresija je bila četvrta po redu, a 2020. godine, dosegla je drugo mjesto.

1.5. Psihofarmaci

Psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičko stanje čovjeka, a zbog svoje specifičnosti, trebalo bi se prema njima i posebno odnositi. Dije se na antidepresive, antipsihotike, stabilizatore raspoloženja te anksiolitike i hipnotike. Namijenjeni su za liječenje duševnih bolesnika, koji se ponekad ne mogu samostalno opredijeliti za pristanak ili odbijanje pristanka za uzimanje tih lijekova (34).

Antipsihotici su vrlo značajnu skupinu lijekova, koji se u današnjoj kliničkoj praksi vrlo široko primjenjuju, pa se tako danas primjenjuju u liječenju bipolarnih afektivnih poremećaja, u liječenju poremećaja ponašanja kao i za liječenje depresivnih poremećaja. Kao i svi ostali lijekovi antipsihotici, mogu izazvati i neželjene i štetne učinke koje nazivamo nuspojavama. Nuspojave antipsihotika dijele se u dvije skupine: neurološke i neneurološke. Najčešće neurološke nuspojave su: parkinsonizam, ekstrapiramidalni sindrom, distonija, akatizija, tardivna diskinezija i sedacija. Od neneuroloških nuspojava značajnije su: negativni učinci na srce, ortostatska hipotenzija, suhoća usta, pojačano slinjenje, zamagljen vid, povraćanje, proljevi, mučnine, povećanje tjelesne težine, poremećaji seksualnosti (12, 35). Antipsihotici novije generacije manje su sedativni i slabije utječu na psihomotorno ponašanje nego tradicionalni antipsihotici (36).

Antidepresivi se mogu definirati kao pripravci koji u usporedbi s placebom poboljšavaju sve simptome karakteristične za depresivni poremećaj (35). Ovi se lijekovi značajno razlikuju po terapijskom i sedativnom učinku, djelovanja na apetit i tjelesnu težinu, san, a razlikuju se i po pojavnosti nuspojava i sigurnosti primjene (2). Liječenje starijih bolesnika započinje se niskim dozama antidepresiva te se postupno povećava doziranje dok se ne postigne povoljan terapijski učinak ili do pojave nuspojava zbog kojih može biti onemogućena daljnja primjena lijeka. Najčešće nuspojave u starijih bolesnika su: ortostatske hipotenzija, sedacija, parkinsonizam, konfuzna stanja, bradikardija, poremećaji spavanja, smetnje vida (7,16).

U farmakoterapijskom tretmanu depresije, uz antidepresive daju se anksiolitici i antipsihotici u niskim dozama. Pri započinjanju farmakoterapijskog tretmana treba se pridržavati usvojenih uputa: započeti terapiju malim dozama, postupno povišivati dozu, pratiti terapijski odgovor i pojavu nuspojava (gastrointestinalne smetnje, nervoza, glavobolja, nesanic, pretjerana mišićna

relaksacija, smetenost, navikavanje), individualizirati i pojednostaviti uzimanje lijekova i prilagoditi ih specifičnostima kliničke slike i općeg stanja (5).

Anksiolitici su skupina lijekova koji se primjenjuju za ublažavanje blažih psihičkih poremećaja, neuroza. Najčešće se primjenjuju i za ublažavanje tjeskobe, napetosti, za ublažavanje posljedica stresa, i sličnih poremećaja. Dijele na nekoliko skupina, od kojih je najbrojnija i najvažnija skupina benzodiazepina, koji imaju anksiolitičko, antikonvulzivno, miorelaksirajuće i sedativno djelovanje. Oni su u primjeni sigurni, dobro se podnose, imaju brzo djelovanje, ali veliki rizik od razvoja psihičke i fizičke ovisnosti, a mogu izazvati sedaciju, prolazna kognitivna zatajenja i probleme s koncentracijom i pamćenjem. Primjena anksiolitika kod starije populacije može dovesti do paradoksalne agresivnosti (12), izazvati uzbuđenje, iritabilnost i euforiju. Kako imaju i sedativno i miorelaksirajuće djelovanja mogu kod starijih osoba dovesti do slabije osjetljivosti, što može dovesti do padova i posljedičnih trauma, osobito do prijeloma kuka (3). Benzodiazepini su skupina najčešće zlorabljenih lijekova koji se nekontrolirano upotrebljavaju.

Stabilizatori raspoloženja skupina su lijekova koji djeluju na maničnu epizodu u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja. Prvi lijek izbora je litij, a koriste se i neki drugi, najčešće antikonvulzivni lijekovi (12). Najčešće nuspojave ovih lijekova su mučnina, proljev, umor, tremor, poliurija, pospanost i oštećenje jetre.

1.6. Farmakoterapija u starijih osoba

Primjena lijekova u starijoj životnoj dobi treba provoditi osobito pažljivo zbog niza fizioloških promjena koje su povezane s procesima starenja. Najvažniji cilj farmakoterapije u starijih osoba je povećanje kvalitete života.

Brojne su poteškoće vezane uz pravilnu farmakoterapiju starijih osoba. Starije osobe zbog prisutnosti više bolesti i poremećaja, često uzimaju više lijekova, što značajno povećava rizik za razvijanje nuspojava i nepredviđene interakcije među lijekovima. Veliki je problem nesuradljivost starijih osoba u primjeni lijekova, neuzimanje lijekova prema uputama, kao i samoinicijativno uzimanje različitih lijekova. Zdravstveni problemi vezani uz dob, zajedno s fiziološkim promjenama u starosti, povećavaju učestalost neželjenih reakcija na lijek. U starijoj dobi promjene farmakokinetičkih i farmakodinamičkih obilježja lijeka nastaju zbog brojnih promjena vezanih za dob i postojanje ostalih poremećaja (36). Farmakokinetika uključuje procese apsorpcije, distribucije, metabolizma i eliminacije lijekova. U starijoj dobi povećava se masno tkivo, a smanjuje količina vode i mišićna masa, što rezultira akumulacijom lijeka. Tijekom starenja organizma dolazi do porasta želučanog pH, što može utjecati na stupanj

topljivosti lijekova. Smanjuje se resorptivna površina probavnog sustava, usporen je motilitet crijeva te se mijenja apsorpcija lijeka. Procesi starenja dovode do promjena u građi i funkciji bubrega te se mijenja i izlučivanje lijekova (3, 25). Zbog redukcije jetrenog parenhima i cirkulacije promijenjen je metabolizam lijeka, stoga može doći do povećanog nakupljanja u organizmu. S dobi se smanjuje koncentracija plazminih proteina, što dovodi do toksičnosti lijeka. Tijekom starenja nastaju značajne promjene u organizmu koje povećavaju osjetljivost na nuspojave (7). Farmakodinamika predstavlja fiziološko djelovanje lijeka, koje primijenjeno u istoj kod mlađih osoba, u starijih osoba može biti povećano ili smanjeno. Bolesnici starije dobi imaju oslabljene kompenzacijske odgovore pa su samim time osjetljiviji na djelovanje lijekova (3).

Anksiozni i depresivni poremećaji, poremećaji spavanja, poremećaji seksualnosti, alkoholizam i zlouporaba droga pokazuju veliki međusobni komorbiditet (10). Zbog visoke stope komorbiditeta somatski bolesnici često uzimaju psihijatrijske lijekove, a psihijatrijski bolesnici ostale lijekove, stoga su moguće raznovrsne komplikacije. Mentalni poremećaji, posebno anksioznost i depresija, ne samo da smanjuju kvalitetu života, već značajno utječu na suradljivost bolesnika, dužinu i broj hospitalizacija te na ishod cjelokupnog liječenja.

Stariju populaciju prati multimorbiditet, istodobna prisutnost više bolesti u organizmu, zbog čega koriste povećan broj lijekova, prosječno 4-5 na recept i još barem dva lijeka automedikacijom (24). Prema određenim karakteristikama koje dovode do pojavljivanja bolesti, mogu se razlikovati četiri vrste multimorbiditeta, a to su slučajni, uzročni, komplicirani i povezani. Slučajni multimorbiditet se utvrđuje kada se bolesti kod bolesnika pojave slučajno, bez povezanosti s nekom drugom prisutnom bolesti, npr. arterijska hipertenzija ili artritis kuka. O uzročnom multimorbiditetu govori se kada postojeće bolesti imaju jednake uzroke i jednak patofiziološki mehanizam kao i nova bolest, npr. kod bolesti perifernih arterija i moždanog udara. Komplicirani morbiditet nastaje kada povezanost bolesti nije u potpunosti jasna, međutim postoje određene okolnosti i patofiziološki mehanizmi koji upućuju kako između bolesti postoji određena povezanost npr. povećana tjelesna masa i šećerna bolest. Povezani multimorbiditet odnosi se na određena stanja, koja se pojavljuju zajedno više od očekivanog, kao na primjer šećerna bolest i arterijska hipertenzija (37). Kakav se god oblik multimorbiditeta kroničnih bolesti utvrdi, za bolesnika to znači istovremeno liječenje tih bolesti i korištenje više lijekova. Iz tih razloga multimorbiditet je glavni uzrok i čimbenik rizika za nastanak polifarmacije. Neki od dobro poznatih čimbenika koji utječu na pojavu multimorbiditeta su dob i spol bolesnika, vrsta poslova koje bolesnik obavlja te niži socioekonomski status, međutim za nastanak multimorbiditeta postoji i potvrđena pozitivna povezanost sa razvojem

psihičkih bolesti. Činjenica da je multimorbiditet povezan s dobi bolesnika, potvrđena je u velikom broju epidemioloških studija, gdje se uvijek ukazuje kako veći broj godina u životu donosi i dodatne rizike za razvoj više kroničnih bolesti. Dokazana je i povezanost spola s pojavnosti multimorbiditeta koja pokazuje kako žene starije životne dobi i manjeg socioekonomskog statusa imaju znatno veći rizik za nastanak multimorbiditeta. Taj je rizik još u porastu osobito ako boluju od neke mentalne bolesti (38).

Zbog kroničnih višestrukih bolesti koje ima stariji bolesnik, liječnici propisuju lijekove nezavisno jedan od drugoga, tako da jedan bolesnik često uzima mnoštvo lijekova, a da se oni međusobno isključuju te izazivaju brojne neželjene učinke. Stoga je starija populacija značajno izložena polipragmaziji, neopravdanoj i nepotrebnoj istodobnoj uporabi pet ili više lijekova, a da se pri tome ne vodi računa o uzajamnom djelovanju takvih kombinacija lijekova, što za posljedicu može imati neželjeni učinak na bolesnika i pojavnost štetnih nuspojava (39).

Brojni su drugi problemi starijih osoba koji dovode do nepravilnog uzimanja lijekova, kao što su pogreške u pravilnosti uzimanja lijekova, nenamjerno ili namjerno uzimanje manjih ili većih doza od propisane. Nesuradljivost također može biti namjerna i nenamjerna, a uzroci mogu biti različiti: nemogućnost nabave lijeka, nerazumijevanje načina i režima uzimanja, različita kognitivna, funkcionalna i osjetilna oštećenja. Najčešće su to nerazumijevanje o načinu uzimanja, zanemarivanje ili nerazumijevanje uputa o uzimanju lijeka, teškoće u pokretljivosti i sl. Osim toga, stariji su skloni za manje zdravstvene probleme umjesto kod liječnika, otići u ljekarnu i potražiti savjete i brza rješenja tegoba (40, 41).

1.7. Ovisnost u starijoj životnoj dobi

Promijenjena fizička i psihička stanja koja nastaju uslijed djelovanja nekog sredstva ovisnosti u organizmu, nazivamo ovisnost. Ovisnost je obilježena promjenama u ponašanju i drugim psihičkim procesima za koje je karakteristično daljnje prisilno uzimanje sredstava ovisnosti s ciljem postizanja ugone ili kako bi se uklonio osjećaj nelagode, koji se javlja nakon što se prekine njihovo uzimanje (33).

Sve je više starijih osoba ovisnika, a danas je to još uvijek zanemaren i gotovo podcijenjen fenomen, o čemu govori australsko istraživanje (42).

Veliki problem danas predstavljaju ovisnosti o sintetskim lijekovima. Najčešće se upotrebljavaju i zloupotrebljavaju lijekovi protiv boli, antibiotici i anksiolitici. Većina lijekova uzrokuje u organizmu fizičku ovisnost, koju ne mora uvijek pratiti i psihološka ovisnost. Kad se određeni lijek uzima bez prestanka tijelo se prilagodi, što dovodi do stvaranja otpornosti ili tolerancije, a ukoliko se isti lijek prestane uzimati, razvijaju se simptomi prestanka uzimanja

ili apstinencije. Da bi se postigao što bolji učinak, zbog veće podnošljivosti, potrebno je stalno povećavanje doze lijeka. Ako se prestane s unosom određene doze lijeka u organizam ili kada se zbog antagonističkog djelovanja neke druge tvari onemogući djelovanje lijeka, razvija se apstinencijska kriza. Osoba koja je u apstinencijskoj krizi može imati mnoge različite simptome kao što su glavobolja, proljev, nemir, drhtavica, a može izazvati teško stanje, koje može biti i po život opasno. Zlorababa lijekova koji izazivaju psihološku ovisnost najčešće imaju negativan utjecaj na mozak, a sadrže jedan ili nekoliko učinaka: uzrokuju ugodne promjene raspoloženja, umanjuju tjeskobu i napetost, mijenjaju osjetna opažanja, uzrokuju osjećaj povećane živahnosti, jaku veselost ili stvaraju osjećaje povećane duševne i fizičke sposobnosti (43). Psihološku je ovisnost često vrlo teško nadvladati. Posebno se često razvija kod ljudi koji uzimaju lijekove koji zahvaćaju središnji živčani sustav, a djeluju tako da mijenjaju raspoloženje i osjećaje. Za one koji razviju ovisnost, djelovanje u vezi s lijekom postaje dominantan dio svakodnevnog života, pa navikavanje ometa radnu sposobnost, usporava i otežava učenje, koči normalno funkcioniranje u socijalnoj sredini, a također mijenja odnose s članovima obitelji i prijateljima (44).

1.8. Kvaliteta života osoba starije životne dobi

Definicija kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije je vrlo široka. Označava ju kao doživljaj pojedinaca o njihovoj poziciji u životu kroz prizmu različitih kulturoloških i socioloških sistema u okruženju u kojem žive, a odnosi se na njihove potrebe, ciljeve i standarde vrijednosti. U ovu definiciju objedinjeno je osam domena: domena fizičkog zdravlja, psihološkog statusa, razine neovisnosti, primjene preporučene prehrane, domena socijalnih kontakata, domena pozitivnog ili negativnog zdravstvenog ponašanja, čimbenici okoliša i domena duhovnih potreba. Ovakvo višedimenzionalno obilježje kvalitete života odnosi se na procjenu fizičkih funkcija, procjenu emocionalnog stanja, socijalne i tjelesno-psihološke funkcije pojedinca (45). Osim toga, zdravstvenog stanje se može procijeniti ukupnim trajanjem života, socijalnim mogućnostima pojedinca pod utjecajem bolesti, dostupnosti i mogućnostima liječenja ili politikama zdravstvene i socijalne zaštite.

Kako bi se osigurao kvalitetan život starijim osobama, postojeće modele zbrinjavanja i skrbi o starijim ljudima potrebno je mijenjati, kontinuirano ih usavršavati i stalno dopunjavati novim sadržajima. Pri tome se, naravno, ne može dovesti u pitanje kvaliteta života koja obuhvaća mlađe generacije. Tijekom posljednja dva desetljeća u Europi se događaju značajne promjene u društvenom i političkom pristupu procesima starenja, koje su potaknute činjenicom kako se demografska struktura ljudi u Europi mijenja u korist starih, odnosno da se udio starijih osoba

u ukupnoj europskoj populaciji ubrzano i neprekidno povećava, ali i činjenicom da paralelno raste i broj onih osoba na čije zahtjeve, potrebe i interese sadašnja skrb ne uspijeva dati cjelovit i kvalitetan odgovor. Nove generacije starijih osoba zahtijevaju drugačiji pristup. Današnji stariji ljudi su obrazovani, informirani, financijski relativno neovisni i stambeno zbrinuti. Zbog životne dobi prate ih učestali problemi koji se neizostavno javljaju i zbog kojih se moraju provoditi aktivnosti društvene skrbi. Oni zahtijevaju da ih društvo ne promatra samo kao pasivne pojedince koji ovise o društvenim mjerama potpore (46). U društvima koja imaju ovako razvijen pristup starijim osobama, oni nisu teret društvu već postaju potencijalni društveni resurs, koji može značajno doprinijeti daljnjem napretku. Samim time, smanjuju se problemi i posljedice stigmatizacije starijih osoba. Takav je pristup u Europi potvrđen 2012. godine kada je proglašena Europska godine aktivnog starenja i međugeneracijske solidarnosti. Tom se akcijom nastojala senzibilizirati javnost i ukazujući na značajne potencijale i višestruke mogućnosti starijih osoba. Ukazalo se na potrebu za promjenama u stvaranju povoljnijih društvenih uvjeta i trendova koji doveli do kvalitetnog društvenog ozračja kako bi starije osobe mogle koristiti i razvijati svoje potencijale i na taj način doprinositi razvoju zajednice i društva. Pojam aktivno starenje jednak je pojmu kvalitetno starenje, a određeno je sudjelovanjem starijih osoba u različitim dijelovima društvenog života zajednice. Termin proaktivni pristup uveden je kao jedan od najučinkovitijih načina za očuvanje ljudskog dostojanstva i zaštite ljudskih prava starijih osoba, a odnosi se na promicanje kvalitete života starijih osoba u skladu s njihovim karakteristikama, osobinama, mogućnostima, navikama, željama, potrebama i interesima.

2. HIPOTEZA

- Upotreba anksiolitika u osoba starije životne dobi (starije od 65 godina) u Osječko-baranjskoj županiji je prekomjerna, te dovodi do razvoja ovisnosti i do brojnih negativnih posljedica koje iz toga proizlaze.
- Osobe starije životne dobi (starije od 65 godina) koje su smještene u instituciju više upotrebljavaju psihofarmake u odnosu na one koji žive u vlastitim (privatnim) prebivalištima.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

- Utvrditi u kolikoj mjeri se propisuju anksiolitici, sedativi i hipnotici te propisuje li ih specijalist psihijatar ili liječnik obiteljske medicine.
- Utvrditi u kojem stupnju korištenje propisanih psihofarmaka (anksiolitici, sedativi, hipnotici) dovodi do razvoja ovisnosti u ispitivanoj populaciji te ima li razlika između ispitanika smještenih u institucije i onih koji žive u vlastitim domovima.
- Odrediti simptome depresije u ispitivanoj gerijatrijskoj populaciji uz pomoć skala za procjenu simptoma depresije te utvrditi postoje li razlike između ispitanika smještenih u institucije i onih u vlastitim domovima.
- Odrediti simptome anksioznosti u ispitivanoj gerijatrijskoj populaciji uz pomoć skala za procjenu simptoma anksioznosti te utvrditi postoje li razlike između ispitanika smještenih u institucije i onih u vlastitim domovima.
- Procijeniti stanje kognitivnih funkcija u obje ispitivane skupine te utvrditi postoje li razlike u kognitivnom funkcioniranju između ispitanika smještenih u institucije i onih koji žive u vlastitim domovima.
- Steći uvid i utvrditi kakav je odnos prema korištenju psihofarmaka u ispitivanoj populaciji te utvrditi razlike između ispitanika smještenih u institucije i onih u vlastitim domovima.
- Odrediti kvalitetu života ispitanika obje ispitivane skupine te usporediti rezultate između ispitanika smještenih u institucije i onih koji žive u vlastitim domovima.
- Pronaći uvjerljive i efikasne načine racionalnog korištenja psihofarmaka u starijoj populaciji stanovništva.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno po principu presječne studije (cross-sectional study) (47) u populaciji osoba starije životne dobi (65 i više godina starosti) na području Osječko-baranjske županije. Nakon prikupljanja, provedena je statistička obrada podataka.

4.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 383 ispitanika osoba starije životne dobi (65 i više godina), koji žive na području Osječko-baranjske županije.

Prvu su skupinu ispitanika činili ispitanici s prebivalištem u vlastitom domu, dok su drugu skupinu ispitanika činili ispitanici s prebivalištem u institucijama za zbrinjavanje starijih osoba.

Kriteriji su odabira ispitanika u istraživanje bili:

- dob od 65 godina i više
- dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju
- razumijevanje hrvatskog jezika
- sposobnost verbalne komunikacije
- zdravstveno stanje koje omogućuje nesmetano sudjelovanje ispitanika u istraživanju.

Ukoliko i jedan od navedenih kriterija ispitanici nisu zadovoljavali, nisu bili uključeni u istraživanje.

Za uočavanje srednjeg efekta u razlici numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina ispitanika, uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,8, minimalna je potrebna veličina uzorka 64 ispitanika po skupini, tj. ukupno 128 ispitanika (izračun napravljen pomoću programa G*Power inačica 3.1.2, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka), no kako je prema planu istraživanja i predviđeno, ukupni broj ispitanika nadmašio je navedeni minimalni potrebni broj.

4.3. Metode

4.3.1. Instrumenti

Podatci su prikupljeni primjenom upitnika sastavljenog od šest djelova: a) upitnika o općim obilježjima ispitanika i b) pet strukturiranih validiranih instrumenata.

Upitnik o općim obilježjima ispitanika je sadržavao ukupno 11 pitanja o općim podacima i zdravstvenom statusu ispitanika (dob, spol, mjesto prebivališta, bračni/obiteljski status, razina obrazovanja, demografski i socio-ekonomski status ispitanika). Također, prvi je dio upitnika sadržavao i šest pitanja o zdravstvenom statusu i uporabi psihofarmaka.

U nastavku su navedeni primjenjeni validirani instrumenti:

a) Skala za procjenu kognitivnih funkcija (Mini Mental State Examination - MMSE) instrument MMSE autora Folstein-a i McHugh-a (48) je psihometrijski potvrđen, valjan i praktičan instrument za višekratnu i rutinsku procjenu kognitivnih funkcija i opsežno se koristi u kliničkoj praksi i istraživanjima od 1975. godine. Ciljna populacija za primjenu MMSE upitnika su starije odrasle osobe koje žive u zajednici ili su hospitalizirane/ institucionalizirane. Upitnik se sastoji se od ukupno 11 pitanja koja procjenjuju pet područja kognitivnih funkcija: a) orijentaciju, b) registraciju, c) pozornost i računanje, d) prisjećanje i e) jezik. MMS je podijeljen u dva odjeljka, od kojih prvi zahtijeva samo glasovne odgovore i obuhvaća orijentaciju, pamćenje i pozornost uz najveći broj bodova 21. Drugi dio MMSE-a ispituje sposobnost imenovanja, praćenja usmenih i pisanih naredbi, spontanog pisanja rečenice i kopiranja crteža, uz najveći broj bodova devet. Maksimalni je ukupni rezultat MMSE instrumenta 30, a rezultat od 23 ili niži ukazuje na kognitivno oštećenje. Ispunjavanje testa inače nije vremenski ograničeno. S obzirom da se MMSE uvelike oslanja na verbalne odgovore te čitanje i pisanje, njegova uporaba može biti ograničena kod slabovidnih osoba i osoba koje slabije čuju, ili imaju druge komunikacijske, motoričke ili zdravstvene poteškoće.

b) Beckov samoocjenski upitnik za procjenu simptoma depresije (BDI) (*Beck Depression Inventory-BDI*)

Beckov samoocjenski upitnik za procjenu simptoma depresije (BDI) je jedan od najčešće korištenih instrumenata koji su još 1961. godine razvili autori Beck i suradnici (49). Osnovna je svrha BDI upitnika samoprocjena karakterističnih simptoma depresije tj. samoprocjena stupnja izraženosti depresivnih simptoma u odraslih osoba. Originalna je inačica upitnika sadržavala 21 česticu iz različitih domena simptoma: poremećaji raspoloženja, gubitak nade,

osjećaj odbačenosti, nesposobnost uživanja, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja spram sebe, samoosuđivanje, rizik samoubojstva, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, smanjenje sposobnosti za rad, poremećaji spavanja, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak seksualne želje (50). Nakon publikacije DSM-IV formirana je i druga inačica ove skale, BDI-II, u kojoj su dodane četiri nove čestice, a četiri prijašnje su izbačene, kako bi nova skala bolje reflektirala nove kriterije za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja. Koeficijent unutarnje konzistencije *Cronbach alpha* BDI skale iznosi 0,92 što ukazuje na visoku razinu pouzdanosti instrumenta. Upitnik sadrži ukupno 21 pitanje sa četiri ponuđena odgovora. Svaki se odgovor boduje u rasponu od nula do tri boda, kada nula označava najmanju prisutnost depresivnih simptoma, dok tri boda označavaju najveću prisutnost simptoma depresije. Ispunjavanja upitnika nije vremenski ograničeno, a u prosjeku traje 10 - 15 minuta. Primjena upitnika je jednostavna i prilagođena ispitanicima, a istraživač može čitati pitanja/čestice osobama s poteškoćama u čitanju ili poremećajem koncentracije. Instrument je istraživačima slobodan za uporabu.

c) Beckov samoocjenski upitnik za procjenu simptoma anksioznosti (*Beck Anxiety Inventory - BAI*)

Beckov samoocjenski upitnik (BAI) je instrument koji se često koristi u kliničkoj praksi za samoprocjenu simptoma anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od simptoma depresije u odraslih osoba (51). Test se sastoji od ukupno 21 pitanja na koje ispitanik odgovara na skali bodova od nula do tri, kada 0 bodova znači da ispitanik ne pokazuje određeni simptom, dok tri boda označavaju jaku izraženost određenog simptoma. Ukupan rezultat testa pokazuje razinu anksioznosti kod ispitanika, pri čemu veći rezultat ukazuje na veći intenzitet anksioznosti. Primjena BAI upitnika je slobodna za uporabu, vrlo je jednostavna i nije vremenski ograničena. Ispunavanje u prosjeku traje 10 - 15 minuta. Koeficijent unutarnje konzistencije *Cronbach alpha* BAI upitnika iznosi 0.94 što ukazuje na visoku razinu pouzdanosti ovog instrumenta.

d) Instrument za samoprocjenu simptoma ovisnosti o *CAGE* (*C – Cutting Down; A – Annoyance by Criticism; G – Guilty Feeling; E – Eye-openers*)

Upitnik *CAGE* je strukturirani validirani instrument za samoprocjenu simptoma ovisnosti (52), izvorno je korišten za procjenu simptoma ovisnosti o alkoholizmu, a za potrebe ovog istraživanja prilagođen je za samoprocjenu simptoma ovisnosti o anksioliticima. Instrument *CAGE* primijenjen u ovom istraživanju sadrži ukupno četiri pitanja o količini uzimanja

anksiolitika uz ponuđene odgovore „da“ ili „ne“. Ukupan je raspon bodova u CAGE upitniku od nula do četiri, kada zbroj bodova veći od dva, ukazuje na učestaliju uporabu i klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima. Koeficijent unutarnje konzistencije *Cronbach alpha* CAGE upitnika iznosi 0,87 što ukazuje na visoku razinu pouzdanosti ovog instrumenta.

e) Instrument za procjenu kvalitete života (*Quality of life Questionnaire*) WHOQOL-BREF

Strukturirani i validirani instrument Svjetske zdravstvene organizacije za procjenu kvalitete života (WHO- Quality of life Questionnaire) procjenjuje subjektivnu percepciju pojedinaca o vlastitoj kvaliteti života unazad četiri tjedna, u kontekstu njihove kulture i sustava vrijednosti i osobnih ciljeva, standarda i brige (53). Instrument sadržava ukupno 26 čestica kojima se ispituju četiri domene kvalitete života (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina). Rezultat se u svakoj domeni izražava kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju. Odgovori se za svaku česticu boduju na skali Likertovog tipa od jedan do pet. Ukupan je raspon bodova na skali od 26 do ocjene 100, kada ukupna viša ocjena ukazuje na bolju kvalitetu života. Koeficijent unutarnje konzistencije *Cronbach alpha* WHOQOL ljestvice iznosi 0,87 što ukazuje na visoku razinu pouzdanosti ovog instrumenta.

