

Kvaliteta života i socijalna podrška depresivnih bolesnika

Bandov, Robert

Postgraduate specialist thesis / Završni specijalistički

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:937546>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-21**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)





Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada
Poslijediplomski specijalistički studij Psihosocijalni pristup u
socijalnom radu

Robert Bandov

**Kvaliteta života i socijalna podrška
depresivnih bolesnika**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, kolovoz 2024. godine



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada
Poslijediplomski specijalistički studij Psihosocijalni pristup u
socijalnom radu

Robert Bandov

**Kvaliteta života i socijalna podrška
depresivnih bolesnika**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Linda Rajhvajn Bulat

Zagreb, kolovoz 2024. godine



Sveučilište u Zagrebu

Faculty of Law
Social Work Study Center

Postgraduate specialist study of psychosocial approach in social work

Robert Bandov

Quality of life and social support of depressed patients

SPECIALIST PAPER

Mentor: Associate Professor Linda Rajhvajn Bulat

Zagreb, August 2024

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definicija, simptomi i klasifikacija depresije	1
1.2. Epidemiologija.....	3
1.3. Rizični čimbenici nastanka depresije	4
1.4. Kvaliteta života osoba s depresijom	5
1.5. Socijalna podrška u osoba s depresijom	7
1.6. Dijagnostika i liječenje osoba s depresijom	8
1.6.1. Postavljanje dijagnoze.....	8
1.6.2. Liječenje depresije.....	8
2. SVRHA, CILJ, TEZA I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	10
3. METODOLOGIJA.....	11
3.1. Sudionici.....	11
3.2. Upitnici	11
3.2.1. Upitnik doživljaja bolesti - kratka verzija (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B, (Broadbent i sur., 2006)	12
3.2.2. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) – MSPSS (Zimet i sur, 1988).....	12
3.2.3. Opći upitnik o sociodemografskim podacima i socijalnoj podršci.....	13
3.3. Postupak provedbe istraživanja i etičke implikacije istraživanja	13
3.4. Obrada podataka	13
4. REZULTATI.....	15
5. RASPRAVA	20
5.1. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja.....	23
5.2. Praktične implikacije provedenog istraživanja.....	24
6. ZAKLJUČAK	26
7. POPIS TABLICA	28
8. POPIS GRAFOVA	29
9. LITERATURA	30
10. PRILOZI	35

SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi odnos kvalitete života i socijalne podrške osoba s depresijom te provjeriti postoji li povezanost socijalne podrške, težine trajanja depresije i pojedinih dimenzija doživljaja bolesti kod osoba s depresijom.

Istraživanje je provedeno Upitnikom doživljaja bolesti - kratka verzija, Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) i Općeg upitnika o sociodemografskim podacima i socijalnoj podršci koji je nestandardizirani upitnik sastavljen za potrebe ovog istraživanja.

Istraživanje obuhvaća 50 sudionika s dijagnozom depresije koji su se liječili ambulantno, stacionarno ili u Dnevnoj bolnici Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek u vremenu istraživanja.

Dimenzija doživljaja bolesti osoba s depresijom (uključivo posljedice bolesti, trajanje bolesti, osobna kontrola, kontrola lijekovima, identitet bolesti, briga, razumijevanje bolesti, povezane emocije) ukazuje da većina sudionika smatra kako njihova bolest utječe u značajnoj mjeri na njihov život, emotivno ih pogađa, uvjereni su da će dugo trajati, simptome procjenjuju izrazito intenzivnima, iskazuju visoku zabrinutost zbog bolesti. Uz to su uvjereni kako dobro razumiju svoju bolest, no istovremeno su ambivalentni kad je pitanje osobne kontrole nad svojom bolešću, često dijametralno mijenjajući stavove i mišljenja.

Sudionici istraživanja ukupnu količinu socijalne podrške smatraju tek prosječnom. Istovremeno, povezanost kvalitete života i socijalne podrške osoba s depresijom ukazuje kako je socijalna podrška direktno povezana s oporavkom. Istraživanje utvrđuje kako bolest u manjoj mjeri utječe na njihov život ukoliko imaju snažniji osjećaj socijalne podrške obitelji, prijatelja i drugih.

Ključne riječi: kvaliteta života, socijalna podrška, depresija

SUMMARY

The aim of this research was to determine the relationship between the quality of life and social support of people with depression and to check whether there is a connection between social support, the severity of the duration of depression and certain dimensions of the experience of illness in people with depression.

The research was conducted with the Illness Experience Questionnaire - short version, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the General Questionnaire on Sociodemographic Data and Social Support, which is a non-standardized questionnaire compiled for the purposes of this research.

The research includes 50 participants with a diagnosis of depression who were treated as outpatients, inpatients or in the Day Hospital of the Psychiatry Clinic of KBC Osijek.

The dimension of the disease experience of depressed patients (including consequences of the disease, duration of the disease, personal control, drug control, identity of the disease, care, understanding of the disease, related emotions) indicates that the majority of participants consider that their disease affects their lives to a significant extent, affects them emotionally, they are convinced that it will last a long time, they assess the symptoms as extremely intense, they express a high level of concern about the disease. In addition, they are convinced that they understand their illness well, but at the same time they are ambivalent when it comes to personal control over their illness, often changing their attitudes and opinions diametrically.

The research participants consider the total amount of social support to be only average. At the same time, the connection between quality of life and social support of depressed patients indicates that social support is directly related to recovery. The research determines that the disease affects their lives to a lesser extent if they have a stronger sense of social support from family, friends and others.

Key words: quality of life, social support, depression

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, Robert Bandov izjavljujem da sam autor specijalističkog rada pod nazivom Kvaliteta života i socijalna podrška depresivnih bolesnika.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, 25. kolovoza 2024. godine

Potpis autora: Robert Bandov

1. UVOD

1.1. Definicija, simptomi i klasifikacija depresije

Za potrebe završnog rada koristit će se definicija koja pojam depresije definira kao poremećaj raspoloženja kojeg karakteriziraju osjećaji tuge, bezvrijednosti, bezvoljnosti, nedostatka nade te suicidalne misli i namjere, što je u skladu s kliničkim smjericama za liječenje depresivnih poremećaja, koje zajednički supotpisuju Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko društvo psihologa te Hrvatsko društvo za psihofarmakoterapiju i biološku psihijatriju (Begić, 2022; Stjepanović i sur., 2015).

Depresija je jedna od najranije opisanih bolesti u povijesti medicine. Prvo spominjanje pojma depresije nalazimo još u ranim fragmentima Ebersova papirusa 3000 godina prije naše ere kada se prema trenutnim spoznajama prvi put spominje poremećaj raspoloženja kao depresivni poremećaj. Pojam depresije također pronalazi svoje mjesto u Bibliji opisujući depresivnog čovjeka u Jobovoj knjizi kao i u djelima Hipokrata, koji depresiju vjerojatno opisuje nazivajući ju melankolijom (Hudolin, 1981). Neki autori pridavali su dodatno dramatični opis depresiji i depresivnim stanjima poput engleskog pisca Roberta Burtona, koji u svojoj knjizi „Anatomija melankolije“ prvi put objavljenoj 1621. godine definira srž depresije rečenicom „Ako postoji pakao na zemlji, naći ćete ga u srcu melankoličnog čovjeka.“ (Burton, 1961). Uz to, zanimljivo je kako Burton u tom djelu depresiju pokušava objasniti kroz astrološke, sezonske, prehrambene i biološke navike (Karlović, 2017).

Depresija je okupirala i oca psihoanalize Sigmunda Freuda koji u knjizi „Žalovanje i melankolija“ depresiju opisuje kao ljutnju usmjerenu na samoga sebe, istovremeno krećući od premise kako se depresija liječi prvenstveno psihoanalizom, razgovorom s osobom s depresijom o njegovom djetinjstvu, analizom snova i asocijacija (Freud, 1917.). Svojim stavom i promišljanjima Freud direktno utječe na znanstveni i stručni pogled na pitanje depresije i odnosa niza struka prema osobama s depresijom. Polovinom 19. st. objavljuju se u znanstvenoj literaturi definicija depresivnog poremećaja kao i klasifikacija bolesti, dok 20. stoljeće čini snažnu prekretnicu prepoznavanja depresije kao bolesti „suvremenog svijeta“, koja traje jednakim intenzitetom do današnjeg razdoblja (Kramlinger, 2005.).

Kod razvoja depresije u svom njenom punom obimu i jačini, radi se o izrazito bolnom iskustvu za osobu s depresijom, ali također i bolnom iskustvu i za njegovo socijalno okruženje. Istovremeno, depresiju često prati socijalna izolacija, koja je dodatno opterećenje za osobu s

depresijom. Izvan užih stručnih krugova, depresija je često podcijenjena i neprimjereno percipirana te se nerijetko poistovjećuje sa žalovanjem, tugom, sjetom i zlovoljom.

Iako pacijenti mogu pokazivati znakove psihomotornog nemira i razdražljivosti, češće se u ovakvih osoba uoči usporen tok misli i usporen govor. U skladu s tim, depresija predstavlja patološki sniženo raspoloženje te niz somatskih, psihosomatskih, psihomotornih i psihičkih smetnji koji značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života, a može se javiti kao simptom ili kao sindrom u sklopu psihijatrijskih poremećaja ili kao samostalan entitet. U skladu s odredbama stručne službe za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ, 2017) u tipične i česte simptome depresije ubrajamo:

1. patološki sniženo raspoloženje,
2. gubitak interesa i osjećaja zadovoljstva pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti,
3. umor i smetnje koncentracije,
4. nedostatak energije i povećan zamor
5. promjene u apetitu, gubitak ili porast tjelesne mase
6. smetnje sna, insomnija ili hipersomnija
7. poteškoće u održavanju vanjskog izgleda i higijene,
8. osjećaj krivnje i bezvrijednosti
9. crne misli i ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
10. promjena u psihomotornoj aktivnosti, agitacija ili retardacija.

Poremećaji raspoloženja (bipolarni poremećaj, depresivni poremećaj, ciklotimija i distimija) su skupina psihijatrijskih poremećaja s velikom incidencijom pojavnosti u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) poremećaji raspoloženja se dijele u kategorije F30 do F39 (manična epizoda, bipolarni afektivni poremećaj, depresivna epizoda, povratni depresivni poremećaj, trajni poremećaj raspoloženja, ostali poremećaji raspoloženja, neoznačeni poremećaji raspoloženja) (MKB-10, MKB-11, Filaković i sur., 2014).

