

KVALITETA ŽIVOTA KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Ines Adrić¹, Dragan Babić^{1,2,3}

Medicinski fakultet Sveučilja u Mostaru¹

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru²

Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar³

88 000 Mostar, Bosna i Hercegovina

Rad je primljen: 12.8.2015.

Rad je revidiran: 4.9.2015.

Rad je prihvaćen: 2.10.2015.

SAŽETAK

CILJ: Ispitati kvalitetu života kroničnih duševnih bolesnika s obzirom na sociodemografska obilježja i usporediti je s kvalitetom života kroničnih somatskih bolesnika.

METODE I ISPITANICI: Ispitnu skupinu činilo je 100 kroničnih duševnih bolesnika ispitanih na Klinici za Psihijatriju SKB Mostar, a kontrolnu 60 kroničnih somatskih bolesnika ispitanih u Ambulanti obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar. Istraživanje je provedeno putem sociodemografskog upitnika i standardiziranog upitnika o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF.

REZULTATI: Muški spol je bio zastupljeniji u skupini duševnih bolesnika, a ženski spol u skupini somatskih bolesnika. Više od polovine kroničnih duševnih bolesnika je nezaposleno, dok je taj broj manji u skupini somatskih bolesnika. Više od polovine kroničnih duševnih bolesnika je neoženjeno/neudane, dok je više od polovine somatskih bolesnika oženjeno/udane. Veći broj kroničnih duševnih bolesnika živi na selu. Ekonomski status kroničnih duševnih bolesnika je lošiji nego kod kroničnih somatskih bolesnika. Više od 70 % duševnih bolesnika puši cigarete, a iz skupine somatskih bolesnika puši manje od polovine. Pijenje alkoholnih pića je izraženija kod skupine somatskih bolesnika. Skoro svi duševni bolesnici su barem jednom bili hospitalizirani, dok je u skupini somatskih bolesnika hospitalizirana bila polovina ispitanika. Kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika je lošija u odnosu na kvalitetu života kroničnih somatskih bolesnika i to u svim podskupinama: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Najlošije ocjenjena podskupina kod kroničnih duševnih bolesnika su bili socijalni odnosi, dok je kod somatskih bolesnika najlošije ocjenjena okolina.

ZAKLJUČAK: Kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika je lošija u odnosu na kvalitetu života kroničnih somatskih bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: kronični duševni bolesnik, kvaliteta života

Osoba za razmjenu informacija:

Ines Adrić, dr. med.

E-mail: ines.adric@gmail.com

UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o njegovom položaju u životu u kontekstu kulture življenja i sustava vrijednosti u kojima živi, a u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i probleme sredine (1). Cummins 2000. godine navodi da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost,

sigurnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (2). Sukladno tomu, razvila su se dva osnovna pristupa istraživanju kvalitete življenja: subjektivni i objektivni (3). Objektivni pristup usredotočen je na proučavanje različitih vanjskih utjecaja kao što su materijalno stanje, stanje okoliša, političke slobode, stupanj demokratičnosti u društvu i sl., dok se subjektivni pristup odnosi na subjektivna doživljavanja i iskustva pojedinaca, odnosno objektivne

mjere su normativni pokazatelji stvarnosti, dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života (3,4). Taj pristup koristi različite događaje, okolinske i demografske čimbenike kao indikatore kvalitete života (5). Spolne razlike u subjektivnoj kvaliteti života nisu dokazane, dok je u nekima utvrđena negativna povezanost dobi i kvalitete života (6). Što se tiče bračnog statusa, istraživanja pokazuju da osobe u braku ili izvanbračnoj zajednici imaju veću osobnu kvalitetu života od samaca. Isto tako, obrazovaniji su zadovoljniji svojim životom od onih slabijeg obrazovanja. Što se tiče kulturalnih razlika, iako pojedinci žive u različitim okolnostima, prosječna razina zadovoljstva životom svjetske populacije varira samo oko 20 % (7).

U odnosu na objektivni, subjektivni pristup je složeniji, ali i korisniji jer su subjektivni indikatori bolji prediktori procjene kvalitete života od objektivnih (4). Poteškoće sa subjektivnim pristupom odnose se na probleme mjerenja i stabilnost subjektivne dobrobiti. Ljudi se međusobno razlikuju i svaka osoba ima jedinstvenu kombinaciju važnosti za pojedina životna područja, a ona je utemeljena na iskustvima i socijalnim odnosima (8,9,10,11). Postoje dvije komponente kojima istraživači opisuju zadovoljstvo životom. To su: „subjective well-being“ tj. subjektivno blagostanje kao kognitivnu komponentu i „happiness“, odnosno sreću kao emotivnu komponentu. Navedene dvije komponente su integrirane u definiciji subjektivnog blagostanja kao multidimenzionalnog konstrukta koji obuhvaća dugoročne i kratkoročne afekte. Pri tome bi dugoročna i kognitivna komponenta bilo zadovoljstvo životom, a osjećaj sreće kratkoročna afektivna (12,13). Značajna povezanost subjektivnih i objektivnih pokazatelja nalazi se u situacijama siromaštva i bijede, kada čovjekove osnovne životne potrebe nisu zadovoljene. S poboljšanjem objektivnih životnih uvjeta, na određenom nivou, ta se povezanost gubi, a daljnje povećavanje materijalnog bogatstva doprinosi vrlo malo ili nimalo subjektivnom osjećaju kvalitete života (14).

