

ZDRAVSTVENI GLASNIK

Health Bulletin



Fakultet zdravstvenih studija u Mostaru

ZDRAVSTVENI GLASNIK

Uredništvo

Nakladnik: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

Za nakladnika: Prof. dr. sc. Ivan Vasilj, dekan

Urednik: Prof. dr. sc. Dragan Babić

Pomoćnici urednika:

V. as. mr. sc. Marko Martinac, dr. med

V. as. mr. sc. Marko Pavlović, dr. med

Urednički odbor:

Prof. dr. sc. Ivan Vasilj

Prof. dr. sc. Mladen Mimica

Prof. dr. sc. Zdenko Ostojić

Prof. dr. sc. Darinka Šumanović Glamuzina

Prof. dr. sc. Vajdana Tomić

Doc. dr. sc. Ivo Curić

Doc. dr. sc. Ivan Ćavar

Doc. dr. sc. Miro Miljko

Doc. dr. sc. Vesna Miljanović Damjanović

As. mr. sc. Olivera Perić, dipl.med.sestra

As. mr. sc. Ivona Ljevak, dipl.med.sestra

Tehnički urednik: Mr. sc. Josip Šimić

Lektura:

V. ass. Kaja Mandić, prof.

V. ass. Dragana Moro, prof.

Web Admin: Sanda Mandić, ing.

Kontakt:

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

Bijeli Brijeg bb, 88000 – Mostar Bosna i Hercegovina

Tel: +38736 337 063; +387 36 337 050;

Fax: +387 36 337 051

E mail: zdravstveni.glasnik@sve-mo.ba

ZDRAVSTVENI GLASNIK

Health Bulletin

Fakultet zdravstvenih studija u Mostaru

Sadržaj

Osman Sinanović, Dragan Babić POTREBA I OBEVEZA ZNANOSTI NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA	9
Danica Železnik, Ružica Kanisek, Uroš Železnik USPOREDBA USAMLJENOSTI ADOLESCENATA I STARIJIH OSOBA U USTANOVAMA SOCIJALNE SKRBI.....	14
Irena Babić, Dragan Babić, Marko Martinac, Ivan Vasilj, Marina Vasilj PSIHIČKI SIMPTOMI I KVALITETA ŽIVOTA STUDENATA IZ OBITELJI S ISKUSTVOM RATA	27
Ivana Palac, Darinka Šumanović-Glamuzina, Iva Mikulić, Gordan Galić PROŠIRENOST DOJENJA I ČIMBENICI KOJI UVJETUJU ODUSTAJANJE OD DOJENJA NA PODRUČJU MOSTARA	35
Karlo Ostrogonac, Melita Rukavina, Ivana Crnković ASPEKTI KVALITETE ŽIVOTA ŽENA OBOLJELIH OD RAKA DOJKE U KREIRANJU REHABILITACIJSKOG PROCESA.....	47
Zdeslav Katavić, Martina Šimunović, Matea Perković, Zdenko Katavić, Dragan Babić KVALITETA ŽIVOTA PARAPLEGIČARA	57
Ivona Ljevak, Marko Romić, Ivan Vasilj, Josip Šimić, Olivera Perić IZVOR STRESA U MEDICINSKIH SESTARA - PRIMALJA SVEUČILIŠNE KLINIČKE BOLNICE MOSTAR.....	65
Leon Ajtlbez, Dragan Babić SHOPPINGHOLIZAM - OVISNOST MODERNOG DOBA	72
Ornela Stojčić, Marijana Marijanović, Jadranka Knežević HEMOLITIČKA BOLEST NOVOROĐENČETA: DIREKTNI COOMBS TEST	83

RIJEČ UREDNIKA

Poštovani čitatelji,

Zadovoljstvo mi je pisati kratki urednički tekst za četvrti broj elektroničkog časopisa Zdravstveni glasnik jer je to znak da imamo kvalitetne radove i za ovaj broj. Znak je to i da ne posustajemo nego se urednički odbor i dalje sustavno educirajući naše studente i na ovaj način bori za zdravlje. Oni koji prate razvoj i stanje na Fakultetu zdravstvenih studija znaju da smo ove godine navršili 16 godina od osnutka fakulteta i da je naš fakultet od Više preko Visoke škole izrastao u dobro organiziran fakultet koji je od ove jeseni upotpunjen i doktorskim studijem. Osim brojnih kvaliteta naš fakultet se može pohvaliti i s preko 1000 aktualno upisanih studenata, što ga po brojnosti svrstava u prvu polovicu našeg sveučilišta.

Interes za publiciranje u Zdravstvenom glasniku je u porastu pa i ovaj put osim iz BH centara imamo radove i iz Republike Hrvatske i Republike Slovenije. I dalje nastojimo držati kontinuitet publiciranja kvalitetnih radova i sukladno mogućnostima sustavno raditi na podizanju kvalitete, a odmah po izalasku ovog broja idemo u proces indeksiranja časopisa. Nastojimo kod naših studenata, a i onih koji su završili fakultet sustavno podizati nivo svijesti i potrebu za znanosti. Razlog za to je vrlo jednostavan: za zdravlje se ne može boriti samo radom i strukom nego i sudjelovanjem u znanstvenom radu. I to je naša trajna zadaća.. Zahvaljujem svima koji su pisanjem svojih radova doprinijeli izlasku ovog broja, a ujedno pozivam sve zainteresirane da šalju svoje radove za naša slijedeća izdanja. Nadam se da ćete čitanjem časopisa Zdravstveni glasnik dobiti nove korisne informacije, steći korisna znanja, a sve sugestije, primjedbe i komentare shvatit ćemo dobronamjerno i pokušati ih iskoristiti u stvaranju što kvalitetnijih narednih brojeva.

Mostar, studeni 2016.

Dragan Babić

EDITORIAL

Dear Readers,

It is my pleasure to write a brief editorial text for the fourth issue of the electronic journal Health Bulletin because it is a sign that we have a quality papers for this number, too. It is also a sign that we are not going awry but the editorial board continues to systematically educate our students and in this way we fight for health. Those, who are following the development and the situation at the Faculty of Health Studies, know that this year is the sixteenth anniversary of the establishment of the Faculty and that it has grown into a well-organized faculty which, from this school year, is rounded with doctoral studies. In addition to its qualities our Faculty boasts with over 1,000 currently enrolled students, and when numbers are considered, this number of students, launches it into the first half of our University.

The interest for publication in the Health Bulletin is in the rise, and this time, apart from BH centers we have received papers from the Republic of Croatia and from the Republic of Slovenia. We continue to strive to keep the continuity of publishing quality papers and in accordance with the possibilities we systematically work on the improvement of the quality, and immediately after publishing this number, we will enter the process of magazine indexing. We try with our students, and with those who finished the higher education process, to systematically raise the level of awareness and the need for science.

The reason is very simple: we cannot fight for health only by work and profession, but also by participating in scientific work. And this is our permanent task. I would like to thank everyone who contributed to the publishing of this number by sending their papers, and I also invite all interested parties to submit their works for our next issue. I hope you will get new, useful information, and acquire useful knowledge by reading the journal Health Bulletin, and all suggestions, remarks and comments we will accept in good faith and try to use them to create better future issues.

Mostar, November 2016.

Dragan Babic

POTREBA I OBEVAZA ZNANOSTI NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA

Osman Sinanović^{1,2}, Dragan Babić^{3,4}

¹Klinika za neurologiju, Univerzitetsko klinički centar Tuzla,

²Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, 75000 Tuzla, Bosna i Hercegovina

³Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

⁴Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, 88000 Mostar, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Znanost je sistematizirana i argumentirana suma znanja u određenom povijesnom razdoblju o objektivnoj stvarnosti, do koje se došlo svjesnom primjenom objektivnih istraživanja. To je jedinstvo otkrića i dokaza, metoda i sustava, istraživanja i izlaganja. Nadalje, to je objektivno, sistematizirano i na argumentima zasnovano znanje o zakonitostima, činjenicama, pojavama i njihovim vjerovatnim uzrocima, stečeno i provjereno egzaktnim promatranjem, organiziranim eksperimentima i pravilnim razmišljanjem. Znanošću se trebaju baviti svi studenti, a napose studenti biomedicinskih i sestrinskih ili zdravstvenih fakulteta. Ovo, prije svega zbog činjenice da je nužno već na dodiplomskom studiju upoznati, usvojiti i poštovati znanstveni način mišljenja. A kada se završi fakultet zdravstvenih studija, ta potreba je naprosto prirodna. I nije privilegija samo ambicioznih i onih koji žele "sutra" biti nastavnici na fakultetu koji su završili, nego obaveza svih, pa i onih koji žele biti "samo uspješni praktičari i profesionalci".

Ključne riječi: znanost, fakultet zdravstvenih studija

Osoba za razmjenu informacija:

Prof.dr.sc. Osman Sinanović

E mail: osman.sinanovic@ukctuzla.ba

ZNANJE I ZNANOST

Znanje je opći termin za posjedovanje sredenog skupa informacija u nekom području i treba ga razlikovati od termina *poznavanje* koje se odnosi na posjedovanje informacije osobnog neposrednog iskustva. Znanje je društveno, a ne individualno iskustvo. Ne postoji jednostavna i opšteprihvaćena definicija znanosti. Često se pojam znanost poistovjećuje s mnoštvom poznatih činjenica, zakonitosti i teorija kojima razumijemo i tumačimo svijet ili sveopću stvarnost. Katkad se naglasak stavlja na način na koji se vrši spoznaja stvarnosti, stav prema svijetu što nas okružuje ili se pod pojmom znanost podrazumije čovjekova i društvena djelatnost i njeni produkti. Zapravo je riječ o jačem ili slabijem isticanju pojedinih dijelova sadržaja pojma znanost.

Znanost (lat. *scientia* – znanje, saznanje, vještina; grčki: „episteme”; francuski i engleski: „science”; italijanski: „scienza”; nemački: „Wissenschaft”) je pojam koji nije jednostavno ni lako definirati. I zbog toga postoji više definicija kojima se pokušava, s jedne strane postići "konsenzus" o pojmu, a s druge biti "originalan", dati svoj "doprinos". Etimološki, znanost je šireg značenja i praslovenska je riječ. Konkretno definiranje značenja riječi je posljedica njene primjene na ovu oblast ljudskog znanja.

Prema Općoj enciklopediji bivšeg Jugoslovenskog leksikografskog zavoda, "znanost je sistematizirana i argumentirana suma znanja u određenom povijesnom razdoblju o objektivnoj stvarnosti, do koje se došlo svjesnom primjenom objektivnih istraživanja". Mišljenja sam da je ovo definicija "po

mjeri” i ističe dvije važne odrednice – ”određeno povijesno razdoblje” i ”svjesnost primjene objektivnih istraživanja”. Naime, ono što je bilo ”znanstveno” u pretprošlom, ne mora biti u ovom stoljeću, jer su promijenjene mogućnosti dopiranja do znanstvene istine. Nadalje, ”svjesnost primjene objektivnih istraživanja” je suština traganja za znanstvenom istinom.

Dakle, znanost je organiziran sustav sveukupnog ljudskog znanja, kako općih tako i onih u nekom specifičnom području, stečen opažanjem procesa i pojava u prirodi i društvu, obrađen racionalnim, znanstveno prihvatljivim metodama. To je jedinstvo otkrića i dokaza, metoda i sustava, istraživanja i izlaganja. Nadalje, to je objektivno, sistematizirano i na argumentima zasnovano znanje o zakonitostima, činjenicama, pojavama i njihovim vjerovatnim uzrocima, stečeno i provjereno egzaktnim promatranjem, organiziranim eksperimentima i pravilnim razmišljanjem.

U najširem značenju znanost jeste znanje i često se koristi kao sinonim za znanje. Međutim svako znanje nije i znanstveno znanje, jer pored znanstvenog postoji i zdravorazumsko, religijsko i estetsko znanje. Zdravorazumsko znanje je pretežno iskustveno, stečeno opažanjem, a ne nikakvim istraživanjem, to je tzv. obično znanje. Religijsko znanje je bazirano na religijskom učenju i pogledu na svijet, koje ima svoju ”logiku” koja se ne može dokazivati niti provjeravati ”istraživanjem”. Estetsko znanje podrazumijeva različite forme umjetničkog stvaranja (slikarstvo, muzika, književnost) u kojima je shvaćanje stvarnosti u velikom obimu izraz subjektivnog ”pogleda” stvaraoca na njegovo okruženje, odnose, uzroke, posljedice. Dakle, znanstveno znanje se razlikuje u odnosu na sva druga znanja, zbog toga što se do njega dolazi uz upotrebu znanstveno verificiranih metoda, što je sistematizirano, objektivno, podložno provjeri.

Znanje kao pojam se inače koristi uglavnom za ono što je već poznato, to je dakle sustav objašnjenih činjenica nastao kao rezultat znanstvenih otkrića. No, do znanja se može ”doći” i iskustvom, ali tako stečeno znanje ne otkriva u cjelosti složenost odnosa među činjenicama, ne objašnjava ovisnost jednih

od drugih i ne omogućuje predviđanje događaja zasnovano na argumentima.

Nadalje, znanost ima četiri definirane temeljne vrijednosti: izvor je stvarnog znanja za čovječanstvo; ključni je dio organiziranog obrazovnog sustava, dio je kulture neke sredine, državne ili druge zajednice (ili naroda), doprinosi općem dobru i sigurnosti svakodnevnog života pojedinca i ljudske zajednice.

ZNANSTVENA ISTRAŽIVANJA

Znanstveno istraživanje se može klasificirati na više načina – prema oblastima proučavanja, metodama istraživanja, nivoima istraživanja i prisustvu vlastitih znanstvenih zakona. Prema oblastima proučavanja, dijele u znanstvene discipline, koje se nerijetko u mnogome preklapaju. Uobičajeno je da se govori o *prirodno-matematičkim znanostima* (astronomija, biologija, fizika, geofizika, geologija, geografija, kemija, matematika i ostale prirodno-matematičke znanosti); *tehničko-tehnološkim znanostima* (elektrotehnika, strojarstvo, kemijska tehnologija, prehrambena tehnologija, metalurgija, arhitektura i urbanizam, građevinarstvo i vodoprivreda, primijenjena geologija i geofizika, geodezija, rudarstvo, promet, industrijsko inženjerstvo i ostale tehničko-tehnološke znanosti); *biotehničke znanosti* (znanost o zemljištu, zaštita bilja, biljna proizvodnja, veterina – koja se može svrstati i u medicinske znanosti, stočarska proizvodnja, šumarstvo i ostale biotehničke znanosti); *medicinske znanosti* (medicina, stomatologija, farmacija, sestrinstvo i ostale medicinske znanosti); *društvene znanosti* (antropologija, demografija, ekonomske znanosti, filozofija, organizacijske/menadžerske znanosti, pedagogija, političke znanosti, pravne znanosti, psihologija - mada psihologija može biti svrstana i u medicinske znanosti/medicinska psihologija, sociologija, statistika i ostale društvene znanosti); *kulturno-povijesne znanosti* (povijest, arheologija, etnologija, lingvistika, klasična filologija, znanost o književnosti, povijest umjetnosti – slikarstvo, kiparstvo, arhitektura, muzikologija, fizička kultura/kineziologija, teologija i ostale kulturno-povijesne znanosti); *informaitčke znanosti*.

Prema metodama istraživanja možemo govoriti o *neeksperimentalnim znanostima* u kojima je dominantni metod prikupljanje podataka vezan za promatranje i bilježenje opaženih pojava; *eksperimentalnim znanostima* u kojima je eksperiment osnovni način provjere postavljene hipoteze. Ova podjela ima i svojih slabosti, jer npr. neka istraživanja u jednom dijelu mogu da budu neeksperimentalna, a da potom pređu u „drugi tabor“.

S obzirom na svrhu i „nivo“ znanstvena istraživanja se dijele na: fundamentalna ili bazična neusmjerena, fundamentalna (bazična) usmjerena (ili strateška), primijenjena i razvojna istraživanja.

Fundamentalna neusmjerena (bazična ili osnovna) istraživanja su ona kojima se otkrivaju nove činjenice i zakonitosti i povećava nivo općeg znanja. Usmjerena su na povećanje općeg znanja i nemaju u vidu nikakav praktični cilj ili svrhu da odgovore izravno na neka praktična pitanja. Međutim, prema navodima Komiteta za dodjelu Nobelove nagrade za znanost „ništa nije praktičnije od fundamentalnih istraživanja čije krajnje rezultate niko ne može predvidjeti“. I zaista, mnoga bazična istraživanja su nakon nekog vremena postala vrlo praktična kako u medicini (npr. znanstvena otkrića koja su kasnije dovela do proizvodnje lijekova ili vakcina), a tako i drugim područjima.

Fundamentalna usmjerena (strateška) istraživanja su ona koja kao i fundamentalna nisu odmah aplikabilna, ali jesu dovedena do faze kada mogu neposredno primijeniti i donekle su orjentirana na praktična pitanja. Takva su tzv. preklinička istraživanja koja se obavljaju na razvijenim medicinskim fakultetima i „nursing“ fakultetima, u fiziološkim ili biokemijskim laboratorijama.

Primijenjena istraživanja su vezana za davanje odgovora na neka praktična pitanja, na rješavanje nekih praktičnih problema (npr. prevencija nekih bolesti, otkriće uzroka nekih bolesnih stanja, analiza novih dijagnostičkih ili terapijskih procedura. Ona se odnose i na traženje novih lijekova za neku bolest. Najveći broj medicinskih istraživanja i istraživanja u okviru fakulteta zdravstvenih studija, naročito u slabije razvijenim zemljama spadaju u ovu kategoriju.

Razvojna istraživanja su usmjerena ka razvoju već poznatih metoda i tehnika ili primjena usvojenih općih znanja na lokalne prilike. Većina kliničkih istraživanja su razvojna.

ZNANOST NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA

Da li se studenti na fakultetima zdravstvenih studija ili općenito studenti trebaju baviti znanostu i istraživanjem. Pa svakako da je odgovor pozitivan. Naravno, oni prvenstveno trebaju da stječu opća znanja iz svoje znanstvene obalasti. Oni moraju da znaju o otkrićima uvjetnih refleksa, npr., koje je svojevremeno otkrio Pavlov i za to dobio Nobelovu nagradu, da ne bi sanjali kako u tom području bi mogli jednog dana postali Nobelovci. Ali trebaju i da znaju i da se sami pokušavaju slične eksperimente jer možda dođu do nekih spoznaja i ideja da „odu dalje od Pavlova“. Naravno, oni se već u tijeku dodiplomski diplomskih studija mogu baviti znanstveno-istraživačkim radom, ne samo da bi sudjelovali npr. na nekom studentskom kongresu. U nekim razvijenim zemljama, kao što je Švedska ili Finska, studenti (svakako ne svi, nego oni najbolji, najradoznaliji, najuporniji) mogu upisati doktorske studije, ne čekajući da završe dodiplomske. Naravno u našim uvjetima je to još daleko.

A oni koji završe „nursing“ fakultet ili bilo koji fakultet koji pokriva zdravstvenu znanost, trebaju i/ili moraju da se bave istraživanjem. Čak i oni koji bi da ostanu samo na praktičnom nivou znanja. Zašto? Pa zato što bez istraživanja neće biti ni dobri profesionalci. I zbog činjenice da ako „neko nema ambiciju da se bavi znanstvenim istraživanjem, ne znači da mu znanost ne treba“. Dakle, treba se usvojiti znanstveni način mišljenja, treba steći naviku praćenja stručne i zastvene literature i kritičkog promišljanja pročitanog.

ZAKLJUČAK

U želji za što većim opsegom znanja i mogućnosti pružanja što kvalitetnije zdravstvene zaštite, a u cilju edukacije studenata i nastavnog osoblja, znanost na Fakultetu zdravstvenih studija je neupitna potreba i obveza.

LITERATURA

1. Russell WMS, Burch RL. The principles of humane experimental technique. London: Methuen, 1959.
2. Šentija J (urednik). Opća enciklopedija. Zagreb: Jugoslovenski leksikografski zavod, 1977.
3. Mimica MM. Uvod u medicinska istraživanja. Zagreb: Školska knjiga, 1989.
4. Wolfensohn S, Lloyd M. Handbook of laboratory animal management and welfare. New York: Oxford University Press, 1994.
5. Blaxter L, Hughes C, Tigh M. How to research. Buckingham: Open University Press, 1996.
6. Botting JH, Morrison AR. Animal research is vital to medicine. Scientific American 1997: 83-85.
7. Marušić M i suradnici. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
8. Schuppli CA, Fraser D, McDonald M. Expanding the three to meet new challenges in human animal experimentation. Altern Lab Anim 2004; 32: 525-532.
9. Mimica M, Babić D, Vasilj I. Važnost i značaj znanosti na fakultetu zdravstvenih studija. Zdravstveni glasnik 2015; 1(1): 9-12.
10. Marušić M. Zdravstvena profesija i znanost. Zdravstveni glasnik 2015; 1(2): 9-14.

NEEDS AND OBLIGATIONS OF SCIENCE AT THE FACULTY OF HEALTH STUDIES

Osman Sinanović¹, Dragan Babić²

¹Department of Neurology, University Clinical Center Tuzla,

Faculty of Medicine, University of Tuzla, 75000 Tuzla, Bosnia and Herzegovina

²Faculty of Health Studies, University of Mostar, Bijeli Brijeg bb, 88300 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

Science is the systematic and substantiated suspicion of knowledge in a particular historical period of objective reality, which has been the result of conscious application of objective research. It is the unity of discovery and evidence, methods and systems, research and presentation. Furthermore, it is objective, systematized and arguments based knowledge about the laws, facts, phenomena and their probable causes, gained and verified by exact observation, organized experiments and proper reflection. Science should be addressed by all students, especially students of biomedical, nursing or faculties of health studies. This, above all due to the fact that it is necessary already in the undergraduate program to introduce, adopt and adhere to a scientific way of thinking. And once the student has graduated from the Faculty of Health Studies, this need is simply natural. And it's not just a privilege for the ambitious and those who wish to be teachers at the university "tomorrow", but an obligation for all, even those who want to be "only successful practitioners and professionals."

Keywords: Science, Faculty of Health Studies

Correspondence:

Prof. Osman Sinanovic, PhD

E-mail: osman.sinanovic@ukctuzla.ba

USPOREDBA USAMLJENOSTI ADOLESCENATA I STARIJIH OSOBA U USTANOVAMA SOCIJALNE SKRBI

Danica Železnik^{1,2}, Ružica Kanisek³, Uroš Železnik^{1,4}

¹Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Slovenija

²Alma Mater Europaea, ECM, Slovenija

³Dom za starije i nemoćne osobe Osijek, Hrvatska

⁴Dom zdravlja Ptuj, Slovenija

Rad je primljen 16.08. 2016.

Rad je recenziran 26.08.2016.

Rad je prihvaćen 09.09.2016.

SAŽETAK

UVOD: Usamljenost se često opisuje kao neugodna, bolna, anksiozna potreba za drugom osobom ili osobama. To je ljudsko iskustvo koje u većoj ili manjoj mjeri dožive svi ljudi u nekom životnom razdoblju.

CILJ: Cilj je istraživanja utvrditi postoje li razlike u percepciji usamljenosti između adolescenta smještenih u ustanovi za djecu i mlade i osoba starije životne dobi smještenih u domu za starije osobe.

METODE I ISPITANICI: U ovom istraživanju je sudjelovalo ukupno 70 ispitanika, od kojih je 25 korisnika Dječjeg doma Klasje u Osijeku dobi od 12 – 20 godina i 45 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe u Osijeku dobi od 67 godina i više. Instrument istraživanja je anonimni anketni upitnik. Razlike između ocjena usamljenosti prema ustanovama testirane su Mann Whitney testom, a prema razlogu smještaja u dom Kruskal Wallis testom.

REZULTATI: Od ukupnog broja ispitanika 67,1 % su žene, a 32,9 % muškarci. S nepotpunom osnovnom školom je 32,9 % ispitanika, osnovnu školu ili srednju ima završenu 60 % ispitanika, dok samo 7,1 % ispitanika ima završenu visoku školu ili fakultet.

Rezultati ukazuju na to da se najveća razlika između dvije skupine očituje kroz socijalnu podršku i kvalitetu odnosa među skupinama, a nešto manje kroz emocionalna stajališta.

RASPRAVA I ZAKLJUČCI: Iz istraživanja se može zaključiti da je nešto manja usamljenost među adolescentima nego među starijim osobama u ustanovama. Naglasak ovog istraživanja bi bio, da bi se trebalo više posvetiti pažnje individualnim potrebama mladih i starih osoba u svrhu uključivanja u zajedničke programe prema njihovim mogućnostima.

Ključne riječi: adolescenti, starije osobe, usamljenost

Osoba za razmjenu informacija:
izv. prof. dr. Danica Železnik
zeleznik.danica@gmail.com

UVOD

Osnovna ljudska potreba je potreba za pripadanjem i ona je temeljni ljudski motiv koji pretpostavlja da sva ljudska bića teže formiranju i održavanju ugodnog i trajnog intrepersonalnog odnosa. Socijalni odnosi koji nas ispunjavaju zadovoljstvom, u kojima uspijemo zadovoljiti osnovne socijalne potrebe i svoju potrebu za intimnošću čine nas ispunjenim, zadovoljnim i na osnovu toga određujemo naše ponašanje u odnosu na druge (1).

Tijekom adolescencije posebno je važno druženje, što utječe na identitet adolescenata i pripadnost nekoj grupi. Adolescencija se najčešće doživljava kao veseli i vrlo aktivni period, kojeg karakteriziraju česta druženja te intenzivni socijalni odnosi, ali neki adolescenti žive u ustanovama socijalne skrbi i žive na drugačiji način, te zbog toga mogu osjećati usamljenost.

Sa starenjem, neizbježno je da ljudi gube vezu sa svojim prijateljskim mrežama te da je teže pokrenuti

nova prijateljstva i izgraditi nova umrežavanja. Koncept socijalne mreže se obično opisuje kao mreža koja se sastoji od određene osobe i svih ljudi koje ona poznaje ili s njima redovito dolazi u interakciju (2).

Dosadašnja istraživanja o ispitivanju socijalne mreže i usamljenosti nisu dala konzistentne rezultate. Dok neka pokazuju postojanja negativne povezanosti, u drugima nije pronađen takav odnos. Takvi rezultati upućuju da usamljenost ima više veze s kvalitetom socijalnih kontakata nego s njihovom dostupnošću i učestalošću, pa to podupire tvrdnju da se ljudi osjećaju manje usamljeni kada su zadovoljni svojom socijalnom mrežom. Kada doživljaju intimnosti i bliskosti u interpersonalnim odnosima, znaju da mogu računati na podršku osoba iz svoje socijalne mreže, te kada su uključeni u socijalnu mrežu čiji su članovi visoko međusobno povezani (2). Poznato je, da pojedinac može biti usamljen i kada se nalazi u blizini drugih ljudi, te da za osjećaj usamljenosti nije bitna fizička prisutnost drugih osoba.

Socijalna podrška je jedan od važnijih pokazatelja kvalitete socijalne mreže, jer je vjerojatnije da će osoba, kada bude potrebno, dobiti pomoć i empatiju od članova svoje socijalne mreže koja im daje osjećaj pripadanja i zajedništva. Iz znanstvene literature izlazi, da je pozornost socijalnim čimbenicima pokazala da imaju utjecaj na rizik od smrtnosti. Biti društveno povezan osim utjecaja na psihološko i emocionalno blagostanje ima i značajan pozitivan utjecaj na fizičku dobrobit i ukupno dugovječnost (3,4). Nedostatak društvenih veza je također bio povezan s štetnim zdravstvenim ishodima u prethodnim istraživanjima (5). Nedostatak u socijalnim odnosima i subjektivna reakcija na to rezultiraju emocionalnim doživljajem kojeg nazivamo usamljenost. U slučaju nezadovoljene potrebe javljaju se različite poteškoće: medicinske, psihološke ili poteškoće u ponašanju kojima prethode vrlo neugodna emocionalna stanja. Pojam usamljenosti podrazumijeva dulje stanje emocionalne uznemirenosti koja nastaje kada se osoba osjeća otuđeno, neshvaćeno i odbačeno od drugih ili joj nedostaju socijalni partneri za željene aktivnosti, posebice za aktivnosti koje pružaju osjećaj socijalne integracije i

mogućnost emocionalne bliskosti (5). Široko je prihvaćeno da je depresija koja se po prvi put pojavljuje kasnije u životu u pravilu povezana s problemima tjelesnog zdravlja koji se javljaju sa starenjem, te da starija osoba koja je dobrog zdravlja i nema povijest ranijih depresivnih epizoda ima nizak rizik za pojavu depresije (6).

S obzirom da je usamljenost emocijama vezana za percepciju uspješnosti ostvarivanja i sudjelovanja u socijalnim interakcijama, postavlja se pitanje kada se javlja. Do nedavno istraživanje tog fenomena bilo je usmjereno na adolescente i odraslu dob, međutim osjećaj usamljenosti javlja se već kod mlađe djece. Asher i sur. u svom istraživanju navode da kod opisa osjećaja usamljenosti djece od trećeg do osmog razreda i odraslih nema razlike. Obje dobne skupine to neugodno socijalno iskustvo opisuju istim pridjevima. Pretpostavka Sullivana počiva na činjenici da dijete osjeća emocionalnu potrebu za druženjem vrlo rano i da je to vrijeme formiranja prvih socijalnih odnosa. Ti prvi socijalni odnosi temelje se na potrebi za pripadanjem i uključivanjem u vršnjačku zajednicu (7). U predadolescenciji i adolescenciji socijalni odnosi motivirani su potrebom za intimnošću. Obje socijalne potrebe, potreba za pripadanjem i potreba za intimnošću, ostvaruju se i zadovoljavaju u interakciji s vršnjacima (7,8). Prema tome sasvim je opravdano o usamljenosti govoriti i prije adolescencije i to osobito u kontekstu vršnjačke interakcije.

Većina istraživanja uvjerljivo navodi da institucionalizacija djece ima negativan utjecaj na njihov razvoj, rast i zdravlje (9), ali institucionalizirana briga postaje jedina mogućnost za onu djecu, koja živi u siromaštvu i bespomoćnosti. Pronađeno je da djeca u institucionalnoj skrbi imaju veće emocionalne probleme (10,11). Oni imaju tendenciju i da se emocionalno povlače (12) kao i iskustvo emocionalne usamljenosti (12,14). Rezultati istraživanja Padmaja i sur. pokazuju visoki stupanj depresije i nisko blagostanje djeca u institucijama, kao što je također potvrđeno drugim istraživanjima. Prema njima, čak i ako je institucija je u stanju smanjiti psihopatologiju, to ne jamči dobrobit i dobru kvalitetu života (15,16).

Usamljenost se često povezuje i sa starijom dobi, te je identificirana kao jedan od čimbenika rizika koji vodi do ozbiljnih zdravstvenih problema. Isto tako predstavlja jedan od faktora koji vode do depresije, te je značajan uzrok suicida i pokušaja suicida (17). Pokazalo se, da su starije osobe koje žive u institucijama pod većim rizikom za ove poteškoće te da ih je približno 40 % pogođeno značajnim simptomima depresivnosti (6).

Osim što može prouzročiti niz zdravstvenih problema, usamljenost je povezana sa slabijom psihološkom prilagodbom, te nezadovoljstvom postojećih odnosa unutar obitelji i društva. Kako god to tumačili postoji veza između starenja i usamljenosti. Postoji svjesnost fenomena usamljenosti starijih osoba i nekih dokaza da zdravstvena njega može biti djelotvorna u ublažavanju samoće i njenih štetnih posljedica. Starenje može utjecati na usamljenost na više načina. Produžen osjećaj usamljenosti može dovesti do stvaranja loše slike o samome sebi i do nemogućnosti da se nosi s neizbježnim gubitcima koji se javljaju kasnije u životu kao što su: smrt supruga, prijatelja, društvena distanciranost nakon umirovljenja su neki od sveprisutnih životnih događaja koji mogu doprinijeti usamljenosti kod starijih osoba. Iskustvo usamljenosti može se doživjeti na različite načine, bilo kao posljedica samačkog života, manjka obiteljskih veza ili nemogućnost aktivnog sudjelovanja u aktivnostima lokalne zajednice. Kada se usamljenost javlja u kombinaciji sa nekom vrstom tjelesnog oštećenja, često se javlja osjećaj beznađa i depresije (18,40).

Usporedba usamljenih i neusamljenih osoba rezultirala je popisom pridjeva koji se razlikuju u dvije skupine. Usamljeni ljudi imaju niže samopoštovanje od neusamljenih, skloni su depresivnim i anksioznim stanjima, postoji veza između depresije, usamljenosti i samopoštovanja kod starih ljudi i kod mlađih (19,42). Ta neugodna emocija s kojom kreću u interakciju dovodi do neprijateljskog raspoloženja prema drugima, što nailazi na neodobravanje. U takvim slučajevima društvo takvu osobu odbacuje što dovodi do socijalnog povlačenja i usamljenosti (9,42).

Osjećaji, pa tako i usamljenost, imaju značajnu ulogu u ponašanju pojedinca. Osjećaj neprihvaćenosti, neadekvatnosti i socijalne izoliranosti rezultira negativnim oblicima ponašanja. Agresivno ponašanje socijalno je negativno i neprihvatljivo. Neadekvatni odnosi s okolinom potiču agresivno ponašanje. Odnos kvalitete interakcije, osjećaja usamljenosti i ponašanja postaje međuovisan (19).

Depresija i anksioznost povezani su s usamljenošću kao što su povezane i razne zdravstvene poteškoće i problemi. Međuljudske i društvene korelacije usamljenosti uključuju gubitak partnera i smanjenje društvene aktivnosti (15,16,18,20,22-26).

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi postoje li razlike u percepciji usamljenosti između adolescenata smještenih u ustanovi za djecu i mlade i osoba starije životne dobi smještenih u domu za starije osobe.

ISPITANICI I METODE

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 70 ispitanika, od kojih je 25 korisnika Dječjeg doma Klasje u Osijeku, Republika Hrvatska, dobi od 12 – 20 godina i 45 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe u Osijeku, Republika Hrvatska, dobi od 67 godina više. Kriterij za izbor ispitanika je dob, uz uvjet da su svi ispitanici u mogućnosti odgovarati na pitanja samostalno. Svaki ispitanik je upoznat sa ciljem i svrhom istraživanja, te je dao svoj pristanak za sudjelovanje. Za korisnike Dječjeg doma Klasje suglasnost se dobila od Ministarstva socijalne politike i mladih Republike Hrvatske.

Glavni instrument istraživanja bio je anonimni anketni upitnik koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio upitnika sastoji se od šest pitanja u kojima ispitanici navode svoju dob, spol, mjesto provođenja istraživanja, stupanj obrazovanja ispitanika, razlog smještaja u ustanovu.

U drugom dijelu upitnika korištena je R-UCLA skala usamljenosti s 20 tvrdnji, a ispitanici su trebali za svaku tvrdnju odabrati koliko se često osjećaju usamljeni u skladu s navedenom tvrdnjom, odnosno u kojoj se mjeri određena tvrdnja odnosi ili ne odnosi na njih. Ispitanicima su za svaku od navedenih tvrdnji ponuđene četiri mogućnosti: 1 – nikada, 2 – rijetko, 3 – ponekad i 4 – često (30). Od ispitanika

je traženo da se izjasne samo za jedan odgovor na upit o usamljenosti. Za konačnu ocjenu devet pitanja (1,5,6,9,10,15,16,19,20) se boduje obrnuto, a veći broj odražava veći stupanj usamljenosti.

Na našem uzorku koeficijent pouzdanosti Cronbach Alpha, iznosi 0,890., za ispitanike Dječjeg doma Klasje 0,709 a za ispitanike Doma za starije i nemoćne 0,927.

Statističke metode obrade podataka

Normalna raspodjela testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izražene su medijanom i interkvartilnim rasponom. Nominalni pokazatelji

prikazani su apsolutnim i relativnim brojem. Razlike među kategoričkim varijablama testirane su Fisher-ovim egzaktnim testom. Razlike između ocjena usamljenosti prema ustanovama testirane su Mann Whitney testom, a prema razlogu smještaja u dom Kruskal Wallis testom. Ocjena povezanosti dana je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Rabljeni su izvorno pisani programi za baze podataka te statistički paket SPSS for Windows (inačica 17.0, Carry, NY, SAD), uz razinu značajnosti $\alpha = 0.05$.

REZULTATI

Istraživanje je provedeno na 70 ispitanika, od kojih je 64 % štićenika Doma za starije i nemoćne osobe, a 36 % štićenika smještenih u Dječji dom Klasje u Osijeku. Srednja dob starijih ispitanika je 81 godina (interkvartilnog raspona 77 – 84,5 godina), u rasponu od najmanje 67 godina i najviše 94 godine. Adolescenti su srednje dobi 15 godina (interkvartilnog raspona 15 – 16 godina), u rasponu od 12 do 20 godina.

Duljina smještaja u ustanovu starijih ispitanika je 4 godine (interkvartilnog raspona 2 – 7 godina), u rasponu od 0 do 29 godina, a mladih 2 godine (interkvartilnog raspona 0 – 6 godina), od najmanje jedne do najviše 10 godina (Tablica 1).