Podatci su od prve skupine ispitanika prikupljeni tijekom njihovog posjeta svom liječniku u ambulantama obiteljske medicine, na području Osječko-baranjske županije, kao i temeljem podataka dobivenih od samih ispitanika. Prikupljanje je podataka uslijedilo nakon dobivenih suglasnosti za provedbu istraživanja od rukovoditelja ispitivanih četiriju ambulanti i ispitivanih ustanova za zbrinjavanje starijih osoba. Prije primjene strukturiranog upitnika, specifični su podatci prikupljeni analizom medicinske dokumentacije ispitanika: točni nazivi lijekova, trajanje primjene pojedinih lijekova, propisivanje i korištenje psihofarmaka (anksiolitika, sedativa i hipnotika), podatci o tjelesnim i psihičkim bolestima ispitanika, zabilježene tegobe simptomi i znakovi, itd. Nadalje, podatci su prikupljeni primjenom opisanih instrumenata za procjenu odnosa prema lijekovima i procjenu kvalitete života. Podatci su od druge skupine ispitanika smještenih u instituciji prikupljeni primjenom opisanih instrumenata. Ispitanicima je ispunjavanje upitnika omogućeno u blagovaonici doma, u vrijeme koje su sami odabrali. Svakom ispitaniku omogućen je pribor za pisanje, objašnjen je sadržaj pojedinog upitnika i omogućena pomoć u ispunjavanju. Ispunjavanje upitnika bilo je anonimno i nije bilo vremenski ograničeno. Podatci su o ispitanicima iz druge skupine također dodatno prikupljeni iz njihove medicinske dokumentacije dostupne u ambulanti nadležne ustanove za zbrinjavanje starijih osoba.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi-2 testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Studentovim t testom, a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Mann-Whitneyevim U testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli u slučaju 3 i više skupina nezavisnih skupina testirane su analizom varijance (ANOVA), a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Kruskal-Wallisovim testom. Povezanost normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli je ocijenjena Pearsonovim koeficijentom korelacije r , a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (rho). Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na 0,05. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4.5. Etička načela

Za provođenje istraživanja dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva za istraživanja Sveučilišta J.J.Strossmayera u Osijeku Medicinskog fakulteta Osijek (Klasa: 602-04/15-08/8 Ur.br: 2158-61-07-15-12). Prije provedbe istraživanja svi su ispitanici obaviješteni o cilju i drugim osobitostima istraživanja te su dobili pisanu Obavijest za ispitanike i Izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje, dobrovoljno su pristali sudjelovati što su potvrdili svojim potpisom. Ispitanicima je tijekom i nakon istraživanja osigurana anonimnost, stoga se dobiveni podatci anketnim upitnikom ni na koji način ne mogu povezati s podacima ispitanika.

5. REZULTATI

5.1. Obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 383 ispitanika, od kojih 189 (50,7 %) živi u instituciji, a njih 194 (49,3 %) u vlastitom domu. S obzirom na spol i život u vlastitom domu, zabilježena je statistička značajna razlika, gdje je značajno veći broj muškaraca (χ^2 test, $P < 0,001$). Srednja vrijednost (medijan) dobi ispitanika bila je 83 godine u rasponu od 65 do 98 godina, a značajnije (Mann-Whitney U test, $P < 0,001$) su stariji ispitanici koji žive u instituciji (interkvartilnog raspona od 77 do 87 godina). Ispitanici koji žive u vlastitom domu, većinom žive u gradu, njih 101 (52,1 %). Udovaca je 214 (55,9 %), od kojih je statistički značajnije više onih koji žive u instituciji (χ^2 test, $P < 0,001$). S obzirom na razinu obrazovanja, najveći broj ispitanika ima srednju stručnu spremu ili samo završenu osnovnu školu, bez značajnih razlika s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Dob ispitanika (godine) [Medijan (interkvartilni raspon)]	74 (69 – 81)	83 (77 – 87)	79 (72 – 84)	<0,001 [†]
Spol				
Muškarci	62 (32)	24 (12,7)	86 (22,5)	<0,001
Žene	132 (68)	165 (87,3)	297 (77,5)	
Mjesto stanovanja				
Grad	101 (52,1)	0	101 (26,4)	<0,001
Prigradsko naselje	22 (11,3)	0	22 (5,7)	
Selo	69 (35,6)	0	69 (18)	
Institucija	2 (1)	189 (100)	191 (49,9)	
Obiteljski status				
Oženjen/ udata	94 (48,5)	25 (13,2)	119 (31,1)	<0,001
Udovac/ ica	85 (43,8)	129 (68,3)	214 (55,9)	
Razveden/ a	9 (4,6)	13 (6,9)	22 (5,7)	
Samac	6 (3,1)	22 (11,6)	28 (7,3)	
Razina obrazovanja				
Nezavršena osnovna škola	33 (17)	46 (24,3)	79 (20,6)	0,13
Završena osnovna škola	65 (33,5)	53 (28)	118 (30,8)	
Srednja stručna sprema	77 (39,7)	68 (36)	145 (37,9)	
Viša stručna sprema	13 (6,7)	9 (4,8)	22 (5,7)	
Visoka stručna sprema i više	6 (3,1)	13 (6,9)	19 (5)	
Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)	

* χ^2 test; [†]Mann Whitney U test

5.2. Zastupljenost fizičkih i psihičkih bolesti u starijih osoba

Od komorbiditeta, najučestalije su reumatske bolesti, kod 245 (64 %) ispitanika i bolesti srca i krvnih žila kod 234 (61,1 %) ispitanika. Pojavnost bubrežnih bolesti značajno je češća u ispitanika koji žive u vlastitom domu, njih 37 (19,1 %), u odnosu na ispitanike iz institucije (Fisherov egzaktni test, $P = 0,02$) (Tablica 5.2.)

Tablica 5.2. Zastupljenost popratnih fizičkih bolesti u ispitanika (N = 383)

Fizičke bolesti	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Bolesti srca i krvnih žila	124 (63,9)	110 (58,2)	234 (61,1)	0,29
Reumatske bolesti	124 (63,9)	121 (64)	245 (64)	> 0,99
Endokrinološke bolesti	36 (18,6)	35 (18,5)	71 (18,5)	> 0,99
Bolesti pluća i alergije	29 (14,9)	20 (10,6)	49 (12,8)	0,22
Bolesti probavnih organa	40 (20,6)	48 (25,4)	88 (23)	0,25
Bubrežne bolesti	37 (19,1)	20 (10,6)	57 (14,9)	0,02
Kožne bolesti	24 (12,4)	18 (9,5)	42 (11)	0,42
Karcinomi	19 (9,8)	21 (11,1)	40 (10,4)	0,74
Ostale bolesti	57 (29,4)	70 (37)	127 (33,2)	0,13

*Fisherov egzaktni test

Nesanica je najučestalija psihička bolest, dok je statistički značajnija zastupljenost anksioznih poremećaja njih 114 (29,8 %) kod ispitanika koji žive u vlastitom domu u odnosu na ispitanike u instituciji (Fisherov egzaktni test, $P = 0,001$) (Tablica 5.3.).

Tablica 5.3. Zastupljenost popratnih psihičkih bolesti u ispitanika (N = 383)

Psihičke bolesti	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Depresivni poremećaji	45 (23,2)	32 (16,9)	77 (20,1)	0,16
Anksiozni poremećaji	73 (37,6)	41 (21,7)	114 (29,8)	0,001
Psihotični poremećaji	12 (6,2)	7 (3,7)	19 (5)	0,35
Nesanica	67 (34,5)	77 (40,7)	144 (37,6)	0,25
Psihoorganski sindrom (demencija)	14 (7,2)	24 (12,7)	38 (9,9)	0,09
Alkoholizam	14 (7,2)	24 (12,7)	38 (9,9)	0,09

*Fisherov egzaktni test

5.3. Propisivanje i uporaba psihofarmaka u starijih osoba

Psihofarmake koristi 218 (56,9 %) ispitanika, anksiolitike povremeno njih 117 (30,5 %), a 100 (26,1 %) ispitanika trajno. Lijekove prepisuju najčešće liječnici opće prakse, kod 320 (83,6 %) ispitanika, a kod 63 (16,4 %) ispitanika specijalist – psihijatar. Više od pet godina anksiolitike koristi 77 (20,1 %) ispitanika, bez značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja. Na redovite kontrole dolazi 154 (40,2 %) ispitanika (Tablica 5.4.).

Tablica 5.4. Razlike u propisivanju i uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Upotreba psihofarmaka				
Da	110 (56,7)	108 (57,1)	218 (56,9)	> 0,99
Ne	84 (43,3)	81 (42,9)	165 (43,1)	
Tko propisuje lijekove				
Liječnik opće prakse	161 (83)	159 (84,1)	320 (83,6)	0,76
Specijalist - psihijatar	33 (17)	30 (15,9)	63 (16,4)	
Upotreba i korištenje anksiolitika				
Ne	76 (39,2)	90 (47,6)	166 (43,3)	0,05
Povremeno	57 (29,4)	60 (31,7)	117 (30,5)	
Trajno	61 (31,4)	39 (20,6)	100 (26,1)	
Duljina korištenja anksiolitika				
Ne koristi	0	1 (0,5)	1 (0,3)	0,70
manje od 3 mjeseca	79 (40,7)	83 (43,9)	162 (42,3)	
3 – 6 mjeseci	5 (2,6)	5 (2,6)	10 (2,6)	
6 – 12 mjeseci	9 (4,6)	4 (2,1)	13 (3,4)	
1 – 5 godina	10 (5,2)	12 (6,3)	22 (5,7)	
više od 5 godina	38 (19,6)	39 (20,6)	77 (20,1)	
Dolazak na kontrolne preglede				
Ne dolazi	45 (23,2)	47 (24,9)	92 (24)	0,23
Povremeno dolazi	63 (32,5)	74 (39,2)	137 (35,8)	
Redovito dolazi	86 (44,3)	68 (36)	154 (40,2)	
Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)	

* χ^2 test

5.4. Procjene simptoma ovisnosti starijih osoba o anksioliticima (CAGE upitnik)

Kod ispitanika koji žive u instituciji zabilježena je statistička značajnost kod osjećaja da bi trebali smanjiti uzimanje lijekova za smirenje i/ili spavanje (Fisherov egzaktni test, $P = 0,01$), te im također više smeta upozoravanja drugih ljudi, kako imaju problem s uzimanjem lijekova (Fisherov egzaktni test, $P = 0,008$). Da su se osjećali loše ili krivo zbog uzimanja lijekova za smirenje navodi 354 (92,4 %) ispitanika, a 271 (70,8 %) ispitanik navodi da se događalo a nakon buđenja ujutro prvo popiju lijekove da se smire (Tablica 5.5.).

Tablica 5.5. Razlike u procjenama kliničkih simptoma ovisnosti ispitanika o anksioliticima prema CAGE upitniku s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Jeste li ikada osjećali da biste trebali smanjiti uzimanje lijekova za smirenje i/ili spavanje?				
Da	149 (76,8)	164 (86,8)	313 (81,7)	0,01
Ne	45 (23,2)	25 (13,2)	70 (18,3)	
Smeta li Vam kada Vas drugi ljudi upozoravaju da imate problem s uzimanjem lijekova?				
Da	143 (73,7)	161 (85,2)	304 (79,4)	0,008
Ne	51 (26,3)	28 (14,8)	79 (20,6)	
Jeste li se ikada osjećali loše ili krivo bog uzimanja lijekova za smirenje?				
Da	180 (92,8)	174 (92,1)	354 (92,4)	0,85
Ne	14 (7,2)	15 (7,9)	29 (7,6)	
Jeste li ikada nakon buđenja ujutro prvo popili lijekove da se smirite?				
Da	139 (71,6)	132 (69,8)	271 (70,8)	0,74
Ne	55 (28,4)	57 (30,2)	112 (29,2)	
	Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)

*Fisherov egzaktni test

Pojedine od simptoma koji upućuju na ovisnost o anksioliticima ima 26 (6,8 %) ispitanika, bez značajne razlike s obzirom na to gdje žive. Isto tako, u skupini muškaraca i u skupini žena, nisu zabilježene značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 5.6.).

Tablica 5.6. Razlike u pojavnosti značajnih kliničkih simptoma ovisnosti ispitanika o anksioliticima s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Svi ispitanici				
Klinički beznačajno	179 (92,3)	178 (94,2)	357 (93,2)	0,54
Klinički značajno	15 (7,7)	11 (5,8)	26 (6,8)	
Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)	
Muškarci				
Klinički beznačajno	58 (94)	21 (88)	79 (92)	0,39
Klinički značajno	4 (6)	3 (13)	7 (8)	
Ukupno	62 (100)	24 (100)	86 (100)	
Žene				
Klinički beznačajno	121 (92)	157 (95,2)	278 (93,6)	0,24
Klinički značajno	11 (8)	8 (4,8)	19 (6,4)	
Ukupno	132 (100)	165 (100)	297 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Ispitanici koji imaju simptome koji upućuju na ovisnosti o anksioliticima, češće koriste psihofarmake (χ^2 test, $P < 0,001$); trajno koriste anksiolitike (χ^2 test, $P < 0,001$); te ih koriste dulje od 5 godina (χ^2 test, $P < 0,001$). Također, ispitanici sa simptomima ovisnosti o anksioliticima značajnije povremeno ili redovito dolaze na kontrolne preglede (χ^2 test, $P = 0,02$) (Tablica 5.7).

Tablica 5.7. Razlike u propisivanju i uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima

	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			<i>P</i> *
	Klinički beznačajno	Klinički značajno	Ukupno	
Upotreba psihofarmaka				
Da	151 (49,8)	67 (83,8)	218 (56,9)	< 0,001
Ne	152 (50,2)	13 (16,3)	165 (43,1)	
Tko propisuje lijekove				
Liječnik opće prakse	259 (85,5)	61 (76,3)	320 (83,6)	0,06
Specijalist - psihijatar	44 (14,5)	19 (23,8)	63 (16,4)	
Upotreba i korištenje anksiolitika				
Ne	153 (50,5)	13 (16,3)	166 (43,3)	< 0,001
Povremeno	79 (26,1)	38 (47,5)	117 (30,5)	
Trajno	71 (23,4)	29 (36,3)	100 (26,1)	
Duljina korištenja anksiolitika				
Ne koristi	1 (0,3)	0	1 (0,3)	< 0,001
manje od 3 mjeseca	151 (49,8)	11 (13,8)	162 (42,3)	
3 – 6 mjeseci	7 (2,3)	3 (3,8)	10 (2,6)	
6 – 12 mjeseci	9 (3)	4 (5)	13 (3,4)	
1 – 5 godina	15 (5)	7 (8,8)	22 (5,7)	
više od 5 godina	51 (16,8)	26 (32,5)	77 (20,1)	
Dolazak na kontrolne preglede				
Ne dolazi	82 (27,1)	10 (12,5)	92 (24)	0,02
Povremeno dolazi	105 (34,7)	32 (40)	137 (35,8)	
Redovito dolazi	116 (38,3)	38 (47,5)	154 (40,2)	
Ukupno	303 (100)	80 (100)	383 (100)	

* χ^2 test

5.5. Procjene kognitivnih funkcija u starijih osoba (MMSE upitnik)

MMSE se upitnikom testiralo kratkotrajno pamćenje i mogućnost apstraktnog mišljenja. Maksimalno je 30 bodova, a svaki rezultat ispod 24 ukazuje na vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja.

Središnja vrijednost (medijan) rezultata na cijelom testu bila je 22 (interkvartilnog raspona od 15 do 27) u rasponu od 0 do 30, a statistički su manje značajne vrijednosti kod ispitanika koji žive u instituciji (Mann-Whitney U test, $P < 0,001$). S obzirom na spol, i muškarci (Mann-Whitney U test, $P = 0,001$) i žene (Mann-Whitney U test, $P = 0,008$) imaju značajno manje vrijednosti ukoliko žive u instituciji, dok nisu zabilježene značajne razlike u vrijednosti MMSE testa, prema spolu, u skupinama onih koji žive u vlastitom domu ili u instituciji (Tablica 5.8.).

Tablica 5.8. Razlike u procjenama kognitivnih funkcija ispitanika prema MMSE testu s obzirom na mjesto stanovanja

MMSE skala	Medijan (interkvartilni raspon)				P^*	
	Vlastiti dom	P^*	Institucija	P^*		Ukupno
Ukupno	24 (16,75 – 28)		20 (13 – 26)		22 (15 – 27)	< 0,001
Spol						
Muškarci	25,5 (20 – 29)	0,06	18,5 (14 – 23,5)	0,47	23 (16 – 28)	0,001
Žene	23,5 (16 – 27)		20,0 (13 – 26)		22 (15 – 27)	

*Mann Whitney U test

S obzirom na vrijednosti MMSE testa 212 (55,6 %) ispitanika vjerojatno ima kognitivno oštećenje, statistički značajnije više kod ispitanika koji žive u instituciji (Fisherov egzaktan test, $P = 0,01$). U skupini muškaraca vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja imaju oni muškarci, njih 18 (75 %) koji žive u instituciji (Fisherov egzaktan test, $P = 0,006$), kao i u skupini žena, koje značajnije imaju vjerojatno kognitivno oštećenje ukoliko žive u instituciji (Fisherov egzaktan test, $P = 0,03$) (Tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Razlike u pojavnosti kognitivnih oštećenja u ispitanika (muškarci i žene) s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Svi ispitanici				
Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	92 (47,4)	120 (64,2)	212 (55,6)	0,01
Nepostojanje kognitivnog oštećenja	102 (52,6)	67 (35,8)	169 (44,4)	
Ukupno	194 (100)	187 (100)	381 (100)	
Muškarci				
Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	26 (42)	18 (75)	44 (51)	0,006
Nepostojanje kognitivnog oštećenja	36 (58)	6 (25)	42 (49)	
Ukupno	62 (100)	24 (100)	86 (100)	
Žene				
Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	66 (50)	102 (63)	168 (56,9)	0,03
Nepostojanje kognitivnog oštećenja	66 (50)	61 (37)	127 (43,1)	
Ukupno	132 (100)	163 (100)	295 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Od ukupno 218 (57,2 %) ispitanika koji koriste psihofarmake, značajno više ispitanika, njih 132 (62,3 %) vjerojatno ima kognitivno oštećenje (χ^2 test, $P = 0,03$) (Tablica 5.10.).

Tablica 5.10. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka ispitanika na kontrolne preglede s obzirom na postojanje kognitivnih oštećenja

	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			<i>P</i> *
	Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	Nepostojanje kognitivnog oštećenja	Ukupno	
Upotreba psihofarmaka				
Da	132 (62,3)	86 (50,9)	218 (57,2)	0,03
Ne	80 (37,7)	83 (49,1)	163 (42,8)	
Upotreba i korištenje anksiolitika				
Ne	85 (40,1)	79 (46,7)	164 (43)	0,26
Povremeno	72 (34)	45 (26,6)	117 (30,7)	
Trajno	55 (25,9)	45 (26,6)	100 (26,2)	
Duljina korištenja anksiolitika				
Ne koristi	1 (0,5)	0	1 (0,3)	0,07
manje od 3 mjeseca	80 (37,7)	80 (47,3)	160 (42)	
3 – 6 mjeseci	6 (2,8)	4 (2,4)	10 (2,6)	
6 – 12 mjeseci	7 (3,3)	6 (3,6)	13 (3,4)	
1 – 5 godina	19 (9)	3 (1,8)	22 (5,8)	
više od 5 godina	43 (20,3)	34 (20,1)	77 (20,2)	
Dolazak na kontrolne preglede				
Ne dolazi	48 (22,6)	43 (25,4)	91 (23,9)	0,17
Povremeno dolazi	85 (40,1)	52 (30,8)	137 (36)	
Redovito dolazi	79 (37,3)	74 (43,8)	153 (40,2)	
Ukupno	212 (100)	169 (100)	381 (100)	

* χ^2 test

U skupini ispitanika koji žive u vlastitom domu, zabilježena je veća vjerojatnost u postojanje kognitivnog oštećenja kod ispitanika koji povremeno koriste anksiolitike; koji ih koriste više od 5 godina i ispitanici koji povremeno dolaze na kontrolne preglede (χ^2 test, $P = 0,03$) (Tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka na kontrolne preglede s obzirom na postojanje kognitivnih oštećenja u ispitanika koji žive u vlastitom domu

Žive u vlastitom domu	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			P*
	Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	Nepostojanje kognitivnog oštećenja	Ukupno	
Upotreba psihofarmaka				
Da	57 (62)	53 (52)	110 (56,7)	0,19
Ne	35 (38)	49 (48)	84 (43,3)	
Upotreba i korištenje anksiolitika				
Ne	29 (31,5)	47 (46,1)	76 (39,2)	0,03
Povremeno	35 (38)	22 (21,6)	57 (29,4)	
Trajno	28 (30,4)	33 (32,4)	61 (31,4)	
Duljina korištenja anksiolitika				
Ne koristi	30 (32,6)	49 (48)	79 (40,7)	0,03
manje od 3 mjeseca	4 (4,3)	1 (1)	5 (2,6)	
3 – 6 mjeseci	4 (4,3)	5 (4,9)	9 (4,6)	
6 – 12 mjeseci	9 (9,8)	1 (1)	10 (5,2)	
1 – 5 godina	18 (19,6)	20 (19,6)	38 (19,6)	
više od 5 godina	27 (29,3)	26 (25,5)	53 (27,3)	
Dolazak na kontrolne preglede				
Ne dolazi	16 (17,4)	29 (28,4)	45 (23,2)	0,03
Povremeno dolazi	38 (41,3)	25 (24,5)	63 (32,5)	
Redovito dolazi	38 (41,3)	48 (47,1)	86 (44,3)	
Ukupno	92 (100)	102 (100)	194 (100)	

* χ^2 test

U skupini ispitanika koji žive u instituciji, nisu zabilježene značajne razlike s obzirom na postojanje kognitivnog oštećenja s obzirom na upotrebu psihofarmaka, anksiolitika, duljini uzimanja lijekova ili učestalosti dolaska na kontrolne preglede (Tablica 5.12.).