Mnoge od tehnika trenutno dostupnih za mjerenje kvalitete života bazirane su na upitnicima i vrednovane unutar određenog kulturnog konteksta.

Pri tome ne možemo biti sigurni da bi upitnik primjenjiv za jednu kulturu, bio primjenjiv i za drugu. Jedan od načina rješavanja ovog problema je korištenje objektivnih mjera kvalitete života s pretpostavkom da mogu biti primijenjene međukulturalno i da su one valjani indikatori kvalitete života (15). Većina ljestvica i upitnika namijenjenih mjerenju kvalitete života, kao i metode za njihovu analizu, ne dozvoljavaju slobodan izbor odgovora ispitanika i takvi instrumenti su često standardizirani na uzorcima različitim od populacije koja se procjenjuje (16). Zdravstveni radnici i psiholozi dovode kvalitetu života u velikoj mjeri u vezu sa zdravljem. Zbog toga postoje brojni instrumenti kojima se obuhvaća i mjeri kvaliteta života povezana s domenom zdravlja, a može ih se podijeliti u tri skupine. Prvu skupinu čine opći upitnici kojima se zahvaća veći broj područja kvalitete života te su oni stoga uglavnom višedimenzionalni. Od instrumenata ove vrste često se koriste Profil učinka bolesti (Sickness Impact Profile), SF-36 (The Short Form (36) Health Survey) i Upitnik kvalitete života SZO (The World Health Organization Quality of Life Instrument) (17,18,19).

Drugu skupinu čine instrumenti vezani uz točno određene bolesti i napravljeni su za uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Neki od njih sastavljeni su za ispitivanje tegoba vezanih uz oboljenja od malignih bolesti, artritisa, dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti i sl. Kod pacijenata oboljelih od artritisa koristi se Skala 8 za mjerenje utjecaj oboljenja na kvalitetu života (Arthritis Impact Measurement Scale). Kod pacijenata oboljelih od raka upotrebljava se Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka (European Organization for Research on Treatment of Cancer) (20,21). I na kraju, treću skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput zdravlja. Primjer ove vrste upitnika je Beckov inventar depresivnosti (Beck Depression Inventory) (22).

U jednoj od studija kvalitete života prikupljeni su podatci iz 47 zemalja. Pokazalo se da većina ljudi procjenjuje osobnu kvalitetu života na nivou 60 – 80 % od maksimuma (4). Statističkom obradom takvih standardiziranih rezultata je utvrđeno je da prosječni rezultat, odnosno nivo zadovoljstva

životom u uzorcima Zapadnih zemalja iznosi 75 +/- 2,5 %. Analize istraživanja u ne-zapadnim zemljama pokazale su slične rezultate. Čak su se i najniže prosječne vrijednosti nacija nalazile iznad vrijednosti od 50 %. Ova donja granica ukazuje da na populacijskom nivou ljudski doživljaj subjektivne kvalitete života ostaje pozitivan unatoč okolinskim i unutrašnjim razlikama. Individualni rezultati nalaze se u širem rasponu od 0 do 100 % ovisno o trenutku mjerenja, okolnostima i stanju u kojem se pojedinac tada nalazi. Individualne razlike su očekivane i njihovu osnovu možemo naći u različitim ličnostima pojedinaca (23,24). Ako izuzmemo akutne i tranzitorne psihotične epizode, mahom uzrokovane egzogenim čimbenicima, gotovo svaki mentalni poremećaj tendira kroničnosti bilo to u smislu trajne i vrlo često progredirajuće oštećenosti u nekom od ključnih područja duševnog života (afektivnost, volja, mišljenje, osobnost) bilo pak u smislu snažne tendencije recidivu, odnosno relapsu psihotičnih simptoma. Pojam kroničnog duševnog bolesnika svodi se na dijagnozu težeg mentalnog poremećaja koji dovodi do protrahiranog disabiliteta, a često i do potrebe za produljenom hospitalizacijom ili u krajnjem slučaju do trajnog institucionalnog zbrinjavanja (25).