Tablica 1. Duljina boravka ispitanika u ustanovi

	Skupine		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Duljina boravka u ustanovi; M (IR)	4 (2–7)	2 (0–6)	0,029

*Mann Whitney U test; M=Medijan; IR=interkvartilni raspon

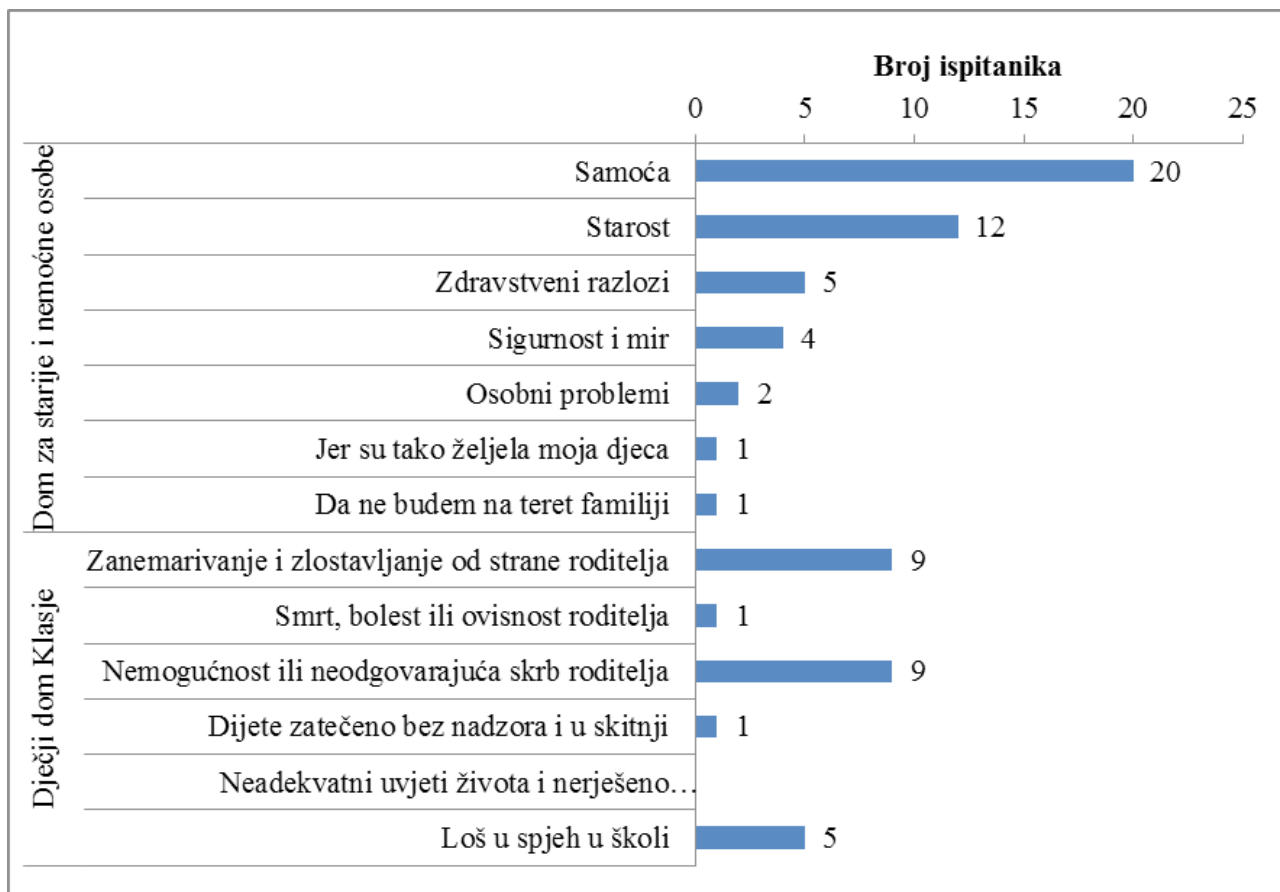
Od ukupnog broja ispitanika, 67,1 % su žene, a 32,9 % muškarci. S nepotpunom osnovnom školom je 32,9 % ispitanika, osnovnu školu ili srednju ima završenu 60 % ispitanika, dok samo 7,1 % ispitanika je sa završenom visokom školom ili fakultetom, raspodjela ispitanika po razini obrazovanja prema ustanovi u kojoj borave je značajna (Fisherov egzaktni test, $p < 0,001$) (Tablica 2).

Tablica 2. Sociodemografske karakteristike ispitanika

	Skupine		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Spol; N (%)			
Žene	32 (71,1)	15 (60)	0,428
Muškarci	13 (28,9)	10 (40)	
Razina obrazovanja; N (%)			
Nepotpuna osnovna škola	15 (33,3)	8 (32)	<0,001
Osnovna škola	5 (11,1)	16 (64)	
Srednja škola	20 (44,4)	1 (4)	
Visoka škola ili fakultet	5 (11,1)	0	

*Fisherov egzaktni test

Razlog smještaja u ustanovu za ispitanike iz Doma za starije i nemoćnije za 44,4 % ispitanika samoća, za 26,7 % starost, a za 11,1 % ispitanika zdravstveni razlozi. U Dječjem domu Klasje, najčešći razlog smještaja u ustanovu je za 36 % ispitanika ili zanemarivanje i zlostavljanje od strane roditelja ili nemogućnost ili neodgovarajuća skrb roditelja za djecu. Po 4 % ispitanika je u ustanovi zbog smrti, bolesti ili ovisnosti roditelja te ako je dijete zatečeno bez nadzora i u skitnji. 16 % ispitanika su u ustanovi zbog loših rezultata u školi (Slika 1).



Slika 1. Razlog smještaja ispitanika prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni

Rezultati dobiveni na temelju skale usamljenosti (R-UCLA- Russel, 1996)

Skala usamljenosti kroz dvadeset pitanja daje uvid u usamljenost kod ispitanika s obzirom na ustanovu u kojoj su smješteni. U skladnim odnosima s ljudima oko sebe je 49,3 % ispitanika, za 41,2 % ispitanika ponekad nedostaje društvo, njih 13 % često nema nikoga kome bi se mogli obratiti, dok 41,2 % ispitanika rijetko nema osjećaj usamljenosti. Najviše ispitanika 53,6 % ima grupu prijatelja kojima pripada. Između ispitivanih skupina nije nađeno statistički značajne razlike ni u jednom odgovoru 1.do 5. Pitanja R-UCLA skale. (Tablica 3a).

Tablica 3a. Rezultati R-UCLA skale prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici (1. do 5. pitanje)

	Skupine		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasije	
U skladnim sam odnosima s ljudima oko sebe; N (%)			0,600
Nikada	1 (2,2)	1 (4,2)	
Rijetko	9 (20)	3 (12,5)	
Ponekad	15 (33,3)	6 (25)	
Često	20 (44,4)	14 (58,3)	
Nedostaje mi društvo; N (%)			0,356
Nikada	6 (13,3)	4 (17,4)	
Rijetko	15 (33,3)	3 (13)	
Ponekad	17 (37,8)	11 (47,8)	
Često	7 (15,6)	5 (21,7)	
Nema nikoga kome bi se mogao obratiti; N (%)			0,524
Nikada	9 (20)	8 (33,3)	
Rijetko	16 (35,6)	5 (20,8)	
Ponekad	14 (31,1)	8 (33,3)	
Često	6 (13,3)	3 (12,5)	

	Skupine		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Nemam osjećaj usamljenosti; N (%)			0,758
Nikada	4 (9,1)	2 (8,3)	
Rijetko	20 (45,5)	8 (33,3)	
Ponekad	9 (20,5)	7 (29,2)	
Često	11 (25)	7 (29,2)	
Imam grupu prijatelja kojima pripadam; N (%)			0,239
Nikada	1 (2,2)	0	
Rijetko	8 (17,8)	1 (4,2)	
Ponekad	15 (33,3)	7 (29,2)	
Često	21 (46,7)	16 (66,7)	

*Fisherov egzakti test

U ukupnom uzorku 18,6 % ispitanika navelo je da rijetko imaju mnogo zajedničkog s ljudima oko sebe bez razlike prema ustanovi. Od ukupno 39,1 % ispitanika koji navode da često više nisu ni s kim bliski, statistički značajno ih je više iz Doma za starije i nemoćne (Fisherov egzakti test, $p=0,006$). Da njihove interese i ideje često ne dijele ljudi oko njih, navodi 24,6 % ispitanika, od kojih statistički učestalije ispitanici iz Doma za starije i nemoćne (Fisherov egzakti test, $p=0,026$). Veći dio 78,3 %, ispitanika je ponekad ili često otvorena osoba, da su bliski s nekim osobama ističe 41,4 % ispitanika, podjednako iz obje ustanove (Tablica 3b).

Tablica 3b. Rezultati R-UCLA skale prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici (6. do 10. pitanje)

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Imam mnogo zajedničkog s ljudima oko sebe; N (%)			0,163
Nikada	1 (2,2)	3 (12)	
Rijetko	11 (24,4)	2 (8)	
Ponekad	20 (44,4)	12 (48)	
Često	13 (28,9)	8 (32)	
Više ni s kim nisam blizak; N (%)			0,006
Nikada	7 (15,6)	13 (54,2)	
Rijetko	22 (48,9)	5 (20,8)	
Ponekad	7 (15,6)	4 (16,7)	
Često	9 (20)	2 (8,3)	
Moje interese i ideje ne dijele ljudi oko mene; N (%)			0,026

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Nikada	1 (2,2)	2 (8,3)	
Rijetko	8 (17,8)	11 (45,8)	
Ponekad	22 (48,9)	8 (33,3)	
Često	14 (31,1)	3 (12,5)	
Otvorena sam osoba; N (%)			0,078
Nikada	1 (2,2)	3 (12,5)	
Rijetko	9 (20)	2 (8,3)	
Ponekad	21 (46,7)	7 (29,2)	
Često	14 (31,1)	12 (50)	
S nekim ljudima sam blizak; N (%)			0,710
Nikada	1 (2,2)	1 (4)	
Rijetko	9 (20)	3 (12)	
Ponekad	18 (40)	9 (36)	
Često	17 (37,8)	12 (48)	

*Fisherov egzakti test

U ukupnom uzorku 17,1 % ispitanika navodi da ih često ne primaju u svoje društvo, od kojih statistički značajno učestalije ispitanici Dječjeg doma Klasje (Fisherov egzakti test, $p=0,003$). Često su društveni odnosi površni za 11,6 % ispitanika, a da ih nitko stvarno ne poznaje dobro smatra 20 % ispitanika, bez značajne razlike prema ustanovama. Ponekad i često se osjeća izolirano od drugih ljudi 9,1 % ispitanika statistički značajno učestalije iz Doma za starije i nemoćne (Fisherov egzakti test, $p<0,001$). U ukupnom uzorku 58,6 % ispitanika navelo je da kad žele društvo često ga mogu naći statistički značajno učestalije 72 % iz Dječjeg doma Klasje (Fisherov egzakti test, $p=0,048$) (Tablica 3c).

Tablica 3c. Rezultati R-UCLA skale prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici (11. do 15. pitanje)

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Ljudi me ne primaju u svoje društvo; N (%)			0,003
Nikada	7 (15,6)	6 (24)	
Rijetko	26 (57,8)	4 (16)	
Ponekad	8 (17,8)	7 (28)	
Često	4 (8,9)	8 (32)	
Moji su društveni odnosi površni; N (%)			0,627

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Nikada	7 (15,6)	4 (16,7)	
Rijetko	15 (33,3)	9 (37,5)	
Ponekad	16 (35,6)	10 (41,7)	
Često	7 (15,6)	1 (4,2)	
Nitko me stvarno ne poznaje dobro; N (%)			0,087
Nikada	3 (6,7)	7 (28)	
Rijetko	11 (24,4)	7 (28)	
Ponekad	21 (46,7)	7 (28)	
Često	10 (22,2)	4 (16)	
Osjećam se izoliranim od drugih; N (%)			<0,001
Nikada	6 (13,3)	17 (70,8)	
Rijetko	18 (40)	1 (4,2)	
Ponekad	15 (33,3)	3 (12,5)	
Često	6 (13,3)	3 (12,5)	
Kada želim društvo mogu ga naći; N (%)			0,047
Nikada	1 (2,2)	0	
Rijetko	9 (20)	0	
Ponekad	12 (26,7)	7 (28)	
Često	23 (51,1)	18 (72)	

*Fisherov egzaktni test

U ukupnom uzorku 38,6 % ispitanika navodi, da ponekad postoje ljudi koji ih stvarno razumiju, statistički značajno učestalije 53,3 % iz Doma za starije i nemoćne (Fisherov egzaktni test, $p=0,001$).

Ispitanici iz Dječjeg doma Klasje, statistički značajno učestalije 68 % su odgovorili da često ima ljudi s kojima mogu razgovarati. U ukupnom uzorku 72 % ispitanika navodi, da često ima ljudi kojima se mogu obratiti (Fisherov egzaktni test, $p=0,008$) (Tablica 3d).

Tablica 3d. Rezultati R-UCLA skale prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici (16. do 20. pitanje)

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Postoje ljudi koji me stvarno razumiju; N (%)			0,001
Nikada	1 (2,2)	0	
Rijetko	4 (8,9)	2 (8)	
Ponekad	24 (53,3)	3 (12)	
Često	16 (35,6)	20 (80)	

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Nesretan sam što sam tako povučen; N (%)			0,065
Nikada	11 (24,4)	11 (45,8)	
Rijetko	21 (46,7)	4 (16,7)	
Ponekad	7 (15,6)	6 (25)	
Često	6 (13,3)	3 (12,5)	
Ljudi su oko mene, ali ne sa mnom; N (%)			0,805
Nikada	6 (13,3)	5 (20,8)	
Rijetko	18 (40)	9 (37,5)	
Ponekad	13 (28,9)	5 (20,8)	
Često	8 (17,8)	5 (20,8)	
Ima ljudi s kojima mogu razgovarati; N (%)			0,008
Rijetko	8 (17,8)	0	
Ponekad	22 (48,9)	8 (32)	
Često	15 (33,3)	17 (68)	
Ima ljudi kojima se mogu obratiti; N (%)			0,023
Rijetko	6 (13,3)	1 (4)	
Ponekad	22 (48,9)	6 (24)	
Često	17 (37,8)	18 (72)	

*Fisherov egzaktni test

Osjećaj usamljenosti ocijenjen je zbrojem svih odgovora R-UCLA skale. Raspon ocjene se kreće od 20 do 80, gdje veća ocjena označava veći stupanj usamljenosti. Srednja vrijednost ocjene usamljenosti svih ispitanika je 41 (interkvartilnog raspona 34,8 – 49,3). Statistički značajno više su usamljeni ispitanici iz Doma za starije i nemoćne, u odnosu na ispitanike iz Dječjeg doma Klasje (Mann Whitney test, $p=0,028$) (Tablica 4).

Tablica 4. Srednja ocjena skale usamljenosti prema vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici

	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Skala usamljenosti; M (IR)	43 (37 – 53)	38 (34 – 45,5)	0,028

*Mann Whitney U test; M=Medijan; IR=interkvartilni raspon

Nešto je veća usamljenost muškaraca u odnosu na žene, ali bez statistički značajne razlike prema vrsti ustanove (Tablica 5).

Tablica 5. Srednja ocjena skale usamljenosti prema spolu te vrsti ustanove u kojoj su smješteni ispitanici.

Skala usamljenosti; M (IR)	Skupina		p*
	Dom za starije i nemoćne	Dječji dom Klasje	
Žene	43 (35,3 – 51)	38 (34 – 46)	0,110
Muškarci	44 (40,5 – 58)	38 (34,3 – 45,3)	0,136

*Mann Whitney test; M=Medijan; IR=interkvartilni raspon

Najmanje usamljeni su oni ispitanici koji su u Dom za starije i nemoćne došli zbog sigurnosti i mira. U Dječjem domu Klasje najmanje su usamljeni oni koji su u ustanovi zbog lošeg uspjeha u školi (Tablica 6).

Tablica 6. Srednja ocjena skale usamljenosti prema razlogu smještaja u ustanovu

Razlog smještaja u ustanovu	N	M (IR)	p*	
Dom za starije i nemoćne osobe	Samoća	20	43 (38,5–50,5)	0,283
	Starost	12	44 (36–59)	
	Zdravstveni razlozi	5	45 (33,5–48,5)	
	Sigurnost i mir	4	35,5 (28,7–52)	
	Osobni problemi	2	60,5	
	Jer su tako željela moja djeca	1	55	
Dječji dom Klasje	Da ne budem na teret familiji	1	31	0,208
	Zanemarivanje i zlostavljanje od strane roditelja	9	38 (34–44,5)	
	Smrt, bolest ili ovisnost roditelja	1	53	
	Nemogućnost ili neodgovarajuća skrb roditelja	9	36 (31–42)	
	Dijete zatečeno bez nadzora i u skitnji	1	50	
	Neadekvatni uvjeti života i neriješeno stambeno pitanje u obitelji	0	-	
	Loš uspjeh u školi	5	37 (32–42)	

*Kruskal Wallis test

Nema značajne povezanosti između vremena provedenog u ustanovi i ocjene usamljenosti, kako za sve ispitanike $\rho = 0,015$, $p = 0,906$), tako ni kod ispitanika Doma za starije i nemoćne $\rho = 0,008$, $p = 0,958$), niti kod ispitanika iz Dječjeg doma Klasje $\rho = -0,177$, $p = 0,396$).

RASPRAVA

Usamljenost je fenomen koji se može javiti u svim razdobljima ljudskog života ali je najznačajniji i najuočljiviji kod adolescenata i starijih osoba.

U svjetskoj relevantnoj literaturi postoje različiti rezultati.

U prethodnim istraživanjima nađene su korelacije između usamljenosti i fizičkog funkcioniranja (15,16,18,20,26,29,31,38). Pronađena je i korelacija između usamljenosti i smanjene tjelesne aktivnosti (32). Utvrđeno je i da je usamljenost u starosti, a osobito emocionalna usamljenost, u korelaciji sa samopoštovanjem kao i drugim psihološkim faktorima, uključujući životno zadovoljstvo (2,33-36,39,40). Starija životna dob sama po sebi predstavlja čimbenik rizika za pojavu usamljenosti te ju zbog toga treba ozbiljno i shvatiti. Ne treba ni zaboraviti da moguće posljedice usamljenosti mogu dovesti do zdravstvenih problema, ponajprije do depresije (21,36).

Glavni problem smještaja u dom za starije i nemoćne je u činjenici da je starija osoba izdvojena iz svoje fizičke i socijalne sredine koja može biti razlog pojave usamljenosti. Zbog toga je prilikom smještaja u ustanovu potreban prvenstveno njen dobrovoljni pristanak (37).

Na socijalnu usamljenost adolescenta mogu utjecati značajke okoline, kao i neke njegove osobne značajke zbog kojih se rjeđe sklapaju čvrsta prijateljstva među adolescentima (41). Ovim istraživanjem pokušali smo utvrditi jesu li i koliko usamljeni adolescenti i starije osobe koje su smještene u ustanove socijalne skrbi. Smještaj adolescenata u ustanovu nije dobrovoljan već su tamo smješteni rješenjem Centra za socijalni rad, pa je najčešći razlog dolaska zanemarivanje i zlostavljanje od strane roditelja i nemogućnost ili neodgovarajuća skrb roditelja za djecu. Starije osobe, naravno ne sve, u ustanove dolaze dobrovoljno a najčešći razlozi su samoća, usamljenost, starost i zdravstveni razlozi.

Utvdili smo, da je najčešći razlog smještaja kod ispitanika Doma za starije i nemoćne osobe samoća. Drugi razlog je starost što ne čudi jer su u ustanovi smještene osobe visoke životne dobi. Ne treba zanemariti ni zdravstveni razlog jer starije osobe boluju od jedne ili više kroničnih bolesti, a u ustanovi postoji medicinsko osoblje koje je osobama starije dobi dostupno 24 sata, zatim signalizacija s kojom je

svaka soba povezana s ambulantom, a i liječnik opće medicine koji u ustanovu dolazi svaki dan.

U Dječjem domu Klasje najčešći razlog smještaja je zanemarivanje i zlostavljanje od strane roditelja, nemogućnost ili neodgovarajuća skrb roditelja za djecu, dok su ostali većinom smješteni zbog lošeg uspjeha u školi.

Najveći broj korisnika ustanova odgovorio je da „Nema nikoga kome bi se mogao obratiti“, što ide u prilog činjenici da u ustanovama treba više stručnog i medicinskog osoblja kojima bi se mogli obratiti.

Značajno više korisnika iz Doma za starije i nemoćne osobe nego adolescenata iz Dječjeg doma Klasje odgovorilo je, da nemaju bliskih osoba. Korisnici starije dobi smješteni su u jednokrevetnim sobama i jedino zajedničko što imaju sa drugima korisnicima je to što su smješteni u istoj ustanovi, međusobno se ne poznaju, teže sklapaju prijateljstva, a određeni dio njih ne teži ka bližem međusobnom upoznavanju s drugim korisnicima pa tako ni prijateljstvu. Pored toga dešava se da stariji ljudi žele biti sami, razmišljati u samoći, i pritom se ne osjećaju usamljeno ili izolirano, jer koriste svoje vrijeme za samostalni kreativni rad, odmor od drugih ljudi ili stresa i uživaju u odvojenosti od drugih. Samoću su sami odabrali, dok usamljenost ne biraju vlastitom voljom što ih ispunjava subjektivnim osjećajem praznine.

Adolescenti su smješteni u svojoj ustanovi u zajednici (djevojčice i dječaci odvojeno) i svatko od njih čini malu zajednicu za koju se brine (čišćenje, spremanje, održavanje, kuhanje i dr.), pod nadzorom odgajatelja. Spavaonica im je zajednička kao i ostali prostor koji dijele i o kojem se brinu, tako da ne čudi i da su više međusobno bliski od starijih osoba.

Što se tiče osobnih značajki, socijalnoj usamljenosti skloniji su oni adolescenti koji imaju niže samopoštovanje, koji su povučeni, sramežljiviji, anksiozniji i općenito osjetljiviji, kao i oni koji imaju općenito pesimističan pogled na sebe i na svijet (27,42).

Statistički značajna razlika pronađena je i u tvrdnji „Moje interese i ideje ne dijele ljudi oko mene“ gdje su najveći dio odgovora ponekad i često odgovorile

starije osobe. Dom za starije i nemoćne osobe nudi korisnicima svojih usluga radnu terapiju sa različitim sadržajima (grupni sastanci korisnika, individualni razgovori i aktivnosti, posuđivanje knjiga, društvene igre, izleti korisnika, čitanje poezije, obilježavanje vjerskih i državnih blagdana, druženja uz harmonikaša, jutarnja gimnastika i dr.), međutim unatoč tome veoma se mali broj korisnika uključuje u te aktivnosti jer su nezainteresirani.

Statistički značajna razlika pronađena je i u tvrdnji „Ljudi me ne primaju u svoje društvo“, gdje je odgovor često navelo ukupno 17,1 % korisnika od kojih je 32 % adolescenata. Zašto je takav odgovor? Na adolescente, koji su smješteni u ustanovi često utječu i ranija negativna socijalna iskustva, traumatična iskustva iz svojih obitelji, nezadovoljstva socijalnih interakcija sa drugim vršnjacima iz svoje okoline i agresivna ponašanja dok svoje socijalne interakcije nalaze među vršnjacima koji su također smješteni u ustanovu.

Klarin je u svom istraživanju na osjećaju usamljenosti među adolescentima školske dobi došla do rezultata da usamljene osobe nemaju socijalne vještine nužne za interpersonalnu komunikaciju.

Kod korisnika Doma za starije i nemoćne pronađena je statistički značajna razlika u tvrdnji „Osjećam se izoliranim od drugih“ (Fisherov egzaktni test $p = <0,001$). Najviše odgovora bilo je rijetko i ponekad u 73,3 % ispitanika. Pronađena je statistički značajna razlika u tvrdnji „Kada želim društvo mogu ga naći“ jer su odgovore ponekad i često naveli svi korisnici Dječjeg doma Klasje.

Djeca koja imaju društvo i prijatelja najčešće koriste prosocijalno ponašanje koje je socijalno poželjno i koje je usmjereno na pomaganje drugima. Ostvarenim kvalitetnim socijalnim odnosima sa svojim vršnjacima imaju razvijene i socijalne vještine, spremniji su dijeliti i pomagati se međusobno. Takvo ponašanje je pozitivno, odnosno prihvaćeno (41,42).

Stare osobe kod kuće većinom žive same, osjećaju se odbačenima, otuđenim, neshvaćenim, javlja se nedostatak socijalnih aktivnosti koje pružaju osjećaj bliskosti, ne žele biti djeci na teretu, češće zaboravljaju, teže se i sporije kreću a domovi za starije i nemoćne pružaju im osjećaj sigurnosti. U Domu

za stare i nemoćne postoje osobe kojima se mogu obratiti ako imaju neki problem koji ne mogu sami riješiti (socijalni radnici), a ponajprije zdravstveno osoblje koji im je dostupno 24 sata a slobodno vrijeme imaju samo za sebe i mogu ga sami sebi prilagoditi (čitanje, šetnje, društvene igre, druženje uz kavu i dnevnu štampu, radna terapija i dr.). Zbog tih činjenica postoji statistički značajna razlika u tvrdnji „Postoje ljudi koji me stvarno razumiju“ u 53,3 % iz Doma za stare i nemoćne.

Značajno više ispitanika iz Dječjeg doma Klasje, odgovorilo je da ima ljudi s kojima mogu razgovarati. Već je ranije spomenuto da se za djecu u Dječjem domu Klasje brine veći broj različitog profesionalnog kadra koji im pruža nesebičnu pomoć u njihovom odrastanju. Također i sam razlog smještaja ove djece utječe na ovakav odgovor.

Najčešći odgovor ispitanika Dječjeg doma Klasje je da „Ima ljudi kojima se mogu obratiti“. Iako odvojeni od svoje obitelji, adolescenti ovdje dobivaju ono što kod svojih kuća nisu imali, a to je razumijevanje, pozitivnu socijalnu interakciju od zaposlenog osoblja, osjećaj pripadnosti, sigurnosti, brige, pažnje i prijateljstva. Bez obzira na razloge smještaja u ustanovu, adolescenti ovdje imaju socijalne veze i kvalitetu odnosa, a imaju nekoga kome se mogu obratiti.

ZAKLJUČAK

U današnje vrijeme, kada je u prvom planu neizravna komunikacija, usamljenost je došla u središte pozornosti i kod mladih i kod starih osoba. Zbog svojih specifičnih teškoća adolescenti se teško ili nikako ne uključuju u druge organizirane aktivnosti. To ih čini usamljenima, i takva ponašanja uzrokuju pad kvalitete života mladih.

Psihosocijalni utjecaji imaju ključnu ulogu u općem osjećanju mladih i starih ljudi u institucionalnoj skrbi, zbog toga je potrebno raditi na pitanjima i procesima kvalitete njihovih života u smislu uključenosti u socijalnu mrežu i osiguravanju uvjeta u kojima žive u svijetlu osobnih, kulturnih, vjerskih, etničkih i etičkih pogleda, kako bi se smanjila i sprejčila usamljenost.

Psihosocijalni pristup naglašava životno zadovoljstvo, socijalnu interakciju i sudjelovanje te

psihološke resurse, koji uključuju osobnu rast, tako da postoji potreba da se sadržaj za sprečavanje usamljenosti kod starijih i mlađih osoba integrira u obrazovanje stručnjaka za rad sa tim ljudima.

LITERATURA

1. Rok K. Reciprocity of Social Exchange and Social Satisfaction among Older Women *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(1):145-154.
2. Golden J, Conroy R.M, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M. & Lawlor BA. Loneliness, social support networks, mood and well-being in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(7):694-700.
3. Uchino B.N. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006;29:377-387.
4. Shor E., Roelfs D. J. & Yogeve T. The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*. 2013;35:626-638.
5. Holt-Lunstad J, Smit TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science* March. 2015;10(2):227-237.
6. Ajduković M, Ručević S. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Društvena istraživanja*. Rev. soc. Polit. 2013; 20(2):149-165.
7. Asher SR, Hymel SH, Renshaw PD. Loneliness in Children. *Child Development*. 1984;55: 1456-1464.
8. Sullivan H.S. *Interpersonal theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.1953.
9. Padmaja G, Sushma B. Psychosocial problems and well being in institutionalized and non institutionalized children. *Journal Of Humanities And Social Science*. 2014;19(10):59-64.
10. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with chil-

- dren living in private household. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190:319-325.
11. Erol N, Simsek Z, Munir K. Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;19(2):113-124.
 12. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. The Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 2005;76(5):1015-1028.
 13. Han E, Choi N. Korean institutionalized adolescents' attributions of success and failure in interpersonal relations and perceived loneliness. *Children and Youth Services Review*. 2006; 28 (5):535-547.
 14. Ptacek R, Kuzelova H, Celedova L. Social and Emotional Loneliness in Children in Foster and Institutional Care. *European Psychiatry*. 2011;26(1):338 Abstracts of the 19th European Congress of Psychiatry.
 15. Dell'Aglio DD, Hutz CS. Depression and school achievement of institutionalized children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004; 17(3):351-357.
 16. Wathier JL, Dell'Aglio D D. Depressive symptoms and stressful events in children and adolescents in the institutionalized context. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2007;29:3.
 17. Duca GF, Silva SG, Thume E, Santos I, Hallal, PC. Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case control study. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):147-53.
 18. Beeson RA. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2003;17(3):135-143.
 19. Klarin M. Uloga socijalne podrške vršnjaka i vršnjačkih odnosa u usamljenosti predadolescenata i adolescenata, Društvena istraživanja. 2004;13(74):1084-1097.
 20. O'Luanaigh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(12):1213-1221.
 21. Heikkinen RL. & Kauppinen M. Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(1):33-39.
 22. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*. 2009;21(6):1160-1170.
 23. Aartsen M, Jylhä M. Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*. 2011;8:31-38.
 24. Dykstra PA, Van Tilburg TG, de Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*. 2005;27(6):725-747.
 25. Newall NE, Chipperfield JG, Clifton RA, Perry RP, Swift AU, Ruthig JC. Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2009;26(2-3):273-290.
 26. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment Health*. 2014;18(4):504-514.
 27. Wei HS. Friends can hurt you: Examining the co-existence of friendship and bullying among early adolescents. *School Psychology International*. 2011;32(3):244-262.
 28. Laursen B, Hartl AC. Understanding loneliness during adolescence: developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *J Adolesc*. 2013;36(6):1261-8.
 29. Rönkä AR, Rautio A, Koironen M, Sunnari V, Taanila A. Experience of loneliness among adolescent girls and boys: Northern Finland Birth Cohort 1986 study. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2016; Dostupno <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2015.1136659> ;pristupljeno :13.8.2016
 30. Russel DW. UCLA Loneliness Scale (Versio 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20-40.
 31. Routasalo P, Pitkala KH. Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2003;13:303-311.

32. Netz Y, Goldsmith R, Shimony T, Arnon M, Zeev A. Loneliness is associated with an increased risk of sedentary life in older Israelis. *Aging & Mental Health*. 2013;17(1):40–47.
33. Schoenmakers EC, Van Tilburg TG, Fokkema T. Coping with loneliness: What do older adults suggest? *Aging & Mental Health*. 2012;16(3):353–360.
34. Železnik D. Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov: znanstvena monografija :[raziskava o pomenu skrbi zase pri starostnikih]. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, 2014. p.101.
35. Mhaolain AMN, Gallagher D, Connell H.O, Chin AV, Bruce I, Hamilton F, Lawlor BA. Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(2):316–323.
36. Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 2010;19:55-79.
37. Železnik D. 2010. Self-care behavior styles and the functional ability of elderly people living in their home environmenr Vedenjski stili samoskrbe in funkcionalne sposobnosti starostnikov v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1):3-11.
38. Abot Okelo M. Loneliness Among Elderly people in Finnish health care institutions, Laurea University of Applied Sciences: Otaniemi. 2014.
39. Ahmad A., Altaf M. & Jan K. 2016. Loneliness, Self Esteem and Depression among Elderly People of Kashmir. *The International Journal of Indian Psychology*.
40. Singh A. & Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*. 2009; 18(1):51–55.
41. Junttila, N, Vauras, M, Niemi PM, Laakkonen E. Multisource assessed social competence as a predictor for children's and adolescents' later loneliness, social anxiety, and social phobia. *Journal for Educational Research Online*, 2012;4:73–98.
42. Maričić J. Socijalna usamljenost adolescenata. Tesa, Psihološki centar. 2016; Dostupno: <http://www.tesa.hr/izazovi-roditeljstva/socijalna-usamljenost-adolescenata/> pristupljeno 14.8.2016.

THE COMPARISON OF LONELINESS IN ADOLESCENTS AND ELDERLY IN SOCIAL CARE INSTITUTIONS

Danica Železnik^{1,2}, Ružica Kanisek³, Uroš Železnik^{1,4}

¹University College of Health Sciences Slovenj Gradec, Slovenia

²Alma Mater Europaea, ECM, Slovenia

³Nursing Home Osijek, Croatia

⁴Medical Center Ptuj, Slovenia

ABSTRACT

INTRODUCTION: Loneliness is often described as unpleasant, painful, or anxious need for another person or people. This experience, to a greater or lesser extent, is fundamental to all people at some stage of our lives.

OBJECTIVE: The objective of this research is to determine whether there are differences in the perception of loneliness among adolescents placed in an institution for children and young people and the elderly accommodated in social care institutions.

SUBJECTS AND METHODS: The research included a total of 70 patients, 25 of which were users of the Children's Home Klasje in Osijek, ages 12 to 20, and 45 users of The Home for Elderly and Disabled also in Osijek, age 67 and over. An anonymous questionnaire was used as the research instrument. The differences between loneliness ratings per establishment were tested with a Mann Whitney test and accommodation reasons by a Kruskal Wallis test.

RESULTS: Out of the total number of patients tested, 67.1 % were women, and 32.9 % men. 32.9 % of the patients have incomplete primary education, 60 % of them have either completed secondary or primary education, and only 7.1 % of the respondents have university education. Results indicate that the biggest difference between the two groups is manifested through social support and quality of relationships between groups, and less through the emotional aspect.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: The research results show that there is less loneliness among adolescents than the elderly in institutions. The focus of this research would be that more attention should be paid to the individual needs of young people and the elderly in order to include them into programs best suited for their needs.

Key words: adolescents, elderly, loneliness

Correspondence:

Professor Danica Zeleznik. MD, PhD

zeleznik.danica@gmail.com

PSIHIČKI SIMPTOMI I KVALITETA ŽIVOTA STUDENATA IZ OBITELJI S ISKUSTVOM RATA

Irena Babić, Dragan Babić, Marko Martinac, Ivan Vasilj, Marina Vasilj

Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Mostaru, Bijeli Brijeg BB Mostar 88300, Bosna i Hercegovina

Rad je primljen 16.04.2016.

Rad je recenziran 11.05.2016.

Rad je prihvaćen 29.05.2016.

SAŽETAK

UVOD: Dosadašnja istraživanja konzistentno pokazuju povezanost ratnog PTSP-a veterana i psihopatoloških simptoma u članova njihovih obitelji. Negativni utjecaj psihološke traume na osobe bliske pojedincu oboljelom od PTSP-a konceptualiziran je pojmom sekundarne traumatizacije. Cilj ovog rada je ispitati psihičke simptome i kvalitetu života studenata iz obitelji s iskustvom rata.

ISPITANICI I METODE: U istraživanju su sudjelovali studenti sa Sveučilišta u Mostaru od prve od pete godine (n=160). Istraživanje je provedeno primjenom presječne studije, slučajnim odabirom među studentskom populacijom oba spola. Za istraživanje su korišteni Sociodemografski upitnik, Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF i Upitnik za samoprocjenu SCL- 90.

REZULTATI: Svi psihički simptomi statistički su značajnije izraženi kod studenata iz obitelji s iskustvom rata u odnosu na studente koji nisu član obitelji s iskustvom rata, osim opsesivno kompulzivnih simptoma. Psihoteična obilježja statistički značajnije su izražena kod studenata iz obitelji s iskustvom rata u odnosu na studente koji nisu članovi obitelji s iskustvom rata kao i nespecifični simptomi. Simptomi somatizacije, anksioznosti te paranoje su statistički značajno izraženiji kod studenata čija je majka bila sudionik rata u odnosu na studente iz obitelji gdje su oba roditelja bili sudionici rata. Simptomi paranoje i nespecifični simptomi statistički značajno su izraženiji kod studenata čiji je član obitelji nastradao za vrijeme rata u odnosu na studente čiji član obitelji nije nastradao za vrijeme rata. Ne postoji statistički značajnija razlika niti u jednom području kvalitete života između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenta koji nisu član obitelji s iskustvom rata.

ZAKLJUČAK: Studenti iz obitelji s iskustvom rata imaju statistički značajno veću pojavnost psihičkih simptoma. Među ispitivanim skupinama ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na kvalitetu života.

Cljučne riječi: psihički simptomi, kvaliteta života, studenti, rat.

Osoba za razmjenu informacija:

Babić Irena, magistar sestrinstva

e-mail: babicirena28@gmail.com

UVOD

Prema podacima Svjetske Zdravstvene organizacije (SZO) rat ostavlja veliki utjecaj na mentalno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje stanovništva ratom pogođene zemlje. Procjenjuje se da se stopa mentalnih poremećaja udvostručuje nakon rata (1).

Najpoznatiji poremećaj koji se razvija u oko 15 % do 20 % traumatiziranih osoba jest posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Posljedice traumatizacije očituju se i u drugim aspektima mentalnog

zdravlja, u prvom redu povećanju depresivnosti, anksioznosti i ovisnosti (2). Istraživanja konzistentno pokazuju povezanost ratnog PTSP-a veterana i psihopatoloških simptoma u članova njihovih obitelji (3). Traumatski događaji pokreću čitav kompleks reakcija koje, pored formiranja kliničke slike PTSP uvode članove obitelji u niz sekundarnih traumatizacija koje ozbiljno remete funkcioniranje oboljelih i njihovih najbližih (4).

Negativni utjecaj psihološke traume na osobe bliške pojedincu oboljelom od PTSP-a konceptualiziran je pojmom sekundarne traumatizacije. U užem smislu sekundarna traumatizacija odnosi se na prijenos noćnih mora, intruzivnih misli, bljeskova prisjećanja i ostalih simptoma koje tipično doživljavaju traumatizirani pojedinci, na osobe u njihovoj blizini. U širem smislu, odnosi se na bilo koji prijenos distresa s nekoga tko je doživio traumu na one u njegovoj blizini i uključuje širok spektar manifestacija distresa (5).

Utjecaj ratnog PTSP-a veterana na njihovu djecu je vrlo kompleksan. Psihopatološki simptomi u djece veterana oboljelih od PTSP-a nastaju kao rezultat interakcije različitih bioloških, psiholoških i okolinskih čimbenika (6). Novija istraživanja interakcije genetskih (5-HTTLPR varijanti gena za serotoninški transporter) i okolinskih čimbenika (traumatska iskustva, zlostavljanje u djetinjstvu, stresni događaji), kao i epigenetskih utjecaja traumatskog iskustva i neadekvatnih odgojnih postupaka roditelja koji nastaju kao rezultat traume na ekspresiju gena koji reguliraju odgovor organizma na stres (glukokortikoidni receptor i FK506 binding protein 5) te time povećanu reaktivnost na stres i razvoj psihičkih poremećaja, potvrđuju i omogućuju bolje razumijevanje transgeneracijskog prijenosa traume (7-10). Sistem zrcalnih neurona u ventralnom premotoričkom korteksu, koji je uključen u opservaciju ponašanja drugih i izvršavanje aktivnosti, zbog svoje uloge u imitaciji ponašanja, također može imati značajnu ulogu u razvoju psihopatologije u djece veterana s PTSP-om (11).

Rosenheck i Fontana su istaknuli da se iz psihosocijalne perspektive traumatska iskustva s očeva na djecu mogu prenositi na tri načina (12). Prvo, ponašanje očeva s ratnim PTSP-om može biti uzrok nastanka psihopatoloških simptoma u djece. Djeca mogu biti direktno traumatizirana nasilnim i agresivnim ponašanjem očeva oboljelih od PTSP-a (13). Drugo, prijenos traumatskog iskustva s očeva na dijete može se ostvariti mehanizmima projekcije i identifikacije (14). I treće, psihička trauma očeva može indirektno utjecati na dijete uzrokujući poremećaje u obiteljskom funkcioniranju (5).

Epidemiološka i klinička istraživanja su pokazala da djeca veterana oboljelih od PTSP-a imaju oko dva puta veći rizik za razvoj psihopatoloških simptoma od djece veterana bez PTSP-a te da se klinički značajni psihički problemi javljaju u oko 30 % djece veterana oboljelih od PTSP-a (6).