Istovremeno se depresija prema MKB-10 nalazi od F 32 do F 33.9. Tako F 32. označava depresivnu epizodu kada je osoba koja boluje od depresije bez osjećaja sreće, usporenih reakcija, poremećenog sna i prehrane. Kod osobe koja boluje od depresije postoji osjećaj krivnje i bezvrijednosti, a psihomotorno je usporen. Depresivna epizoda s obzirom na težinu i broj simptoma može biti blaga F32.0, srednja F32.1 i teška F32.2. Uz navedene dijagnoze prema MKB 10 postoje i F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima koja uz

halucinacije, sumanute ideje, psihomotoričku usporenost ili stupor onemogućavaju svakodnevne aktivnosti osobe s depresijom, a njihov život je u značajnoj mjeri ugrožen uslijed pokušaja samoubojstva, dehidracije ili izgladnjivanja. Uz navedeno, F33 obuhvaća povratni depresivni poremećaj, koji može biti klasificiran od blažih do težih oblika (MKB-10, MKB-11).

1.2. Epidemiologija

Epidemiološke studije ukazuju na to kako je depresija vodeći uzrok invaliditeta u cijelom svijetu, a Studija o globalnom teretu bolesti (2019.) naglašava stalnu prevalenciju depresije od oko 3,8%, koja pogađa približno 280 milijuna ljudi diljem svijeta (IHME, 2024.).

Depresija se značajnije pojavljuje kod određenih dijelova društva, ali je bitno naglasiti da svaki pojedinac može oboljeti. Regionalne varijacije i dalje postoje, naime više stope prevalencije prijavljuju se u zemljama s višim dohotkom u usporedbi sa zemljama s niskim i srednjim dohotkom. Sjeverna Amerika i Europa imaju neke od najviših prijavljenih stopa prevalencije depresije (Santomauro i sur., 2021.). Globalna prevalencija depresije i depresivnih simptoma raste posljednjih desetljeća. Pojavnost depresije je veća među ženama (4,7%) u usporedbi s muškarcima (2,8%) (IHME, 2024.).

Pandemija COVID-19 značajno je pogoršala probleme s mentalnim zdravljem, uzrokujući porast od 25% u prevalenciji anksioznosti i depresije diljem svijeta tijekom svoje prve godine. Utjecaj pandemije bio je posebno jak među mladim ljudima i ženama, koji su tijekom tog razdoblja pokazali veće stope depresije (Svjetska zdravstvena organizacija, 2022.).

Otpriblike 1 od 5 odraslih osoba u Sjedinjenim Američkim Državama ima barem jednu epizodu teške depresije u životu. Od onih s depresijom, u većina će se depresija ponovno pojaviti, a mnogi će osjetiti posljedice oslabljenog mentalnog zdravlja i poteškoće na psihosocijalnom planu (Hirschfeld, 2012.). Također, nedavna statistika američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje pokazala je kako je 8,3% odraslog stanovništva proživjelo barem jednu veliku depresivnu epizodu u 2021. Prevalencija je bila značajno veća među ženama (10,3%) u usporedbi s muškarcima (6,2%), a najveće stope uočene su kod osoba u dobi između 18 i 25 godina (18,6%) (NIMH, 2023.).

Depresija je značajna odrednica kvalitete i dužine života. Zahvaljujući tome, depresivne smetnje čine otprilike 50% razloga psihijatrijskih konzultacija i 12% svih bolničkih prijema (Wang i sur., 2017.). Depresija se dovodi u vezu sa sniženom kvalitetom života, smanjenom funkcionalnošću u društvu te s povećanim brojem hospitalizacija, kao i s povišenim

medicinskim morbiditetom i smrtnošću (Hasin i sur., 2018.; Hu i sur., 2022.; Teo, Choi i Valenstein, 2013.; Lamoureux-Lamarche, Berbiche i Vasiliadis, 2021.).

Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo, mentalni poremećaji su vodeća skupina po korištenju dana bolničkog liječenja s oko 15%. Tijekom 2022. godine provedeno je 30 522 hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja od kojih je skoro 70% bilo u dobi 20-59 godina, odnosno u skupini radno aktivnog stanovništva. Depresivni poremećaji činili su 9,9% uzroka hospitalizacija u RH u skupini hospitalizacija uslijed mentalnog poremećaja (HZJZ, 2022.). Podaci dobiveni prema Europskoj zdravstvenoj anketi 2014.-2015. godine, 5,1% muškaraca i 6,2% žena u Hrvatskoj je navelo kako je u posljednjih godinu dana imalo depresiju, dok na skali izraženosti depresivnih simptoma, 10,3% stanovnika Republike Hrvatske ima blage do umjerene depresivne simptome i 1,2% stanovnika ima umjereno teške do teške depresivne simptome (HZJZ, 2022; Medić, Erstić Klepac i Mesić, 2019.).

1.3. Rizični čimbenici nastanka depresije

Uzroke depresije dijelimo na tri osnovne grupe - socijalne, psihološke i biološke uzroke (Begić, 2022). Vodeći se prema navedenoj podjeli, socijalni čimbenici depresije predstavljaju poremećene socijalne odnose koji dovode do stresnih situacija unutar obiteljske, radne ili prijateljske okoline osoba s depresijom. Okidači mogu biti nezaposlenost, financijski izazovi ili primjerice prekid emotivne veze. Psihološki čimbenici depresije nastaju kao posljedica osjećaja bespomoćnosti, krivnje i odgovornosti. Okidač za depresivno stanje može se razviti uslijed pretjeranog perfekcionizma osoba s depresijom, idealizacije situacija, osoba, kao i života u cjelini. Biološki uzroci depresije povezuju se s genetskim predispozicijama te promjenama aktivnih moždanih regija (Begić, 2022).

Iako se procjene incidencije pojavnosti depresije tijekom života i njezin tijek značajno razlikuju među zemljama i kulturama, međunarodni podaci jasno ukazuju na određene rizične čimbenike i vulnerabilne skupine. Primjerice, pojava depresije povezana je s čimbenicima kao što su dob, bračni status i socioekonomski položaj (Lehtinen i Joukamaa, 1994.). Uočena je značajna korelacija između određenih socioekonomskih čimbenika i velikog depresivnog poremećaja koja se pojavljuje dosljedno u različitim zemljama, a pridonosi negativnom ishodu bolesti, uključujući poteškoće u tranziciji uloga (primjerice niže obrazovanje, više stope maloljetničkih trudnoća, razvoda braka, nestabilno zaposlenje), smanjeno funkcioniranje uloge (npr. niska bračna kvaliteta, niska radna uspješnost, niska zarada), povišeni rizik od pojave,

postojanosti i ozbiljnosti širokog spektra sekundarnih poremećaja te povećan rizik od rane smrtnosti zbog tjelesnih poremećaja (Kessler i Bromet, 2013.).

U posebno osjetljive skupine ubrajaju se i žene. Depresija je više nego dvostruko češća kod mladih žena nego muškaraca (u dobi od 14 do 25 godina), ali se taj omjer smanjuje s godinama (Albert, 2015.). Istovremeno, iako se depresija prije smatrala bolešću starije populacije, sve se učestalije pojavljuje i kod mlađih osoba te osoba srednje dobi. Posebice osjetljiva skupina su osobe s kroničnim bolestima, jer često prolaze bez odgovarajuće dijagnoze depresije, a time i s izostankom odgovarajuće terapije.

Depresija nastaje međusobnim djelovanjem genetičke podloge pojedinca, traumatskih životnih događaja i utjecaja faktora iz okoliša (Colodro-Conde i sur., 2017.). Rane životne traume mogu značajno povećati rizik nastanka depresije u odrasloj dobi, pogotovo u genetski podložnih pojedinaca. Svaka životna trauma, može biti „okidač“ za pojavu depresivne epizode. Dijateza-stres model pomaže da se utvrdi nakon koje količine stresa se može očekivati depresivna epizoda kod pojedinca (Filaković i sur., 2014.). Razlog zašto rana trauma posebno povećava rizik od depresije jest što pojedinci koji su prošli kroz traume koje nisu prikladno liječene, nerijetko ne razviju odgovarajuće mehanizme nošenja s emotivno zahtjevnim situacijama. Osim trauma, ženskog spola, tjelesnih bolesti, kronične boli, razvoda braka, mogu se javiti i drugi rizični čimbenici: socijalna izolacija, loš socioekonomski položaj, ranija dijagnoza anksioznosti i PTSP-a, ovisnosti, pušenje, pretilost (Colodro-Conde i sur., 2017.).

1.4. Kvaliteta života osoba s depresijom

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o svom životnom položaju u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem živi te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige (World Health Organization, 2012.). Na kvalitetu života utječu podjednako socioekonomski položaj, kao i cjelovitost psihičkog i tjelesnog zdravlja. Depresija i depresivni simptomi su česti mentalni poremećaji koji imaju značajan učinak na kvalitetu života pacijenta povezanu sa zdravljem i zadovoljstvom medicinske skrbi (Wang i sur., 2017.). Neuspjeh u liječenju ili kasno prepoznavanje poremećaja negativno utječe na način na koji pacijent percipira liječnika i njegove pokušaje pružanja pomoći. Zbog ovoga može doći do nepovjerenja i zadržke u daljnjem traženju medicinske pomoći, što može uvelike smanjiti kvalitetu života pojedinca.

Specifična skupina osoba koje boluju od depresije su žene u postporođajnom periodu, pri čemu istraživanja pokazuju kako je prethodna kvaliteta života majki bila usko povezana s

pojavom depresije (Mousavi i Shojaei, 2021.). Rezultati istraživanja Mousavi i Shojaei (2021.) pokazuju kako je postporođajna depresija u pozitivnoj korelaciji s partnerskim nasiljem i zanimanjem, dok je u negativnoj korelaciji s godinama obrazovanja, dobi, načinom života, dojenjem i kvalitetom života. To znači da majke koje su doživjele više partnerskog nasilja i bile domaćice imaju veću vjerojatnost da će doživjeti postporođajnu depresiju. U isto vrijeme, žene s višim obrazovanjem, niže dobi, koje žive s više ljudi u kućanstvu te imaju bolju kvalitetu života, imaju manje šanse za postporođajnu depresiju (Mousavi i Shojaei, 2021.).

Jednu od specifično osjetljivih skupina čine stariji. Neka međunarodna istraživanja ukazuju na izrazit značaj obiteljskog okruženja i društvenog položaja starije osobe kad se radi o potencijalnom razvoju depresije. Primjerice, u istraživanju koje su proveli Chruściel i suradnici (2018.), obiteljska situacija starijih utjecala je na razinu kvalitete njihova života. Zaključak istraživanja ukazuje kako se očekuje da će život s užom ili širom obitelji imati značajan utjecaj na dizanje kvalitete života starijih osoba, jer osigurava kvalitetnije psihofizičko i socijalno funkcioniranje. Od onog dijela populacije koja nikad ne potraži pomoć stručnjaka najveći dio čini „treća životna dob“. Pri tom treba posebno naglasiti, kako upravo samoća, koja često prati stariju životnu dob, dovodi do značajnijeg pogoršanja kvalitete života (Chruściel i sur., 2018). Strah od stigme i diskriminacije kao i nedostatna informiranost starije generacije, utječe na to da ne potraže pomoć stručnjaka kad nastupe depresivni simptomi (Bogner i sur., 2009). Dobiveni rezultati spomenutih istraživanja ukazuju na potrebu za poboljšanjem socijalne podrške u kasnoj odrasloj dobi kao intervencija za smanjenje osjećaja usamljenosti i depresije.