Dijagnoza, stupanj disabiliteta i trajanje hospitalizacije su tri dimenzije kojima je omeđen pojam kroničnog duševnog bolesnika i s pomoću kojih se možemo orijentirati o rasprostranjenosti pojave (26). Duševnim bolesnikom ćemo smatrati tek one kojima je zbog emocionalno-voljnih i/ili intelektualnih oštećenja tijekom duljeg razdoblja narušena razina funkcioniranja na osobnom, interpersonalnom, obiteljskom, socijalnom i profesionalnom planu. Protrahirani disabilitet može se definirati kao onesposobljenost mentalno poremećenog pojedinca da se u razdoblju, koje nije kraće od 12 mjeseci, angažira u bilo kakvom poslu ili korisnoj aktivnosti. Moglo bi se reći da su svi bolesnici koji se više od godinu dana nalaze u duševnim bolnicama ili u alternativnim institucijama s organiziranom psihijatrijskom skrbi kronični duševni bolesnici u užem smislu. Među neinstitucionaliziranom populacijom isto bi se moglo reći i za one pacijente koji

su tijekom godine hospitalno tretirani tri ili više mjeseci i za one koji su u proteklih pet godina bili prolongirano hospitalizirani (25).

Kronični duševni bolesnici u odnosu na pojedine dijagnostičke kategorije izrazito su heterogena populacija. Najveći broj osoba koje zbog dugotrajnog mentalnog poremećaja trpe od težeg disabiliteta dolazi iz redova shizofrenih bolesnika te iz populacije psihički oštećenih kroničnim moždanim sindromom (senilni procesi, alkoholičari, cerebralnih traumatičari i sl.), dok je udio depresivnih bolesnika u populaciji kroničara veći negoli ga indiciraju podaci o prevalenciji. Udio pacijenata s primarnim poremećajem osobnosti, neurotika i ovisnika među kroničnim duševnim bolesnicima je mali. Simptomi u kroničnih duševnih bolesnika variraju u odnosu na osnovni mentalni poremećaj. Afektivno osiromašenje, nezainteresiranost, manjak inicijativnosti i motiviranosti, hipobulija, anhedoničnost te smanjenje kognitivnih funkcija bitno ocrtava profil kroničnog duševnog bolesnika u psihopatološkom smislu (25,27).

Oko trećine psihijatrijskih bolesnika (riječ je pretežno o psihotičnim bolesnicima) liječi se do kraja svoga života, tako da je pitanje kvalitete njihovog života već duži niz godina tema ne samo psihijatara i ostalih zdravstvenih radnika, nego i raznih segmenta društva koji o njima brinu. Kada se tome dodaju problemi s društvenim etiketiranjem duševno oboljelih, onda pitanje kvalitete života psihičkih bolesnika dobija još više na značaju.

Istraživanja kvalitete života psihički poremećenih, prvenstveno shizofrenih bolesnika, pojavila su se početkom 90-ih godina (28). Zaključak tih prvih procjena bio je da kronično oboljeli psihijatrijski bolesnici imaju nižu kvalitetu života u odnosu na opću populaciju (29). Na osnovi dosadašnje literature utvrđena su sljedeća obilježja kvalitete života shizofrenih bolesnika: kvaliteta života shizofrenih ispitanika je lošija od kvalitete života opće populacije, mlađe osobe, žene i osobe u braku, kao i manje obrazovani shizofreni bolesnici imaju bolju kvalitetu života, kvaliteta života shizofrenih bolesnika opada sa dužinom trajanja bolesti odnosno sa brojem hospitalizacija, bolju kvalitetu života pokazuju oni

shizofreni bolesnici koji su na kombiniranom psihoterapijskom i psihofarmakoterapijskom liječenju te bolesnici uključeni u programe podrške društvene zajednice (30).

Mjerenja kvalitete života psihijatrijskih bolesnika služe na prvom mjestu zbog procjene uspješnosti liječenja, prevencije oboljenja i zadovoljstva liječenjem. Posebno je istraživana kvaliteta života shizofrenih bolesnika u vezi sa brigom društvene zajednice o njima, preciznije rečeno za određene programe njihove rehabilitacije (31). Prema dostupnoj literaturi, kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika nije dovoljno dobro razjašnjena, posebno na našim prostorima, pa je svrha ovog istraživanja bila upotpuniti ovu problematiku, ukazati na probleme i postaviti temelj za daljnja istraživanja ili unaprijeđenje kvalitete života psihijatrijskih bolesnika u Mostaru. Cilj ovog rada je:

1. Ispitati kvalitetu života kroničnih duševnih bolesnika u odnosu na sociodemografske značajke.
2. Usporediti kvalitetu života kroničnih duševnih bolesnika s kvalitetom života kroničnih somatskih bolesnika.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 160 bolesnika oba spola. Ispitnu skupinu je činilo 100 kroničnih duševnih bolesnika liječenih na klinici za psihijatriju SKB Mostar, dok je kontrolnu skupinu činilo 60 kroničnih somatskih bolesnika liječenih u ordinaciji obiteljske medicine Doma zdravlja Mostar.