Kvaliteta života je definirana kao tjelesna, psihička i socijalna dobrobit (15). Nezadovoljstvo kvalitetom života pokazuju i mlade osobe pogođene ratom. Raboteg-Šarić je našla da su mladi koji žive u područjima pogođenim ratom suočeni s brojnim poteškoćama vezanim uz nepovoljnu gospodarsku situaciju, ali i s poremećenim odnosima unutar obitelji, te se smatraju izgubljenom generacijom koja mora negdje drugdje potražiti bolju budućnost (2).

Cilj istraživanja je ispitati pojavnost psihičkih simptoma i kvalitetu života studenata u obitelji s iskustvom rata.

ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno primjenom presječne studije, slučajnim odabirom među studentskom populacijom oba spola. U istraživanje su bili uključeni studenti sa Sveučilišta u Mostaru od prve od pete godine. Pojedinačni podatci su bili i ostatak će zaštićeni, te nedostupni javnosti, a dostupni su jedino konačni, skupni rezultati istraživanja. Istraživanje je sačinjavala ispitna i kontrolna skupina. Ispitnu skupinu činili su studenti iz obitelji s iskustvom rata (n=100), a kontrolnu skupinu činili su studenti čija obitelj nije sudjelovala u ratu (n=60).

Nakon provedenog istraživanja slijedila je kvantitativna analiza s korištenjem objektivnih rezultata koji su prikupljeni standardiziranim mjernim instrumentom. U istraživanju su korišteni sljedeći upitnici:

1. Sociodemografski upitnik osobne izrade, namjenski sačinjen za ovo istraživanje (sačinjavao je opća pitanja: dob, spol, godinu i naziv studija, akademski uspjeh, zadovoljstvo uspjehom, materijalne mogućnosti, mjesto stanovanja, iskustvo rata članova obitelji).
2. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF je kraći oblik upitnika WHOQOL-100. 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 (16).

3. Upitnik za samoprocjenu SCL-90 (Symptom Check List 90) kojim se procjenjuje tj. mjeri devet dimenzija ličnosti: somatizacija, opsesivno-kompulzivne reakcije, interpersonalna senzitivnost, depresivnost, anksioznost, fobična anksioznost, neprijateljstvo, paranoidne ideacije, psihotizam (17).

Za statističku analizu rabljen je programski sustav SPSS for Windows (inačica 17.0., SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excel (inačica 11.0., Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Rezultati za kategorijske varijable su izraženi kao frekvencija i postotaka, za parametrijske varijable kao aritmetička sredina i standardna devijacija. Za testiranje razlike među kategorijskim varijablama korišten je hi kvadrat test, a među parametrijskim varijablama Student t-test za nezavisne uzorke i jednosmjerna analiza varijance. Za testiranje povezanosti među varijablama korišten je Pearsonov test korelacije. Razina značajnosti od $p < 0,05$ je uzeta kao statistički značajna.

REZULTATI

Svi psihički simptomi statistički značajnije su izraženi kod studenata iz obitelji s iskustvom ratu u odnosu na studente koji nisu član obitelji s iskustvom rata, osim opsesivno kompulzivnih simptoma. Psihotična obilježja statistički značajnije su izražena kod studenata iz obitelji s iskustvom rata u odnosu na studente koji nisu članovi obitelji s iskustvom rata ($p = 0,013$). Nespecifični simptomi statistički značajnije su izraženi kod studenata iz obitelji s iskustvom rata u odnosu na studente koji nisu članovi obitelji s iskustvom rata ($p = 0,04$) (Tablica 1.).

Tablica 1. Psihički simptomi mjereni SCL- 90 upitnikom u ispitivanoj i kontrolnoj skupini.

	Raspodjela simptoma prema skupinama				t	p
	Ispitivana skupina		Kontrolna skupina			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Somatizacija	0,87	0,52	0,71	0,48	1,910	0,058
Opsesivno kompulzivni simptomi	0,43	0,41	0,43	0,39	0,099	0,921
Inetpersonalna vulnerabilnost	0,63	0,55	0,53	0,50	1,171	0,244
Depresija	0,59	0,46	0,54	0,52	0,727	0,468
Anksioznost	0,46	0,46	0,36	0,44	1,256	0,211
Agresivnost	0,63	0,54	0,59	0,63	0,440	0,660
Fobije	0,58	0,56	0,47	0,50	1,268	0,207
Paranoja	0,44	0,48	0,34	0,44	1,276	0,204
Psihotična obilježja	0,47	0,43	0,30	0,39	2,513	0,013
Nespecifični simptomi	0,45	0,45	0,31	0,39	2,053	0,042

Simptomi somatizacije su statistički značajnije izraženi ($p=0,007$) kod studenata čija je majka bila sudionik rata u odnosu na studente iz obitelji gdje su oba roditelja bili sudionici rata. Simptomi anksioznosti statistički značajnije su izraženi ($p=0,020$) kod onih studenata čija je majka bila sudionik rata u odnosu na studente iz obitelji gdje su oba roditelja bili sudionici rata. Također i simptomi paranoje statistički značajno su više izraženi ($p=0,007$) kod studenata čija je majka bila sudionik rata u odnosu na studente iz obitelji gdje su oba roditelja bili sudionici rata (Tablica 2).

Tablica 2. Psihički simptomi mjereni SCL-90 upitnikom s obzirom na člana obitelji koji je imao iskustvo rata

	Član obitelji s iskustvom rata						F	p
	Otac		Majka		Oba roditelja			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Somatizacija	0,90	0,48	10,43	0,47	0,74	0,52	5,291	0,007
Opsesivno kompulzivni simptomi	0,47	0,46	0,62	0,37	0,34	0,34	1,798	0,171
Inetpersonalna vulnerabilnost	0,69	0,61	0,89	0,49	0,51	0,44	2,025	0,137
Depresija	0,66	0,49	0,90	0,57	0,45	0,37	3,949	0,052
Anksioznost	0,47	0,49	0,93	0,48	0,37	0,38	4,092	0,020
Agresivnost	0,68	0,58	0,83	0,45	0,53	0,49	1,338	0,267
Fobije	0,57	0,56	0,81	0,78	0,56	0,52	0,536	0,587
Paranoja	0,49	0,52	0,83	0,46	0,30	0,37	4,275	0,017
Psihotična obilježja	0,50	0,45	0,75	0,36	0,38	0,41	2,306	0,105
Nespecifični simptomi	0,48	0,46	0,74	0,40	0,37	0,44	1,970	0,145

Simptomi paranoje statistički značajnije su izraženi ($p=0,024$) kod studenata čiji je član obitelji nastradao za vrijeme rata u odnosu na studente čiji član obitelji nije nastradao za vrijeme rata. Nespecifični simptomi statistički značajnije ($p=0,028$) su izraženi kod studenata čiji je član obitelji nastradao za vrijeme rata u odnosu na studente čiji član obitelji nije nastradao za vrijeme rata (Tablica 3).

Tablica 3. Psihički simptomi mjereni SCL-90 upitnikom s obzirom na stradanje člana obitelji

	Stradanje članova obitelji					
	Da		Ne		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Somatizacija	0,86	0,56	0,87	0,50	0,103	0,918
Opsesivno kompulzivni simptomi	0,54	0,55	0,38	0,33	1,499	0,142
Inetpersonalna vulnerabilnost	0,77	0,64	0,57	0,49	1,754	0,083
Depresija	0,68	0,51	0,56	0,44	1,248	0,215
Anksioznost	0,56	0,53	0,41	0,43	1,347	0,184
Agresivnost	0,71	0,62	0,60	0,51	,986	0,327
Fobije	0,76	0,63	0,50	0,50	1,957	0,056
Paranoja	0,63	0,60	0,35	0,39	2,334	0,024
Psihotična obilježja	0,59	0,54	0,42	0,37	1,835	0,070
Nespecifični simptomi	0,62	0,54	0,37	0,39	2,272	0,028

Ne postoji statistički značajnija razlika niti u jednom području kvalitete života između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenta koji nisu član obitelji s iskustvom rata (Tablica 4).

Tablica 4. Profili kvalitete života mjereni WHOQOL-BREF upitnikom u ispitivanoj i kontrolnoj skupini.

WHOQOL-BREF	Raspodjela profila prema skupinama					
	Ispitivana skupina		Kontrolna skupina		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Tjelesno zdravlje	16,22	2,25	16,19	2,06	0,081	0,935
Psihičko zdravlje	15,43	2,45	15,65	2,34	0,558	0,578
Socijalni odnosi	14,99	3,06	14,82	2,49	0,345	0,731
Okolina	14,32	2,51	14,22	2,53	0,229	0,819
Ukupno	15,52	2,31	16,07	2,07	1,500	0,136

Domena okoline kvalitete života, odnosno briga o okolini, je statistički značajno lošija ($p=0,028$) kod studenata čiji je otac bio sudionik rata u odnosu na studente čija je majka bila sudionik rata (Tablica 5). Ne postoji statistički značajnija razlika za ostale

domene kvalitete života između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenta koji nisu član obitelji s iskustvom rata.

Tablica 5. Profili kvalitete života mjereni WHOQOL-BREF upitnikom s obzirom na člana obitelji koji je imao iskustvo rata

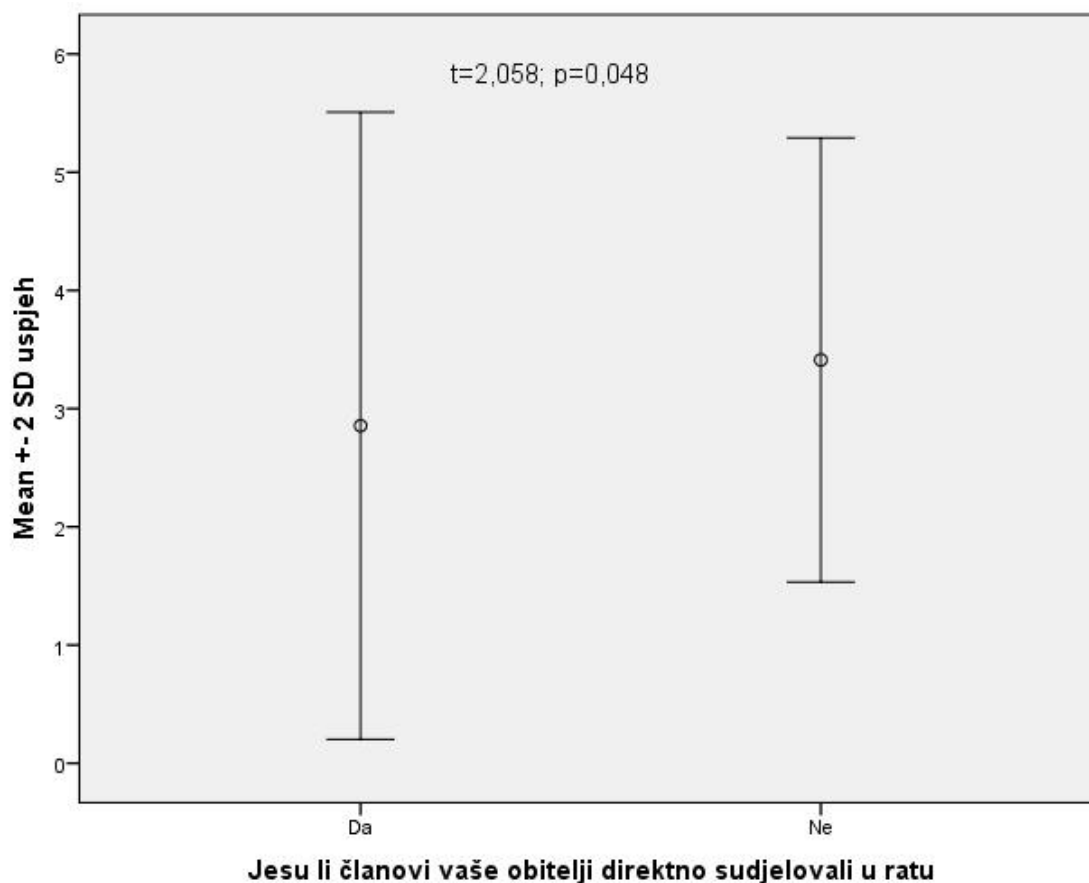
WHOQOL-BREF	Član obitelji s iskustvom rata							
	Otac		Majka		Oba roditelja		F	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Tjelesno zdravlje	16,23	2,29	14,48	3,08	16,48	1,97	2,110	0,127
Psihičko zdravlje	15,35	2,75	14,22	2,59	15,74	1,91	1,058	0,351
Socijalni odnosi	14,98	3,24	12,22	2,72	15,44	2,64	2,985	0,055
Okolina	14,62	2,53	11,75	3,42	14,28	2,15	3,726	0,028
Ukupno	15,21	2,49	14,67	3,01	16,11	1,80	2,167	0,120

Statistički značajno lošiji akademski uspjeh pokazuju studenti čiji su članovi obitelji direktno sudjelovali u ratu u odnosu na studente čiji članovi obitelji nisu direktno sudjelovali u ratu (Slika 1).

RASPRAVA

Epidemiološka i klinička istraživanja su pokazala da djeca veterana oboljelih od PTSP-a imaju oko dva puta veći rizik za razvoj psihopatoloških simptoma od djece veterana bez PTSP-a te da se klinički značajni psihički problemi javljaju u oko 30 % djece veterana oboljelih od PTSP-a (6). Harkness je našla da djeca veterana od 6 do 16 godina starosti često manifestiraju depresiju, anksioznost, hiperaktivnost, delinkventno ponašanje, slabu socijalizaciju i probleme u školi te da nasilje u obiteljima veterana s PTSP-om više doprinosi problemima djece nego sam PTSP (18). Kliničko istraživanje u Hrvatskoj pokazalo je da djeca očeva veterana s PTSP-om u dobi od 12 do 18 godina imaju, također, gotovo dva puta veći rizik za ozbiljne psihičke probleme od adolescenata čiji očevi veterani nemaju PTSP (19). Rezultati našeg istraživanja pokazali su da kod studenata koji su član obitelji s iskustvom rata nalazi se više psihotičnih obilježja i nespecifičnih simptoma nego kod studenata čiji članovi nemaju ratnog iskustva.

Djeca veterana s PTSP-om u Bosni i Hercegovini imala su više depresivnih i somatizacijskih



Slika 1. Uspjeh ispitanika prema direktnom sudjelovanju članova obitelji u ratu

simptoma, kao što su bolovi u trbuhu, problemi s hranjenjem i disanjem, te su bila više zabrinuta i uznemirena od djece veterana bez PTSP-a (20). Ahmadzadeh i Malekian su pronašli značajno povišenu razinu agresije i anksioznosti u adolescenata čiji su očevi bili veterani rata u Iranu s kroničnim PTSP-om u usporedbi s djecom čiji očevi nisu bili veterani (21). Istraživanja su potvrdila da se PTSP-om roditelja može objasniti trećina varijance maladaptivnih psihosocijalnih poteškoća djece kao i da PTSP roditelja pouzdano predviđa navedene manifestacije. Djeca veterana Vijetnamskog rata s PTSP-om imala su klinički značajne psihičke probleme više od dva puta češće od djece veterana bez PTSP-a (3). Veterani vijetnamskog rata s PTSP-om su kod svojih sinova školske dobi opažali više hiperaktivnosti, agresivnog i delinkventnog ponašanja, a kod kćeri adolescentne dobi od 16 do 22 godine starosti više depresije i socijalne izolacije u odnosu na djecu iste dobi i spola čiji očevi veterani nisu imali

PTSP. U istom je istraživanju uočeno da djeca vijetnamskih veterana s PTSP-om imaju više problema u uspostavljanju i održavanju prijateljskih odnosa s vršnjacima u usporedbi s djecom veterana bez PTSP-a (22).

Naši rezultati pokazuju da su simptomi paranoje te nespecifični simptomi više izraženi kod onih studenata čiji je član obitelji nastradao za vrijeme rata. Simptome somatizacije te simptome paranoje i anksioznosti nalazimo više kod onih studenata kod kojih je majka imala iskustvo rata u odnosu na one studente kod kojih su oba roditelja imala iskustvo rata. Harkness je utvrdio da djeca ratnih veterana često manifestiraju poteškoće u akademskoj karijeri, dijadnim vezama i emocionalnoj regulaciji (23). Kod djece veterana s PTSP-om adolescentne i odrasle dobi od 14 do 35 godina starosti, Beckham i sur. su pronašli više uporabe ilegalnih droga, problema u ponašanju, simptoma PTSP-a i hostilnosti (24). Najveće razlike između opće populacije

i traumatiziranih osoba dobivaju se u području zdravstvenog aspekta kvalitete života. Izloženost traumatskim iskustvima, po definiciji, dovodi do izrazito neugodnih doživljaja i uznemirujućih reakcija, koje, ako traju dulje vrijeme, mogu narušiti mentalno zdravlje, a time potencijalno kvalitetu života pojedinca. Priebe i suradnici su pokazali da osobe koje su tražile psihijatrijsku pomoć, a imaju više posttraumatskih, depresivnih i anksioznih smetnji imaju imati lošiju kvalitetu života (25). Naše istraživanje je pokazalo da nema statistički značajne razlike u kvaliteti života između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenata koji nisu član obitelji s iskustvom rata.

ZAKLJUČAK

Postoji statistički značajna razlika u pojavnosti psihičkih simptoma između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenata koji nisu član obitelji s iskustvom rata. Svi psihički simptomi statistički su više izraženi kod studenata iz obitelji s iskustvom rata u odnosu na studente koji nisu član obitelji s iskustvom rata, osim opsesivno kompulzivnih simptoma. Nije nađeno statistički značajne razlike u kvaliteti života između ispitivane i kontrolne skupine. Domena okoline kvalitete života, odnosno briga o okolini, je statistički značajno lošija kod studenata čiji je otac bio sudionik rata u odnosu na studente čija je majka bila sudionik rata. Ne postoji statistički značajnija razlika za ostale domene kvalitete života između studenata iz obitelji s iskustvom rata i studenata koji nisu član obitelji s iskustvom rata.

LITERATURA

1. Yehuda R, Davidson J. *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder*. Science Press Ltd, London, UK. 2000;1-11.
2. Jordan BK. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:916-926.
3. Jezik traume i sekundarna traumatizacija (Internet) Pristupljeno 20.12.2015. Dostupno na: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0350-2538/2003/0350-25380302079G.pdf>.
4. Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:345-51.
5. Figley CR. *Treating stress in families*. New York. 1989.
6. Galovski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggress Viol Behav*. 2004;9:477-501.
7. Kaufman J. Brain derived neurotrophic factors-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry*. 2006;59:673-80.
8. Roy A. Interaction of FKBP5, a stress-related gene, with childhood trauma increases the risk for attempting suicide. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35:1674-83.
9. Yehuda R, Bell A, Bierer LM, Schmeidler J. Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatr Res*. 2008;42:1104-11.
10. Yehuda R. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:4115-18.
11. Oztotop E. Mirror neurons: functions, mechanisms and models. *Neurosci Lett*. 2013;540:43-55.
12. Rosenheck R, Fontana A. Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress*. 1998;11:731-41.
13. Harkness LL. Transgenerational transmission of war-related trauma. U: Wilson JP, Raphael B, ur. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum. 1993.
14. Srour RW, Srour A. Communal and familial war-related stress factors: The case of the Palestinian child. *J Loss Trauma*. 2005;11:289-09.
15. Kvaliteta života kod branitelja s posttraumatskim stresnim poremećajem i komorbidnim psihičkim i tjelesnim bolestima (Internet) Pristuplje-

- no 29.12.2015. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/hrstud%3A12>.
16. 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.
 17. Derogatis LR, Savitz KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care In. ME. Maruish, ur. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*, Volume 236 Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2000;297-334.
 18. Harkness LL. The effect of combat-related PTSD on children. *National Center for PTSD Clinical Newsletter* 1991;2:12-13.
 19. Harkness L, Zador N. Treatment of PTSD in families and couples. In: Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD ur. *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford. 200;335-53.
 20. Zalihic A, Zalihic D, Pivic G. Influence of posttraumatic stress disorder of the fathers on other family members. *Bosn J Basic Med Sci*. 2008;8:20-6.
 21. Breslau N. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1044-1048.
 22. Parsons J, Kehle TJ, Owen SV. Incidence of behavior problems among children of Vietnam veterans. *School Psychol Int*. 1990;11:253-9.
 23. Harkness LL. The effect of combat-related PTSD on children. *National Center for PTSD Clinical Newsletter*. 1991;2:12-13.
 24. Beckham JC. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *J Clin Psychol*. 1997;53:847-52.
 25. Kvaliteta života osoba pogođenih ratom (Internet) Pristupljeno 29.12.2015. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanак&id_clanак_jezik=29432.

MENTAL SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE OF STUDENTS FROM FAMILIES WITH EXPERIENCE OF WAR

Irena Babic, Dragan Babic, Marko Martinac, Ivan Vasilj, Marina Vasilj

Faculty of Health Studies, University of Mostar, Bijeli Brijeg bb, 88300 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

INTRODUCTION: Previous studies consistently show a connection between war PTSD veterans and psychopathological symptoms in their family. The negative impact of psychological trauma on the people close to the individual suffering from PTSD is conceptualized through the notion of secondary traumatization. The aim of this paper is to examine the psychological symptoms and quality of life of students from families with the experience of war.

SUBJECTS AND METHODS: The study included students from the University of Mostar from the first to the fifth year (n = 160). The study was conducted by using cross-sectional study, randomly among students of both sexes. Socio-demographic questionnaire, questionnaire quality of life of the World Health Organization WHOQOL-BREF and Self-Assessment Questionnaire SCL- 90th were used for the research.

RESULTS: All mental symptoms were statistically significantly expressed in students from families with experience of war in relation to students who are not members of families with experience of the war, except for obsessive compulsive symptoms. Psychotic features are significantly expressed in students from families with experience of war in relation to students who are not family members who experienced the war as well as non-specific symptoms. Symptoms of somatization, anxiety and paranoia were significantly more pronounced among students whose mother was a participant of the war compared to students from families where both parents were participants in the war. Symptoms of paranoia and non-specific symptoms are significantly more pronounced among students whose family member died during the war compared to students whose family member was not killed during the war. There was no statistically significant difference in any area of quality of life among students from families with experience of war and students who are not members of families with war experience.

CONCLUSION: Students from families with experience of the war had a significantly higher incidence of psychiatric symptoms. Between the two groups there was no statistically significant difference in relation to the quality of life.

Keywords: psychological symptoms, quality of life, students, war.

Correspondence:

Babic Irena, master of nursing

e-mail: babicirena28@gmail.com

PROŠIRENOST DOJENJA I ČIMBENICI KOJI UVJETUJU ODUSTAJANJE OD DOJENJA NA PODRUČJU MOSTARA

Ivana Palac¹, Darinka Šumanović-Glamuzina², Iva Mikulić¹, Gordan Galić³

¹Klinika za kirurgiju, Sveučilišna Klinička bolnica Mostar

²Klinika za pedijatriju, Sveučilišna Klinička bolnica Mostar

³Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Mostaru

SAŽETAK

UVOD: Prehrana majčinim mlijekom je prirodan i najbolji način prehrane u dojenačkoj dobi. Modernizacija ljudskog društva uza sve prednosti donosi i neke nedostatke, posebice udaljevanje od prirode i nekih prirodnih procesa, među koje pripada i prehrana majčinim mlijekom. Novija znanstvena istraživanja i opsežne epidemiološke studije dokazale su prednosti prirodne prehrane na zdravlje djece. Dojenje povoljno djeluje na dijete, majku, obitelj i društvo u cjelini, stoga su zaštita, promicanje i potpora dojenju javno-zdravstveni prioritet svih zemalja.

CILJ: Usporediti i odrediti sociodemografske i ostale specifične razlike između dojilja i nedojilja.

ISPITANICI I POSTUPCI: Istraživanje je provedeno u Domu zdravlja Mostar, na Odjelu za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u siječnju 2013. godine. Anketnim upitnikom uz prethodno potpisani informirani pristanak, ispitano je ukupno 300 slučajno odabranih, ali ciljano podijeljenih u dvije približno jednake skupine dojilja (145) i nedojilja (155).

REZULTATI: Usporedbe između skupine dojilja i nedojilja potvrđuju statistički značajnu razliku u odnosu na obrazovanje, materijalni status, utjecaj pušenja, prethodno dojenje, vrstu porođaja i utjecaju dojenosti majke kao djeteta. Također značajnim se pokazao utjecaj stava o uspjehu dojenja prije samog početka dojenja. Za najučestaliji izvor podrške u dojenju majke koje doje svoju djecu navode da su bile same sebi, a potom su tu podršku našle u ocu djeteta ili majci. Najučestalije naveden razlog prestanka dojenja bila je nedovoljna količina majčinog mlijeka, a potom umor i stres.

ZAKLJUČAK: Rezultati ukazuju na potrebu edukacije o dojenju, jer dobra priprema i edukacija prije poroda i dobra podrška nakon poroda uvelike bi pridonijela povećanju prevalencije dojenja.

KLJUČNE RIJEČI: dojenje, čimbenici rizika, dojenče.

Osoba za razmjenu informacija:

Mr.sc. Ivana Palac, diplomirana medicinska sestra.

e-mail: ivanapalac1985@gmail.com

UVOD

Tisućama godina kroz povijesti majčino je mlijeko bilo jedina mogućnost prehranjivanja novorođenog djeteta (1). Dojenje je bilo oduvijek važno, međutim u jednom razdoblju ljudske povijesti u 20. stoljeću, obilježenom snažnom industrijalizacijom, primijetilo se da dojenče jednako dobro napreduje na umjetnoj prehrani. Budući da tada još nije bilo tako sofisticiranih proizvoda pristupilo se adaptiranju kravljeg mlijeka. Na neko vrijeme se odustalo od

dojenja, odnosno vrlo mali broj djece je prirodno hranjen. To je bio jedan veliki prirodni eksperiment koji i nije baš dobro završio. Ispitivanja su pokazala da majčino mlijeko ima neka svojstva koja prijašnjim analizama nisu bila poznata. Otkriveno je da majčino mlijeko sadrži primjerenu količinu bjelancevina upravo potrebnu za rast djeteta te mlade dobi, da sadrži minerale koji ne opterećuju njegovu mijenu tvari, te neke bitne tvari kao što su nezasićene masne

kiseline u onoj količini koja je djetetu neophodna, prije svega za razvoj središnjeg živčanog sustava. Pored toga otkriveno je da majčino mlijeko sadrži veću količinu šećera od kravljeg mlijeka (2). Sve to djeluje previše sterilno i umjetno, a stvarne posljedice na ljudsko biće koje prolazi kroz tu preobrazbu još nisu do kraja sagledane (3). Kad su uočene sve te razlike počela se vraćati praksa da se djeca prirodno hrane na prsima majke. Kako se u svemu nastojimo vratiti prirodi, tako je i u ovome, možda najbitnijem u prirodi, a to je prirodna prehrana (4). Tako je u razvijenim zemljama ponovo prisutan trend povećanja broja dojene djece. Teži se humanom rađanju, kojemu mogu prisustvovati i očevi, povećava se broj „Bolnica prijatelja djece“, u kojima je moguć cjelodnevni smještaj djeteta uz majku (*rooming in*) i dojenje odmah nakon poroda (3). Dojenje je prirodno pravo djeteta i slobodan izbor svake majke, ne nešto sramotno ili prosto, već nešto istinski lijepo i drevno (5). Program unapređenja dojenja predstavlja važnu strategiju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), s ciljem što većeg preživljavanja dojenčadi i male djece, osobito u siromašnijim zemljama, s nedovoljnom zdravstvenom prosvijećenošću (6).

Svjetsku organiziranu akciju povratka dojenju, zaštite, poticanja i podupiranja dojenju pokrenule su SZO i UNICEF, (engl. *United Nations Children's Found*), te su donijeli preporuke za promicanje dojenja u rodilištima i novorođenačkim odjelima u obliku „Deset koraka do uspješnog dojenja“ (7, 8). Prema Konvenciji o pravima djeteta svako dijete ima pravo na optimalnu prehranu, rast i razvoj. Spoznaja o potrebi programiranih djelatnosti za promicanje dojenja rezultirala je pokretanjem globalnih inicijativa i preporuka od strane SZO-a i UNICEF-a pod nazivom Deklaracija Innocenti o zaštiti, poticanju i podupiranju dojenja 2005. god. i Globalnom strategijom o prehrani dojenčeta i male djece 2003. god. (9-11).

Bosna i Hercegovina potpisnica je „Globalne inicijative i Konvencije o pravima djeteta“ još od 1993. godine (6). Razlozi za prestanak dojenja u većini slučajeva je nedostatak mlijeka što upućuje da majke nisu dovoljno upućene u tehniku dojenja (12). Agresivna promocija proizvođača zamjenskih

pripravaka bila je praksa tijekom posljednjih desetljeća. Nakon ratnih zbivanja i degradacije važnosti dojenja, u proteklom desetljeću počela je aktivnija promocija dojenja koja je u stalnom usponu sa izrazito efektivnim učincima i osviještenosti društva u cjelini (13). Da bi dojenje bilo efikasno, i dojenče i majka moraju znati svoju ulogu i naučiti kako se doji jer je dojenje vještina koja se uči (14). Prijašnja istraživanja na području FBiH, kao i studentska istraživanja na području Hercegovine kao glavni razlog prestanka dojenja navode nedostatak mlijeka (16). Taj je problem međutim samo iznimno stvaran. Agalaktija postoji, ali je izvanredno rijetka pojava. U zdravih žena svaka dojka, bez obzira na veličinu, može stvoriti dovoljno mlijeka, ako je njezova proizvodnja stimulirana na prikladan način. Glad djeteta, njegov apetit i sisanje najbolji su poticaj za stvaranje mlijeka. Ako dijete dobro i dosta često siše, u prvih 10 do 14 dana dojenja, ustalit će se proizvodnja oko ½ litre mlijeka, što će zadovoljiti potrebe djeteta. Ako je dijete gladnije i još više siše, proizvodnja mlijeka će dalje rasti (7).

Cilj rada je istražiti kakva je praksa prirodne prehrane dojenčadi te usporediti i odrediti sociodemografske i ostale specifične razlike između dojilja i nedojilja.

ISPITANICI I POSTUPCI

Istraživanje je provedeno u Domu zdravlja Mostar, Odjel za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece, Općina Mostar. Obuhvaćene su majke koje su dolazile u Odjel za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece sa djecom starosti do 12 mjeseci, u razdoblju od mjesec dana. Ispitanice su dobile anketni upitnik osobino te se mogla pratiti točnost popunjavanja pitanja, i/ili razjasniti ukoliko je neko od pitanja bilo nejasno. Nije bilo nepravilno popunjenih upitnika.

Provedena je presječna studija pomoću specifično konstruiranog, šifriranog anketnog upitnika na 300 ispitanica. Ispitanice su podijeljene u dvije skupine: 1. majke koje doje svoje dijete-dojilje i 2. majke koje ne doje-nedojilje. U skupini majki dojilja bilo je 145 ispitanica, a u skupini majki koje ne doje 155 ispitanica. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dragovoljno

i anonimno, pokriveno potpisanim informiranim pristankom sudionica u istraživanju.

Upitnik se sastojao od tri dijela. Prvi dio ispuni-le su sve ispitanice, drugi dio ispunjavale su majke koje doje, a treći dio ispunjavale su majke koje ne doje svoju djecu. Prvi dio je općeniti dio upitnika koji se sastojao od sociodemografskih pitanja: dob majke, stručna sprema, zaposlenost, materijalni status, mjesto stanovanja, navika pušenja, redosljed djeteta, prethodno iskustvo dojenja, vrsta porođaja. Također, u prvom djelu upitnika saznalo se jesu li ispitanice bile dojene kao djeca, kakav im je stav o dojenju bio prije porođaja, te od čije strane su educirane o dojenju i jesu li pohađale tečaj pripreme za porođaj. Svi dobiveni podatci su komparirani između ispitivanih skupina. Drugim djelom upitnika dobiveni su podatci o dobi dojene dojenčadi, vrsti dojenja, te o pružanju podrške u dojenju.

Treći dio upitnika otkriva razloge prestanka dojenja, osjećaj u vezi istog, te mogući utjecaj drugih na prestanak dojenja. Ispitanice su trebale zaokružiti svoj odgovor, a ukoliko odgovor nije bio jedan od navedenih imale su opciju upisati vlastiti komentar.

Statistička obrada

Za analizu nominalnih i ordinalnih varijabli korišten je hi kvadrat test. Pri manjku očekivane frekvence, u kategorijskim varijablama s više podskupina korišten je modul dodatnih egzaktnih testova. Za testiranje simetričnosti raspodjele kontinuiranih podataka korišten je Kolmogorov-Smirnovljevi test. Za prikaz kontinuiranih varijabli koristio se medijan i interkvartilni raspon zbog raspodjele koja je značajno odstupala od normalne, zbog čega se za njihovu usporedbu koristio Mann-Whitney U test. Mogućnost pogreške prihvatila se pri $\alpha < 0,05$ te su razlike između skupina bile prihvaćene kao statistički značajne za $p < 0,05$.

Za statističku analizu dobivenih podataka rabljen je programski sustav SPSS for Windows (inačica 17.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excell (inačica 11. Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD).

REZULTATI

Sociodemografske razlike između skupine dojilja i nedojilja

Nije postojala značajna razlika u dobnoj strukturi između ispitanica koje su dojile i onih koji nisu dojile ($p=0,220$). Dok je u dojilja bio značajno veći broj ispitanica s VŠS, u nedojilja su značajno više bile učestale osobe sa srednjom stručnom spremom (hi kvadrat test=6,992; $df=2$; $p=0,030$). U dojilja je materijalni status ocijenjen dobrim u značajno većem broju u odnosu na nedojilje (hi kvadrat test=10,686; $df=3$; $p=0,014$). Obje istraživane skupine bile su u približno jednakom omjeru zaposlene (hi kvadrat test=2,494; $df=1$; $p=0,114$). Mjesto stanovanja nije se značajno razlikovalo između ove dvije promatrane skupine (hi kvadrat test=1,591; $df=1$; $p=0,207$). Nedojilje su u značajno većoj mjeri imale naviku pušenja u odnosu na dojilje (hi kvadrat test=26,309; $df=2$; $p=0,001$) (Tablica 1).

Tablica 1. Sociodemografske i ostale značajke uspoređene između skupina

Varijable	N % ispitanica po skupini		Hi kvadrat test	p
	Dojilje	Nedojilje		
Dob				0,220
< 18 god	0	2 (1,3)		
18 - 25 god	25 (17,2)	38 (24,5)		
25 – 35	94 (64,8)	89 (57,4)		
> 35	26 (17,9)	26 (16,8)		
Obrazovanje			6,992	0,030
OŠ	3 (2,1)	11 (7,1)		
SSS	72 (49,7)	87 (56,1)		
VŠS i ostalo	70 (48,3)	57 (36,8)		
Zaposlenost			2,494	0,114
Da	71 (49,0)	90 (58,1)		
Ne	74 (51,0)	65 (41,9)		
Materijalni status			10,686	0,014
Vrlo loš	8 (5,5)	7 (4,5)		
Loš	18 (12,4)	38 (24,5)		
Dobar	113 (77,9)	97 (62,6)		
Jako dobar	6 (4,1)	13 (8,4)		
Mjesto stanovanja			1,591	0,207
Selo	50 (34,5)	43 (27,7)		
Grad	95 (65,5)	112 (72,3)		
Navika pušenja			26,309	<0,001
Da	27 (18,6)	67 (43,2)		
Ne	99 (68,3)	62 (40,0)		
Povremeno	19 (13,1)	26 (16,8)		

Redosljed djeteta nije se značajno razlikovao između dojilja i nedojilja (hi kvadrat test=2,229; df=3; p=0,526). Dojilje su u značajnoj mjeri učestalije imale prethodno dojenje u odnosu na skupinu nedojilja u ovom istraživanju (hi kvadrat test=31,716; df=1; p<0,001). Isto tako, dojilje su u značajno većem broju bile dojene kao djeca u odnosu na nedojilje (hi kvadrat test=42,645; df=1; p<0,001). Dojilje su najučestalije imale kao vrstu porođaja prirodan porođaj u odnosu na nedojilje (hi kvadrat test=6,248; df=1; p=0,012) (Tablica 2).

Tablica 2. Usporedba pariteta, vrste porođaja i prethodnog dojenja između skupina

Varijable	N % ispitanica po skupini		Hi kvadrat test	p
	Dojilje	Nedojilje		
Redosljed djeteta			2,229	0,526
Prvo	52 (35,9)	55 (35,5)		
Drugo	55 (37,9)	63 (40,6)		
Treće	28 (19,3)	32 (20,6)		
Četvrto i više	10 (6,9)	5 (3,2)		
Prethodno dojenje			31,716	<0,001
Da	89 (61,4)	45 (29,0)		
Ne	56 (38,6)	110 (71,0)		
Vrsta poroda			6,248	0,012
Prirodan porođaj	119 (82,1)	108 (69,7)		
Carški rez	26 (17,9)	47 (30,3)		
Dojeni kao dijete			42,645	<0,001
Da	127 (87,6)	82 (52,9)		
Ne	18 (12,4)	73 (47,1)		

Dok su u dojilja najučestaliji izvor informacija o dojenju bile majke, medicinske sestre i mediji, u nedojilja mnogo učestalije nije bilo izvora informacija u odnosu na dojilje, a od prisutnih izvora informacija najučestalije su to bile također majke (p<0,001).

Tablica 3. Usporedba izvora informacija između skupina

Izvor informacija	Broj % pozitivnih odgovora	
	Dojilje	Nedojilje
Majka (majčina majka)	70 (48,3)	58 (37,4)
Otac (suprug)	13 (9,0)	2 (1,3)
Prijatelji	28 (19,3)	7 (4,5)
Medicinske sestre	44 (30,3)	34 (21,9)
Liječnici	42 (29,0)	48 (31,0)
Mediji	43 (29,7)	28 (18,1)
Nitko	12 (8,3)	43 (27,7)
Drugi članovi obitelji	7 (4,8)	4 (2,6)
Netko drugi	2 (1,4)	0

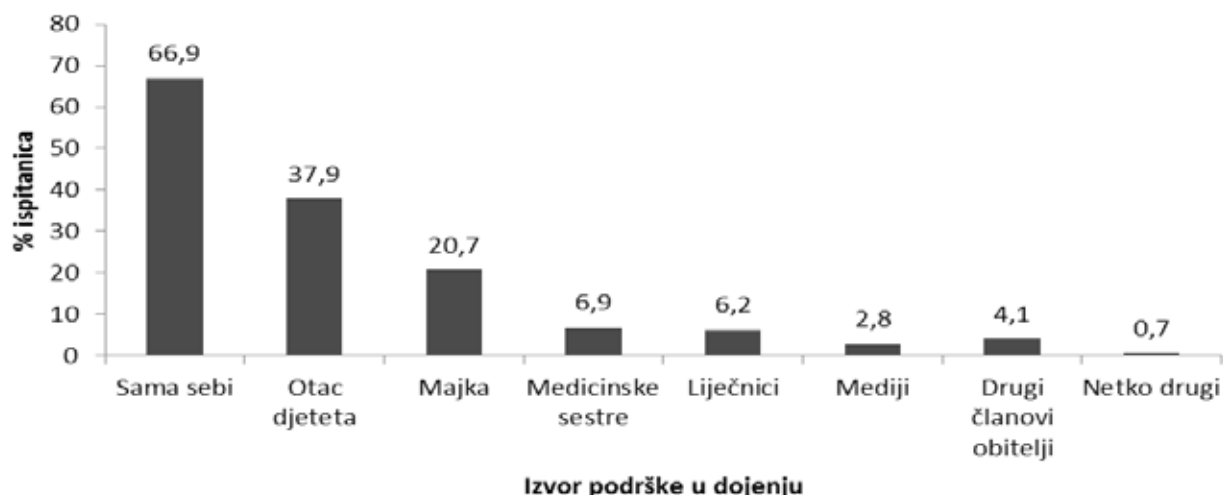
Što se tiče stava prema dojenju, dojilje su značajno učestalije imale stav da će uspjeti dojiti u odnosu na nedojilje (hi kvadrat test=10,110; df=2; p=0,006). Istraživane skupine nisu se značajno razlikovale u učestalosti pohađanja tečaja pripreme za porođaj (hi kvadrat test=0,842; df=1; p=0,359) (Tablica 4).