Uz spomenute posebno osjetljive skupine, u suvremenom razdoblju postaju i djeca i adolescenti također skupina kojoj se treba posvetiti posebna pažnja. Prema istraživanju kojeg je proveo Jeffery sa suradnicima 2005. godine liječenje velike depresivne epizode djeteta i adolescenta traje od 7 do 9 mjeseci, dok će se 90% u potpunosti oporaviti u periodu od 18 mjeseci (prema Rudan i Tomac, 2009) Tijekom perioda od 18 mjeseci oporavka, istraživanje je utvrdilo kako će 50% oboljelih doživjeti novi razvoj depresivnih simptoma prije potpunog oporavka. Faktori koji povećavaju vjerojatnost težeg oporavka ove mlađe skupine mogu biti zlouporaba opojnih sredstava, izloženost traumatičnim situacijama u socijalnom okruženju, obiteljska povijest depresivnog poremećaja (Rudan i Tomac 2009.).

1.5. Socijalna podrška osoba s depresijom

Kako je društvena povezanost jedna od temeljnih ljudskih potreba, ne čudi kako je utjecaj percipirane socijalne podrške na ishode liječenja mentalnih poremećaja područje koje se sve više istražuje. Tome u prilog govori i Evolucijska teorija usamljenosti, koja upućuje kako nedostatak društvene povezanosti ima dugoročne posljedice na mentalno i fizičko zdravlje većine ljudi (Cacioppo i Cacioppo, 2018). Zbog toga se upravo socijalna podrška proučava kao potencijalni mehanizam putem kojeg se može značajno ublažiti utjecaj usamljenosti na zdravlje (Hutten i sur., 2021).

Studije ukazuju kako osobe s depresijom koje svoju socijalnu podršku doživljavaju lošijom imaju lošije rezultate u smislu ublažavanja simptoma, oporavka i društvenog funkcioniranja. Postoje preliminarni rezultati povezanosti između smanjene percipirane socijalne podrške i negativnih ishoda osoba sa shizofrenijom, bipolarnim poremećajem i anksioznim poremećajima (Wang i sur., 2018). Kako smo već prethodno naveli, smatra se i kako povećana percepcija socijalne podrške dovodi i do sve manjeg rizika od nastanka postpartalne depresije (Mousavi i Shojaei, 2021). Stoga treba razmišljati o planiranju intervencija te da one budu u skladu s čimbenicima koji utječu na socijalnu podršku i razinu depresije žena u postporođajnom razdoblju (Tambag i sur., 2018).

Uz već spomenuto, svakako treba spomenuti i pandemiju COVID-19, kao jedan od suvremenih izazova, koji su značajno utjecali na društvenu i osobnu ekonomiju te tjelesno i mentalno zdravlje gotovo svakog pojedinca. Istraživanje koje su proveli Grey i suradnici (2020.) proučavalo je utjecaj socijalne podrške na one koji su bili oboljeli od ove bolesti. Osobe koje su prošle kroz izolaciju imale su značajno veće stope depresije, razdražljivosti i usamljenosti u usporedbi s onima koji nisu. Rizik za povišene razine simptoma depresije bio je 63% manji kod osoba koje su prijavile višu razinu socijalne podrške u usporedbi s onima s niskom percipiranom društvenom podrškom (Grey i sur., 2020). Slično, oni s visokom socijalnom podrškom imali su 52% manji rizik od loše kvalitete sna u usporedbi s onima s niskom socijalnom podrškom (Grey i sur. 2020). Dugoročni utjecaj pandemije COVID-19 virusa zasigurno će još dugo biti važnom temom u znanstvenim krugovima, s obzirom da živimo u svijetu gdje su posljedice dugoročne odvojenosti od obitelji i prijatelja te restrikcija svih aspekata društvenog života u svrhu očuvanja zdravlja vidljive u svakodnevnom životu.

1.6. Dijagnostika i liječenje osoba s depresijom

1.6.1. Postavljanje dijagnoze

Postavljanje pravovremene, precizne, stručne i točne dijagnoze temelj je kvalitetnog liječenja svake bolesti pa tako i depresije. Dijagnoza depresije se temelji prvenstveno iz dobivenih informacija tijekom pregleda i razgovora sa osobom koja boluje od depresije (psihijatrijski intervju, uzimanje anamneze), kao i njegovim socijalnim okruženjem (heteroanamneza). Uzimanje krvne slike u obradu je prvenstveno kako bi se odstranila sumnja na možebitna druga oboljenja koja također prikazuju sliku depresije. Psihodijagnostika kroz intervju, psihološka testiranja koja se provode od strane psihologa (napomena: psihološka testiranja čine dio šire obrade, a dijagnozu postavlja psihijatar), potvrđuje ili ne postojanje depresije kod osobe (Begić, 2022).

1.6.2. Liječenje depresije

Provedena istraživanja ukazuju da se najbolji rezultat, posebice kod težih depresija, postiže kombinacijom lijekova i psihoterapije (Kramlinger, 2005). Multimodalni pristup liječenju je općeprihvaćen kao najdjelotvorniji oblik koji daje najbolje rezultate. Koje će se metode konkretno primijeniti na liječenje bolesti i ublažavanje simptoma depresije ovisi o tipu i težini depresije osobe koja boluje od depresije. Samo liječenje kod blagog oblika podrazumijeva psihosocijalni pristup i psihoterapiju, što u pravilu dovodi do pozitivnog rezultata. Farmakoterapija, odnosno antidepresivi, te elektrokonvulzivna terapija (EKT), transkranijalna magnetna stimulacija (TMS), kao i ostale metode, se koriste kod srednje i teške depresije.

U području mentalnog zdravlja u procesu oporavka osoba s depresijom aktivno sudjeluju i socijalni radnici temeljeći svoj rad na suvremenim spoznajama iz individualnog planiranja i pomaganja usmjerenom na osobu (Kletečki, 2021). Oni su dio multidisciplinarnog tima stručnjaka kojeg čine psihijatar, medicinska sestra i tehničar, psiholog, socijalni pedagog i radni terapeut sudjeluje u oporavku osoba s depresijom (Stjepanović i sur., 2015) U tom timu socijalni radnik usmjerava proces pomaganja kako bi osobe s depresijom unaprijedili kvalitetu svog života i ponovo se aktivno uključili u zajednice. Oni iniciraju, provode i koordiniraju intervencije koje su namijenjene osnaživanju i/ili pomaganju osobama s depresijom kako bi nadvladali teškoće i podigli razinu kvalitete života (Kletečki, 2021).

Ključni zadaci socijalnog radnika je dostupnost usluga kao što je socioterapija, individualna, grupna i obiteljska terapija, savjetovanje te intervencije u praksi socijalnog rada (Koletić, 2022; Karlović i sur., 2019.). Uloga socijalnog radnika je najizraženija u procesima socioterapije, u kojem rade rehabilitaciju kod osoba kod kojih već postoje određene psihološke patologije. Socioterapija je skupina postupaka čiji je tijekom ili nakon psihijatrijskog liječenja pripremiti osobu s depresijom za povratak u njezinu sredinu (Stjepanović i sur., 2015) Ona se koncentrira na društveni aspekt života osobe s depresijom. Osobu s depresijom se uči kako uspješnije prihvatiti pritisak sredine u kojoj živi i djeluje te kako podići razinu kvalitete života s depresijom i socijalne prilagodbe.

Neki od socioterapijskih postupaka, koji se aktivno provode su: radna i okupacijska terapija, učenje socijalnih vještina, trening radnih vještina, rekreacija, terapija glazbom i plesom, klubovi psihosocijalne pomoći i programa samopomoći, odnosno sve one aktivnosti koje će unaprijediti pacijentovo funkcioniranje u svakodnevnom životu (Stjepanović i sur., 2015). Uspješna socioterapija pomaže oporavku te smanjenju osjećaja izolacije i usamljenosti osoba s depresijom, što su jedni od ključnih simptoma same depresije. No, treba naglasiti da je ona uspješna tek kad je dio cjelokupnog procesa oporavka u kojem aktivno sudjeluje cio multidisciplinarni tim.

2. SVRHA, CILJ, TEZA I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Svrha ovog rada je kroz provedeno istraživanje i dostupne stručne izvore prikazati povezanost socijalne podrške i kvalitete života osoba koja boluje od depresije. Njegov je značaj rano prepoznavanje simptoma, poticanje socijalnog okruženja na razumijevanje osoba oboljelih od depresije s dijagnozom depresije i pravovremeno liječenje osoba s depresivnim poremećajem, što dovodi do skraćivanja perioda dugotrajnog liječenja.

Osnovni cilj ovog istraživanja je utvrditi odnos kvalitete života i socijalne podrške osoba s depresijom.

Osnovna teza završnog rada je kako je za ozdravljenje osoba oboljelih od depresije ili ublažavanja simptoma depresije ključna socijalna podrška, prvenstveno obitelji, ali i šire zajednice, uključujući prijatelje, radnu sredinu i druge sredine u kojima osoba aktivno djeluje i boravi.

Problemi:

- 1) Ispitati kvalitetu života osoba oboljelih od depresije.
- 2) Ispitati socijalnu podršku osoba oboljelih od depresije.
- 3) Ispitati povezanost kvalitete života i socijalne podrške kod osoba oboljelih od depresije.
- 4) Ispitati povezanost težine i duljine trajanja depresije s kvalitetom života i socijalnom podrškom osoba oboljelih od depresije.

3. METODOLOGIJA

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 50 punoljetnih sudionika s dijagnozom depresije, koji su se liječili ambulantno, stacionarno ili u Dnevnoj bolnici Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek, u razdoblju od 5. srpnja do 8. prosinca 2023. godine. Isključujući kriterij prilikom uzorkovanja predstavljali su nekontaktibilni pacijenti i oni s izrazito sniženim kognitivnim sposobnostima. Korišten je prigodni uzorak.

Prosječna dob sudionika bila je 63 godine ($M=54.18$; $SD= 10.060$), a raspon dobi kretao se od 19 do 75 godina te je 25 sudionika (50%) bilo muškog, a 25 sudionika (50%) ženskog spola. Nezavršenu osnovnu školu ima 16% sudionika, odnosno njih 8. Nižu stručnu spremu ima 14% sudionika (njih 7), srednju stručnu spremu ima 58% sudionika (njih 29), višu stručnu spremu 6% sudionika (njih 3) te visoku stručnu spremu 6% (3) sudionika.

U stalnom radnom odnosu je 40% (20) sudionika, 2% (1) radi na određeno, 26% (13) je nezaposleno i 32% (16) je u mirovini.