U istraživanje su uključeni ispitanici koji su zadovoljavali sljedeće kriterije:

Ispitna skupina uključuje kronične bolesnike starije od 18 godina, s potvrđenom dijagnozom kronične duševne bolesti (shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni afektivni poremećaj), koji su hospitalizirani na Klinici za psihijatriju SKB Mostar ili su anketirani prilikom redovite psihijatrijske kontrole.

Kontrolna skupina uključuje kronične bolesnike, s potvrđenom dijagnozom kronične somatske bolesti (kardiovaskularne, gastrointestinalne, reumatske, imunološke, endokrine, plućne i bubrežne), starije

od 18 godina koji su anketirani prilikom posjeta svom obiteljskom liječniku u ambulanti obiteljske medicine u Mostaru.

Iz istraživanja su bili isključeni mlađi od 18 godina, bolesnici koji uz primarnu dijagnozu kronične duševne bolesti imaju i dijagnozu kronične somatske bolesti, te ako uz primarnu dijagnozu kronične somatske bolesti imaju i dijagnozu kronične duševne bolesti.

Metode

Podaci su se prikupljali pomoću 2 upitnika:

1. Sociodemografski upitnik osobne izrade je namjenski sačinjen za ovo istraživanje sadržavao je informacije o godištu, stručnoj spremi, bračnom i ekonomskom statusu, pijenju alkoholnih pića, pušenju cigareta te dijagnozu kronične bolesti i broj dosadašnjih hospitalizacija.

2. Upitnik za procjenu kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacija (World Health Organization Quality of Life BREF) (32). Ovo je kraći oblik upitnika WHOQOL-100. Odabrane su 24 čestice iz originalnog upitnika, po jedna iz svake od 24 čestice koje opisuju kvalitetu života, te je odabrana po jedna čestica za kvalitetu života u cjelini i za opće zdravlje. Upitnik u cijelosti sadrži 26 čestica. Kao rezultat upitnika WHOQOL-BREF dobiva se profil kvalitete života koji polazi od modela koji objašnjava kvalitetu života kroz 4 područja: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Rezultati su dobiveni kombinacijom 24 čestice upitnika. Rezultat u svakom području izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju. Čestica opće kvalitete života i općeg zdravlja razmatraju se zasebno. Odgovori za svaku česticu daju se na skali Likertovog tipa od 1-5, gdje 1 označava najmanje slaganje, a 5 označava najveće slaganje sa česticom.

Statistička obrada podataka

Dobiveni rezultati istraživanja su se pohranjivali u MS Excel 2007 bazu podataka, za sve statističke analize korišten je SPSS 17 statistički program. U analizi podataka koristile su se metode deskriptivne statistike. Neparametrijske varijable su prikazane kao frekvencija i postotak. Parametrijske varijable su prikazivane kao aritmetička sredina i standardna

devijacija. Razdioba podataka testirala se Kolmogorov-Smirnovljenim testom. Za testiranje razlika među skupinama za kategorijske varijable korišten je hi-kvadrat test i Fisherov egzakti test. Za testiranje razlike među parametrijskim varijablama koristi se Student t-test. Razina vjerojatnosti od $p < 0,05$ je uzeta kao statistički značajna.

REZULTATI

Ispitujući obilježja kroničnih duševnih i kroničnih somatskih bolesnika u odnosu na sociodemografski status, došli smo do zaključaka da statistički značajna razlika postoji uspoređujući spol ($p=0,006$), radni status ($p < 0,001$), bračni status ($p < 0,001$), mjesto stanovanja ($p=0,038$) i ekonomski status ($p=0,001$), dok za stupanj obrazovanja statistički značajna razlika među skupinama ispitanika nije pronađena (tablica1).