Tablica 5.12. Razlike u uporabi psihofarmaka i anksiolitika te redovitosti dolazaka na kontrolne preglede s obzirom na postojanje kognitivnih oštećenja u ispitanika koji žive u instituciji

Žive u instituciji	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			<i>P</i> *
	Vjerojatno postojanje kognitivnog oštećenja	Nepostojanje kognitivnog oštećenja	Ukupno	
Upotreba psihofarmaka				
Da	75 (62,5)	33 (49,3)	108 (57,8)	0,09
Ne	45 (37,5)	34 (50,7)	79 (42,2)	
Upotreba i korištenje anksiolitika				
Ne	56 (46,7)	32 (47,8)	88 (47,1)	0,74
Povremeno	37 (30,8)	23 (34,3)	60 (32,1)	
Trajno	27 (22,5)	12 (17,9)	39 (20,9)	
Duljina korištenja anksiolitika				
Ne koristi	1 (0,8)	0	1 (0,5)	0,66
manje od 3 mjeseca	50 (41,7)	31 (46,3)	81 (43,3)	
3 – 6 mjeseci	2 (1,7)	3 (4,5)	5 (2,7)	
6 – 12 mjeseci	3 (2,5)	1 (1,5)	4 (2,1)	
1 – 5 godina	10 (8,3)	2 (3)	12 (6,4)	
više od 5 godina	25 (20,8)	14 (20,9)	39 (20,9)	
Dolazak na kontrolne preglede				
Ne dolazi	32 (26,7)	14 (20,9)	46 (24,6)	0,68
Povremeno dolazi	47 (39,2)	27 (40,3)	74 (39,6)	
Redovito dolazi	41 (34,2)	26 (38,8)	67 (35,8)	
Ukupno	120 (100)	67 (100)	187 (100)	

* χ^2 test

5.6. Samoprocjene simptoma depresije u starijih osoba (BDI – Beckov samoocjenski upitnik za depresiju)

Ispitanici iz institucije značajno su više izgubili svako zanimanje za druge ljude (χ^2 test, $P = 0,001$) i značajno više njih ne može raditi (χ^2 test, $P = 0,007$) (Tablica 5.13., Tablica 5.14.).

Tablica 5.13. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 1 do 8)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
1. Poremećaj raspoloženja				
0 = ne osjećam se tužno,	92 (47,4)	74 (39,2)	166 (43,3)	0,39
1 = osjećam se tužno,	71 (36,6)	81 (42,9)	152 (39,7)	
2 = osjećam se tužno cijelo vrijeme i ne mogu se otrgnuti od tuge,	27 (13,9)	28 (14,8)	55 (14,4)	
3 = tako sam žalostan i nesretan da to više ne mogu podnijeti	4 (2,1)	6 (3,2)	10 (2,6)	
2. Gubitak nade				
0 = nisam obeshrabren glede budućnosti,	104 (53,6)	88 (46,6)	192 (50,1)	0,26
1 = obeshrabren sam glede budućnosti,	42 (21,6)	57 (30,2)	99 (25,8)	
2 = osjećam da se nemam čemu veseliti,	37 (19,1)	36 (19)	73 (19,1)	
3 = osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti	11 (5,7)	8 (4,2)	19 (5)	
3. Osjećaj odbačenosti				
0 = osjećam da sam uspješna osoba,	128 (66)	116 (61,4)	244 (63,7)	0,59
1 = osjećam se neuspješnijim od drugih ljudi,	49 (25,3)	52 (27,5)	101 (26,4)	
2 = kada se osvrnem na dosadašnji život, vidim samo mnogo neuspjeha	17 (8,8)	21 (11,1)	38 (9,9)	
4. Nesposobnost uživanja				
0 = uobičajene aktivnosti mi čine zadovoljstvo,	64 (33)	82 (43,4)	146 (38,1)	0,09
1 = ne uživam više u nekim stvarima kao prije,	86 (44,3)	62 (32,8)	148 (38,6)	
2 = više me gotovo ništa istinski ne raduje,	33 (17)	36 (19)	69 (18)	
3 = ništa mi ne predstavlja zadovoljstvo i sve mi je isprazno	11 (5,7)	9 (4,8)	20 (5,2)	
5. Osjećaj krivnje				
0 = ne osjećam se krivim,	152 (78,4)	139 (73,5)	291 (76)	0,40
1 = jedan dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje,	39 (20,1)	44 (23,3)	83 (21,7)	
2 = većinom me muči osjećaj krivnje	3 (1,5)	6 (3,2)	9 (2,3)	
6. Potreba za kaznom				
0 = ne mislim da sam kažnjen,	154 (79,4)	140 (74,1)	294 (76,8)	0,39
1 = osjećam da sam možda kažnjen,	33 (17)	38 (20,1)	71 (18,5)	
2 = očekujem kaznu,	2 (1)	6 (3,2)	8 (2,1)	
3 = osjećam da mi je ovo kazna	5 (2,6)	5 (2,6)	10 (2,6)	
7. Mržnja prema sebi				
0 = nisam razočaran sobom,	161 (83)	147 (77,8)	308 (80,4)	0,47
1 = razočaran sam sobom,	29 (14,9)	39 (20,6)	68 (17,8)	
2 = gadim se sam sebi,	3 (1,5)	2 (1,1)	5 (1,3)	
3 = mrzim se	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,5)	
8. Samoosuđivanje				
0 = nisam gori od drugih,	166 (85,6)	149 (78,8)	315 (82,2)	0,16
1 = imam više slabosti i pogrešaka od drugih,	12 (6,2)	22 (11,6)	34 (8,9)	
2 = sklon sam samoosuđivanju,	12 (6,2)	16 (8,5)	28 (7,3)	
3 = krivim sebe za sve loše što se dogodi	4 (2,1)	2 (1,1)	6 (1,6)	

* χ^2 test

Tablica 5.14. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 9 do 15)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
9. Sklonost samoubojstvu				
0 = uopće ne pomišljam na samoubojstvo,	164 (84,5)	164 (86,8)	328 (85,6)	0,87
1 = pomišljam na samoubojstvo, ali to ne bih učinio,	18 (9,3)	14 (7,4)	32 (8,4)	
2 = volio bih da me nema,	9 (4,6)	9 (4,8)	18 (4,7)	
3 = ubio bi se da imam priliku	3 (1,5)	2 (1,1)	5 (1,3)	
10. Plačljivost				
0 = ne plačem više nego obično,	115 (59,3)	109 (57,7)	224 (58,5)	0,05
1 = sada plačem više nego prije,	59 (30,4)	43 (22,8)	102 (26,6)	
2 = sada stalno plačem,	9 (4,6)	19 (10,1)	28 (7,3)	
3 = prije sam mogao plakati, a sada ni to više ne mogu	11 (5,7)	18 (9,5)	29 (7,6)	
11. Razdražljivost				
0 = nisam razdražljiv,	73 (37,6)	87 (46)	160 (41,8)	0,23
1 = lakše se razljutim nego prije,	95 (49)	81 (42,9)	176 (46)	
2 = stalno se ljutim,	14 (7,2)	15 (7,9)	29 (7,6)	
3 = više me uopće ne diraju stvari koje su me prije ljutile	12 (6,2)	6 (3,2)	18 (4,7)	
12. Poremećaj u odnosu s drugim ljudima				
0 = nisam izgubio zanimanje za druge ljude,	84 (43,3)	111 (58,7)	195 (50,9)	0,001
1 = drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije,	82 (42,3)	44 (23,3)	126 (32,9)	
2 = uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude,	22 (11,3)	26 (13,8)	48 (12,5)	
3 = izgubio sam svako zanimanje za druge ljude	6 (3,1)	8 (4,2)	14 (3,7)	
13. Neodlučnost				
0 = odluke donosim bez problema kao i prije,	78 (40,2)	86 (45,5)	164 (42,8)	0,36
1 = odgađam donošenje odluka više nego prije,	62 (32)	46 (24,3)	108 (28,2)	
2 = teže mi je donositi odluke nego prije,	41 (21,1)	40 (21,2)	81 (21,1)	
3 = uopće više ne mogu donositi odluke	13 (6,7)	17 (9)	30 (7,8)	
14. Negativna slika o sebi				
0 = ne mislim da loše izgledam,	151 (77,8)	129 (68,3)	280 (73,1)	0,11
1 = bojim se da izgledam loše i nepoželjno,	25 (12,9)	28 (14,8)	53 (13,8)	
2 = osjećam da sam postao neprivlačan,	14 (7,2)	23 (12,2)	37 (9,7)	
3 = mislim kako ružno izgledam	4 (2,1)	9 (4,8)	13 (3,4)	
15. Nesposobnost za rad				
0 = mogu raditi jednako dobro kao i prije,	38 (19,6)	49 (25,9)	87 (22,7)	0,007
1 = moram uložiti napor da se pokrenem na aktivnost ili rad,	95 (49)	61 (32,3)	156 (40,7)	
2 = vrlo mi je teško pokrenuti se na aktivnosti ili rad,	24 (12,4)	38 (20,1)	62 (16,2)	
3 = uopće ne mogu raditi	37 (19,1)	41 (21,7)	78 (20,4)	

* χ^2 test

Umor značajno manje osjećaju ispitanici u instituciji (χ^2 test, $P = 0,02$), dok uopće više nemaju teka ispitanici koji žive u vlastitom domu (χ^2 test, $P = 0,01$). Više od 5 kg češće su izgubili ispitanici koji žive u vlastitom domu (χ^2 test, $P = 0,03$) (Tablica 5.15.).

Tablica 5.15. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma depresije u ispitanika prema česticama BDI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 16 do 21)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
16. Poremećaj sna				
0 = spavam uobičajeno dobro,	53 (27,3)	67 (35,4)	120 (31,3)	0,26
1 = ne spavam dobro kao prije,	98 (50,5)	80 (42,3)	178 (46,5)	
2 = budim se sat-dva ranije i teško mi je ponovno zaspati,	28 (14,4)	24 (12,7)	52 (13,6)	
3 = budim se puno ranije i ne mogu više zaspati	15 (7,7)	18 (9,5)	33 (8,6)	
17. Umor				
0 = ne umaram se više nego što je to uobičajeno,	17 (8,8)	36 (19)	53 (13,8)	0,02
1 = umaram se lakše nego prije,	105 (54,1)	82 (43,4)	187 (48,8)	
2 = ako bilo što radim umorim se,	51 (26,3)	51 (27)	102 (26,6)	
3 = preumoran sam da bi bilo što radio	21 (10,8)	20 (10,6)	41 (10,7)	
18. Oslabljen tek				
0 = nemam oslabljen tek,	102 (52,6)	78 (41,3)	180 (47)	0,01
1 = nemam više tako dobar tek kao prije,	58 (29,9)	64 (33,9)	122 (31,9)	
2 = tek mi je oslabljen,	24 (12,4)	43 (22,8)	67 (17,5)	
3 = uopće više nemam teka	10 (5,2)	4 (2,1)	14 (3,7)	
19. Gubitak na težini				
0 = nisam znatno ili uopće smršavio,	131 (67,5)	119 (63)	250 (65,3)	0,03
1 = izgubio sam više od dva kg,	24 (12,4)	41 (21,7)	65 (17)	
2 = izgubio sam više od pet kg	39 (20,1)	29 (14,9)	68 (17,8)	
20. Hipohondrija				
0 = nisam zabrinut za zdravlje više nego obično,	111 (57,2)	109 (57,7)	220 (57,4)	0,96
1 = brine me tjelesno zdravlje zbog boli, nerveze želuca ili zatvora,	45 (23,2)	45 (23,8)	90 (23,5)	
2 = vrlo sam zabrinut za zdravlje i teško mi je o drugom razmišljati,	32 (16,5)	31 (16,4)	63 (16,4)	
3 = toliko sam zabrinut za zdravlje da više ni o čemu ne mogu razmišljati	6 (3,1)	4 (2,1)	10 (2,6)	
21. Oslabljen libido				
0 = seks me zanima kao i prije,	30 (15,5)	34 (18)	64 (16,7)	0,36
1 = seks me zanima manje nego prije,	38 (19,6)	28 (14,8)	66 (17,2)	
2 = jako sam izgubio interes za seks,	33 (17)	25 (13,2)	58 (15,1)	
3 = potpuno sam izgubio zanimanje za seks	93 (47,9)	102 (54)	195 (50,9)	
	194 (100)	189 (100)	383 (100)	

* χ^2 test

Od teške depresije pati 52 (13,6 %) ispitanika, od umjerene 65 (17 %), a od blage depresije njih 63 (16,4 %), dok 203 (53 %) ispitanika nema simptoma depresije, bez značajnih razlika s obzirom na mjesto stanovanja. U skupini muškaraca teška depresija je zabilježena kod 14 (16,3 %) ispitanika, a kod žena u 38 (16,8 %) slučajeva, bez značajne razlike u odnosu na to žive li u vlastitom domu ili instituciji (tablica 5.16.).

Tablica 5.16. Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika (muškarci i žene) s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Svi ispitanici				
Bez simptoma depresije	105 (54,1)	98 (51,9)	203 (53)	0,96
Blaga depresija	32 (16,5)	31 (16,4)	63 (16,4)	
Umjerena depresija	32 (16,5)	33 (17,5)	65 (17)	
Teška depresija	25 (12,9)	27 (14,3)	52 (13,6)	
Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)	
Muškarci				
Bez simptoma depresije	33 (53)	7 (29)	40 (47)	0,06
Blaga depresija	13 (21)	4 (17)	17 (20)	
Umjerena depresija	7 (11)	8 (33,3)	15 (17,4)	
Teška depresija	9 (15)	5 (20,8)	14 (16,3)	
Ukupno	62 (100)	24 (100)	86 (100)	
Žene				
Bez simptoma depresije	72 (54,5)	91 (55,2)	163 (54,9)	0,83
Blaga depresija	19 (14,4)	27 (16,4)	46 (15,5)	
Umjerena depresija	25 (18,9)	25 (15,2)	50 (16,8)	
Teška depresija	16 (12,1)	22 (13,3)	38 (12,8)	
Ukupno	132 (100)	165 (100)	297 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Kod ispitanika koji žive u vlastitom domu nije zabilježena značajna razlika u razini depresije s obzirom na spol, kao niti u skupini ispitanika koji žive u instituciji (Tablica 5.17.).

Tablica 5.17. Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Vlastiti dom				
Bez simptoma depresije	33 (53)	72 (54,5)	105 (54,1)	0,42
Blaga depresija	13 (21)	19 (14,4)	32 (16,5)	
Umjerenjena depresija	7 (11)	25 (18,9)	32 (16,5)	
Teška depresija	9 (15)	16 (12,1)	25 (12,9)	
Ukupno	62 (100)	132 (100)	194 (100)	
Institucija				
Bez simptoma depresije	7 (29)	91 (55,2)	98 (51,9)	0,06
Blaga depresija	4 (17)	27 (16,4)	31 (16,4)	
Umjerenjena depresija	8 (33,3)	25 (15,2)	33 (17,5)	
Teška depresija	5 (20,8)	22 (13,3)	27 (14,3)	
Ukupno	24 (100)	165 (100)	189 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Kod ispitanika koji žive u instituciji, tešku depresiju značajnije više imaju oni koji pokazuju klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$), u odnosu na one s klinički beznačajnim simptomima (Tablica 5.18.).

Tablica 5.18. Razlike u pojavnosti simptoma depresije u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima

	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			<i>P</i> *
	Klinički beznačajno	Klinički značajno	Ukupno	
Vlastiti dom				
Bez simptoma depresije	101 (56,4)	4 (26,7)	105 (54,1)	0,09
Blaga depresija	28 (15,6)	4 (26,7)	32 (16,5)	
Umjerenjena depresija	28 (15,6)	4 (26,7)	32 (16,5)	
Teška depresija	22 (12,3)	3 (20)	25 (12,9)	
Ukupno	179 (100)	15 (100)	194 (100)	
Institucija				
Bez simptoma depresije	96 (53,9)	2 (18,2)	98 (51,9)	< 0,001
Blaga depresija	31 (17,4)	0	31 (16,4)	
Umjerenjena depresija	31 (17,4)	2 (18,2)	33 (17,5)	
Teška depresija	20 (11,2)	7 (63,6)	27 (14,3)	
Ukupno	178 (100)	11 (100)	189 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5.7. Samoprocjene simptoma anksioznosti u starijih osoba (BAI – Beckov samoocjenski upitnik za anksioznost)

Kod procjene anksioznosti, teške su poteškoće s disanjem češće imali ispitanici koji žive u vlastitom domu, kao što ih je češće opterećivao strah od smrti, u odnosu na ispitanike koji žive u instituciji (χ^2 test, $P = 0,03$) (Tablica 5.19., Tablica 5.20., Tablica 5.21.).

Tablica 5.19. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 1 do 6)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
1. Ukočenost ili trnjenje				
0 = uopće ne	55 (28,4)	48 (25,4)	103 (26,9)	0,82
1 = blago, ali me nije opterećivalo	52 (26,8)	58 (30,7)	110 (28,7)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	62 (32)	61 (32,3)	123 (32,1)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	25 (12,9)	22 (11,6)	47 (12,3)	
2. Osjećaji vrućine				
0 = uopće ne	101 (52,1)	95 (50,3)	196 (51,2)	0,04
1 = blago, ali me nije opterećivalo	37 (19,1)	54 (28,6)	91 (23,8)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	42 (21,6)	35 (18,5)	77 (20,1)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	14 (7,2)	5 (2,6)	19 (5)	
3. Nemir u nogama (trnjenje)				
0 = uopće ne	75 (38,7)	53 (28)	128 (33,4)	0,16
1 = blago, ali me nije opterećivalo	44 (22,7)	55 (29,1)	99 (25,8)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	56 (28,9)	59 (31,2)	115 (30)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	19 (9,8)	22 (11,6)	41 (10,7)	
4. Nesposobnost opuštanja				
0 = uopće ne	60 (30,9)	78 (41,3)	138 (36)	0,09
1 = blago, ali me nije opterećivalo	70 (36,1)	60 (31,7)	130 (33,9)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	51 (26,3)	35 (18,5)	86 (22,5)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	13 (6,7)	16 (8,5)	29 (7,6)	
5. Strah od iščekivanja loših događaja				
0 = uopće ne	84 (43,3)	74 (39,4)	158 (41,4)	0,08
1 = blago, ali me nije opterećivalo	46 (23,7)	53 (28,2)	99 (25,9)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	39 (20,1)	49 (26,1)	88 (23)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	25 (12,9)	12 (6,4)	37 (9,7)	
6. Vrtoglavica ili omaglica				
0 = uopće ne	62 (32)	80 (42,3)	142 (37,1)	0,13
1 = blago, ali me nije opterećivalo	74 (38,1)	56 (29,6)	130 (33,9)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	43 (22,2)	43 (22,8)	86 (22,5)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	15 (7,7)	10 (5,3)	25 (6,5)	

* χ^2 test

Tablica 5.20. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 7 do 14)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
7. Ubrzano lupanje srca (tahikardija)				
0 = uopće ne	87 (44,8)	70 (37)	157 (41)	0,39
1 = blago, ali me nije opterećivalo	51 (26,3)	61 (32,3)	112 (29,2)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	44 (22,7)	48 (25,4)	92 (24)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	12 (6,2)	10 (5,3)	22 (5,7)	
8. Osjećaj nestabilnosti				
0 = uopće ne	69 (35,6)	57 (30,2)	126 (32,9)	0,59
1 = blago, ali me nije opterećivalo	61 (31,4)	59 (31,2)	120 (31,3)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	47 (24,2)	56 (29,6)	103 (26,9)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	17 (8,8)	17 (9)	34 (8,9)	
9. Zaprepaštenost ili strah				
0 = uopće ne	90 (46,4)	91 (48,1)	181 (47,3)	0,12
1 = blago, ali me nije opterećivalo	42 (21,6)	56 (29,6)	98 (25,6)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	45 (23,2)	30 (15,9)	75 (19,6)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	17 (8,8)	12 (6,3)	29 (7,6)	
10. Nervoza				
0 = uopće ne	39 (20,1)	56 (29,6)	95 (24,8)	0,08
1 = blago, ali me nije opterećivalo	68 (35,1)	68 (36)	136 (35,5)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	67 (34,5)	47 (24,9)	114 (29,8)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	20 (10,3)	18 (9,5)	38 (9,9)	
11. Osjećaj gušenja				
0 = uopće ne	138 (71,1)	123 (65,1)	261 (68,1)	0,15
1 = blago, ali me nije opterećivalo	25 (12,9)	41 (21,7)	66 (17,2)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	18 (9,3)	15 (7,9)	33 (8,6)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	13 (6,7)	10 (5,3)	23 (6)	
12. Drhtanje ruku				
0 = uopće ne	106 (54,6)	83 (43,9)	189 (49,3)	0,19
1 = blago, ali me nije opterećivalo	54 (27,8)	61 (32,3)	115 (30)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	24 (12,4)	31 (16,4)	55 (14,4)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	10 (5,2)	14 (7,4)	24 (6,3)	
13. Drhtanje tijela				
0 = uopće ne	121 (62,4)	109 (57,7)	230 (60,1)	0,53
1 = blago, ali me nije opterećivalo	52 (26,8)	50 (26,5)	102 (26,6)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	17 (8,8)	25 (13,2)	42 (11)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	4 (2,1)	5 (2,6)	9 (2,3)	
14. Strah od gubitka kontrole				
0 = uopće ne	106 (54,6)	101 (53,4)	207 (54)	0,14
1 = blago, ali me nije opterećivalo	52 (26,8)	49 (25,9)	101 (26,4)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	26 (13,4)	33 (17,5)	59 (15,4)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	10 (5,2)	6 (3,2)	16 (4,2)	

* χ^2 test

Tablica 5.21. Razlike u samoprocjenama kliničkih simptoma anksioznosti u ispitanika prema česticama BAI upitnika s obzirom na mjesto stanovanja (čestice 15 do 21)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
15. Poteškoće s disanjem				
0 = uopće ne	116 (59,8)	106 (56,1)	222 (58)	0,02
1 = blago, ali me nije opterećivalo	32 (16,5)	53 (28)	85 (22,2)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	33 (17)	24 (12,7)	57 (14,9)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	13 (6,7)	6 (3,2)	19 (5)	
16. Strah od smrti				
0 = uopće ne	135 (69,6)	104 (55)	239 (62,4)	0,02
1 = blago, ali me nije opterećivalo	35 (18)	57 (30,2)	92 (24)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	15 (7,7)	21 (11,1)	36 (9,4)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	9 (4,6)	7 (3,7)	16 (4,2)	
17. Ustrašenost				
0 = uopće ne	123 (63,4)	118 (62,4)	241 (62,9)	0,24
1 = blago, ali me nije opterećivalo	43 (22,2)	49 (25,9)	92 (24)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	18 (9,3)	19 (10,1)	37 (9,7)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	10 (5,2)	3 (1,6)	13 (3,4)	
18. Zatvor (problemi sa stolicom)				
0 = uopće ne	62 (32)	70 (37)	132 (34,5)	0,42
1 = blago, ali me nije opterećivalo	53 (27,3)	47 (24,9)	100 (26,1)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	50 (25,8)	38 (20,1)	88 (23)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	29 (14,9)	34 (18)	63 (16,4)	
19. Nesvjestica				
0 = uopće ne	128 (66)	123 (65,1)	251 (65,5)	0,43
1 = blago, ali me nije opterećivalo	42 (21,6)	49 (25,9)	91 (23,8)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	18 (9,3)	15 (7,9)	33 (8,6)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	6 (3,1)	2 (1,1)	8 (2,1)	
20. Crvenjenje lica				
0 = uopće ne	137 (70,6)	137 (72,5)	274 (71,5)	0,73
1 = blago, ali me nije opterećivalo	42 (21,6)	34 (18)	76 (19,8)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	12 (6,2)	13 (6,9)	25 (6,5)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	3 (1,5)	5 (2,6)	8 (2,1)	
21. Toplo/ hladno preznojavaње				
0 = uopće ne	106 (54,6)	120 (63,5)	226 (59)	0,32
1 = blago, ali me nije opterećivalo	55 (28,4)	46 (24,3)	101 (26,4)	
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno	26 (13,4)	19 (10,1)	45 (11,7)	
3 = teško, opterećivalo me puno vremena	7 (3,6)	4 (2,1)	11 (2,9)	

* χ^2 test

Od teške anksioznosti pati 65 (17 %) ispitanika, od umjerene 78 (20,4 %), blage anksioznosti njih 79 (20,6 %), a 161 (42 %) ispitanika nema simptoma anksioznosti, bez značajnih razlika s

obzirom na mjesto stanovanja. U skupini muškaraca, teška je anksioznost zabilježena kod 16 (18,6 %) ispitanika, a kod žena u 49 (16,5 %), bez značajne razlike s obzirom na to žive li u vlastitom domu ili u instituciji (Tablica 5.22.).

Tablica 5.22. Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u muških i ženskih ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Svi ispitanici				
Bez simptoma anksioznosti	86 (44,3)	75 (39,7)	161 (42)	0,25
Blaga anksioznost	33 (17)	46 (24,3)	79 (20,6)	
Umjerena anksioznost	38 (19,6)	40 (21,2)	78 (20,4)	
Teška anksioznost	37 (19,1)	28 (14,8)	65 (17)	
Ukupno	194 (100)	189 (100)	383 (100)	
Muškarci				
Bez simptoma anksioznosti	29 (47)	5 (21)	34 (40)	0,13
Blaga anksioznost	11 (18)	8 (33)	19 (22)	
Umjerena anksioznost	12 (19)	5 (20,8)	17 (19,8)	
Teška anksioznost	10 (16)	6 (25)	16 (18,6)	
Ukupno	62 (100)	24 (100)	86 (100)	
Žene				
Bez simptoma anksioznosti	57 (43,2)	70 (42,4)	127 (42,8)	0,28
Blaga anksioznost	22 (16,7)	38 (23)	60 (20,2)	
Umjerena anksioznost	26 (19,7)	35 (21,2)	61 (20,5)	
Teška anksioznost	27 (20,5)	22 (13,3)	49 (16,5)	
Ukupno	132 (100)	165 (100)	297 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Kod ispitanika koji žive u vlastitom domu nisu zabilježene značajne razlike u razini anksioznosti s obzirom na spol, kao niti u skupini ispitanika koji žive u instituciji (Tablica 5.23.).