Što se tiče stanovanja, 94% (47) sudionika živi u vlastitoj kući/stanu, a njih 6% (3) žive kao podstanari. Također, 50% sudionika (njih 25) živi u gradu, 12% (6) u prigradskom naselju, 38% (19) na selu.

Konačno, u braku je 56% (28) sudionika, njih 20% (10) je razvedeno, 2% (1) je u vezi, ali žive sami, 8% (4) je neoženjeno/neudano i nisu u vezi, a 14% (7) je udovaca.

3.2. Mjerni instrumenti

Upitnici su koncipirani kako bi se provjerila svrha, cilj i teza ovog završnog rada. Upitnici za istraživanje su prilagođeni osobama oboljelih od depresije kako bi ih što manje opteretili, a da bi se istovremeno mogli dobiti svi relevantni podaci. U istraživanju su korišteni sljedeći mjerni instrumenti:

3.2.1. Upitnik doživljaja bolesti - kratka verzija (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B, (Broadbent i sur., 2006)

Upitnik je namijenjen brznoj procjeni kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti. Upitnik obuhvaća devet čestica, a svaka od njih mjerena je jednim općim pitanjem. Pet čestica mjeri kognitivnu reprezentaciju bolesti koja uključuje ispitivanje posljedica bolesti, trajanje bolesti, osobnu kontrolu, kontrolu lijekovima i identitet bolesti. Tvrdnje kojima se ispituje kognitivna reprezentacija bolesti glase poput: „Koliko mislite da će Vaša bolest trajati?“. Dvije čestice mjere emotivnu reprezentaciju bolesti koja uključuje ispitivanje brige i emocija. Tvrdnje kojima se ispituje emotivna reprezentacija bolesti glase poput: „Koliko ste zabrinuti za Vašu bolest?“. Razumijevanje bolesti mjeri se jednom česticom. Reprezentacija uzroka bolesti mjeri se pitanjem otvorenog pita, koje glasi: „Molimo Vas rangirajte tri najvažnija uzroka za koja mislite da su uzrokovala Vašu bolest“.

Odgovori na sva pitanja, osim onoga o reprezentaciji uzroka bolesti, procjenjuju se na Thurstonovoj skali s 11 stupnjeva (0 = najviše pozitivno, 10 = najviše negativno). U ovom ispitivanju koristit će se sva pitanja iz upitnika osim onog koje se odnosi na reprezentaciju uzroka bolesti. Test-retest pouzdanost na američkim uzorcima kreće se od .42 do .75. Osim toga, upitnik korelira s rezultatima drugih skala kojim se ispituju slični konstrukti (primjerice anksioznost i kvaliteta života), pri čemu se utvrđene vrijednosti kreću od .32 do .50 (Broadbent i sur., 2006).

3.2.2. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) – MSPSS (Zimet i sur, 1988)

Upitnik se sastoji od 12 tvrdnji kojima se mjeri percipirana socijalna podrška obitelji, prijatelja i drugih bliskih osoba (primjer čestice: „Mogu razgovarati o svojim problemima sa svojom obitelji“). Svakom izvoru socijalne podrške (obitelji, prijateljima i drugim bliskim osobama) namijenjene su po četiri čestice, odnosno tvrdnje. Na ljestvici od 1 (uopće se ne slažem) do 7 (potpuno se slažem) trebalo je označiti stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom. Ukupni rezultat u ovom istraživanju formiran je kao prosjek svih odgovora, bez obzira na izvor podrške. Prvi autor MSPSS skale je prof. dr. Gregory D Zimet iz Indianapolisa, SAD, koji je dao odobrenje za uporabu upitnika u svrhu ovog istraživanja.

3.2.3. Opći upitnik o sociodemografskim podacima i socijalnoj podršci

Nestandardizirani upitnik, sastavljen je za potrebe ovog istraživanja, a sastoji se od 12 pitanja (dob, spol, stupanj obrazovanja, radni status, bračni status, imaju li djece i njihova dob, broj članova kućanstva, prostor u kojem žive, mjesto stanovanja, šifra dijagnoze, koliko se dugo liječe zbog depresije, jesu li hospitalno liječeni) te višestrukim ponuđenim odgovorima od kojih sudionik treba izabrati onaj koji najbolje opisuje njegovo stanje.

3.3. Postupak provedbe istraživanja i etičke implikacije istraživanja

Podaci su se prikupljali uz dozvolu Etičkog povjerenstva KBC Osijek te uz suglasnost pacijenata Klinike za psihijatriju KBC Osijek. Pacijenti koji su pristupili ispitivanju su bili na stacionarnom liječenju, liječenju u Dnevnoj bolnici ili su dolazili na kontrolne preglede na Psihijatrijsku kliniku KBC Osijek. Svaki upitnik je ispunjavam individualno i samostalno. Ispitivač je konstantno stajao na raspolaganju pacijentima te po potrebi dodatno pojasnio. Nakon ispunjavanja upitnika provedeno je vrednovanje svih dobivenih podataka.

Istraživanje se provodilo u skladu sa svim važećim i primjenjivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje postupaka i sigurnosti osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući osnove Dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19,147/20) i Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08). Ispitanici su prije ispunjavanja upitnika bili detaljno upoznati sa svrhom, ciljem i načinom provođenja istraživanja te etičkim aspektima (povjerljivost, anonimnost) istraživanja usmenim putem te pismenim putem pomoću Informiranog pristanka.

Prije početka istraživanja, nacrt istraživanja je bio prezentiran te je dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te Etičkog povjerenstva KBC Osijek.

3.4. Obrada podataka

Za opis uzorka koristile su se metode deskriptivne statistike. Kategorijski podatci opisani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučajevima normalne razdiobe podataka, a u svim ostalim slučajevima medijanom i interkvartilnim raspršenjem kao mjerama centralne tendencije i raspršenja.

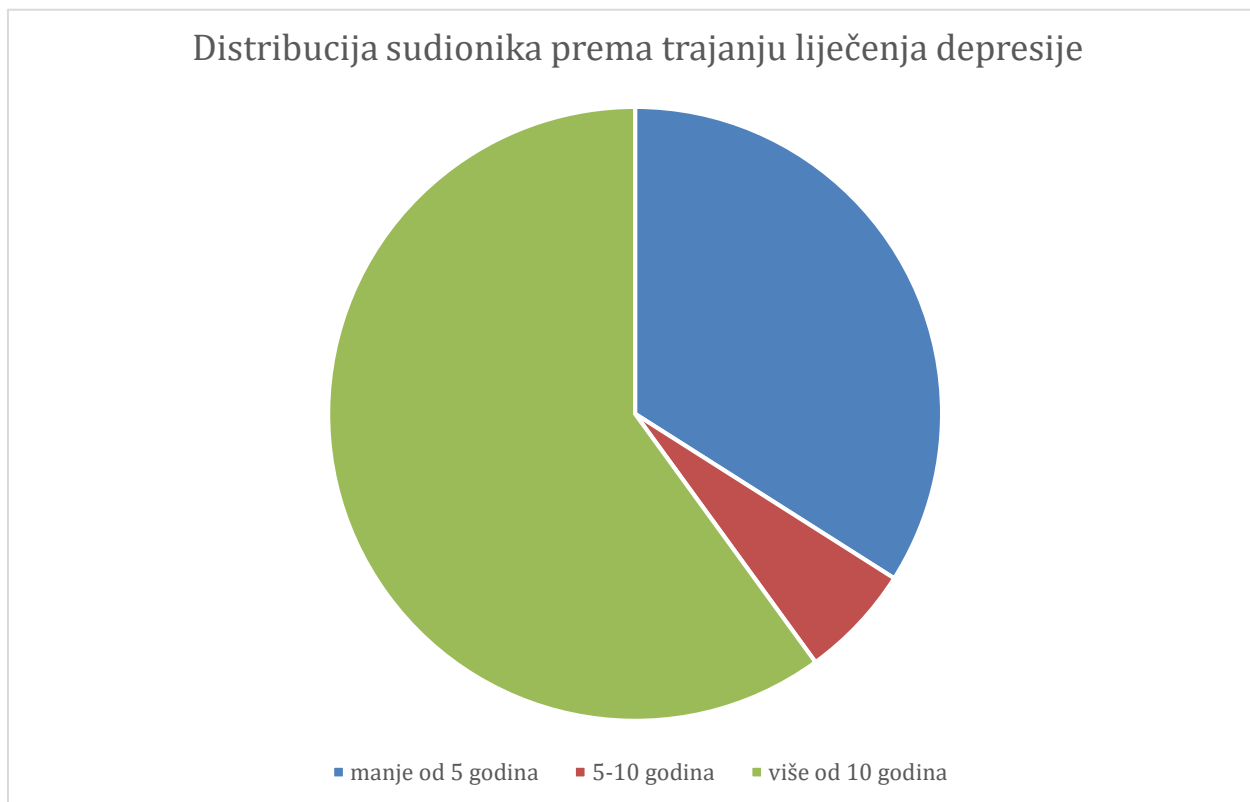
Povezanost numeričkih varijabli testirana je Pearsonovim koeficijentom korelacije (r). Razina značajnosti određena je na $p = 0,05$.

Provjera normalnosti raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike numeričkih varijabli analizirane su pomoću jednosmjerne analize varijance (ANOVA).

Za statističku obradu podataka korišten je program SPSS for Windows (inačica 21, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

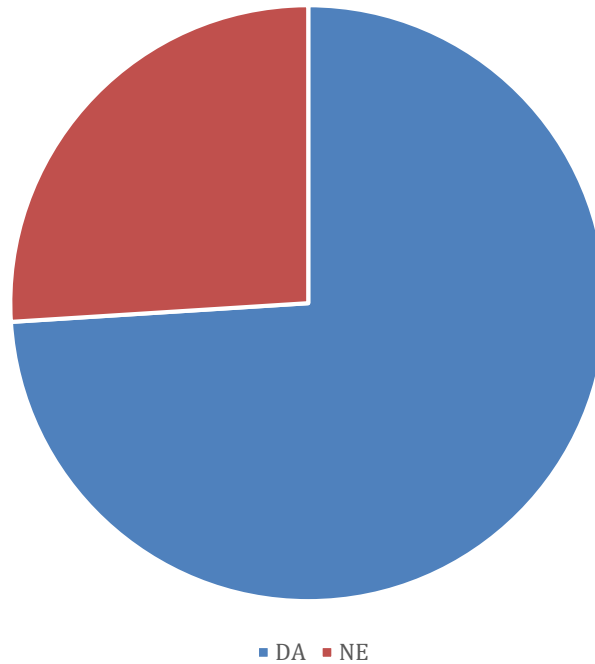
U ovom dijelu rada će se predstaviti obilježja bolesti sudionika kroz distribucija sudionika prema trajanju liječenja depresije te distribucija sudionika obzirom na hospitalno liječenje.