Tablica 1. Raspodjela ispitanika u odnosu na sociodemografski status

	Kronične bolesti				χ^2	P
	Duševne		Somatske			
	N	%	N	%		
Spol					7,511	0,006
M	62	62,0	23	38,3		
Ž	38	38,0	37	61,7		
Radni status					40,647	<0,001
Zaposlen	12	12,0	28	46,7		
Nezaposlen	51	51,0	8	13,3		
Učenik/student	3	3,0	9	15,0		
Umirovljenik	34	34,0	15	25,0		
Stupanj obrazovanja					3,272	0,527*
Bez škole	1	1,0	1	1,7		
Osnovna škola	13	13,0	3	5,0		
Srednja škola	71	71,0	45	75,0		
Viša škola	5	5,0	4	6,7		
Visoka škola	10	10,0	7	11,7		
Bračni status					27,771	<0,001
Oženjen/udata	23	23,0	35	58,3		
Neoženjen/neudana	65	65,0	17	28,3		
Razveden/a	9	9,0	2	3,3		
Udovac/ica	3	3,0	6	10,0		
Mjesto stanovanja					4,304	0,038
Selo	35	35,0	11	18,3		
Grad	65	65,0	49	81,7		
Ekonomski status					7,962	0,001*
Vrlo loš	11	11,0	1	1,7		
Loš	28	28,0	5	8,3		
Srednji	45	45,0	36	60,0		
Vrlo dobar	16	16,0	17	28,3		
Odličan	0	0,0	1	1,7		

*Fisherov egzakti test

Uspoređujući skupine bolesnika u odnosu na pušenje pronađena je statistički značajna razlika ($p=0,001$). Čak 73 % duševnih bolesnika puši, dok u skupini somatskih bolesnika puši 45%. U odnosu na broj cigareta statistički značajna razlika nije pronađena (tablica2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika u odnosu na pušenje i broj cigareta

	Kronične bolesti				χ^2	P
	Duševne		Somatske			
	N	%	N	%		
Pušenje					11,378	0,001
Ne	27	27,0	33	55,0		
Da	73	73,0	27	45,0		
Broj cigareta					7,111	0,068
1-10	19	26,0	14	51,9		
11-20	26	35,6	7	25,9		
21-30	16	21,9	5	18,5		
>30	12	16,4	1	3,7		

*Fisherov egzakti test

S obzirom na pijenje alkoholnih pića pronađena je statistički značajna razlika među skupinama ispitanika ($p < 0,001$), gdje je učestalost pijenja bila viša kod somatskih (46,7 %) nego kod duševnih bolesnika (12 %). U odnosu na učestalost pijenja alkoholnih pića nije pronađena statistički značajna razlika (tablica3).

Tablica 3. Raspodjela ispitanika s obzirom na pijenje alkoholnih pića i učestalost

	Kronične bolesti				χ^2	P
	Duševne		Somatske			
	N	%	N	%		
Alkohol					22,222	<0,001
Ne	88	88,0	32	53,3		
Da	12	12,0	28	46,7		
Alkohol učestalost					0,545	0,964*
jedanput mjesečno i rjeđe	6	46,2	11	39,3		
2-4 puta mjesečno	4	30,8	9	32,1		
2-3 puta tjedno	2	15,4	6	21,4		
>4 puta tjedno	1	7,7	2	7,1		

*Fisherov egzakti test

S obzirom na broj hospitalizacija utvrđena je statistički značajna razlika ($p < 0,001$) gdje su duševni bolesnici hospitalizirani u 91 % slučajeva a somatski samo u 51,7 %, uz veću učestalost ponavljanih hospitalizacija 2-5 puta kod duševnih bolesnika (tablica 4).

Tablica 4. Razlika među skupinama bolesnika s obzirom na broj hospitalizacija

	Kronične bolesti				χ^2	P
	Duševne		Somatske			
	N	%	N	%		
Hospitalizacija					29,902	<0,001
Ne	9	9,0	29	48,3		
Da	91	91,0	31	51,7		
Broj hospitalizacija					15,106	0,002
1	22	23,9	18	58,1		
2-5	45	48,9	11	35,5		
6-10	17	18,5	0	0,0		
>10	8	8,7	2	6,5		

*Fisherov egzaktni test

Uspoređujući kvalitetu života između skupina bolesnika pronađena je statistički značajna razlika s obzirom na ukupan rezultat upitnika WHOQOL-BREF ($p < 0,001$) i svaku od 4 podskupine: tjelesno zdravlje ($p = 0,001$), psihološko zdravlje ($p < 0,001$), socijalni odnosi ($p < 0,001$) i okolina ($p < 0,001$).

Tablica 5. Raspodjela ispitanika s obzirom na rezultate provedene ankete WHOQOL-BREF (travanj, svibanj 2015. godine)

WHOQOL-BREF	Kronične bolesti				t	P
	Duševne		Somatske			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Tjelesno zdravlje	13,21	3,49	15,07	2,82	3,501	0,001
Psihološko zdravlje	13,02	3,12	16,18	2,39	7,200	<0,001
Socijalni odnosi	12,36	3,84	15,78	2,62	6,674	<0,001
Okolina	12,72	2,90	15,00	2,46	5,101	<0,001
Ukupni skor	12,62	3,80	14,93	2,40	4,718	<0,001

RASPRAVA

U ovom radu cilj nam je bio ispitati kvalitetu života kroničnih duševnih bolesnika i usporediti je sa kvalitetom života kroničnih somatskih bolesnika jer ovakvo ili slično istraživanje nije provedeno na području Federacije BiH. Prosječna dob ispitanika u našem istraživanju ne odstupa od prosječne dobi u sličnim istraživanjima (33,34,35).