Tablica 4. Usporedba stava o dojenju i pohađanju tečaja za porođaj između skupina

Varijable	N % ispitanica po skupini		Hi kvadrat test	p
	Dojilje	Nedojilje		
Stav o dojenju			10,110	0,006
Mislila sam da ću uspjeti dojiti	86 (59,3)	78 (50,3)		
Mislila sam da neću uspjeti dojiti	10 (6,9)	30 (19,4)		
Nisam o tome razmišljala	49 (33,8)	47 (30,3)		
Tečaj pripreme za porođaj			0,842	0,359
Da	18 (12,4)	25 (16,1)		
Ne	127 (87,6)	130 (83,9)		

Neke osobitosti u skupini dojilja

U ispitanica koje su dojile djecu prosječna dob dojenčadi bila je 6 mjeseci života. Najmlađem dojenčetu bilo je 1 mjesec, a najstarijem 12 mjeseci života. U ispitivanom uzorku najučestalije je bilo zastupljeno isključivo dojenje (hi kvadrat test=8,448; df=1; p=0,004). Za najučestaliji izvor podrške u dojenju ispitanice dojilje navode da su bile same sebi podrška, a potom su tu podršku našle u ocu djeteta ili majci (hi kvadrat test=300,000; df=7; p<0,001) (Slika 1).

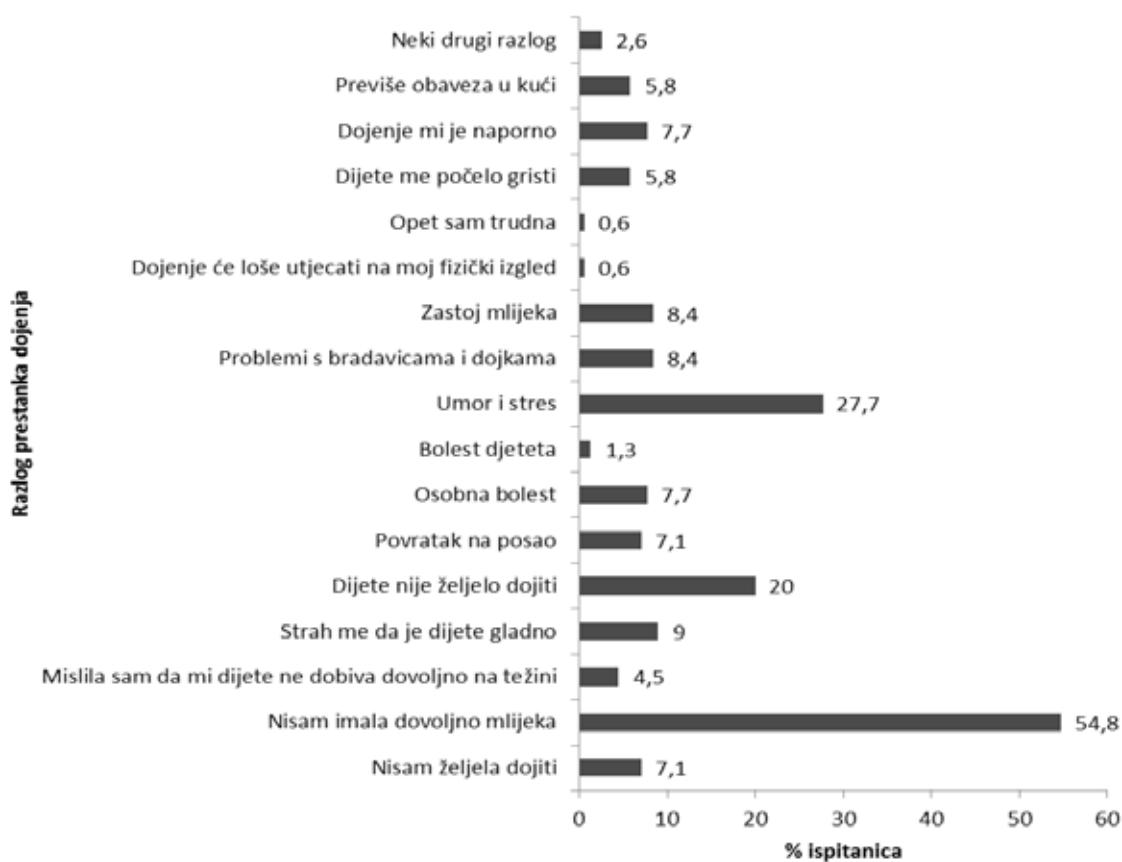


Slika 1. Izvor podrške u dojenju

Neke osobitosti u skupini nedojilja

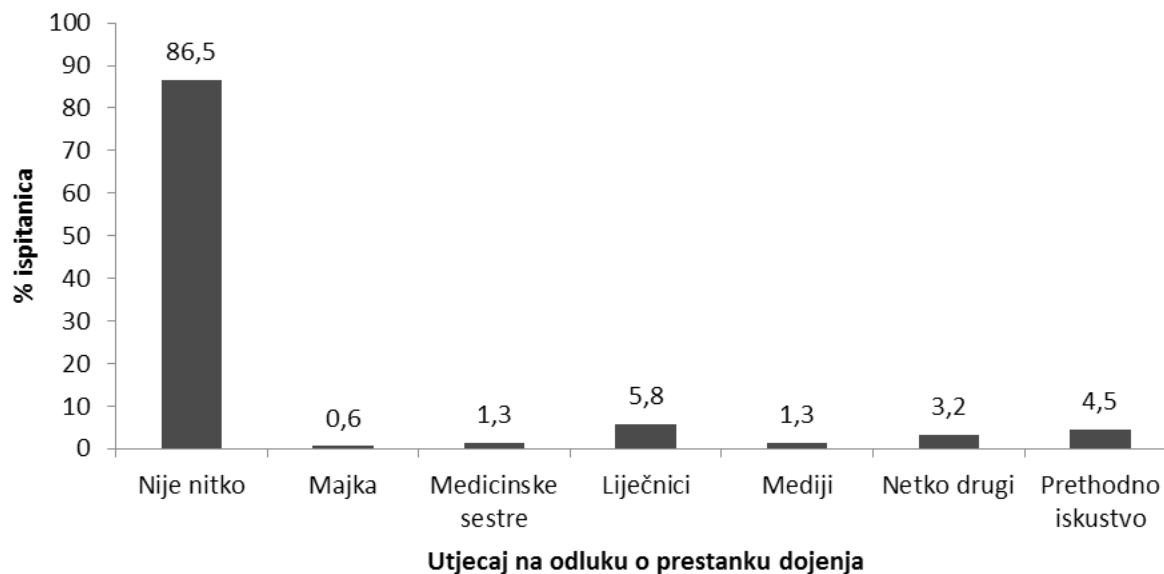
U ispitanica koje nisu dojile djecu također prosječna dob dojenčadi bila je 6 mjeseci života. Najmlađem dojenčetu bilo je 1 mjesec, a najstarijem 12 mjeseci života.

Najučestalije naveden razlog prestanka dojenja bila je nedovoljna količina majčinog mlijeka, a potom umor i stres (hi kvadrat test=414,964; df=16; p<0,001) (Slika 2).



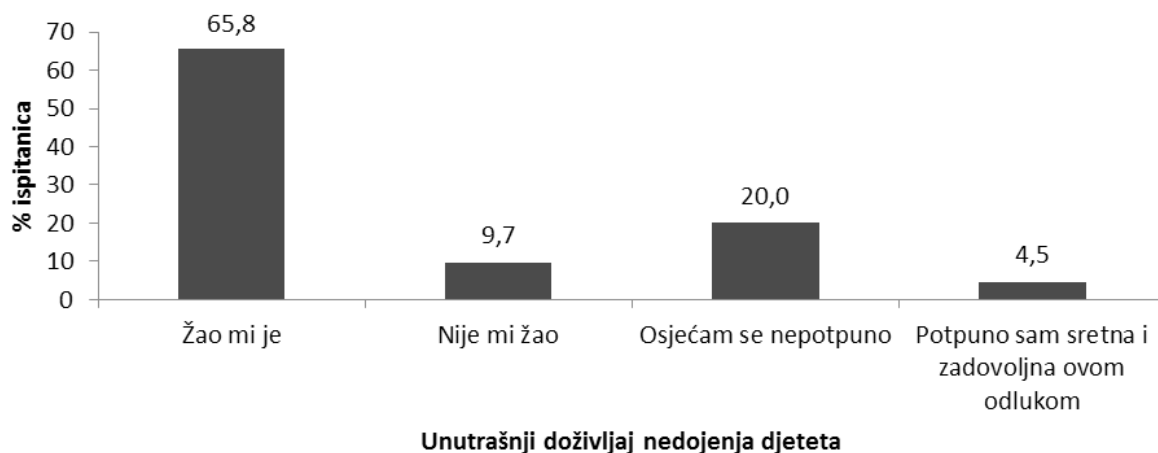
Slika 2. Razlozi prestanka dojenja

Na odluku o prestanku dojenja ispitanice su najučestalije odgovorile da nije nitko utjecao, a od osoba koje su ipak utjecali, izdvojili su liječnike ($n=9$; (5,8%) hi kvadrat test= $632,750$; $df=6$; $p<0,001$) (Slika 3).



Slika 3. Utjecaj na odluku o prestanku dojenja

Ispitanice su se u većini slučajeva izjasnile da im je žao što ne doje dijete ($n=102$; (65,8%) hi kvadrat test= $145,361$; $df=3$; $p<0,001$) (Slika 4).



Slika 4. Unutrašnji doživljaj nedojenja djeteta

RASPRAVA

U ovom istraživanju najučestalije je bila zastupljena dobna struktura od 25-35 godina starosti, te nije postojala značajna razlika u dobnoj strukturi između ispitanica koje su dojile i onih koje nisu dojile iako neka istraživanja pokazuju da češće i dulje doje majke starije životne dobi (17). Što se tiče obrazovanja, 53 % od ukupnog broja ispitanica je imalo srednju stručnu spremu (SSS), no uspoređujući dojenje i obrazovanje značajno više dojilja ima visoku stručnu spremu (VSS) u odnosu na nedojilje. Pretpostavio se značajan utjecaj obrazovanja na dojenje. Bolje obrazovanje podrazumijeva bolju informiranost i potpunije znanje o prednostima dojenja (18,19). Međutim ima autora iz naše bliže sredine koji izvještavaju da majke sa srednjom i nižom stručnom spremom više i duže doje svoju djecu (20). U ispitivanom uzorku materijalni status je većinom ocijenjen kao dobar (70

% svih ispitanica), no uspoređujući dojilje i nedojilje, dobrim je ocijenjen u značajno većem broju u dojilja nego u nedojilja. Uspoređujući sa svjetskim istraživanjima odgovara činjenica da lošiji materijalni status utječe i na niži stupanj obrazovanja, samim time i na slabije saznavanje o prednostima dojenja (21,22). Dobivenim rezultatima ove studije i drugih sličnih studija u svijetu i našoj sredini zaključak je na usmjeravanje edukacije na mlađe majke, slabije educirane i lošijeg materijalnog statusa (23,24).

Promatrajući odnos zaposlenosti i dojenja, pretpostavilo se da će nezaposlene žene dojiti više, iz više razloga. Te žene ne veže obveza brzog povratka na radno mjesto. Nezaposlenim ženama nije zanimariv ni ekonomski razlog prakse dojenja. Međutim, razlika u prakticiranju dojenja između zaposlenih i nezaposlenih žena nije statistički značajan. Sličan rezultat je dobiven i u jednom istraživanju u Hrvatskoj (25). Mjesto stanovanja u ovoj analizi nije značajno utjecalo na praksu dojenja (26-28).

Ispitujući naviku pušenja, od ukupnog broja ispitanica 31,3 % ispitanica puši, no nedojilje značajno više puše u odnosu na dojilje što je potvrđeno i drugim sličnim analizama (27,28). Pušenje se povezuje s ranijim prekidom dojenja, smanjenom proizvodnjom mlijeka i zaustavljanjem refleksa otpuštanja mlijeka. Dokazana je povezanost između pušenja i smanjene količine mlijeka, osobito u kombinaciji s depresijom. Pušenje smanjuje razinu prolaktina u krvi i na taj način smanjuje i proizvodnju mlijeka (29-31).

Rezultati su pokazali da se redosljed djeteta ne razlikuje značajno kod majki koji doje i ne doje. Međutim majke koje su imale prethodno iskustvo dojenja u značajnoj mjeri su dojilje s čim se zaključuje da se jednom naučena i ustaljena praksa dojenja dalje lakše nastavlja. Ovim rezultatom potvrđuje se i hipoteza ovog rada, „a sličnih rezultata se može naći i u drugim sredinama“ (32,33). Rezultati su pokazali da je 70 % ispitanica bilo dojeno, no uspoređeno prema skupinama dojilje su u značajno većem broju bile dojene kao djeca u odnosu na nedojilje (33,34). Dojilje su značajno učestalije kao vrstu porođajna imale prirodan porođaj. Upravo zbog navedenog trebalo bi majkama koje su rodile carskim rezom

posvetiti veću pažnju, što navode i istraživanja u svijetu (35). Bolnice prijatelj djece usmjerene su na zaštitu, potporu i promociju dojenja i ujedno im je cilj smanjiti i stopu carskog reza koji značajno utječe na dojenje (33,34).

Najviše informacija o dojenju dolazi iz primarne obitelji tj. od majčine majke. Drugo mjesto zauzimaju liječnici, pa zatim medicinske sestre i mediji. Uspoređujući dojilje i nedojilje primijetilo se da kod nedojilja mnogo učestalije nije bilo izvora informacija o dojenju (33). Otac djeteta je iznenađujuće nisko na toj ljestvici, što ukazuje na veliku potrebu intervencija zdravstvenih djelatnika na potrebu uključivanja oca u dojenje. Naime, dokazano je da žene čiji muževi ne podupiru dojenje raniju prestaju dojiti ili uopće ne doje (36-37).

U majki uključenih u ovo istraživanje bio je najzastupljeniji stav da će uspjeti dojiti no jedna značajno velika skupina o tome nije uopće razmišljala što ukazuje na činjenicu da majke nisu dovoljno pripremljene ni educirane o dojenju. Može se smatrati da majke koje doje svoju djecu već prethodno imaju jedan pozitivno izgrađen stav i da su to zapravo i samouvjerene žene. Velika većina žena donosi odluku o dojenju prije dolaska u rodilište, što potvrđuje i prethodno provedeno istraživanje do dvojenju u Mostaru (33). Boravak u rodilištu je vrlo kratak i praćen je brojnim i dramatičnim zbivanjima, a sve to iscrpljuje. Zato je najbolje da majka u rodilište dođe educirana u pogledu dojenja. Razni autori naglašavaju da edukaciju o dojenju treba započeti što ranije kao i to da pozitivan stav o dojenju utječe na kasniji bolji ishod dojenja (38,39). Tečajem pripreme za porod u Mostaru budućim roditeljima se nastoji pružiti dovoljno informacija o trudnoći, razvoju ploda, prehrani, porođaju i boravku u rodilištu, a poseban naglasak u radu tečaja stavlja se na dojenje i njegu novorođenčeta. Inače, u rodilištu Sveučilišne kliničke bolnice Mostar moguća je i nazočnost očeva pri porodu, ali je potrebno da imaju potvrdu o završenom tečaju pripreme za porođaj. U ovom istraživanju većina ispitanica nije prošla tečaj pripreme za porod, samo 15 % ispitanica ga je prošlo. Nizak postotak polaznica za trudnice je vjerojatni razlog zašto ovaj

čimbenik nije značajnije utjecao na kasniju praksu dojenja. Jasno je da su naše ispitanice u ovom istraživanju zapravo nepripremljene za porod, samim time i za dojenje, a iskustva su pokazala da edukacija, tečajevi ili još bolje grupe za potporu dojenja zapravo jako dobro utječu na dojenje (40-42).

Kod ispitanica koje doje svoju djecu ispitali smo najučestaliji izvor podrške u dojenju, njih 67 % smatra da su najveća podrška same sebi, što ukazuje na to da velika većina njih zapravo nema podršku. Izdvojili bih podršku supruga 38% i podršku vlastite majke 21%, te jako mali postotak dojila koji pronalazi podršku u liječnicima i medicinskim sestrama. Zašto je to tako u našoj sredini? Mogući razlozi za to su nepostojanjem kontinuirane edukacije zdravstvenih radnika i nedostatak sustavnog nadzora nad rezultatima prakse dojenja ne samo u našoj sredini već i u cijeloj državi Bosni i Hercegovini (43). Također se taj nedostatak podrške osjeća u činjenici što u nas još uvijek nema grupa za potporu dojenja. Druga istraživanja pokazala su da je učestalost dojenja majki u grupama vrlo visoka (40,41).

U ispitivanom uzorku majki dojilja najučestalije je bilo zastupljeno isključivo dojenje, čak 62 %. To bi mogao biti prvi pozitivni pokazatelj još nedovoljno snažne akcije edukacije majki dojilja od strane pedijatar. Neke studije pokazuju da konačni ishod u svezi s dojenjem ovisi o intenzitetu intervencije pa tako majke s većim brojem kućnih posjeta savjetnice za dojenje, potom majke koje su prošle tečajeve pripreme za porod i educiranje majke doje dulje i imaju veću učestalost isključivog dojenja (45,46).

Ispitujući skupinu majki nedojilja, najučestalije naveden razlog prestanka dojenja tj. nedojenja bila je nedovoljna količina majčinog mlijeka (55 %), a potom umor i stres (28 %). U literaturi se kao najčešći razlog prekida dojenja navodi nedovoljna proizvodnja mlijeka kako u svijetu tako i kod nas (46,47). No nije li taj razlog često samo isprika za prestanak dojenja? Primarna agalaktija je vrlo rijetka, i moguće objašnjenje za to je da majke nisu dovoljno upoznate sa fiziologijom dojenja. Koliko žena uistinu ne može dojiti uopće se ne zna jer je ovo izuzetno rijetka pojava. Zdrava žena koja

je rodila zdravo dijete sigurno može dojiti. Drugo objašnjenje može biti da majke nisu sigurne o potrebama svoje djece te pogrešno pretpostave da njihovog mlijeka nema dovoljno, nesigurne su i zasigurno nemaju odgovarajuću podršku. Očito je da majke trebaju biti više informirane o prednostima i tehnicima dojenja. U prvim mjesecima života dojenje najčešće prestaje zbog straha majki, njihovog nedovoljnog samopouzdanja i slabe podrške. Dobra priprema prije poroda i dobra podrška nakon poroda povećavaju prevalenciju dojenja u svim sredinama (38-40).

Umor i stres kao razlog prestanka dojenja zapažen je i od strane drugih autora, a to također možemo objasniti kao odraz slabe podrške majci. Kod majki koje prvi put rađaju, osjećaj tjeskobe i osjećaj zabrinutosti je neizbježan nakon porođaja. Sve majke u to vrijeme trebaju potporu i utjehu svog supruga, obitelji, prijatelja i zdravstvenih djelatnika (48,49).

Na odluku o prestanku dojenja ispitanice su najučestalije odgovorile da nije nitko utjecao, što znači da majke zapravo i nisu donosile odluku a poslije shvate da se nešto dogodilo. I naravno, u većini slučajeva majke su izjasnile da im je žao što ne doje dijete te da se osjećaju nepotpuno. Ovaj rezultat nam daje uvid u unutarjni osjećaj majke. Iskrene su prema sebi, znaju da je dojenje nešto što je priroda napravila savršenim, a one taj dio sebe nisu ostvarile. Možda bi se detaljnije trebalo proučiti raspoloženje majki nedojilja, majki koje nemaju pozitivan stav o dojenju već i prije samog poroda. Možda bi se tu našlo dosta depresivnih majki sudeći po usporedbi stava uspjeha dojenja prije početka dojenja i značajnoj razlici, gdje čak 50 % nedojilja ili misli da neće uspjeti dojiti ili o tome ne razmišlja. Možda bi se tada još bolje razumjeli čimbenici nedojenja? Istraživanja su potvrdila da žene s postporođajnom depresijom manje i doje, a ista ta istraživanja naglašavaju pravovremenu terapiju kao i pružanje veće potpore dojenja takvim majkama (46). Zdravstveni djelatnici (liječnik obiteljske medicine, ginekolog, pedijatar, babica i medicinska sestra) moraju postati svjesni dijela odgovornosti za edukaciju roditelja i djece (50).

ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazali su: da manje obrazovane majke, majke lošijeg materijalnog statusa, pušačice, majke koje nemaju prethodno stečeno iskustvo dojenja, kao i majke koje su rađale carskim rezom većinom manje doje svoju djecu. Nedojilje kao glavni razlog prestanka dojenja navode nedostatak mlijeka, a potom umor i stres. To ukazuje na potrebu edukacije o dojenju, jer dobra priprema i edukacija prije poroda i dobra podrška nakon poroda uvelike bi pridonijela povećanju prevalencije dojenja.

LITERATURA

1. Kajgana M. Povijest dojenja. Portal djeca. [Internet] Dostupno na: <http://www.djeca.org/index.php/sve-o-djeci teme/dojenje1/319-povijest-dojenja> [Pristupljeno: 07.02.2013.]
2. Goldman AS. Breastfeeding lessons from the past century. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:23-25.
3. Ilić T. Prvi korak u život. Pouke o njezi dojenčeta. Život i zdravlje. Centralni higijenski zavod. Sarajevo; 1958;33.
4. Spock B. Što treba znati o odgoju djeteta. Novinarsko izdavačko poduzeće. Zagreb; 1961;31-45.
5. Meves C. Sudbina djece u našim rukama. Iskustva iz psihagoške prakse. Četvrto hrvatsko izdanje. Karitativni fond UPT. Đakovo; 2000;13-20.
6. Mesihović – Dinarević S. i sur., Pedijatrija za studente visoke zdravstvene škole. Sa Vart. Sarajevo; 2005;36-44.
7. Mardešić D. i sur., Pedijatrija. Sedmo, dopunjeno izdanje. Školska knjiga. Zagreb; 2003;240-61.
8. Narodni zdravstveni list. Svjetski tjedan dojenja 25 godina zaštite dojenja. Mjesečnik za uređenje zdravstvene kulture. Welt d.o.o. Rijeka; 2006;3-4.
9. United nations general assembly. Convention on the rights of the child. New York. 1989. [Internet] Dostupno na: <http://www.unicef.org/crc/> [Pristupljeno 07.05.2012.]
10. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration 2005 On infant and young child feeding. Florence. Italy. [Internet] Dostupno na: http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf [Pristupljeno 07.05.2012.]
11. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. 2003. Geneva. [Internet] Dostupno na: http://www.unicef.org/nutrition/files/Global_Strategy_Infant_and_Young_Child_Feeding.pdf [Pristupljeno 07.05.2012.]
12. Ademović M, Purivata-Dračić S. Studija o prirodnoj ishrani dojenčadi u FBiH. Udruženje za unapređenje dojenja. Sarajevo; 1998;1-74
13. Šumanović-Glamuzina D. Breastfeeding practice in Bosnia and Herzegovina. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2013;2:55-62.
14. Pillitteri A. Maternal and child health nursing (Care of the childbearing and childrearing family). Second edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1995;685-700.
15. Vojvodić-Schuster S. Vježbe za trudnice; cjeloviti program vježbanja kroz tromjesečja i priprema za porođaj. Biovega. Zagreb; 2004;145-50.
16. Projekat: Dojenje u Federaciji Bosni i Hercegovini. Završni izvještaj. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Sarajevo; 1999;2-21.
17. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Québec (LSCDQ 1998-2002). *Public Health Nutr*. 2003;6:773-83.
18. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr*. 1999;88:411-5.
19. Rossem L. et al. Breastfeeding patterns among ethnic minorities: the Generation R Study J. *Epidemiol. Community Health* 2010;64:1080-85.
20. Obradović K. Trajanje dojenja u gradu Solinu od 1988. do 1998. godine. *Pediatr Croat*. 2000;44: 157-60.
21. Alan S. Ryan, PhD. The Resurgence of Breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 1997;99: 101-21.
22. Berović N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. *Croat Med J*. 2003;44:596-600.
23. Šimić T, Šumanović-Glamuzina D, Boranić M, Vuksić I, Boban A. Breastfeeding practices in

- Mostar, Bosnia and Herzegovina: cross-sectional self-report study. *Croat Med J*. 2004;45: 38-43.
24. Alan S. Ryan et al. Breastfeeding Continues to Increase Into the New Millennium. *Pediatrics*. 2002;110: 1103-09.
25. Čatipović M, Čatipović V, Novalić D, Bogeljić J, Fehir-Radanović I. Važni čimbenici u odluci o dojenju. *Paediatrica Croatica*. Vol. 46. No. 3. 2002 :107-14.
26. Liu J, Shi Z, Spatz D, Loh R, Sun G, Grisso J. Social and demographic determinants for breastfeeding in a rural, suburban and city area of South East China. *Contemp Nurse*. 2013.
27. Perez-Escamilla R. Breastfeeding in Africa and the Latin American and Caribbean region: the potential role of urbanization. *J Trop Pediatr*. 1994;40:137-43.
28. Salih MA, el Bushra HM, Satti SA, Ahmed M el-F, Kamil IA. Attitudes and practices of breast-feeding in Sudanese urban and rural communities. *Trop Geogr Med*. 1993;45: 171-4.
29. Mullen PD, Richardson MA, Quinn VP, Ershoff DH. Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *Am J Health Promot*. 1997;11: 323-30.
30. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics*. 1992;90: 934-8.
31. Northrup TF, Wootton SH, Evans PW, Stotts AL. Breastfeeding practices in mothers of high-respiratory-risk NICU infants: impact of depressive symptoms and smoking. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013.
32. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Prenatal breastfeeding information: survey in Pays de Loire, France. *Arch Pediatr*. 2011;18: 945-54.
33. Rossman B. Breastfeeding peer counselors in the United States: helping to build a culture and tradition of breastfeeding. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52:631-7.
34. Primo CC, Caetano LC. The decision to breastfeed: grandmother's view. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75: 449-55.
35. Di Mario S, Cattaneo A, Gagliotti C, Voci C, Basevi V. Baby-Friendly Hospitals and Cesarean Section Rate: A Survey of Italian Hospitals. *Breastfeed Med*. 2013.
36. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2013.
37. Mitchell-Box KM, Braun KL. Impact of Male-Partner-Focused Interventions on Breastfeeding Initiation, Exclusivity, and Continuation. *J Hum Lact*. 2013.
38. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AM. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *BMJ*. 1998;316: 805-11.
39. Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *J Perinat Med*. 2009;37:185-92.
40. Zakarija-Grkovic I. i sur. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *J Hum Lact*. 2012;28:389-99.
41. Cwiek D. The impact of education in birthing schools on the course of pregnancy, labor, puerperium, and neonatal care. *Ann Acad Med Stetin*. 2006;52:79-90.
42. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr*. 1999;88:203-11.
43. Bosnia and Herzegovina. Info centar. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). BiH 2011. - 2012. [Internet] Dostupno na: http://www.unicef.org/bih/ba/06_IV_Ishrana.pdf [Pristupljeno 07.05.2013.]
44. Oche MO, Umar AS, Ahmed H. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2011;11:518-23.
45. Ogbonna C, Daboer JC. Current knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in Jos, Nigeria. *Niger J Med*. 2007;16:256-60.

46. Shani M, Shinwell E. Breastfeeding characteristics and reasons to stop breastfeeding. *Harefuah*. 2003;142:426-8.
47. Dozier AM, Nelson A, Brownell E. The Relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low-Income Mothers. *Adv Prev Med*. 2012.
48. Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatr*. 2008;97:221-5.
49. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123:736-51.
50. Ademović M. Savremeni stavovi ishrane dojenčadi. Inicijativni odbor za unapređenje dojenja. UNICEF-Ured za Bosnu i Hercegovinu. Sarajevo. 2000;7-48.

PREVALENCE OF BREASTFEEDING AND FACTORS THAT DETERMINE WITHDRAWAL OF BREASTFEEDING IN THE AREA OF MOSTAR

Ivana Palac^{1,3}, Darinka Šumanović-Glamuzina^{2,3}, Iva Mikulić^{1,2,3}, Gordan Galić^{1,3}

¹Department of Surgery; University Clinical Hospital Mostar

²Department of Pediatrics, University Clinical Hospital Mostar

³Faculty of Health Studies, University of Mostar

ABSTRACT

INTRODUCTION: Breastfeeding is natural and best diet in infancy. Modernization of human society, in addition to many advantages, has also some disadvantages, especially getting away from nature and some natural processes, one of which is breastfeeding. Recent scientific studies and extensive epidemiological studies have demonstrated the benefits of a natural diet on the health of children. Breastfeeding benefits the child, mother, family and society as a whole, therefore, the protection, promotion and support of breastfeeding in public are health priority for all countries.

OBJECTIVE: To compare and determine the socio-demographic and other specific characteristics between nursing mothers and non-nursing mothers.

RESPONDENTS AND METHODS: The study was conducted in the medical center in Mostar, at the Department of Health Care of Infants and Young Children in January 2013. Questionnaire with previously signed informed consent, examined a total of 300 randomly selected but purposely divided into two roughly equal groups of nursing (145) and non-nursing mothers (155).

RESULTS: Comparisons between groups of nursing mothers and non-nursing mothers confirmed a statistically significant difference in relation to education, financial status, the impact of smoking, previous lactation, type of delivery and the impact of breast-feeding mother as a child. The influence of attitude about the success of breastfeeding before the start of breastfeeding has shown as an important. Mothers who are nursing their children say that they were their own, the most common source of support to breastfeeding and then the support was also found in the child's father or mother. The most frequently stated reason for weaning was insufficient quantity of breast milk, followed by fatigue and stress.

CONCLUSION: The results indicate the need for education about breastfeeding, because good preparation and training before delivery and good support after delivery would greatly contribute to the increase in the prevalence of breastfeeding.

Key words: breastfeeding, risk factors, baby.

Correspondence:

M.Sc. Ivana Palac, a registered nurse.

e-mail: ivanapalac1985@gmail.com

ASPEKTI KVALITETE ŽIVOTA ŽENA OBOLJELIH OD RAKA DOJKE U KREIRANJU REHABILITACIJSKOG PROCESA

¹Karlo Ostrogonac, ²Melita Rukavina, ²Ivana Crnković

¹Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice,

²Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska

Rad je primljen 13.06. 2016.

Rad je recenziran 01.09.2016.

Rad je prihvaćen 07.10.2016

SAŽETAK

UVOD: Pojam kvalitete života zbog svoje multidimenzionalnosti neizostavna je smjernica i evaluacijski instrument u rehabilitacijskom procesu onkoloških pacijenata. Kreiranje smjernica temeljenih na faktorima koji narušavaju kvalitetu života, neophodno je za određivanje ishoda liječenja onkoloških pacijenata.

CILJ: Cilj ovoga rada bio je utvrditi stupanj kvalitete života kod onkoloških bolesnica nakon liječenja raka dojke, te odrediti faktore koji utječu na samoprocjenu kvalitete života unutar te populacije na temelju kojih je moguće odrediti smjernice u rehabilitacijskom procesu.

ISPITANICI I METODE: U istraživanju je sudjelovalo 39 ispitanica. Korišten je uzorak ispitanica iz različitih dijelova Republike Hrvatske. U svrhu ovog istraživanja korišten je Indeks osobne dobrobiti (PWI) za procjenu kvalitete života osoba i dobrobiti poslije provedenog onkološkog liječenja te upitnik za samoprocjenu kvalitete života EORTC QLQ-C30 verzija 3.0.

REZULTATI: Rezultati ovog istraživanja pokazali su da ukupna kvaliteta života žena oboljelih od raka dojke ne odstupa značajno od rezultata koji su zabilježeni u zdravoj populaciji. Međutim, postoje domene u kojima su prisutne lošije procjene koje na direktan način utječu na procjenu ostalih ispitanih područja povezanih s kvalitetom života. Prema samoprocjeni ispitanica ukupna kvaliteta života najviše je povezana s poteškoćama sa spavanjem, novčanim neprilikama te probavnim smetnjama.

ZAKLJUČAK: Objektivizacija navedenih faktora koji narušavaju kvalitetu života žena oboljelih od raka dojke polazna je odrednica u izradi smjernica u rehabilitacijskom procesu u cilju unapređenja intervencijskih postupaka u procesu liječenja.

Ključne riječi: kvaliteta života, rak dojke, smjernice u kreiranju rehabilitacijskog procesa

Kontakt: Karlo Ostrogonac

e-mail: ostrogonac.karlo@gmail.com

UVOD

Tumori su danas sve učestalija dijagnoza, a po smrtnosti među vodećim bolestima suvremenog svijeta (1). Rak dojke je ozbiljan javnozdravstveni problem i najčešća je suvremena maligna bolest ženske populacije (2). Statistički podaci govore kako rak dojke čini oko 25 % svih malignoma kod žena, što je gotovo dvostruko više nego svi ginekološki karcinomi zajedno. Vrh incidencije raka dojke s obzirom na dob bolesnica je oko 60. godine života, iako najnovija epidemiološka istraživanja jasno pokazuju kako se vrh krivulje incidencije raka dojke postupno pomiče prema mlađoj životnoj dobi, s osobitim porastom incidencije bolesti u populaciji od 30. do 40. godine života (3). Jedan od glavnih problema u liječenju raka dojke je raznoliko biološko ponašanje tumora dojke. Unatoč prepoznavanju bolesnica s nepovoljnim tradicionalnim prognostičkim čimbenicima, u kliničkom praćenju izdvajaju se dvije skupine bolesnica: one koje će biti izliječene ili će ući u razdoblje dugotrajne remisije bolesti, te one kod kojih će razmjerno brzo doći do ponovnog pojavljivanja bolesti. Prepoznavanje ove druge skupine bolesnica, koje treba liječiti agresivnijom kemoterapijskom shemom, od velikog je značenja za uspješno liječenje bolesnica s rakom dojke. Stoga su danas brojna istraživanja usmjerena na prepoznavanje novih pokazatelja koji mogu predvidjeti biološko ponašanje tumora, odnosno tijek bolesti (4).

Srž pojma kvaliteta života kod svakog pojedinca je njegov doživljaj zadovoljstva načinom života i njegovim tokom i uvjetima, perspektivom, mogućnostima i ograničenjima koje ima svaki pojedinac u svom životu (5). Ta procjena, osnovana kako na individualnom iskustvu tako i na aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca, određena je psihofiziološkim sklopom karakteristika pojedinca i objektivnim uvjetima u kojima živi. Kognitivne i konativne osobine svakog pojedinca određuju raspon i kvalitetu interakcija s okolinom, njegovu prilagodljivost promjenama u fizičkoj i socijalnoj okolini, kao i promjenama koje se zbivaju unutar organizma (6). Fossa i sur. su u istraživanju o stabilnosti kvalitete života kod opće populacije i oboljelih od malignih bolesti, dobili podatak da oboljeli imaju

lošije tjelesno i poslovno funkcioniranje, a kvaliteta života oboljelih značajno se pogoršava ukoliko boluju od još neke kronične bolesti (povišeni krvni tlak, dijabetes, psihološki distres). Mnoga istraživanja su pokazala da se psihička stanja, posebice anksioznost i depresivnost, javljaju kao medijatori zdravstvenog ishoda i subjektivne kvalitete života u situacijama bolesti (7).

Tri su studije proučile utjecaj rehabilitacije i fizioterapije na pacijente oboljele od raka koji pate od simptoma umora. Scialla i sur. proučavali su retrospektivno, na uzorku od 110 pacijenata koji su primali multidisciplinarnu rehabilitaciju na bolničkoj njezi, dok su Schwartz te Porock i sur. proučavali pacijente koji su radili po programima vježbi zasnovanim na kućnoj palijativnoj skrbi (8-10). U sva tri su slučaja rezultati ukazali na to da su pacijenti imali koristi od postupka, ali uslijed nedostatka randomiziranih istraživanja i relativno malih uzoraka, nemoguće je bilo izvući čvršće zaključke. Nije provedeno mnogo istraživanja na temu veza između subjektivnih primjedbi o slabosti i umoru i objektivnih mjerenja snage i funkcionalnosti te je na tom području potreban daljnji rad.

Ciljevi ovog rada bili su utvrditi stupanj kvalitete života kod žena oboljelih od raka dojke u cjelini i po domenama te ispitati povezanost različitih sociodemografskih obilježja ispitanica s njihovom kvalitetom života u svrhu izrade smjernica u rehabilitaciji žena oboljelih od raka dojke.

METODE

Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 39 ispitanica kojima je dijagnosticiran rak dojke. Populacija, iz koje je definiran prigodni uzorak, obuhvatla je žene koju su za vrijeme istraživanja bile članice udruga žena oboljelih od raka dojke s različitih područja Republike Hrvatske.

Prosječna dob ispitanica iznosila je 47,77 godina (SD=10,629), pri čemu je najmlađa ispitanica imala 22 godine, a najstarija 76 godina. Većina ispitanica imala je srednju stručnu spremu (njih 56,4 %), a 61,5 % ispitanica bilo je u braku. Prosjek vremena proteklog od postavljanja dijagnoze iznosio je

3,3 godine (SD=3,04), s tim da je najkraće vrijeme od postavljanja dijagnoze do ispunjavanja upitnika iznosilo 11 mjeseci, a najduže 14 godina. Vrijeme proteklo od samog liječenja pa do ispunjavanja upitnika u prosjeku je iznosilo 2,8 godine (SD=2,5), s rasponom od 11 mjeseci do 14 godina. Većina ispitanica nije bila uključena u rehabilitacijski proces nakon zahvata, dok ih je 10 ili 25,6 % bilo u procesu rehabilitacije. Od svih ispitanica koje su bile uključene u neki oblik sportske aktivnosti sve su se tim sportom bavile isključivo rekreativno (tablica 1).