Tablica 5.23 Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Vlastiti dom				
Bez simptoma anksioznosti	29 (47)	57 (43,2)	86 (44,3)	0,92
Blaga anksioznost	11 (18)	22 (16,7)	33 (17)	
Umjerenjena anksioznost	12 (19)	26 (19,7)	38 (19,6)	
Teška anksioznost	10 (16)	27 (20,5)	37 (19,1)	
Ukupno	62 (100)	132 (100)	194 (100)	
Institucija				
Bez simptoma anksioznosti	5 (21)	70 (42,4)	75 (39,7)	0,13
Blaga anksioznost	8 (33)	38 (23)	46 (24,3)	
Umjerenjena anksioznost	5 (20,8)	35 (21,2)	40 (21,2)	
Teška anksioznost	6 (25)	22 (13,3)	28 (14,8)	
Ukupno	24 (100)	165 (100)	189 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Kod ispitanika koji žive u instituciji, tešku anksioznost imaju ispitanici koji imaju klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima (Fisherov egzaktni test, $P = 0,006$), u odnosu na ispitanike s klinički beznačajnim simptomima (Tablica 5.24).

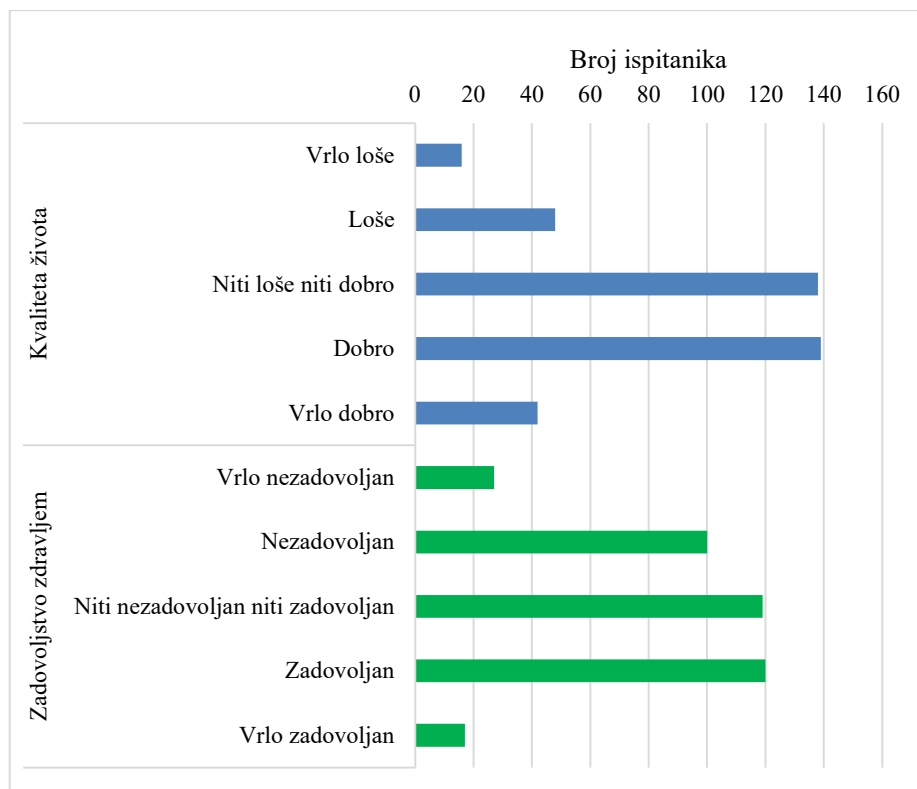
Tablica 5.24. Razlike u pojavnosti simptoma anksioznosti u ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima

	Broj (%) ispitanika prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			<i>P</i> *
	Klinički beznačajno	Klinički značajno	Ukupno	
Vlastiti dom				
Bez simptoma anksioznosti	82 (45,8)	4 (26,7)	86 (44,3)	0,07
Blaga anksioznost	29 (16,2)	4 (26,7)	33 (17)	
Umjerena anksioznost	37 (20,7)	1 (6,7)	38 (19,6)	
Teška anksioznost	31 (17,3)	6 (40)	37 (19,1)	
Ukupno	179 (100)	15 (100)	194 (100)	
Institucija				
Bez simptoma anksioznosti	73 (41)	2 (18,2)	75 (39,7)	0,006
Blaga anksioznost	45 (25,3)	1 (9,1)	46 (24,3)	
Umjerena anksioznost	38 (21,3)	2 (18,2)	40 (21,2)	
Teška anksioznost	22 (12,4)	6 (54,5)	28 (14,8)	
Ukupno	178 (100)	11 (100)	189 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5.8. Samoprocjena kvalitete života starijih osoba (WHOQOL upitnik)

Samoprocjenu kvalitete življenja (opća kvaliteta života), najviše ispitanika, njih 139 (36,3 %) ocjenjuje dobrom, a 138 (36 %) ispitanika ni dobrom ni lošom, za 17 (4,2 %) ispitanika je vrlo loša. Zadovoljstvo svojim zdravljem iskazalo je 137 (35,7%) ispitanika (Slika 5.1).



Slika 5.1. Raspodjela ispitanika prema samoprocjeni kvalitete života i zadovoljstva zdravljem

Srednja ocjena (medijan) samoprocjene kvalitete života i zadovoljstva zdravljem je 3 (interkvartilnog raspona 2 – 4) u rasponu od 1 do 5.

Cijela skala podijeljena je u četiri domene koje se odnose na doživljaj i osjećaj pojedinih pojava u protekla dva tjedna (koliko su nešto doživljavali, koliko su potpuno doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari, koliko su bili zadovoljni različitim dijelovima njihova života te koliko često su osjećali ili doživjeli neke stvari), a od te četiri domene formira se ocjena tjelesnog zdravlja, psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline.

Od pitanja koja se odnose na to koliko su doživjeli određene pojave u protekla dva tjedna, za 143 (38 %) ispitanika umjereno je zastupljena bol koja ih onemogućava u izvršavanju obaveza te potrebno medicinsko liječenje ekstremno puno za 39 (10%) ispitanika. Energijom za svakodnevni život umjereno je zadovoljno 126 (33 %) ispitanika. Vrlo je nezadovoljno svojim snom 29 (7,6 %) ispitanika, a prilično nezadovoljno svojim sposobnostima izvršavanja dnevnih aktivnosti 81 (21,2 %) ispitanika. Vrlo dobro se snalazi 59 (15 %) ispitanika (Tablica 5.25.).

Tablica 5.25. Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Tjelesno zdravlje (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna

Tjelesno zdravlje	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće ne	Malo	Umjereno	Dosta	Ekstremno puno	
* Uolikoj mjeri osjećate da vas tjelesna bol onemogućava u izvršavanju stvari koje trebate obaviti?	23(6)	60(16)	143(38)	121(32)	34(9)	381 (100)
* Koliko Vam je potrebno medicinsko liječenje da bi funkcionirali u svakodnevnom životu?	35(9)	57(15)	127(33)	122(32)	39(10)	380 (100)
Da li imate dovoljno energije za svakodnevni život?	29(8)	76(20)	126(33)	112(29)	39(10)	382 (100)
	Vrlo loše	Loše	Niti dobro niti loše	Dobro	Vrlo dobro	Ukupno
Koliko se dobro snalazite?	15(4)	39(10)	100(26)	168(44)	59(15)	381 (100)
	Vrlo nezadovoljni	Prilično nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Prilično zadovoljni	Vrlo zadovoljni	Ukupno
Koliko ste zadovoljni sa svojim snom?	24(6)	79(21)	121(32)	131(34)	27(7)	382 (100)
Koliko ste zadovoljni sa svojim sposobnošću izvršavanja dnevnih aktivnosti?	29(7,6)	81(21,2)	124(32,5)	121(31,7)	27(7,1)	382 (100)
Koliko ste zadovoljni sa svojom radnom sposobnošću?	47(12,3)	98(25,7)	109(28,6)	111(29,1)	16(4,2)	381 (100)

*obrnuto bodovanje

Dosta se može koncentrirati 139 (36 %) ispitanika, a dosta je zadovoljno samo sa sobom 154 (40 %) ispitanika. Da im život ima umjereno smisla navodi 133 (35 %) ispitanika, a 139 (37 %) rijetko ima negativne osjećaje kao npr. tužno raspoloženje, očaj, anksioznost, depresiju (Tablica 5.26.).

Tablica 5.26. Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Psihičko zdravlje (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna

Psihičko zdravlje	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće ne	Malo	Umjereno	Dosta	Ekstremno puno	
Koliko uživete u životu?	36(9)	100(26)	140(37)	94(25)	12(3)	382(100)
Do koje mjere osjećate da Vaš život ima smisla?	17(4)	81(21)	133(35)	129(34)	19(5)	379(100)
Koliko se dobro možete koncentrirati?	18(5)	68(18)	124(33)	139(36)	32(8)	381(100)
Koliko ste zadovoljni sami sa sobom?	12(3)	40(10)	79(21)	154(40)	97(25)	382(100)
	Nikada	Rijetko	Često	Vrlo često	Uvijek	Ukupno
* Koliko često imate negativne osjećaje kao npr. tužno raspoloženje, očaj, anksioznost, depresiju?	31(8)	139(37)	120(32)	75(20)	15(4)	380(100)

*obrnuto bodovanje

Većina ispitanika, njih 167 (44 %), je zadovoljno svojim odnosima s bliskim osobama. Seksualnim životom zadovoljno je i vrlo zadovoljno 71 (19 %) ispitanika, a prijateljskom podrškom je zadovoljno 174 (46 %) ispitanika (Tablica 5.27.).

Tablica 5.27. Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Socijalni odnosi (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna

Socijalni odnosi	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Vrlo zadovoljan	
Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	6 (2)	49 (13)	116 (31)	167 (44)	41 (11)	379 (100)
Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	79 (21)	93 (25)	135 (36)	56 (15)	15 (4)	378 (100)
Koliko ste zadovoljni podrškom prijatelja?	12 (3)	27(7)	108 (28)	174 (46)	60 (16)	381 (100)

U svakodnevnom životu 163 (43 %) ispitanika je zadovoljno sa sigurnošću. Vrlo je zadovoljno s tjelesnom okolinom 15 (4 %) ispitanika. Najviše ispitanika, njih 123 (32 %) je odgovorilo da je zadovoljno s količinom novca za zadovoljavanje svojih potreba. Dostupnosti informacija u svakidašnjem životu zadovoljno je 168 (44 %) ispitanika. Da su zadovoljni dostupnošću zdravstvene službe navodi 215 (56,3 %) ispitanika, a vrlo je zadovoljno prijevozom 77 (20,2 %) ispitanika (Tablica 5.28.).

Tablica 5.28. Samoprocjene ispitanika o kvaliteti života u području Okolina (WHOQOL upitnik) u protekla dva tjedna

Okolina	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Vrlo zadovoljan	
Koliko se sigurno osjećate u svakodnevnom životu?	16 (4)	43 (11)	128 (34)	163 (43)	29 (8)	379 (100)
Koliko je zdrava Vaša tjelesna okolina?	8 (2)	27 (7)	146 (38)	185 (49)	15 (4)	381 (100)
Da li imate dovoljno novca da ispunite svoje potrebe?	27 (7)	44 (12)	119 (31)	123 (32)	69 (18)	382 (100)
Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakodnevnom životu?	6 (2)	23 (6)	92 (24)	168 (44)	89 (24)	378 (100)
Do koje mjere imate mogućnosti za opuštajuće aktivnosti?	24 (6)	55 (14)	127 (33)	121 (32)	54 (14)	381 (100)
Koliko ste zadovoljni sa stanom u kojem živite?	5 (1,3)	12 (3,1)	60 (15,7)	206 (54,1)	98 (25,7)	381 (100)
Koliko ste zadovoljni sa dostupnošću zdravstvenih službi?	5 (1,3)	9 (2,4)	58 (15,2)	215 (56,3)	95 (24,9)	382 (100)
Koliko ste zadovoljni sa svojim prijevozom?	9 (2,4)	38 (9,9)	88 (23)	170 (44,5)	77 (20,2)	382 (100)

Bodovanje odgovora na pitanja formiraju skalu do 100; viša ocjena daje bolju ocjenu kvalitete života. Srednja vrijednost ocjene skale kvalitete života je 59 (interkvartilnog raspona 47 do 69). Nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja. U skupini muškaraca koji žive u instituciji značajno su niže samoprocjenjeni psihičko zdravlje i socijalni odnosi (Mann-Whitney U test, $P = 0,03$) i ukupna kvaliteta života (Mann-Whitney U test, $P = 0,02$).

Kod žena koje žive u vlastitom domu, značajno je lošije samoprocjenjeno tjelesno zdravlje i zadovoljstvo okolinom (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$), dok u ukupnoj kvaliteti života nisu zabilježene značajne razlike (Tablica 5.29.).

Tablica 5.29. Samoprocjene razine kvalitete života muških i ženskih ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja

Područja skale kvalitete života WHOQOL	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Vlastiti dom	Institucija	Ukupno	
Svi ispitanici				
Tjelesno zdravlje	50 (35,7 - 64,3)	55,4 (39,3 - 67,9)	53,6 (38,4 - 67,9)	0,19
Psihičko zdravlje	58,3 (41,7 - 70,8)	58,3 (41,7 - 70,8)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,61
Socijalni odnosi	54,2 (41,7 - 66,7)	58,3 (41,7 - 66,7)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,35
Okolina	67,9 (53,6 - 75)	67,9 (57,1 - 78,6)	67,9 (53,6 - 75)	0,13
Sveukupno skala kvalitete života	56,3 (46,4 - 68)	59,9 (46,9 - 69,7)	58,6 (46,7 - 68,5)	0,40
Muškarci				
Tjelesno zdravlje	50 (35,7 - 68,8)	46,4 (29,5 - 57,1)	50 (34,8 - 64,3)	0,10
Psihičko zdravlje	58,3 (45,8 - 75)	50 (37,5 - 61,5)	54,2 (41,7 - 70,8)	0,03
Socijalni odnosi	58,3 (41,7 - 66,7)	50 (35,4 - 58,3)	54,2 (41,7 - 66,7)	0,03
Okolina	67,9 (53,6 - 75)	60,7 (50 - 70,5)	64,3 (53,6 - 75)	0,12
Sveukupno skala kvalitete života	59,4 (48,2 - 68,4)	47 (42,4 - 57,6)	56,1 (45,2 - 67,7)	0,02
Žene				
Tjelesno zdravlje	48,21 (35,71 - 64,29)	57,14 (40,18 - 67,86)	53,6 (39,3 - 67,9)	0,04
Psihičko zdravlje	58,33 (41,67 - 70,83)	58,33 (41,67 - 75)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,66
Socijalni odnosi	50 (41,67 - 66,67)	58,33 (43,75 - 66,67)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,07
Okolina	66,07 (53,57 - 75)	67,86 (57,14 - 78,57)	67,9 (57,1 - 77,7)	0,04
Sveukupno skala kvalitete života	55,65 (46,28 - 67,22)	62,43 (48,07 - 70,2)	59,5 (47,4 - 69,7)	0,06

*Mann-Whitney U test

Kod ispitanika koji žive u vlastitom domu nisu zabilježene značajne razlike u kvaliteti života s obzirom na spol. U skupini ispitanika koji žive u instituciji, žene su značajno zadovoljnije u svim domenama kvalitete života, kao i općenito (Mann-Whitney U test, $P = 0,002$) u odnosu na muškarce (Tablica 5.30.).

Tablica 5.30. Samoprocjene razine kvalitete života ispitanika koji žive u instituciji ili vlastitom domu s obzirom na spol, N = 383

Područja skale kvalitete života WHOQOL	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Vlastiti dom				
Tjelesno zdravlje	50 (35,7 - 68,8)	48,21 (35,71 - 64,29)	50 (35,7 - 64,3)	0,48
Psihičko zdravlje	58,3 (45,8 - 75)	58,33 (41,67 - 70,83)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,35
Socijalni odnosi	58,3 (41,7 - 66,7)	50 (41,67 - 66,67)	54,2 (41,7 - 66,7)	0,28
Okolina	67,9 (53,6 - 75)	66,07 (53,57 - 75)	67,9 (53,6 - 75)	0,61
Sveukupno skala kvalitete života	59,4 (48,2 - 68,4)	55,65 (46,28 - 67,22)	56,3 (46,4 - 68)	0,32
Institucija				
Tjelesno zdravlje	46,4 (29,5 - 57,1)	57,14 (40,18 - 67,86)	55,4 (39,3 - 67,9)	0,01
Psihičko zdravlje	50 (37,5 - 61,5)	58,33 (41,67 - 75)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,04
Socijalni odnosi	50 (35,4 - 58,3)	58,33 (43,75 - 66,67)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,01
Okolina	60,7 (50 - 70,5)	67,86 (57,14 - 78,57)	67,9 (57,1 - 78,6)	0,02
Sveukupno skala kvalitete života	47 (42,4 - 57,6)	62,43 (48,07 - 70,2)	59,9 (46,9 - 69,7)	0,002

*Mann-Whitney U test

Značajno su niže samoprocjenjene sve domene kvalitete života: tjelesno i psihičko zdravlje (Mann-Whitney U test, $P < 0,001$), socijalni odnosi (Mann-Whitney U test, $P = 0,003$), okolina (Mann-Whitney U test, $P < 0,001$) i sveukupan rezultat na skali kvalitete života (Mann-Whitney U test, $P < 0,001$) kod ispitanika koji imaju klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima (Tablica 5.31).

U skupini ispitanika koji žive u svom domu, značajno su niže samoprocjenjene sve domene kvalitete života, osim okoline: tjelesno (Mann-Whitney U test, $P = 0,007$) i psihičko zdravlje (Mann-Whitney U test, $P = 0,02$), socijalni odnosi (Mann-Whitney U test, $P = 0,003$) i sveukupan rezultat na skali kvalitete života (Mann-Whitney U test, $P = 0,006$) kod ispitanika koji imaju klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima (Tablica 5.32.).

Tablica 5.31. Samoprocjene razine kvalitete života ispitanika s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima, N = 383

Područja skale kvalitete života WHOQOL	Medijan (interkvartilni raspon) prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			P*
	Klinički beznačajno	Klinički značajna ovisnost	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	53,6 (39,3 - 67,9)	39,3 (28,6 - 43,8)	53,6 (38,4 - 67,9)	<0,001
Psihičko zdravlje	58,3 (41,7 - 70,8)	41,7 (33,3 - 50)	58,3 (41,7 - 70,8)	<0,001
Socijalni odnosi	58,3 (41,7 - 66,7)	45,8 (33,3 - 58,3)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,003
Okolina	67,9 (54,5 - 75)	62,5 (49,1 - 71,4)	67,9 (53,6 - 75)	0,04
Sveukupno skala kvalitete života	60 (47,8 - 69,7)	46,7 (40,74 - 54,2)	58,6 (46,7 - 68,5)	<0,001

*Mann Whitney U test

Tablica 5.32. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika koji žive u vlastitom domu s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima (N = 194)

Područja skale kvalitete života WHOQOL ispitanika koji žive u svom domu	Medijan (interkvartilni raspon) prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			P*
	Klinički beznačajno	Klinički značajna ovisnost	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	53,6 (35,7 - 67,9)	39,3 (28,6 - 42,9)	53,6 (38,4 - 67,9)	0,007
Psihičko zdravlje	62,5 (45,8 - 70,8)	50 (33,3 - 54,2)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,02
Socijalni odnosi	58,3 (41,7 - 66,7)	33,3 (33,3 - 50)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,003
Okolina	67,9 (53,6 - 75)	64,3 (57,14 - 71,43)	67,9 (53,6 - 75)	0,35
Sveukupno skala kvalitete života	59,4 (47,8 - 68,3)	46,6 (41,52 - 53,13)	58,6 (46,7 - 68,5)	0,006

*Mann Whitney U test

U skupini ispitanika koji žive u instituciji, niže su samoprocjenjene sve domene kvalitete života, osim socijalnih odnosa i okoline: tjelesno (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$) i psihičko zdravlje (Mann-Whitney U test, $P = 0,001$) i sveukupan rezultat na skali kvalitete života (Mann-Whitney U test, $P = 0,02$) kod ispitanika koji imaju klinički značajne simptome ovisnosti o anksioliticima (Tablica 5.33.).

Tablica 5.33. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika koji žive u instituciji s obzirom na prisutnost značajnih simptoma ovisnosti o anksioliticima (N = 189)

Područja skale kvalitete života WHOQOL ispitanika koji žive u instituciji	Medijan (interkvartilni raspon) prema simptomima ovisnosti o anksioliticima			P*
	Klinički beznačajno	Klinički značajna ovisnost	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	57,14 (39,29 - 67,86)	39,3 (25 - 50)	53,6 (38,4 - 67,9)	0,04
Psihičko zdravlje	58,33 (41,67 - 70,83)	37,5 (29,2 - 45,8)	58,3 (41,7 - 70,8)	0,001
Socijalni odnosi	58,3 (41,7 - 66,7)	58,3 (33,3 - 66,7)	58,3 (41,7 - 66,7)	0,23
Okolina	67,9 (57,1 - 78,6)	60,7 (46,4 - 71,4)	67,9 (53,6 - 75)	0,06
Sveukupno skala kvalitete života	60,7 (47,9 - 70,1)	46,7 (34,4 - 57,4)	58,6 (46,7 - 68,5)	0,02

*Mann-Whitney U test

6. RASPRAVA

Produženje životnog vijeka ima za posljedicu značajno demografsko starenje kako u svijetu, tako i kod nas. U svijetu je očekivano trajanje života između 1950. i 2010. godine produženo sa 46 godina na 68 godina života, pa danas u svijetu živi gotovo 700 milijuna ljudi starijih od 65 godina. Za očekivati je kako će u 2050. godini biti oko 2 milijarde ljudi starije životne dobi (54). Prema podacima UN-a, Hrvatska se svrstava u četvrtu skupinu država Europe koja ima vrlo staru populaciju stanovništva. Podatak koji upozorava je da se udio starijeg pučanstva Hrvatske povećava, neprestano raste (3) i ima obilježje visokog stupnja ostarjelosti. Uzroci ovako nepovoljne demografske situacije u Hrvatskoj, mogu se potražiti unazad nekoliko desetljeća, tijekom agresije na Hrvatsku i nakon ratnih događanja 90-ih godina. Tada, kao i u poslijeratnom razdoblju (2001. – 2011.) značajnije došlo je do smanjenja udjela mlađeg stanovništva, kada je zabilježen i manji udjel cjelokupnog broja stanovnika, a istovremeno je došlo do povećanog udjela starijeg stanovništva (55). Analizom podataka iz popisa 2011. godine evidentiran je udio mladih 0 – 14 godina 15,2% (2001. godine 17,1%), mladih 0 – 19 godina 20,9% (2001. godine 23,8%), udio starih u dobi 60 i više 24,1% (2001. godine 21,6%), a udio starih 65 i više 17,7% (2001. godine 15,7). Ovi podatci ukazuju kako stanovništvo Hrvatske obilježava izrazito duboka starost, što je po tipu dobnog sastava stanovništva, najnepovoljniji oblik (56).

Iz ovog istraživanja, provedenog u osječko baranjskoj županiji, utvrđena je prosječna dob ispitanika od 83 godine, što odgovara utvrđenim trajanjem očekivane životne dobi koja za Hrvatsku iznosi 82 godine (52). Opće je poznato kako bolest, dugotrajna psihička, fizička i emocionalna opterećenja, loše životne navike, kao i suprotno, dobro zdravlje, povoljne socio-ekonomske prilike, prikladni stavovi, značajno utječu na način starenja. Svi ljudski organski sustavi neizbježno stare, ali ne jednakom brzinom, ovisno o zdravstvenom stanju, genetskoj osnovi, stečenom životnom iskustvu, zanimanju, tjelesnoj aktivnosti i drugim čimbenicima. Mnoga zvanja u starijoj dobi praćena su kroničnim oštećenjima, profesionalnim bolestima koje nastaju zbog dugotrajnog izlaganja štetnim kemijskim, fizikalnim ili biološkim djelovanjima. Posljedice preboljenih bolesti mogu ubrzati procese starenja. Veliki utjecaj na procese starenja mogu imati vanjski čimbenici kao: način prehrane, klima i temperatura okoliša, način života, provođenje aktivnosti, loše navike, konzumiranje alkohola, pušenje, stres i drugo (24).

Prema rezultatima istraživanja, zabilježena je značajna razlika u spolu, gdje među ispitanicima prevladavaju žene, što odgovara dužem prosječnom trajanju života žena (79,9 godina) u odnosu na muškarce (73,4 godine) u Hrvatskoj i u svijetu (57). Zabilježena je razlika u obiteljskom

statusu, gdje rezultati ukazuju kako je više od polovice ispitanika udovaca/udovica, tj. ispitanika koji više nemaju svoga bračnog partnera, na što upućuju i druga istraživanja o posljedicama obiteljskih i društvenih promjena koje su promijenile neposredno socijalno okruženje starijih osoba (3). Društvo je u zadnjih nekoliko desetljeća doživjelo velike i nagle promjene u načinu života i oblicima obitelji. Prijašnju tradicionalnu, patrijarhalnu i uglavnom ruralnu obitelj zamijenila je nova, industrijski razvijena i oblikovana obitelj. Ova vrsta promjena ujedno je donijela i nove, mnogobrojne probleme, koji su posebno pogodili starije stanovništvo. Do tada velika višegeneracijska obitelj, svojim je starijim članovima pružale adekvatnu zaštitu i kompletnu skrb. Suprotno tome, današnja moderna obitelj, suočena je s mnogobrojnim poteškoćama i problemima u pružanju skrbi i zaštite starijim osobama. Istovremeno se suočava s procesom svakodnevnog smanjivanja, tako današnja obitelj više nije u mogućnosti samostalno i kvalitetno skrbiti o svojim starijim članovima. Stoga se kompletna briga i skrb za starije članove obitelji prenosi u različite oblike zaštite i skrbi izvan obitelji (58). Trajni smještaj starijih osoba u institucije, u porastu je i kod nas, ali i diljem svijeta. Do sve veće potrebe za ovakvim oblikom trajnog smještaja dolazi zbog nemogućnosti starijih, da se samostalno brinu o sebi i istodobno, što se tradicionalni obiteljski skrbnici, zbog zapošljavanja izvan obitelji, nisu u mogućnosti za njih skrbiti. Zbog toga je smještaj u instituciju često, jedina alternativa i dominantni oblik skrbi za starije (58).