Rezultati jednog od istraživanja kvalitete života kroničnih duševnih bolesnika s obzirom na socio-demografske pokazatelje provedenog 1997. godine u SAD-u nisu u skladu s našim rezultatima. Rezultati istraživanja pokazuju da nema statistički značajne razlike u spolu, bračnom statusu i radnom statusu

između shizofrenih bolesnika i somatskih bolesnika, dok u našem istraživanju statistički značajna razlika postoji (35). Takvu razliku u dobivenim rezultatima možemo protumačiti različitim ustrojem zdravstva između SAD-a i Federacije BiH. Činjenica je da psihijatrijskim bolesnicima u Federaciji BiH nije pridano dovoljno pažnje te su vrlo često izopćeni iz društva i obitelji, dok u SAD-u postoje specijalizirane privatne psihijatrijske institucije za njihovo hospitalitalno zbrinjavanje i liječenje.

Uzimajući u obzir smanjenu sposobnost prilagođavanja psihijatrijskih bolesnika dobiveni rezultati koji se odnose na bračni i radni status nisu iznenađujući. Upravo zbog tih pretpostavki očekivali smo i lošiji ekonomski status duševnih bolesnika što se također pokazalo točnim. Naime, većina duševnih bolesnika opisuje svoj ekonomski status kao loš ili srednji, dok ga somatski bolesnici većinom opisuju kao srednji i vrlo dobar. S obzirom da duševne bolesti dosežu vrhunac učestalosti u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi u rezultatima smo očekivali podjednak stupanj obrazovanja među skupinama.

U prethodno navedenom istraživanju napravljena je i usporedba između kvalitete života shizofrenih i kroničnih somatskih bolesnika. Rezultati su podjeljeni u pet podskupina: zdravlje, psihološko stanje, socioekonomski status, obitelj i ukupan rezultat. Statistički značajna razlika je pronađena samo u podskupini obitelj, odnosno kvaliteta života povezana s obitelji je lošija kod shizofrenih bolesnika (35). U našem istraživanju kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika bila je lošija sa statistički značajnom razlikom na svim područjima kvalitete života, koji uključuju: tjelesno zdravlje, psihološko zdravlje, socijalni odnosi, okolina i ukupni rezultat.

Drugo istraživanje provedeno 2007. godine, također u SAD-u imalo je rezultate slične našima. Većina psihijatrijskih bolesnika bila je muškog spola i više od 80 % ispitanika bilo je neoženjeno. Nadalje, istraživanje je pokazalo da je kvaliteta života hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika smanjena i to najviše na području socijalnih odnosa. Takav rezultat se slaže s našim podacima (33).

Opširna studija je provedena u Iranu 2008. godine i ispitala je prevalenciju pušenja cigareta kod

psihijatrijskih bolesnika podjeljenih u dvije skupine: shizofreni i ostali psihijatrijski bolesnici. Rezultati su pokazali da obe skupine bolesnika puše češće od opće populacije neovisno o dobi, spolu, bračnom i ekonomskom statusu. Prevalencija pušenja u skupini shizofrenih bolesnika je bila 71,6 %, dok je u skupini ostalih psihijatrijskih bolesnika bila 51,6 % (36). Istraživanje provedeno u Francuskoj također je potvrdilo prethodne rezultate, kao i naše istraživanje u kojem čak 73 % ispitanih duševnih bolesnika puši cigarete (37). Što se tiče broja cigareta, nije pronađena statistički značajna razlika.

Istraživanja koja su ispitivala prevalenciju konzumiranja alkohola kod psihijatrijskih bolesnika i to prvenstveno shizofrenih i shizoafektivnih, pokazuju veću učestalost konzumiranja alkohola nego u našem istraživanju. Jedna studija iz 2002. godine provedena u Američkoj Saveznoj državi New Hampshire-u navodi da je prevalencija konzumiranja alkohola 33,7 %, dok je naše istraživanje pokazalo prevalenciju od samo 12 % (38).