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Varijable	N	%
Stupanj obrazovanja		
Bez obrazovanja	1	2,6
Osnovna škola	3	7,7
Srednja škola	22	56,4
Viša stručna sprema	3	7,7
Visoka stručna sprema	10	25,6
Bračni status		
Sama	4	10,3
U braku	24	61,5
Živi s partnerom	5	12,8
U vezi	5	12,8
Rastavljena	1	2,6
Udovica	0	0
Uključenost u rehabilitacijski proces		
Uključena	10	25,6
Nije uključena	29	74,4
Trenutačna uključenost u rehabilitacijski proces		
Uključena	2	5,1
Nije uključena	37	94,9
Uključenost u sportsku aktivnost		
Uključena	5	12,8
Nije uključena	34	87,2

Mjerni instrumenti

Za procjenu kvalitete života osoba poslije provedenog liječenja korišten je Indeks osobne dobrobiti (PWI, engl. *Personal Wellbeing Index*) (11). PWI je sastavni dio Međunarodnog Indeksa dobrobiti (IWI, engl. *International Well Being Index*) koji obuhvaća Indeks osobne dobrobiti i Indeks nacionalne dobrobiti (NWI, engl. *National Wellbeing Index*). U ovom istraživanju korišten je Indeks osobne dobrobiti koji se sastoji od sedam čestica koje se procjenjuju na

skali od 0 do 10 (0 – nimalo nisam zadovoljan, 5 - i zadovoljan ni nezadovoljan, 10 - u potpunosti sam zadovoljan). Dobiveni rezultat se množi s 10 te se tako dobiva ukupni rezultat s rasponom od 0 do 100 pri čemu veći rezultat ukazuje na veći stupanj zadovoljstva životom (12). U prethodnim istraživanjima utvrđene su dobre metrijske karakteristike ovog indeksa na hrvatskoj populaciji (13).

Za samoprocjenu kvalitete života korišten je upitnik EORTC QLQ-C30 verzija 3.0. (engl. *European Organization for Research and Treatment of Cancer's Quality of Life Questionnaire*) (14). Upitnik se sastoji od pet funkcionalnih skala: tjelesno funkcioniranje, poslovno funkcioniranje, kognitivno funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje i socijalno funkcioniranje; te tri skale simptoma: umor, bol, mučnina, povraćanje; skale općeg zdravstvenog statusa/kvalitete života i šest individualnih čestica simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem: teškoće disanja, gubitak apetita, poremećaji spavanja, konstipacija, diarea i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana. Ukupno se sastoji od 30 čestica. Sve čestice bodovane su na Likertovoj skali od 1 do 4 pri čemu 1 znači nimalo, a 4 izrazito. Izuzetak je skala općeg zdravlja/kvalitete života bodovana na 7-bodovnoj linearnoj analognoj skali. Procjena kvalitete života odnosi se na razdoblje od sedam dana koji su prethodili ispitivanju. Svi rezultati dobiveni na funkcionalnim skalama kao i pojedinim česticama su linearno transformirani i pretvoreni u skalu od 0 do 100, pri čemu viši rezultat na funkcionalnim skalama označava bolje funkcioniranje, dok visok rezultat na skalama simptoma označava prisutnost većeg broja simptoma odnosno problema (15). Korišten je hrvatski prijevod upitnika koji je pokazao dobre metrijske karakteristike za uzorak ispitanika sa i bez malignog oboljenja (16).

Postupak

Istraživanje se provodilo od početka kolovoza 2015. do kraja rujna 2015. godine. Anketiranje sudionica provedeno je putem udruge žena oboljelih od raka dojke. Sve ispitanice informirane su u koju svrhu se istraživanje provodi te su dobrovoljno pristale sudjelovati u istraživanju. Vrijeme potrebno za

ispunjavanje cjelokupnog upitnika kretalo se oko 20 minuta. Nacrt i postupak istraživanja osmišljen je i ostvaren u skladu s općim načelima provedbe istraživanja u kojima su sudionici ljudi.

Dobiveni podaci analizirani su pomoću statističkog paketa SPSS Statistics 17.0. Prikazana je osnovna deskriptivna statistika za pojedine varijable (aritmetička sredina, standardna devijacija te minimalne i maksimalne vrijednosti na pojedinim skalama) te povezanost među varijablama pomoću Pearsonovog koeficijenta korelacije.

REZULTATI

Kako bi utvrdili zadovoljstvo životom žena oboljelih od raka dojke izračunali smo prosječne vrijednosti za pojedine skale. Promatrajući zadovoljstvo životom po pojedinim domenama Indeksa osobne dobrobiti možemo vidjeti da su ispitanice najviše zadovoljne odnosima s bližnjima ($M=75,90$), pripadnosti okolini ($M=68,46$) i osjećajem sigurnosti ($M=66,41$) (tablica 2). Dobivena ukupna prosječna vrijednost za cijelu skalu ($M=64,39$) ukazuju da ispitanice liječene od raka dojke po procjeni kvalitete života ne odstupaju od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Procjena osobne dobrobiti nakon liječenja, kreće se u okvirima od 60 do 80 % skalarnog maksimuma što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe (17).

Tablica 2. Prosječne vrijednosti na Indeksu osobne dobrobiti (PWI)

Varijabla	N	Minimum	Maksimum	\bar{X}	SD
PWI prosječne vrijednosti	39	24,3	100,00	64,39	18,768
Zadovoljstvo životom u cijelosti	39	30	100	68,72	23,190
Životni standard	39	20	100	58,97	28,265
Zdravlje	39	20	100	59,49	24,274
Postignuće	39	20	100	62,56	23,700
Odnosi s bližnjima	39	20	100	75,90	22,209
Osjećaj sigurnosti	39	20	100	66,41	25,699
Pripadnost okolini	39	20	100	68,46	26,905
Sigurnost u budućnosti	39	20	100	58,97	26,930

Kako bi se dobio uvid u specifične poteškoće s kojima se pacijentice oboljele od raka dojke suočavaju te u njihovu kvalitetu života izračunate su prosječne vrijednosti na temelju rezultata upitnika EORTC QLQ-C30. Ispitanice su postigle srednje rezultate na

svim funkcionalnim skalama. Emocionalno funkcioniranje u prosjeku pokazuje najniže rezultate među funkcionalnim skalama. Rezultati na skalama simptoma bilježe u prosjeku niže rezultate u područjima vezanim uz gubitak apetita, konstipaciju i diareju. Viši rezultati zabilježeni su kod novčanih neprilika, teškoća sa spavanjem i umora (tablica 3.).

Tablica 3. Prosječne vrijednosti na skalama upitnika EORTC QLQ-C30 verzija 3.0

Varijabla	N	Minimum	Maksimum	\bar{X}	SD
Tjelesno funkcioniranje	39	13,3	93,3	61	19,74
Poslovno funkcioniranje	39	0	100,0	51,3	35,74
Emocionalno funkcioniranje	39	0	83,3	27,9	24,67
Kognitivno funkcioniranje	39	0	100,0	50,8	34,61
Socijalno funkcioniranje	39	0	100,0	49,1	33,76
Umor	39	0	100,0	69,28	25,68
Mučnina i povraćanje	39	0	100,0	41,4	39,53
Gubitak daha	39	0	100,0	36,7	34,02
Teškoće sa spavanjem	39	0	100,0	70,1	34,87
Gubitak apetita	39	0	100,0	29	31,69
Konstipacija	39	0	100,0	37,6	38,37
Diarea	39	0	100,0	26,5	36,01
Novčane neprilike	39	0	100,0	69,2	32,79
Kvaliteta života globalno	39	0	100,0	57	25,33

Provjeravajući povezanost rezultata na PWI i skala dobivena je statistički značajna povezanost samo s varijablom koja se odnosi na gubitak apetita ($r=-0,321$; $p=0,046$).

Kako bi utvrdili postoji li povezanost između ispitanih domena na EORTC QLQ-C30 upitniku izračunate su korelacije koje su prikazane u tablici 4 (radi preglednosti prikazane su samo statistički značajne korelacije). Domena poslovnog funkcioniranja prema samoprocjeni ispitanica statistički je značajno povezana s domenom emocionalnog funkcioniranja, kognitivnog funkcioniranja i socijalnog funkcioniranja. Domena emocionalnog funkcioniranja statistički je značajno povezana s domenama kognitivnog i socijalnog funkcioniranja. Domena kognitivnog funkcioniranja statistički je značajno povezana s domenom socijalnog funkcioniranja.

Tablica 4. Prikaz korelacija između subskala EORTC QLQ-C30 upitnika koje se odnose na varijable funkcioniranja

Varijable		Poslovno funkcioniranje	Emocionalno funkcioniranje	Kognitivno funkcioniranje	Socijalno funkcioniranje
Tjelesno funkcioniranje	r	0,396	-	-	-
	p	0,013	-	-	-
Poslovno funkcioniranje	r	-	0,572	0,596	0,740
	p	-	<0,001	<0,001	<0,001
Emocionalno funkcioniranje	r	-	-	0,566	0,587
	p	-	-	<0,001	<0,001
Kognitivno funkcioniranje	r	-	-	-	0,482
	p	-	-	-	0,002

Prema samoprocjeni ispitanica ukupna kvaliteta života najviše je povezana s poteškoćama sa spavanjem, novčanim nepravilnostima te probavnim smetnjama. Također, dobivena je statistički značajna povezanost pojavnosti simptoma umora, probavnih poteškoća. Poteškoća sa spavanjem, gubitak apetita i novčanih nepravilnosti (tablica 5).

Tablica 5. Prikaz korelacija između subskala EORTC QLQ-C30 upitnika koje se odnose na varijable simptoma

Varijabla		Mučnina i povraćanje	Poteškoće sa spavanjem	Gubitak apetita	Konstipacija	Diareja	Novčane nepravilnosti	Kvaliteta života globalno
Umor	r	0,334	0,469	-	-	-	0,490	-
	p	0,038	0,003	-	-	-	0,002	-
Mučnina i povraćanje	r	-	0,319	0,390	-	-	0,390	-
	p	-	0,048	0,014	-	-	0,014	-
Gubitak daha	r	-	-	-	-	-	0,333	-
	p	-	-	-	-	-	0,039	-
Poteškoće sa spavanjem	r	-	-	0,384	0,360	0,415	-	-0,367
	p	-	-	0,016	0,024	0,009	-	0,021
Gubitak apetita	r	-	-	-	0,472	-	-	-
	p	-	-	-	0,002	-	-	-
Konstipacija	r	-	-	-	-	0,339	-	-
	p	-	-	-	-	0,035	-	-
Diareja	r	-	-	-	-	-	0,337	-0,394
	p	-	-	-	-	-	0,036	0,013
Novčane nepravilnosti	r	-	-	-	-	-	-	-0,418
	p	-	-	-	-	-	-	0,008

Zanimalo nas je i kakva je povezanost pojedinih simptoma te funkcioniranja u različitim aspektima

života ispitanica. Pojava umora negativno je povezana sa svim funkcionalnim domenama kvalitete života. Pojava novčanih nepravilnosti negativno je povezano s domenom poslovnog, emocionalnog, kognitivnog i socijalnog funkcioniranja te kvalitetom života u globalu. Također, utvrđena je statistički značajna povezanost mučnine i povraćanja te gubitka daha sa poslovnim, emocionalnim i socijalnim funkcioniranjem. Domena poteškoće sa spavanjem statistički je značajno povezana s tjelesnim i poslovnim funkcioniranjem te s kvalitetom života globalno. Prema samoprocjeni ispitanica pojava diareje negativno je povezana s emocionalnim i socijalnim funkcioniranjem te kvalitetom života globalno (tablica 6).

Tablica 6. Prikaz korelacija između subskala EORTC QLQ-C30 upitnika koje se odnose na varijable funkcioniranja i simptoma

Varijabla		Umor	Mučnina i povraćanje	Gubitak daha	Poteškoće sa spavanjem	Diareja	Novčane nepravilnosti	Kvaliteta života globalno
Tjelesno funkcioniranje	r	-0,421	-	-	-0,532	-	-	-
	p	0,008	-	-	<0,001	-	-	-
Poslovno funkcioniranje	r	-0,572	-0,396	-0,364	-0,320	-	-0,439	-
	p	<0,001	0,013	0,023	0,047	-	0,005	-
Emocionalno funkcioniranje	r	-0,451	-0,370	-0,396	-	-0,322	-0,579	-
	p	0,004	0,020	0,013	-	0,046	<0,001	-
Kognitivno funkcioniranje	r	-0,430	-0,331	-	-	-	-0,543	-
	p	0,006	0,039	-	-	-	<0,001	-
Socijalno funkcioniranje	r	-0,554	-0,378	-0,430	-	-0,318	-0,421	-
	p	<0,001	0,018	0,006	-	0,049	0,008	-
Poteškoće sa spavanjem	r	-	-	-	-	-	-	-0,367
	p	-	-	-	-	-	-	0,021
Diareja	r	-	-	-	-	-	-	-0,394
	p	-	-	-	-	-	-	0,013
Novčane nepravilnosti	r	-	-	-	-	-	-	-0,418
	p	-	-	-	-	-	-	0,008

RASPRAVA

Na temelju dobivenih rezultata istraživanja može se zaključiti da ispitanice oboljele od raka dojke odnose s bližnjima, pripadnost okolini i osjećaj sigurnosti procjenjuju znatno bolje u odnosu na ostale domene. Društvena podrška i obitelj najvažniji su izvor potpore pacijenticama oboljelim od raka

dojke. Rezultati mnogih studija upućuju na zaključke da je, između ostalog, u procesu liječenja kronične bolesti neophodno aktivno uključivanje obitelji. Istraživanja i kliničko iskustvo pokazuju da je način proživljavanja, izražavanja i prevladavanja, pogotovo negativnih emocija poput tjeskobe i netrpeljivosti, ključna dimenzija obiteljske dinamike značajne za sposobnost prilagodbe obitelji u spominjanim okolnostima (18). Aktualna istraživanja ukazuju da postoje dva načina kako specifični odnosi unutar obitelji utječu na ishod liječenja kronične bolesti. Bolesnik u obitelji u svakom slučaju mijenja ustaljene obiteljske odnose. U procesu suočavanja s novonastalom situacijom, javljaju se i isprepliću različite emocije koje utječu na sve članove i uzrokuju promjenu dotadašnjih odnosa i uloga. Bolesnik postaje regresivan, ovisan o drugima. Emocionalna klima u obitelji direktno utječe na fiziološke mehanizme putem promjena u hormonalnom, imunološkom i drugim biološkim sustavima što utječe na ishod kronične bolesti. Studije su pokazale da na obitelji orijentirano liječenje kroničnih bolesti predstavlja unaprjeđenje u liječenju u odnosu na tradicionalno liječenje orijentirano na bolest ili pojedinačnog bolesnika, kako po pitanju rezultata liječenja i ishoda bolesti tako i u odnosu na ekonomske kriterije (19).

Većina ispitanica (61,5 %) koja je sudjelovala u istraživanju je u braku i sve su članice udruga žena oboljelih od raka dojke, što govori u prilog činjenici kako obitelj i društvena podrška ima značajnu ulogu u ishodu liječenja i integraciji osoba s karcinomom u život zajednice. Stoga rezultat dobiven u istraživanju, da su pacijentice najviše zadovoljne odnosima s bližnjima, osjećajem sigurnosti te pripadnosti okolini u kojoj žive nakon liječenja, ukazuje na potrebu da se u proces liječenja uključi kako obitelj bolesnika, tako i šira društvena zajednica, kako bi se unaprijedilo liječenje i kvaliteta života te poboljšao ishod liječenja. Spoznaja da osoba boluje od kronične bolesti, u bolesniku budi snažne emocionalne reakcije, koje su vezane uz njegovu predodžbu ili doživljaj te bolesti (20). Važnost bolesnikove predodžbe bolesti očituje se u činjenici da je cjelokupno ponašanje bolesnika određeno njegovim pripadajućim akcijskim planom nošenja s tim problemom, koji proizlazi iz

njegove kognitivne predodžbe problema i uz nju vezanih emocija (21).

Procjena osobne dobrobiti nakon liječenja, kreće se u okvirima od 60 do 80 % skalarnog maksimuma što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti da ispitanice oboljele od raka dojke pripadaju donjoj granici unutar prosjeka. Istraživanja pokazuju da su depresivnost i anksioznost podjednako učestale, ako ne i više od ostalih tjelesnih simptoma u onkoloških bolesnika. Ta pojavnost u velikoj mjeri varira između dosadašnjih studija u rasponu od 9 do 60 %, dok se u velikim studijama u kojima se rabio standardizirani psihijatrijski intervju taj raspon sužava na 10 do 30 % (22). Česti su problemi i promjena perspektive o budućnosti i prijetnja mogućom smrću, promjena uloga u obitelji, te osjećaji usamljenosti, napuštenosti i stigmatizacije. Sve su to akutni izvori stresa koji se mogu javiti tijekom različitih faza bolesti, a nerijetko postaju kronična stanja koja dovedu do prolongiranog stresa te posljedično uzrokuju promjene u ponašanju, kao i psihoneuroendokrinološke i imunološke promjene (23).

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju niže rezultate na skalama simptoma koje su vezane uz apetit i probavne smetnje kao što su diarea i konstipacija. Takva stanja mogu biti posljedica primijenjenih metoda liječenja. Poznato da je da će simptomi biti jače izraženi u žena i mlađih pacijenata (do 65 godina) uspoređujući kemoterapije sličnog emetičkog učinka (24). U pacijenta s malignom bolesti uzroci proljeva mogu biti u polivalentnoj medikamentnoj terapiji (laksativi, antibiotici, antacidi, nesteroidni antireumatci-posebice indometacin i diklofenak, sirupi s disaharidima) (25). U usporedbi kvalitete života onkoloških pacijenata u prvoj godini nakon postavljene dijagnoze i opće populacije u Švedskoj, oboljeli su imali lošiju opću kvalitetu života i lošije poslovno funkcioniranje, te veći broj simptoma mučnine i diaree (26). Kao važan prisutan faktor u procjeni pokazao se umor koji ima veliki utjecaj na brojne ispitanice domene. Prema Vrdoljaku i Viculinu, sindrom zloćudnog umora, (engl. fatigue), definira se kao uznemirujući

perzistentni, subjektivni osjećaj fizičkog, emocionalnog i/ili kognitivnog umora ili iscrpljenost koja ometa svakodnevno funkcioniranje osobe (27). To je gotovo univerzalno stanje koje utječe na fizički, emocionalni i mentalni status bolesnika, a javlja se tijekom i nakon provođenja specifičnog onkološkog liječenja, te je vrlo čest u populaciji bolesnika s uznapredovalim i neizlječivim oblicima bolesti (28). Studije provedene na populaciji oboljelih od raka pokazuju da je sindrom zloćudnog umora jedan od najučestalijih simptoma kod tih pacijenta, prisutan u 75-80 % osoba, a ima izražen negativan utjecaj na svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života (29). Druge studije ukazuju da prevalencija sindroma zloćudnog umora kod bolesnika s metastatskom bolešću prelazi 75 %, te se u više od 30 % slučajeva javlja zajedno s različitim oblicima emocionalnog stresa, poremećajima spavanja i bolnim sindromima (27). Rezultati dobiveni u ovom istraživanju ukazuju na to da rehabilitacija žena oboljelih od raka dojke nije sustavna, već se izvodi neposredno nakon liječenja, što je nedostavno u postizanju maksimalno moguće funkcionalne sposobnosti pacijentica kao i kvalitete života. Rezultati ukazuju da je samo dio ispitanica bio uključen u rehabilitaciju neposredno nakon liječenja, dok je u kasnijoj fazi nakon liječenja, manje od polovice žena uključeno u rehabilitacijski proces. Ova distribucija rezultata može se povezati sa pojavnosti umora kod ispitanica kao i važnošću stručnog vođenja tjelesne aktivnosti, primjerene dobi i stanju žene, pod vodstvom educiranog fizioterapeuta.

Savjetovanje o općim strategijama očuvanja tjelesne energije i metodama distrakcije za ublažavanje sindroma zloćudnog umora, te edukacija pacijenta i obitelji o etiologiji, značaju, terapijskim opcijama i njihovom očekivanom ishodu, bitan su aspekt terapijskog pristupa kod bolesnika na aktivnoj terapiji i onih nakon završenog onkološkog liječenja. Bolesnici se uče različitim metodama očuvanja i pažljivom planiranju potrošnje tjelesne energije na bitne aktivnosti, uz vođenje dnevnika kako bi se utvrdio specifičan uzorak pojave umora odnosno identificirale određene aktivnosti povezane s povećanom razinom umora. Na temelju ovih informacija predlažu se promjene rasporeda u obavljanju pojedinih

aktivnosti uz uvođenje odgovarajućih razdoblja odmora kako bi se sačuvala neophodna razina tjelesne energije. Važno je istaknuti kako je sindrom zloćudnog umora jedna od najvažnijih i najčešćih neželjenih posljedica uznapredovalog raka ili njegovog specifičnog liječenja. Ta nas činjenica obvezuje da sindrom zloćudnog umora rano dijagnosticiramo, te ukoliko je to moguće aktivno liječimo (27).

Ovo istraživanje daje smjernice za daljnja istraživanja vezana uz kvalitetu života žena oboljelih od raka dojke. Prednost ovog istraživanja je i deskriptivna analiza kvalitete života osoba žena oboljelih od raka dojke te procjena faktora koji utječu na njihovu samoprocjenu kvalitete života u svrhu kreiranja rehabilitacijskog procesa. Uzorak je specifičan po tome što su sve ispitanice članice udruga žena oboljelih od raka dojke što se može povezati s boljom procjenom domene odnosa s bližnjima. U sljedećim istraživanjima bilo bi potrebno uključiti žene koje nisu članice udruga i ispitati njihovu percepciju dobivene podrške tj. imaju li je dovoljno te napraviti usporedbu kako bi se ispitale razlike. Upitnik EORTC QLQ-C30 pokazao se kao primjeren mjerni instrument za utvrđivanje faktora koji utječu na samoprocjenu ispitanica oboljelih od raka dojke.

ZAKLJUČAK

U skladu s postavljenim ciljevima ovim istraživanjem je utvrđeno da percipirana kvaliteta života žena s rakom dojke ne odstupa od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Većina ispitanica postigla je prosječne rezultate na svim funkcionalnim skalama, a kao važan faktor u procjeni pokazao se umor koji ima veliki utjecaj na brojne ispitanice domene. U daljnjim istraživanjima bilo bi potrebno uključiti dodatne mjerne čestice te uključiti veći broj ispitanica u uzorak čime bi se dobili precizniji podaci o uzročno-posljedičnoj povezanosti kvalitete života i faktora koji utječu na kvalitetu života žena oboljelih od raka dojke. Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji treba biti krajnji cilj rehabilitacijskog procesa za svakog onkološkog bolesnika i cijelog rehabilitacijskog tima.

LITERATURA

1. Vrcić-Kiseljak Lj. i sur. Fizioterapija u onkološkom liječenju i rehabilitaciji - odabrane teme. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
2. Theriault RL, Galimberti V, Orlando L, Harder F. Challenging clinical situations. *Breast*. 2002;11:190-1.
3. Wyl L, Reed M. The role of surgery in the management of older women with breast cancer. *EJC*. 2007;43:2253-63.
4. Esteva FJ, Hortobag GH. Prognostic molecular markers in early breast cancer. *Breast Cancer Research*. 2004;6:109-18.
5. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma kvaliteta života. *Primijenjena psihologija*. 1989;10:179-84.
6. Petz B. i sur. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
7. Fossa SD, Hess SL, Dahl AA, Hjermland MJ, Veenstra M. Stability of health-related quality of life in the Norwegian general population and impact of chronic morbidity in individuals with and without a cancer diagnosis. *Acta Oncologica*. 2007;46:452-61.
8. Scialla S, Cole R, Scialla T, Bednarz L, Scheerer J. Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care. *Palliative Medicine*. 2000;14:121-7.
9. Schwartz AL. Daily fatigue patterns and effects of exercise of women with breast cancer. *Cancer Practice*. 2000;8:16-24.
10. Porock D, Janson K, Tinnelly K, Blight J. An exercise intervention for advanced cancer patients experiencing fatigue: a pilot study. *Journal of Palliative Care*. 2000;16:30-6.
11. Cummins RA, Eckersley R, Pallant J, Van Vugt J, Misajon R. Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research*. 2003;64:159-90.
12. International Wellbeing Group Personal Well-being Index. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, 5th Edition. 2013.
13. Kaliterna Lipovčan Lj, Burušić J, Tadić M. Indikatori kvalitete življenja. U: *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko Podravske Županije; 2012.
14. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85:365-76.
15. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, 3rd ed. European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
16. Pinjatela R. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2008;44:79-98.
17. Mellor D, Cummins RA, Loquet C. The gold standard for life satisfaction: Confirmation and elaboration using an imaginary scale and qualitative intervju. *International Journal of Social Research Methodology Theory and Practice*. 1999; 2:263-78.
18. Fruge E, Crouch M, Bray J. *Obiteljska dinamika i zdravlje U: Raket RE: Osnove obiteljske medicine*. Zagreb: Medicinska biblioteka; 2005. str. 30-7.
19. Diminić-Lisica I, Rončević-Gržeta I. *Obitelj i kronična bolest*. *Medicina fluminensis*. 2010;46:300-8.
20. Gruden A, Jušić A, Cividini-Stranić E. *Bolesnik*. U: Klein E i sur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing; 1999. str. 36-67.
21. Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The New Consultation Developing doctor-patient communication*. New York: Oxford University Press; 2004.
22. Braš M. *Epidemiologija i kliničke slike najčešćih psihijatrijskih poremećaja u onkologiji*. U: Gregurek R, Braš M, ur. *Psihoonkologija*. Osijek: Grafika; 2008. str. 51-78.
23. Vukojević M, Perić I, Kordić M. *Anksioznost i depresivnost kod onkoloških bolesnika u sveu-*

- čilišnoj kliničkoj bolnici Mostar. *Liječnički Vjesnik*. 2012;134:208–14.
24. Dodd MJ, Onishi K, Diddle SL, Larson PJ. Differences in nausea, vomiting and ratching between younger and older outpatients receiving cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*. 1996;19:155-61.
25. Doyle D. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003.
26. Fröjd C, Larsson G, Lampic C, Von Essen L. Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5:1-9.
27. Vrdoljak E, Viculin J. Moderni pristup u liječenju sindroma zloćudnog umora kod onkoloških bolesnika. *Knjiga sažetaka IV. hrvatskog kongresa Potporno liječenje onkoloških bolesnika*; 2011. str. 16-18.
28. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Review Oncologist*. 1999;4:1-10.
29. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*. 2000;5:353-60.

THE EFFECT OF REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE IN FEMALES AFFECTED BY BREAST CANCER

Karlo Ostrogonac¹, Melita Rukavina², Ivana Crnković²

¹University Clinical Hospital Center “Sestre Milosrdnice”, ²University of Applied Health Sciences, Zagreb, Croatia

ABSTRACT

INTRODUCTION: The concept of quality of life due to its multidimensionality is an indispensable guideline and an evaluation instrument in the rehabilitation process of oncology patients. Creating guidelines based on factors that impair the quality of life is necessary in order to determine the outcome of treatment of oncology patients.

OBJECTIVE: The objective of the study was to determine the level of quality of life in oncology patients after breast cancer treatment, and to determine the factors that affect the self-assessment of quality of life within the population on the basis of which it is possible to determine the guidelines in the rehabilitation process.

SUBJECTS AND METHODS: The study included 39 female respondents. We used a sample of respondents from different parts of Croatia. For the purpose of this study we used the Personal Wellbeing Index (PWI) in order to evaluate the quality of life and well-being after the completion of oncological treatment, as well as the self assessment questionnaire to assess the quality of life, EORTC QLQ-C30 version 3.0.

RESULTS: The results showed that the overall quality of life in women with breast cancer does not significantly differ from the results that have been reported in the healthy population. However, there are domains in which we can find poorer evaluations that directly influence the assessment of other surveyed areas related to the quality of life. According to the self-assessment of the respondents the overall quality of life is most associated with sleeping difficulties, financial difficulties and digestive disorders.

CONCLUSION: The objectification of factors that impair the quality of life in women with breast cancer are the starting point in the development of guidelines for the rehabilitation process in order to improve the intervention procedures in the treatment process.

Key words: quality of life, breast cancer, guidelines in creation of the rehabilitation process

Correspondence:

Karlo Ostrogonac

e-mail: ostrogonac.karlo@gmail.com

Tel.:099/5999-495

Address: University Clinical Hospital Center “Sestre Milosrdnice” Zagreb

Vinogradska cesta 29 , 10000 Zagreb, Croatia

KVALITETA ŽIVOTA PARAPLEGIČARA

Zdeslav Katavić¹, Martina Šimunović¹, Matea Perković¹, Zdenko Katavić³, Dragan Babić^{1,2,4}

¹Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru

³Specijalistička ordinacija za psihijatriju Dr. mr. sc. Zdenko Katavić

⁴Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

88 000 Mostar, Bosna i Hercegovina

Rad je primljen 10.10. 2016.

Rad je recenziran 20.10.2016.

Rad je prihvaćen 03.11.2016.

SAŽETAK

UVOD: Poznato je da je kvaliteta života paraplegičara kao i drugih težih oboljenja u odnosu na opću zdravu populaciju smanjena i da društvo kontinuirano pokušava raditi na njenom poboljšanju.

CILJ: Ispitati kvalitetu života paraplegičara i usporediti je sa kvalitetom života kroničnih duševnih bolesnika.

ISPITANICI I METODE: Ispitnu skupinu činilo je 30 bolesnika sa dijagnozom paraplegije, a kontrolnu skupinu 30 kroničnih duševnih bolesnika liječenih na klinici psihijatriju SKB Mostar. U svrhu istraživanja korišten je upitnik općih i sociodemografskih podataka osobne izrade, namjenski sačinjen za ovo istraživanje, te upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF.

REZULTATI: Utvrđeno je da su ispitanici iz skupine s paraplegijom nešto bolje ukupne kvalitete života od ispitanika iz skupine s kroničnim duševnim bolestima, ali razlika nije statistički značajna. U obje ispitivane skupine zastupljeniji je ženski spol, ispitanici s kroničnim duševnim bolestima su statistički značajno starije dobi ($p=0,002$). Analizom rezultata pokazalo se da ispitanici iz skupine s paraplegijom imaju viši stupanj obrazovanja u odnosu na ispitanike iz skupine s kroničnim duševnim bolestima. Ispitanici iz skupine s kroničnim duševnim bolestima su nešto boljeg tjelesnog zdravlja, dok su ispitanici iz skupine s paraplegijom, bez statistički značajne razlike, boljeg psihičkog zdravlja te bolji u socijalnim odnosima.

ZAKLJUČAK: Paraplegičari imaju nešto bolju ukupnu kvalitetu života od kroničnih duševnih bolesnika ali razlika nije statistički značajna

Ključne riječi: kvaliteta života, paraplegičar

Osoba za razmjenu informacija:

Zdeslav Katavić E-mail: zdeslav.katavic@gmail.com

UVOD

Kvaliteta života je sintagma kojom se služe različite struke, a koristi se i u svakodnevnom govoru. Tom se pojmu pridaju vrlo različita značenja. U medicini, kvaliteta života uglavnom će označavati stupanj očuvanih funkcija bolesnika, u ekonomiji - životni standard, dok političari i politolozi naglašavaju zajamčene slobode i prava građana te civilizacijska postignuća kao što su dostupnost obrazovanja i zdravstvene zaštite. Osnovni cilj istraživanja kvalitete života je prepoznavanje čimbenika koji doprinose ostvarivanju ciljeva i potencijala pojedinaca te življenju željenog životnog cilja (1). Procjena kvalitete života naročito je važna kod bolesnika s kroničnim

bolestima, poremećajima i oštećenjima kao što su i kornični duševni bolesnici i paraplegičari (2). Tijekom povijesti definicije i mjerenje kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale. U prvoj polovici prošlog stoljeća različite pokazatelje materijalne dobrobiti uzimalo se u obzir kao pokazatelje kvalitete života. Što je materijalna razina života u nekoj zemlji bila viša, to je život državljana smatran boljim. Šezdesetih godina promijenio se pristup te se pokušalo zahvatiti i drugačije pokazatelje kvalitete života, što se materijaliziralo u tzv. „pokretu društvenih indikatora“ i dovelo do široke primjene koncepta u društvenim znanostima i različitim područjima javnog života (3).

Objektivni pokazatelji, kao što su stopa nezaposlenosti, stopa smrtnosti novorođenčadi, broj radnih sati u tjednu i udio stanovništva koje se nalazi ispod granice siromaštva, predstavljaju uvjete i činjenice o nekoj društvenoj sredini. S druge strane, subjektivni pokazatelji se temelje na doživljaju pojedinca i njegovom vrednovanju društvenih uvjeta te uključuju zadovoljstvo životom, zadovoljstvo poslom koji osoba obavlja i sl. (4). Promjene u tim pokazateljima interpretiraju su kao poboljšanje odnosno pogoršanje kvalitete života u nekom društvu. Razvila su se dva različita pristupa istraživanju kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne pokazatelje razine življenja ili kvalitete života društva kao cjeline te američki, koji naglašava subjektivne pokazatelje kvalitete života (5).

Tijekom povijesti u literaturi o kvaliteti života nalazimo brojne definicije. Danas je također prisutan veliki broj različitih definicija i modela kvalitete života. Cummins 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 kulturno relevantne mjere objektivnog blagostanja (6). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao pojedinačevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu te percepciju sustava vrijednosti u kojem živi u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i probleme sredine (7).

Mnoge tehnike trenutno dostupne 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 za drugu. Jedan od načina rješavanja ovog problema je korištenje objektivnih mjera kvalitete života s pretpostavkom da mogu biti primjenjene u više kultura i da su one valjani pokazatelji kvalitete života (8). Većina ljestvica i upitnika namjenjenih 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 (9). 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 upitnici kojima se zahvaća veći broj područja kvalitete života te su oni stoga uglavnom višedimenzionalni. Među instrumentima ove vrste, često se koriste: profil učinka bolesti (Sickness In Impact Profile), upitnik za samoprocijenu zdravstvenog stanja (Short form health survey, SF-36) i upitnik kvalitete života SZO-a (The World Health Organization Quality of Life Instrument) (10,11,12). Drugu skupinu čine instrumenti vezani uz točno određene bolesti, razvijeni za specifičnu uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Kod pacijenata oboljelih od artritisa kvaliteta života ispituje se Skalom za mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa (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) (13,14). Treću skupinu instrumenata čine utjecaji pojedinačnih domena na kvalitetu života, npr. utjecaj depresivnosti. Primjer ove vrste upitnika je Beckov inventar depresivnosti (Beck Depression Inventor) (15).

Razvojem istraživanja kvalitete života, znanstvenici su došli do spoznaje kako objektivne i subjektivne mjere nisu međusobno isključive te kako je radi potpunijeg razumijevanja koncepta najbolje primijeniti kombinaciju objektivnih i subjektivnih mjera zbog metodoloških razloga (16,17). Kombinacija subjektivnih i objektivnih pokazatelja naročito dolazi do izražaja kod geografskih studija kvalitete života.

Govoreći o paraplegiji, obično mislimo na spinalni oblik, iako lokalizacija lezije može biti i cerebralna. Spinalna paraplegija može biti spastična s hipertonijom muskulature, pojačanim tetivnim refleksima i uočljivim patološkim refleksima (babinski), a nastaje oštećenjem centralnih neurona u meduli spinalis. Ozljeda perifernog neurona uzrokuje atoniju muskulature, arefleksiju i izostanak patoloških refleksa te je stoga nazivamo flacidnom spinalnom paraplegijom. Najbrojnijim etiološkim čimbenicima pripadaju traume, zatim bolesti medule spinalis (upalne i degenerativne), tumori, mišićne bolesti i

drugi rijedi čimbenici. Traumatska paraplegija, za razliku od drugih, nastaje ubrzo nakon traume, praćena je spinalnim šokom, prestankom svih funkcija vezanih za medulu spinalis i stoga je svaka paraplegija u početku flacidna ili mlohava. Kao motorni simptomi javljaju se pareze i paralize segmenata ispod razine lezije. Simptomi na senzitivnom planu su hipoestezije i najčešće anestezije, koje se prostorno ne moraju poklapati s motornim ispadima, jer postoji mogućnost ozljede medule i perifernih živaca, a i preklapanje spinalnih živaca na periferiji. Uz anestezije dodira redovito izostaje i osjet za toplinu i bol što je vrlo važno u primjeni električnih i toplinskih terapijskih postupaka, što su najčešći uzroci opekli na kod paraplegičara (18).

Kronični duševni bolesnici su oni kojima je zbog emocionalno-voljnih i/ili intelektualnih oštećenja tijekom duljeg razdoblja narušena razina funkcioniranja na osobnom, međuljudskom, obiteljskom, socijalnom i profesionalnom planu. Kronični duševni bolesnici u odnosu na pojedine dijagnostičke kategorije izrazito su heterogena populacija. Pomoću tri dimenzije kojima je omeđen pojam kroničnog duševnog bolesnika (dijagnoza, stupanj disabiliteta i trajanje hospitalizacije) možemo se orijentirati o rasprostranjenosti pojave (19). Najveći broj osoba koje zbog dugotrajnog mentalnog poremećaja pate od teže disabiliteta dolaze iz redova shizofrenih bolesnika, shizoafektivnog poremećaja, bipolarno afektivnog poremećaja te iz populacije bolesnika oštećenih kroničnim moždanim sindromom (alkoholizam, cerebralne traume, senilni procesi i sl.). Udio depresivnih bolesnika u populaciji kroničara je veći nego što pokazuju podaci o prevalenciji. Udio ostalih pacijenata s primarnim poremećajem osobnosti i neurotika je malen. Simptomi u kroničnih duševnih bolesnika variraju u odnosu na osnovni mentalni poremećaj. Afektivno osiromašenje, manjak inicijative i motiviranosti, nezainteresiranost, hipobulija, anhedoničnost te smanjenje kognitivnih funkcija bitno obilježavaju profil kroničnog duševnog bolesnika u psihopatološkom smislu. Oko trećine psihijatrijskih bolesnika (pretežno psihotični bolesnici) liječi se do kraja svog života, tako da je pitanje kvalitete njihova života duži niz godina tema

ne samo psihijataru i ostalih zdravstvenih radnika nego i raznih segmenata društva koji se o njima brinu. Istraživanja kvalitete života kronično oboljelih psihijatrijskih bolesnika pokazuju nižu kvalitetu života u odnosu na opću populaciju (20).

Cilj ovog rada je ispitati kvalitetu života paraplegičara i usporediti je sa kvalitetom života kroničnih duševnih bolesnika

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

Ispitnu skupinu činilo je 30 bolesnika sa dijagnozom paraplegije. Dijagnoza je postavljena od strane iskusnog liječnika specijaliste i potvrđena adekvatnim dijagnostičkim metodama. Kontrolnu skupinu činilo je 30 kroničnih duševnih bolesnika liječenih na klinici za psihijatriju SKB Mostar. Dijagnoza je također postavljena od strane iskusnog psihijatra na temelju MKB 10 (shizofrenija, bipolarno afektivni poremećaj, shizoafektivni poremećaj).