Graf 1.: Distribucija sudionika prema trajanju liječenja depresije

Prema grafu 1 vidljivo je kako se 60% (30) sudionika liječi duže od 10 godina, njih 6% (3) se liječi u razdoblju od 5-10 godina, dok se njih 34% (17) liječi manje od 5 godina. Što se tiče hospitalizacije, prema grafu 2 vidljivo je kako je 74% (37) sudionika bilo hospitalno liječeno, a njih 26% (13) nije bilo hospitalizirano.

Distribucija sudionika obzirom na hospitalno liječenje



Graf 2.: Distribucija sudionika obzirom na hospitalno liječenje

Na osnovi podataka iz skraćenog upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) i Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (MSPSS) izračunati su osnovni statistički pokazatelji. U tablici 1 je prikazana deskriptivna statistika (raspon rezultata, aritmetičke sredine i standardne devijacije) rezultata navedenih varijabli.

Tablica 1.: Osnovni statistički pokazatelji na dimenzijama IPQ-B-a i MSPSS (N=50)

Varijable	Min	Max	M	SD
IPQ-B				
Posljedice bolesti	0	10	8.56	2.031
Trajanje bolesti	0	10	8.86	1.948
Osobna kontrola	0	10	5.64	2.862
Kontrola lijekovima	0	10	7.28	2.294
Identitet bolesti	0	10	8.40	1.795
Briga	0	10	8.80	1.628
Razumijevanje bolesti	0	10	7.68	2.469
Emocije	0	10	8.96	1.590
MSPSS	1	7	4.32	1.731

Legenda: Min. - najmanji rezultat; Max. - najveći rezultat; M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija

Osnovni statistički pokazatelji dobiveni u ovom istraživanju pokazuju da se na dimenzijama doživljaja bolesti odgovori kreću u rasponu od 0 do 10, a na skali percipirane socijalne podrške od 1 do 7. Prosječni rezultati sudionika na dimenzijama doživljaja bolesti se kreću između vrijednosti 5.64 do 8.96. Prosječni ukupni rezultat na skali percipirane socijalne podrške iznosi 4.32. Većina sudionika ovog ispitivanja smatra kako njihova bolest u velikoj mjeri utječe na njihov život, misle da će bolest dugo trajati, ambivalentni su u pogledu osobne kontrole nad svojom bolešću, misle da će terapija lijekovima pomoći u liječenju bolesti, simptome bolesti procjenjuju dosta izraženima i jakima, visoko su zabrinuti radi svoje bolesti, ali isto tako smatraju kako ju dobro razumiju te ih njihova bolest izrazito emotivno pogađa. Ukupnu količinu socijalne podrške procjenjuju prosječnom.

Kako bi se ispitala povezanost kvalitete života i socijalne podrške kod osoba s depresijom izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije (r). Socijalna podrška je statistički značajno, i to negativno, povezana jedino s dimenzijom doživljaja bolesti posljedice bolesti ($r = -.29$, $p < .05$), odnosno što sudionici percipiraju višu razinu socijalne podrške od strane obitelji, prijatelja i ostalih ljudi, to imaju veći doživljaj kako bolest u manjoj mjeri utječe na njihov život (Tablica 2.). Međutim, treba obratiti pozornost i na druge korelacije koje zbog malog broja sudionika nisu statistički značajne, ali su iznad 0.20. Tako je socijalna podrška pozitivno

povezana s kontrolom lijekovima, a negativno s identitetom i razumijevanjem bolesti. Uz to što sudionici percipiraju višu razinu socijalne podrške povećava se razina njihova povjerenja u uspješnost farmakoterapije te uvjerenje kako u manjoj mjeri bolest utječe na kvalitetu njihova života, što potvrđuje izraziti značaj socijalne podrške za osobe oboljele od depresije.

Tablica 2.: Pearsonovi koeficijenti korelacije svih korištenih varijabli (N=50)

	Posljedice bolesti	Trajanje bolesti	Osobna kontrola	Kontrola lijekovima	Identitet bolesti	Briga	Razumijevanje bolesti	Emocije	Socijalna podrška
Posljedice bolesti	1								
Trajanje bolesti	.288*	1							
Osobna kontrola	-.105	.016	1						
Kontrola lijekovima	-.065	-.041	.416**	1					
Identitet bolesti	.653**	.582**	-.174	-.117	1				
Briga	.238	.268	.168	.146	.377**	1			
Razumijevanje bolesti	.118	.063	.102	.182	-.026	-.042	1		
Emocije	.342*	.130	-.035	-.086	.292*	.359*	.236	1	
Socijalna podrška	-.295*	.076	.175	.207	-.206	.096	-.262	-.017	1

Legenda: ** $p < .01$; * $p < .05$

Kako bi se ispitale razlike u dimenzijama kvalitete života i socijalne podrške osoba oboljelih od depresije s obzirom na težinu i duljinu trajanja depresije izračunate su jednostavne analize varijance. Rezultati pokazuju kako s obzirom na težinu i duljinu trajanja depresije ne postoji statistički značajna razlika u sljedećim dimenzijama doživljaja bolesti: posljedice bolesti, trajanje bolesti, osobna kontrola, kontrola lijekovima, briga i razumijevanje bolesti.

Utvrđena je statistički značajna razlika jedino u dimenziji identiteta bolesti ($F = 2.84$, $df=2$, $p < 0,05$). Post hoc analizom Scheffeovim testom utvrđena je statistički značajna razlika u doživljaju jačine simptoma, odnosno identiteta bolesti između ispitanika koji boluju od depresije manje od 5 godina i više od 10 godina. Sudionici koji pate od depresije manje od 5 godina doživljavaju nižu razinu simptoma ($M=7.08$, $SD=2.476$) u odnosu na sudionike koji boluju od depresije duže od 10 godina ($M=9.01$, $SD=1.177$).

Tablica 3.: Analiza varijance

	Težina i duljina trajanja depresije			p
	manje od 5 godina	5-10 godina	više od 10 godina	
Aritmetička sredina (standardna devijacija)				
Posljedice bolesti	7.82 (2.675)	8.67 (1.155)	8.97 (1.564)	$p>.05$
Trajanje bolesti	8.24 (2.412)	8.33 (2.887)	9.27 (1.484)	$p>.05$
Osobna kontrola	5.47 (2.741)	6 (3.606)	5.70 (2.961)	$p>.05$
Kontrola lijekovima	6.94 (2.249)	5.67 (2.082)	7.63 (2.312)	$p>.05$
Identitet bolesti	7.08 (2.476)	8.67 (1.155)	9.01 (1.177)	$p<.05$
Briga	8.47 (1.736)	8.67 (1.155)	9 (1.619)	$p>.05$
Razumijevanje bolesti	7 (2.236)	6.67 (1.528)	8.17 (2.601)	$p>.05$
Emocije	8.82 (1.185)	9.33 (1.155)	9 (1.838)	$p>.05$
Socijalna podrška	4.92 (1.535)	4 (1.984)	4.01 (1.780)	$p>.05$

Legenda: ** $p<.01$; * $p<.05$, M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija;

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost percipirane socijalne podrške s kvalitetom života osoba s depresivnim stanjima. Prije nego se rasprava osvrne na te centralne rezultate kojima će se rasprava posvetit u drugom dijelu, dok će prvi dio rasprave biti posvećen sociodemografskim obilježjima sudionika provedenog istraživanja za potrebe ovog završnog rada. Prikupljeni podaci daju uvid u socioekonomske karakteristike obilježja kvalitete života i socijalne podrške osoba koje boluju od depresije. Nalazi naglašavaju raznolikost unutar uzorka u smislu obrazovanja, zaposlenja, bračnog statusa, stanovanja i geografskog položaja.

Istraživanje provedeno u svrhu ovog završnog rada utvrđuje kako je najviše sudionika bilo srednje stručne spreme ili s višom i visokom stručnom spremom, dok je primjerice sudionika bez završenog osnovnog obrazovanja ili sa završenim osnovnoškolskim obrazovanjem manje od jedne trećine. Ti rezultati mogu ukazivati na veći stupanj osviještenosti populacije s višim stupnjem obrazovanja o samoj bolesti i njezinim simptomima i karakteristikama, ali i manji strah od izloženosti potencijalnoj diskriminaciji njih osobno i njihove obitelji te su upravo oni ti koji su se javili po medicinsku pomoć, ili pak oni koji su pristali sudjelovati u istraživanju.

Najznačajniji udio sudionika ovog istraživanja (40%) bio je u stalnom radnom odnosu, što je refleksija njihovih drugih obilježja uključivo život u urbanoj sredini, (radne) godine života te viši stupanj obrazovanja. Njihov status zaposlene osobe pokreće pitanje mogućnosti povratka na posao i adekvatnog funkcioniranja na poslu te ostvarivanje socijalne podrške na radnom mjestu. Pacijenti koji su zaposleni, a boluju od poremećaja raspoloženja kao što je depresija, izloženi su većem riziku od dugotrajnog izbjivanja s radnog mjesta. Prema istraživanju Meling i suradnika, radnici s višim obrazovanjem imali su veću vjerojatnost produljenih bolovanja i težeg povratka na posao (Meling i sur., 2023.). Uz to se nameće pitanje socijalne podrške u radnoj sredini, što rezultati ovog istraživanja pokazuju kao odlučujućim za uspješan oporavak osoba oboljelih od depresije, kao i niza drugih istraživanja (Sipowicz i sur., 2021.; Musić Milanović, 2015.; Costa Dias i sur., 2021.; Gruber, 2012.).

Socijalnu podršku na radnom mjestu dodatno otežava pitanje društvene neprihvaćenosti psihičkih bolesti te stigmatizacija osoba koja, kako bi izbjegli potencijalnu diskriminaciju, često prikrivaju ili potpuno skrivaju svoje psihičko stanje i bolest. Izostanak socijalne podrške na radnom mjestu (kao i unutar obitelji) usmjerava osobe oboljele od depresije na izolaciju, što dovodi do višeg stupnja usamljenosti, koja je prepoznata kao jedan od okidača za razvoj bolesti.

Većina sudionika (50%) ovog istraživanja živi u urbanim sredinama, što je podatak koji se susreće i u nizu drugih istraživanja poput primjerice Costa Diasa i suradnika provedeno 2021.

godine. Također, i prema istraživanju Musić Milanović i suradnika (2015.) većina onih koji pate od depresije živi u urbanim sredinama gdje je značajno veći stupanj otuđenosti. Ovi rezultati se podudaraju s rezultatima istraživanja koje su proveli Sipowicz i suradnici 2021. godine u vremenu pandemije COVID- 19. Naime, u svim tim spomenutim istraživanjima uočilo se kako je osjećaj usamljenosti direktno povezan s visokim rizikom za razvoj depresije, a sudionici koji žive u urbanoj sredini postizali su više rezultate na korištenim ljestvicama procjene depresivnih simptoma.