Istraživanje provedeno 2004. godine u psihijatrijskoj bolnici u Turskoj ispitivalo je prevalenciju pušenja cigareta i konzumacije alkohola. Rezultati su pokazali da 69,4 % puši cigarete, a čak 44,9 % bolesnika konzumira alkohol. Rezultati su također pokazali da ne postoji povezanost između pušenja cigareta i konzumacije alkohola sa sociodemografskim obilježjima poput dobi, spola, bračnog i ekonomskog statusa (39). Prevalencija pušenja cigareta je u skladu s našim rezultatima, dok je postotak bolesnika koji konzumiraju alkohol izraziro veći nego kod nas.

U našem istraživanju dobili smo očekivane rezultate s obzirom na broj hospitalizacija. Veći broj hospitalizacija kod kroničnih bolesnika utječe na kvalitetu života zbog otuđenosti od okoline i obitelji te usamljenosti. Čak 91 % psihijatrijskih bolesnika je bilo hospitalizirano, dok je 51,7 % somatskih bolesnika hospitalizirano barem jedanput. Što se tiče broja hospitalizacija najveći broj duševnih bolesnika je hospitalizirano 2-5 puta, dok je najveći broj somatskih bolesnika hospitalizirano samo jednom. Takvi rezultati su očekivani s obzirom na prirodu psihijatrijskih bolesti i potencijalne opasnosti koju oboljeli pokazuju prema sebi i drugima.

U istraživanju provedenom 2006. godine u Turskoj, ispitivana je kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika, kroničnih somatskih bolesnika i zdrave populacije. Rezultati su pokazali da u svakoj podskupini kvalitete života psihijatrijski bolesnici imaju najlošiji rezultat. Podskupina s najlošijim rezultatom bila je ona koja obuhvaća socijalne odnose, a takav rezultat se slaže s našim podacima (40).

Naše istraživanje je obuhvaćalo velik broj ispitanika pa svako neslaganje s rezultatima prethodnih istraživanja možemo protumačiti kao posljedica kulturoloških razlika i različitog tretmana psihijatrijskih bolesnika. Također bi se u obzir trebala uzeti upitna iskrenost ispitanika, njihovo trenutno raspoloženje koje ovisi o farmakoterapiji, a uvelike utječe na rezultate upitnika.

U budućnosti se nadamo mogućnosti proširenja ovog istraživanja uz uključivanje vrste kronične psihijatrijske bolesti, njenog trajanja i trajanja terapije kao i utjecaj tih čimbenika na kvalitetu života.

ZAKLJUČCI

1. Kod duševnih bolesnika statistički značajan je veći broj muških ispitanika, veći broj živi na selu, većinom su nezaposleni i neoženjeni/neudane.
2. Kronični duševni bolesnici statistički više puše, a manje piju alkoholna pića.
3. Kronični duševni bolesnici su statistički značajno više puta hospitalizirani.
4. U odnosu na stupanj obrazovanja ne postoji statistički značajna razlika.
5. Kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika je statistički značajno lošija u odnosu na kvalitetu života kroničnih duševnih bolesnika i to u svim podskupinama: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina.
6. Najlošije ocjenjena podskupina kod kroničnih duševnih bolesnika su bili socijalni odnosi, dok je kod somatskih bolesnika najlošije ocjenjena okolina.

LITERATURA

1. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL):

- Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
- Best CJ, Cummins RA. The Quality of Rural and Metropolitan Life. *Australian Journal of Psychology* 2000;52:69-74.
 - Diener E, Suh EM, Lucas R, Smith HL. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress 1999.
 - Cummins RA. Quality of life definition and terminology: a discussion document from the International Society for Quality of Life Studies. Blacksburg, VA: International Society for Quality of Life Studies 1998;1-43.
 - Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL. Quality of life indexes or national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research* 2001;1-96.
 - Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme* 2008;24:67-89.
 - Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies* 2000;1:133-158.
 - Kahneman D, Krueger AB. Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. *Journal of Economic perspectives* 2006.
 - Krueger AB, Kahneman D, Schkade D, Schwartz N, Stone A. National time accounting: The currency of life 2008.
 - Robinson MD, Clore GL. Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin* 2002;128:934-960.
 - Siegrist J. Subjective well-being: new conceptual and methodological developments in health-related social sciences Paris, 2003.
 - Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of Well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;71:616-628.
 - Diener E, Rahtz DR. Advances in quality of life theory and research. *Social indicators research series Vol.4*. Boston: Kluwer Academic Publishers 2000.
 - Cummins RA. On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research* 1995;35:179-200.
 - Liu B. Quality of life indicators: A preliminary investigation. *Social Indicators Research* 1974;1:187-208.
 - O'Boyle CA. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). *International Journal of Mental Health* 1994;23:3-23.
 - Bergner M, Bobbit R, Carter W, Gilson B. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1981;19:787-805.
 - Ware JE. SF-36 Health Survey: Manual & interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center 1993.
 - The World Health Organization Quality of Life Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health 1996.
 - Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis: The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism* 1980;23:146-152.
 - Aaronson NK, Ahmendzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Fletchtner H, Fleishman SB, De Haes JCJM, Kaasa S, Klee M, Osova D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw K, Sullivan M, Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993;85:365-376.
 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-571.
 - Colvin RC, Block J. Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin* 1994; 116:3-20.