S obzirom na razinu obrazovanja, među ispitanicima ovoga istraživanja nisu zabilježene značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja.

Tijekom procesa starenja mijenja se odnos pojedinca prema svijetu, vremenu, okolini, ali i prema samome sebi i vlastitoj prošlosti. Stari se ljudi suočavaju s brojnim tjelesnim promjenama kao što su: promjene u tjelesnoj težini, slabija pokretljivost, slabiji sluh i vid, opip i okus, promjene na tijelu, kosi i koži, promjene na mišićima, kostima i unutarnjim organima, smanjuje se radni kapacitet, a povećava neučinkovitost. Problem starije dobi vezan je uz istovremenu pojavnost više različitih bolesti u organizmu. Starije osobe u prosjeku istovremeno imaju četiri do šest bolesti. Najčešća oboljenja starih ljudi jesu: reumatske bolesti (artroze, bolesti sustava pokretljivosti, srčane bolesti, bolesti krvnih žila, depresije, promjene na koži, endokrine bolesti, oštećenja vida i sluha, bolesti urinarnog sistema i maligne neoplazme (23).

Većina tjelesnih bolesti, za koje se smatra kako su uobičajene za osobe starije životne dobi, ne nastaju i nisu započele u starosti, a isto tako, sve bolesti nisu rezultat uobičajenih fizioloških promjena koje nastaju tijekom procesa starenja. Najčešće zastupljene fizičke bolesti kod ispitanika obiju skupina su: srčane bolesti i bolesti krvožilnog sustava, reumatske bolesti te bolesti probavnih organa, što su općenito najraširenije bolesti starih ljudi (24).

Od koronarne bolesti i infarkta miokarda obolijeva sve više starijih ljudi, a jedan od razloga koji su doprinijeli većem morbiditetu kao i mortalitetu od koronarne bolesti, svakako je uspjeh preventivnih mjera provedenih u smislu promocije zdravlja kod mlađih generacija, osobito osoba srednje životne dobi. Većem obolijevanju od koronarnih bolesti doprinosi i činjenica o produljenju trajanja životnog vijeka, tako da su danas osobe starije životne dobi dulje izložene raznim i mnogobrojnim rizičnim čimbenicima, koji mogu dovesti do razvoja koronarnih bolest. Udio starijeg pučanstva se značajno i neprestano povećava, kako u razvijenim se zemljama, tako i u Hrvatskoj i može se očekivati kako će i dalje, kod starijih osoba mortalitet od kardiovaskularnih bolesti i dalje biti u porastu. Glavni razlog smrtnosti starijeg stanovništva također su kardiovaskularne bolesti i sasvim je jasno da su stari ljudi visokorizična skupina, za koju treba pojačano primjenjivati mjere prevencije i liječenja kardiovaskularnih bolesti. Međutim, brojne su poteškoće u zdravstvenim sustavima i zdravstvenim politikama, zbog kojih upravo starijim osobama oboljelima od kardiovaskularnih bolesti, uskraćuje kvalitetno liječenje i skrb. Kardiovaskularne bolesti, komplikacije i posljedice nastale tijekom bolesti, doprinose preranoj smrti starijih osoba, ali imaju i velik utjecaj na promjene u kvaliteti života (59).

Drugu veliku skupinu bolesti od kojih češće obolijevaju osobe starije životne dobi su reumatološke bolesti koje se javljaju u području mišićno-koštanog sustava, a mogu biti različite etiologije. Jedna od podjela reumatskih bolesti obuhvaća i druge grupe bolesti u koje se ubrajaju sve upalne reumatske bolesti, reumatizam, različite degenerativne bolesti kralježnice i zglobova, neke metaboličke bolesti, na primjer, urički artritis ili osteoporoza. Reumatske bolesti su osobito u zapadnim zemljama, razlog velikog morbiditeta u starih ljudi. Zauzimaju oko 50% svih kroničnih bolesti, a kako je općenito prisutno starenje populacije, sve je češći morbiditet ovih bolesti i kod nas (60).

U sljedeće najučestalije poremećaje u starijih ljudi ubrajaju se bolesti probavnog sustava, koji se manifestiraju kao različiti poremećaji gutanja, upalne bolesti crijeva, ulkus na želucu ili usporenije pražnjenje želuca (61). Tijekom procesa starenja u probavnom sustavu odvija se niz promjene karakterističnih za stariju dob, koje dovode do poteškoća u lučenju sline iz žlijezda slinovnica, smanjenoj pokretljivošću sfinktera ezofagusa, usporenom pražnjenju želuca, smanjene motoričke funkcije i refleksa pražnjenja debelog crijeva, zbog čega nastaje opstipacija. U tankom crijevu se smanjuje motilitet i broj živčanih stanica koje omogućavaju apsorpciju. Značajne probleme uzrokuje oslabljena sluznica probavnog sustava što dovodi do oštećenja crijevnog imunološkog sustava i razvoja infekcija u gastrointestinalnom traktu (62). Što se tiče psihičkih bolesti, istraživanje ukazuje kako je nesanica najučestalija psihička bolest među ispitanicima. Nesanica se definira kada su prisutne poteškoće bilo pri uspjavanju, bilo u održavanju kontinuiteta sna ili ako postoji prerano buđenje. Za nastanak nesanicе, dob i spol su najistaknutiji rizični čimbenici. Razlog češće pojavnosti nesanicе u populaciji osoba starije životne dobi nije točno utvrđen. Smatra se kako starenjem dolazi do djelomičnog smanjenja funkcionalnosti u sustavu kontrole sna. Jedan od sasvim sigurnih čimbenika koji povećavaju učestalost nesanicе je prisutnost brojnih komorbiditetnih stanja. Zbog nesanicе starije osobe imaju brojne poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju što utječe na smanjenu kvalitetu života. Ne smije se zanemariti da nesanica može biti i simptom drugih bolesti ili mentalnih poremećaja. Štetne posljedice dugotrajne nesanicе odražavaju se u otežanom, ponekad onemogućenom svakodnevnom funkcioniranju, uzrokuje promjene raspoloženja, zbog pospanosti i smanjene pozornosti povećava se rizik od padova i ozljeda što ima za posljedicu poremećaje odnosima u obitelji (63). Procjenjuje se da u Hrvatskoj od nesanicе pati 26% populacije, 15% od lakšeg, a 11% od težeg oblika (64).

Starenje organizma može imati neposredan i posredan utjecaj na doživljavanje i ljudsko ponašanje. Neposredan utjecaj ometa životne funkcije, a posredan utječe na duševni život. Vanjski znakovi starenja koji značajno mijenjaju izgled (kosa se prorjeđuje, stanjuje i sijedi pojavljuju se bore, pjegavost kože, nedostatak zubi, promjene u držanju tijela i tjelesnoj masi) imaju osobito snažan posredni utjecaj, iako značajno ne ometaju i ne utječu na životne funkcije pojedinca (24).

Anksiozni poremećaji nisu samo jedna bolest, već skupina bolesti koje su obilježene stalnim osjećajem potištenosti, tjeskobe, straha, panike, nelagodnosti i napetosti. Anksiozni su poremećaji najrašireniji oblik duševne bolesti i događa se jednoj od dvadeset osoba u bilo kojoj životnoj dobi. Uzroci anksioznih poremećaja pretežno su psihološki čimbenici, iako je

značajan i genetski utjecaj. Za razliku od anksioznosti u ranijoj životnoj dobi, u starijoj životnoj dobi genetski čimbenici imaju manju ulogu.

Simptomi anksioznosti su: preokupacije somatskim problemima, gubitak strpljenja i interesa, poteškoće s koncentracijom i pažnjom, razmišljanja o lošim ishodima određenih situacija, poteškoće sa spavanjem, opsesivnost, depresivnost, socijalno povlačenje. Od tjelesnih simptoma značajniji su: palpitacije, glavobolje, pojačan osjećaj žeđi, učestalo mokrenje, stezanje u prsima, tremor, bolovi u različitim dijelovima tijela, smetenost, dezorijentiranost (65).

Od anksioznog poremećaja u ovom istraživanju patilo je 29,8% ispitanika, a 20,1% ispitanika je navelo da ima depresivne poremećaje. Anksiozne poremećaje značajno manje ima skupina ispitanika koji žive u instituciji. Anksiozni i depresivni poremećaji, poremećaji spavanja, poremećaji seksualnosti, alkoholizam i zlouporaba droga, pokazuju veliki međusobni komorbiditet (66). Zbog visoke stope komorbiditeta često bolesnici uz propisanu terapiju za somatsku bolest, uzimaju psihijatrijske lijekove, a psihijatrijski bolesnici ostale lijekove, stoga je vrlo često moguće razvijanje nuspojava i raznovrsnih komplikacija. Anksiozni poremećaji u starijoj životnoj dobi ima svoje specifičnosti, kao što je strah od padova i posljedičnih trauma (67), iako se simptomatologija anksioznosti starijih ljudi ne razlikuje značajno od anksioznosti u mlađoj životnoj dobi (68). Pojavnost anksioznosti povezuje se i s gubicima pamćenja i vrijedi kao snažan prediktor za smanjenje kognitivnog funkcioniranja. Smatra se da je gubitak pamćenja početni problem na koji najčešće razvija i anksioznost (69). Prema rezultatima berlinske studije starenja prevalencija anksioznosti u osoba iznad 70 godina, podijeljenih u mlađe (70-84 god.) i starije (85-103 god.) iznosi 4.5%. U skupini mlađe dobi iznosila je 4.3%, a u skupini starije dobi iznosila je 2.3%. Podaci o prevalenciji komorbidnosti depresije i anksioznosti kod osoba starije životne dobi variraju od 2% do 9.5% (13,70). U takvim je slučajevima najčešće zabilježen oslabljen funkcionalni status i kvaliteta života, a značajno je prisutnija usamljenost (16,71). Smatra se kako je anksioznost najčešći prediktor depresije (17,72).

Depresija je patološki proces i ne čini dio normalnog procesa starenja. U literaturi se navodi kako obuhvaća 10-15% starije populacije, a prema nekim autorima i do 40% (14), stoga se depresija smatra najčešćim poremećajem starije životne dobi. Patnje starih osoba rijetko se primjećuju jer se pretpostavlja da je starost vrijeme bolesti i potištenosti. Često se pogrešno shvaća povlačenje i šutnja stare osobe kao filozofsko prihvaćanje dok ona zapravo hrabro podnosi razočaravajuću situaciju. Osjećaj gubitka i velike tuge u starosti uobičajeni su kada starija osoba na bilo koji način izgubi voljene osobe. Stara osoba može patiti i zbog drugih

gubitaka u životu: posla, stana, fizičke aktivnosti, samostalnosti. Višestruki gubitci mogu upiti toliku mentalnu i emocionalnu energiju da se stara osoba odvaja od doticaja sa stvarnom, svakodnevnom okolinom (27). Uzrok depresije u starijih osoba nije moguće jednostavno definirati. Može se razviti kao reakcija na stresni događaj (skoro žalovanje), biti simptom loše prilagodbe na okolinu ili uvjete života (osjećaj osamljenosti, neprilagođenost, poremećaji sluha) ili značiti razvoj ozbiljne emocionalne bolesti (osobna ili obiteljska anamneza vezana uz depresiju). Može se razviti kao popratna pojava somatske bolesti (kronična bol, onesposobljenost, demencija) ili kao nuspojava lijekova koji su im propisani. Češćim uzrocima pripada i nedostatak esencijalnih prehrambenih tvari te pothranjenost. Mnogi su pripadnici sadašnjih generacija starijih skloni negirati depresiju. Često je to zato jer su odgajani u sredinama gdje pokazivanje osjećaja nije bilo uobičajeno. Uz to su stariji skloniji radije potražiti somatsko objašnjenje svojih poteškoća (13). Starije osobe sklonije su depresiji zbog niza fizioloških i patofizioloških promjena. Etiološki čimbenici mogu se podijeliti na biološke (gubitak neurona, genetska predispozicija, tjelesne bolesti), psihološke (autoagresija, gubitci, negativne emocije, krivnja) i socijalne (usamljenost, žalovanje, socijalna izolacija). Somatska bolest može imati direktan i indirektan utjecaj na depresivan poremećaj. Somatska bolest može direktno potaknuti depresivnu epizodu i podržavati njezin kronicitet ili indirektno smanjenjem kretanja, mobilnosti, povećane ovisnosti o drugima te kroz kroničnu patnju, bol, neugodu. Sa psihodinamskog stajališta depresija se uvijek javlja kao reakcija na neki gubitak, fizički ili psihički, stvaran ili zamišljen; gubitak voljene osobe (smrt, rastava, prekid veze, gubitak prijateljstva), gubitak zdravlja, gubitak posla ili položaja, materijalni gubitak ili pad na socioekonomskoj ljestvici (5). Iz ovog istraživanja je vidljivo da su stariji ljudi u gradskoj sredini depresivniji, što se može objasniti činjenicom veće otuđenosti te manje i slabije socijalne komunikacije. Urbanizirana naselja imaju svoje karakteristike kao što su: velika koncentracija stanova na relativno malom prostoru, stanovi su obično mali i pretrpani stvarima, opremljeni su instalacijama i električnim uređajima koji mogu predstavljati izvor opasnosti za stare ljude, malo je površina sa zelenilom, a gust promet i velik broj vozila također mogu predstavljati velik broj opasnosti za grupaciju starijeg stanovništva urbanih sredina. Urbani način života slabi obiteljske, rodbinske i susjedske odnose što sve dovodi do otuđenosti pojedinca i višestrukih mogućnosti za razvoj depresije. Depresija u starijih osoba dolazi u interakciji s drugim patološkim stanjima i drugim tjelesnim i psihijatrijskim bolestima. Prevalencija depresije u osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti je 30 do 50%, a u 35% , a u osoba oboljelih od Parkinsonove bolesti depresija je klinički prisutna iako se svega 1% bolesnika žali na prisutnost depresivnih simptoma (73).

Iz ovoga istraživanja može se utvrditi kako je psihofarmake trajno koristilo skoro 57% ispitanika, a anksiolitike više od 30% ispitanika. Ovako veliki postotak uporabe psihofarmaka, prati i nepravilno, često suvišno propisivanje. Da bi stara osoba prebrodila depresiju, potrebno je pronaći nove oblike i stvari u kojima osoba može uživati, prilagoditi se promjeni, psihički, fizički i socijalno se aktivirati kako bi se osjećala povezano sa zajednicom i svojim voljenima. Potrebno je fizički vježbati, zdravo se hraniti, prakticirati društvene aktivnosti, povezati se s drugima i dovesti svoj život u ravnotežu (20). Zajednički farmakoterapijski i psihoterapijski pristup pri tome ima posebno važnu ulogu (26).

Više kanadskih i brazilskih istraživanja ukazuju, kako 70% starijih bolesnika nije dobro liječeno ovim skupinama lijekova (74-77). Psihofarmakološki tretman starijih osoba zahtjeva pomno određivanje simptoma i poznavanje zdravstvenog statusa svakog starijeg bolesnika te pridržavanje novih smjernica u liječenju (78,79).

Prema definiciji SZO-a racionalna i preporučena farmakoterapija podrazumijeva terapijski pravilnu i ekonomsku isplativu upotrebu lijekova profesionalaca i potrošača (80).

Neracionalna i široko prisutna nepravilna upotreba lijekova ima značajan štetni učinak na ukupne troškove vezane za zdravstvenu skrb, uzrokuje poteškoće u kvalitetnoj opskrbi lijekovima i uzrokuje antimikrobne rezistencije, što dovodi u pitanje terapijske ishode. Drugi negativni učinci očituju se u povećanom riziku od štetnih reakcija na lijekove, međusobne interakcije uzetih lijekova i mnoge druge nuspojave, posebice izraženih u osoba starije životne dobi (81). U starijoj populaciji već duže postoji rastući trend upotrebe različitih psihotropnih lijekova, a da pri tome nije potvrđen prisutnost mentalnog poremećaja (82).

Zbog visoke stope multimorbiditeta i komorbiditeta te preklapanja simptoma koji ukazuju na bolest, psihijatrijski bolesnici često uzimaju lijekove za somatske bolesti, a somatski bolesnici različite psihijatrijske lijekove, što dovodi do brojnih neželjenih učinaka. Dakle, skrb za bolesnika koji boluje od nekoliko kroničnih bolesti istovremeno izuzetno je zahtjevna. Istraživanje je također pokazalo, kako lijekove najčešće propisuju liječnici obiteljske medicine, u čak 86,6%, što omogućava veću dostupnost lijekova, povećanu potrošnju i zlorabu. Ovakva pronalaženja paralelna su sa brojnim istraživanjima, koja upućuju na sve veći broj psihofarmakoloških lijekova propisanih receptom, ukazuju na visoke rizike uporabe iznad dozvoljenih doza, te na druge nepravilnosti u propisivanju (83-86). Zbog stalno rastuće uporabe psihofarmaka, koja sa sobom donosi brojne i ozbiljne posljedice, mnoge zemlje propisuju smjernice psihofarmakološkog liječenja starijih osoba, (82, 87,88).

Prema rezultatima istraživanja, ispitanici koji žive u instituciji značajnije češće osjećaju da bi trebali smanjiti uzimanje lijekova za smirenje i/ili spavanje te ih značajno više smeta da ih drugi ljudi upozoravaju kako imaju problema s uzimanjem lijekova. Ispitanici koji imaju značajne simptome ovisnosti o anksioliticima, češće koriste psihofarmake, trajno koriste anksiolitike, te ih koriste dulje od pet godina. Na kontrolne preglede uopće ne dolazi 24% ispitanika. Istraživanja u svijetu također izvještavaju o prevelikoj i neracionalnoj uporabi ovih lijekova i općenito nedostatnu kontrolu od strane liječnika (89,90).

Istraživanje provedeno u Švedskoj ukazuje na široku rasprostranjenost velikog broja psihoaktivnih lijekova propisanih receptom, poput opioidnih analgetika, anksiolitika, hipnotika i antiepileptika, no njihova uporaba povezana je sa poremećajem zlouporabe lijekova. potvrđeno je 17 slučajeva nenamjerne intoksikacije, u kojima je tramadol otkriven kao uzrok smrti ili je pridonio nastanku smrti. U oko 1/3 slučajeva osoba je imala povijest zlouporabe supstanci, u 40% slučajeva je dokumentirana povijest uporabe psihoaktivnih lijekova. Zabilježena je i ozbiljna ovisnost (91). Znakovi koji upućuju na problem ovisnosti o lijekovima su: promjene raspoloženja, žaljenje na neodređene simptome kako bi se dobio lijek, nezainteresiranost za druge oblike terapije posjećivanje nekoliko različitih liječnika ili ljekarni radi dobivanja recepta, samoinicijativno uzimanje tuđih tableta ili uporaba veće količine lijeka od propisane. Pojam zlouporaba lijeka definira se uglavnom kao poremećaji u ponašanju koja su nastala poremećajem funkcije i društvenim neodobravanjem. U povijesti su, gotovo u svim društvima, bila dopušтана određena nezdrava ponašanja, koja su uključivala i uporabu nekih psihoaktivnih lijekova.

Manifestacije ovisnosti u starijih osoba, koje se mogu povezati s uzimanjem lijekova koji djelovanjem na središnji živčani sustav mijenjaju raspoloženje i osjećaje, mogu biti vrlo snažne. Neki ljudi imaju gubitke sjećanja, krivo prosuđivanje, skraćena razdoblja pažnje i velike obrate u svojim emocijama. Zbog ovisnosti stariji se ljudi mogu pokazivati simptome demencije, govoriti polako, imati poteškoće u mišljenju i razumijevanju drugih (92,93).

Osim toga, starije osobe osim propisanih lijekova, vrlo često uzimaju lijekove koje nije propisao liječnik, već se mogu kupiti u slobodnoj prodaji. Najčešće su to dodatci prehrani i različita pomoćna i potporna sredstva, što znatno otežava prepoznavanje stvarnog stanja i praćenje tijeka bolesti. Nadalje, starije se osobe često ne pridržavaju propisanog režima uzimanja lijekova, stoga je upitna učinkovitost propisane terapije. Na nepridržavanje terapijskog režima mogu utjecati mnogobrojni čimbenici. Osim dobi, mogu biti prisutna materijalna ograničenja, zbog kojih pacijenti ne mogu sebi priuštiti kupovinu lijeka i tjelesna ograničenja (teža pokretljivost,

ograničen vid, motorička vještina i spretnost ruku i sl.) zbog kojih nabavka lijekova može biti otežana. Korištenje više vrsta lijekova, koji se uzimaju u različito vrijeme i na različiti način, može zakomplicirati pravilnu primjenu lijekova. Ukoliko postoji nedostatak razumijevanja i kognitivni poremećaji, oni mogu znatno otežati primjenu terapije prema uputama. Zbog fizioloških promjena u starijem organizmu, slabijeg i sporijeg rada pojedinih organa, osobito bubrega i jetre, može doći do predoziranja propisanom terapijom. Do predoziranja može doći i zbog interakcije više lijekova ili zbog dupliciranja terapije, kada više liječnika, propiše istu ili sličnu terapiju. Nekada se lijekovi mogu propisivati u nedovoljnoj terapijskoj dozi, dozi koja nije učinkovita na liječenu bolest, ali povećava morbiditet, mortalitet i značajno smanjuje kvalitetu života starijih osoba. Još je jedan značajan čimbenik koji dovodi do nepravilnosti u propisivanju lijekova, a to je loša komunikacija pri prijenosu potrebnih medicinskih podataka, na primjer pri otpustu bolesnika ili prijelazu iz jedne u drugu zdravstvenu ustanovu. Zbog nepravilne komunikacije, može doći do nepotrebnog dupliciranja terapije ili do nenamjernog izostavljanje pojedinog lijeka koji je i dalje potreban u terapiji (94,95).

Sama po sebi, uznapredovala dob bolesnika je značajan čimbenik koji otežava pravodobno uzimanje propisanih lijekova. U nekim je istraživanjima zabilježeno kako kod starijih osoba postoji viša razina pridržavanja terapijskog režima, ukoliko nisu prisutni kognitivni poremećaji ili neki oblik demencije (96). Holger Schmid i suradnici, istražili su 19 studija o nepridržavanju terapijskog režima kod dijaliziranih bolesnika, gdje su zabilježili visoku stopu nepridržavanja uzimanja propisane terapije, tj. u više od polovine istraženih studija opisana je stopa nepridržavanja veća od 50 % (97). Na suradljivost psihijatrijskih bolesnika također utječu određeni čimbenici. To su prvenstveno dijagnoza bolesti, stadij bolesti, osobnost pacijenta, mogućnost stjecanja uvida u bolest i potrebe za određenom terapijom, podrška obitelji i socijalne sredine te utjecaj cijelog terapijskog tima (98). Čimbenici koji dovodi do nepravilnog uzimanja propisane terapije su i izazivanje navikavanja na lijek ili pojava nuspojava, koje mogu biti od lakših do teško podnošljivih ili opasnih za bolesnika (99). Još jedan čimbenik koji znatno doprinosi razvoju nesuradljivosti i lošoj adherenciji je izostanak dobrobiti, tj. vidljivog rezultata liječenja i učinka uzimanja terapije. To je naročito izraženo kod kroničnih, dugotrajnih bolesti koje zahtijevaju trajnu uporabu određenih lijekova. Svjetska zdravstvena organizacija definira adherenciju kao razinu pacijentovog ponašanja, prema uzimanju lijekova, pridržavanju dijetalnih ili preporučenih režima prehrane ili promjena određenog načina života, u podudaranosti s preporukama zdravstvenih djelatnika. Kako bi došlo do poboljšanja zdravlja i maksimalne učinkovitosti terapije, potrebno je pacijenta kao aktivnog sudionika uključiti u

proces liječenja (100). Procjenjuje se kako je u razvijenim zemljama, prosječna nesuradljivost pacijenata koji boluju od kroničnih bolesti i uzimaju dugotrajnu terapiju 50%. Tako visoki postotak nesuradljivosti dovodi do slabijeg ishoda ili neuspješnog liječenja, ali i povećava troškove liječenja, zbog komplikacija nastalih neučinkovitim liječenjem. Prosječna adherencija koju su pokazali ispitanici prema dugotrajnoj uporabi lijekova, u našoj zemlji, iznosila je 41,7%. Osnovni razlog za nepridržavanje uputa o korištenju lijekova po navodima pacijenata bila je zaboravljivost i iznosila je 60%, u 45,4% pacijenti su navodili kako nisu bili kod kuće kada su trebali uzeti lijek, u 44,4% ispitanika razlog pravodobnog neuzimanja lijeka bio je taj što ga nisu više imali kod kuće ili nisu pravodobno podigli lijekove, a 39,5% zbog uzimanja nekoliko lijekova bilo im je komplicirano svaki lijek uzimati u propisano vrijeme. Neki ispitanici navodili su kako u ljekarni nije bilo određenog lijeka, a nisu mogli dobiti ili nisu htjeli uzeti zamjenski lijek, njih oko 40% se osjećalo dobro, stoga su prestali uzimati lijekove, a oko 30% ispitanika je željelo izbjeći nuspojave i neželjeni učinak pojedinih lijekova (101).