Metode

U ispitivanju su korišteni sljedeći upitnici:

1. Upitnik općih i sociodemografskih podataka osobne izrade, namjenski sačinjen za ovo istraživanje (sadržavao je opća pitanja: dob, spol, stupanj obrazovanja i bračno stanje).

2. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF 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 (1).

Statistička obrada podataka

Za statističku analizu rabljen je programski sustav SPSS for Windows (inačica 17.0., SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excel (inačica 11.0., Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Rezultati za kategorijske varijable su izraženi kao frekvencija i postotaka, za parametrijske varijable kao aritmetička sredina i standardna devijacija. Za testiranje razlike među kategorijskim varijablama korišten je hi kvadrat test, a među parametrijskim varijablama Student t-test za nezavisne uzorke. Razina značajnosti od $p < 0,05$ je uzeta kao statistički značajna.

REZULTATI

Tablica 1. Raspodjela ispitanika s obzirom na socio-demografske karakteristike

	Skupina				χ^2	p
	Paraplegija		Kronični duševni bolesnici			
	N	%	N	%		
Spol					0,069	0,792
Muški	11	36,7	13	43,3		
Ženski	19	63,3	17	56,7		
Izobrazba					3,048	0,262*
Osnovna škola	0	0,0	3	10,0		
Srednja škola	18	60,0	18	60,0		
Visoka škola	12	40,0	9	30,0		

*Fisherov egzaktini test

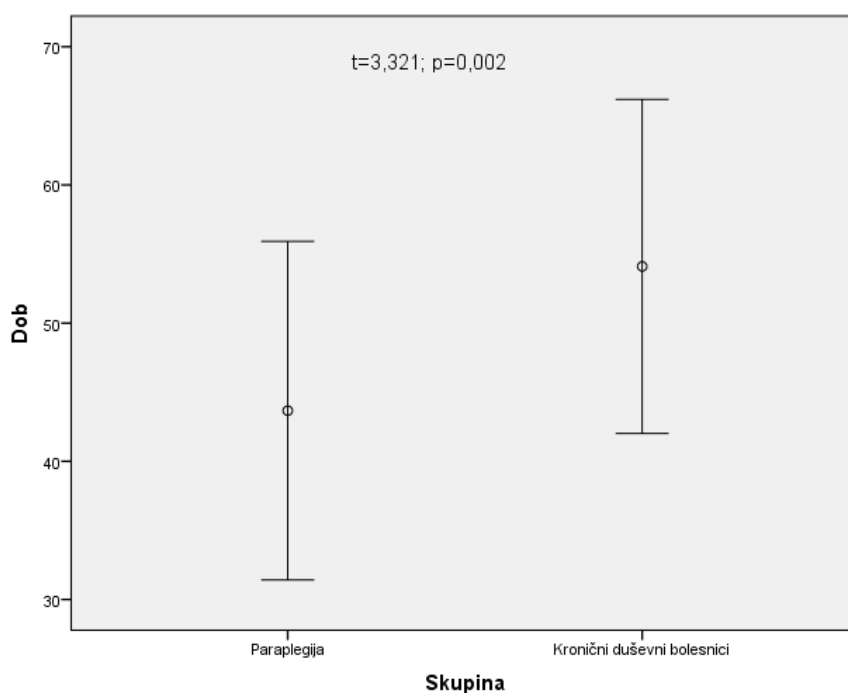
Iz tablice je vidljivo da su u obje ispitivane skupine zastupljenije ženske osobe i vidljivo je da su ispitanici iz skupine s paraplegijom obrazovaniji od ispitanika iz skupine kroničnih duševnih bolesnika, ali među ispitivanim skupinama nije bilo statistički značajne razlike.

Iz slike br. 1 je vidljiva statistički značajna razlika u odnosu na dob ispitanika ($p=0,002$), prosječna dob ispitanika iz skupine s paraplegijom je oko 43 godine, a ispitanika iz skupine s kroničnim duševnim bolestima oko 53 godine.

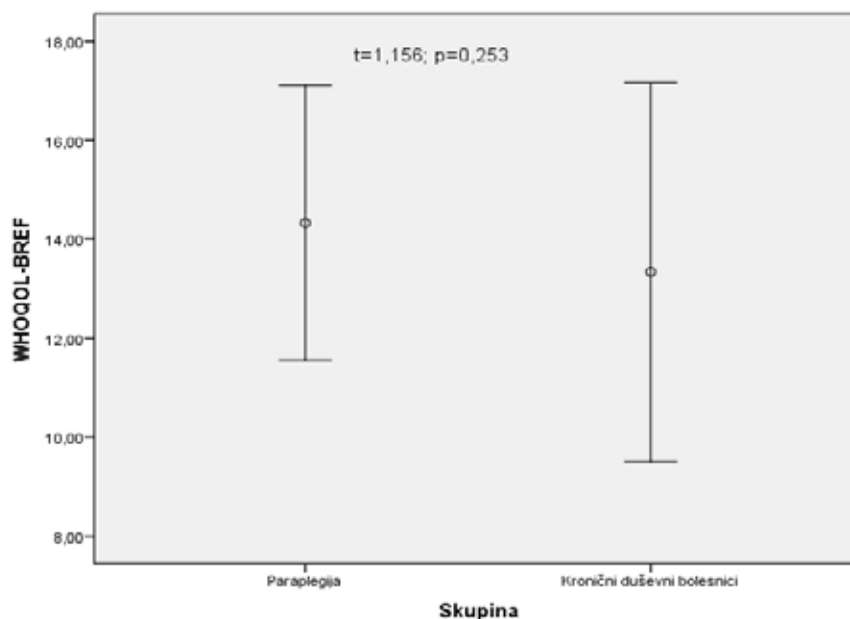
Iz slike br. 2 je vidljivo da ispitanici iz skupine s paraplegijom imaju nešto bolju ukupnu kvalitetu života u odnosu na ispitanike s kroničnim duševnim bolestima, ali među ispitivanim skupinama nema statistički značajne razlike.

Tablica 2. Raspodjela ispitanika u odnosu na kvalitetu života

	Skupina				t	p
	Paraplegija		Kronični duševni bolesnici			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Tjelesno zdravlje	14,17	2,79	14,72	3,49	0,677	0,501
Psihičko zdravlje	15,22	2,57	14,07	3,08	1,577	0,120
Socijalni odnosi	13,82	3,00	13,51	3,75	0,355	0,724
Okoliš	13,40	2,60	13,47	3,46	0,084	0,933
WHOQOL-BREF ukupno	14,33	2,78	13,33	3,84	1,156	0,253



Slika 1. Raspodjela ispitanika s obzirom na dob



Slika 2. Raspodjela ispitanika s obzirom na ukupnu kvalitetu života

U odnosu na ispitivane sastavnice kvalitete života (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okoliš) kao i na kvalitetu života ukupno, između ispitivanih skupina nije bilo statistički značajne razlike.

RASPRAVA

U ovom radu cilj nam je bio ispitati kvalitetu života paraplegičara i usporediti je s kvalitetom života kroničnih duševnih bolesnika. Rezultatima dobivenim ovim istraživanjem utvrđeno je da su ispitanici iz skupine s paraplegijom nešto bolje ukupne kvalitete života od ispitanika iz skupine s kroničnim duševnim bolestima ali nije bilo statistički značajne razlike. U obje ispitivane skupine zastupljeniji je ženski spol, dok je u dobi ispitanika s kroničnim duševnim bolestima zabilježena statistički značajna razlika u odnosu na ispitanike iz skupine s paraplegijom ($p=0,002$). Analizom rezultata pokazalo se da ispitanici iz skupine s paraplegijom imaju viši stupanj obrazovanja u odnosu na ispitanike iz skupine s kroničnim duševnim bolestima. Ispitanici iz skupine s kroničnim duševnim bolestima su, očekivano, nešto boljeg tjelesnog zdravlja, dok su ispitanici iz skupine s paraplegijom, bez statistički značajne razlike, boljeg psihičkog zdravlja te bolji u socijalnim

odnosima, a utjecaj okoline je gotovo identičan u obje ispitivane skupine.

Ovi rezultati su komplementarni s rezultatima istraživanja kvalitete života paraplegičara u Indiji u kojem je prosječna dob ispitanika s paraplegijom identična kao u našem istraživanju, te dobiveni rezultati ukazuju na vrlo niske vrijednosti ukupne kvalitete života. Indijski istraživači navode kako postoji statistički značajna i snažna pozitivna veza između fizičke aktivnosti i poboljšanja kvalitete života u svim domenama (21). Rezultati jednog istraživanja kvalitete života kroničnih duševnih bolesnika u SAD-u također su pokazali kako nema statistički značajne razlike u kvaliteti života osoba s kroničnim fizičkim i osoba s kroničnim psihičkim bolestima, osim u jednoj od komponenti kvalitete života – obiteljskim odnosima (22). Također, istraživanje provedeno u Los Angelesu o kvaliteti života kroničnih duševnih bolesnika pokazuje i isto tako naglašava, poput prethodno navedenog istraživanja, kako je za poboljšanje kvalitete njihova života potrebna kontinuirana skrb u postizanju bolje osobne sigurnosti i samostalnosti, boljih socijalnih odnosa, financija i bolje organizacije slobodnog vremena (24). U razvijenim zemljama stoga se ulažu sve veća sredstva kako bi zdravstveni radnici, u suradnji s ostalim

srodnim stručnjacima, mogli razvijati programe koji obogaćuju upravo ove aspekte kvalitete života.

Za razliku od ovog istraživanja, studija kvalitete života paraplegičara i tetraplegičara u SAD-u 1994. g. pokazala je da 86 % ispitanika sa visokom ozljedom kralježnice ocjenjuje kvalitetu svog života prosječnom ili iznad prosječnom, što je u suprotnosti s našim rezultatima (25).

Ovo istraživanje pokazuje kako je percepcija kvalitete života kod osoba s paraplegijom i osoba s kroničnim duševnim bolestima sličnija percepciji takvih osoba u slabije razvijenim zemljama. Rezultati pokazuju lošu ukupnu kvalitetu života kod paraplegičara i još lošiju kod kroničnih duševnih bolesnika što jasno ukazuje na potrebu daljnjih istraživanja o različitim mogućnostima poboljšanja kvalitete života tih osoba kroz bolju skrb, društvenu brigu, medicinsko zbrinjavanje te razvijanje društvene svijesti o ovim bolestima i razbijanje stigme koja ih prati u društvu, posebno kod kroničnih duševnih bolesti. Ovakvi rezultati još jednom nedvojbeno ukazuju na poznatu povezanost tijela i duše i potvrđuju važnost i značenje holističkog odnosno integralnog pristupa u medicini tj. da se čovjeka (bolesnika) uvijek mora promatrati u cijelini, a ne samo jedan njegov dio ili određeni organ.

ZAKLJUČCI

1. Rezultati istraživanja pokazuju lošu ukupnu kvalitetu života ispitanika obaju skupina.
2. Ispitanici iz skupine kroničnih duševnih bolesnika imaju, iako statistički neznčajnu, ipak lošiju ukupnu kvalitetu života od ispitanika iz skupine paraplegičara.
3. Ispitanici iz skupine s paraplegijom imaju viši stupanj obrazovanja, njihova dob je statistički značajno manja u odnosu na ispitanike iz skupine s kroničnim duševnim bolestima i imaju bolje razvijene socijalne odnose.
4. Ispitanici iz skupine s kroničnim duševnim bolestima imaju lošije psihičko zdravlje u odnosu na ispitanike iz skupine s paraplegijom, dok ispitanici s paraplegijom imaju lošije fizičko zdravlje, iako u obje kategorije ne postoji statistički značajna razlika.

LITERATURA

1. Bejaković P, Kaliterna Lipovčan LJ. Quality of life in Croatia: Key findings from national research, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2007.
2. Veenhoven R. „Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations.“ Social indicators research, 1996;39(1):1-58.
3. Noll, Heinz-Herbert. Social Indicators and Social Reporting: Internacional Experience; 1996. Pristupljeno: 09.09.2016. Dostupno na: <http://www.ccsol.ca/noll1.html>.
4. Diener E, Suh EM, Lucas R, Smith HL. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress 1999.
5. Robinson MD, Clore GL. Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. Psychological Bulletin 2002;128:934-960.
6. 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.
7. Liu B. Quality of life indicators: A preliminary investigation. Social Indicators Research, 1974;1:187-208.
8. O'Boyle CA. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). International Journal of Mental Health 1994;23:3-23.
9. 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.
10. Ware JE. SF-36 Health Survey: Manual & interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute. New England Medical Center. 1993.
11. 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.
12. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis: The Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis and Rheumatism 1980;23:146-152.

13. Arson NK, Ahmendezai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Fletchtner H, Fleishman SB, De Haes JCJM, Kaasa S, Klee M, Osoba 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.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-571.
15. Veenhoven, R. Advances in the understanding of happiness, *Revue quebecoise de psychologie*, 1997;18(2):29-74.
16. Noll, H. H. (2000.) Social Indicators and Social Reporting: The International Experience. (internet). Pristupljeno: 14.09.2016. dostupno na: <http://www.ccsd.ca/noll1.html>
17. Cutter S. Rating places, A geographer 's view on Quality of Life, Association of American Geographers, Resource publications in geography, Washington D. C; 1985.
18. Majkić M. Klinička kineziterapija. Inmedia:Zagreb; 1997.
19. 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 1997;11-37.
20. Frančišković T, Moro Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb. Medicinska naklada; 2009.
21. National Institute of Rehabilitation Training & Research, Cuttack, Odisha, India. Physical Activity and Quality of Life among Adults with Paraplegia in Odisha, India. (internet). Pristupljeno: 28.09.2016. dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4746044/>
22. Atkinkon 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.
23. Manns PJ. Components of Quality of Life for Persons with Quadriplegic and Paraplegic Spinal Cord Injury. *Quality Health Research*; 2001.
24. Gerhart KA i sur. *Annals of Emergency Medicine*, 1994;23:807-812.

THE QUALITY OF LIFE OF PARAPLEGIC PATIENTS

Zdeslav Katavić¹, Martina Šimunović¹, Matea Perković¹, Zdenko Katavić³, Dragan Babić^{1,2,4}

¹Faculty of Health Studies, University of Mostar

²Faculty of Medicine, University of Mostar

³Specialist Practice for Psychiatry Zdenko Katavić, MD, MSc

⁴Department of Psychiatry, University Clinical Hospital Mostar

88 000 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is known that the quality of life of paraplegics and other severe ailments is severely reduced when compared to the general healthy population, and the society continuously tries to work on its improvement.

OBJECTIVE: Examine the quality of life of paraplegics and compare it to the quality of life of chronic mental patients.

SUBJECTS AND METHODS: The test group consisted of 30 patients diagnosed with paraplegia, and the control group of 30 chronic mental patients treated at the Department of Psychiatry at the University Clinical Hospital in Mostar. For the purpose of the research we used a questionnaire with general and socio-demographic data, customized specifically for this research, as well as the quality of life questionnaire of the World Health Organization WHOQOL-BREF.

RESULTS: It was found that subjects from the group with paraplegia have a slightly better quality of life when compared to the patients from the group with chronic mental illnesses, but the difference was not statistically significant. Both test groups had more female respondents, and those with chronic mental disorders were significantly older ($p = 0.002$). The result analysis showed that the respondents from the group with paraplegia have a higher level of education when compared to those from the group with chronic mental illnesses. The respondents from the group with chronic mental illnesses have a slightly better physical health, while respondents from the group with paraplegia, without statistically significant differences, have better mental health and social relationships.

CONCLUSION: Paraplegics have a slightly better overall quality of life than chronic mental patients but the difference is not statistically significant.

Key words: quality of life, paraplegic

Correspondence:

Zdeslav Katavić, e-mail: zdeslav.katavic@gmail.com

IZVOR STRESA U MEDICINSKIH SESTARA - PRIMALJA SVEUČILIŠNE KLINIČKE BOLNICE MOSTAR

Ljevak Ivona¹, Romić Marko², Vasilj Ivan¹, Šimić Josip¹, Perić Olivera¹

¹ Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Mostaru, 88 000 Mostar, Bosna i Hercegovina

² Centar za mentalno zdravlje, Dom zdravlja Mostar, 88000 Mostar, Bosna i Hercegovina

Rad je primljen 08.08. 2016.

Rad je recenziran 19.09.2016.

Rad je prihvaćen 05.10.2016.

SAŽETAK

UVOD: U znanstvenu uporabu stres prvi puta ulazi u kontekstu fizikalnih znanosti u 17. stoljeću, dok se u 19. stoljeću na njega nailazi i u medicini, gdje se o stresu raspravlja kao o uzroku bolesti. Poznato je da brojni stresni čimbenici pridonose povećanom broju psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti kod medicinskih sestara.

CILJ: Procijeniti prisutnost i izvor stresa u medicinskih sestara/primalja Klinike za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar.

METODE: Provedeno je anketno istraživanje (presječna studija) u Klinici za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar gdje su se analizirali podaci 33 ispitanika na osnovu upitnika o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika na osnovu 37 anketnih pitanja. Primijenjene su osnovne statističke metode srednje vrijednosti, t-test, deskriptivna statistika. Sve ispitanice su potpisale informirani pristanak.

REZULTATI: Istraživanje je pokazalo kako profesionalni i intelektualni zahtjevi, kao posebna kategorija izvora stresa nose najveću povezanost s ukupnim doživljajem stresa. Najveća povezanost pojedinačnih kategorija stresa je između profesionalnih i intelektualnih zahtjeva, opasnosti i štetnosti na poslu. Izvori stresa u medicinskih sestara najviše su izraženi u kategoriji javnih kritika i sudske tužbe, smjenskoga rada te organizacije i financija, a najmanji su uzrok stresa u kategoriji sukoba i komunikacije.

ZAKLJUČAK: Izvori stresa u medicinskih sestara/primalja najizraženiji su u slučaju javnih kritika i sudske tužbe, smjenskoga rada, organizacije i financija. Profesionalni i intelektualni zahtjevi nose najveću povezanost s ukupnim doživljajem stresa. Najveća povezanost stresa je između profesionalnih i intelektualnih zahtjeva i opasnosti i štetnosti na poslu.

Ključne riječi: stres, primalje, rad, pacijenti, opasnost

UVOD

U znanstvenu uporabu stres prvi put ulazi u kontekstu fizikalnih znanosti u 17. stoljeću, dok se u 19. stoljeću na njega nailazi i u medicini, gdje se o stresu raspravlja kao o uzroku bolesti (1). Stanje stresa na poslu može se definirati kao niz, za pojedinca štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu s njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama (2). Naglasak novijih konceptualizacija stresa je na interakciji osoba - okolina. Prema Ajduković profesionalni stres označava neusklađenost između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo (3). Medicinske sestre, s posebnim osvrtom na primalje, imaju veliku odgovornost za

zdravlje i živote, kako majki porodilja, tako i novorođenog djeteta. Izloženost specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizikalnih, te smjenskom radu svrstava sestrinstvo u visoko stresne profesije. Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, složenost i dinamika radnih obveza, kontakt s trudnicama i njihovim obiteljima, rad s novorođenom djecom, emocionalno iscrpljivanje, te loša organizacija na radnom mjestu pridonose povećanom broju psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti u medicinskih sestara. Poznavanje izvora stresa i njegovih utjecaja na zdravlje i učinkovitost u radu važno je za cijelu radnu organizaciju.

Cilj istraživanja je procijeniti prisutnost i izvor stresa na radnom mjestu u medicinskih

sestara-primalja Klinike za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar.

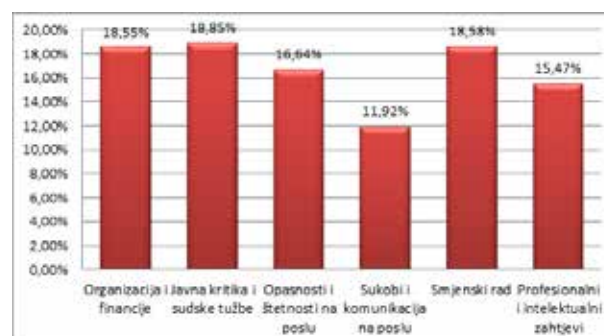
ISPITANICI I METODE

Riječ je o presječnom istraživanju koje je provedeno od 27. travnja do 8. srpnja 2015. godine u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici (SKB) Mostar. Ispitnu skupinu činile su 33 medicinske sestre-primalje iz Klinike za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar. Provedeno istraživanje izvršeno je pomoću upitnika za doživljaj stresa na radnom mjestu koji je izrađen u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, u sklopu projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa: Zdravlje na radu i zdravi okoliš, br. 19/16. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika sadrži 37 pitanja (čestica) vezanih za doživljaj stresa na radu, koji su stupnjevani Likertovom ljestvicom raspona od 1 do 5. Upitnik se sastoji od 6 kategorija: a) Organizacija i financije (neadekvatna osobna primanja; neadekvatna materijalna sredstva za primjeren rad; neadekvatan radni prostor; mala mogućnost napredovanja; oskudna komunikacija s nadređenima; nedostatan broj djelatnika; loša organizacija posla; svakodnevne nepredviđene situacije; administrativni poslovi; preopterećenost poslom); b) Javna kritika i sudske tužbe (prijetnja sudske tužbe i/ili parničenje; neadekvatna očekivanja od strane bolesnika ili obitelji; izloženost neprimjerenom javnoj kritici; pogrešno informiranje bolesnika od strane medija i drugih izvora; sukobi s bolesnikom ili članovima obitelji bolesnika; nemogućnost odvajanja profesionalnog i privatnog života; 24-satna odgovornost); c) Opasnosti i štetnosti na poslu (strah od izloženosti ionizacijskom zračenju; strah od izloženosti inhalacijskim anestheticima; strah od izloženosti citostaticima; strah zbog mogućnosti zaraze; strah zbog mogućnosti ozljede oštrim predmetom; suočavanja s neizlječivim bolesnicima); d) Sukobi i komunikacija na poslu (sukobi s kolegama; sukobi s drugim suradnicima; oskudna komunikacija s kolegama; sukobi s nadređenima); e) Smjenski rad (noćni rad; smjenski rad; prekovremeni rad; dežurstva) i f) Profesionalni i intelektualni zahtjevi (uvođenje novih tehnologija; „bombardiranje“ novim

informacijama iz struke; nedostatak odgovarajuće trajne edukacije; nedostupnost potrebne literature; pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka; vremensko ograničenje za pregled pacijenta). Čestice upitnika su tvrdnje koje izražavaju stavove koji su evaluirani na ljestvici procjene od 1 – uopće se slažem do 5 – potpuno se slažem. Tvrdnje su jasne, kratke, nedvosmislene i bez više pojmova koje bi ispitanici mogli shvatiti kao objekt procjene. Ispitanici su na temelju ljestvice procjene iskazali stupanj slaganja/neslaganja sa svakom od tvrdnji. Rezultat ispitanika na ljestvici jednak je zbroju rezultata na pojedinim česticama (4). Ovaj upitnik je valjan i pouzdan mjerni instrument za procjenu stresa na radnom mjestu, te je na istom napravljena psihometrijska evaluacija kroz više istraživanja na temu stresa u zdravstvenih djelatnika. Korištene statističke metode u ovom istraživanju su T-test i Pearsonov koeficijent korelacije. P vrijednost manja od 0,05 smatrala se statistički značajnom.

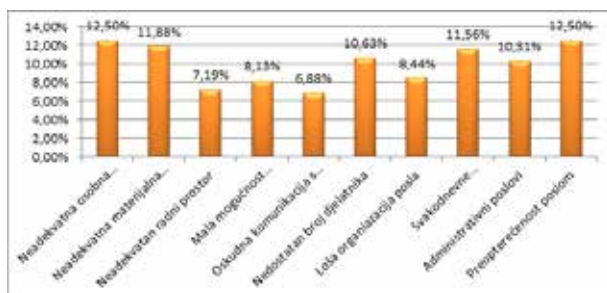
REZULTATI

Ukupan doživljaj stresa na radnom mjestu u medicinskih sestara-primalja može se ocijeniti kao umjeren (na skali od 1 do 100 on iznosi 51). Izvori stresa najviše su izraženi u kategorijama *Javna kritika i sudske tužbe*, *Smjenski rad i Organizacija i financije*. Kategorija *Sukobi i komunikacija na poslu* izdvaja se kao najmanje stresna ($p=0,003$). (Slika 1).



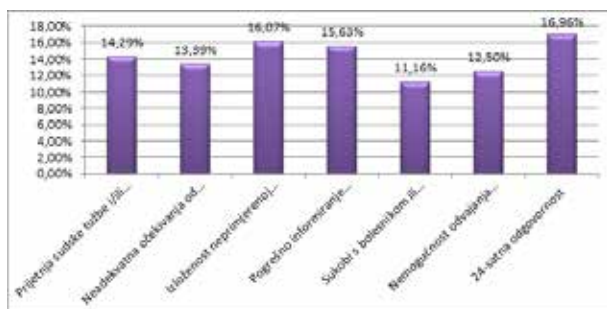
Slika 1. Ukupan doživljaj stresa u medicinskih sestara-primalja u SKB Mostar

U kategoriji *Organizacija i financije* kao najjači pojedinačni stresori izdvajaju se *Neadekvatna osobna primanja i Preopterećenost poslom* (Slika 2).



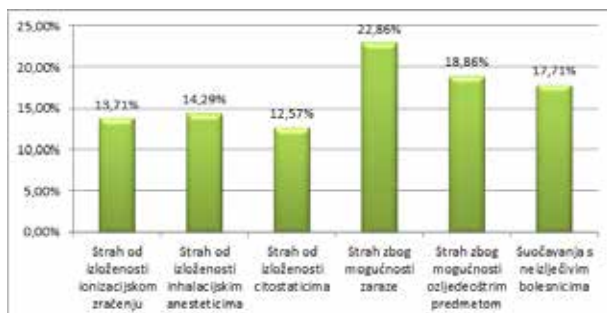
Slika 2. Organizacija i financije kao uzrok stresa

U kategoriji *Javna kritika i sudske tužbe* najveći uzročnici stresa su: *24-satna odgovornost*, *Izloženost neprimjerenom javnoj kritici* i *Pogrešno informiranje bolesnika od strane medija i drugih izvora*. Najmanji izvor stresa u ovoj kategoriji odnosi se na *Sukob s bolesnikom ili članovima obitelji bolesnika* (Slika 3).



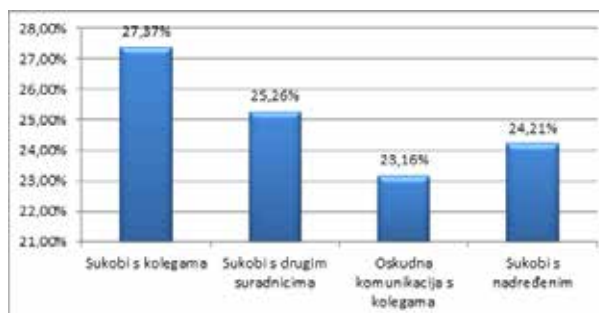
Slika 3. Javna kritika i sudske tužbe kao izvori stresa

Strah zbog mogućnosti zaraze najviše pridonosi stresu u kategoriji *Opasnosti i štetnosti na poslu* (Slika 4).



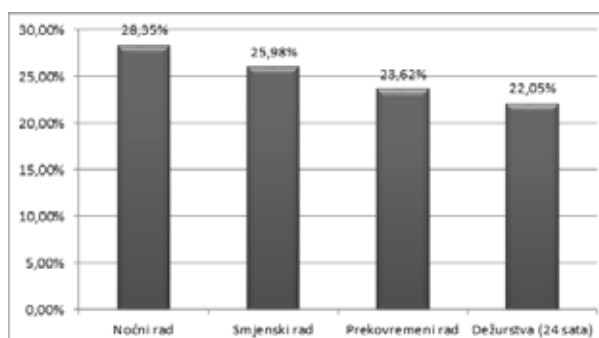
Slika 4. Opasnosti i štetnosti na poslu kao izvori stresa

Slika 5. prikazuje rezultate ispitanika u kategoriji *Sukob i komunikacije s kolegama* kao uzročnika stresa na radnome mjestu. Najveći strah u ispitanika izaziva sukob s kolegama, dok druge vrste sukoba u ovoj kategoriji stvaraju manji stres iako bez statističke značajnosti (Slika 5).



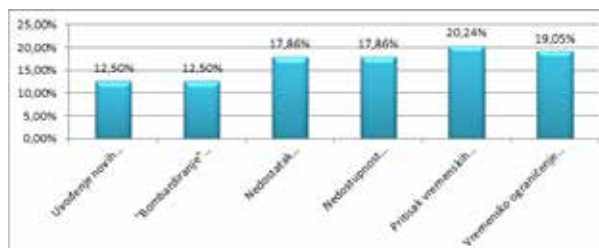
Slika 5. Sukob i komunikacija s kolegama kao uzrok stresa

Smjenski rad također utječe na stres zaposlenika, a potkategorija koja najviše pridonosi stresu je *Noćni rad*, zatim slijede *Smjenski rad*, *Prekovremeni rad* i *Cjelodnevna dežurstva* (Slika 6).



Slika 6. Smjenski rad kao uzročnik stresa

Posljednju kategoriju stresogenih čimbenika čine *Profesionalni i intelektualni zahtjevi*. Najveći izvor stresa u ovoj skupini čine podkategorije *Pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka* i *Vremensko ograničenje za pregled pacijenta*. (Slika 7).



Slika 7. Profesionalni i intelektualni zahtjevi kao izvori stresa

Profesionalni i intelektualni zahtjevi, kao zasebna kategorija izvora stresa, imaju najveću povezanost s ukupnim doživljajem stresa ($p=0,833$). Najveća povezanost pojedinačnih kategorija stresa je između Profesionalnih i intelektualnih zahtjeva i Opasnosti i štetnosti na poslu ($p=0,708$) (Tablica 1).

Tablica 1. Korelacija pojedinih kategorija

Pearsonov koeficijent korelacije	Ukupni doživljaj stresa	Organizacija i financije	Javna kritika i sudske tužbe	Opasnost i štetnost na poslu	Sukobi i komunikacija na poslu	Smjenski rad	Profesionalni i intelektualni zahtjevi
Ukupni doživljaj stresa	1,000	,711	,790	,773	,626	,499	,833
Organizacija i financije	,711	1,000	,431	,339	,404	,157	,495
Javna kritika i sudske tužbe	,790	,431	1,000	,477	,504	,448	,528
Opasnost i štetnost na poslu	,773	,339	,477	1,000	,534	,253	,708
Sukobi i komunikacija na poslu	,626	,404	,504	,534	1,000	-,049	,388
Smjenski rad	,499	,157	,448	,253	-,049	1,000	,397
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	,833	,495	,528	,708	,388	,397	1,000
Ukupni doživljaj stresa	.	,000	,000	,000	,000	,002	,000
Organizacija i financije	,000	.	,006	,027	,010	,192	,002
Javna kritika i sudske tužbe	,000	,006	.	,003	,001	,004	,001
Opasnost i štetnost na poslu	,000	,027	,003	.	,001	,078	,000
Sukobi i komunikacija na poslu	,000	,010	,001	,001	.	,394	,013
Smjenski rad	,002	,192	,004	,078	,394	.	,011
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	,000	,002	,001	,000	,013	,011	.
Ukupni doživljaj stresa	33	33	33	33	33	33	33
Organizacija i financije	33	33	33	33	33	33	33
Javna kritika i sudske tužbe	33	33	33	33	33	33	33
Opasnost i štetnost na poslu	33	33	33	33	33	33	33
Sukobi i komunikacija na poslu	33	33	33	33	33	33	33
Smjenski rad	33	33	33	33	33	33	33
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	33	33	33	33	33	33	33

RASPRAVA

Nastojanjem da se rasvijetli fenomen psihološkog stresa u radnoj okolini razvijen je čitav niz modela koji se razlikuju po svojoj složenosti. Detaljnijom analizom mogu se u pravilu klasificirati u dvije skupine (4). Jednu čine uži modeli koji stres definiraju kao rezultat neodgovarajućih zahtjeva radne okoline koji su u neskladu s mogućnostima zaposlenih. U drugu kategoriju spadaju modeli koji koriste širi pristup te promatraju stres u radu kao izraz opće neravnoteže između karakteristika radne situacije i individualnih osobina radnika. Jedan od prihvaćenih modela stresa je transakcijski model. Ključni predstavnici ovog modela su Lazarus i suradnici, a ubraja se u suvremene modele stresa koji podrazumijevaju uzajamni odnos između pojedinca i njegove okoline odnosno onoga što se objektivno događa (5). Znači, prema Lazarusu, na profesionalni stres utječu vanjski čimbenici, odnosno događaji koje osoba procjenjuje ugrožavajućima. Izvor stresa (stresor) može biti vanjski događaj ili niz događaja koje osoba procjenjuje ugrožavajućima, a stres je unutrašnje stanje ili doživljaj (6). Transakcijski model stresa posebno ističe značaj kognitivnih procesa i individualnih razlika u procjeni događaja u vanjskoj sredini kao i međuovisnost čimbenika okoline i osobe koja doživljava stres, te promjenjivost spomenutih čimbenika pod utjecajem transakcije. Sa stanovišta koje zastupa Lazarus, ono što je stresno za jednu osobu u određenom trenutku ne mora biti stresno za drugu osobu ili za istu osobu u nekom drugom trenutku. Ajduković D. pod stresorima navodi vanjske čimbenike, ali i one koji se odnose na specifičnosti pojedinca, te stresore dijeli na vanjske i unutarnje (8). Cooper i suradnici, primjenjujući transakcijski model na profesionalni stres, usmjerili su se na tri ključna elementa: 1) izvore profesionalnog stresa; 2) posljedice po pojedinca i organizaciju i 3) razlike u ličnosti i ponašanju (8).

U pojedinim zanimanjima pojavljuju se uz opće stresore; i specifični stresori karakteristični upravo za to zanimanje. Opći stresori uključuju: smjenski rad, lošu organizaciju, nemogućnost trajnog profesionalnog obrazovanja, premalo djelatnika, međuljudske sukobe i dr. specifični stresori, npr.

za medicinare uključuju: neadekvatna materijalna sredstva za primjeren rad, mala mogućnost napredovanja, oskudna komunikacija s nadređenima, nedostatan broj djelatnika, loša organizacija posla, preopterećenost poslom, prijatna sudske tužbe, izloženost neprimjerenom javnoj kritici, nemogućnosti odvajanja profesionalnog i privatnog života, sukobi s kolegama, sukobi s nadređenima, noćni rad te smjenski rad. (9). Prema rezultatima našeg istraživanja najučestaliji izvor stresa u sestara primalja su stresori iz grupe *Javnih kritika i sudske tužbe, Smjenskoga rada te Organizacije i financija*. Slično istraživanje uradili su Ekić S, Primorac A i Vučić B pod nazivom "Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara". Odabirom rezultata specifičnih za rad medicinskih sestara od 25 stresora koji se mogu detektirati u profesiji, stresor neadekvatne plaće ocijenjen kao najstresniji (kao i u našem istraživanju u kategoriji "Organizacija i financije"), a komunikacija s osobama oštećena vida ili sluha kao najmanje stresna. Stresori koji se odnose na komunikaciju unutar tima nisko su ocijenjeni (isto kao u našem primjeru). Prekapacitiranost poslom te odgovornost za stručno i administrativno funkcioniranje odjela medicinske sestre i tehničari na rukovodećem mjestu ocijenili su najviše stresnim. Visoko je ocijenjen i stresor „nedostatak vremena za bavljenje bolesnicima“, a stresor „osjećaj izoliranosti od kolegica i kolega vezano uz funkciju rukovodeće osobe“ prikazan je kao najmanje stresan (11).

Istraživanje pod nazivom "Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik" proveli su Marlais M i Hudorović N. Medicinske sestre i tehničari u bolnicama doživljavaju više različitih čimbenika kao stresore na radu s velikim intenzitetom. Među najčešćim stresorima kod ispitanika prepoznati su stresori iz skupine financijskih i organizacijskih čimbenika, baš kao što je slučaj i s našim istraživanjem (12).

Stresori mogu proizlaziti iz osobina radne okoline, organizacije rada i načina komuniciranja u organizaciji, osobina pojedinaca, kao i mnogih drugih svakodnevnih čimbenika koje je teško uvijek kvalificirati u određene kategorije jer su previše ovisni o

čitavom sklopu odnosa u ukupnoj socijalnoj situaciji u kojoj se događaju.

ZAKLJUČCI

1. Izvori stresa u medicinskih sestara-primalja u Klinici za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar najviše su izraženi u kategoriji Javnih kritika i sudske tužbe, Smjenskoga rada i Organizacije i financija, a najmanji je izvor stresa u kategoriji Sukob i komunikacije.
2. Istraživanje je pokazalo kako Profesionalni i intelektualni zahtjevi, kao posebna kategorija izvora stresa, nosi najveću povezanost s ukupnim doživljajem stresa. Najveća povezanost pojedinačnih kategorija stresa je između Profesionalnih i intelektualnih zahtjeva i Opasnosti i štetnosti na poslu.

LITERATURA

1. Lazarus RS, Folkmann S. Stres, procjena i suočavanje, Naklada Slap: Jastrebarsko; 2004.
2. Sauter S, Murphy L. Stress at work, NIOSH Publication No. 99-101, Cincinnati: NIOSH, Cincinnati, 1999.
3. Ajduković D, Ajduković, M. (ur.). Zašto je ugroženo mentalno zdravlje pomagača? Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996.
4. Milošević M. Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti. Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet; 2010.
5. Šverko B. Važnost rada u životu pojedinca i prilog evaluaciji jednog kognitivnog modela. Psihologija; 1984;17(3):48-60.
6. Arambašić L. Stres i suočavanje – teorijski modeli i njihove implikacije za problem nezaposlenosti. Suvremena psihologija; 2003;6:103-127
7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York: SpringerPublishingComp; 1984.
8. Ajduković D. Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača. U: Ajduković D, Ajduković M. (ur.), Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996. str. 29-37.

9. Cooper CL, Sloan SJ, Williams S. Occupational stress indicator. management guide. Windsor; NFER-Nelson; 1988.
10. Pavičević L, Bobić J. Stres na radu. U: Šarić M, Žuškin E, sur. Medicina rada i okoliša. Zagreb: Medicinska naklada; 2002. str. 530-37.
11. Ekić S, Primorac A, Vučić B. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. JAHS, 2016;2(1):39-46.
12. Marlais M, Hudorović N. Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. SG/NJ 2015;20;72-14.

SOURCE OF STRESS IN NURSES AND MIDWIVES AT THE UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL IN MOSTAR

Ljevak Ivona¹, Romić Marko², Vasilj Ivan¹, Šimić Josip¹, Perić Olivera¹

¹ Faculty of Health Studies, University of Mostar, 88 000 Mostar, Bosnia and Herzegovina

² Mental Health Center, Medical Center Mostar, 88000 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

INTRODUCTION: The scientific use of stress first enters the context of physical sciences in the 17th century, while in the 19th century it is used in medicine, where it is discussed as one of the causes of disease. It is known that a number of stress factors contribute to the increased number of mental disorders and psychosomatic diseases in nurses.