Uz pitanje urbane sredine, koja je često povezana s usamljenošću te izostankom solidarnosti i otuđenjem, koji su jedni od ključnih okidača za depresiju, kao okidače često povezujemo i stariju životnu dob te poziciju samaca, kako u urbanim sredinama, tako i ruralnim. Istraživanje provedeno za potrebe ovog završnog rada utvrdilo je kako je 42% sudionika iskazalo kako nije u vezi ili braku. Uz to, prosječna dob sudionika istraživanja je 63. godine, dok je najstariji sudionik imao 75. godina. Zbog toga se čini jedan od zaključaka istraživanja kojeg su proveli Musić Milanović i suradnici (2015.) korektan kada ukazuje na potrebu uvođenja probira za depresivnu simptomatologiju u ambulantama obiteljske medicine s fokusom na neoženjene i neudane pacijente te one starije životne dobi

Jedna od osnovnih karakteristika depresije kao psihičkog poremećaja je njezina dugotrajnost. To pokazuje i ovo provedeno istraživanje u kojem 60% se liječi duže od deset godina, 6% ih se liječi između 5 i 10 godina, dok 34% sudionika se liječilo do 5 godina. Slične podatke iznosi i istraživanje Sipowicza i suradnika (2021.) koje utvrđuje kako je značajan dio sudionika (60%) liječio depresiju više od 10 godina, što ukazuje na kronično stanje značajnog dijela oboljelih. Pri tom treba naglasiti da istraživanja većinom pokrivaju registrirane osobe s depresijom, a da značajan dio njih ostaje bez nadzora i bilo kakvog liječenja pa samim time i s većom vjerojatnošću za dugotrajnost svoje bolesti i razvoj težeg oblika depresije. Prema procjenama, dvije trećine osoba s mentalnim poremećajem nikada ne potraži pomoć stručnjaka (Thornicroft i sur., 2007).

U istraživanju provedenom u svrhu izrade ovog završnog rada pokazalo se kako većina sudionika smatra da im bolest značajno utječe na život, uz uvjerenje da će trajati dugo i izazvati izražene simptome prema težim oblicima depresije, što jasno ukazuje na razinu zabrinutosti zbog bolesti koja jest jedna od karakteristika same bolesti depresije. Ključni izazov pri tom je što taj podatak ukazuje na snažni gubitak kvalitete života osoba s depresijom, te njezinu punu gotovo isključivu koncentraciju na bolest i njezine simptome.

Uz spomenuto, u kvantitativnom istraživanju sudionici pokazuju ambivalentnost u pogledu osobne kontrole nad svojom bolešću, što ukazuje na osjećaj neizvjesnosti i nesigurnosti

upravljanja njihovim stanjem. Međutim, većina sudionika izražava uvjerenje u učinkovitost medikamentozne terapije za liječenje, ukazujući na povjerenje u medicinske intervencije, što se može smatrati pozitivnim korakom u procesu liječenja i ublažavanja simptoma depresije.

Rezultati ANOVA analize upućuju na to da ne postoji statistički značajna razlika u težini i trajanju depresije u odnosu na različite dimenzije doživljaja bolesti osim u dimenziji identiteta bolesti. Drugim riječima, čimbenici kao što su posljedice bolesti, trajanje bolesti, osobna kontrola, kontrola lijekova, skrb i razumijevanje bolesti nisu pokazali značajan utjecaj na težinu i trajanje depresije. Razlog dobivenih rezultata ove analize moguće je tražiti u malom broju sudionika (n=50) i lokaliziranosti na jedno usko geografsko područje i jednu kliniku. Postoji vjerojatnost da je navedeno uzrokovano velikom razlikom po broju sudionika unutar pojedinačnih kategorija trajanja liječenja depresije što je vidljivo iz grafa 1 (30 sudionika se liječi dulje od 10 godina, dok se 3 sudionika liječi u razdoblju od 5-10 godina, a njih 17 se liječi manje od 5 godina). Međutim, dimenzija identiteta bolesti pokazala je statistički značajnu razliku. To ukazuje da način na koji pojedinci percipiraju svoju bolest i poistovjećuju se s njom može imati utjecaj na težinu i trajanje depresije. Posthoc analiza korištenjem Scheffeovog testa dodatno je pojasnila ovaj nalaz. Pokazalo se da postoji značajna razlika u doživljaju težine simptoma, točnije u identitetu bolesti, između ispitanika koji boluju od depresije kraće od 5 godina i onih koji pate dulje od 10 godina. Sudionici koji pate od depresije kraće od 5 godina izvijestili su da imaju nižu razinu simptoma u usporedbi s onima koji pate od depresije dulje od 10 godina. To sugerira da osobe koje dulje žive s depresijom imaju tendenciju doživjeti teže simptome, kao što pokazuje njihov viši srednji rezultat na ljestvici težine.

Glavni fokus ovog rada je pitanje socijalne podrške osoba koje boluju od depresije. Sudionici svoju ukupnu socijalnu podršku ocjenjuju prosječnom, što govori kako postoji prostor za snažan napredak u tom području, jer se socijalna podrška smatra jednim od ključnih čimbenika oporavka osobe. Konkretno, oni koji doživljavaju veću podršku obitelji, prijatelja i drugih u svojem okruženju (primjerice u radnoj ili sportskoj sredini) doživljavaju bolest s nižim intenzitetom, imaju veću kontrolu nad uzimanjem lijekova te im bolest manje utječe na život i poimanje sebe.

Socijalna podrška istovremeno neutralizira osjećaj usamljenosti i izolacije kao ključne okidače za razvoj depresije, ali nudi i dodatni element, solidarnost, koji osobi pruža dodatnu sigurnost te ju rasterećuje od negativnih misli o budućnosti jer osjeća podršku svoje okoline. Isto utvrđuju primjerice i rezultati istraživanja kojeg provodi Broman sa suradnicima početkom 90-ih godina prošlog stoljeća, pri čemu naglašava kako socijalna podrška pri stresnim situacijama značajno umanjuje doživljaj stresnosti same situacije (Broman, 1993.).

Pearsonovi koeficijenti korelacije u ovom istraživanju ukazuju na značajnu negativnu korelaciju između socijalne podrške i dimenzije doživljavanja bolesti kao posljedice bolesti. To sugerira da kako se percipirana socijalna podrška povećava, stupanj u kojem pojedinci doživljavaju da bolest negativno utječe na njihov život se smanjuje. Ovi nalazi naglašavaju važnost socijalne podrške u ublažavanju negativnog utjecaja depresije na kvalitetu života, što struka redovno potvrđuje kroz ranije spomenuta istraživanja i objavljeni znanstveni radovi (Sipowicz i sur., 2021.; Musić Milanović, 2015.; Costa Dias i sur., 2021.; Gruber, 2012). Rezultati sugeriraju da intervencije usmjerene na jačanje mreže socijalne podrške među osobama koje boluju od depresije mogu biti korisne u poboljšanju njihove opće dobrobiti i smanjenju tereta bolesti, o čemu će biti više riječi na kraju rada.

5.1. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja

Iako se ovom kvantitativnom istraživanju pristupilo promišljeno te postoji niz prednosti ovog istraživanja, utvrđena su i određena ograničenja. Jedno od ograničenja ovog kvantitativnog istraživanja, što mu može biti i prednost, je njegova lokaliziranost na jedno usko geografsko područje, jednu kliniku i KBC. Naime, svi sudionici ovog istraživanja su pacijenti jednog Kliničkog bolničkog centra i jedne klinike - Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek koji se aktualno liječe ambulantno, stacionarno ili u Dnevnoj bolnici.

Prednost lokaliziranih istraživanja poput ovog se očituje u njihovoj specifičnosti, pristupačnosti, ekonomičnosti, kontekstualizaciji te jednostavnijem osiguranju podrške lokalne zajednice. Specifičnost je bitna, jer omogućuje istraživanju da se fokusira na lokalne izazove, što može dovesti do relevantnijih i primjenjivijih rezultata. Svi sudionici su bili pacijenti jedne klinike, što je omogućilo jednostavniji pristup sudionicima. Uz nju se veže i poštivanje načela ekonomičnosti, što je također prednost ovog istraživanja, jer su se trebala uložiti minimalna sredstva kako bi se postigao zadovoljavajući standard. Uz navedeno, kontekstualizacija je prednost ovog istraživanja, jer omogućava bolje razumijevanje lokalnog okruženja, što može pojednostaviti primjenjivost rezultata. Također, kako se radi o lokaliziranom istraživanju prednost je jednostavnije osiguranje snažne podrške za provođenje ovog istraživanja Klinike za psihijatriju KBC Osijek.

Budućim istraživanjima moguće je proširenje postojećeg istraživanja na druge kliničke centre, odnosno neko buduće istraživanje bilo bi poželjno da obuhvati i Specijalne bolnice za psihijatriju, kao i druge Psihijatrijske klinike u Hrvatskoj. Navedeno bi nam pokazalo postoji li razlika ispitivanih varijabli. Uz to, nedostatak je svakako i manji broj sudionika zbog

ograničenog broja pacijenata s dijagnozom depresije koji su se u vremenu provođenja istraživanja liječili u Klinici za psihijatriju KBC Osijek.

Također postoji i jedan element koji je ujedno i prednost i nedostatak – istraživač koji je provodio istraživanje je ujedno direktno uključen u liječenje osoba s depresijom. Nedostatak se očituje kroz mogućnost da osobe s depresijom žele malo prilagoditi odgovore onako kako misle da bi osoba s kojom surađuju na svojem oporavku očekivala ili željela. S druge strane, to je ujedno i prednost, jer su pacijenti bili otvoreniji za suradnju, stvoren je odnos povjerenja i spremnosti na iskrene odgovore.

Glavna prednost ovog kvantitativnog istraživanja je bila njegova jezgovitost kako bi se izbjeglo dodatno opterećenje sudionika koji već pate od depresije te njezinih simptoma i karakteristika poput bezvoljnosti, potištenosti i nevoljkosti. Treba istaknuti da se unatoč jezgovitosti istraživanja uspjela postići potrebna kvaliteta te su se dobili svi relevantni podaci. Druga prednost ovog kvantitativnog istraživanja je njegova stroga koncentracija na područje socijalne podrške.

5.2. Praktične implikacije provedenog istraživanja

Ovaj rad doprinosi struci i znanosti socijalnog rada svojim proučavanjem i analiziranjem povezanosti depresije, njezinog daljnjeg intenziviranja ili potencijalnog ublažavanja simptoma socijalnom podrškom, koju dobiva osoba s depresijom od svoje obiteljske ili radne okoline. Iako ovo kvantitativno istraživanje obuhvaća manji broj sudionika, zapažanja mogu poslužiti kao vrijedne informacije za osmišljavanje intervencija i programa podrške prilagođenih specifičnim potrebama osoba s depresijom te razvoju i osnaživanju socijalne podrške.