Na adherenciju utječe i automedikacija odnosno samoliječenje. Od davnina je čovjek pokušavao samostalno riješiti određene zdravstvene poteškoće što kod jednostavnijih i lakših zdravstvenih poteškoća može biti uspješno, ali mogu nastati i štetne posljedice i potencijalne opasnosti zbog tako nekontrolirane uporabe, često neprimjerenog, nepotrebnog ili potpuno krivog lijeka. Na samostalno uzimanje lijeka pacijent se najčešće odlučuje kada se ne želi obratiti liječniku, kada nije zadovoljan uspjehom dosadašnje terapije ili kod drugih ima priliku vidjeti poboljšanje tijekom uzimanja takove terapije. Danas je na tržištu mnoštvo ljekovitih sredstava koji nude učinkovito i brzo rješenje određenih zdravstvenih tegoba, zbog čega je potrebno stalno upozoravati na rizike samostalnog uzimanja lijekova (95).

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je ovisnost kao duševno, a često duševno i tjelesno stanje, koje nastaje zajedničkim djelovanjem organizma i nekog sredstva ovisnosti. Obilježavaju ga duševni procesi koji uzrokuju promjene ponašanja i uvijek uključuju prisilu za ponovnim uzimanjem sredstva ovisnosti kako bi se doživio osjećaj ugodne ili kako bi se izbjegla nelagoda kada takvo sredstvo nije prisutno u organizmu. U ovisnost se može razviti niz najrazličitijih aktivnosti, kao što su igre na sreću, hrana, mobitel, sportska kladjenja, horoskopi, kupovina, radoholičarstvo i mnoge druge aktivnosti. Ovisnosti se mogu podijeliti na ovisnost o drogi, lijekovima, alkoholu, pušenju, kompjutoru, kockanju i druge ovisnosti. Neke se ovisnosti u današnjem društvu, zbog svoje česte pojavnosti, smatraju neprihvatljivim ponašanjem. Prije svega, odnosi se na ovisnost o alkoholu. U današnje vrijeme ovisnost o alkoholu jedan je od

najvećih javno-zdravstvenih problema, a problem alkoholizma nije zastupljen samo u mlađim dobnim skupinama, već je raširen i među starijom populacijom. Međutim, taj problem se u starijih osoba često prekasno uoči i prekasno se počne s liječenjem. To nije samo posljedica zanemarivanja starijih osoba od strane društva i obitelji, već i posljedica toga da nam je kod starije populacije sve normalno i uobičajeno. Ne obraća se toliko pažnja na njihove potrebe i promjene u njihovim životima koje znatno mogu utjecati na razvoj bolesti ovisnosti, pa tako i alkoholizma. Čimbenici koji utječu na pojavu alkoholizma kod osoba starije životne dobi mogu biti socio-ekonomskog karaktera, društvenog karaktera i okolinski čimbenici ili različiti gubitci osobito gubitak životnog partnera ili voljene osobe. U starijih osoba dolazi do promjene u načinu rada i usporavanja metabolizma što ima za posljedicu slabiju toleranciju i nepodnošenje većih količina alkohola (102).

Svjetska zdravstvena organizacija je 2014.godine objavila izvješće kako je alkohol rizični čimbenik za nastanak preko dvije stotine bolesti i ozljeda. Od bolesti, to su prvenstveno neuropsihijatrijska stanja, različiti poremećaji nastali uporabom alkohola, epilepsija, depresivna stanja, anksiozni poremećaji, bolesti probavnog sustava osobito ciroza jetre, upalne bolesti gušterače i različiti karcinomi, kardiovaskularne i infektivne bolesti, osobito bolesti pluća i tuberkuloza. Ozljede uslijed djelovanja alkohola mogu biti namjerno ili nenamjerno zadobivene. Namjerne povrede nastaju zbog provođenje raznih oblika nasilja bilo prema sebi ili drugome, dok nenamjerne povrede nastaju provođenjem drugih radnji, koje zbog utjecaja alkohola, imaju nepoželjan ishod. One nastaju tijekom prometnih nezgoda, ozljeda na radu i slično. Osim osobe koja prekomjerno konzumira alkohol, posljedice doživljavaju i trpe i drugi članovi obitelji te članovi uže i šire okoline. Očituju se kao zapuštanje i zlostavljanje članova obitelji, neispunjavanje socijalnih i društvenih uloga, uništavanja vlastite i tuđe imovine te gubitak stabilnosti i duševnog mira ostalih članova obitelji i svih ostalih koji imaju kontakta sa osobom koja pretjerano uzima alkohol (103).

Kod starijih osoba koje prekomjerno konzumiraju alkohol razvija se smanjena tolerancija na unos alkohola, smanjuje se mogućnost pravodobnih reakcija, smanjuje se osjetilo sluha, što povećava rizik za nastanak brojnih ozljeda, prometnih i drugih nezgoda. Ako osoba koja konzumira alkohol istovremeno uzima i lijekove, mogu nastati brojna organska oštećenja i mogu se razviti novi zdravstveni problemi i nove bolesti. Najčešće dolazi do povišenja vrijednosti krvnog tlaka, češće nastaju infekcije, razvija se pothranjenost, povećava se učestalost malignih bolesti, može nastati moždani udar i tome slično.

Iako je pušenje danas prepoznato kao rizično zdravstveno ponašanje, ovisnost o nikotinu u današnjem se društvu tolerira i smatra se uobičajenim ponašanjem. Najveći broj bolesti koje se povezuju s pušenjem čine karcinomi, naročito karcinomi pluća, koji uglavnom imaju smrtni ishod. Osim karcinoma pluća, zbog pušenja često se javlja karcinom usne šupljine, karcinom laringsa i karcinom mokraćnog mjehura. Česte se razvijaju i druge bolesti dišnog sustava, najčešće kronična opstruktivna bolest pluća, zatim, emfizem i kronični oblici bronhitisa. Štetnom djelovanju nikotina posebno je izložen krvožilni sustav, pa su česte kardiovaskularne bolesti, osobito koronarna srčana bolest. Djelovanje nikotina očituje se u povećavanju frekvencije rada srca, povećavanju vrijednosti krvnog tlaka, u smanjenom protoku krvi kroz krvne žile, uslijed čega se može doći do poremećaja zgrušavanja u krvi, a može dovesti do srčanog ili moždanog udara (104). Negativni učinci pušenja jasno se očituju na koži, koja pokazuje znakove ubrzanog starenja, pojačavaju se i produbljuju bore, koža gubi sjaj i čini se beživotnom, a može doći do razvoja drugih kožnih bolesti poput psorijaze (105). Veći broj popušanih cigareta dnevno, znači i veći zdravstveni rizik, iako i manji broj ispušanih cigareta znači veliki rizični čimbenik za nastanak navedenih bolesti. Svakako treba naglasiti utjecaj pušenja na mentalno zdravlje. Pušači koji imaju problema s mentalnim zdravljem, postaju još veći ovisnici, jer puše u većim količinama, kako bi regulirali svoje negativne osjećaje i loše raspoloženje te smanjili osjećaj nelagode i anksioznosti. Iako je uvaženo mišljenje kako pušenje opušta i smiruje ikako ublažava stres, pušačima se zapravo događa suprotno, tj. povećava se osjećaj anksioznosti i napetosti (106). Neke ovisnosti koje nisu tako jasno prepoznate, jer se takvo ponašanje smatra uobičajenim, normalnim i u društvu, prihvatljivim također treba liječiti. Tu se mogu ubrojiti ovisnosti o partneru, ljubavnoj vezi, ili o izmišljenim događajima i osobama, što nije jednostavno prepoznati. U novije je vrijeme ovisnost o računalima problem kojem se do sada nije pridavao tako veliki značaj, a danas sve više ljudi trpi zbog posljedica "prilijepljenosti" za računalo (107). Ovisnost o internetu značajnije može utjecati na cjelokupni život, na ograničeno socijalno funkcioniranje i na nemogućnost kontrole ponašanja ovisnika. Pontes i sur. ističu da je ovisnost o internetu spektar kompulzivnih i impulzivnih poremećaja koji uključuju različite obrasce pretjerane uporabe, evidentne simptome apstinencijske krize, razvijanje tolerancije na učestalo i pretjerano korištenje interneta i očigledne negativne posljedice kako za pojedinca, tako i za okolinu (108). Brojne su posljedice koje ovisnost o računalu i internetu ostavlja na ovisnu osobu, a one se kreću od psiholoških posljedica koje imaju za rezultat razvoj raznih psihopatoloških stanja kod ovisne osobe pa sve do fizičkih posljedica, koje su prepoznatljive na tijelu ovisnika.

Različita specifična obilježja starenja kao što su slabljenje tjelesnih i mentalnih sposobnosti gubitak autonomije, slabija mogućnost samostalnog zadovoljavanja bioloških i socijalnih potreba, povećava rizik za obolijevanje različitih bolesti, uključujući i rizik za razvoj mentalnih poremećaja u populaciji osoba starije životne dobi.

Prema ovom istraživanju, 55,6 % ispitanika s kognitivnim oštećenjem, značajnije češće su ispitanici koji žive u instituciji i muškog su spola. Jedan od najvećih rizika za starije osobe je usamljenost, koja dovodi do slabljenja socijalnih kontakata, propadanja kognitivnih funkcija što onda dovodi do kompletnog narušavanja zdravlja.

Usamljenost je osjećaj nesretnosti do kojeg dolazi zbog nerazmjera između stvarnog i željenog ostvarenja socijalnih kontakata pojedinca. Samoća i usamljenost su usko povezani osjećaji. Samoća pruža mogućnost posvećivanja onim aktivnostima koje je pojedinac sam izabrao, slobodnije izražavanje emocija, samoća često olakšava psihički oporavak, može doprinijeti izbjegavanju određenih socijalnih pritisaka ili situacija. Sve to može rezultirati većom sposobnošću prihvaćanja samoće kao osobnog benefita (5). U istraživanju subjektivnog doživljaja usamljenosti i kvalitete života starijih osoba, s obzirom na strukturu obitelji u kojoj ispitanici žive, ukazalo se na negativnu povezanost ovih varijabli. Također je utvrđena veća usamljenost kod ispitanika koji žive sami u odnosu na one koji žive s partnerom ili drugim članovima u istom kućanstvu (109).

Posebno važan čimbenik u smanjenju ili sprječavanju usamljenosti starijih osoba, je prisutnost osobe od povjerenja, npr. djece, rođaka, prijatelja i susjeda. U našoj zemlji je briga i skrb za stare ljude uglavnom prepuštena obitelji i postoji međugeneracijska povezanost i solidarnost tako da se stari ljudi u najvećem broju slučajeva, mogu pouzdati u svakodnevnu praktičnu i stalnu emocionalnu pomoć svojih bližnjih (27). U situacijama kada dođe do promjene u obiteljskim odnosima nastaje napetost, nezadovoljstvo i razvoj negativnih odnosa unutar obitelji. Do porasta negativnih osjećaja može doći u slučajevima povećane ovisnosti starijih roditelja ili drugih članova obitelji, a isto tako u slučajevima veće financijske opterećenosti onih koji o njima skrbe ili produženog vremena potrebe za pružanjem skrbi. Nezadovoljstvo se može javiti i kod primatelja skrbi u odnosu na one koji ju pružaju, zbog promjene odnosa uzajamnog pomaganja.

Životni rizici za stare ljude nastaju u neskladu između njihovih opadajućih psihofizičkih svojstava, sposobnosti prilagodbe i zahtjeva koji pred njih stavlja okolina. U interakciji okoline i starog čovjeka nastaju rizici različitog intenziteta i važnosti za kvalitetu života starijih ljudi, a najčešće su to fizički rizici (ubrzano tjelesno propadanje, bolest, loša prehrana, neprilagođena okolina), psihički rizici (usamljenost, izgubljenost, otuđenost, gubitak smisla života), socijalni

rizici (socijalna otuđenost, neprilagođena okolina), socioekonomski, sociozdravstveni, sociokulturni, mnogi drugi rizici (22).

Preseljenje u starački dom iznimno je važan događaj u životu stare osobe i može biti vrlo stresan. Potiče vrlo jake osjećaje napuštenosti, nesigurnosti i neizvjesnosti. Jedan od najznačajnijih razloga je prelazak iz poznatog u nepoznato okruženje. Većina doživi osjećaj gubitka: napuštanje obitelji, prijatelja, lokalne zajednice i prethodnog načina života. Preseljenje u novo okruženje sa svojom rutinom, gdje ovise o pomoći drugih, može dovesti do osjećaja manje vrijednosti i gubitka identiteta i depresije (110).

Gubitak bračnog partnera jedan je od najjačih oblika stresa što ga starija osoba može doživjeti u životu, osobito u slučajevima kada je bračna zajednica trajala duže vrijeme. Udovištvo predstavlja veliki stres i tešku promjenu za starije ljude, osjećaju se sasvim izgubljeni, tjelesne i psihičke poteškoće pojavljuju se češće i većeg su intenziteta. Sve to značajno otežava i produžava proces prilagodbe. Kvaliteta postignute prilagodbe na novonastalu situaciju, ovisi i o kvaliteti međusobnih odnos između bračnih partnera. Osjećaj osamljenosti, kojem su stare osobe jako izložene, često ih može navesti na prekomjernu uporabu alkohola i na druge nepovoljne ishode, kao što su samoubojstva i sl. (28).

U razdoblju između šezdesete i sedamdesete godine života za veliku većinu osoba prestaje radni aktivitet. U toj životnoj situaciji događaju se brojne socijalne, medicinske i ekonomske okolnosti koje mogu imati negativan učinak na njihovo zdravstveno stanje. Odlazak u mirovinu vrlo često može biti negativno iskustvo, osobito za one koji su vrlo aktivno obavljali dosadašnji posao, imali određene pozicije i ugled, te razvijen osjećaj doprinosa zajednici. Umirovljenje je za takve osobe velika negativna promjena i stres, što može dovesti do promjena u raspoloženju, osjećaja potištenosti i razvijanja simptoma depresije. Kod današnje generacija umirovljenika odlazak u mirovinu može prouzročiti zabrinutost i teže simptome (tjeskobu) jer je suočena s nizom problema, pogotovo onih financijske prirode koji dovode do smanjenih prihoda, utječu na smanjivanje društvene aktivnosti i socijalnih kontakata s okolinom. Osjećaj da osoba više nije korisna može imati destruktivan utjecaj na samopoimanje i dovesti do razvijanja negativnih emocija i poremećaja mentalnog zdravlja (25).

Upravo su poremećaji mentalnog zdravlja vodeći razlog za narušavanje i smanjenje kvalitete života starijih ljudi i njihovih skrbnika (95). Istraživanja ukazuju kako je prevalencija demencije kod starijih ljudi izuzetno visoka: 5% kod osoba u sedamdesetim godinama; 10% kod osoba u osamdesetim godinama te čak 20% kod osoba s devedeset i više godina. Općenito je stopa prevalencija depresije kod osoba starije životne dobi oko 20% (96).

Mentalno je zdravlje vrlo složeni koncept koji je suočen s poteškoću definiranja, mjerenja i određivanja kriterija. Kada se govori o mentalnom zdravlju ljudi, najčešće se govori o pozitivnim obilježjima mentalnog zdravlja i područjima koje ono obuhvaća. S druge strane manje se govori o negativnim obilježjima mentalnog zdravlja i područjima u kojima se ono manifestira kroz različite oblike narušenog zdravlja, ili kroz pojavnost mentalnih poremećaja. Pozitivna obilježja mentalnog zdravlja obuhvaćaju elemente kao: optimizam, vitalnost, energičnost, aktivno socijalno funkcioniranje, uredno kognitivno funkcioniranje, prisutno samopoštovanje, primjereno zadovoljstvo životom i tome slično. Suprotno tome, mentalni poremećaji obilježeni su stanjima koja uzrokuju promjene u ponašanju i mišljenju, dovode do snižavanja raspoloženja, doprinose razvijanju tjeskobe, narušavaju svakodnevnu funkcionalnost i tako predstavljaju, ne samo osobni i obiteljski već i javnozdravstveni problem. U istraživanjima se kao najčešća obilježja navode depresivnost, anksioznost, nezadovoljstvo životom i drugo (97).

Depresija i anksioznost u starijih osoba dovode do gubitka ili smanjenja funkcionalnih sposobnosti, što za posljedicu ima smanjeno zadovoljstvo životom (111).

Slične rezultate prikazuju i druga istraživanja koja se sve više bave pozitivnim elementima mentalnog zdravlja i povezanosti sa zaštitnim čimbenicima, koja daju značajne učinke na tjelesno i kognitivno funkcioniranje, kvalitetu sna i općenito imaju učinak na podizanje kvalitete života (98-101).

Različite struke pojam kvalitete života različito koriste i pridaju im različita značenja. Kvaliteta života se u psihologijskoj se literaturi objašnjava kao trajna procjena zadovoljstva životom, koja nastaje na osnovi procjene kvalitete života u različitim domenama npr. vrsta i obim posla, prilagodba na umirovljenje, održavanje socijalne aktivnosti, odnosi među ljudima, emocionalne veze i sl. (112). Kvalitetu života definira se kao subjektivno doživljavanje vlastitoga života u stvarnim okolnostima, osobnosti i karakteristikama ličnosti koje oblikuju doživljaje realiteta i osobnog životnog iskustva. Pri tome se objektivne dimenzije odnose određene uvjete života koji se standardnim postupcima mogu izmjeriti, a to mogu biti, bruto nacionalni dohodak ili dostupnost i razina različitih službi. Subjektivna kvaliteta života odnosi na samoprocjenu pojedinca na različite dimenzije zadovoljstva kao što su fizičko i psihičko zdravlje, društveni položaj, kvaliteta socijalnih odnosa, kvaliteta obiteljskih odnosa, materijalno i financijsko blagostanje i sl. Kvaliteta života svake pojedine osobe uvelike ovisi o njegovim mogućnostima prilagodbe na određene situacije, o njegovim mogućnostima nadoknađivanja određenih nedostataka zbog kojih koji mu je onemogućeno korištenje prednosti koje mu se pružaju, što bi dovelo do usklađivanja raskoraka između očekivanja društva i

stvarnih mogućnosti pojedinca. Krizmanić i Kolesarić zaključuju kako je kvaliteta života potpuno subjektivno i osobno percipiranje vlastitog života, a koje je uvjetovano stvarnim okolnostima, situacijama i sredinom u kojima osoba živi, ali je također, određena i osobinama ličnosti. One mogu značajno utjecati na doživljaj stvarnosti i oblikovanje životnog iskustva (55).

Kvaliteta života u istraživanju ispitana je primjenom upitnika za ispitivanje kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije, kojim se ispitanici ispituju u 4 domene (domene tjelesnog zdravlja, domene psihičkog zdravlja, domene socijalnih odnosa i domene okoline). Ispitanici su ocjenjivali i zadovoljstvo vlastitim životom u cjelini. U ovom istraživanju nezadovoljno ili vrlo nezadovoljno svojom kvalitetom života je više od polovice ispitanika.

Istraživanja pokazuju kako je mentalno i tjelesno zdravlje osoba starije životne dobi u velikoj mjeri povezano vlastitim samopoimanjem, što dovodi do većeg zadovoljstva kvalitetom života, a to je najčešći čimbenik u mjerenju mentalnog zdravlja. Zadovoljstvo kvalitetom života se definira s kao kognitivna evaluacija subjektivnog osjećaja dobrobiti pojedinca. Ona je različita od emocionalne komponente iako su to mjere koje su čvrsto povezane (95).

U starijoj životnoj dobi, važnost osobnih vrijednosti i svrha života u procjeni zadovoljstvu životom, smanjuju se, što upućuje na zaključak da je u starijoj dobi manje važan osobni rast i svrha života nego u mlađim životnim razdobljima. Druga istraživanja pokazuju kako je između 40-e i 70-e godina života zabilježen porast zadovoljstva životom, a nakon tog životnog razdoblja ponovo dolazi do slabije procjene zadovoljstva životom (113).

U istraživanju koje ukazuje na činjenicu kako razina pruženih zdravstvenih usluga, kvalitetom ne prati razinu konstantnih povećanja troškova za njihovo pružanje, što onda ima za rezultat smanjenu kvalitetu života (114). Kako bi se troškovi pružanja i kvaliteta zdravstvenih usluga doveli u bolji međusobni odnos, preporučeno je upotrebljavanje informacijsko komunikacijske tehnologije u podizanju kvalitete života starijih osoba i smanjivanju troškova u zdravstvenom sustavu zemlje (115).

Više je područja u kojima informacijska tehnologija može pomoći starijim osobama živjeti samostalnije, pa tako duže i kvalitetnije, smanjiti negativan osjećaj usamljenosti i socijalne izolacije, omogućiti osjećaj sigurnosti te tako omogućiti duže aktivno sudjelovanje u društvenom životu. Osim djelovanja na smanjivanje osjećaja usamljenosti i izolacije primjena informacijske tehnologije može pozitivno djelovati kod zdravstvenih problema kao što su dugotrajne kronične bolesti, depresija, neki oblici demencija te u prevenciji fizičkog pada koji dovode do težih ozljeda i kod starijih osoba (116, 117).

Prema istraživanju o povezanost između ukupnog intenziteta pojavnosti tjelesnih bolovima i ograničenja u ostvarenju životnih uloga zbog narušenog tjelesnog zdravlja kod bolesnika s osteoartritisom, utvrđeno je kako su razlike između ispitanika statistički značajnije samo u procjenama prema životnoj dobi i duljini trajanja bolova, dok prema spolu i bračnom statusu nisu utvrđene statistički značajne razlike. Osteoartritis je najčešća reumatska bolest koja dovodi do gubitka funkcije organa za kretanje, a pogađa 33,6 % osoba starijih od 65 godina. Osteoartritis značajno utječe na lošiju procjenu medicinskog aspekta kvalitete života (118). Prema nekim istraživanjima čak 80 % osoba s osteoartritisom koljena ima ograničenu pokretljivost, 25 % uopće ne može sudjelovati u dnevnim aktivnostima, dok ih 11 % ima potrebu za tuđom pomoći u obavljanju postupaka osobne njege (119). Procjenjuje se kako zbog boli u koljenu 15 % starijih osoba ima neko ograničenje u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Rezultati nekih istraživanja ukazuju da osobe koje imaju tjelesni invaliditet, a bave se nekom sportskom aktivnosti imaju veće procjene zadovoljstva životom, bolje procjenjuju svoje zdravstveno stanje boljim te bolje prihvaćaju vlastiti invaliditet (120).

Provedeno je i istraživanje s ciljem kako bi se utvrdila uloga životne dobi, spola, te zdravstvenoga statusa i zadovoljstvo životom u osoba starije životne dobi smještenih u domu za starije i nemoćne. Rezultati su pokazali kako je zadovoljstvo životom značajno povezano sa svim mjerenim elementima zdravlja, dok su anksioznost i depresivnost izdvojile su se kao značajne varijable koje doprinose smanjenju zadovoljstva životom kod osoba starije životne dobi (121).

Problematika kvalitete života starih ljudi nalazi se u raslojavanju između snaga i sposobnosti starijeg čovjeka te suvremenih uvjeta i zahtjeva života. Pojedini autori definiraju kvalitetu života kao subjektivni doživljaj vlastitoga života, u kontekstu stvarnih okolnosti u kojima svaki pojedinac živi, osobnostima koje imaju utjecaj na doživljavanje stvarnosti. Kvaliteta života svakog pojedinca ovisi i o brojnim drugim čimbenicima kao što su mogućnosti nadoknađivanja gubitaka, količini nedostataka koji opterećuju svakodnevno funkcioniranje ili korištenju pruženih prednosti, što bi značajno pomoglo pri postizanju ravnoteže između očekivanja pojedinca i stvarne realizacije (122,123).

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Propisivanje anksiolitika, sedativa i hipnotika u ispitivanim skupinama je prekomjerno i većinom ih propisuje liječnik obiteljske medicine
- Simptome ovisnosti pokazalo je 7% ispitanika, bez značajne razlike s obzirom na spol i mjesto stanovanja
- Rezultati ukazuju na značajno postojanje anksioznih i depresivnih simptoma među ispitanicima, ali bez značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja
- Procjenom kognitivnih funkcija u 56% ispitanika zabilježeno je postojanje kognitivnih oštećenja, značajnije češće kod ispitanika koji žive u instituciji, u oba spola
- Rezultati procjene simptoma ovisnosti ukazuju na nepovoljniji odnos prema korištenju psihofarmaka u skupini ispitanika koji žive u instituciji
- U skupini ispitanika koja živi u instituciji, značajno su niže vrijednosti kvalitete života u domenama tjelesnog i psihičkog zdravlja kao i u sveukupnoj skali kvalitete života.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Porastom životnog standarda i unapređenja zdravstvene zaštite stanovništva te smanjenjem prirodnog priraštaja, došlo je do produženja životnog vijeka. Sve dulje se živi, stoga je i veći postotak osoba starijih od 65 godina. Obzirom na veliku potrošnju psihofarmaka, postavljeno je nekoliko ciljeva: utvrditi tko propisuje psihofarmake, koliko se kontrolira uporaba, u kojoj mjeri izazivaju ovisnost, kakav je odnos prema njihovom korištenju, odrediti simptome, procijeniti stanje kognitivnih funkcija u ispitanika te ispitati kvalitetu života ispitanika.

Nacrt studije: Istraživanje je ustrojeno po principu presječne studije (cross-sectional study).