OBJECTIVE: Assess the presence and source of stress in nurses and midwives at the Department of Obstetrics and Gynecology, at the University Clinical Hospital in Mostar.

METHODS: We carried out a research (cross-sectional study) at the Department of Obstetrics and Gynecology, University Clinical Hospital Mostar, where we analyzed the data from 33 respondents, based on their answers from a questionnaire about stress on the workplace; the questionnaire consisted of 37 questions. We used basic statistical methods, median value, t-test, and descriptive statistics. All respondents signed an informative consent.

RESULTS: The research showed that professional and intellectual requirements, as a special category of source of stress have the greatest correlation with the overall experience of stress. The largest connection of single categories of stress is between professional and intellectual requirements, risks and hazards at work. Sources of stress in nurses are most evident in the category of public criticism and lawsuits, shift work, organization and finance, while they are the lowest in the category of conflict and communication.

CONCLUSION: The sources of stress in nurses – midwives are most evident in the case of public criticism and lawsuits, shift work, organization and finance. Professional and intellectual requirements bare the greatest correlation with the overall experience of stress. The largest correlation of stress is between professional and intellectual demands and risks and hazards at work.

Key words: stress, midwives, work, patients, hazard

Correspondence:

Ivona Ljevak

E mail: ivonaljevak@gmail.com

SHOPPINGHOLIZAM – OVISNOST MODERNOG DOBA

Leon Ajtlbez¹, Dragan Babić^{1,2}

¹Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru

²Fakultet zdravstvenih studija Sveučilita u Mostaru, 88000 Mostar Bosna i Hercegovina

Rad je primljen 14.10. 2016.

Rad je recenziran 22.10.2016.

Rad je prihvaćen 03.11.2016.

SAŽETAK

Kupovina ili shopping predstavlja za većinu nas sastavni, najčešće ugodan i zabavan, dio života. Kad se određene granice prijeđu, ona može postati desktruktivna ovisnost koja nas uništava mentalno, financijski i emocionalno. Uzroci nastanka ovisnosti prekomjerne kupovine još uvijek se istražuju, ali se vjeruje da se radi o međusobnom utjecaju različitih bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih čimbenika. Ovisnost o shoppingu (shoppingolizam, oniomanija, kompulzivna kupnja) često se zove „ovisnost 21. stoljeća“ jer je identificirana 1990. godine, ali i zbog ekspanzije koju doživljava. Shoppingolizam kao psihički poremećaj karakterizira opsesivna i neodoljiva želja, bolesni nagon za kupovanjem svega i svačega bez razloga, potrošačka groznica, histerija kupnje. Karakteristično je da se ovisnik o kupovini ne ograničava na određenu vrstu robe, niti na njezinu vrijednost. Za njega je važna količina onoga što kupuje. U početku, ovisna osoba svoju ovisnost pokušava sakriti od drugih, zatim će skrivati svoje dugove, a napokon i robu koju neobuzdano kupuje, često ne prezajući i od uništavanja iste. Posljedice ovisnosti o kupovanju, osim mogućeg financijskog bankrota iste su kao i kod svih ostalih ovisnosti i gotovo su jednaki simptomima koji ih uzrokuju: depresija, anksioznost, samoća, svađe s bližnjima, raspad obiteljskih veza, nemogućnost normalnog obavljanja svakodnevnih obaveza i aktivnosti, uništeno samopouzdanje i sl. Kao i svaku drugu ovisnost treba je liječiti uz pomoć stručnjaka, liječnika psihologa i psihijatra. U liječenju se primjenjuju antidepressivi iz kruga selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, psihoterapija i socioterapija.

Cljučne riječi: shoppingolizam, ovisnost modernog doba

Osoba za razmjenu informacija:

Leon Ajtlbez, dipl. socijalni radnik

E mail: leon.ajtlbez@gmail.com

UVOD

Pojam ovisnost najčešće se veže uz ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Koliko će se popis ovisnosti širiti ovisi o razvoju društva i društvenih odnosa. Ovisnost o shoppingu (shoppingolizam) jedna je od ovisnosti novijeg doba, često nazivana „modernom ovisnošću 21. stoljeća“. Prikazom ovisnosti o kupovini pokušao sam, koristeći raspoloživu literaturu, zaokružiti sliku o ovoj rastućoj ovisnosti i dati joj značaj koji danas zaslužuje, jer premda bilježi rast u svim a osobito u najrazvijenim državama svijeta, o njezinoj razornosti i opasnosti oskudno se piše, još manje znanstveno istražuje i vrlo često se marginalizira. Razlozi za to su mnogobrojni, no sigurno je da ovakva situacija odgovara interesima moćnih korporacija i trgovačkih lanaca koji kontroliraju potrošnju u svjetskim razmjerima. Uz riječ

shoppingolizam ravnopravno sam koristio i druge termine za ovisnost o kupovini, kao što su konzumerizam, oniomanija, poremećaj kompulzivne kupnje i drugo, premda nisu u potpunosti istoznačnice.

POJAM OVISNOSTI

Ovisnost (lat. *addicere*, vezan, zarobljen) je psihofizičko stanje koje nastaje uslijed stalnog uzimanja neke tvari ili stalnog ponavljanja neke ustaljene navike, odnosno „skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kod kojih uporaba neke psihoaktivne tvari ili skupine tvari za osobu dobiva veću važnost nego drugi obrasci ponašanja koji su prije imali veću vrijednost“. Za većinu vrsta ovisnosti zajednička su dva aspekta: psihička ovisnost pri čemu osoba poseže za „drogom“ povremeno ili trajno kako bi se izazvalo zadovoljstvo ili uklonila

neugoda i kao teži oblik, fizička ovisnost („stanje prilagodbe, metabolička ovisnost“) pri čemu dolazi do porasta tolerancije odnosno „fizičke i psihičke izdržljivosti prema stresu, naporu, psihoaktivnoj tvari“ jer je „za postizanje istog učinka, potrebno povećavati dozu psihoaktivne tvari“, odnosno u slučaju ovisnosti o kupovini, osoba se sve manje kontrolira kako u obujmu kupovine tako i vremenu koje provodi u kupovini (1).

Osamdesetih godina prošlog stoljeća pojavljuju se mišljenja da se ovisnost ne mora isključivo odnositi na psihoaktivne tvari (alkohol, drogu, nikotin), već se mogu razviti i bihevioralne ovisnosti, tj. ovisnosti prema određenim aktivnostima i opetovanim ponašanjima (kockanje, igranje video igara, sport i tjelesne aktivnosti, seks, patološka posvećenost poslu) koja su ometajuća i uzrokuju probleme u profesionalnom i osobnom životu čovjeka i njegovom svakodnevnom optimalnom psihosocijalnom funkcioniranju.

Premda je ovisna osoba najčešće svjesna velikih i razornih socijalnih, psihičkih i fizičkih posljedica ovisnosti, ona, zbog potrebe za stimulansom o kojem je već postala ovisna, nastavlja s uporabom tvari ili ponavljanja navike i dolazi u stanje kada se njih više ne može samovoljno odreći. Ovisnost se u početku skriva. I kada se više ne može skrivati, ovisnik još vjeruje da ovisnost može kontrolirati, mada mu je već tada pomoć neophodna. No, tek priznanje ovisnika samom sebi da je ovisnik, predstavlja prvi korak u liječenju (2).

POTROŠAČKO DRUŠTVO I POTROŠAČKA KULTURA KAO TEMELJI SHOPPINGHOLIZMA

Bit potrošačkog društva najbolje opisuje ekonomist Lebow koji zagovara potrošnju kao uvjet ekonomskog uspjeha i prosperiteta, tvrdeći kako potrošnja treba postati način života, ritual, duhovno zadovoljstvo i zadovoljenje ega, mjera socijalnog statusa, prihvaćenosti i prestiža. Takva ekonomska strategija utemeljena na potrošnji pokazala se uspješnom, a njezin je ključ postao potrošač „koji nastavlja kupovati kao da sutra ne postoji“ (3).

Do druge polovice 20. stoljeća potrošnja se smatrala jednostavnim nusproizvodnom proizvodnje. Industrijska civilizacija je razdvojila proizvodnju od potrošnje, a razvoj velegradova dao je potrošnji velik značaj te je posljednjih pedeset godina potrošnja u centru analize kapitalističke kulture i njezina glavna preokupacija ili „kulturni telos kapitalizma“ (4).

Svijet se promijenio i ekonomski i društveno i kulturno. Trgovina, tržišna razmjena i novac osnova su moderne potrošačke kulture. Čovjek kao jedinka slobodno bira što želi kupiti i ima pristup tim dobrima pa je njegov životni stil određen količinom novca koji posjeduje, a ne nekim religioznim ili drugim zabranama. Uslijed razvoja slobodnog tržišta, raspada se tradicionalni buržoaski sistem vrijednosti, a umjesto poticanja na rad zbog moralnosti, promovira se hedonistički način života. Umjesto potreba buržoasko društvo određuju želje, jer su kao psihološka a ne biološka kategorija, mogle biti neograničene.

Društvo prestaje biti udruženje ljudi sa zajedničkim ciljem i ubrzo postaje skup odvojenih pojedinaca kojima je cilj vlastito zadovoljstvo. Potrošnja, dodatno potaknuta reklamom koja ima zadaću predodgajanja ljudi, postaje sve veća a izmjena stvari sve brža jer novi potrošač sada teži „za novom robom, novim iskustvima i osobnim ispunjenjem“. Tako, sa sociološkog aspekta, hedonizam postaje kulturno opravdanje kapitalizma čija moderna tržišna ekonomija ima individualne a ne zajedničke ciljeve i u kojoj su motivi za stjecanje dobara želje a ne potrebe. No međutim, više nije u pitanju tradicionalni hedonizam koji traži kontrolu nad predmetima i događajima kako bi iz njih dobio užitek, nego se radi o novom, suvremenom hedonizmu koji pronalazi užitek u kontroli nad značenjem stvari, kojeg karakterizira preokupacija „uživanjem“ koje je zamišljeno kao potencijalna kvaliteta svakog iskustva“, a što je najvažniji element u „funkcioniranju svijeta potrošačkih dobara kao hedonističkog igrališta“ (4).

Čolić prema Slateru objašnjava dvije glavne karakteristike potrošačke kulture modernog svijeta. Prva je da se sve društvene i kulturne vrijednosti, ideje, aspiracije i drugo definiraju i usmjeravaju prema potrošnji. Potrošnja je glavni

fokus društvenog života jer je moderno društvo „materijalističko, komodificirano, hedonističko i narcisoidno“ a kultura mu je utemeljena na novcu koje zanima samo „imati“ a ne „biti“, dakle i društvo je *in totum* potrošačka kultura jer su se nove vrijednosti proširile na druga područja društvenog života. Druga karakteristika potrošačke kulture je da ona daje bez ograničenja i zapreka ljudima pravo budu potrošači, što rezultira time da svi društveni odnosi, aktivnosti i objekti mogu biti roba. Slater to naziva najdubljom sekularizacijom koju donosi moderni svijet. Ukratko, svi smo mi na tržištu, svi možemo biti i roba i potrošači. A to znači da tu kulturu može kupiti svatko tko ima novac. Kultura se „proizvodi“ da se proda. Ekonomska vrijednost trijumfira nad društvenim vrijednostima. Potrošačka kultura je univerzalna, jer svatko može biti potrošač. No, kako svatko i mora biti potrošač, taj tip slobode je prisilan. Izbor je privatna čin. Za ideju modernog pojedinca je ključan odnos između slobode i privatnosti. Također, što je produktivnost proizvođača veća, veći će biti poticaj i reakcija potrošača na određeni proizvod a njihove želje bit će sve „istančanije, maštovitije i osebnije“ (4).

Kako Durkheim tvrdi bezgranične želje nezasićene su već po definiciji, a nezasićenost se, s razlogom, smatra bolesnim znakom. Budući da ih ništa ne obuzdava, one uvijek nadilaze sredstva kojima raspolažu, dakle, ništa ih ne može umiriti. Tu su i temeljni i uzroci ovisnosti o kupovini (4).

SHOPPINGHOLIZAM (ONIOMANIJA)

Kupovina je normalan sastavni dio modernog života i naše svakodnevnice. Kada je kupovina racionalna i promišljena aktivnost koja je usmjerena na ostvarivanje jasnih i dobro definiranih ciljeva, riječ je o kontroliranoj kupovini. Osoba uspijeva uspostaviti uravnotežen odnos s potrošnjom, uspijeva usporediti više različitih ponuda, ima kritičan stav prema reklamnim kampanjama i ne vodi je nagon da posjeduje nešto po svaku cijenu, već kupuje prema svojim mogućnostima.

Blaži poremećaj ovisnosti o kupovini pokazuje osoba koju vode emocije: sretna je kad sebi nešto pokloni ili se kupovinom pokušava razveseliti.

Ponekad se „prevari“, jer se vodi akcijama, popustima, instinktom, uvjerenjem da će joj određeni proizvod omogućiti da dobije pažnju koju priželjkuje, koja joj je potrebna. To je, naprotiv, još više izlaže riziku da polako klizne prema nekontroliranom shoppingu. Za takve osobe bilo bi preporučljivo da, kada nisu dobre volje, izađu van bez novčanika ili kartice ili da pronađu druge aktivnosti koje će joj pomoći da se oslobodi negativnih emocija.

Teži poremećaj ovisnosti o shoppingu je kada osoba ne može ograničiti svoju kupovinu, a kupovina je za nju najčešće bijeg od njezinih najgorih osjećaja, anksioznosti, lošeg raspoloženja. Kada je osoba ovisnik o shoppingu satima će kupovati po trgovinama a da pri tome ni ne primijeti koliko je vremena prošlo. Njezina pažnja u potpunosti je zaokupljena izloženim proizvodima koji je neodoljivo privlače. Shoppingholizam je kronične i progresivne naravi jer s vremenom postaje učestaliji i izraženiji te se teže prikriva. Svaki ovisnik o kupovini ima problem postaviti granicu kupovine. Ovisnost o kupovini postaje destruktivna i uništava osobu financijski, emocionalno i duševno.

Shoppingholizam je psihički poremećaj koji karakterizira opsesivna i neodoljiva želja, bolesni nagon za kupovanjem svega i svačega bez razloga, potrošačka groznica, histerija kupnje radi kupnje uz razvoj ovisnosti, „odgovor ljudi na svakidašnje stresove modernog života“ (1). Proizvod je liberalnog kapitalizma koji se ne liječi, niti se o njoj pretjerano priča. Suvremena društva društva neumornih potrošača i potrošački stil života odvodi pojedinca u svijet mašte u kojem kupujući proizvode misle da kupuju i sreću. Zapravo, konzumerizam je društveni problem, svojevrsna društvena bolest, poput ovisnosti o alkoholu i drogama. To je fenomen koji je proizašao iz kapitalizma i predstavlja stil života, kulturni izraz i manifestaciju sveprisutnog, koji se može definirati kao psihosocijalni izričaj presijecanja između strukturalnog i individualnog u sferi potrošnje (5).

Shoppingholizam treba razlikovati od kupovine iz hobija (kolekcionarstva). Mada je granica vrlo skliska, ona jasno postoji. Neki ljudi cijeli život kupuju stare stvari, televizore, aparate, pegle... Tu je riječ o hobiju. Međutim, kada čovjek svoje psihičke

probleme rješava kupovanjem, onda je to patološki (6). Bolesni shoppingholičari rijetko traže pomoć stručnjaka. Kod psihijatra ili psihologa dolaze kada situacija postane drastična ili kada dođe do značajnog problema u obitelji.

Osobe s patološkim simptomima ovisnosti o kupovini mogu se svrstati u nekoliko tipova: 1) emocionalni konzumenti (kao oblik autoterapije za ublažavanje uzemirenosti, antidepresivna terapija), 2) impulzivni konzumenti (neodoljiva želja za kupovinom), 3) fanatični konzumenti (kolekcionari), 4) kompulzivni konzumenti koji kupovanjem smanjuju unutarnju napetost (1).

Fenomeni vezani uz ovisnost

Značajni fenomeni vezani uz razvoj ovisnosti o kupnji uključuju: a) toleranciju, b) psihičku ovisnost i c) fizičku ovisnost. Pozitivno utvrđivanje definiramo kao proces pomoću kojeg osoba uči ponavljati postupak koji dovodi do osjećaja nagrade, suprotno tomu, negativnim utvrđivanjem uči izbjegavati neugodne situacije. Tolerancija znači da je potrebna sve veća „doza“ aktivnosti kupovine, da se postigne željeni učinak. Psihička ovisnost karakterizirana je žudnjom, psihičkim stanjem koje uključuje jaku potrebu za shoppingom, a može se pojaviti i bez fizičke ovisnosti. Fizička ovisnost karakterizirana je pojavom sindroma shoppinga. Kod sindroma shoppinga razlikuju se tri faze: 1) faza udvaranja u kojoj osoba proizvode doživljava kao priliku koju ne smije propustiti, oni nad njom imaju neku magičnu moć; kod težih slučajeva, umjesto uzbuđenja pred kupnju osoba čak osjeća tjeskobu, nemir, navalu vrućine, drhtanje; 2) faza kupnje predstavlja sam čin kupnje i prati ga osjećaj ugode i sreće, premda osoba najčešće nije ni svjesna narušene percepcije i realnosti; i 3) faza grižnje savjesti, kao najdramatičnija faza, u kojoj žrtva sindroma shoppinga postaje svjesna posljedica vlastitog ponašanja i u kojoj se javlja jak osjećaj grižnje savjesti praćen sramom i očajem zbog nemoći da se suprotstavi nagonu (7).

Epidemiologija

Epidemiologija poremećaja ukazuje da je poremećaj poprilično učestao. U SAD-u boluje 5-10 % ljudi, a

80 % oboljelih su žene. Ispoljava se najčešće u adolescenciji, a obilježava je i kronični karakter. U samoj osnovi leži impulzivnost i gubitak kontrole nad nagonima. Nije ograničen samo na ljude koji troše iznad svojih mogućnosti već uključuje i osobe koji provode puno vremena u kupnji i koji kronično razmišljaju o kupovini stvari koje uglavnom ne koriste. Shoppingholizam je moderna bolest ovisnosti koju često nazivaju „ovisnost 21. stoljeća“. Unatoč svojoj visokoj pojavnosti, ovaj poremećaj još uvijek se nedovoljno prepoznaje i liječi, a za istraživanja, koja su se pojavila tek u zadnjih 20 godina, možemo reći da su u povojima (8). Pojednostavljeno, opisujući globalizaciju i razvijenu tržišnu ekonomiju koju karakteriziraju jeftini proizvodi i jeftina radna snaga, možemo zaključiti da se nekada uglavnom kupovalo iz potrebe, kasnije većinom iz „razbribrige“, a danas često i zbog bolesti. Psihički poremećaj kompulzivnog kupovanja (oniomanija), do prije desetak godina je bio relativno rijedak. Danas se javlja u svim socijalnim i ekonomski skupinama, u oba spola i u svakoj životnoj dobi. Skočilić kaže da je oniomanija odavno stigla u Hrvatsku te da od ovog poremećaja podjednako mogu patiti vrhunski menadžeri i umirovljenici koji imaju mirovinu oko 1500 kn. Jedni, neracionalno puno i stalno kupuju umjetnine, skupe automobile, dragocjene satove, a drugi, gomilaju upaljače od dvije–tri kune ili figurice. Prema Skočiliću, nije bitna vrsta robe, bitna je količina. Postoje dokazi da od ovisnosti o kupovini pati od 10-20 % ljudi u razvijenim zemljama. Na prisutnost ove ovisnosti prvo se ukazalo u Europi. Prema podacima iz 2008. godine, oko 800.000 Nijemaca su ovisni o kupovini. U SAD-u se u početku nije smatralo da je oniomanija zdravstveni poremećaj, no ubrzo se mišljenje promijenilo. Iza kompulzivne kupovine uvijek stoji depresija, anksioznost, velika ljutnja ili samoća (9). Ranija istraživanja su sindrom shoppinga smatrali problemom žena. Danas je, međutim, sve veći broj muškaraca koji su ovisnici o kupovini. Jedina razlika među njima je da žene više kupuju odjeću, kozmetiku, cipele i nakit, a muškarci predmete koji simboliziraju moć i prestiž, kao što su skupi automobili, mobiteli, satovi. I tzv. žrtve mode, osobe čija je ljubav prema modi prešla granicu normalnog

i postala opsesija, imaju slična ponašanja kao ovisnici. Međutim, oni kupuju isključivo u trgovinama s odjećom, obucom, modnim detaljima (s potpisom), poznaju sve modne trendove, ormari su im krcati garderobom jer je neprestano obnavljaju. Ovisnik o kupovini, međutim, se ne ograničava na određenu vrstu robe, niti na njezinu vrijednost. Ovisnika karakterizira količina onoga što kupuje. Rizične skupine su djeca (osobito ona koja doživljavaju zanemarivanje i psihološko odbacivanje od strane roditelja, djeca koja češće dobivaju materijalne stvari nego pažnju roditelja), osobe koje su pod stresom, koje boluju od depresije, osobe s poremećajem osobnosti, osobe koje imaju nisko samopouzdanje, osobe koje su sklone maštanju, koje osjećaju unutarnji nemir, zavist, opsjednutost i dosadu.

Etiologija

Etiologija shoppingholizma nije u potpunosti razjašnjena. Na predispoziciju za ovisnost o shoppingu utječe kombinacija psiholoških i socio-kulturoloških čimbenika (10). Neki autori navode i biološke čimbenike.

1) Psihološki čimbenici

U skupinu psiholoških čimbenika ubrajaju se karakter i osobnost potrošača, interakcija s okruženjem i obitelj. Psihološka razina uključuje nisko samopouzdanje i samopoštovanje te repetativnu potrebu da se kroz kupnju poboljša osnovno raspoloženje (8). Perfekcionizam, generalizirana impulzivnost i kompulzivnost i potreba za stjecanjem kontrole su neke od crta osobnosti koje se vežu uz ovaj poremećaj. Također, poremećaj mogu imati osobe koje nisu dovoljno odlučne, čvrste i neovisne, pa shoppingiranje predstavlja potragu za samim sobom, selfom. U komorbiditetu, osobe koje su ovisne o kupovini često imaju neki od poremećaja raspoloženja, zloupotrebu sredstava ovisnosti, poremećaje prehrane, poremećaj osobnosti, odnosno nisko samopouzdanje, sklonost maštanju, osjećaj zavisti, unutarnjeg nemira, opsjednutosti, dosade (8,10). Skočilić također navodi da je poremećaj kompulzivnog kupovanja (PKK) često udružen s afektivnim poremećajima (21-100 %), anksioznim poremećajima (41-40 %),

adiktivnim poremećajima (21-46 %), poremećajima prehrane (8-35 %) te poremećajima kontrole impulsa (21-40 %). Smatra da, premda u prosjeku 60 % tih pojedinaca ima jedan od pridruženih poremećaja, ne postoji jedan specijalni ili tipični "šoping" poremećaj osobnosti, već su tu najčešće zastupljeni opsesivno-kompulzivni (22 %), pasivno-ovisni (15 %) i granični tip poremećaja osobnosti (15 %) (9).

2) Socio-kulturni čimbenici

Socijalni uvjeti predstavljaju važnu ulogu u oniomaniji. Liječnici smatraju da su uzroci ovisnosti o kupovini različiti: loše relacije s roditeljima u najranijem djetinjstvu (zanemarivanje, psihološko odbacivanje, dobivanje materijalnih stvari umjesto pažnje, samoa, napuštenost, potreba za priznanjem, ljubavlju) zbog kojih se kao odrasli ljudi vežu za materijalno, kako bi kompenzirali svoju usamljenost i emocionalnu prazninu te se osjećali priznati i voljeni. Nadalje, uzroci ovisnosti o kupnji mogu biti depresija (nakon rastanka, razvoda i sl.), smanjena samokontrola, stalna žeđ, adrenalin, iluzija moći (jer su kupili dobre stvari, stav uslužnog prodavača (laskanje, pohvale), surogat želje za srećom, nedostatak hormona serotonina, monotonija života, razočaranja u djecu, obitelj, partnera. U sociokulturne čimbenike treba svrstati i kulturu, oglašavanje i maloprodajno okruženje, u kojemu se odvija proces kupnje. Anić prema Shoham i Makovec Brenčić navodi da istraživanja pokazuju kako kompulzivni kupci bolje poznaju cijene, osjetljiviji su na marke proizvoda i prestižne proizvode, potom da su osjetljiviji na cijenu te da su impulzivni u kupnji i kupuju neplanirano (10). Značajan je utjecaj informacija koje se nude oglašavanjem. Neki autori kao socio-kulturni čimbenik ističu i seksualno nezadovoljstvo. Trgovački lanci nude privid slobode i kontrole nad svojim životom.

Dijagnostika bolesti ovisnosti

Ovisnost o kupovini kao bolest prepoznali su i opisali 1924. godine Emil Kraepelin i Eugen Bleuler. Kraepelin je u svojoj studiji ustvrdio i eksperimentom dokazao da sam čin kupovine donosi kratkotrajno olakšanje - izmjerio je električne aktivnosti u mozgu u području mozga odgovornom za razumno

razmišljanje i postupke. Otkrio je da je dio mozga koji upravlja lijepim osjećajima tijekom kupovine preaktivan (8). Kraepelin i Bleuler koriste pojmove kao što su “manijaci kupovanja” ili “oniomanijaci”, za osobe koje same sebe dovode u besmislena dugovanja i osobne imovinske katastrofe. Bleuler je PKK naveo kao primjer za “reaktivni impuls” ili “impulzivno bezumlje”, koje se izjednačuje s kleptomanijom i piromanijom. Naime, kompulzivno kupovanje je potaknuto željom i potrebom da se poboljša raspoloženje, umanjiti osjećaj usamljenosti ili odbačenost, ali ono izaziva emocije koje imaju svoje uzlazne i silazne putanje. Osjećaje euforije, sreće i olakšanja, karakteristične za početak kupovine, brzo zamjenjuju osjećaji krivnje, razočaranja. Da bi se ovaj posljedični osjećaj izbjegao i popravio, ulazi se u novi krug istih postupaka koji donose još veće beznađe i razočaranje, bijes, ljutnju i stres. Nakon toga slijedi žaljenje i depresija koji potiče osobu na novi krug trošenja, a to je već zasigurno krug ovisničkog ponašanja. U početku, ovisna osoba svoju ovisnost pokušava sakriti od drugih, jer se srami. Zatim će, ne samo skrivati svoje dugove, nego će skrivati ili uništavati i robu koju je kupila. Cijena ovisnosti o kupovini rast će u mentalnom, financijskom i emocionalnom smislu. Zbog manjka osobnog dostojanstva i samopoštovanja, stradat će i interpersonalni odnosi. Zato je za dijagnosticiranje ove ovisnosti važno prepoznati obrasce ponašanja ovisnika. Kupovina se obavlja u trenucima kada je osoba sama, usamljena, loše raspoložena, nervozna, ljuta. Osoba osjeća intenzivnu sreću ili euforiju neposredno nakon kupovine, osjeća paniku u nedostatku novca ili kreditne kartice, osjeća stid ili krivicu nakon kupovine, kupuje karticom ili na kredit radije nego gotovim novcem. Prilikom kupovine poklona za drugu osobu obavezno kupuje i za sebe, skriva stvarne cijene proizvoda i svađa se sa članovima obitelji zbog potrošenog novca. Dijagnostički kriteriji za kompulzivno kupovanje uključuju preokupaciju sa kupovanjem, „osobni distress kao rezultat te aktivnost, a kompulzivno kupovanje po definiciji ne smije biti ograničeno na manične i hipomanične epizode“ (8). Pravilna dijagnoza bolesti i postavljanje kriterija za razlikovanje određenih bolesti je jako važno. Od

velike je važnosti znati koliko psihologijski mjerni instrumenti pomažu u razlikovanju raznih dijagnostičkih skupina (11). Istraživanja koja su provedena pokazala su da se različite kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja razlikuju u testovima postignuća i izraženosti simptoma. Potrebno je uključiti razne metode i tehnike u istraživanju i dijagnosticiranju kako bi rezultati bili vjerodostojni.

Bolesti ovisnosti dijagnosticiraju se: klasičnim dijagnostičkim postupkom (razgovorom), upitnikom (screening), kriterijima Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB–10) te laboratorijskom metodom. Kratica MKB-10 predstavlja hrvatsku kraticu za desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Zapravo radi se o kodovima za bolesti, simptome, abnormalnosti i sl., a klasificirala ih je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) (12).

Oniomanija je, kao patološko kupovanje, svrstana u kod Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (F00-F99), uže u Poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih (F60-F69), odnosno još uže u Poremećaje navika i impulse (F63) koji obuhvaćaju: patološku sklonost kockanju, piromaniju, kleptomaniju, trihotilomaniju, druge poremećaje navika i impulsa (intermitentni eksplozivni poremećaj) te poremećaj navika i impulsa, nespecifičan poremećaj kontrole poriva, kao dio slike poremećaja svrstanih u druga poglavlja npr. patološko kupovanje (oniomanija), internetska ovisnost (net-addiction). Poremećaj kontrole poriva je nesposobnost suzdržavanja od izvođenja nekog poriva ili nagona koji je opasan za druge ili za samu osobu i koji je obično obilježen ugodom, nakon što se izvede. Bitno obilježje poremećaja kontrole poriva je izostanak otpora porivu, nagonu ili iskušenju da se napravi čin koji šteti samoj toj osobi ili drugima (12). U većini poremećaja koji su uvršteni u ovaj poremećaj, osoba ima rastući osjećaj napetosti ili uzbuđenja prije, a za vrijeme samog čina osjeća užitek, zadovoljenje ili olakšanje. Nakon čina mogu se, ali i ne moraju, javiti žaljenje, predbacivanje ili osjećaj krivnje. Patološko kupovanje susrećemo pod raznim stranim nazivima: compulsive shopping disorder, compulsive buying disorder (CBD), oniomania, shopping

addiction, shopaholism. Osobe su preokupirane kupnjom i trošenjem te provode veliki dio vremena u kupnji. Osjećaju povećanu razinu nemira ili tjeskobe, koju mogu razriješiti samo kupnjom. Neki od važnih znakova da je neka osoba ovisna o shoppingu su kada joj u ormaru stoje nekorištene stvari s etiketama, kada kupuje stvari koje joj nisu potrebne ili ih kupuje neplanirano, kada nakon svađe ili frustracije ima izraženu potrebu za kupovanjem, kada osjeća poseban adrenalin pri kupovini, kada skriva svoju naviku kupovine i osjeća kajanje, kada skriva kupljenu robu od obitelji, prijatelja, kada se osjeća anksiozno u danima kada ne kupuje. Prisutnost nekih od ovih znakova znak su da treba učiniti korak ka onim aktivnostima koje će osobu izvući iz ovisnosti o kupovini. S obzirom da neki autori još uvijek dvoje je li ovisnost o kupovini doista ovisnost ili se radi o impulzivnom poremećaju kao što je to npr. piromanija, vrijedno je prikazati diferenciranje impulzivne i kompulzivne kupnje.

Impulzivna kupovina je spontana, neplanirana i iznenadna želja za kupovinom. Impulzivno kupovno ponašanje potrošača ne karakterizira pažljivo razmatranje kupovine ili vrednovanje proizvoda, razloga ili pak posljedica kupovine, već ga karakterizira trenutno zadovoljstvo, zadovoljenje pojave snažnog nagona. Glavna obilježja impulzivne kupovine su: a) „brzo donošenje odluka pri kupnji bez razmatranja alternativa kupovine“, b) „izrazita emocionalnost i hedonistički pristup kao značajke donošenja odluka“, što ukazuje na odsutnost racionalnog kupovnog ponašanja, te c) „čista impulzivnost pri kupnji koja negira podsjetnu kupovinu“, odnosno neplanska kupovina proizvoda, koja nije rezultat podsjetne na nedostatak kućnih zaliha istog proizvoda (13).

Kompulzivno kupovanje McElroy definira kao „maladaptivnu preokupaciju kupovanjem, koja uključuje učestalu zaokupiranost kupovanjem ili impulsima da se nešto kupi pri čemu je poriv snažan i ponavljajući“, a Vincek dalje smatra da su posljedice preokupiranosti kupovanjem značajne i rezultiraju ne samo financijskim problemima, već utječu na funkcioniranje osobe uopće, na njezin rad i društveni status, te dalje navodi da su kompulzivna

i kronična priroda, te destruktivna narav i opasna prijetnja egzistenciji (jer oštećuje socijalne, materijalne i obiteljske vrijednosti i obveze) glavna obilježja kompulzivne kupnje (8).

Skočilić, prema autorima koje ne imenuje, daje slikovit prikaz četiriju faza PKK. U prvoj fazi, *fazi anticipacije*, osoba razvija misli o kupovini, potreba za kupnjom je jaka i intenzivna, zaokupljena je željom za posjedovanjem nekog predmeta. U drugoj fazi, *pripremi*, osoba donosi odluke: kamo i kada ići, koje kartice ponijeti, što obući. Nije isključeno da osoba izvjesno vrijeme potroši u istraživanju časopisa, reklama, Interneta radi boljeg informiranja. Treća faza predstavlja samo iskustvo *kupovine*, shopping. Prati je osjećaj sreće, euforije, ushićenosti, uzbuđenja. Posljednja, četvrta faza, je čin *trošenja*. To je faza kojom se kupnja završava i koja baca osobu s poremećajem kompulzivne kupnje opet u očaj, grižnju savjesti, samorazočaranja. Dakle, negativne misli i osjećaji prethode kupnji, ali se javljaju u još gorem obliku i nakon samog čina kupnje. Tu dolazi do izražaja socijalni aspekt shoppingholizma.

Socijalni aspekti shoppingholizma

Kompulzivna kupnja je osobna stvar pojedinca. Nebitno je kupuje li on samostalno ili u društvu. Nebitno je kupuje li u buticima visoke mode, robnim kućama ili na tzv. buvljacima. Tipični predmeti kupnje su odjeća, kozmetika, cipele, nakit, kućne potrepštine. Nebitna je cijena i uporabna vrijednost kupljenih stvari. Važna je samo količina (9). Važne su i posljedice takve kupnje na pojedinca, a posljedice kompulzivne kupnje mogu biti kratkoročne i dugoročne (10). Premda čin kupnje prate ugoda i sreća, olakšanje od stresa, kratkotrajni osjećaj zadovoljstva, jačanje samopouzdanja i bijeg od osjećaja usamljenosti, dugoročne posljedice su negativne i očituju se kao rast zaduženosti, subjektivni osjećaj gubitka kontrole i neizvjesnost te razočaranosti samim sobom, osjećajem grižnje savjesti nakon što postane svjesna financijskih dugova koji joj stvaraju prvo materijalne, a odmah zatim i psihološke probleme (14). Tada jača osjećaj krivnje, anksioznosti, srama, očaja što opet u krug uzrokuje stanje depresije i manjka samopoštovanja. Gledajući sa socijalnog

aspekta, problemi će nastati i zato što kompulzivni kupci pokušavaju sakriti i zaboraviti sve što su kupili i nastoje sakriti svoje ponašanje od drugih (10). Naročito će to dolaziti do izražaja u danima velikih blagdana kada ta kupnja kulminira i kada su osobe s poremećajem kompulzivne kupnje, zbog dugova u koje ulaze, u stanju narušiti partnerske i obiteljske odnose. Taj problem, dakako, još je izraženiji kod osoba s nižim primanjima. Prema tome, posljedice se javljaju i dugo nakon same kupovine i nekada su razarajuće - razaraju brakove, obitelji, izazivaju i podrivaju financijske i egzistencijalne probleme, uzrokuju anksioznost i osjećaj da život izmiče kontroli, a ponekad završe i suicidom (15). Ponekad su shoppingholičari skloni, naročito ako su izloženi apstinencijskom sindromu, ponašanju koje nema odlike socijalnog ponašanja.

Liječenje ovisnosti o shoppingu

Posljedice ovisnosti o kupovanju slične su kao kod svih ostalih ovisnosti (depresija, anksioznost, samoća, svađe s bližnjima, raspad obiteljskih veza, nemogućnost normalnog obavljanja svakodnevnih obaveza i aktivnosti, uništeno samopouzdanje) pa je treba i liječiti kao svaku drugu ovisnost, uz pomoć stručnjaka, liječnika ili psihologa. Ovisnost o shoppingu inicira: vaskularne distonije, depresiju, psihosomatske bolesti, hipertenziju, neuroze, kleptomaniju, nesanicu, agresivnost, autoagresivnost, stres, smanjen imunitet, gubitak samopouzdanja.

Hrvatski psihijatar Marčinko, Rudan i Bolanča, objavili su u kanadskom stručnom psihijatrijskom časopisu "Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry", prikaz liječenja dvije žene koje su bolovale od kompulzivnog kupovanja i paralelno s time prejedanja. Prva prikazana žena bila je u srednjim 30-im godinama, živjela je sama i bila je visokoobrazovana. Imala je kompulzivne porive za kupovanjem antiknih predmeta. Kako se radi kupovine zaduživala kod prijatelja na veće iznose, sve je slabije funkcionirala na poslu, a zbog osjećaja srama, sve se više povlačila iz društva. Kada se javila psihijatri radi nesanice, liječnik joj je dijagnosticirao poremećaj te je započeto liječenje. Liječenje se sastojalo od razgovora-psihoterapije, uz primjenu

lijekova antidepresiva fluvoksamina i malih doza anksiolitika diazepama. Za nekoliko tjedana, uz primjerenu terapiju, stanje se normaliziralo što se tiče nesanice i raspoloženja osobe, a zabilježeno je i smanjenje nagona za kupovinom i prejedanjem. Stanje se održalo kroz duži period jer je osoba jedanput tjedno dolazila na terapiju kod psihijatra (15).