Istraživanje utvrđuje kako se lokalna zajednica osoba s depresijom u Osijeku i okolici ne razlikuje u pogledu potrebe za socijalnom podrškom bližnjih i utjecaja te podrške na percepciju bolesti od drugih međunarodnih istraživanja ili istraživanja provedenih u drugim dijelovima Hrvatske (Sipowicz i sur., 2021; Musić Milanović, 2015; Costa Dias i sur., 2021).

Svi navedeni zaključci rada ukazuju kako jedan od primarnih koraka u ozdravljenju i ublažavanju simptoma depresije treba biti poboljšanje kvalitete života depresivnih osoba, a velik doprinos tome cilju uz sam rad s konkretnim osobama s depresijom daje i rad s njegovom obitelji, njegovom socijalnom okruženju, ali i društvu u cjelini. U tom smislu je potrebno provoditi s jedne strane direktnu edukaciju socijalnog okruženja, prvenstveno obitelji, ali i radne sredine ako je to moguće. Obitelj i prijatelji imaju ključnu ulogu, jer su oni u svakodnevnom gotovo trajnom kontaktu s osobom koja boluje od depresije pa čak i kad nisu

uz njega. Izrazito je bitno da osoba koja boluje od depresije bude svjesna da se na podršku obitelji i prijatelja može uvijek pouzdati, jer će mu to značajno pomoći i ubrzava procese oporavka.

Educiranje radne sredine je također ključno, jer omogućuje pacijentu da se vrati u redovnu životnu rutinu te da kroz redovne radne aktivnosti pokuša ublažiti depresivno stanje. Naravno, uz radnu sredinu bilo bi jako dobro, ako je moguće, educirati i druga redovna okruženja osoba s depresijom, poput primjerice sportskog kluba u kojem djeluje ili primjerice udruge za promicanje kulture ako je u njoj aktivan.

Edukacija se metodološki može provoditi različitim oblicima stručnih radionica, edukativnih letaka, javnim nastupima stručnjaka kroz medije, javnim kampanjama i drugim oblicima edukativnog stručnog informiranja. Zbog toga je ključno, osim direktnog rada s pojedinim obiteljima i zajednicama na podršci konkretnoj osobi ili osobama, da stručna zajednica aktivno radi na suzbijanju stigmatizacije i diskriminacije osoba sa depresijom i drugim psihičkim bolestima u javnosti.

Izrazito je značajno da se šira javnost, uključivo i ona koja nema osjećaj da je u direktnom doticaju s osobama s depresijom, pravovremeno upozna sa simptomima i karakteristikama bolesti te slijedom toga primjereno reagira podrškom osobi kako bi se na taj način izbjegle neke neprimjerene reakcije, posebice osude. Zbog toga je izrazito značajno da se o temi socijalne podrške i solidarnosti razgovara u školama kako bi najmlađe generacije bile osviještene o učincima socijalne podrške te njezinom izostanku za njima bliske osobe, kako u slučaju depresije, ali isto tako i u slučaju niza drugih stanja i bolesti. To je posebice značajno ako se zna kako se najznačajniji dio osoba s depresijom nikad ne javi na liječenje i ostaju trajno neregistrirani, unatoč tome što depresija direktno utječe na sve aspekte života osobe i njezine okoline.

Strah od stigme i diskriminacije je izrazito snažan te se potraga za stručnom podrškom odgađa što je moguće duže, a mnoge osobe će ostati zauvijek bez stručne podrške. Upravo primarno socijalno okruženje, obitelj, prijatelji i radne kolege, jesu osobe koje mogu pravovremeno prepoznati simptome koji sugeriraju na postojanje depresije kod osobe kako bi se pravovremeno dobila stručna pomoć. Zbog toga je jako bitno da se o samoj bolesti, njezinim karakteristikama i simptomima, kao i značaju socijalne podrške informira cijela javnost, uz posebnu pažnju prema osobi s depresijom, njegovoj obitelji i drugima u njegovom najbližem okruženju.

6. ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja ovog završnog rada bio je provjeriti kvalitetu života osobe s depresijom pomoću standardiziranog Upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) - kratka verzija i Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS), zatim provjeriti postojanje socijalne podrške osobe s depresijom te ispitati razlike u percipiranoj socijalnoj podršci u odnosu na kvalitetu života osobe s depresijom kao i ispitati sociodemografske razlike u odnosu na kvalitetu života i percipiranu socijalnu podršku pomoću podataka prikupljenih Općim upitnikom o sociodemografskim podacima i socijalnoj podršci.

Osnovna teza rada je kako je za ozdravljenje osoba s depresijom ili ublažavanje simptoma depresije ključna socijalna podrška, prvenstveno obitelji, ali i šire zajednice uključujući prijatelje, radnu sredinu i druge sredine u kojima osoba aktivno djeluje i boravi. Rad je uspješno odgovorio zadanoj istraživačkoj svrsi, cilju i tezi rada, obuhvativši dostatan broj ciljanih sudionika koji su se liječili na Klinici za psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 5. srpnja do 8. prosinca 2023. godine.

Provedeno istraživanje dovodi do nekoliko zaključaka: a) većina sudionika osjeća kako njihova bolest u značajnoj mjeri utječe na osobni život; b) većina sudionika je uvjeren da će bolest ostati vječno s njima; c) sudionici su izrazili veliko povjerenje u farmakoterapiju; d) sudionici su uvjereni da razumiju svoju bolest; e) socijalna podrška je ključna za ublaženje simptoma depresije. Sudionici su vrlo svjesni svojeg stanja, uvjereni su da ga dobro razumiju te vide svoje stanje dodatno težim, nego što ono realno jest. To je posebice vidljivo kod sudionika, koji ne uživaju snažnu podršku svoje bliže okoline. Sudionici imaju kontradiktorne stavove u pogledu svojeg oporavka, s jedne strane su uvjereni kako će vječno ostati bolesni, a s druge strane imaju povjerenje u farmakoterapiju koja bi im mogla pomoći da se izliječe ili da im se ublaže simptomi bolesti. Pri tom treba naglasiti kako je upravo ta učestala promjena i međusobna kontradiktornost stavova jest jedna od karakteristika depresije.

Pri tom treba naglasiti kako iako bolest ne nestaje, oporavak od simptoma depresije je moguć te mu treba konstantno stremiti. Upravo suvremeni pristupit psihosocijalne intervencije imaju ključnu ulogu u oporavku i osnaživanju osoba s depresijom. Njihovi glavni ciljevi uključuju: smanjenje simptoma depresije, povećanje samopouzdanja i samopoštovanje, poboljšanje socijalnih vještina i odnosa te osnaživanje za samostalno upravljanje svojim zdravljem i životom. Socijalni radnici u multidisciplinarnom timu u psihijatriji aktivno su uključeni u procese oporavka te oni iniciraju, provode i koordiniraju intervencije koje su

namijenjene osnaživanju i pomaganju korisnicima s psihičkim oboljenjima uključivo osobe s depresijom, a kako bi nadvladali teškoće s kojima se susreću te kako bi se osobe ponovo aktivno uključile u zajednicu (Kletečki Radović, 2021).

Provedeno istraživanje ističe važnost socijalne podrške u ublažavanju utjecaja depresije na kvalitetu života. Socijalna podrška je ključna, jer rezultati istraživanja pokazuju da u slučaju kada sudionici percipiraju višu razinu socijalne podrške od strane obitelji, prijatelja i ostalih ljudi, to imaju veći doživljaj kako bolest u manjoj mjeri utječe na njihov život.

Sve navedeno pokazuje kako je odnos socijalne podrške i depresije, njezinog razvoja i ublažavanja simptoma, snažno isprepleten i međusobno povezan, kako ukazuju i rezultati ovog istraživanja. Bez socijalne podrške razvoj depresije bude ubrzan i osoba brže ulazi u teže oblike depresije, dok s druge strane što je socijalna podrška snažnija, to je mogućnost oporavka, izlječenja ili barem ublažavanja simptoma značajno realnija te se zbog toga mora konstantno raditi na educiranju o značaju socijalne podrške za osobe s depresijom.

7. POPIS TABLICA

Tablica 1.: Osnovni statistički pokazatelji na dimenzijama IPQ-B-a i MSPSS (N=50)	17
Tablica 2.: Pearsonovi koeficijenti korelacije svih korištenih varijabli (N=50)	18
Tablica 3.: Analiza varijance.....	19

8. POPIS GRAFOVA

Graf 1. : Distribucija sudionika prema trajanju liječenja depresije	14
Graf 2. : Distribucija sudionika obzirom na hospitalno liječenje.....	15

9. LITERATURA

1. Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(4), 219–221.
2. Begić, D. (2022). Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb.
3. Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K. i Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8). 706-715.
4. Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. i Weinman, J. (2006). *The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B*. Dostupno na:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399905004915?via%3Dihub> (pristupljeno 21. 3. 2023.)
5. Broman, C.L. (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(4), 335–350. <https://doi.org/10.1007/BF00844776>
6. Burton, R. (1961). *The Anatomy of Melancholy*. London: JM Dent & Son.
7. Cacioppo, J. T. i Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). U: Olson, J. M. (ur.). *Advances in Experimental Social Psychology*. (str. 127-197.) Cambridge, Massachusetts: Academic Press-
8. Chruściel, P., Szczekała, K.M., Derewiecki, T., Jakubowska, K., Nalepa, D., ..., Czarkowska, M. (2018). Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas - a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 532-538.
9. Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., ..., Martin, N. G. (2017). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular Psychiatry*, 23(7), 1590–1596.
10. da Costa Dias, F.L., Teixeira, A.L., Guimarães, H.C., Santos, A.P.B., Resende, E.P.F., ... Caramelli, P. (2021). The influence of age, sex and education on the phenomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pietà Study. *Aging and Mental Health*, 25, 462-467.
11. Filaković, P., Vukšić, Ž., Požgain, I., Grgić Radanović, L.J., Koić, O.,...Kovač, V. (2014). *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski Fakultet Osijek.
12. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.

13. Global Burden of Disease Study (2019). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 396 (10258), 1204-1222.
14. Grey, I., Arora, T., Thomas J, Saneh, A., Tohme, P. i Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452.
15. Gruber, E. N. (2012). Moguće intervencije u sustavu socijalne skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 73-94.
16. Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. i Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346.
17. Hirschfeld, R. M. A. (2012). The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 5–9.
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2011). Dostupno na: <https://hzjz.hr> › 2013/11 › Letci-za-HZJZ-Depresija (pristupljeno 11. 6. 2024.)
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)*. Zagreb: Medicinska naklada.
20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2017). Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/> (pristupljeno 11. 6. 2024.)
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022.) Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremeceje/> (pristupljeno 11. 6. 2024.)
22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022.). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2022. godinu. Zagreb.
23. Hu Y, Zhou F, Kaminga AC, Yan S i Hu Z. (2022). Associations of depressive symptoms and chronic diseases with activities of daily living among middle-aged and older population in China: A population-based cohort study. *Front Psychiatry*, 13, 848255.
24. Hudolin, V. (1981). *Psihijatrija*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada.
25. Hutten, E., Jongen, E. M. M., Vos, A. E. C. C., van den Hout, A. J. H. C. i van Lankveld, J. J. D. M. (2021). Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (22), 11963.