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno u populaciji osoba starije životne dobi, 65 i više godina starosti, koji žive u vlastitom domu te osoba starije životne dobi, 65 i više godina starosti, koje su smještene u instituciju. Prikupljanje podataka vršilo se temeljem podataka iz medicinske dokumentacije osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na području Osječko-baranjske županije, kao i temeljem podataka dobivenih od samih ispitanika tijekom razgovora. Korišteno je niz upitnika za procjenu depresivnih simptoma, anksioznih simptoma, za procjenu kognitivnih funkcija, razvoja ovisnosti o psihofarmacima, procjenu odnosa prema lijekovima, procjenu kvalitete života te upitnik o sociodemografskim podacima ispitanika.

Rezultati: Od ukupno 383 ispitanika, prosječne životne dobi 83 godine, 68% činile su žene. Psihofarmake koristi 218 (56,9 %) ispitanika, anksiolitike povremeno njih 117 (30,5 %), a 100 (26,1 %) ispitanika trajno. Lijekove prepisuju najčešće liječnici opće prakse, kod 320 (83,6 %) ispitanika, a kod 63 (16,4 %) ispitanika specijalist – psihijatar. Više od pet godina anksiolitike koristi 77 (20,1 %) ispitanika, bez značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja. Na redovite kontrole dolazi 154 (40,2 %) ispitanika.

Zaključak:

Propisivanje anksiolitika, sedativa i hipnotika u ispitivanim skupinama je prekomjerno i većinom ih propisuje liječnik obiteljske medicine, slabo su kontrolirani, a rezultati ukazuju na značajno postojanje anksioznih i depresivnih simptoma među ispitanicima,

Ključne riječi:

anksioznost; depresija; kvaliteta života; ovisnost; psihofarmacija; stari ljudi.

9. SUMMARY

Consumption and abuse of psychopharmaca by elderly persons in Osječko- baranjska municipality

Aim of the research: Rise of living standard, improvement of health care and birthrate decline resulted in life span extension. People live longer and longer, thus the percentage of 65+ people is bigger. Considering high consumption of psychopharmaceutics several goals are set: to find out who prescribes the psychopharmaceutics, how much is consumption controlled, to what extent they cause addiction, what is the relationship to their consumption, to determine the symptoms, to evaluate cognitive functions of the examinees and examine the quality of life of examinees.

Research draft: The study is organized as a cross-sectional study

Examinees and methods: The research was conducted among elderly people, 65+ living in their own homes and elderly people, 65+ living in some institutions. The data were collected according to the data from the medical record of primary health care in Osječko – baranjska municipality, as well as the data obtained during the conversation with the examinees. There were used several assessment questionnaires for depressive symptoms, anxiety symptoms, cognitive functions, development of addictions to psychopharmaceutics, attitude toward medications, assessment of life quality and questionnaire about sociodemographic data of the examinees.

Results: 68% out of 383 examinees were women at the age 83+. Psychopharmaceutics are used by 218 (56,9 %) of examinees, anxiolytics are occasionally used by 117 (30,5 %), and 100 (26,1 %) examinees use them permanently. The medications are usually, 320 (83,6 %) of examinees, prescribed by general practitioners, and 63 (16,4 %) by specialist – psychiatrist. 77 (20,1 %) examinees have been using anxiolytics more than five years, without a significant difference in the place of living. 154 (40,2 %) examinees come for regular check-ups.

Conclusion:

In the examined groups anxiolytics, sedatives and hypnotics are excessively prescribed primarily by general practitioners, there is a lack of control and the results indicate significant presence of depressive and anxiety symptoms among examinees.

Key words:

addiction; anxiety; depression; elderly people; quality of life; psychopharmaceutics

10. LITERATURA

1. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništava, kućanstava i stanova 2021. Zagreb. 2022. dostupno na <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/popis-stanovnistva/>
2. United Nations World population ageing 1950-2050, World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World United Nations Publication, New York; 2023.
3. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme* 2014;1(1):135-154.
4. United Nations: World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations Publication, New York; 2007.
5. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, NN147/2021
6. Herceg M, Jukić V. Depresija u starijoj životnoj dobi. *Medicina Rijeka*. 2002;38(3/4):49-53
7. Moro LJ, Frančišković T. i sur. *Psihijatrija*, Rijeka: Glosa; 2004.
8. Mihaljević-Peleš A, Šagud M. Anxiety Disorders in Elderly. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(3):283-291. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.283>
9. Vadla D, Božikov J, Blazeković-Milaković S, Kovačić L. Anksioznost i depresivnost u starijih osoba - pojavnost i povezanost s korištenjem zdravstvene zaštite. *Lijec Vjesn*. 2013;135(5-6):134-8. Hrvatski. PMID: 23898693.
10. Paukert AL i sur. The roles of social support and self-efficacy in physical health impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17:387-400.
11. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr Danub*. 2016;28(1):13-24.
12. Herceg M, Sisek-Šprem M, Puljić K, Herceg D. Hitna stanja kod demencije i psihičkih poremećaja u starijoj životnoj dobi. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(2):185-198. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.185>
13. Defilipis B, Havelka M. *Stari ljudi*. Zagreb: Stvarnost; 1984.
14. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus* [Internet]. 2017 [pristupljeno 13.07.2022.];26(2 *Psihijatrija danas*):161-165. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189041>

15. Vankova H, Holmerova I, Volicer L. Geriatric depression and inappropriate medication: benefits of interprofessional team cooperation in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(23):12438.
16. Duraković Z. Primjena lijekova u starijoj dobi. Zagreb: Naprijed, 1991.
17. Čulig J. Farmakoterapija u starijih bolesnika. *Medicus*. 2005;14(2):257-60
18. Germin Petrović D, Vlahović-Palčevski V. Propisivanje lijekova starijim osobama. *Medicina fluminensis* 2011;47(1):15-28.
19. Duraković Z. Gerijatrija: medicina starije dobi. Zagreb: 2007.
20. Kastenbaum R. Starenje. Zagreb: Globus; 2007.
21. Kaliterna Lipovčan Lj, Prizmić-Larsen Z. Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i osjećaj sreće u Hrvatskoj i europskim zemljama. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar. Zagreb:2017. poglavlje 8. str.181-97.
22. G. Vuletić, M. Stapić, Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi, *Klinička psihologija*, Vol. 6 No. 1-2, 2013.
23. Čepelak, I., Dodig, S., & Čepelak Dodig, D. (2019). Starenje, kalorijske restrikcije i kalorijsko restrikcijska mimetrika. *Rad Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Medicinske znanosti*, (540= 48-49), 41-50.
24. Berk LE. Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
25. Pečjak, V. Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Prosvjeta, 2001.
26. Bara M, Podgorelec S. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina*. 2015;45(38):58-71. <https://doi.org/10.15378/1848-9540.2015.38.02>
27. Mali J, Štambuk A. Dugotrajna skrb za starije osobe: izazov za socijalnu gerontologiju i socijalnu politiku. *Revija za socijalnu politiku* [Internet]. 2019 [pristupljeno 25.05.2023.];26(2):129-134. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1657>
28. G. Stoppe: Depression in old age. *Soc. psihijat*. Vol. 47 (2019) No. 3, p. 261-268.
29. Švab V, Šubelj M. Prescribing changes in anxiolitics and antidepressants in Slovenia. *Psyhiatria Danubina*. 2011;2(23):178-82.
30. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year update on five common myths and misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26(1):107-22.

31. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzum S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti//*Medicus*, 2004;13(1):19-29.
32. Rijavec M. Uspješno starenje. *Medix*. 2011;96:105-106.
33. Despot LJ. Zdravstvena psihologija starenja 1. Naklada slap, 2008;1-2:59-77.
34. Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija, Rijeka: Glosa; 2011.
35. Schwasinger-Schmidt TE, Macaluso M. Other Antidepressants. *Handb Exp Pharmacol*. 2019;250:325-55.
36. Šter M, Gorup E. Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: cross-sectional study. *Croatian Medical Journal (serial online)*. 2011. 52(1):16-24.
37. Kašuba Lazić Đ, Cedilnik Gorup E. Bolesnik s istodobnim bolestima u obiteljskoj medicini. U: Katić M, Švab I i sur (ed): *Obiteljska medicina*. Zagreb: Alfa Zagreb, 2013. str 391-400.
38. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, i sur. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A Systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):e102149. Dostupno na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102149>
39. Charlesworth, CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States: 1988-2010. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2015;70(8): 989–995. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv013>
40. Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC, Gu X, Marin L Schweizer ML. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc* 2017;57(6):729-738.e10. doi: 10.1016/j.japh.2017.06.002.
41. Kalapatapu RK, Sullivan MA. Prescription use disorders in older adults. *Am J Addict*. 2010;19(6):515-522. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00080.x
42. Li W, Caltabiano N. Prevalence of substance abuse and socio-economic differences in substance abuse in an Australian community-dwelling elderly sample. *Health Psychol Open*. 2017;4(1):2055102917708136. doi:10.1177/2055102917708136
43. Grošić V. Antidepresivi i antipsihotici u starijoj životnoj dobi. *Medicus* 2017;26(2):239-243
44. Vrdoljak D. Propisivanje lijekova osobama starije životne dobi. Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet sveučilišta u Splitu, HDOD, 2012.

45. Klarin M, Telebar I. Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi. *Medica Jadertina*. 2019;49(1):5-13. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/219607>
46. Phillips J, Ajrouch K, Hillcoat-Nallétamby S. *Key Concepts in Social Gerontology*. London Thousand Oaks. Sage Publications, 2010;42.
47. Lukić IK, Sambunjak I. Vrste istraživanja. In Marušić M, editor. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.P.38-55.
48. Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-Mental State Examination" (MMSE) a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12(3); 189-198.
49. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
50. Beck, A. T., Steer, R.A., Garbin, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988; 8 (1), 77-100.
51. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*. 1984;40(6):1365-7.
52. Brown RL, Leonard T, Saunders LA et al. A two-item screening test for alcohol and other drug problems. *J Fam Pract* 1997;44:151-160.
53. World Health Organization.(2004). *The World Health Organization quality of life (WHOQOL) - BREF, 2012 revision*, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77773>
54. UN: *World population prospects 2019*, str.1;[http://www.europeanmigrationlaw.eu/documents/UN WorldPopulationProspects2019- Databooklet.pdf](http://www.europeanmigrationlaw.eu/documents/UN%20WorldPopulationProspects2019-Databooklet.pdf) (22.09.2020)
55. Puljiz V. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 2016;23(1):81-98. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i1.1281>
56. Nejašmić I, Toskić A. Ageing of the Population in Croatia—the Current Situation and Perspectives. *Hrvatski geografski glasnik*.2013;75(1). <https://doi.org/10.21861/HGG.2013.75.01.05>
57. Eurostat regional yearbook 2013 - European Commission <https://ec.europa.eu/eurostat> › KS-HA-13-001-EN.
58. Lovreković M. i Leutar Z. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 2010;19(1):55-79.

59. Warren D Taylor. Should antidepressant medication be used in the elderly?, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2015;15:9, 961-963, DOI: 10.1586/14737175.2015.1070671
60. Rusac Kukić S, Rusac S, Buljevac M. Samoprocjena zdravstvenog statusa i nekih aspekata kvalitete života starijih osoba s osteoartritisom koljena. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* [Internet]. 2020 [pristupljeno 30.05.2023.];6(1):63-76. <https://doi.org/10.24141/1/6/1/7>
61. Greenwood-Van Meerveld B, Johnson AC, Grundy D. Gastrointestinal Physiology and Function. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;239:1-16.
62. Soenen S, Rayner CK, Jones KL, Horowitz M. The ageing gastrointestinal tract. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2016;19(1):12-8.
63. Mrdušaljaš Đujić N. Zbrinjavanje bolesnika s najčešćim psihičkim poremećajima u obiteljskoj medicini. Zagreb 18.03.2010.-20.03.2010.
64. Savić A, Hodoba D. Epidemiologija nesanice u Hrvatskoj. U: Hodoba D, ur. Poremećaji spavanja sabrane teme s didaktičkom namjenom. Zagreb: Medicinska naklada; 2017. str.107- 114.
65. Stevanović D. Neurorazvojni poremećaji u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 11 izdanje (MKB – 11): Pregled. engrami [Internet]. 17. rujna 2021. [citirano 30. svibnja 2023.];43(1). Dostupno na:<https://asestant.ceon.rs/index.php/engrami/article/view/32939>
66. Zou C, Chen S, Shen J, Zheng X, Wang L, Guan L, Liu Q, Yang Y. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1755-1762. doi: 10.2147/CIA.S170346. PMID: 30271130; PMCID: PMC6145362.
67. Van der Weele, GM, Gussekloo J, De Waal MWM, De Craen AJM, iVan der Mast, RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009;24(6):595-601.
68. Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old--results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry*. 2000;41(2 Suppl 1):48-54. doi: 10.1016/s0010-440x(00)80008-5. PMID: 10746904.
69. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus* [Internet]. 2017 [pristupljeno 30.05.2023.];26(2 Psihijatrija danas):185-191. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189044>

70. Cheng Y, Thorpe L, Kabir R, Lim HJ. Latent class growth modeling of depression and anxiety in older adults: an 8-year follow-up of a population-based study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):550. doi: 10.1186/s12877-021-02501-6. PMID: 34645416; PMCID: PMC8515663.
71. Bagarić B, Jokić-Begić N. Pretraživanje zdravstvenih informacija na internetu – implikacije za zdravstvenu anksioznost kod starijih osoba. *Psihologijske teme* [Internet]. 2020 [pristupljeno 25.05.2023.];29(2):401-425. <https://doi.org/10.31820/pt.29.2.10>
72. Holmes SE, Esterlis I, Mazure CM, Lim YY, Ames D, Rainey-Smith S, i sur. Australian Imaging, Biomarkers and Lifestyle Research Group. Trajectories of depressive and anxiety symptoms in older adults: a 6-year prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(2):405-413. doi: 10.1002/gps.4761. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28736899; PMCID: PMC5773367.
73. Mimica N, Presečki P, Kušan Jukić M, Vitezić D. Farmakoterapija u Alzheimerovoj bolesti. U: Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M (ur.). *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja.* Medicinska naklada, Zagreb; 2017; str. 75–85.
74. Bottino CMC, Barcelos-Ferreira R. Ribeiz, SRI. Treatment of Depression in Older Adults. *Curr Curr Psychiatry Rep* 2012;14:289–297 DOI 10.1007/s11920-012-0281-z
75. Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, de Mello MT. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Braz J Psychiatry.* 2005;27(4):266-71. doi: 10.1590/s1516-44462005000400003. Epub 2005 Dec 12. PMID: 16358106.
76. Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician.* 2014;60(2):121-6. PMID: 24522673; PMCID: PMC3922554.
77. Bonnie Wiese. Geriatric depression: the use of antidepressants in the elderly. *Clinical Articles. BCMJ.*2011;53(47): 341-347.
78. Warren D Taylor. Should antidepressant medication be used in the elderly?, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2015;15:9, 961-963, DOI: [10.1586/14737175.2015.1070671](https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1070671)
79. Jukić V i sur. *Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća*, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
80. World Health Organization. *Drug and therapeutics committees : a practical guide.* / authors: Kathleen Holloway (editor), Terry Green. World Health Organization. 2003. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68553>

81. Institute for Healthcare Informatics. Global Medicines Use in 2020 - Outlook and Implications [Internet]. 2015 IMS Institute for Healthcare Informatics 100 IMS Drive, Parsippany, NJ 07054, USA
82. Zhang B, Yan XY, Zhang XY, Jia ZW. [Research progress on current situation and preventive measures for the narcotic and psychotropic drugs abuse in the elderly]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2020;41(4):615-620. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20190723-00542. PMID: 32344492.
83. Dean O. Prescription Drug Abuse among Older Adults. Public Policy Institute. 2017.
84. Tjäderborn M. Psychoactive prescription drug use disorders, misuse and abuse : Pharmacoepidemiological aspects [Internet] [PhD dissertation]. [Linköping]: Linköping University Electronic Press; 2016. (Linköping University Medical Dissertations). Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-130768>
85. Popović B, Quadranti NR, Matanović SM, Lisica ID, Ljubotina A, Duliba DP, VlahovićPalčevski V. Potentially inappropriate prescribing in elderly outpatients in Croatia. *Eur J Clin Pharmacol*, 2014;70:737–744.
86. Johannessen A, Engedal K, Helvik A-S. Assessment of alcohol and psychotropic drug use among old-age psychiatric patients in Norway: Experiences of health professionals. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2017;34(3):243-254. doi:10.1177/1455072517696323
87. Al-Haddad, Kandia S., "A Resource Guide To Empower Older Adults to Make Informed Health Decisions About Prescription Opioids And The Potential For Misuse." , Georgia State University, 2018. doi: <https://doi.org/10.57709/13479023>
88. Rieb LM, Samaan Z, Furlan AD, Rabheru K, Feldman S, Hung L, Budd G, Coleman D. Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. *Can Geriatr J*. 2020;23(1):123-34. <https://cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/420>
89. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatr Serv*. 2019;70(2):97-106. doi: 10.1176/appi.ps.201800321. Epub 2018 Dec 17. PMID: 30554562; PMCID: PMC6358464.
90. Ebru Findikli, Hatice Altun, Chapter 40 - Tramadol Abuse in the Elderly, Editor(s): Victor R. Preedy, *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse*, Academic Press, 2016, Pages 417-422, ISBN 9780128006344, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800634-4.00040-8>.

91. Tjäderborn M, Jönsson AK, Sandström TZ, Ahlner J, Hägg S. Non-prescribed use of psychoactive prescription drugs among drug-impaired drivers in Sweden. *Drug Alcohol Depend.* 2016;161:77-85. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.01.031. Epub 2016 Feb 6. PMID: 26875672.
92. Janjić M, Barać K, Grbavac K, Grbavac V, Babić R, Martinac M, Vasilj M, Pravdić D, Babić D. Kvaliteta života i psihički simptomi ovisnika o opijatima. *Zdravstveni glasnik.* 2019;5(2): str 36-44.
93. Despot Lučanin, J. *Iskustvo starenja*, Zagreb, Naklada Slap, 2003.
94. The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. 2015;63(11):2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702.
95. Hanlon JT, Semla TP, Schmader KE, et al: Alternative medications for medications in the use of high-risk medications in the elderly and potentially harmful drug-disease interactions in the elderly quality measures. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(12):e8-e18, doi: 10.1111/jgs.13807.
96. Ossareh S, Tabrizian S, Zebarjadi M i sur. Prevalence of Depression in Maintenance Hemodialysis Patients and Its Correlation With Adherence to Medications. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2014;8(6):467-474.
97. Schmid H, Hartmann B, Schiffl H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res.* 2009;14:185-90.
98. Folnegović Šmalc V. Suradljivosti psihičkih bolesnika. MEDIX, God. 14 Br. 75/76
99. Franjić K, Oštarijaš E, Kaštelan A. Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju. *Medicina Fluminensis.* 2020;56(1):26-34. doi: 10.21860/medflum2020_232815
100. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J.* 2011;26:155-9.
101. Čulig J. Patients' Adherence to Prescribed Medication. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti.* 2018;4(1):7-14. <https://doi.org/10.24141/1/4/1/1>
102. Ščetarić B. *Alkoholizam-stil života ili bolest Varaždin: Digitalni repozitorij Sveučilišta Sjever*; 2015.
103. Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J, Matošić A, Mustajbegović J, Turčić N, i sur. Ovisnost o alkoholu- Posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2006;57:413.

104. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 2017;32(8), 1018-1036.
105. World Health Organization. (2019). European tobacco use: Trends report 2019. *Geneva, WHO*. < <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2019/european-tobacco-use-trends-report-2019-2019>.
106. Association, American Psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing 2013.
107. Diniz A, Pillon SC, Monteiro S, Pereira A, Gonçalves J, Santos A. Elderly substance abuse: An integrative review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2017;19(2):42–59.
108. Pontes H, Macur M, Griffiths MD. Internet Gaming Disorder Among Slovenian primary schoolchildren: Findings from a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016;1-26.
109. Vuletić G, Stapić M. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*. 2013;6(1-2):45-61. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/167454>
110. Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people; issues and future challenges in community and residential settings; *Australian Health*. 2008; 32(3):7-18.
111. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry*. 2018 Jan-Mar;40(1):105-109. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2107. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28614491; PMCID: PMC6899418
112. Krizmanić, Mirjana, and Vladimir Kolesarić. Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena Psihologija*. 1990;179-184.
113. Baird BM, Lucas RE, Donnellan MB. Life satisfaction across the life span: findings from two nationally representative panel studies. *Soc Indic Res*. 2010;99 (2):183-203.
114. Kim H, Park YH, Jung Y, Choi H, Lee S, Kim GS, Yang D, Paik MC, Lee TJ. Evaluation of a technology-enhanced integrated care model for frail older persons: protocol of the SPEC study, a stepped-wedge cluster randomized trial in nursing homes. *Bmc Geriatr*. 2017;17 (88). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0459-7>.
115. Chiu CJ, Wu CH, 2019. Information and communications technology as a health promotion method for older adults in assisted-living facilities: Three-arm group-randomized trial. *J. Med. Internet Res*. 2019;21. <https://doi.org/10.2196/1263>
116. Saenz-de-Urturi Z, Garcia Zapirain B, Mendez Zorrilla A, 2015. Elderly user experience to improve a Kinect-based game playability. *Behav. Inf. Technol*. 2015;34: 1040– 1051. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2015.1077889>.

117. Willard S, Cremers G, Man YP, Van Rossum E, Spreeuwenberg M, De Witte L. 2018. Development and testing of an online community care platform for frail older adults in the Netherlands: A user-centred design. *BMC Geriatr.* 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0774-7>.
118. Farr II, Miller LE, Block JE. Quality of life in patients with knee osteoarthritis: a commentary on nonsurgical and surgical treatments. *The open orthopaedics journal*, 2013; 7: 619.
119. Centers for Disease Control and Prevention. Osteoarthritis. Dostupno na: <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/osteoarthritis.htm> (pristupljeno 23.5.2016.)
120. Mockeviciene D, Savenkovienė A. Aspects of life quality of persons with physical disabilities. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach*, 2012; 2 (2):84–93
121. Klarin M, Telebar I. Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi. *Medica Jadertina*. 2019;49(1):5-13. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/219607>
122. Štambuk A, Skokandić L, Penava Šimac M. Potrebe starijih osoba za uslugama iz sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku [Internet]*. 2022 [pristupljeno 30.05.2023.];29(2):191-211. <https://doi.org/10.3935/rsp.v29i2.1918>
123. I. Canjuga, D. Železnik, i sur. Razlike u samoprocjeni samopoštovanja, socijalne i emocionalne usamljenosti s obzirom na sociodemografske karakteristike starijih osoba, *Socijalna psihijatrija*, Vol. 46 No. 3, 2018 Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/206617> (pristupljeno 03.08.2020.)

11. ŽIVOTOPIS

Podatci o doktorandici

Ime i prezime: Mirjana Kralj
 Adresa stanovanja: Matije Gupca 90, 31000 Osijek
 Datum rođenja: 29.06.1964. godine
 Zvanje: magistra sestrinstva
 Matični broj studenta: 70120550
 Telefon: 031/507 241
 098/922 01 22
 E-mail: mkralj2906@gmail.com

Obrazovanje :

- 2021. Napredovanje u zvanje mentor-nastavnik ispred Agencija za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih
- 2015. Položen stručni ispit za nastavnicu strukovno-teorijskih predmeta
- 2012. Upisala poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo u Osijeku
- 2012. Diplomirala, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo u Osijeku

- 2004. Završila 3. razlikovnu godinu Studija sestrinstva u Zagrebu
- 1993. Diplomirala, Viša medicinska škola u Zagrebu
- 1982. Završila srednju medicinsku školu „Medicinska škola Osijek“

Radno iskustvo:

- Ožujak, 2019. Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek
 -Predavač u stalnom radnom odnosu
- Veljača, 2015. Medicinska škola Osijek
 -nastavnik strukovnih predmeta
- Travanj, 2013. Medicinski fakultet Osijek
 - Suradničko zvanje asistenta

- Rujan, 2009. Klinika za pedijatriju KBC Osijek
 - Glavna sestra Klinike za pedijatriju

Svibanj, 2008. Klinika za pedijatriju KB Osijek

- Glavna sestra Odjela za novorođenčad

Travanj, 1996. Odjel za pedijatriju, KB Osijek

- Glavna sestra Odsjeka za intenzivno liječenje ugrožene novorođenčadi

Kolovoz, 1987. OB Osijek, Odjel za psihijatriju

- Viša medicinska sestra u Dnevnoj bolnici

Ožujak, 1987. Centar za društvenu brigu o starijim osobama, Osijek

- Medicinska sestra

Veljača, 1986. Dom zdravlja Osijek

- Medicinska sestra

Rujan, 1985. IPK-RO Tvornica šećera i kandita, Osijek

- Industrijska ambulanta – medicinska sestra

Srpanj, 1984. OB Osijek, Odjel za Internu medicinu

- Medicinska sestra

Profesionalne nastavne, stručne i znanstvene aktivnosti

2022. Članica Povjerenstva za provedbu natječaja za radno mjesto Nastavnik/ca strukovno-teorijskih predmeta za zanimanje medicinska sestra opće njege/ medicinski tehničar opće njege

2021. Koordinatorica projektnog tima u provođenju edukacijskih usluga u projektu „ Mojih 5 kvadrata“ (2021. – 2024., Ljeskovic):

a) Verificirani program obrazovanja odraslih „ Osposobljavanje za asistenta /ce za podršku osobama s mentalnim teškoćama u organiziranom stanovanju

b) Provođenje programa usavršavanja i upoznavanja sa socijalnim uslugama u Domu za odrasle osobe Ljeskovic.

2021. Članica radne skupine RCK Bjelovar za izradu programa usavršavanja medicinskih sestara, za programe :

Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući

Medicinska sestra u ordinaciji obiteljske medicine

2020. Članica projektnog tima Projekta Uspostava regionalnog centra kompetentnosti Medicinske škole Bjelovar (2020.-2023.)