24. Vuletić G, Ivanković D. Kvaliteta života i zdravlje. *Osijek. Hrvatska zaklada za znanost* 2011;32-40.
25. Matijaca B. *Ogledi: stranputice i putokazi: medicina psihijatrija, društvo. Zagreb. Medicinska naklada* 2010.
26. Minkoff K. „A Map of the Chronic Mental Patient“ in Task Force Report of the American Psychiatric Association Ad Hoc Committee on the Chronic Mental Patient, Washington DC: American Psychiatric Association 1978;11-37.
27. Frančišković T, Moro Lj i sur. *Psihijatrija. Zagreb. Medicinska naklada* 2009.
28. Priebe S. Importance of quality of life for psychiatric management and research. *Psychiatr Prax* 1994;21:87.
29. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
30. Miljković S, Vukić D, Trajanović Lj. Quality of life in mental disorders. Niš: The Society of Behavioral Theory and Practice 2004.
31. Martin CR, Allan R. Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychol Health Med* 2007;12:126-34.
32. Skevington SM, Lotfly MI, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field, a report from the WHOQOL 26. Group. *Quality of Life Research* 13 2004;299-310.
33. Pitkänen A. Improving Quality of Life Patients with Schizophrenia in Acute Psychiatric Wards. *Turku* 2010.
34. Sharir D, Tanasescu M, Turbow D, Maman Y. Social Support and Quality of Life Among Psychiatric Patients in Residential Homes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation. New York* 2007;11:85.
35. Atkinson M, Zibin S, Chuang S. Characterizing Quality of Life Among Patients With Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-Report Methodology. *American Journal of Psychiatry* 1997.
36. Ziaaddini H, Kheradmand A, Vahabi M. Prevalence of Cigarette Smoking in Schizophrenic Patients Compared to Other Hospital Admitted Psychiatric Patients. *Addict Health* 2008;1:38-42.
37. Poirier MF, Canceil O, Bayle F, Millet B, Bourdel MC, Olie JP, Attar-Levy D. Prevalence of smoking Among Psychiatric Patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2002;26:415-618.
38. Drake R, Mueser KT. Co-Occuring Alcohol Use Disorder and Schizophrenia. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 2002.
39. Akvardar Y, Tumuklu M, Binnur B, Ulas H, Kitis A, Alptekin K. Substance Use Among Patients With Schizophrenia in a University Hospital. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004.
40. Akvardar Y, Binnur B, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006.

THE QUALITY OF LIFE OF CHRONIC MENTAL PATIENTS

Ines Adrić¹, Dragan Babić^{1,2,3}
Faculty of Medicine, University of Mostar¹
Faculty of Health Sciences, University of Mostar²
Department of Psychiatry, University Clinical Hospital Mostar³
88 000 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this study was to examine the quality of life of chronic mental patients due to the socio-demographic characteristics and to compare it with the quality of life of chronic somatic patients.

METHODS AND SUBJECTS: The test group consisted of a 100 chronic mental patients tested at the Department of Psychiatry at the University Clinical Hospital Mostar, and the control group was made up of 60 chronic somatic patients tested at the Family Medicine medical clinic at the Health Center in Mostar. The survey was conducted with a socio-demographic questionnaire and a standardized questionnaire on the quality of life of the World Health Organization WHOQOL-BREF.

RESULTS: There were more males the group of mental patients, but more females in the group of somatic patients. More than half of the chronic mental patients were unemployed, while the number was lower in the group of somatic patients. More than half of chronic mental patients were single men and women, while more than half of somatic patients were married. A larger number of chronic mental patients were living in rural areas. The economic status of chronic mental patients was poorer than in chronic somatic patients. More than 70% of mental patients smoke cigarettes, and from the group of somatic patients smoke less than half. Drinking alcoholic beverages was more prominent in the group of somatic patients. Nearly all mental patients have been hospitalized at least once, while in the group of somatic patients only half of the respondents were hospitalized. The quality of life of chronic mental patients was inferior to the quality of life of chronic somatic patients in all sub-categories: physical health, psychological health, social relationships and environment. The lowest graded subgroup in chronic mental patients were social relations, while in chronic somatic patients it was the environment.

CONCLUSION: The quality of life of chronic mental patients was inferior to the quality of life of chronic somatic patients.

Key words: chronic mental patients, quality of life

Correspondence:

Ines Adrić, MD

E-mail: ines.adric@gmail.com