26. IHME, Global Burden of Disease. (2024). *Depressive disorders prevalence*. IHME, Global Burden of Disease- Mental Health Prevalence. Dostupno na: <https://ourworldindata.org/grapher/depressive-disorders-prevalence-ihme> (pristupljeno 12. 6. 2024.)
27. Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Psihijatrija danas – odabrane teme / Psychiatry Today – Selected Topics*. *Medicus* 2017;26(2): 161-165.
28. Karlović, D. i suradnici. (2019). *Psihijatrija*. Zagreb. Naklada Slap.
29. Kessler, R. C. i Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. *Pubmed*, 34 (1), 119–138.
30. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja, U: Mužinić Marinić, L., *Psihijatrija u zajednici*, 201-222.
31. Koletić L. (2022). Uloga i postupci socijalnih radnika u bolnici iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije. Specijalistički rad. Sveučilište u Zagrebu. Zagreb.
32. Kramlinger, K. (2005). *Mayo Clinic o depresiji: kako razumjeti, prepoznati i liječiti depresiju?*. Zagreb: Medicinska naklada.
33. Lehtinen, V. i Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 377, 7-10.
34. Lamoureux-Lamarche, C., Berbiche, D. i Vasiliadis, H.M.(2021). Treatment adequacy and remission of depression and anxiety disorders and quality of life in primary care older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19 (1), 218.
35. Medić, A., Erstić Klepac, S. i Mesić, M. (2019). *Epidemiologija depresije. 4. Hrvatski epidemiološki kongres. Knjiga sažetaka.*, str. 92. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor; Hrvatsko epidemiološko društvo. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/1019487> (pristupljeno 22. 3. 2023)
36. Meling, H.M., Ruths, S., Baste, V., Hensing, G. i Haukenes, I. (2023). Level of education and sustainable return to work among long-term sick-listed workers with depression: a register-based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMJ Open*, 13(7), e072051.
37. Mousavi, F., Shojaei, P. (2021). Postpartum depression and quality of life: A path analysis. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 94(1), 85–94.
38. Musić Milanović S., Erjavec, K., Poljičanin, T., Vrabc, B. i Brečić, P. (2015). Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients, *Psychiatria Danubina*, 27(1), 31-37.

39. National Institute of Mental Health. *Major Depression*. National Institute of Mental Health. July 2023. Dostupno na: www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression (pristupljeno 12. 6. 2024.)
40. Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *MEDICUS*, 18 (2), 173 - 179.
41. Santomauro, D. F., et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398.10312, 1700-1712.
42. Sipowicz, K., Podlecka, M., Mokros, Ł. i Pietras, T. (2021). Lonely in the city- sociodemographic status and somatic morbidities as predictors of loneliness and depression among seniors-preliminary results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (14), 7213.
43. Stjepanović, M., Jendričko, T., Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna Psihijatrija*, Vol (43), 36-43.
44. Svjetska zdravstvena organizacija (2022). The International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11), *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11)*, Ženeva.
45. Tambag, H., Turan, Z., Tolun, S. i Can, R. (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21 (11), 1525–1530.
46. Teo, A.R., Choi, H. i Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLOS One*, 8(4), e62396.
47. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. i Sartorius N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190 (3), 192-193.
48. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X.,... Haotian, L. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7, e017173.
49. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. i Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156.
50. WHOQOL. *Measuring Quality of Life*. The World Health Organization. Dostupno na: <https://www.who.int/toolkits/whoqol> (pristupljeno 22. 3. 2023.)

51. World Health Organization. *COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide*. World Health Organization. 2 Mar. 2022. Dostupno na: www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide (pristupljeno 12. 6. 2024.)
52. Zimet, G., Dahlem N.W., Zimet, S.G. i Farley., G.K. (1988). *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS*. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/240290845_The_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support (pristupljeno 22. 3. 2023.)

10. PRILOZI

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške

Upute: Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje se odnose na Vašu percepciju socijalne podrške, odnosno koliko osjećate podršku od strane obitelji, prijatelja i ostalih ljudi koji su dio Vašeg svakodnevnog života. Pročitajte svaku tvrdnju pažljivo i na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od sedam predviđenih odgovora s obzirom na to koji broj najbolje opisuje Vaše mišljenje u vezi svake tvrdnje.

Pri tome brojevi znače sljedeće:

1. Uopće se ne slažem
2. Umjereno se ne slažem
3. Ne slažem se
4. Nemam mišljenje / neutralan sam
5. Slažem se
6. Umjereno se slažem
7. Potpuno se slažem

1. Postoji posebna osoba koja je uz mene kada trebam pomoć.	1	2	3	4	5	6	7
2. Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoje veselje i tugu.	1	2	3	4	5	6	7
3. Moja obitelj zaista mi nastoji pomoći.	1	2	3	4	5	6	7
4. Moja obitelj mi daje potrebnu emocionalnu pomoć i potporu.	1	2	3	4	5	6	7
5. Imam posebnu osobu s kojom se osjećam zaista ugodno.	1	2	3	4	5	6	7
6. Moji prijatelji zaista mi pokušavaju pomoći.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mogu računati na svoje prijatelje kada stvari krenu krivo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mogu razgovarati o svojim problemima sa svojom obitelji.	1	2	3	4	5	6	7
9. Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti svoje veselje i tugu.	1	2	3	4	5	6	7
10. U mojem životu postoji posebna osoba kojoj je stalo do mojih osjećaja.	1	2	3	4	5	6	7
11. Moja obitelj voljna mi je pomoći u donošenju odluka.	1	2	3	4	5	6	7
12. O svojim problemima mogu razgovarati sa svojim prijateljima.	1	2	3	4	5	6	7

Opći upitnik o sociodemografskim obilježjima i socijalnoj podršci (nestandardizirani upitnik)

Poštovani, molimo Vas da odgovorite na ovaj niz općih pitanja o sebi i svojoj obitelji.

1. Dob: _____

2. Spol:

a) Ž

b) M

3. Stupanj obrazovanja (najviši postignuti):

a) NKV niža

b) NSS

c) SSS

d) VŠS

e) VSS

4. Radni odnos:

a) U stalnom radnom odnosu

b) Rad na određeno

c) Studentski posao

d) Nezaposlen/a

e) U mirovini

5. Bračni status:

a) U braku

b) Razveden/a

c) U izvanbračnoj zajednici

d) U vezi

e) Neoženjen/neudana

f) Udovac/ica

g) ostalo, što? _____

6. Imate li djece?

a) Da

b) Ne

7. Broj članova kućanstva: _____

8. Prostor u kojem živim:

a) U vlastitoj kući/stanu

b) Kao podstanar

c) Studentski dom

d) Umirovljenički dom

e) U organiziranom smještaju (udomitelji)

f) Ostalo

9. Mjesto stanovanja:

a) Grad

b) Prigradsko naselje

c) Selo

10. Šifra dijagnoze: _____

11. Koliko dugo se liječite zbog depresije?

- a) više od 5 godina
- b) od 5-10 godina
- c) više od 10 godina

12. Jeste li nekada bili hospitalno liječeni zbog depresivne epizode?

- a) Da
- b) Ne

Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem pogledu:

U kojoj mjeri Vaša bolest utječe na Vaš život?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ne pogađa me uopće									jako utječe na moj život	
Koliko mislite da će Vaša bolest trajati?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vrlo kratko									zauvijek	
Koliko kontrole imate nad svojom bolesti?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
apsolutno nemam kontrole								izrazita količina kontrole		
Koliko mislite da će terapija koju uzimate pomoći vašoj bolesti?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće ne					izrazito korisno					
Koliki su jaki simptomi Vaše bolesti?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nemam simptome					puno teških simptoma					
Koliko ste zabrinuti za Vašu bolest?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nisam zabrinut					izrazito sam zabrinut					
Koliko dobro mislite da razumijete Vašu bolest?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ne razumijem ju uopće					razumijem ju jasno					
Koliko jako Vas bolest emotivno pogađa? (npr. da li Vas ljuti, plaši, uzrujava ili deprimira)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće me ne pogađa emotivno					izrazito me emotivno pogađa					
Molimo Vas rangirajte tri najvažnija uzroka za koja mislite da su uzrokovala vašu <u>bolest</u>. Najvažniji uzroci su za mene:-										
1. _____										
2. _____										
3. _____										

INFORMIRANI PRISTANAK ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

NAZIV ISTRAŽIVANJA: Kvaliteta života i socijalna podrška depresivnih bolesnika.

IME I PREZIME VODITELJA ISTRAŽIVANJA: ROBERT BANDOVIĆ

Poštovani/poštovana, pozivamo Vas da sudjelujete u istraživanju koje se provodi u svrhu izrade završnog rada „Kvaliteta života i socijalna podrška depresivnih bolesnika“.

Molimo Vas da pažljivo i u cijelosti pročitate ovaj dokument jer će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Za sva pitanja ili nedoumice, obratite se istraživaču koji Vam je uručio ovu obavijest. Istraživanje provodi Robert Bandov, student Poslijediplomskog specijalističkog studija psihosocijalnog pristupa u socijalnom radu.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati kvalitetu života depresivnih bolesnika te kakvu socijalnu podršku imaju.

OPIS ISTRAŽIVANJA

U istraživanju sudjeluju pacijenti Klinike za psihijatriju, KBC Osijek koji su liječeni od depresije ambulantno, hospitalno ili putem Dnevne bolnice u razdoblju od ožujka 2023. do lipnja 2023. godine. Provodi se korištenjem provjerenih upitnika pomoću kojih se prikupljaju sociodemografski, podaci o socijalnoj podršci te o kvaliteti.

Vaše je sudjelovanje u ovom istraživanju u potpunosti dobrovoljno. U bilo kojem trenutku možete slobodno odlučiti da ne želite sudjelovati bez da dajete objašnjenja o razlogu. Odustajanje od ispitivanja neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja.

Rezultati ankete koristiti će se jedino i isključivo u svrhu izrade diplomskog rada. Sudioniku se garantira potpuna anonimnost i zaštita osobnih podataka.

Ukoliko se odlučite sudjelovati, Vaš angažman obuhvaća: ispunjavanje općeg upitnika, Ljestvice za kvalitetu života u depresiji te Skale socijalne podrške.

Hvala na Vašim odgovorima!

Ukoliko imate nejasnoća i dodatnih pitanja vezanih uz ovo istraživanje, kontakt broj i e-mail adresa su:

Robert Bandov

+385 91 610 8857

robertosk13@gmail.com