Marčinko tvrdi da, premda se točni uzroci nastanka kompulzivnog kupovanja još uvijek istražuju, vjeruje se da radi o međusobnom utjecaju različitih bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Smatra da neki od bioloških faktora uključuju deficit pojedinih neurotransmitera (serotonin), a taj podatak je važan za određivanje lijeka bolesniku. I on, kao i drugi autori, na psihološkoj razini razlogom smatra nisko samopozdanje, koje će određenu osobu navesti na shoppingholizam, te drži da će predmeti kupnje biti najčešće odjevni predmeti i nakit, koje osoba kupuje kako bi naglasila svoje tjelesne atribute i sebe bolje prikazala u vanjskom svijetu, zanemarujući pri tom odlučnu činjenicu da je problem samopouzdanja vezan s unutarnjim psihološkim stanjem, a ne vanjskim izgledom (15). Također, Marčinko i Vinček navode da nekoliko radova i istraživanja u posljednjih deset godina pokazuje da antidepresivi iz kruga selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (fluvoksamin, citalopram) koji su inače uspješni u liječenju opsesivno-kompulzivnih i drugih kompulzivnih poremećaja, npr. patološkog kockanja i kompulzivnog seksualnog ponašanja, kao i opioidni antagonist naltrekson, pomažu i ovisnicima o shoppingu (8,15). Osim toga, u liječenju ovisnosti o kupovni naglašavaju važnost psihoterapije, naročito kognitivno-bihevioralne terapije te psihoanalitičke oblike psihoterapije. Sa socijalnog aspekta, shoppingholizam se liječi tako da osoba ovisnik preuzme kontrolu nad svojim troškovima. Radi zaštite svoje obitelji, shoppingholičar se što ranije treba obratiti savjetniku odnosno društvima koji pružaju pomoć osobama s problemom ovisnosti o kupovini. Liječenje od shoppingholizma bit će, naravno, i učinkovitije uz provođenje nekih od mnogobrojnih mjera, primjerice: izolacije od oglašavanja, planiranja samo troškova za osnovne potrebe, savladavanja tehnike neutralizacije znakova oniomanije, povremenog

uzimanja antidepresiva, držanja granice između užitka i ovisnosti, suzbijanja osjećaja da je kupovina surogat za pozitivne emocije ili sredstvo smirenja, pronalaženja nove aktivnosti - džoging, vježbanje, slušanje muzike, gledanje televizije, indentificiranja okidača na način da se priđe upoznavanju sebe, pronalaženja zdravijeg načina borbe sa vlastitim tjeskobama, uklanjanja „mamaca“ na način da se ide putevima koji ne vode do omiljene trgovine, da se limitiraju odlasci u kupovinu samo na nužne, da se manje „surfa“ po stranicama online-kupovine, nošenja samo onoliko novca koliko je potrebno za stvar koju ste krenuli kupiti, ostavljanja kartice kod kuće, planiranja odnosno kreiranja i pridržavanja shopping-liste s cijenama, traženja pomoći u knjigama o samopomoći, razgovarajući s prijateljem i članovima obitelji te profesionalna pomoć i terapija ukoliko je potrebno.

Prognoza shoppingholizma

Autor knjige „Paradoksalna sreća“ Lipovetsky se pita je li već počelo razdoblje posthiperpotrošačkog društva te odmah i odgovora da takav scenarij ne treba očekivati barem u narednih nekoliko desetljeća, prvenstveno zbog dinamike svjetske ekonomije koju obilježava slab energetska rast u Europi s jedne, i snažan rast u SAD-u, s druge strane. Naprotiv, tvrdi: „Zbog ekonomskog poleta Kine, Indije i još nekih zemalja, potražnja za energijom će se povećati tijekom idućih desetljeća, s obzirom da je kineska potrošnja već sada nadmašila europsku, a 2020. godine nadmašit će i sjevernoameričku potrošnju“. Do 2050. svjetska bi se potražnja mogla udvostručiti, pa, ako uzmemo u obzir i rast potrošnje energije u svijetu od 2 %, jasno je da društvo hiperpotrošnje neće nestati. Stoga apelira na pronalaženje manje destruktivnih načina proizvodnje i potrošnje zbog propadanja biosfere i ograničenih prirodnih izvora. Promjene bi se trebale ubrzati, smatra, pod trostrukim impulsom: tehnološkog napretka, osviještenja stanovništva, javnog reguliranja (16).

ZAKLJUČAK

Poremećaj kompulzivnog ponašanja, premda prvi put opisan prije gotovo sto godina, tek zadnjih

dvadesetak godina dobiva adekvatnu pozornost. U suvremenim razvijenim društvima obilja, trošenje je oblik imanja. Potrošačko društvo današnjice postalo je nepresušnim izvorom ozbiljnog proučavanja pojma konzumerizma, shoppingholizma. Suvremeni se čovjek grozničavo priklanja vladajućem trendu neobuzdane potrošnje.

Shoppingholizam, moderna ovisnost 21. stoljeća, ima ragranatu dijagnostiku, podvrste poremećaja (blagdanski kompulzivni „shoperi“, bipolarni, depresivni, rekreacijski). Ima razrađenu psihoterapiju, ima specijaliste za liječenje, grupe za potporu, stručnu literaturu, istraživanja lijekova. Posljednjih godina, shoppingholizam postaje čak važna književna tema. Pojedinaac, u pokušaju instant-zadovoljenja svojih potreba, razvija hiperpotrošačku dimenziju svoje ličnosti. Oko nas niču brojni trgovački kompleksi megalomanske naravi koji su promijenili temeljne društvene i ekonomske vrijednosti i strukture. Tako shvaćamo da smo se, takoreći, preko noći prilagodili scenariju prema kojem je mjesto radnje: trgovački centar, vrijeme radnje: sada i stalno; očekivana radnja: posjedovati; količina: što više!. Ne raspoložemo nikakvim globalnim i vjerodostojnim alternativnim sustavom općoj komercijalizaciji načina života.

LITERATURA

1. Babić D, Vasilj I, Martinac M, Pavlović M, Babić R, Barać K i sur. Psihoaktivne tvari: duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2016.
2. Bodor D. Ovisnosti. [Internet]. [Posjećeno 15.7.2016.]. Dostupno na: <http://drugidoktor.hr/ovisnosti/>.
3. Stanić S. Nastanak i razvoj potrošačkog društva. WEB predavanje. Split: Sveučilište u Splitu. Filozofski fakultet; 2013.
4. Čolić S. Sociokulturni aspekti potrošnje, potrošačke kulture i društva. U: Franc R, ur. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar; 2008. str. 953-973.

5. Dadić K. Dijete u središtu konzumerizma. U: Obradović Đ, ur. MediaAnali: Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2013. str. 97-112.
6. Vrbošić A, Princi Grgat D. Ovisnost o shoppingu – prepoznajte poremećaj. 8.4.2016. [Internet]. [Posjećeno 26.8.2016.]. Dostupno na: <http://blog.vecernji.hr/novac-i-djeca/ovisnost-o-shoppingu-prepoznajte-poremećaj-3067>.
7. Čiča N. Dijagnoza: opsjednuti shoppingom. 19.12.2012. [Internet]. [Posjećeno 26.8.2016.]. Dostupno na: <http://www.jutarnji.hr/life/zdravlje/dijagnoza-opsjednuti-shoppingom/1372773/>.
8. Vincek M. Kompulzivno kupovanje - ovisnost modernog doba. [Internet]. [Posjećeno 30.8.2016.]. Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak /1159/kompulzivno-kupovanje-ovisnost-mode-rnog-doba/>.
9. Skočilić Ž. Poremećaj kompulzivnog kupovanja. [Internet]. [Posjećeno 26.8.2016.]. Dostupno na: <http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/psihologija/ poremećaj-kompulzivnog-kupovanja/klinicki-simptomi/>.
10. Anić ID, Dlačić J, Jelenc L. Odrednice kompulzivne kupnje: slučaj trgovačkog centra u Hrvatskoj. U: Mervar A, ur. Privredna kretanja i ekonomska politika. Zagreb: Ekonomski institut; 2016. str. 7-35.
11. Pavelić Tremac A, Sviben R, Kovačić D. Mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na različitim testovima kognitivnih sposobnosti, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama. U: Begić D, ur. Socijalna psihijatrija. Zagreb: Hrvatska akademija medicinskih znanosti; 2016. str. 32-45.
12. Wikipedia. [Internet]. [Posjećeno: 26.8.2016.] Dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/MKB-10>.
13. Mihić M, Kursan I. Utjecaj demografskih i individualnih čimbenika na impulzivnu kupovinu. U: Ozretić Došen Đ, ur. Market-Tržište/Sveučilište u Zagrebu: Ekonomski fakultet, 2010. str. 2-28.
14. Gnjata V. Čovjek u raljama ovisnosti. Rijeka: Liber; 2009.
15. Marčinko D. Kompulzivno kupovanje – poremećaj koji treba liječiti. 26.12.2015. [Internet]. [Posjećeno 25.8.2016.]. Dostupno na: <http://www.cybermed.hr/clanci/ kompulzivno/kupovanja/poremećaj/>.
16. Lipovetsky G. Paradoksalna sreća. Ogled o hiperpotrošačkom društvu. Zagreb: Antibarbarus d.o.o.; 2008.

SHOPPING – MODERN AGE ADDICTION

Leon Ajtlbez¹, Dragan Babić^{1,2}

¹Faculty of Humanities, University of Mostar

²Faculty of Health Sciences, University of Mostar, 88000 Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

For most of us, buying or shopping is an integral part of life, and most often pleasant and fun. When certain limits are exceeded it can become a destructive addiction which destroys us mentally, financially and emotionally. The causes of excessive shopping are still being investigated, but the common belief is that it is the mutual influence of different biological, psychological, social and cultural factors. Addiction to shopping (oinomania or compulsive buying) is often called “addiction of the 21st century” because it was identified in 1990, but also because of its expansion. Addiction to shopping as a mental disorder is characterized by a compulsive and irresistible desire, an urge to buy all sorts of things without a reason, consumer mania, or purchase hysteria. It is typical of a shopping addict not to limit him/herself to certain types of goods, or to its value. Quantity of the purchase is what is important. At first, the addict tries to hide its addiction from others, then hides its debts, and eventually the purchased goods, often by destroying it. The consequences of shopping addiction, besides for the possible financial bankruptcy are the same as in any other addiction and are caused by the same symptoms: depression, anxiety, loneliness, arguments with loved ones, the disintegration of family relationships, inability to perform normal daily duties and activities, destroyed confidence and similar. Like any other addiction it should be treated with the help of experts, psychologists and psychiatrists. The treatment includes antidepressants from the spectra of selective serotonin reuptake inhibitors, psychotherapy and socio-therapy.

Key words: shopping addiction, modern age addiction

Correspondence:

Leon Ajtlbez

E mail: leon.ajtlbez@gmail.com

HEMOLITIČKA BOLEST NOVOROĐENČETA: DIREKтни COOMBS TEST

Ornela Stojčić¹, Marijana Marijanović¹, Jadranka Knežević¹

¹Transfuzijski centar Sveučilišna klinička bolnica Mostar

Rad je primljen 05.10. 2016.

Rad je recenziran 04.11.2016.

Rad je prihvaćen 08.11.2016.

SAŽETAK

UVOD: Hemolitička bolest novorođenčeta je bolest u kojoj je život eritrocita novorođenčeta skraćen zbog djelovanja specifičnih protutijela nastalih u organizmu majke, a izravna je posljedica imune destrukcije fetalnih eritrocita. Direktni coombs test je test kojim se dokazuje prisutnost odnosno odsutnost protutijela ili komplementa koji oblažu stanice, koristi se za dokazivanje eritrocita in vivo obloženih protutijelima. Direktni coombs test je prva pretraga nakon poroda koja može upozoriti na razvoj teških hemolitičkih bolesti novorođenčeta. Novorođenče i aloimunizirana majka moraju se ispitati neposredno nakon poroda kako bi što ranije odredio rizik za nastanak Hemolitičke bolesti novorođenčeta i utvrditi radi li se o ABO ili Rh D, odnosno ostalim rjeđim protutijelima.

CILJ: Ukazati na važnost imunohematoloških ispitivanja u trudnoći zbog pravovremenog dokazivanja antieritrocitnih protutijela i liječenja.

METODE I MATERIJALI: Podatci su prikupljeni iz arhive protokola Odsjeka za Imunohematološka ispitivanja Transfuzijskog centra Sveučilišne kliničke bolnice Mostar.

REZULTATI: U pismohrani odsjeka za Imunohematološka ispitivanja Transfuzijskog centra SKB Mostar u 2015. godini urađeno je 1026 direktna coombs testa (DCT) za novorođenčad RhD negativnih majki i majki 0 krve grupe, od toga je 34 (4 %) DCT –a bilo pozitivno gdje je urađena elucija (postupak gdje se protutijela odvajaju od antigena). Elucijom je pronađeno da se 24 (70 %) novorođenčadi radi o RhD imunizaciji i njih 10 (30 %) je ABO Hemolitička bolest novorođenčeta.

ZAKLJUČAK: Hemolitička bolest novorođenčeta može se liječiti. U teškim HBN uzrokovanim visokim titroom protutijela porođaj se provocira prije vremena jer su u tom slučaju oštećenja jetre mnogo manje i provodi se liječenje novorođenčeta eksangvinotransfuzijama. Svaku trudnicu prije poroda je od iznimne važnosti potrebno testirati na prisustvo iregularnih protutijela i voditi kontrole tijekom trudnoće testiranja istih.

Ključne riječi: hemolitička bolest novorođenčeta, direktni coombs test

Adresa autora za korespondenciju:

Ornela Stojčić, dipl.med.sestra

e-mail: ornelastojcic74@gmail.com

UVOD

Dijete je posebno biće koje je slično ocu i majci jer je polovica genskog koda naslijeđena od oca, a polovica od majke što znači da se na fetalnima krvnim stanicama nalaze i očevi i majčini antigeni. Tijekom trudnoće i prilikom porođaja pojedine fetalne krvne stanice prolaze kroz posteljicu i ulaze u majčin krvotok i obratno majčina protutijela prolaze posteljicu i ulaze u fetalni krvotok. Hemolitička bolest u novorođenčeta nastaje zbog ubrzane razgradnje fetalnih eritrocita majčinih protutijelima u tijeku fetalnog života i nakon porođaja. Hemolitička bolest

novorođenčeta (HBN) je bolest u kojoj je život eritrocita novorođenčeta skraćen zbog djelovanja specifičnih protutijela nastalih u organizmu majke, a izravna je posljedica imune destrukcije fetalnih eritrocita. Fetalni eritrociti ulaze u majčin krvotok i potiču stvaranje protutijela protiv očevih antigena na fetalnim eritrocitima, majčina protutijela prolaze kroz posteljicu i u djetetovom krvotoku vežu se za njegove eritrocite ubrzavajući njihovu razgradnju u jetri i slezeni. Hemolitičku bolest novorođenčeta mogu uzrokovati sva protutijela koja su klase IgG. RhD imunizacija je najčešća imunizacija, a

hemolitička bolest novorođenčeta izazvana anti D protutijelima može imati vrlo tešku kliničku sliku. HBN može biti uzorkovana i anti A i anti B protutijelima i protutijelima druge specifičnosti.

Direktni coombs test (DCT) jeste test kojim se dokazuje prisutnost odnosno odsutnost protutijela ili komplementa koji oblažu stanice, koristi se za dokazivanje eritrocita in vivo obloženih protutijelima. DCT je prva pretraga nakon poroda koja može upozoriti na razvoj teških hemolitičkih bolesti novorođenčeta. Novorođenče i aloimunizirana majka moraju se ispitati neposredno nakon poroda kako bi što ranije odredio rizik za nastanak HBN i utvrditi da li se radi o ABO ili Rh D, odnosno ostalim rjeđim protutijelima.

Na eritrocitima je prisutan veliki broj antigena. Većina njih su integralni dijelovi membrane, a manji dio je apsorbiran iz okolne plazme na eritrocitnu površinu. Dosad je otkriveno više od 640 specifičnih eritrocitnih antigena, a oko 300 ih je svrstano u 27 sustava krvnih grupa. Geni koji reguliraju sintezu eritrocitnih antigena nasljeđuju se prema Mendelovim zakonima. Većinom su koodominantni, odnosno na eritrocitima se iskazuju antigeni naslijeđeni od obaju roditelja. Recessivni se geni fenotipski ne iskazuju u prisutnosti dominantnih gena (1).

Svi antigeni krvnih grupa nemaju jednako kliničko značenje. U Rh sustavu je najimunogeničniji RhD antigen, zatim slijede antigeni sustava Kell (K), Kidd (Jk) i Duffy (Fy) (2). Anti-Rh D protutijela najčešća su klinički značajna imuna aloprotutijela. Posljedica su Rh D pozitivnih transfuzija i trudnoća, IgG su klase i uzrokuju hemolitičke transfuzijske reakcije (HTR) i teške oblike hemolitičke bolesti novorođenčeta (HBN) (3). Anti-D protutijela su činila oko 3/4 otkrivenih protutijela do uvođenja profilakse RhD imunizacije u trudnoći 1970. godine (4). Otada je zamjetna tendencija porasta učestalosti protutijela drugih specifičnosti. Sad na anti-D otpada 1/3 klinički značajnih protutijela (5,6).

Kell sustav antigena je posebice značajan zbog imunogeničnosti najvažnijeg antigena po kojem je cijeli sustav dobio ime. Kell antigen je otkriven 1946. godine kad je dokazana HBN uzrokovana anti-Kell protutijelom. U Kell sustav je svrstano 24 antigena i

svi su ograničeni na eritrocitnu membranu, osim Kx koji se nalazi i na membrani granulocita (3). Najvažniji su antigeni Kell (K) i Chellano (k). Učestalost K antigena u bijelaca je oko 9 %, a u crnaca 2 %. Kell negativne osobe se mogu imunizirati transfuzijom Kell pozitivne krvi, a u žena do imunizacije može doći i tijekom trudnoće s Kell pozitivnim fetusom. Kell imunizacija može uzrokovati HBN i u prvoj trudnoći (8). Učestalost anti-K kao uzroka HBN-a slijedi odmah iza anti-RhD (3).

Kell antigeni su glikoproteini i javljaju se već u 10. tjednu gestacije. Izraženi su na progenitorskim stanicama eritropoeze. Tijekom 80-ih godina prošlog stoljeća uočen je različit mehanizam djelovanja anti-D i anti-K aloprotutijela. HBN uzrokovan anti-K protutijelima posljedica je supresije eritropoeze, a manje hemolize fetalnih eritrocita (10). Osobitost je ovih protutijela inhibicija eritropoeze, zbog čega u perifernoj krvi fetusa nije izražena retikulocitoza i eritroblastozna (11). Eritrocitni prekursori budu razoreni u vrlo ranoj fazi sazrijevanja, kad je količina hemoglobina u njima mala, i zbog toga destrukcija eritrocita ne dovodi do porasta bilirubina u amnijskoj tekućini. Naime, koncentracija bilirubina u amnijskoj tekućini i broj retikulocita fetusa nisu proporcionalni jačini anemije (1,2). I titar protutijela je u slaboj korelaciji s jačinom anemije, pa se teški oblici mogu javiti i pri titru 1:8, pa čak 1:2 (1,3).

Cilj rada je ukazati na važnost imunohematoloških ispitivanja u trudnoći zbog pravovremenog dokazivanja antieritrocitnih protutijela i liječenja.

METODE I MATERIJALI

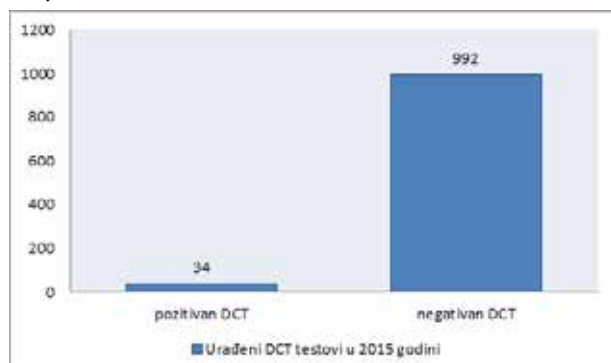
Podatci su prikupljeni iz arhive protokola Odsjeka za Imunohematološka ispitivanja Transfuzijskog centra Sveučilišne kliničke bolnice Mostar (SKB) za 2015. godinu.

Podatci su obrađeni u programu Microsoft Office Excel (inačica 11.0., Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Svi statistički podaci su izraženi u postocima koji su prikazani putem grafova i tablica, a izračunati su u programu Excel 2007. Retrospektivno su analizirani podaci o rezultatima testiranja neonatusa na ABO krvnu grupu, RhD antigen i DCT (polispecifični i monospecifični), dobiveni iz

protokola. Uzorci krvi iz pupčanika ili vene novorođenčeta testirani su gel metodom u kartici DiaClon ABO/Rh for Newborns DVI+ (monoklonal antibodies, BioRad) konfiguracije A, B, AB, DVI+, ctl, DCT. Na ovaj način utvrđena je ABO krvnogrupsna pripadnost (O, A, B, AB) Skraćenice DCT – direktni antiglobulinski test, IAT – indirektni antiglobulinski test IgG – imunoglobulin G, IgM – imunoglobulin M, HBN – hemolitička bolest novorođenčeta.

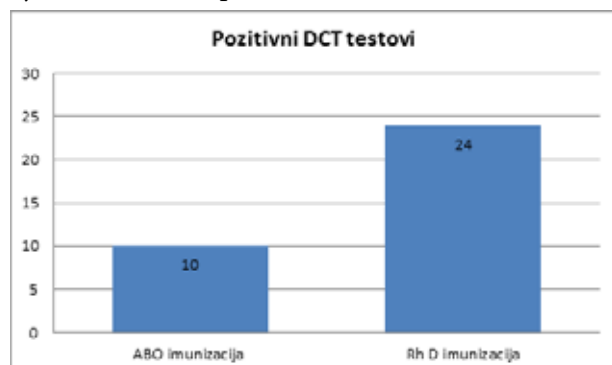
REZULTATI

U pismohrani odsjeka za Imunihematološka ispitivanja Transfuzijskog centra SKB Mostar u 2015 godini urađeno je 1026 direktna coombs testa (DCT) za novorođenčad RhD neg majki i majki 0 krvne grupe, od toga je 34 (4 %) DCT –a bilo pozitivno gdje je urađena elucija (postupak gdje se protutijela odvajaju od antigena). Elucijom je pronađeno da se 24 (70 %) novorođenčadi radi o RhD imunizaciji i njih 10 (30 %) je ABO Hemolitička bolest novorođenčeta.



Grafikon 1. Pregled pozitivnih i negativnih DCT testova tijekom 2015 g.

U 2015 godini je urađeno 1026 DCT testa gdje je njih 34 (4 %) bilo pozitivno.



Grafikon 2. Pozitivni DCT Testovi prema vrsti imunizacije

Od ukupno 34 pozitivna direktna coombs testa njih 10 (30 %) se radi o ABO imunizaciji, a njih 24 (70 %) o Rh D imunizaciji.

RASPRAVA

Fetalni eritrociti mogu se dokazati u majčinom krvotoku vrlo rano u trudnoći. Zbog starenja posteljice transplacentarno krvarenje znatnije izraženo u posljednjem tromjesečju trudnoće, a osobito tijekom porođaja. Prema podacima iz literature slična istraživanja su provedena u Zavodu a transfuziju krvi Vojvodine 2011. godine gdje je tijekom godine testirano 3313 novorođenčadi od čega su dobiveni sljedeći rezultati: negativan DAT kod 3 148 (95 %) neonatusa; pozitivan DCT kod 165 (5 %). Uspoređujući ove rezultate s testiranjima u Transfuzijskom centru SKB Mostar vidimo da je tek za 1% manje pozitivnih DCT testova (14).

Transplacentarna krvarenja može da izazove amniocenteza, intrauterino uzimanje fetalne krvi, spontani i umjetno izazvani pobačaj. Majčina imunizacija najčešće nastaje u tijeku porođaja zbog ulaska djetetovih eritrocita u majčin krvotok. Fetalne eritrocite obložene majčinim protutijelima razgrađuju makrofagi slezene. Zbog razgradnje eritrocita nastaje anemija i pojačano stvaranje eritrocita u jetri (fetalna eritroblastoz). jako pojačana eritropoeza u jetri uzrokuje oštećenje jetrenih stanica, poremećaj jetrene funkcije i smanjenje sinteze albumina, dolazi do generaliziranih edema. Pojačana razgradnja eritrocita dovodi do porasta bilirubina. Za hemolitičku bolest novorođenčeta najkarakterističniji je nalaz pozitivnog direktnog antiglobulinskog testa (DCT) s novorođenčevim eritrocitima. Prema preporukama Vijeća europe u našem Transfuzijskom centru SKB Mostar DCT se radi svakom novorođenčetu rođenom od RhD negativnih majki i majki 0 krvne grupe u roku 72 sata od poroda zbog pravovremenog djelovanja i identificiranja mogućeg pozitivnog DCT – a i otkrivanja vrste protutijela.

HBN se može liječiti stoga je važno pravovremeno određivanje specifičnosti protutijela. Kod teških oblika HBN uzorkovanih visokim titrom protutijela porođaj se provocira prije vremena jer su u to vrijeme oštećenja jetre mnogo manja i započinje se

liječenje anemije eksangvinotransfuzijama O RhD negativnom krvi. Danas se to može raditi 0 RhD negativnim eritrocitima u AB RhD negativnoj plazmi. To je jedan od vodećih razloga zbog kojeg se kod svake trudnice tijekom trudnoće ispituje prisutnost iregularnih protutijela i pravovremeno djelovanje u cilju prepoznavanja nastanka hemolitičke bolesti novorođenčeta.

Aloimunizacija u trudnoći uzrokuje hemolitičku bolest djeteta koja u najtežim slučajevima može uzrokovati hidrops fetusa. Dijete se najčešće rađa s teškom anemijom, dok je hiperbilirubinemija umjerena ili nije izražena (1,4). Kad se u trudnice dijagnosticira imunizacija i ako postoji mogućnost nastanka HBN-a, potrebna je intenzivna multidisciplinarna skrb, koja uključuje opstetričara, neonatologa i transfuziologa. Potrebno je saznati podatke o prethodnim trudnoćama, porođajima, transfuzijama krvi te odrediti titar protutijela u serumu majke i krvnu grupu djetetova oca (1,5,6).

ZAKLJUČAK

HBN se može liječiti stoga je važno pravovremeno određivanje specifičnosti protutijela. Teška fetalna anemija se liječi intrauternim transfuzijama, a u slučajevima imunizacija s rizikom ranog razvoja hidropsa učinkovite su i recidivirajući plazmafereze majke (2,3). Istraživanje je pokazalo da pravovremeno testiranje novorođenčadi i njihovih majki tijekom trudnoće doprinose pravovremenom otkrivanju postojanja senzibilizacije pojedinim specifičnim protutijelom i poduzimanja mjera liječenja i praćenja s ciljem sprečavanja negativnih posljedica na novorođenče.

LITERATURA

1. Grgičević D. *Transfuzijska medicina u kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
2. Mesarić J, Jakšić B. *Trombocitopenije: dijagnostika i terapijski pristup*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
3. Grgičević D, Vuk T. *Imunohematologija i transfuzijska medicina*. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
4. Vuk T. *Upravljanje kvalitetom u transfuzijskoj djelatnosti*. Zagreb: Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu; 2002.
5. Council of Europe Publishing. *Preporuke za pripravu, uporabu i osiguranje kvalitete krvnih pripravaka*. 17 izd. 2013.
6. Golubić Čepulić B. *Profilaksa RhD imunizacije u trudnoći*. Zavod za kliničku transfuziologiju. Klinički zavod za laboratorijsku dijagnostiku. KBC Zagreb. 2001
7. Golubić Čepulić B. *Izvori grešaka i njihova kontrola: Model upravljanja neželjenim događajima u kliničkoj transfuziologiji (disertacija)*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.
8. Ratić D. *Transfuzijska medicina*. 2009. Dostupno na: <http://www.slideshare.net/radenovic/transfuzijska-medicina-online-teaj>. Accessed 9. march 2013. (Preuzeto 21.09.2016)
9. Cambic C.R, Scavone B, McCarthy R.J, Eisenberg P, Sanchez E.M, Sullivan J, i sur.. A retrospective study of positive antibody screens at delivery in Rh-negative parturients. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2010; 57: 811-6.
10. Koelewijn J, Vrijkotte TGM, van der Schoot C, Bonsel GJ, de Haas M. Effect of screening for red cell antibodies, other than anti-D, to detect hemolytic disease of the fetus and newborn: a population study in the Netherlands. *Transfusion*. 2008; 48: 941-52.
11. Kenneth J. Moise Jr. Non-anti-D antibodies in red-cell alloimmunization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000;92:75-81.
12. Dillon A, Chaudhari T, Crispin Ph, Shadbolt B, Kent A. Has anti-D prophylaxis increased the rate of positive direct antiglobulin test results and can the direct antiglobulin test predict need for phototherapy in Rh/ABO incompatibility? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2011;47:40-43.
13. Geaghan M.Sh. *Diagnostic Laboratory Technologies for the Fetus and Neonate with Isoimmunization*. *Seminars in Perinatology*. 2011;35:148-54.
14. Bujandrić N. Značaj imunohematološkog testiranja u neonatolnom periodu. *Med Pregl*.

- 2013;317-321. Dostupno na: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0025-8105/2013/0025-81051308317B.pdf> (preuzeto 29.09.2016)
15. Tadić S. Uloga transfuzioloških laboratorija u antenatalnoj i perinatalnoj zaštiti trudnica. Bilten za transfuziologiju. 2010;56:1-2.
16. Šuput-Tomaš L, Paunović M, Janković-Oreščanin B, Burić G. Učestalost stvaranja iregularnih antieritrocitnih antitela kod trudnica. Bilten za transfuziologiju. 2007;53:1-2.
17. Gavrančić T, Milanović M, Gavrančić B. (2012) Učestalost različitih vrsta antitela kod trudnica sa pozitivnim indirektnim antiglobulinskim testom. Timočki medicinski glasnik. 2012;37:1,
18. Jakšić B, Labar B, Grgičević D. Hematologija i transfuziologija Zagreb:Jumena; 1989.
19. Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu. Dostupno na: <http://www.hztm.hr/> (preuzeto 13.09.2016.)

HEMOLYTIC DISEASE OF THE NEWBORN: DIRECT COOMBS TEST

Ornela Stojčić¹, Marijana Marijanović¹, Jadranka Knežević¹

¹Transfusion Center, University Clinical Hospital Mostar

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hemolytic disease of the newborn is a disease in which the red blood cells of a newborn are shortened due to the effect of specific antibodies generated in the mother's body, a direct consequence of immune destruction of fetal red blood cells. Direct Coombs test is a test which detects the presence or absence of antibodies or complements that line the cells; it is used for detection of red blood cells in vivo lined with antibodies. Direct Coombs test is the first test after giving birth that can draw attention to the development of severe hemolytic disease of the newborn. The newborn and aluminum immunized mother must be tested immediately in order to determine the risk of hemolytic disease of the newborn as early as possible and determine whether they are ABO and RhD, or other rare antibodies.

OBJECTIVE: Emphasize the importance of immunohaematological testing during pregnancy in order to diagnose the existence of antierythrocytic antibodies and its treatment.

METHODS AND MATERIALS: The data was collected from the Department for Immunohaematological testing of the Transfusion Center at the University Clinical Hospital in Mostar.

RESULTS: From the archives of the Department for Immunohaematological testing of the Transfusion Center at the University Clinical Hospital in Mostar, from 2015, we have found that 1026 direct Coombs test (DCT) for newborn RhD negative mothers and mothers with blood type 0 were collected, of which 34 (4%) were positive DCTs performed with elution (a procedure where the antibodies are separated from the antigen). With the elution procedure we found that 24 (70%) infants have Rh immunization and 10 of the infants (30%) have the *hemolytic disease of the newborn (ABO)*.

CONCLUSION: The Hemolytic disease of the newborn can be treated. In severe HDN cases caused by high antibodies, delivery is induced because in this case we have less liver damage and the treatment of the newborn is done with exchange transfusions. It is of great importance to test each pregnant woman for presence of irregular antibodies and make control tests during pregnancy.

Key words: hemolytic disease of the newborn, Direct Coombs test

Correspondence:

Ornela Stojčić

e-mail: ornelastojcic74@gmail.com

UPUTE AUTORIMA

Zdravstveni glasnik je multidisciplinarni znanstveno-stručni časopis u kojem se objavljuju dosad neobjavljeni originalni znanstveni, stručni i pregledni radovi te prikazi slučajeva, recenzije, saopćenja, stručne obavijesti i drugo iz područja svih zdravstvenih disciplina.

Oprema rukopisa

Članci i svi prilozi dostavljaju se na hrvatskom ili engleskom jeziku. Ukoliko je rad na hrvatskom jeziku sažetak je na engleskom i obrnuto. Poželjno je da izvorni radovi ne budu duži od 15 stranica, ubrajajući slike, tablice i literaturu. Tekst treba pisati u Microsoft Word programu, fontom Times New Roman, veličina slova 12, prored 1,5 uz obostrano poravnanje. Izvorni radovi sadrže sljedeće dijelove i trebaju se pisati velikim slovima: naslov, uvod, cilj rada, ispitanici i metode rada, rezultati, rasprava i zaključci. Uvod je kratak i jasan prikaz problema, cilj sadrži kratak opis svrhe istraživanja. Metode se prikazuju tako da čitatelju omoguće ponavljanje opisana istraživanja. Poznate se metode ne opisuju, nego se navode izvorni literaturni podaci. Rezultate treba prikazati jasno i logički, a njihovu značajnost potvrditi odgovarajućim statističkim metodama. U raspravi se tumače dobiveni rezultati i uspoređuju s postojećim spoznajama na tom području. Zaključci moraju odgovoriti postavljenom cilju rada.

Uz naslov rada, napisati puna imena i prezimena autora, ustanovu u kojoj je rad napravljen, adresu, grad i državu iz koje dolazi.

Sažetak na hrvatskom ili engleskom jeziku treba da sadrži najviše do 250 riječi. Ispod sažetka (i summary-a) navodi se do 5 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikaciju i klasifikaciju rada.

Autorska prava pripadaju autorima, no svojim pristankom na objavljivanje u Zdravstvenom glasniku autori se obvezuju da isti rad neće objaviti drugdje bez dopuštenja Uredništva. Autori neće primiti naknadu za objavljeni članak. Uz svoj rad, autori su dužni Uredništvu dostaviti popratno pismo, koje sadržava vlastoručno potpisanu izjavu svih autora:

1. da navedeni rad nije objavljen ili primljen za objavljivanje u nekom drugom časopisu,
2. da je istraživanje odobrila Etička komisija,
3. da prihvaćeni rad postaje vlasništvo Zdravstvenog glasnika.

Etika istraživanja

Istraživanja trebaju biti sukladna važećim etičkim propisima i kodeksima o provođenju istraživanja te najnovijom revizijom Deklaracije iz Helsinkija. Uredništvo može zatražiti potvrdu da je istraživanje odobrilo povjerenstvo nadležnih institucija.

Literatura se navodi po vancouverском stilu. Citiranje literature mora biti u skladu s jedinstvenim odredbama za slanje radova u biomedicinske časopise Međunarodnog odbora urednika medicinskih časopisa (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) dostupno na www.ICMJE.org. Literatura se numerira arapskim brojkama u zagradama na kraju rečenice, te se navodi prema redoslijedu pojavljivanja u tekstu.

Autori su odgovorni za točnost navođenja literature. Naslovi časopisa trebaju biti skraćeni prema stilu koji se koristi u popisu časopisa indeksiranim za MEDLINE, dostupno na: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

Primjeri navođenja literature:

Časopisi: Navesti imena svih autora osim ako ih je sedam i više. U tom slučaju navodi se prvih šest nakon čega se doda i sur.

Babić D, Jakovljević M, Martinac M, Šarić M, Topić R, Maslov B. Metabolic syndrome and combat post-traumatic stress disorder intensity: Preliminary findings. *Psychiatr Danub*. 2007;19:68-75.

Marčinko D, Begić D, Malnar Z, Dorđević V, Popović-Knapić V, Brataljenović T, et al. Suicidality among veterans suffering from chronic PTSD treated at center for crisis intervention, zagreb university hospital center. *Acta Med Croat*. 2006;60:335-9.

Knjiga ili priručnik: Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 9. ed. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.

Poglavlje u knjizi: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Internet: Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Detaljne upute za citiranje literature su dostupne na: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Na kraju rada napisati kontakt informacije autora rada ili nekog od koautora.

Rad se dostavlja Uredništvu elektroničkom poštom na adresu: zdravstveni.glasnik@sve-mo.ba ili drugom magnetskome mediju na adresu: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru (za časopis), Bijeli brijeg b.b., 88000 Mostar, BiH.

AUTHOR GUIDELINES

Health Bulletin is a multidisciplinary scientific journal dedicated to publishing original scientific, professional and review articles, as well as case reports, reviews, professional notices from a broad range of topics from areas of health care disciplines.

Organization of the Manuscript

Articles and other contributions should be written in Croatian or English. If the article is in Croatian then the abstract must be in English and vice versa. The article should contain up to 15 pages, including figures, tables and bibliography. It should be written in Microsoft Word, using 12-point Times New Roman font throughout the text, with 1.5 text spacing, and with left–right justification. An original scientific article should contain the following components: introduction, objective, materials and methods, results, discussion and conclusions. The introduction should briefly indicate the objective of the study and its purpose. The materials and methods should be brief and sufficient to allow the reader appraise and replicate the research. Already known methods are not described but referenced to relevant sources. The results should be clearly and logically presented, and their relevance should be supported with adequate statistical methods. The discussion section should include a brief statement of the principal findings, discussion of the findings in light of other published work dealing with the same or closely related subjects. Conclusions should correspond with the present objectives of the research.

Along with the title, the title page should contain authors' full name, institution, address, city and the country of the article.

The abstract, both in Croatian or English, should not exceed 250 words. Up to 5 keywords reflecting the main content of the article should be written underneath the abstract.

Tables and figures should be provided on a separate page. They should be consequently numbered, as they appear in the text. Figure should have a legend that explains the content of the figure.

Copyright belongs to the authors, but the authors agree that the same article will not be published

outside of the *Health Bulletin* without the authorization of the Editorial Committee. Authors will not receive any compensation for their article. Along with their article, the authors are obliged to submit a cover letter to the Editorial Committee, which should contain a signed statement of all authors:

1. that their article was not previously published or accepted for publication by another journal,
2. that their research was approved by relevant Ethics Committee, and
3. that their article is now in the ownership of the *Health Bulletin*.

Research Ethics

The research should comply with the current ethical polices on the conduct of research and the latest revision of the Declaration of Helsinki. The Editorial Committee may request a confirmation from the authors that the research was approved by the committee of the authorized institutions.

Citation style. Indicate sources in the text and bibliography section in accordance with the Vancouver Citation Style. The citation must be in accordance with the uniform provisions for paper submissions to Biomedical Journals of the International Committee of Medical Journals Editors. References within the text of the article are numbered in Arabic numerals in brackets in the order they are first used in the text.

The authors are responsible for the accuracy of the references. The headings of the journals must be abbreviated according to the style used in the list of journals indexed for MEDLINE, see: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

Examples

Standard Format for Journal Articles: Indicate the names of all authors unless there are seven or more, in this case indicate the first six followed by et al.

Babić D, Jakovljević M, Martinac M, Šarić M, Topić R, Maslov B. Metabolic syndrome and combat post-traumatic stress disorder intensity: Preliminary findings. *Psychiatr Danub*. 2007;19:68-75.

Marčinko D, Begić D, Malnar Z, Dordević V, Popović-Knapić V, Brataljenović T, et al. Suicidality

among veterans suffering from chronic PTSD treated at center for crisis intervention, Zagreb university hospital center. *Acta Med Croat.* 2006;60:335-9.

Book: Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry* 9. ed. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.

Chapter in a book: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Internet: Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

For detailed instructions see: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

At the end of the article specify the contact information of the lead author or one of the co-authors.

The contributions are submitted to the Editorial Committee by electronic mail: zdravstveni.glasnik@sve-mo.ba