2020. Članica Povjerenstva za provjeru stečenog obrazovanja i ishoda učenja kandidata u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija u obrazovnom programu MSONJ/MTONJ

2020. Mentorica učenicima Medicinske škole Osijek u pripremi za provedbu: Erasmus+ „Excellence, Every patient, every time“

2020. Mentorica studentima Filozofskog fakulteta u Osijeku u programu PPDMI

2019. Stručni voditelj obrazovanja odraslih u Medicinskoj školi Osijek

2019. Nastavno zvanje predavača u znanstvenom području biomedicina i zdravstvo, znanstveno polje kliničke medicinske znanosti, znanstvena grana sestrinstvo

Sudjelovanje u nastavi na FDMZ, predavač na kolegijima:

- Zdravstvena njega djeteta i adolescenta
- Zdravstvena njega majke i novorođenčeta
- Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika
- Gerontološka zdravstvena njega
- Epidemiologija
- Higijena i epidemiologija
- Teorije zdravstvene njege

2019. Edukatorica u osposobljavanju za poslove asistenta osobama s mentalnim teškoćama u organiziranom stanovanju, u sklopu projekta Postani svoj u Centru za pružanje usluga u zajednici Osijek - “JA kao i TI”

2019. Mentorica učenicima Medicinske škole Osijek u pripremi za provedbu Projekt: Erasmus+ “We Care, We Share for the future”

2013. Suradničko zvanje asistenta, Medicinski fakultet Osijek

2011. Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi RH - edukacija za glavne mentore i mentore Aktivno sudjelovala u osnivanju i radu Savjetovališta za djecu, mladež i roditelje, u organizaciji UNICEF-a, za pomoć djeci i roditeljima u ratu i poslije rata (1993.-1995.)

Članstva i rad u strukovnim udrugama

Članica Društva med. sestara/teh. domovinskog rata (čl.broj 31-25-1182; od 2018.g.)

Članica HURID-a (od 2018.g)

Članica HKDMS (od 2015.g.)

Članica Društva nastavnika zdravstvene njege (pri HUMS-u; od 2015.g.)

Članica HKMS (čl.broj 10640; od 2003.g.)

Članica HUMS-a (od 1998.G.)

Izvorni znanstveni i pregledni radovi

1. **Mirjana Kralj-Vasilj**, Štefica Mikšić, Nikolina Farčić, Dunja Degmečić, Maja Miškulin, Kasandra Musović, Ivana Barač: Cognitive Functioning and Life Quality of the Elderly: A Cross-sectional Study Open access Macedonian journal of medical sciences (1857-9655) **8** (2020); 284-290
2. Matej Solić, Ivona Bulka, Štefica Mikšić, Željko Mudri, Robert Lovrić, Jelena Jakab, Aleksandar Včev, **Mirjana Kralj**, Jasenka Vujanić. Identification of Risk Psychosocial Factors as Predictors of the Loneliness in Social Isolation in Elderly Placed in Homes for the Elderly and Infirm During a COVID-19 Pandemic. Coll. Antropol. 2021; 45 (2): 85-94. [**Q3** (SJR) 2020. baza: SJR/Scopus];
3. Mikšić Štefica, Drenjančević Ines, Včev Aleksandar, Konjarik Zdenka, **Kralj- Vasilj Mirjana**. Povezanost dojenja s razvojem djeteta prema procjeni patronažne sestre. *Gynaecologia et Perinatologia*. 2014;23(Suppl. 2): 114.
4. **Kralj-Vasilj Mirjana**; Degmečić Dunja; Včev Aleksandar; Mikšić Štefica. Loneliness, grieving process and depression affecting people of old age. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*. 2013;3(1):19-25.

Sažetci u zbornicima skupova

1. Anita Galinec, Višnja Horvat, Tina Jelić-Balta, **Mirjana Kralj**: Usavršavanje medicinske sestre u palijativnoj skrbi, 5. konferencija o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem, Pula, 30.9.-2.10.2022.
2. **Kralj Mirjana**, Dravinski Sanja: Utjecaj on line nastave na mentalno zdravlje učenika, 9. kongres HUMS-a s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija, 17-20.6.2021.
3. Josipa Brajković, Željko Mudri, **Mirjana Kralj**, Štefica Mikšić: 11.znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenj Gradec, 20.5.2021.
4. Antun Ilančić, Kasandra Musović, **Mirjana Kralj –Vasilj**, Štefica Mikšić:9. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenj Gradec, 16.5.2019.

5. **Kralj-Vasilj Mirjana**, Štefica Mikšić: Kognitivne funkcije i depresija u žena starije životne dobi, 7. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija, 24-27.10.2018.
6. Štefica Mikšić, **Kralj-Vasilj Mirjana**: Anksioznost u postpartalnom periodu, 7. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija, 24-27.10.2018.
7. **Kralj-Vasilj Mirjana**: Stigmatizacija psihijatrijskog bolesnika među učenicima MŠO, Stigmatizacija psihijatrijskog bolesnika, Tečaj treće kategorije Nova Gradiška, 5.10.2018.
8. **Mirjana Kralj-Vasilj**, Sanja Dravinski: Prednosti kabinetske nastave tijekom obrazovanja za zanimanje medicinska sestra/medicinski tehničar opće njege, Prva međunarodna znanstvena konferencija, Osijek, 21.-22.9.2018.
9. Dunja Degmečić¹, **Mirjana Kralj-Vasilj**, Maja Miškulin, Bruno Lukšić, Aleksandar Včev. Cognitive functions and quality of life in older aged women. 7th World Congress on Wommens Mental Health., Dublin 6.-9. Ožujak 2018.
10. **Kralj-Vasilj Mirjana**: Sindrom tresenog djeteta, 12. Kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva i 11. Kongres pedijatrijskog društva HUMS, Opatija, 13.-16.10.2016.
11. **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Ekološki „otisak stopala“ jednokratnih pelena. U: X Kongres pedijatrijskog društva Hums-a. Paediatrica Croatica; Dubrovnik, 16.-19. Listopad, 2014. (poster, sažetak, stručni)
12. Matijašić-Bodalec, Dubravka; Debeljak, Petra; **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Kramarić-Ratković, Karolina; Lovrić, Robert. Stress Factors on Pediatric Department. ICN 25th Quadrennial Congress, Equity and Access to Health Care. Melbourne, Australia. 18-23 May 2013. (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni).
13. **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Degmečić, Dunja; Včev, Aleksandar. Loneliness, grieving process and depression affecting people of old age. U: 1th International Scientific Conference in Health Sciences SEEHSJ, Volume 2, Suppl 1, Vitez BiH, 13. Novembar, 2012. (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni).
14. Mikšić, Štefica; Juranić, Brankica; Blažević, Ivka; **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Železnik, Danica. Usamljenost i duhovnost osoba starije životne dobi. U: 2. Znanstvena konferenca s međunarodno udeležbo s područja zdravstvenih ved. "Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks". Zbornik predavanja s recenzijom, Slovenj Gradec, Slovenia, 18.9.2012. (predavanje, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni).

15. **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Kramarić-Ratković, Karolina; Lovrić, Robert; Matijašić-Bodalec, Dubravka. Bol: Ravnoteža između analgezije i nuspojava–Teorija Marion Good. U: Pajnkihar M, Prlić N, urednice. Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi: Zbornik radova iz Teorija zdravstvene njege studenata Diplomskog studija sestrinstva; Osijek, Hrvatska. 2012. str. 7-15 (predavanje, domaća recenzija, objavljeni rad, stručni).
16. Kramarić-Ratković, Karolina; Varžić, Dražen; Vukmanić, Danijela; **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Utjecaj promjena u okolini na buku na Odjelu za intenzivno liječenje ugrožene novorođenčadi, KBC Osijek. Paediatrica Croatica; Volumen 54, Suppl 2, Zagreb, listopad 2010.(predavanje, stručni).
17. Vukmanić, Danijela; **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Prehrana i poteškoće pri hranjenju novorođenčadi . U: Aberle N, urednica. Sekundarna prevencija u pedijatriji: 2. tečaj trajnog usavršavanja medicinskih sestara u pedijatriji: Zbornik radova za medicinske sestre; Slavonski Brod, Hrvatska , 26.-28.2. 2010. str.42-43. (predavanje, domaća recenzija, stručni).
18. **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Privrženost. U: 8. Kongres pedijatrijskog društva HUMS-a: Zbornik radova; Požega, Hrvatska, 6.-9.11.2010. (poster, stručni).
19. **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Pavlović, Gordana. Prevencija RSV infekcija u novorođenčadi. U: Hrvatsko društvo za hitnu i internističku intenzivnu medicinu, urednik. 14. Stručni skup medicinskih sestara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem, Zbornik radova i sažetaka; Brijuni, Hrvatska. 26.-29.6. 2009. (poster, domaća recenzija, sažetak, znanstveni). 1. Nagrada
20. Vukmanić, Danijela; **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Prehrana i poteškoće pri hranjenju novorođenčadi.U: Krželj V, urednik. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola. XXV. seminar: Zbornik radova za medicinske sestre; Split, Hrvatska. 14.-18.4. 2008. str. 38-42 (predavanje, domaća recenzija, objavljeni rad , stručni).
21. Vukmanić, Danijela; Špoljarić, Dijana, **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Zdravstvena njega djeteta s gastroshizom. U: 12. Stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem, Zbornik radova i sažetaka; Brijuni, Hrvatska. 11.-13. 6. 2007. (poster, domaća recenzija, stručni).
22. Matković, Antonija; Ančić, Ruška; **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Utjecaj vanjskih podražaja na nedonošče. U: VI tečaj trajnog usavršavanja i III stručno- znanstveni skup hrvatskih neonatalnih medicinskih sestara, „Neonatologija 2005. Zagreb“, Zagreb, 2005. Str. 89-91(predavanje, stručni).

23. **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Špoljarić, Dijana. Cangaroo metoda-humana alternativa u procesu liječenja nedonoščadi. U: 10. Stručni skup medicinskih sestara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem, Zbornik radova i sažetaka; Brijuni, Hrvatska. 20.-23.6. 2005.(poster, stručni)
24. **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Zbrinjavanje novorođenčeta RM<1500 gr. Paediatrica Croatica, Volumen 48, Suppl. 2 Zagreb, lipanj, 2004. (poster, stručni)
25. Kramarić, Karolina; **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Nadzor vitalno ugroženog novorođenčeta. Paediatrica Croatica, Volumen 48, Suppl. 2 Zagreb, lipanj, 2004. (poster, stručni)
26. **Kralj-Vasilj, Mirjana**. Nadzor i njega koloidne bebe. U: 8. Stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem, Zbornik radova i sažetaka; Brijuni, Hrvatska. 23.-26.6. 2003.(predavanje, stručni)
27. **Kralj-Vasilj, Mirjana**; Šinko, Daria. Specifičnosti u komunikacijina odjelu za intenzivno liječenje ugrožene novorođenčadi . U: III tečaj trajnog usavršavanja medicinskih sestara i tehničara „Neonatologija 2001. Zagreb“, Zagreb, 2001. (predavanje, stručni)

12. PRILOZI

Prilog 1. Upitnik o sociodemografskim podacima

Prilog 2. Skala za procjenu kognitivnih funkcija - MMSE (Mini Mental State Examination)

Prilog 3. Beckov samoocjenski upitnik za procjenu depresivnih simptoma (BDI)

Prilog 4. Beckov samoocjenski upitnik za procjenu simptoma anksioznosti (BAI)

Prilog 5. Upitnik za procjenu simptoma ovisnosti o anksioliticima - CAGE prilagođen za ovisnost o anksioliticima

Prilog 6. Upitnik za procjenu kvalitete života - WHO Quality of life Questionnaire

Prilog 1.**Upitnik o sociodemografskim podacima**

OPĆI PODATCI: Ime i prezime(šifra)-----

1. Godina rođenja: -----**2. Spol:** 1. M 2. Ž**3. Mjesto stanovanja:** 1. Grad 2. Prigradsko naselje 3. Selo 4. Institucija**4. Obiteljski status:** 1. Oženjen/udata 2. Udovac/ica 3. Razveden/a 4. Samac**5. Obrazovanje:** 1. manje od OŠ 2. OŠ 3. SŠ 4. VŠS 5. VSS i više**6. ZDRAVSTVENI STATUS:****Fizičke bolesti**

1. Bolesti srca i krvnih žila
2. Reumatske bolesti
3. Endokrinološke bolesti
4. Bolesti pluća i alergije
5. Bolesti probavnih organa
6. Bubrežne bolesti
7. Kožne bolesti
8. Karcinomi
9. Ostale bolesti

Psihičke bolesti

10. Depresivni poremećaji
11. Anksiozni poremećaji
12. Psihотиčni poremećaji
13. Nesanica
14. Psihoorganski sindrom (Demencija)
15. Alkoholizam

7. Upotreba psihofarmaka 1. Da 2. Ne**8. Upotreba i korištenje anksiolitika:** 1. Ne koristi 2. Povremeno 3. Trajno**9. Duljina korištenja anksiolitika:**

1. Ne koristi 2. <3mj 3. 3-6 mj. 4. 6mj.-1.god 5. 1-5g 6. >5god.

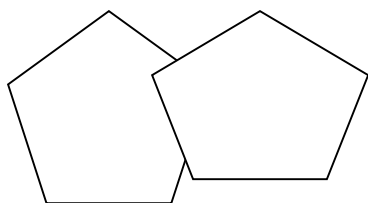
10. Dolazak na kontrolne preglede:

1. Ne dolazi 2. Povremeno dolazi 3. Redovito dolazi

11. Tko propisuje lijekove: 1. Liječnik opće prakse 2. Specijalist-psihijatar

Prilog 2.**Skal za procjenu kognitivnih funkcija MMSE (Mini Mental State Examination) -**

1. Ime, tekuća godina, godišnje doba, datum i mjesec5 bodova
2. Zemlja, grad, ustanova, kat, prostorija gdje se nalazi.....5 bodova
3. Ponoviti tri nepovezana pojma (može se ponoviti do 6 x, a boduje se prvi pokušaj ponavljanja)3 boda
4. Od 100 oduzimati 7 do ukupno pet puta.....5 bodova
5. Ponoviti 3 pojma koja je upravo naučio.....3 boda
6. Pokazati mu ručni sat i pitati što je to.
Isto ponoviti s olovkom.....2 boda
7. Ponoviti tri fraze.
(Dobro sam,nema potrebe, nemam pojma ili sl.).....1 bod
8. Naložiti bolesniku slijed jednostavnih radnji:
Uzeti papir sa stola u desnu ruku, saviti ga na pola i vratiti na stol.....3 boda
9. Napisati bolesniku:
«Zatvorite oči» i zamoliti ga da to pročita i učini.....1 bod
10. Zamoliti da napiše rečenicu.
(Mora biti razumljiva, sadržavatai subjekt, predikat, biti smisljena.....1 bod
11. Zamoliti bolesnika da prostoručno kopira
dva nacrtana peterokuta koji se sjeku.
Svih deset kutova mora biti prisutno i adekvatno položeno.
Tremor i rotacija se ignoriraju
Crtež u prilogu.....1 bod



UKUPAN BROJ BODOVA: _____

Prilog 3.**Beckov samoocjenski upitnik za depresiju - BDI****1. Poremećaj raspoloženja**

- 0 = ne osjećam se tužno,
- 1 = osjećam se tužno,
- 2 = osjećam se tužno cijelo vrijeme i ne mogu se otrgnuti od tuge,
- 3 = tako sam žalostan i nesretan da to više ne mogu podnijeti

2. Gubitak nade

- 0 = nisam obeshrabren glede budućnosti,
- 1 = obeshrabren sam glede budućnosti,
- 2 = osjećam da se nemam čemu veseliti,
- 3 = osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti

3. Osjećaj odbačenosti

- 0 = osjećam da sam uspješna osoba,
- 1 = osjećam se neuspješnijim od drugih ljudi,
- 2 = kada se osvrnem na dosadašnji život, vidim samo mnogo neuspjeha

4. Nesposobnost uživanja

- 0 = uobičajene aktivnosti mi čine zadovoljstvo,
- 1 = ne uživam više u nekim stvarima kao prije,
- 2 = više me gotovo ništa istinski ne raduje,
- 3 = ništa mi ne predstavlja zadovoljstvo i sve mi je isprazno

5. Osjećaj krivnje

- 0 = ne osjećam se krivim,
- 1 = jedan dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje,
- 2 = većinom me muči osjećaj krivnje

6. Potreba za kaznom

- 0 = ne mislim da sam kažnjen,
- 1 = osjećam da sam možda kažnjen,
- 2 = očekujem kaznu,
- 3 = osjećam da mi je ovo kazna

7. Mržnja prema sebi

- 0 = nisam razočaran sobom,
- 1 = razočaran sam sobom,
- 2 = gadim se sam sebi,
- 3 = mrzim se

8. Samoosuđivanje

- 0 = nisam gori od drugih,
- 1 = imam više slabosti i pogrešaka od drugih,
- 2 = sklon sam samoosuđivanju,
- 3 = krivim sebe za sve loše što se dogodi

9. Sklonost samoubojstvu

- 0 = uopće ne pomišljam na samoubojstvo,
- 1 = pomišljam na samoubojstvo, ali to ne bih učinio,
- 2 = volio bih da me nema,
- 3 = ubio bi se da imam priliku

10. Plačljivost

- 0 = ne plačem više nego obično,
- 1 = sada plačem više nego prije,
- 2 = sada stalno plačem,
- 3 = prije sam mogao plakati, a sada ni to više ne mogu

11. Razdražljivost

- 0 = nisam razdražljiv,
- 1 = lakše se razljutim nego prije,
- 2 = stalno se ljutim,
- 3 = više me uopće ne diraju stvari koje su me prije ljutile

12. Poremećaj u odnosu s drugim ljudima

- 0 = nisam izgubio zanimanje za druge ljude,
- 1 = drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije,
- 2 = uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude,
- 3 = izgubio sam svako zanimanje za druge ljude

13. Neodlučnost

- 0 = odluke donosim bez problema kao i prije,
- 1 = odgađam donošenje odluka više nego prije,
- 2 = teže mi je donositi odluke nego prije,
- 3 = uopće više ne mogu donositi odluke

14. Negativna slika o sebi

- 0 = ne mislim da loše izgledam,
- 1 = bojim se da izgledam loše i nepoželjno,
- 2 = osjećam da sam postao neprivlačan,
- 3 = mislim kako ružno izgledam

15. Nesposobnost za rad

- 0 = mogu raditi jednako dobro kao i prije,
- 1 = moram uložiti napor da se pokrenem na aktivnost ili rad,
- 2 = vrlo mi je teško pokrenuti se na aktivnosti ili rad,
- 3 = uopće ne mogu raditi

16. Poremećaj sna

- 0 = spavam uobičajeno dobro,
- 1 = ne spavam dobro kao prije,
- 2 = budim se sat-dva ranije i teško mi je ponovno zaspati,
- 3 = budim se puno ranije i ne mogu više zaspati

17. Umor

- 0 = ne umaram se više nego što je to uobičajeno,
- 1 = umaram se lakše nego prije,
- 2 = ako bilo što radim umorim se,
- 3 = preumoran sam da bi bilo što radio

18. Oslabljen tek

- 0 = nemam oslabljen tek,
- 1 = nemam više tako dobar tek kao prije,
- 2 = tek mi je oslabljen,
- 3 = uopće više nemam teka

19. Gubitak na težini

- 0 = nisam znatno ili uopće smršavio,
- 1 = izgubio sam više od dva kg,
- 2 = izgubio sam više od pet kg

20. Hipohondrija

- 0 = nisam zabrinut za zdravlje više nego obično,
- 1 = brine me tjelesno zdravlje zbog boli, nervoze želuca ili zatvora,
- 2 = vrlo sam zabrinut za zdravlje i teško mi je o drugom razmišljati,
- 3 = toliko sam zabrinut za zdravlje da više ni o čemu ne mogu razmišljati

21. Oslabljen libido

- 0 = seks me zanima kao i prije,
- 1 = seks me zanima manje nego prije,
- 2 = jako sam izgubio interes za seks,
- 3 = potpuno sam izgubio zanimanje za seks

Prilog 4.

Beckov samoocjenski upitnik za anksioznost - BAI

Navedeni su uobičajeni simptomi anksioznosti. Pažljivo pročitajte svaku navedenu točku. Označite koliko Vas je mučio taj simptom tijekom prošlog mjeseca, uključujući i danas, zaokružite broj koji označava navedenu tvrdnju.

1. Ukočenost ili trnjenje:
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
2. Osjećaji vrućine:
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
3. Nemir u nogama (tresenje nogom)
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
4. Nesposobnost opuštanja
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
5. Strah od izčekivanja loših događaja:
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
6. Vrtoglavica ili omaglica
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
7. Ubrzano lupanje srca (tahikardija)
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
8. Osjećaj nestabilnosti
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
9. Zaprepaštenost ili strah
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
10. Nervoja
 - 0 = uopće ne,
 - 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
 - 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
 - 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

11. Osjećaj gušenja
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
12. Drhtanje ruku
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
13. Drhtanje tijela
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
14. Strah od gubitka kontrole
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
15. Poteškoće sa disanjem
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
16. Strah od smrti
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
17. Ustrašenost
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
18. Zatvor (problemi sa stolicom):
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
19. Nesvjestica
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
20. Crvenjenje lica
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.
21. Toplo/hladno preznjavanje
0 = uopće ne,
1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

Prilog 5.

Upitnik za procjenu simptoma ovisnosti o anksioliticima - CAGE (prilagođen za ovisnost o anksioliticima),

1. Jeste li ikada osjećali da bi trebali smanjiti uzimanje lijekova za smirenje i/ili spavanje?

DA

NE

2. Smeta li vam kada vas drugi ljudi upozoravaju da imate problem sa uzimanjem lijekova?

DA

NE

3. Jeste li se ikada osjećali loše ili krivi zbog uzimanja lijekova za smirenje?

DA

NE

4. Jeste li ikada nakon buđenja ujutro prvo popili lijekove da se smirite?

DA

NE

Prilog 6.**Upitnik za procjenu kvalitete života - WHO Quality of life Questionnaire**

Slijedeća pitanja se odnose na Vaše osjećaje spram Vaše kvalitete života, zdravlja ili drugih područja Vašeg života. Molimo Vas izaberite odgovor koji Vam se čini najprikladniji. Ukoliko niste sigurni kako da odgovorite, prvi odgovor kojeg se sjetite je obično točan. Molimo Vas imajte na umu Vaše standarde, nade, zadovoljstva i brige. Molimo Vas da razmislite o svom životu u zadnja četiri tjedna.

	Vrlo loše	Loše	Niti loše niti dobro	Dobro	Vrlo dobro
1. Kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?	1	2	3	4	5

	Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Vrlo zadovoljan
2. Kako ste zadovoljni sa svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

Slijedeća pitanja se odnose na to koliko ste proživljavali određene stvari u zadnja četiri tjedna.

	Uopće ne	Malo	Umjereno	Dosta	Ekstremno puno
3. Uolikoj mjeri osjećate da vas tjelesna bol onemogućava u izvršavanju stvari koje trebate obaviti?	5	4	3	2	1
4. Koliko Vam je potrebno medicinsko liječenje da bi funkcionirali u svakodnevnom životu	5	4	3	2	1
5. Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6. Do koje mjere osjećate da Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5

	Uopće ne	Malo	Umjereno	Dosta	Ekstremno
7. Koliko se dobro možete koncentrirati?	1	2	3	4	5
8. Koliko se sigurno osjećate u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9. Koliko je zdrava Vaša tjelesna okolina?	1	2	3	4	5

Slijedeća pitanja se odnose na to koliko ste proživljavali i izvršavali određene stvari u zadnja četiri tjedna

	Uopće ne	Malo	Umjereno	Većinom	U potpunosti
10. Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
11. Prihvaćate li svoj osobni izgled?	1	2	3	4	5

12. Imate li dovoljno novca da ispunite svoje potrebe?	1	2	3	4	5
13. Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
14. Do koje mjere imate mogućnosti za opuštajuće aktivnosti?	1	2	3	4	5

	Vrlo loše	Loše	Niti dobro niti loše	Dobro	Vrlo dobro
15. Koliko se dobro snalazite?	1	2	3	4	5

	Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan ni nezadovoljan	Zadovoljan	Vrlo zadovoljan
16. Koliko ste zadovoljni sa svojim snom?	1	2	3	4	5
17. Koliko ste zadovoljni sa svojim sposobnošću izvršavanja dnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
18. Koliko ste zadovoljni sa svojom radnom sposobnošću?	1	2	3	4	5
19. Koliko ste zadovoljni sami sa sobom?	1	2	3	4	5
20. Koliko ste zadovoljni sa osobnim odnosima?	1	2	3	4	5
21. Koliko ste zadovoljni sa svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
22. Koliko ste zadovoljni sa podrškom prijatelja?	1	2	3	4	5
23. Koliko ste zadovoljni sa stanom u kojem živite?	1	2	3	4	5
24. Koliko ste zadovoljni sa dostupnošću zdravstvenih službi?	1	2	3	4	5
25. Koliko ste zadovoljni sa svojim prijevozom?	1	2	3	4	5

Slijedeće pitanje se odnosi na to kako ste se osjećali u zadnja četiri tjedna

	Nikada	Rijetko	Često	Vrlo često	Uvijek
26. Koliko često imate negativne osjećaje kao npr. tužno raspoloženje, očaj, anksioznost, depresiju?	5	4	3	2	1

Imate li komentara vezanih za ovaj upitnik ili popunjavanje upitnika?
